

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA**

UNIDAD DE POST GRADO



**EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE
TERAPIA INTENSIVA ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA SOCIEDAD ANÓNIMA JUNIO A AGOSTO 2018**

POSTULANTE: Lic. Melvy Maura Chávez Coajera

TUTORA: Lic. M. Sc. Soledad E. Quispe Apaza

**Propuesta de intervención presentada para optar al Título de Especialista en
Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva**

La Paz- Bolivia

2018

DEDICATORIA

El presente trabajo es un grande esfuerzo que involucra a muchas personas cercanas a mí.

A Dios quien nos da fuerza y vida para cumplir nuestros sueños y metas trazadas por que sin El nada somos y ciertamente nada lograremos, pues Él es quien pone el querer y hacer en nuestros corazones conforme su voluntad.

A mis queridos padres por darme su apoyo incondicional en las decisiones a tomar para llevar a cabo mi meta.

A mi esposo por su paciencia e incondicional apoyo.

AGRADECIMIENTO

Son tantas las personas a las cuales debo parte de este triunfo, de lograr alcanzar mi culminación académica, la cual es anhelo de todos los que así lo deseamos.

Este trabajo, además, no se habría podido realizar sin la colaboración de quienes me han brindado su ayuda, conocimiento, y su apoyo.

Quiero agradecer a todos ellos cuanto han hecho por mí para que este trabajo saliera adelante de la mejor manera posible.

A Dios, mi Señor. Mi guía, sabes lo esencial que has sido en mi posición firme y a veces tambaleante de alcanzar esta meta, esta alegría, que, si pudiera hacerla material, lo haría para entregártela, pero a través de esta meta, podre siempre de tu mano alcanzar los que espero sean para tu Gloria.

A mi madre Catalina Coajera por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa.

A mi padre Andrés Chávez por estar a mi lado.

A mi esposo Rafael Quispe, por su apoyo y empuje incondicional.

A la Lic. Soledad Choque por su constante orientación, asesoramiento en la culminación del presente estudio.

A mis compañeras de trabajo por permitirme ausentarme en mi horario de laboro y a ayudarme a llegar a un feliz término.

Y todos aquellos que de una manera u otra fueron participen de mi finalización académica

ÍNDICE

RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. ANTECEDENTES	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION	12
V. OBJETIVOS	13
5.1 OBJETIVO GENERAL	13
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
VI. MARCO TEÓRICO	14
6.1 MARCO REFERENCIAL	14
6.2 MARCO CONCEPTUAL	18
6.2.1 CALIDAD	18
6.2.2 CONCEPTOS DE CALIDAD EN SALUD	19
6.3 ÉTICA Y PROFESIÓN	20
6.3.1 PROFESION	20
6.3.2 ÉTICA EN ENFERMERÍA	20
6.4 EL EVENTO ADVERSO	21
6.4.1. CAUSAS DE APARICIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	21
6.4.2. CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL EVENTO ADVERSO	22
6.4.3. ERROR, ERRAR	23
6.4.4. IATROGENIA	23
6.4.5. ERROR MEDICO	23
6.5. CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS	23
6.6. MODELO DEL QUESO SUIZO	28
6.7. INCIDENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS	28
6.7.1. EVENTOS ADVERSOS Y ENFERMERÍA	29
6.7.2. PREVENCIÓN DEL EVENTO ADVERSO POR PARTE DE ENFERMERÍA	29
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	31
Tipo de estudio	31

Área de estudio.....	31
Universo y Muestra.....	32
6.4. Criterio de inclusión y exclusión.....	32
VARIABLES.....	34
MÉTODOS Y TÉCNICAS.....	37
VIII. CONSIDERACIÓN ÉTICA.....	38
IX. RESULTADOS	39
X. CONCLUSIONES	52
XII. BIBLIOGRAFIA.....	56
XIII. ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA NRO.1 EDAD DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018.....	40
TABLA NRO.2 GRADO DE INSTRUCCIÓN ALTO OBTENIDO POR LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018	41
TABLA NRO.3 TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018	42
TABLA NRO.4 EXPERIENCIA LABORAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018.....	43
TABLA NRO.5 TURNO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018	44
TABLA NRO.6 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JUNIO 2018	45
TABLA NRO.7 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JULIO 2018.....	46
TABLA NRO.8 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AGOSTO 2018.....	47
TABLA NRO.9 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JUNIO 2018.....	48
TABLA NRO.10 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JULIO 2018.....	49
TABLA NRO.11 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AGOSTO 2018.....	50
TABLA NRO.12 EVENTOS ADVERSOS EN RELACIÓN A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GESTION 2018.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO NRO. 1 EDAD DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018.....	40
GRÁFICO NRO. 2 GRADO DE INSTRUCCIÓN ALTO OBTENIDO POR LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018	41
GRÁFICO NRO. 3 TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018	42
GRÁFICO NRO. 4 EXPERIENCIA LABORAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018.....	43
GRÁFICO NRO. 5 TURNO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A.UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018	44
GRÁFICO NRO. 6 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JUNIO 2018	45
GRÁFICO NRO. 7 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JULIO 2018.....	46
GRÁFICO NRO. 8 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AGOSTO 2018.....	47
GRÁFICO NRO. 9 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JUNIO 2018.....	48
GRÁFICO NRO. 10 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JULIO 2018.....	49
GRÁFICO NRO.11 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AGOSTO 2018.	50
GRÁFICO NRO. 12 EVENTOS ADVERSOS EN RELACIÓN A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GESTION 2018.....	51

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACV: Accidente Cerebro Vascular.

SV: Sonda Vesical

VM: Ventilación Mecánica

ACVA: Accidente Cerebro Vascular Aguda

CENESA: Central de Emergencias Nueva Esperanza Sociedad Anónima

EA: Evento Adverso

IBEAS: Estudio Iberoamericano De Eventos Adversos

OMS: Organización Mundial de Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

PEA: Prevalencia de Efectos Adversos

SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

SNG: Sonda Nasogástrica

EBE: Enfermería Basada en la Evidencia

SOGC: Sistema Obligatorio de garantía de Calidad en Salud

RESUMEN

Introducción: El Evento Adverso (EA) en la atención en salud y específicamente en enfermería es un tema de gran relevancia a nivel mundial, reportes internacionales indican que sólo 5 % de los eventos adversos son notificados.

Objetivo: Determinar la frecuencia de eventos adversos en relación a la atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

Material y métodos: La muestra estuvo compuesta por 10 profesionales de enfermería que trabajan en la UCI y 32 pacientes internados durante el periodo comprendido de junio a agosto. Los datos se recolectaron con cuaderno de ingresos y egresos, revisión de historias clínicas e instrumento de recolección de datos con la ficha de notificación de EA tomada y adaptada por el autor. Lic. Choque M.F. «Estudio Eventos Adversos durante la atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría tercer trimestre 2017.

Resultados: Se reportaron 135 eventos, en relación a los cuidados de enfermería, administración de medicamentos y procedimientos invasivos.

De los mismos, 19 pacientes sufrieron algún tipo de evento adverso, en su mayoría se presentó en pacientes de sexo masculino (43.7%), la mayoría de casos (57%), se registró en el turno de la noche, en el mes de julio. De todos los eventos solo el 31,2 % fue notificado a la familia. El 25 % de los pacientes tenía un estado de agitación, mientras que el 18,7 % se presentó bajo efectos de sedación.

En cuanto a la atención enfermera paciente reporto una relación de 1:3 no favorece que la enfermera realice un plan de cuidado personalizado.

Conclusiones: Por tal motivo, el profesional de enfermería debe establecer estrategias para fortalecer y mejorar los procesos relacionados con la aplicación de protocolos, comunicación y una política de recursos humanos.

Palabras clave

- Seguridad del paciente
- Evento adverso
- Cuidado intensivo

ABSTRACT

Introduction: The Adverse Event (AD) in health care and specifically in nursing is a topic of great relevance worldwide, international reports indicate that only 5% of adverse events are notified.

Objective: To determine the frequency of adverse events in relation to nursing care in the intensive care unit.

Material and methods: The sample consisted of 10 nursing professionals working in the ICU and 32 inpatients during the period from June to August. Data were collected with a logbook of income and expenses, review of medical records and data collection instrument with the EA notification form taken and adapted by the author. Lic. Choque M.F. "I study Adverse Events during nursing care in the Pediatric Intensive Care Unit of the Dr. Ovidio Aliaga Uría Children's Hospital third quarter 2017.

Results: 135 events were reported, in relation to nursing care, medication administration and invasive procedures.

Of these, 19 patients suffered some type of adverse event, mostly presented in male patients (43.7%), the majority of cases (57%), was recorded in the night shift, in the month of July. Of all the events, only 31.2% were notified to the family. 25% of the patients had a state of agitation, while 18, 7% presented under the effects of sedation.

Regarding the patient nurse care report a ratio of 1: 3 does not favor the nurse to perform a personalized care plan.

Conclusions: For this reason, the nursing professional must establish strategies to strengthen and improve the processes related to the application of protocols, communication and a human resources policy.

Key words

- Patient safety
- Adverse event
- Intensive care

I. INTRODUCCIÓN

El Evento Adverso (EA) en la atención en salud y específicamente en enfermería es un tema de gran relevancia a nivel mundial. En la actualidad, el EA es definido como “aquella situación que termina en daño no intencional al paciente como consecuencia del cuidado proveniente o con ocasión de este, más que como consecuencia de la enfermedad de base y que puede conducir a la muerte, incapacidad o deterioro en el estado de salud del paciente, prolongación del tiempo de estancia hospitalaria e incremento de costos de no-calidad.

El impacto de los EA se refleja no solo en las cifras epidemiológicas, si no en el incremento de la morbilidad de los pacientes, mayores tiempos de estancia, costos, desconfianza y deterioro del desarrollo profesional.

En las unidades de cuidado intensivo es importante identificar los EA y los factores desencadenantes, para establecer planes de mejoramiento que aporten al cuidado de la salud. Estos factores se clasifican en: a) intrínsecos (relacionados directamente con el paciente), b) extrínsecos (relacionados con el tratamiento y el cuidado intrahospitalario, según el manejo terapéutico y uso de dispositivos) y, c) del sistema institucional (constituidos por el recurso humano, nivel de formación y capacitación, determinados por errores en los procesos, el equipo de trabajo, los equipamientos y los lineamientos institucionales (1)

La seguridad de los pacientes ha sido una preocupación de los profesionales de enfermería y ha estado implícita en el acto de cuidar de enfermería, aunque hasta los últimos años se ha identificado como un término novedoso. La presencia de la enfermera en el cuidado, la continuidad del mismo y las condiciones específicas y distintivas de este son elementos centrales para la atención de la salud de las personas en cualquier nivel de la organización, ya que es a través del cuidado de enfermería que se otorga protección y bienestar, así como un ambiente libre de riesgos. Florence Nightingale al institucionalizar la enfermería identificó los elementos necesarios para el proceso de cuidar, entre ellos el medio ambiente hospitalario, así como los valores profesionales para la enfermería, tales como no causar daño, el

esmero y la dedicación al servicio de las personas, lo que hoy por hoy se puede encontrar dentro de los elementos conceptuales para la seguridad del paciente.

El evento adverso es la forma más simple de ser reconocer el error cuantitativamente, pues causa daños directos, siendo más fácilmente identificados. En la literatura científica son pocos los relatos de errores que no causaron daños a los clientes, errores que pueden no ser reconocidos por el equipo en el cotidiano de la atención.

La presente investigación surge ante la necesidad de saber la frecuencia de eventos adversos en relación a la atención de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, siendo de importancia la seguridad del paciente debe ser un objetivo primordial en cada una de las instituciones de salud y cada día este tema tome más auge y relevancia, cabe resaltar que en nuestra institución el 95 %de eventos adversos que se suscitaron no se registran.

Este trabajo tiene como meta prevenir la aparición de EA con la realización de registros y protocolos de atención de enfermería con el propósito de coadyuvar para un mejor desempeño profesional en la prevención del daño y en el tratamiento de demanda, especialmente aquellas subsecuentes a los casos de denuncia de los usuarios por supuestos problemas inherentes a las prestaciones de servicios. La intervención de enfermería durante la atención a un paciente debe ser con calidad y calidez

En el diagnóstico situacional del estudio realizado denominado eventos adversos de la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital Central Nueva Esperanza S.A. Se realizó mediante una revisión del cuaderno de ingresos y egresos, historias clínicas y el llenado de un instrumento de recolección de datos, durante tres meses los cuales mostraron datos relevantes en cuanto a la atención de enfermería relacionado a los cuidados se observaron retiro accidental de SNG, ruptura de cuff, lesiones por inmovilización, reintubaciones, lesiones dérmicas por administración de medicamentos, etc., según a los resultados obtenidos un 45 % de los pacientes internados en el servicio presentaron algún tipo de EA.. Lo cual implica que existe una falencia en la organización del personal con respecto a la relación enfermera-paciente, además no se cuenta con protocolos de prevención de EA.

II. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) establece lineamientos y pautas de actuación para la construcción de políticas encaminadas a prevenir, identificar y minimizar los EA .En congruencia con esta tendencia mundial surge para Latinoamérica el estudio IBEAS (Estudio Ibero Americano de Eventos Adversos) en el que Colombia, Costa Rica, Perú y Argentina se unen para conocer los EA ocurridos en sus hospitales, establecer su prevalencia y sus características y desarrollar metodologías propias comparables (2)

Según el Consejo Internacional de Enfermería (3), en países en desarrollo la probabilidad de aparición de eventos adversos es mayor que en los industrializados, por el tipo de infraestructura, los equipos, la falta de fiabilidad del suministro, la calidad de los medicamentos, las deficiencias en el manejo y eliminación de desechos y el control de infecciones, así como por el escaso número y los resultados poco favorables del cuidado ofrecido por el personal asistencial.

Para lograr lo anterior, es importante realizar una revisión y análisis de eventos adversos que ocurren en la institución a través de tres ejes principales, capacitación al personal sobre los Eventos Adversos, un instrumento de notificación interna, la formación de un comité para el análisis de los eventos

La importancia que reflejara e imperara al tratar este tema de investigación, se encamina hacia la necesidad de crear una cultura profesional de reporte de eventos y por ende un análisis de los casos para formular posibles soluciones y prevenirlas y hacer aportes que permitan minimizar los mismos y contribuir a que los cuidados sean planificados, impactando en la mejora de la calidad y seguridad del paciente, en el entorno laboral, social y cultural.

De acuerdo al impacto de esta temática y las implicancias que conlleva se decide realizar el siguiente estudio eventos adversos relacionado con la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) de la institución ya citada, el aporte de este estudio sin duda coadyuvara a las mejoras de calidad en la UCI y poder brindar seguridad a los pacientes críticos, implementar protocolos de notificación de eventos adversos y redundar en la garantía de seguridad del paciente

en el Hospital Central de Emergencias Nueva Esperanza”. En este contexto para nuestra profesión la investigación que se pretende efectuar contribuirá al crecimiento y desarrollo científico. Paralelamente contribuirá sin duda al prestigio institucional

III. ANTECEDENTES

A nivel nacional, actualmente existe 1 solo estudio, que es realizado por Lic. Choque M. F. Que Lleva Como Título “Estudio Eventos Adversos durante la atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría tercer trimestre 2017 (4) el cual tiene como objetivo identificar la frecuencia d eventos adversos durante la atención de enfermería. La investigación tuvo como muestra 37 EA reportados por enfermería de la UCIP.

La seguridad del paciente es una prioridad en este momento en la mayoría de los estados occidentales ya que los efectos adversos se está constatando que son un problema para todos los sistemas de salud, desde esta perspectiva la Organización Mundial de la Salud emprendió la iniciativa de lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que cuenta con múltiples apoyos y adhesiones, entre ellas las de nuestro sistema nacional de salud siendo una de las estrategias fundamentales del plan de calidad del ministerio de sanidad y consumo.

Se define como Evento adverso a una lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento, así como los sistemas y equipamientos utilizados, mientras que por otro lado tendríamos el incidente es Incidente (“near misses” en la terminología inglesa): acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma. Se podría decir que un incidente es indistinguible de un evento adverso en todo excepto en el resultado, es decir, en la presencia de lesiones en el paciente producto de la atención sanitaria.

Al realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados al tema. Así tenemos que:

Rodríguez Ortega, Nancy, Herrera Rojas, Janeth, en Bogotá, el 2002 realizaron un estudio sobre; “latrogenia relacionada con el acto de enfermería: diagnostico en las Unidades de Cuidados Intensivo de adultos “. El objetivo fue diagnosticar la latrogenia relacionada con el acto de enfermería que se presentó en el año 2002 en

las Unidades de Cuidado Intensivo de adultos de dos instituciones de tercer nivel de la ciudad de Bogotá, D.C. El método que se utilizó fue descriptivo retrospectivo en el cual se recolectaron todos los incidentes reportados en el año 2002 relacionados con el acto de enfermería, la hora, tipo y las consecuencias del incidente, los protocolos o guías de atención clínica relacionadas con los incidentes establecidas por cada institución, las medidas correctivas tomadas según el tipo de incidente, además de analizar las características de cada unidad. En la institución uno ingresaron a las unidades de cuidado intensivo adulto 1.286 pacientes y a la institución dos ingresaron 2.467 pacientes, de los cuales 1,71% y 0,56% respectivamente presentaron algún tipo de iatrogenia relacionada con el acto de enfermería. El tipo de incidente, la hora y las otras variables que se contemplaron en el estudio variaron en cada institución. El instrumento fue una hoja de registro. Las conclusiones entre otras fueron:

“La iatrogenia relacionada con el acto de Enfermería en el estudio se encontró que los Errores eran de procedimientos estandarizados y de cuidado básico, que incluyen actividades de higiene y comodidad, control de signos vitales, control de peso, balance de líquidos, ingesta, inmovilización y fijación de sondas, tubos y sistema de drenajes, traslado y/o movilización de pacientes y prevención de lesiones de piel. Representaron el mayor porcentaje en las dos instituciones. Las implicaciones para el paciente no tuvieron consecuencias fatales como lo reporta la literatura. (4)

López Lava, Leticia, García Martínez, Silvia y Villa Gómez, Acisclo de Jesús, en Londres, el 2001, realizaron un estudio sobre “Frecuencia del evento centinela en la Unidad de Terapia Intensiva de la Clínica Londres”. El objetivo fue conocer la incidencia de eventos centinela en la unidad de terapia intensiva de la clínica Londres. El método fue descriptivo retrospectivo, se estudiaron 220 pacientes hospitalizados en la UTI, con monitoreo invasivo (sondas, catéteres, tubos, y drenajes). Del grupo de estudio, en 25 pacientes (11.3%) se reportó evento centinela. Los eventos de mayor incidencia fueron el desplazamiento de sondas nasogástricas o sondas nasoyeyunales en 9 pacientes (36%), movilización o retiro accidental de catéter arterial en 9 casos (36%), retiro de acceso venoso central en 3 casos (12%) e

igual porcentaje del catéter vesical en 3 casos (12%) Se reportó una incidencia mínima de la sonda pleural transitoria, pues solo sucedió en 1 paciente (4%). La técnica fue el análisis documental y el instrumento fue una hoja de registro. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los pacientes que requieren ser atendidos en la UTI están expuestos a factores estresantes, fisiológicos, psicológicos que les provocan impotencia, desesperación, miedo ansiedad, alteración del concepto de sí mismo y despersonalización. Los eventos centinela derivados de las técnicas invasoras, pueden limitarse si se tiene una vigilancia estrecha de los catéteres, sondas, tubos y drenajes. La incidencia de eventos centinela se reduce por medio de la atención de enfermería con mejoras en la valoración constante, intensiva y multidisciplinaria para prevenir complicaciones y lograr mantener respuestas óptimas mediante técnicas de sujeción, movilización y traslado. La experiencia acumulada en el manejo del paciente en estado crítico en la unidad de terapia intensiva de la Clínica Londres propicia antecedentes de atención de calidad debido a la baja incidencia de desplazamientos de catéteres, sondas, tubos o drenajes”. (5)

Bonet, T. Grau y el grupo de Trabajo Metabolismo y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Critica y Unidades Coronarias en Madrid, el 2005 realizaron un estudio titulado “Estudio multicéntrico de Incidencia de las complicaciones de la nutrición parenteral total en el paciente grave. Estudio ICOMEP 1ª Parte”. El objetivo fue valorar la incidencia de las complicaciones de la nutrición parenteral en una cohorte prospectiva de enfermos ingresados a la UCI, en donde podemos evidenciar que en lo referente a las complicaciones relacionadas con la colocación de la vía central. Se registraron 489 inserciones de catéteres en 370 enfermos, 428 por vía central (87,5%) y 61 por vía central de inserción periférica (PICC), correspondiendo a 1,3 catéteres por enfermo. La tasa de complicaciones en la colocación de los catéteres centrales fue del 23/428 (5,3%). Las más frecuentes fueron la mal posición del catéter (12 casos) y neumotórax (8 casos). Se colocaron 7 drenajes pleurales. Las complicaciones en el mantenimiento de la vía más frecuentes fueron la salida accidental en 13 casos y la infección del punto de punción en 14

casos. Las complicaciones relacionadas con las vías de administración de la NP provocaron alteración clínica en 5 episodios fue necesario algún tratamiento en 18 episodios y la colocación de nuevo catéter en 15 ocasiones. No obstante, la complicación mecánica más frecuente en el estudio fue la salida accidental del catéter en un 3,5% de los casos, lo que obligó a la colocación de una nueva vía para la administración de la NPT en 12 enfermos con el aumento del riesgo que ello conlleva. Las conclusiones a las que se llegaron fueron entre otros:

“La hiperglucemia y la disfunción hepática tienen mayor incidencia. La hiperglucemia, las diselectrolitemias y las complicaciones d los catéteres tienen mayor número de intervenciones terapéuticas, pero ello no implica que haya de retirarse la NPT”) (6)

Federico Gordo, Nuria García y otros en Madrid-España, el 2005, realizaron un estudio titulado “Elaboración de un programa de mejora de calidad de ventilación mecánica en cuidados críticos” Unidad de Cuidados críticos. Fundación. Hospital Alcorcón. Madrid- España, con el objetivo de conocer los aspectos demográficos de los pacientes sometidos a ventilación mecánica prolongada. Establecer unos estándares de referencia de tiempo de ventilación mecánica, estancia en UCI y complicaciones relacionadas con la ventilación mecánica, comparables con estándares internacionales. El método fue descriptivo Prospectivo. El instrumento fue una hoja de recogida de datos estándar con seguimiento del paciente desde su ingreso en la unidad de Cuidados Críticos hasta el alta hospitalaria, y la técnica fue una entrevista telefónica o personal en el caso de aquellos pacientes que sigan hospitalizados, para valorar la situación funcional del paciente a los 30 días del alta de la Unidad de Cuidados Críticos Se realizaron 70 Extubaciones programadas con una tasa de reintubación (en 48 horas) del 14%. Las tasas de extubación accidental, incluyendo dentro de la definición de extubación accidental los recambios de tubo endotraqueal bien por obstrucción del mismo, bien por rotura del neumotaponamiento por 1000 días de ventilación mecánica, fueron un 64 % del total. De los cuales un 13% fueron Extubaciones accidentales netamente. Las conclusiones fueron entre otras:

“Se encontró un Incremento significativo en el tiempo de ventilación mecánica, tiempo de ingreso y la disminución de la supervivencia en los pacientes con complicaciones asociadas a ventilación mecánica en nuestra población, que justifican el mantenimiento de un sistema de vigilancia de las complicaciones y mejora de calidad en nuestra UCC (7)

Dueñas Castell, Carmelo, Martínez, Adlay y otros en Cartagena, en 1997, realizaron un estudio sobre: “Extubación no programada. Estudio de casos y controles en dos UCI de la Ciudad de Cartagena. Cuyo objetivo fue el de Evaluar la incidencia de extubación accidental en UCI y definir factores de riesgo asociados. El diseño del estudio fue el observacional descriptivo, de casos y controles. Metodología: Realizado en dos UCI de Cartagena desde junio de 1995 hasta mayo de 1997. Se observaron los pacientes intubados en estos centros registrándose los pacientes extubados en forma no programada: casos (intencionalmente por el paciente o en forma accidental) para analizar los factores asociados al compararlos con 2 pacientes extubados en forma programada (controles) por cada caso los resultados fueron los siguientes durante el período hubo 423 pacientes intubados. 29 Extubaciones no programadas (6,85%). De ellas 21(72.4%) fueron accidentales y 8(27,6%) fueron intencionales por el paciente. 10 episodios (34%) ocurrieron en el proceso de destete. 23 pacientes fueron reintubados (79%) y 6 pacientes no requirieron reintubación (21%). La necesidad de reintubación fue del 90,5% en las Extubaciones accidentales y del 50% en las Extubaciones intencionales. En las Extubaciones programadas (controles) fue necesaria la reintubación en el 8.3%. En los Casos, 5 Extubaciones (17.2%) ocurrieron durante procedimientos de enfermería. Al comparar pacientes con extubación programada (controles) con aquellos con extubación no programada (casos) se encontró que los primeros eran más frecuentemente pacientes agitados, con mayor requerimiento de sedación y que presentaron con mayor frecuencia neumonía nosocomial, mayor estancia hospitalaria y mayor mortalidad, aunque las diferencias no fueron significativas. Las conclusiones fueron entre otras:

“la extubación no programada es poco frecuente en nuestro medio; sin embargo, se asocia con incremento en la morbimortalidad. Para reducir la extubación no programada recomendamos; garantizar una adecuada sedación especialmente en pacientes jóvenes, agitados, con sepsis; mejorar la supervisión nocturna y durante los procedimientos de enfermería”. (8)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Evento Adverso (EA) y lo relacionado con la seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación mundial. En octubre de 2004, la OMS declaró la seguridad en atención en salud como “un problema de salud pública mundial”. (10) (Además, presentó una alianza que proponía reducir el número de enfermedades como lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud.

En la mayoría de los países de América Latina el tema de la seguridad en la atención es uno de los referentes de calidad de atención de salud. De igual forma, trabajar en la seguridad del paciente, además de ser un imperativo ético de las instituciones de salud, es una obligación de ley

La problemática del EA también impacta de manera negativa sobre los costos en la atención en salud. De acuerdo al impacto de la problemática se decide abordar el estudio titulado eventos adversos relacionados con la atención de enfermería en la Uci. En el hospital Central Emergencias Nueva Esperanza lugar donde se realizara la investigación, la demanda de pacientes va en ascenso y paralelamente la complejidad, sin embargo aun con grandes necesidades en cuanto a los recursos humanos (enfermeros) sobrecargando el trabajo lo cual incide en la calidad de atención, la fatiga, el estrés, doble jornada laboral, la falta de comunicación, destreza técnica, la formación inadecuada, son factores que podrían ocasionar eventos adversos.

Se suma además a la problemática que las enfermeras demuestran pocos registros, y se entiende que “lo que no se ha registrado no se ha hecho”. En los registros de Enfermería, pocas veces se deja constancia de los cambios observados en el paciente como resultado de los cuidados, de los problemas de salud observados, de la respuesta de los pacientes a estos problemas de salud, además no cuenta con un protocolo de notificación de eventos adversos

4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la frecuencia de eventos adversos en la atención de enfermería, Unidad de Terapia Intensiva adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. junio a agosto 2018?

V. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de eventos adversos en la atención de enfermería, Unidad de Terapia Intensiva adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. junio a agosto 2018

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir datos demográficos del personal de enfermería que desempeña funciones en la Unidad de Terapia Intensiva.
2. Describir los eventos adversos en relación a los cuidados de enfermería, reacción a la administración de medicamentos y procedimientos invasivos.
3. Identificar el turno con mayor frecuencia de eventos adversos en la Unidad de
4. Realizar protocolos de prevención de eventos adversos

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 MARCO REFERENCIAL

El problema de los EA en la atención sanitaria no es nuevo ya que se realizaron estudios en el año 1950 y 1960 pero no se prestó atención a este tema. En 1991 se publicó el Harvard Medical Practice Study que concluyó que un 4% de los pacientes sufren algún tipo de daño en el hospital, el 70% de los eventos adversos provocan una incapacidad temporal, y el 14% de los incidentes son mortales.

Posteriormente se realizaron investigaciones en Australia, donde en 1995 se observó una tasa de eventos adversos del 16.6% entre pacientes hospitalizados; Estados Unidos de América reportó que existen 44,000 defunciones cada año por error médico, siendo este índice mayor que el de los accidentes de automóvil, cáncer de mama o SIDA y la Gran Bretaña en su informe estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones. (9)

Desde el año 2000 se ha prestado especial atención al fenómeno del EA. Esto se gestó gracias a la publicación del documento “Errar es humano” (10), por parte del Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Dicho informe, concluyó que entre 44000 a 98000 personas mueren al año en los hospitales de ese país como resultado de errores en el proceso de atención. Tras la publicación de ese documento, se empezó a analizar con detalle la situación en relación al EA y en especial a aquellos eventos prevenibles, motivo por el cual hoy la seguridad del paciente es una preocupación universal dado que su incidencia involucra todo tipo de entidades hospitalarias tanto de países desarrollados como del tercer mundo.

En el centro de la seguridad del paciente está la comprensión y posible prevención de los EA los cuales son definidos como los eventos o circunstancias no deseables causados por el cuidado u omisión ante el proceso de enfermedad y cuyo desenlace puede afectar física o psicológica a los pacientes. Se pueden dividir en dos tipo:

Evento Adverso Prevenible: es un resultado asociado con un error en la provisión de la atención o la utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. Evento Adverso No Prevenible: es el resultado no deseado, causado de forma no intencional que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares de cuidado.

Algunos estudios realizados en España han demostrado que la seguridad en la atención en salud debe ser considerada un hecho relevante y la probabilidad de sufrir un EA aumenta considerablemente con la edad del paciente. Entre un 4,7% y un 5,3% de los ingresos hospitalarios sufre algún EA, con un costo medio por estancia próximo a los 3.000 euros, estas cifras se incrementan en pacientes mayores de 65 años, en los que se reporta un 9,7% de los ingresos hospitalarios, dada las condiciones clínicas de los adultos mayores. Así los EA constituyen un problema latente en la seguridad del paciente, que inciden directamente en la calidad de la atención de salud, situación que conlleva importantes efectos económicos, personales, familiares y sociales (11)

En países desarrollados han sacado su incidencia de eventos adversos como: Dinamarca 9% en 1097 admisiones, Reino unido 11.7% en 1014 ingresos, Australia 16.6 % en 14179 admisiones y recientemente Canadá reportó una tasa anual de eventos adversos de 7.5% de los cuales el 38% eran prevenibles.

En América Latina se han desarrollado algunos estudios para conocer las tasas de EA en la atención sanitaria. Uno de ellos es el estudio de Gaitán-Duarte Hernando *et al.*, denominado “Incidencia y Evitabilidad de eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006” (12).Dicho estudio, reportó que la frecuencia de los eventos adversos variaba entre el 1 y 22% dependiendo del servicio donde se hiciera la medición, el tipo de institución y el método utilizado para su medición. Además, se reportó que entre un 30 y 70% de los EA evitables tienen un significativo impacto en términos de prolongación de estancia hospitalaria, discapacidad resultante, costos y mortalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) establece lineamientos y pautas de actuación para la construcción de políticas encaminadas a prevenir, identificar y minimizar los EA. En congruencia con esta tendencia mundial surge para Latinoamérica el estudio IBEAS (Estudio Ibero Americano de Eventos Adversos) en el que Colombia, Costa Rica, Perú y Argentina se unen para conocer los EA ocurridos en sus hospitales, establecer su prevalencia y sus características y desarrollar metodologías propias comparables internacionalmente) (2)

El EA y lo relacionado con la seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación mundial. En octubre de 2004, la OMS declaró la seguridad en atención en salud como “un problema de salud pública mundial”. Además, presentó una alianza que proponía reducir el número de enfermedades como lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud. De esta manera, se busca llegar a todos los prestadores de servicios con la famosa frase atribuida a Hipócrates *primum non nocere*, es decir; primero no hacer daño, la cual hoy tiene más vigencia que nunca.

En 2005 en la Séptima Reunión Anual del foro Europeo de la Asociación de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud. Se enfatizaron en puntos importantes en la relación sobre seguridad del paciente, en estos puntos reconocieron que la seguridad del paciente conlleva a un análisis y comprensión de los EA y una estimación real del problema. Esto implica generar una cultura donde las enfermeras puedan informar sobre problemas y errores con el fin de notificar a las instituciones donde puedan tomar medidas con el propósito de reducir la incidencia de riesgos y consecuencias

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), estableció las metas internacionales, para promover acciones específicas que garanticen la seguridad del paciente como prioridad sectorial.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (3), en países en desarrollo la probabilidad de aparición de eventos adversos es mayor que en los industrializados, por el tipo de infraestructura, los equipos, la falta de fiabilidad del suministro, la calidad de los medicamentos, las deficiencias en el manejo y eliminación de desechos y el control de infecciones, así como por el escaso número y los resultados poco favorables del cuidado ofrecido por el personal asistencial

La Agencia Nacional de Seguridad del Paciente de Estados Unidos define la seguridad del paciente como “el proceso mediante el cual una organización hace que el cuidado de los pacientes sea más seguro, esto involucra la identificación, evaluación y gestión de riesgos; el reporte y análisis de incidentes y la capacidad de aprender de ellos e implementar soluciones que minimicen el riesgo de ocurrencia” (13)

De acuerdo al Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, España; se han identificado factores que inciden en la notificación de eventos adversos por parte del personal de salud, entre las que se incluyen el miedo al castigo, la falta de consciencia de que un error ha ocurrido y la falta de familiaridad con los mecanismos de notificación entre otros.

Garzón Martha en su estudio “Indicios de Atención Insegura, Errores y Eventos Adversos ocurridos en el proceso de atención de Enfermería en una IPS de Bogotá” concluye que las actividades y procedimientos donde se encuentra mayor indicio de atención insegura, error y evento adverso son: administración de medicamentos, registro de líquidos administrados, manejos de catéteres periféricos y centrales, el baño de pacientes relacionado con el riesgo de caídas y el manejo de bombas de infusión durante este procedimiento. Las consecuencias de estos indicios de atención insegura: no mejoría clínica del paciente lo que termina en estancia prolongadas, los EA dejaron como consecuencia estancias prolongadas, limitación y muerte del paciente.

Hernández Cruz et al, define “evento adverso en el cuidado de enfermería” (14), hace referencia que la seguridad en la atención de los pacientes es uno de los aspectos más importantes para revisarse y desarrollarse para establecer un proceso efectivo de garantía de calidad en la atención de enfermería para formar en un valor necesario, conocer las situaciones adversas con el fin de controlar los factores que predisponen los errores y que atentan en la seguridad del paciente

Es importante entonces, establecer procesos efectivos de garantía de calidad de la atención en enfermería. De la mano con los estudios de investigación, se acumula evidencia con el fin de no repetir errores. Asimismo, es relevante enfatizar en seguir protocolos y fortalecer las destrezas de los profesionales de enfermería para enfrentar riesgos tales como falencias de formación, destrezas, delegación de responsabilidades (el que delega es el responsable de la acción), sobrecarga laboral, falta de orientación, exceso de confianza, deficiencias en el equipo de trabajo, falta de liderazgo y falta de estandarización de normas y protocolos, entre otros.

Tras los datos de los estudios realizados en los diferentes países ya mencionados, la mayoría cataloga a esta temática como un efecto adverso, la causa precipitante directa involucra la vigilancia de enfermería, asociada a una falla humana, que incrementa los gastos económicamente hablando a la familia por el hecho de que la institución es de carácter privado, y gastos hospitalarios; siendo este el caso pues es reconocido como un indicador de calidad de atención.

6.2 MARCO CONCEPTUAL

La atención a la salud a veces puede representar un riesgo para los pacientes, que puede derivar en daño físico, psicológico, social, económico, e incluso la muerte. Estos incidentes se denominan eventos adversos (EA) y se presentan durante el proceso de atención.

6.2.1 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.

6.2.2 CONCEPTOS DE CALIDAD EN SALUD

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.

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 (15)

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 quehacer 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.

6.3 ÉTICA Y PROFESIÓN

6.3.1 PROFESION

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.

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.

6.3.2 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.

Lo que está en juego en la ética en enfermería es nada más – y nada menos – que la dignidad y la vida de la persona, algo cuya defensa y promoción nos ha sido confiadas a todos los hombres – y especialmente a los médicos y enfermeras -, en tanto que nuestro actuar es directamente interdependiente de las otras vidas humanas, y de las que en conciencia debemos sentirnos responsablemente deudores, puesto que de nosotros depende acrecerlas o arruinarlas (16)

6.4 EL EVENTO ADVERSO

Para el entendimiento de los conceptos que se 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 causas 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. (17)

Los EA se pueden originar en cualquier ámbito; particularmente son más frecuentes en el área clínica. Sin embargo, existen reportes que muestran que entre los servicios con mayor riesgo está la unidad de cuidado intensivo, debido a la tecnología utilizada, el grado de intervención y la complejidad de los pacientes, el tipo de medicamentos empleados y la interacción simultánea de muchas personas con el paciente.

6.4.1. CAUSAS DE APARICIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Es de rescatar que todas las actividades a las que está sometido el individuo, bien sean realizadas por enfermeras o por cualquier otro profesional del equipo de salud, conllevan implícitamente un riesgo en la ocurrencia de un EA ya que es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda acción humana sobrelleva un margen de error, es por esto que enfermería tiene como labor esencial hacer una correcta evaluación de los posibles riesgos en la realización de todas y cada una de sus actividades (18)

Todas las actividades a las que está sometido un individuo sean realizadas por enfermería o por cualquier otro profesional del equipo de salud, conllevan implícitamente un riesgo en la ocurrencia de un EA ya que es imposible evitar

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

Ocurrencia de los Eventos Adversos no es 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.

En las unidades de cuidado intensivo es importante identificar los EA y los factores desencadenantes, para establecer planes de mejoramiento que aporten al cuidado de la salud. Estos factores se clasifican en: a) intrínsecos (relacionados directamente con el paciente), b) extrínsecos (relacionados con el tratamiento y el cuidado intrahospitalario, según el manejo terapéutico y uso de dispositivos) y, c) del sistema institucional (constituidos por el recurso humano, nivel de formación y capacitación, determinados por errores en los procesos, el equipo de trabajo, los equipamientos y los lineamientos institucionales (1)

6.4.2. CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL EVENTO ADVERSO

El Ministerio de la protección social en su anexo técnico, Resolución 1446 de 2006 define como efecto adverso a las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención de salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no – calidad.

Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica (19)

6.4.3. ERROR, ERRAR

El concepto de EA está intrínsecamente ligado al concepto de error o falla. Esto es particularmente aplicable al concepto de evento adverso evitable. Sin embargo, siguen siendo dos conceptos diferentes. Existen errores sin EA y EA sin errores. De hecho, las teorías de riesgo plantean proporciones entre errores (o incidentes) y eventos adversos (o accidentes) con graficas parecidas a un iceberg donde la puntas que sobresalen de la superficie corresponden a los EA, mientras que la mayor proporción de masa de hielo del iceberg son los errores (20)

6.4.4. IATROGENIA

La palabra iatrogenia deriva del griego: iatos: médico y genia: origen. Según el diccionario de la Real Academia de la lengua española: Dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico".

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.

6.4.5. ERROR MEDICO

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 (21)

6.5. CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Existen múltiples formas de clasificar el evento adverso, una de las más útiles respecto a la definición de la responsabilidad ética, penal, civil y administrativa, es aquella que lo divide en evento adverso prevenible y no prevenible. 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) (22)

Para que un suceso sea considerado como un evento adverso debe cumplir con los siguientes criterios:

Daño en el paciente: Los cuales pueden ser clasificados según su gravedad en:

a) Leve: El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia, Por ejemplo en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad

b) Moderado: Cualquier evento adverso que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración

c) Grave: En este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

d) Muerte: En este caso el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.

Daño producto de la atención en salud: Un evento adverso es el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base.

Daño no intencional: La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente define Seguridad del Paciente como la ausencia de injuria accidental ya que el daño al paciente es involuntario. El propósito de la atención de salud es preservar la vida, recuperar o mejorar las condiciones del paciente.

En el ámbito internacional y nacional existe un sinnúmero de situaciones catalogadas como eventos adversos que surgen a partir del Estudio Nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) del Ministerio de Sanidad y Consumo

español y de la Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006 del Ministerio de la Protección Social. En el entorno de cuidado intensivo los que son reportados de manera más frecuente por enfermería son los relacionados con:

Los medicamentos y balance hídrico: error en la prescripción y distribución de medicamentos e insumos, su disponibilidad, reacción adversa medicamentosa, omisión o suministro de medicamentos en un horario anticipado o atrasado, error en la dosificación y en la administración al paciente equivocado, medicación cruzada, proporcionar dosis errada y por una vía no indicada, sin la dilución o tiempo de infusión apropiados.

Asociar medicamentos por poli farmacoterapia desconociendo sus interacciones y efectos, omitir valoraciones antes, durante y después de administrarlos. Estos errores o eventos adversos se han asociado con circunstancias tales como la rutina, poca claridad de sistemas de perfusión a utilizar según el medicamento (bolo, intermitente, continua, estrés, fatiga, sobrecarga laboral, inadecuada comunicación y falta de conocimiento y experiencia.

La monitorización del paciente o los cuidados que necesita: úlceras por presión, desplazamiento, salida, retiro no programado, obstrucción, fijación inadecuada, desconexión accidental de catéteres, tubos endotraqueales, sondas, drenajes o cualquier dispositivo invasivo (23). Aspiración broncopulmonar, flebitis, hematuria por inserción o retiro traumático de la sonda vesical, intubación con prótesis y fallo en el mecanismo de alarma del sistema de monitorización, entre otras.

Maniobras de reanimación: deterioro del paciente sin asistencia ni tratamiento, demora en el reconocimiento de la situación clínica del paciente o en la instauración del tratamiento, soporte inadecuado de la función hemodinámica y/o respiratoria, retardo en el inicio o prolongación de maniobras de reanimación cerebro-cardiopulmonar, quemaduras o fracturas tras las maniobras, utilización inadecuada de terapias, falta de insumos o falla en los equipos y error en la administración de medicamentos.

En la Unidad de Cuidados Intensivos son frecuentes los pacientes que requieren ventilación mecánica. A pesar del creciente interés por la ventilación no invasiva, la

mayoría de pacientes son manejados con ventilación convencional, lo cual implica la colocación de un tubo endotraqueal.

La Extubación No Programada: puede definirse como la expulsión del tubo oro traqueal. Esto puede ocurrir por el paciente directamente, o presentarse en forma accidental, generalmente durante procedimientos de enfermería como cambios de posición, curaciones o baños en cama. Se presenta entre el 2 y el 13% de los pacientes sometidos a ventilación mecánica. Recientes series han reportado una mayor frecuencia de extubaciones intencionales con baja incidencia de reintubación. Esto ha sido atribuido a procesos de destete demasiado largos (7)

La Extubación No Programada se ha asociado con complicaciones como arritmias, broncoaspiración, neumonía, mayor estancia hospitalaria y mayor mortalidad y entre el 31 y 78% de los casos obliga a reintubación. Y constituye un índice de calidad de cuidado en UCI, considerándose un predictor de morbimortalidad en pacientes críticos. (24)

Extubación accidental: Extracción del tubo endotraqueal por el profesional de enfermería que debe proporcionar una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua, eficiente y basada en conocimientos científicos, características que en conjunto con la profesión misma lo convierten en el responsable de la protección del paciente frente a las consecuencias potencialmente peligrosas de los eventos adversos. Es por esto que para cada área del cuidado, se hace necesario que el profesional, cuente con una formación académica específica, con experiencia y capacitación continua que le proporcione conocimientos avanzados para desarrollar habilidades para el cuidado.

Varios estudios señalan que los factores que influyen en la aparición de los incidentes, es el número de enfermeras y su formación, aunque no hay un consenso sobre el nivel óptimo de enfermeras para una población, hay evidencia amplia de que su número y calidad está asociada con mejores resultados.

Las Unidades de Cuidados Intensivos, caracterizadas por tener equipamiento y tecnología avanzada son un reto para el profesional de enfermería en la oferta del cuidado. La insuficiencia de capacidad técnica del profesional es factor determinante

de la seguridad de los pacientes y elemento importante en la clasificación de eventos adversos.

No siempre la aparición del incidente depende en su totalidad de la formación puesto que el error puede estar presente en todos los profesionales aún en los más hábiles y con mayores conocimientos; sin embargo, la prevalencia de aparición del evento es menor cuando se compara con los profesionales que no tienen formación.

El rendimiento óptimo del profesional de enfermería, tiene que ver con factores propios, relacionados con el conocimiento y habilidades adquiridas para ejercer en el área específica, pero este rendimiento influye en la calidad de la atención y es proporcional a la sobrecarga laboral cuando se manejan pacientes que demandan mayor atención dada su condición crítica. De igual forma existen políticas de reducción de personal que ofrecen relaciones localización por el propio paciente ya sea; por una maniobra inadecuada del personal que le cuida; o por causa de malfuncionamiento del tubo endotraqueal (obstrucción del tubo o rotura del balón de neumotaponamiento (7)

Reintubación: Se considerará aquella que se produzca antes de las 48 horas siguientes a una extubación programada. Las reintubaciones pasadas las 48 horas no se anotaran y se considerara como un nuevo episodio de ventilación mecánica si el paciente había sido dado de alta previamente de UCC dispares enfermera - paciente y un aumento en las horas laboradas, este aumento en las horas de trabajo tiene que ver con el cumplimiento de un número de horas/mes trabajadas, falta de personal y necesidad de cubrir esas falencias, además de las necesidades económicas personales del profesional; estas afirmaciones son respaldadas por los resultados de estudios que demuestran que trabajar 12,5 o más horas consecutivas disminuye la capacidad cognitiva, retrasa el nivel de reacción, genera déficit motor y produce un estado comparable con el que se asocia con niveles elevados de alcohol en sangre.

6.6. MODELO DEL QUESO SUIZO

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 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.

6.7. INCIDENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS

En unidades de cuidado intensivo la incidencia que se registra puede llegar a ser de 1.7 EA por paciente por día.

En el 2000 un Grupo de trabajo sobre la calidad de la atención hospitalaria en hospitales de Europa estimó que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufrió daños evitables y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos (25)

6.7.1. EVENTOS ADVERSOS Y ENFERMERÍA

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

6.7.2. PREVENCIÓN DEL EVENTO ADVERSO POR PARTE DE ENFERMERÍA

El profesional de enfermería tienen cuatro deberes asociados con: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal.

Bernal Ruizet al, "En su estudio "Evento Adverso Durante La Atención De Enfermería" 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 (17)

Existen diez aspectos esenciales que permiten evaluar y proteger la seguridad del paciente lo cual se considera de vital importancia para su utilización en la práctica sistemática de la actividad diaria del personal de enfermería.

1. Identificación del paciente.
2. Comunicación clara.
3. Manejo de medicamentos (básicos)
 - Paciente correcto.
 - Medicamento correcto.
 - Vía correcta.
 - Dosis correcta.
 - Tiempo correcto.

4. Cirugía y procedimientos.
 - Cirugía o procedimiento correcto.
 - Sitio quirúrgico correcto.
 - Momento correcto.
5. Evitar caída del paciente.
6. Uso de protocolos y guías.
7. Evitar infecciones nosocomiales.
8. Clima de seguridad.
9. Factores humanos.
10. Hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones (26)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio.

Descriptivo, se realizó la descripción de la frecuencia de eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central Nueva Esperanza S.A. junio a agosto 2018

Corte transversal, El estudio se realizó en un momento dado y único, haciendo corte de tiempo en los meses de junio a agosto 2018.

Prospectivo, Se indago según van ocurriendo los fenómenos de eventos adversos en relación a la atención de enfermería en el futuro. En la UCI del Hospital Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A El Alto, mediante una encuesta e instrumento de recolección de datos junio a agosto 2018.

Área de estudio.

El estudio se llevó a cabo en la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. empresa privada se constituye como un Hospital médico quirúrgico, fundada el 2009, tiene servicios de:

- Administración de establecimientos de salud y educación y venta de servicios medico quirúrgicos, complementarios, diagnósticos y terapéuticos.
- Importancia en compra y venta de equipos, materiales, insumos y medicamentos médicos farmacéuticos.

Provee atención en base a las siguientes especialidades:

-Neurología - Neurocirugía, Psicología - Psiquiatría, Otorrinolaringología, Buco Maxilofacial, Cardiología – Cirugía cardiotorácica, Neumología, Gastroenterología, Cirugía General. Proctología. Nefrología-Hemodiálisis, Urología, Ginecología – Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Dermatología, Cirugía Plástica, Medicina Interna, Terapia Intensiva, Anestesiología, Pediatría – Neonatología, Medicina General

Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. ofrece a la comunidad atención las 24hrs, siete días a la semana, presta atención de calidad y calidez a sus prestadores, además de lanzar campañas de atención médica, a costo económico y factible para nuestra sociedad. Además presenta servicio de ambulancia las 24 horas.

Ubicación: Calle 11, N° 4035, entre Carvajal y Vezga, Zona Villa Dolores. Teléfonos: 2822822 – 2821610 – 72007333 El Alto La Paz – Bolivia. Cuenta con sucursal en Emergencias Rio Seco – Ex Tranca, Av. Juan Pablo II, N°3000, Teléfono: 2865811 – 72002630 – Sitios Web: [www. hospitalagramont.com.bo](http://www.hospitalagramont.com.bo)

Esta organización, cuenta con 30 empleados estimados.

Universo y Muestra.

El estudio fue estructurado en dos partes uno dirigido a pacientes sometidos a ventilación mecánica y al personal de Enfermería que desempeña sus funciones laborales en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A.

UNIVERSO.

Pacientes que ingresaron en la UCI los meses de junio, julio y agosto

Todas las enfermeras del hospital Central de Emergencias Nueva Esperanza que equivalen al 100% del universo a nivel licenciatura que trabajan en los diferentes turnos en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de la durante la gestión 2018.

MUESTRA.

10 profesionales de enfermería que trabajan en la UCI

Un total de 32 pacientes internados en los meses junio, julio y agosto

6.4. Criterio de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión y exclusión reflejaran las características que tiene el estudio para considerar su inclusión en la investigación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

PACIENTE.

Pacientes críticos adultos que presentaron eventos adversos (EA), notificados por enfermería, atendidos por cualquier especialidad médica, ocurridos durante el ingreso, permanencia o traslado.

ENFERMERIA

- Solo personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Central de Emergencia Nueva Esperanza S.A.
- Solo personal con grado de licenciatura en Enfermería y/o post grado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

PACIENTE.

- Pacientes que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. con antecedente de haber sufrido algún evento adverso.

PERSONAL.

- Personal de Enfermería de piso, emergencias, quirófano, neonatología, hemodiálisis, consultorio del hospital Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A.

VARIABLES

Variables Dependientes

Frecuencia de Eventos Adversos

Variables Independientes

Edad

Genero

Grado de instrucción

Experiencia laboral

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR PORCENTUAL
Genero	Es la diferencia que existe entre el hombre y la mujer determinada por características.	Cualitativo Nominal	Masculino Femenino	Frecuencia
Edad	Del Latín Aetos, permite hacer mención del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativo Ordinal	De 25ª 30 años De 31 a 35 años De 36 a 40 años Más de 40 años	Frecuencia
Grado de instrucción más alto	Es el grado más elevado de estudios realizado o un curso.	Cualitativa Ordinal	Licenciada Especialista Magister Otros.....	Frecuencia
Años de servicio como Enfermera.	Es el tiempo transcurrido en un área específica desempeñando su labor como enfermera.	Cuantitativo Ordinal	Menor de 5 años De 6 a 10 años De 11 a15 años Más de 15 años	Frecuencia
Experiencia laboral en el	Es el conjunto de conocimiento y	Cualitativo Ordinal	De 1 a 5 años De 6 a 10 años	Frecuencia

área (terapia intensiva)	aptitudes que un individuo o grupo de personas ha adquirido a partir de realizar alguna actividad profesional en un tiempo determinado.		De 11 a 15 años Menos de 1 año	
Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería.	Pacientes internados expuestos a presentar un evento adverso en relación a los cuidados de enfermería.	Cualitativo Discontinua	Autoextubación Extubación no programada Reintubación Desconexión accidental de la ventilación Progresión del tubo endotraqueal Barotrauma Obstrucciones del TET Fijación inadecuada del TET Ruptura de cuff Obstrucciones de Traqueostomía Quemadura por oxímetro de pulso Caídas Retiro accidental de SNG Retiro accidental de SNG Retiro accidental de SV Retiro accidental de CVC Lesión por inmovilización Presencia de UPP	Frecuencia

			Atelectasia Broncoaspiración Lesión en comisura labial	
Eventos adversos relacionados con la medicación.	Pacientes internados expuestos a presentar un evento adverso en relación a la medicación.	Cualitativo Discontinua	Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos Flebitis Dosis errada Dilución errada Omisión en la administración de medicamentos Retraso en el tratamiento Desequilibrio de electrolitos Hipotensión por fármacos Alteraciones neurológicas por fármacos Taquicardia por fármacos Alteración del ritmo cardiaco o actividad eléctrica por fármacos	Frecuencia
Eventos adversos relacionados con los procedimientos invasivos.	Pacientes internados expuestos a presentar un evento adverso en relación a los procedimientos invasivos.	Cualitativo Discontinua	Instalación inadecuada de sonda vesical SNG en vía aérea CVC en arteria Multipunción Neumotórax Retención urinaria Hematuria	Frecuencia

MÉTODOS Y TÉCNICAS.

Las técnicas e instrumentos utilizados fueron:

Cuaderno de Ingresos y egresos. Permitió recolectar datos en relación a la edad, sexo, diagnóstico de ingreso, tiempo de internación y turno de ingreso, con el fin de ser usado como un recurso valido para la investigación, el mismo cuenta con la recolección de datos en relación a Eventos Adversos suscitados en la Unidad en relación a los cuidados de enfermería, reacción a la administración de medicamentos y procedimientos invasivos junio, julio y agosto 2018.

Revisión de Historias Clínicas. Siendo que este es un documento médico legal que surge del contacto del profesional de salud y el paciente, en busca de datos que permitieron identificar porque se produjo eventos adversos.

Instrumento de recolección de datos N°1. El estudio se realizara mediante el instrumento utilizado por el autor. Lic. Choque M.F. “Estudio Eventos Adversos Durante la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría tercer trimestre 2017”.Se trata de realizar un estudio similar para evaluar los resultados en pacientes que presentaron algún tipo de evento adverso, a través de la recolección de datos directamente obtenidos de la revisión de Historias clínicas y reporte de enfermería, se recabaron datos como: Edad, Sexo, Diagnostico Medico, tiempo de internación turno de trabajo en el cual se suscitó el evento adverso.

De igual manera se elaboró un 2º Instrumento de recolección de datos con el fin de determinar la frecuencia de eventos adversos relacionado con la atención de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. este fue llevado a cabo en los meses de junio, julio y agosto 2018 a 10 profesionales con título de Licenciatura en Enfermería. El mismo Instrumento cuenta con: Hoja de información del estudio a realizarse, consentimiento informado, datos como: turno de trabajo, edad, nivel de instrucción, experiencia laboral en años fuera de la Institución, situación laboral.

VIII. CONSIDERACIÓN ÉTICA

Para el desarrollo del presente estudio de investigación se ha solicitado permiso correspondiente a la directora del Hospital Agramont Central Nueva Esperanza S.A. Dra. Gloria Agramont Carrillo y jefe de Enfermeras Lic. María Laura Salinas previa presentación del perfil de investigación, para realizar la aplicación del cuestionario a los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos previo consentimiento informado respetando el principio de autonomía y confidencialidad, además de un instrumento de recolección de datos que fue validado por expertas en un trabajo antecedido por el Lic. Choque M.F. “Estudio Eventos Adversos durante la atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría tercer trimestre 2017”, dicho instrumento se utilizó en los tres meses del estudio.

IX. RESULTADOS

Participaron de este estudio 10 componentes del equipo de enfermería, siendo (100%). Con relación al sexo, 100% pertenecían al sexo femenino. El rango de edad con mayor frecuencia fue entre los 25 a 30 años, lo cual representó el 80 % y de 31 a 35 años el 20%. En cuanto al grado de instrucción más alto obtenido por el personal de enfermería, un 40 % con nivel académico de licenciatura, 40 % formación en post grado (Especialista) y 20% con diplomado.

Respecto al tiempo de formación profesional, 80% de las entrevistadas tenían menos de 5 años de formación, 20 % de 1 a 5 años. Referente a la experiencia laboral en la UTI, 60% poseía menos de 1 año, 40 % de 1 a 5 años.

De un total de 32 pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. bajo la revisión del cuaderno de ingresos y egresos, revisión de historias clínicas, el registro de enfermería y el llenado de un instrumento de recolección de datos se evidencia que se reportaron 135 casos de Eventos adversos en relación a los cuidados de enfermería, administración de medicamentos y procedimientos invasivos.

De los mismos, 19 pacientes sufrieron algún tipo de evento adverso, en su mayoría se presentó en pacientes de sexo masculino (43.7%), la mayoría de casos (57%), se registró en el turno de la noche, en el mes de julio. De todos los eventos solo el 31,2 % fue notificado a la familia. El 25 % de los pacientes tenía un estado de agitación, mientras que el 18,7 % se presentó bajo efectos de sedación.

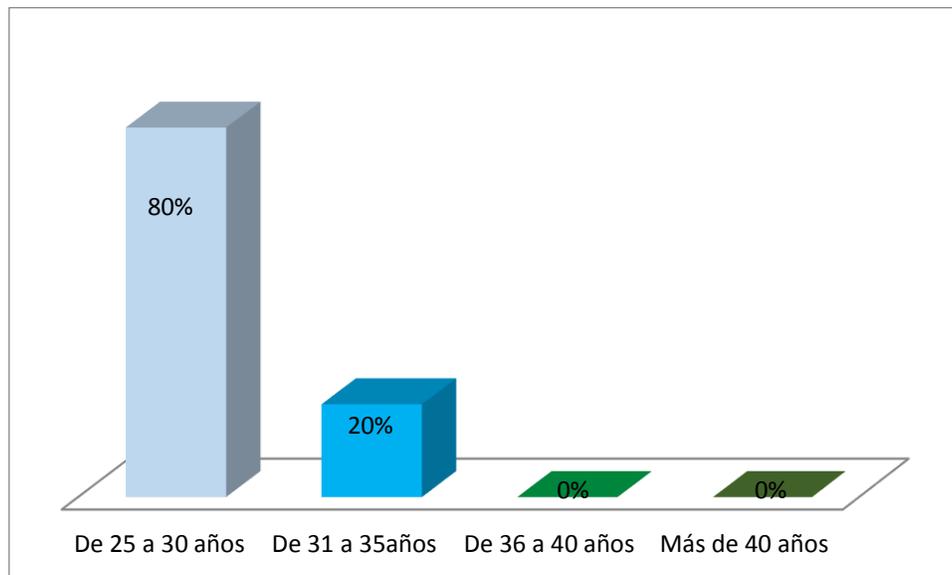
En cuanto a la atención enfermera paciente reporto una relación de 1:3 no favorece que la enfermera realice un plan de cuidado personalizado.

TABLA N°1
EDAD DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
HOSPITAL C.E.N.E.S.A.
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad (rangos)		
De 25 a 30 años	8	80%
De 31 a 35años	2	20%
De 36 a 40 años	0	0%
Más de 40 años	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 1
EDAD DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
HOSPITAL C.E.N.E.S.A.
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018



Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Los rangos de edad del personal de Enfermería de la UTI varían, con predominio de 25 A 30 años que corresponde al 80%, seguido 20%, de 31 a 35 años estos fueron los grupos de edad predominantes. (Ver Gráfico Nro. 1)

TABLA Nro. 2.

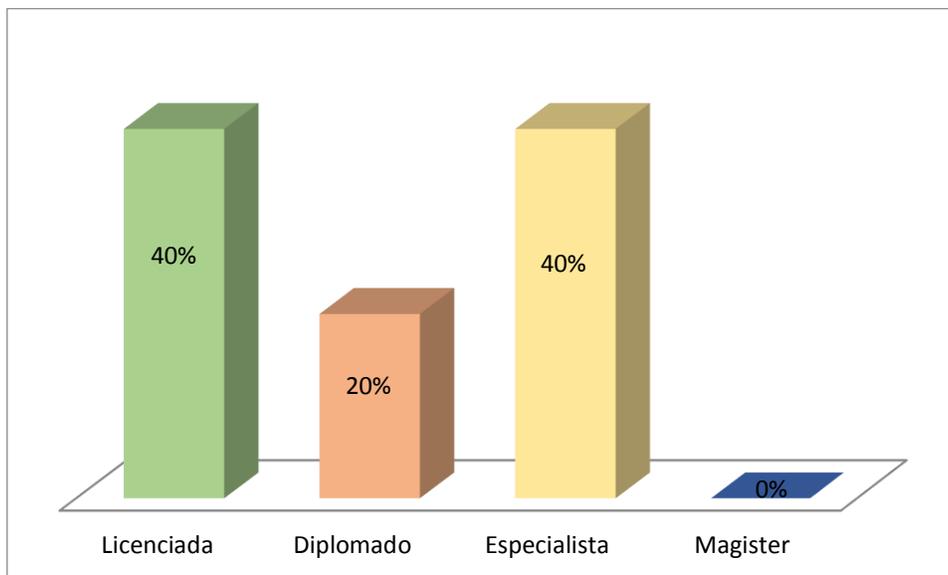
GRADO DE INSTRUCCIÓN ALTO OBTENIDO POR LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Grado de instrucción más alto obtenido		
Licenciada	4	40%
Diplomado	2	20%
Especialista	4	40%
Magister	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 2

GRADO DE INSTRUCCIÓN ALTO OBTENIDO POR LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018



Fuente: Elaboración propia

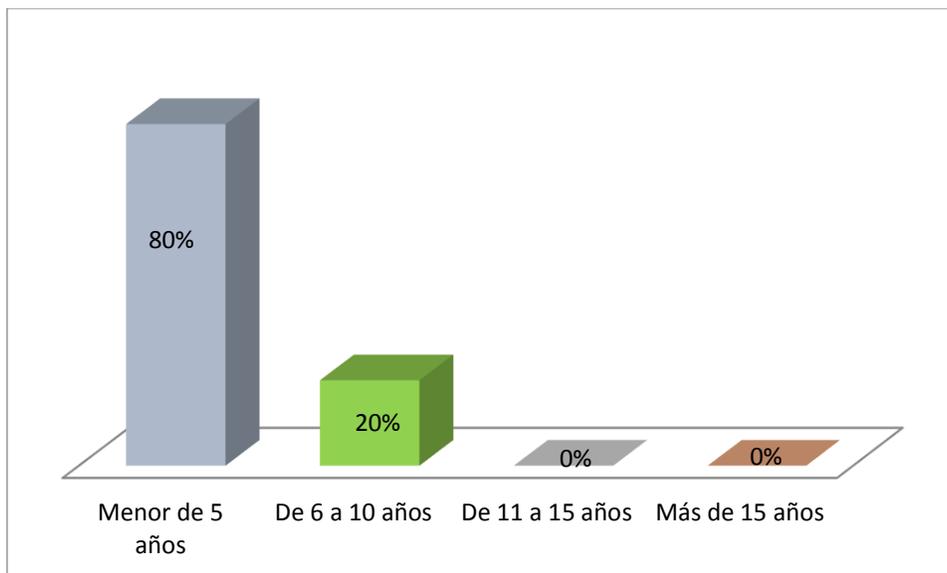
Interpretación: Del 100% del personal encuestado un 40 % con nivel académico de licenciatura, 40 % formación en post grado (Especialista) y 20% con diplomado.

TABLA Nro. 3.
TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL
C.E.N.E.S.A.
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018

.Variable	Frecuencia	Porcentaje
Experiencia laboral		
Menor de 5 años	8	80%
De 6 a 10 años	2	20%
De 11 a 15 años	0	0%
Más de 15 años	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 3
TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL
C.E.N.E.S.A.
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018



Fuente: Elaboración propia

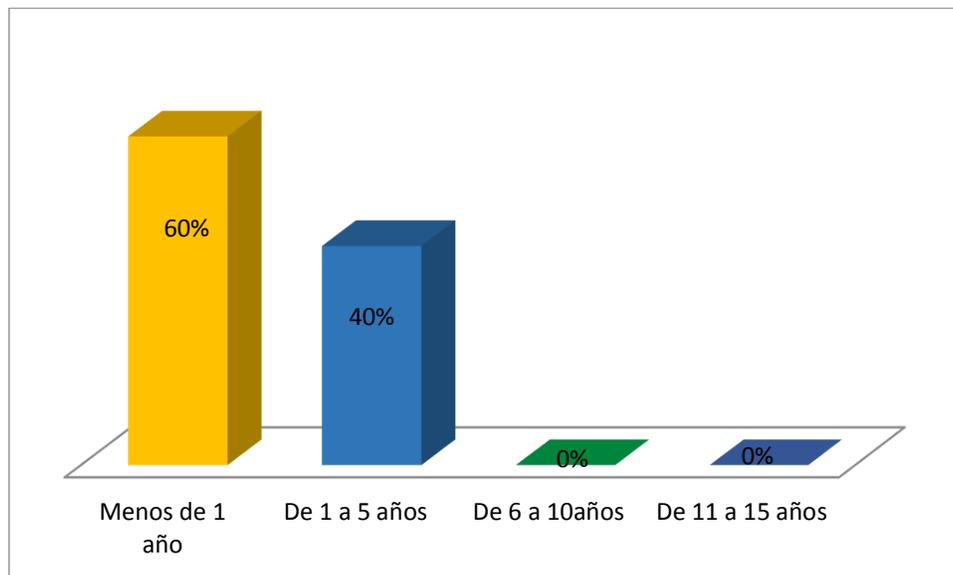
Interpretación: Se observa en el cuadro correspondiente que el 80 % del personal de Enfermería cuenta con menos de 5 años de ejercicio profesional, de 6 a 10 años con el 20 % Ver Gráfico Nro. 3)

TABLA Nro. 4.
EXPERIENCIA LABORAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A.
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Experiencia laboral en la UTI.		
Menos de 1 año	6	60%
De 1 a 5 años	4	40%
De 6 a 10años	0	0%
De 11 a 15 años	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 4
EXPERIENCIA LABORAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A.
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018



Fuente: Elaboración propia

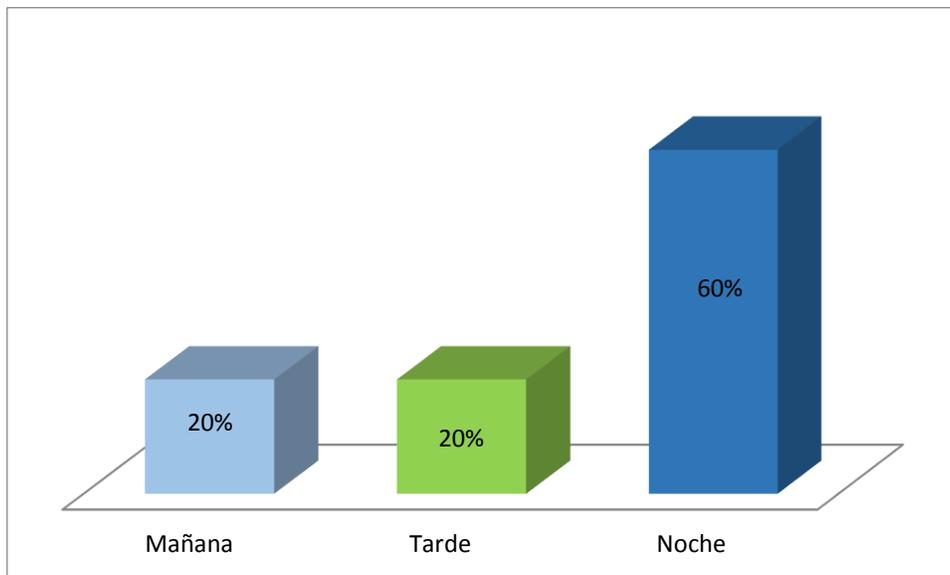
Interpretación: La mayoría del personal de Enfermería que trabaja en la UTI corresponde a un tiempo menor a 1 año representa el 60%, 40% de 1 A 5 años .Ver Gráfico Nro. 4).

TABLA Nro. 5.
TURNO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A.
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Turno de trabajo		
Mañana	2	20%
Tarde	2	20%
Noche	6	60%
Total	10	100%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 5
TURNO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A.
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 2018



Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Del 100% del personal encuestado un 60% representan el turno de la noche, turno mañana y tarde ambos con comportamientos similares que corresponde al 40%. (Ver Gráfico Nro. 5)

TABLA Nro. 6.

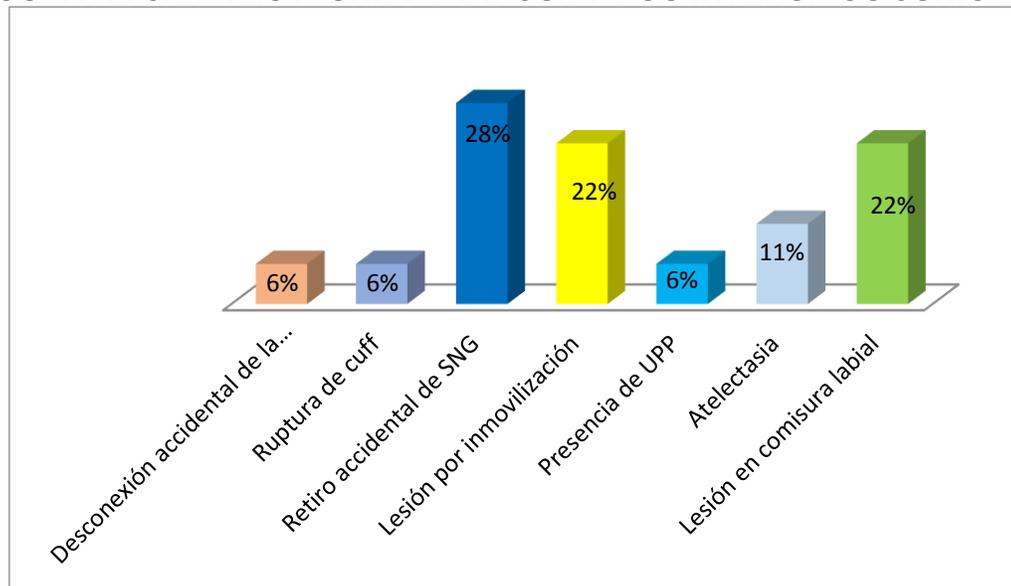
**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JUNIO 2018**

Variable	Indicador	Porcentaje
Desconexión accidental de la Ventilación	1	6%
Ruptura de cuff	1	6%
Retiro accidental de SNG	5	28%
Lesión por inmovilización	4	22%
Presencia de UPP	1	6%
Atelectasia	2	11%
Lesión en comisura labial	4	22%
Total	18	100%

Fuente: Instrumento aplicado en la UTI adulto del Hospital C.E.N.E.S.A junio 2018.

GRÁFICO Nro. 6

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JUNIO 2018**



Fuente: Instrumento aplicado en la UTI adulto del Hospital C.E.N.E.S.A junio 2018.

Interpretación: Como podemos ver en el cuadro los eventos adversos que se suscitaron en relación a los cuidados de enfermería durante el mes de junio, donde se reportan 18 casos que representa el 100 % de las cuales los eventos de mayor relevancia son retiro accidental de SNG con un 28% en 2 personas (una sola persona con 4 retiros en 3 días seguidos), seguido por lesión por inmovilización y en comisura labial ambos con comportamientos similares que corresponden a un 22%, atelectasia 11% (Ver Gráfico Nro. 6)

TABLA Nro. 7.

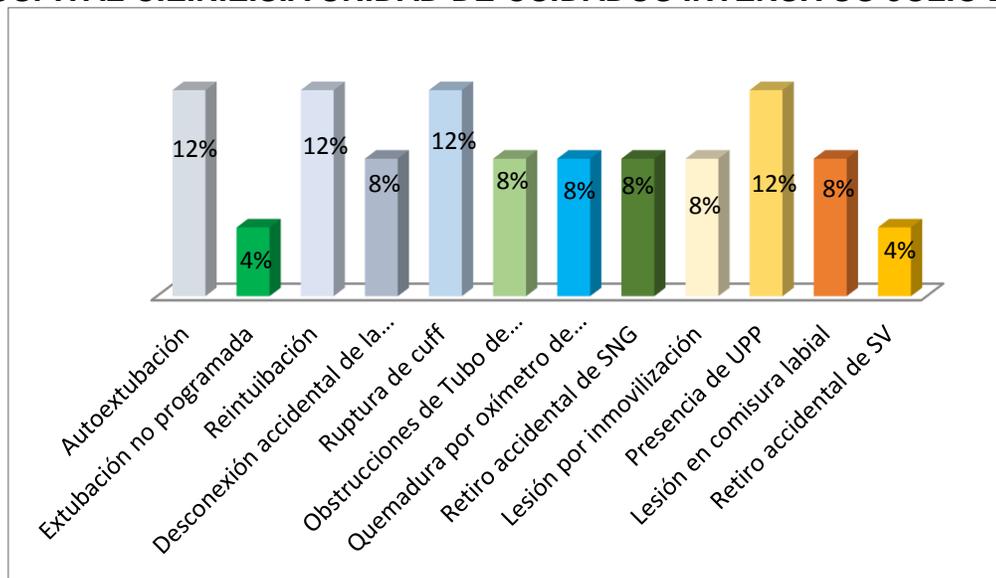
**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JULIO 2018**

Variable	Indicador	Porcentaje
Autoextubación	3	12%
Extubación no programada	1	4%
Reintubación	3	12%
Desconexión accidental de la Ventilación	2	8%
Ruptura de cuff	3	12%
Obstrucciones de Tubo de Traqueostomía	2	8%
Quemadura por oxímetro de pulso	2	8%
Retiro accidental de SNG	2	8%
Lesión por inmovilización	2	8%
Presencia de UPP	3	12%
Lesión en comisura labial	2	8%
Retiro accidental de SV	1	4%
Total	26	100%

Fuente: Instrumento aplicado en la UTI adulto del Hospital C.E.N.E.S.A julio 2018.

GRÁFICO Nro. 7

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JULIO 2018**



Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Como podemos ver en el cuadro los eventos adversos que se suscitaron en relación a los cuidados de enfermería durante el mes de julio, donde se reportan 26 casos que representa el 100 % de las cuales los eventos de mayor relevancia son autoextubación, reintubación, ruptura de cuff y upp con comportamientos similares que corresponden al 12% (Ver Gráfico Nro. 7)

TABLA Nro.8

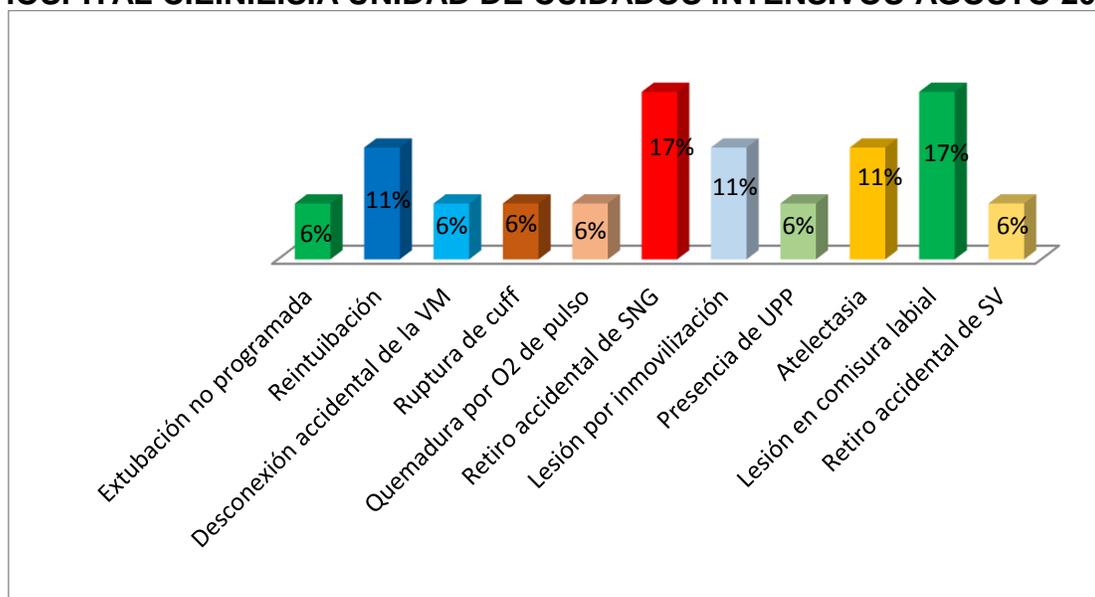
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AGOSTO 2018

Variable	Indicador	Porcentaje
Extubación no programada	1	6%
Reintubación	2	11%
Desconexión accidental de la Ventilación	1	6%
Ruptura de cuff	1	6%
Quemadura por oxímetro de pulso	1	6%
Retiro accidental de SNG	3	17%
Lesión por inmovilización	2	11%
Presencia de UPP	1	6%
Atelectasia	2	11%
Lesión en comisura labial	3	17%
Retiro accidental de SV	1	6%
Total	18	100%

Fuente: Instrumento aplicado en la UTI adulto del Hospital C.E.N.E.S.A agosto 2018.

GRAFICO Nro. 8

EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AGOSTO 2018



Fuente: Elaboración propia

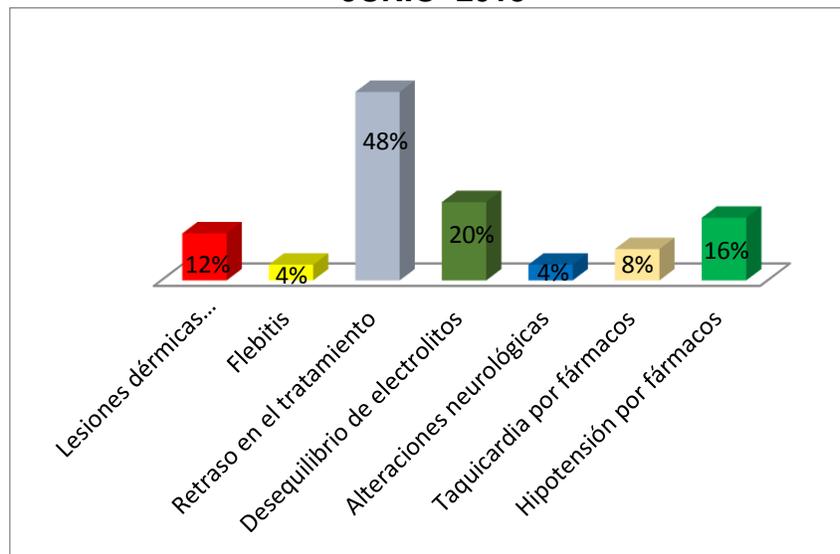
Interpretación: Como podemos ver en el cuadro los eventos adversos que se suscitaron en relación a los cuidados de enfermería durante el mes de agosto, donde se reportan 18 casos que representa el 100 % de las cuales los eventos de mayor relevancia son retiro accidental de SNG y lesión en comisura labial ambos comportamientos similares que corresponden al 17%, seguido por reintubación, lesión por inmovilización y lesión en comisura labial con un 11% (Ver Gráfico Nro. 8)

Tabla Nro. 9
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
JUNIO 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
	Junio	
Lesiones dérmicas reactivas a fármacos	3	12%
Flebitis	1	4%
Retraso en el tratamiento	12	48%
Desequilibrio de electrolitos	5	20%
Alteraciones neurológicas	1	4%
Taquicardia por fármacos	2	8%
Hipotensión por fármacos	4	16%
Total	25	100%

Fuente: Instrumento aplicado en la UTI adulto del Hospital C.E.N.E.S.A junio 2018.

GRAFICO Nro. 9
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia

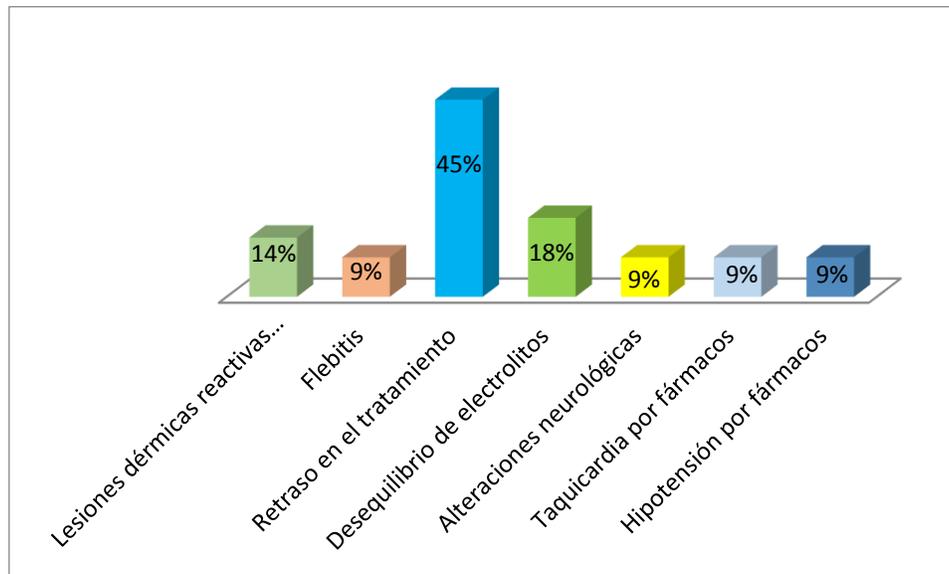
Interpretación: Como podemos ver en el cuadro los eventos adversos que se suscitaron en relación a la administración de medicamentos durante el mes de junio donde se reportan 25 casos que representa el 100 % de las cuales los eventos de mayor relevancia son retraso en el tratamiento con un 48%, desequilibrio de electrolitos 20%, hipotensión por fármacos 16% y lesiones dérmicas a fármacos vasopresores con un 12% (Ver Gráfico Nro. 9)

Tabla Nro. 10
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
JULIO 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Lesiones dérmicas reactivas a fármacos	3	14%
Flebitis	2	9%
Retraso en el tratamiento	10	45%
Desequilibrio de electrolitos	4	18%
Alteraciones neurológicas	2	9%
Taquicardia por fármacos	2	9%
Hipotensión por fármacos	2	9%
Total	22	100%

Fuente: Instrumento aplicado en la UTI adulto del Hospital C.E.N.E.S.A julio 2018

GRÁFICO Nro. 10
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
JULIO 2018



Fuente: Elaboración propia

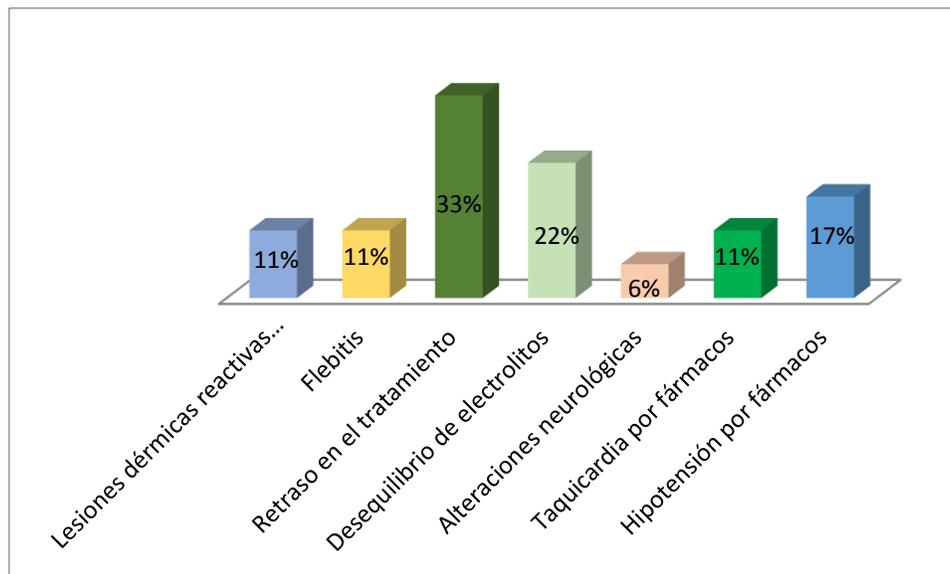
Interpretación: Como podemos ver en el cuadro los eventos adversos que se suscitaron en relación a la administración de medicamentos durante el mes de julio donde se reportan 22 casos que representa el 100 % de las cuales los eventos de mayor relevancia son retraso en el tratamiento con un 45%, seguido por desequilibrio de electrolitos 18%, lesiones dérmicas a fármacos vasopresores con un 14% (Ver Gráfico Nro. 10)

Tabla Nro. 11
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
AGOSTO 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Lesiones dérmicas reactivas a fármacos	2	11%
Flebitis	2	11%
Retraso en el tratamiento	6	33%
Desequilibrio de electrolitos	4	22%
Alteraciones neurológicas	1	6%
Taquicardia por fármacos	2	11%
Hipotensión por fármacos	3	17%
Total	18	100%

Fuente: Instrumento aplicado en la UTI adulto del Hospital C.E.N.E.S.A agosto 2018

GRÁFICO Nro. 11
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS EN ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
AGOSTO 2018



Fuente: Elaboración propia

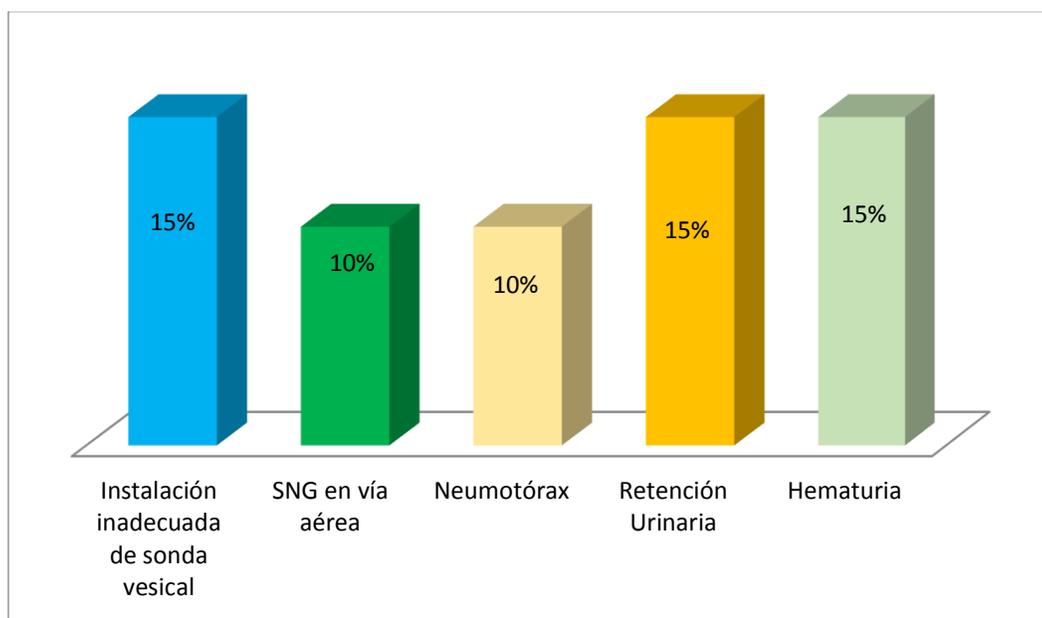
Interpretación: Como podemos ver en el cuadro los eventos adversos que se suscitaron en relación a la administración de medicamentos durante el mes de agosto se reportan 18 casos que representa el 100 % de las cuales los eventos de mayor relevancia son retraso en el tratamiento con un 33%, desequilibrio de electrolitos 22%, hipotensión por fármacos 17%, lesiones dérmicas a fármacos vasopresores y taquicardia por fármacos ambos comportamientos similares con un 11% (Ver Gráfico Nro. 11)

Tabla Nro. 12
EVENTOS ADVERSOS EN RELACIÓN A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS
HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GESTION 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Meses	Junio		Julio		Agosto	
Instalación inadecuada de sonda vesical	1	5%	1	5%	1	5%
SNG en vía aérea	0	0%	2	10%	0	0%
Neumotórax	0	0%	2	10%	0	0%
Retención Urinaria	1	5%	1	5%	1	5%
Hematuria	0	0%	2	10%	1	5%
Total	2	10%	8	40%	3	15%

Fuente: Instrumento aplicado en la UTI adulto del Hospital C.E.N.E.S.A junio a agosto 2018.

GRÁFICO Nro. 12
EVENTOS ADVERSOS EN RELACIÓN A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS
HOSPITAL C.E.N.E.S.A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GESTION 2018



Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Como podemos ver en el cuadro los eventos adversos que se suscitaron en relación a un procedimiento invasivo durante los meses junio, julio y agosto con 13 casos que representa el 100 %, de las cuales los eventos de mayor relevancia son instalación inadecuada de sonda vesical, retención urinaria y hematuria con un 15%, SNG en vía aérea y neumotórax con un 10% (Ver Gráfico Nro. 12)

X. CONCLUSIONES

1. En relación a los datos demográficos de los profesionales de enfermería a la edad de profesionales de enfermería el ochenta por ciento de la población encuestada representa entre 25 a 30 años, por tal razón condiciona la aparición de eventos adversos por inexperiencia en el cuidado del paciente crítico. Según el grado de instrucción alto obtenido por las profesionales de enfermería ambos comportamientos similares representa el cuarenta por ciento con nivel académico de licenciatura y formación en post grado (Especialista), es otro factor que condiciona la aparición de eventos adversos, por falta de preparación referente al área de trabajo en la UCI. El ochenta por ciento de la población encuestada es laboralmente joven con antigüedad menor a 5 años, dato preocupante por tratarse de un servicio netamente de manejo crítico al paciente. Los años de servicio del ejercicio profesional de enfermería en la UCI el sesenta por ciento con antigüedad menor a 5 años, lo cual demuestra que el personal tiene menor experiencia en la prevención de eventos adversos.

2. En relación a la descripción de los eventos adversos el evento identificado con el de mayor frecuencia fue el relacionado con el cuidado cuarenta y seis por ciento. Dentro de este rubro se destaca el retiro accidental de SNG del cincuenta y tres por ciento lesión en comisura labial en un cuarenta y siete por ciento, lesión por inmovilización cuarenta y uno por ciento, ruptura de cuff veinticuatro por ciento, reintubación veintitrés por ciento, donde el cuarenta y tres por ciento fue en pacientes de sexo masculino de 15 a 35 años y de 56 a 75 años, el veinticinco por ciento de los pacientes tenía un estado de agitación, mientras que el dieciocho por ciento se presentó bajo efectos de sedación; le siguieron los asociados con la medicación y las soluciones parenterales, observándose que más del cuarenta por ciento estuvo ligado a la administración (retraso en el tratamiento) por ser una institución privada costo beneficio, el dieciocho por ciento a desequilibrio de electrolitos, ambos comportamientos similares representan el trece por ciento a lesiones dérmicas reactivas a fármacos vasopresores por infusiones de dosis altas e hipotensión por fármacos y finalmente los asociados con los procedimientos

invasivos con predominio en el mes de julio donde se reportan 8 casos que representa el 100 % de las cuales los eventos de mayor relevancia son SNG en vía aérea, neumotórax y hematuria con un veinticinco por ciento.

3. El turno con mayor frecuencia de eventos adversos se registró en el turno de la noche y en cuanto a la atención enfermera paciente reporto una relación de 1:3 no favorece que la enfermera realice un plan de cuidado personalizado.

4. Los resultados señalan la necesidad de implementar estrategias preventivas de eventos adversos ya que esta herramienta es fundamental en calidad y pueden dirigir la gestión del servicio frente a los indicadores que deben ser mejorados en la UCI para así proporcionar atención segura y de calidad. Es importante dar a conocer a los profesionales la importancia de implementar Protocolos de seguridad en la atención de enfermería.

XI.RECOMENDACIONES

Es importante dar a conocer a los profesionales la importancia de la cultura del reporte, ya que conocer los eventos más frecuentes incluso permitirá tomar medidas que eviten que estos se sigan presentando; sin embargo, no solo se debe reportar los eventos, sino dar a conocer los incidentes, con el fin de propiciar actualizaciones o reentrenamientos en búsqueda de la disminución de eventos adversos.

Para incentivar el mejoramiento de la seguridad del paciente y la calidad en la atención de enfermería en las instituciones de salud, es importante que en futuras investigaciones se incentive la cultura de reporte de evento adverso con mayor rigor metodológico y realizar un proceso de implementación de EA en cada institución y conciencia en el profesional de enfermería.

Los profesionales de enfermería son los que brinda cuidados, pero también en su proceso de atención realizan procedimientos especiales, si se desconoce algún procedimiento o practica en la actividad diaria, es necesario capacitar al personal, las instituciones de salud deben tener compromiso de capacitar a su personal, de no hacer esto continuamente puede llevar a la mala práctica ya que cada día la tecnología y los avances científicos hacen parte de la práctica hospitalaria transcurso.

Es de gran importancia dar a conocer la realización de este trabajo a muchos profesionales de enfermería no solo a nivel local si no a nivel mundial, y mostrar que este es un tema de gran interés para que se realicen más trabajos de investigación sobre evento adverso en enfermería

Dentro de la propuesta para la prevención y reducción de los eventos adversos, la primera etapa para solucionar el problema es tomar conciencia de que existe. Ya lo señalaba muy bien en el artículo publicado en Archivos de Pediatría por J. M. Ceriani Cernadas que para la disminución de los efectos adversos se debe trabajar en cuatro aspectos, que se pueden resumir en:

- Aceptar que somos falibles y nos podemos equivocar.
- Aplicar sistemas para detectar todos los errores y sus causas.
- Diseñar sistemas de cuidado tendientes a reducir la probabilidad de errores.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Salud (Mdl. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Pacient. OMS. 20009.
2. Aranaz JM ACVJRP. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalizació. ENEAS 2005. 2008 Enero.
3. (CIdE. Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes. CIE. 2013 Marzo.
4. F. LCM. "Estudio Eventos Adversos durante la atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría". 2017..
5. (Rodríguez NHJ. Iatrogenia relacionada con el acto de enfermería. diagnostico en las Unidades de Cuidados Intensivo de adultos. Bogotá. 2002.
6. López LGSVA. Frecuencia del evento centinela en la Unidad de Terapia Intensiva de la Clínica Londres. Vigilancia Eventos Adversos. 2001.
7. Bonet TGy. Estudio multicéntrico de Incidencia de las complicaciones de la nutrición parenteral total en el paciente grave. Indicadores de Calidad en el enfermo critico, Trabajo Metabolismo y Nutrición de la sociedad Española de Medicina Intensiva Critica y Unidades Coronarias. 2005.
8. Federico G NGECMCSBSyCS. Elaboración de un programa de mejora de calidad de ventilación mecánica en Cuidados Críticos. Unidad de Cuidados Crítico. Programa científico- Sociedad Española de Calidad. 2002 octubre.
9. Dueñas C MAyo. Extubación no programada. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes. 1997.
10. epidemiológicas Cdi. Error en Medicina y Seguridad en la atención de los pacientes. Centro de investigaciones epidemiológicas Argentina. 2004 Mayo.
11. GAMBOA PENAGOS MyCLF. Programa de seguridad del paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el hospital Serafín Montaña Cuellar E.S.E. de San Luis Tolima y otos. Trabajo de grado. Especialización en auditoría y garantía de la calidad en salud. 2010.

12. BENITO Bea. Impulso de la seguridad del paciente a partir del contrato programa de centro. Rev Calidad Asistencial. 2007; 26(6).
13. (GAITAN Hea. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en Colombia.. Rev Salud Pública. 2006; 10(2).
14. MARTIN MyRJ. Acontecimientos adversos en Medicina Intensiva.. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva.Seguridad y riesgo en el enfermo crítico SYREC 2007. 2009 Mayo; 30(6).
15. HERNÁNDEZ CRUZ AR. Los eventos adversos en el cuidado de enfermería. Revista mexicana de cardiología. 2006; 14(2).
16. A. D. Exploraciones en la evaluación y supervisión de la calidad. Vol. III. Conclusiones de los métodos de la supervisión y evolución de la calidad. Oragn de la sociedad Españolade calidad asistencial. 2000 Noviembre; 3.
17. Pastor LM, León FJ. ética y legislación en enfermería. In Pastor LM, León FJ. Manual de ética y legislación en enfermería.Bioética de Enfermería. España: MOSBY-DOYMA/HARCOURT BRACE; 1997. p. 3.
18. (BERNAL RUIZ DyGN. Evento adverso durante la atención de enfermería.. Trabajo de grado. Especialización en Cuidado Crítico. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de enfermería. 2008 Abril.
19. ROBLE RM. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico.. Sociedad española de Enfermería intensiva y Unidades Coronaria. 2006 Julio; 13.
20. Aguirre-Gas H, Vázquez F. El error médico. Eventos adversos. Revista CIR CIRUJ. 2006 Noviembre-Diciembre; 74(6).
21. LUENGAS S. Conceptos y análisis de eventos adversos. En: vía salud.. 2009 Julio;(48).
22. RAMOS DB. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Revista Cubana de Salud Pública.. 2005 Julio-Septiembre; 31(3).
23. (GOMEZ IEÁ. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Eventos adversos durante la atencion de enfermeria en la Unidad de Cuidados Intensivos. 2006 Julio; 6.

24. (Fresneda G. Prevalencia puntual de infección nosocomial. Revista Cubana de Enfermería. 2001; 17(2).
25. (Dueñas C MAyo. Extubación no programada. Estudio de casos y controles en dos UCI de la Ciudad de Cartagena. 1997.
26. Restrepo F. Seguridad del paciente y seguimiento a riesgos en el sistema único de habilitación. Ministerio de la protección social. 2007 Febrero.
27. (URBINA O. Competencias en enfermería para la seguridad del paciente. Revista Cubana de Enfermería. 2014; 27(3).

XIII. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que se me ha informado ampliamente que mi participación es completamente anónima y voluntaria y comprendo el propósito de la misma.

En el marco del desarrollo de la profesional de enfermería, considerando que una investigación es un aporte a la Institución, autorizo ser partícipe del presente estudio de investigación titulada: “Determinar la frecuencia de eventos adversos en la atención de enfermería, unidad de terapia intensiva adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. junio a agosto 2018”, de esta manera buscar permanentemente la mejora en la calidad de atención por el personal de enfermería.

Es por esta razón que la investigadora está obligada a:

Guardar confidencialidad obtenida con la recolección de datos a través de un instrumento y se utilizará adecuadamente dicha información en bien del servicio.

Los Instrumentos utilizados serán de carácter anónimo y resguardo de privacidad.

.....
Lic. Melvy Chávez Coajera
INVESTIGADORA

.....
ENFERMERA INVESTIGADA

FECHA:

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS, FACULTAD DE MEDICINA,
ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA EN ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Fuente: Encuesta para el Personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A.

Nro.

Le saludo cordialmente, y agradezco de antemano la colaboración, que pueda proporcionarme, contestando con la mayor sinceridad posible el siguiente instrumento con fines académicos, y cuyo objetivo es Determinar la frecuencia de eventos adversos en la atención de enfermería, unidad de terapia intensiva adultos C.E.N.E.S.A. S.A. junio, julio y agosto 2018. Garantizándole absoluta confidencialidad.

INSTRUCCIONES:

Distinguida colega, por favor sírvase a leer detenidamente y responda las siguientes preguntas. El cuestionario es anónimo, marque con una (x) en la pregunta de selección que considere correcta.

Fecha:.....

PARTE I: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

1. EDAD:

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| a) 25- 30 | <input type="checkbox"/> |
| b) 31-35 | <input type="checkbox"/> |
| c) 36-40 | <input type="checkbox"/> |
| d) Más de 40 años | <input type="checkbox"/> |

2. GÉNERO

- | | |
|-----------|--------------------------|
| Masculino | <input type="checkbox"/> |
| Femenino | <input type="checkbox"/> |

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- Licenciada
- Diplomado
- Especialista
- Magister

PARTE II. CARACTERISTICAS PROFESIONALES

1. CUANTO TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL TIENE?

- a) Menos de 5 años
- b) De 6 a 10 años
- c) De 11 a 15 años
- d) Más de 15 años

2. CUANTO TIEMPO TRABAJA EN LA UTI?

- a) Menos de 1 año
- b) 1 a 5 años
- c) 6 a 10 años
- d) 11 a 15 años

3. TURNO DE TRABAJO

- Mañana
- Tarde
- Noche

ENCUESTADOR.....FECHA.....FIRMA.....

GRACIAS POR SU COLABORACION

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TITULO: EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. JUNIO, JULIO Y AGOSTO 2018

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE:.....

EDAD:.....

SEXO: MASCULINO FEMENINO

FECHA DE INTERNACIÓN:.....

TIEMPO DE INTERNACIÓN:.....

TURNO: MAÑANA TARDE NOCHE: A B C

CATEGORÍA I RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Autoextubación | <input type="checkbox"/> | 12. Caídas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Extubación no programada | <input type="checkbox"/> | 13. Retiro accidental de SNG | <input type="checkbox"/> |
| 3. Reintubación | <input type="checkbox"/> | 14. Retiro accidental de SV | <input type="checkbox"/> |
| 4. Desconexión accidental de la ventilación | <input type="checkbox"/> | 15. Retiro accidental de CVC | <input type="checkbox"/> |
| 5. Progresión del tubo endotraqueal | <input type="checkbox"/> | 16. Lesión por inmovilización | <input type="checkbox"/> |
| 6. Barotrauma | <input type="checkbox"/> | 17. Presencia de UPP | <input type="checkbox"/> |
| 7. Obstrucciones del TET | <input type="checkbox"/> | 18. Atelectasia | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fijación inadecuada del TET | <input type="checkbox"/> | 19. Broncoaspiración | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ruptura de cuff | <input type="checkbox"/> | 20. Lesión en comisura labial | <input type="checkbox"/> |
| 10. Obstrucciones de Traqueostomía | <input type="checkbox"/> | | |
| 11. Quemadura por oxímetro de pulso | <input type="checkbox"/> | | |

**CATERGORIA II
RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN**

- 1 .Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos
- 2. Flebitis
- 3. Dosis errada
- 4. Dilución errada
- 5. Omisión en la administración de medicamentos
- 6. Retraso en el tratamiento
- 7. Desequilibrio de electrolitos
- 8. Hipotensión por fármacos
- 9. Alteraciones neurológicas por fármacos
- 10. Taquicardia por fármacos
- 11. Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica por fármacos

**CATERGORIA III
RELACIONADOS CON UN PROCEDIMIENTO**

- 1. Instalación inadecuada de sonda vesical
- 2. SNG en vía aérea
- 3. CVC en arteria
- 4. Multipunción
- 5. Neumotórax
- 6. Retención urinaria
- 7. Hematuria

IV.OTROS

REPORTE A LA FAMILIA: SI NO

RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE: 1:2 1:3 1:4

Nombre del responsable:.....

Fecha:.....

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA**

UNIDAD DE POST GRADO



**CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA SOCIEDAD ANÓNIMA GESTIÓN 2018**

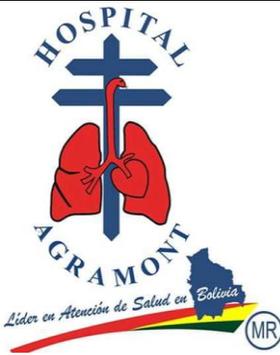
POSTULANTE: Lic. Melvy Maura Chávez Coajera

TUTORA: Lic. M. Sc. Soledad E. Quispe Apaza.

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**

LA PAZ- BOLIVIA

2018



HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

**POST GRADO ESPECIALIDAD
TERAPIA INTENSIVA**

Código

Edición:

Fecha:

Paginas:

Vigencia:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO**

INDICE

INTRODUCCIÓN.....66

JUSTIFICACIÓN.....69

OBJETIVOS.....70

ALCANCE.....71

DESARROLLO.....71

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA73

PRINCIPIO CIENTÍFICO.....82

RECOMENDACIONES20

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA22

	HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA	Código
		Edición:
		Fecha:
		Paginas:
		Vigencia:
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO		
INTRODUCCIÓN <p>La presente propuesta de intervención tiene como título “Cultura de seguridad en la atención de enfermería al paciente crítico Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. Gestión 2019”.</p> <p>La seguridad del paciente, definida por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, es un componente constante y en estrecha relación con el cuidado, siendo el profesional de enfermería el protagonista en el proceso de análisis de los riesgos para la consecuente reducción y prevención de incidentes.</p> <p>La cultura de seguridad según el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, en una de las acepciones de la palabra, cultura se refiere al conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico o industrial, en una época y en un grupo social.</p> <p>La cultura de la seguridad debe ser considerada como prioritaria en los servicios de salud ya que en la asistencia sanitaria actual se entrelazan procesos, tecnologías e interacciones humanas, que al ser cada día más complejas implica nuevos riesgos adicionales tanto para el paciente como para los trabajadores del área, es por ello que las gestiones de riesgo, apunta la detecciones de errores, al análisis de los mismos y a la utilización de ellos para rediseñar los procesos y mejorar la calidad de asistencia y sobre todo garantizar la</p>		

seguridad del paciente.

Los pacientes que ingresan en nuestra Unidad se encuentran en situación de compromiso vital y los cuidados que precisan son muy especializados. Se requieren enfermeras con conocimientos y habilidades suficientes para trabajar con criterios de prioridad y coordinación. Deben además controlar el entorno y manejar correctamente el aparataje y equipamiento de la unidad.

En este sentido implementar una cultura de seguridad en el personal de Enfermería que presta cuidados a pacientes. Se propone como alternativa a un enfoque basado fundamentalmente en la persona como principal fuente de los problemas de seguridad un enfoque sistémico, recordando que la aparición de los mismos depende, en gran medida, de múltiples factores contribuyentes relacionados con el sistema. Es frecuente encontrar después del análisis en profundidad de un problema de seguridad causas relacionadas por ejemplo con la comunicación, la ergonomía, la fatiga, la dotación de personal, la supervisión o la formación inadecuadas.

Proponer una cultura de seguridad en los cuidados de enfermería para el paciente, implica realizar una serie de actividades tales como evaluar al personal de forma diagnóstica sobre conocimientos de prevención de eventos adversos, esto nos permitirá verificar los niveles de preparación del personal para enfrentarse a los objetivos que se espere que logren, sesiones de educación continua, a través de juntas especializadas de carácter técnico académico para reforzar de manera práctica y teórica conocimiento, habilidades y destrezas, elaboración de protocolos de procedimientos que estandarice aspectos fundamentales a la hora de cuidar un paciente. Tras un estudio de investigación, descriptivo, prospectivo de corte transversal en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. se determinaron el número de eventos adversos que se suscitaron en los pacientes internados durante los meses junio, julio y agosto en relación a los cuidados de enfermería, administración de medicamentos y procedimientos invasivos siendo de mucha relevancia que tales sucesos se reportaron más en el turno de la noche y en un porcentaje bajo se notificó a los familiares.

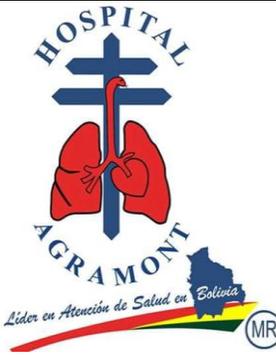
Tras la revisión de Historias Clínicas, cuadernos de registros de Eventos Adversos (EA) y la

aplicación de un instrumento de recolección de datos validados por expertas ya antecedido por el autor. Lic. Choque M.F. "Estudio Eventos Adversos Durante La Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría tercer trimestre 2017, Se estudió a 32 pacientes de los cuales en 19 se evidenció 135 eventos adversos, en los periodos de junio a agosto 2018, los orígenes de estos incidentes en su mayoría fueron por maniobras de las actividades de Enfermería: por cambios de sabana, por agitación intensa, paciente en periodos de destete, baños al paciente, personal reducido, malas técnicas en sujeción mecánica, personal no capacitado, aspiración de secreciones.

En vista de estos resultados se considera importante la elaboración de un protocolo de Cultura de Seguridad en la atención de enfermería al paciente con el objetivo de estandarizar y reforzar aspectos fundamentales a la hora de cuidar a este grupo de pacientes, este protocolo cuenta con un conjunto de actividades ordenadas con el fin de aplicarlo para prevenir complicaciones asociadas a los cuidados de enfermería, administración de medicamentos y procedimientos invasivos y así mejorar los procesos en la atención de paciente crítico en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de la central de Emergencias nueva esperanza S.A. y contribuir a ser líderes en la atención en salud en Bolivia.

	HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA	Código
		Edición:
		Fecha:
		Páginas:
		Vigencia:
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO PROTOCOLO DE INTERVENCION CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO		
JUSTIFICACIÓN <p>La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.</p> <p>La importancia de ejecutar esta propuesta de intervención es disminuir la morbi-mortalidad de los eventos adversos por complicaciones en pacientes, estos que prolongan los gastos sanitarios, los costes en termino coste/oportunidad, disminuyen la confianza en el sistema sanitario, producen insatisfacción, desmotivación, frustración en el personal sanitario, reducción de la productividad laboral, estas se pueden prevenir, con la mejora de conocimiento habilidades, destrezas e implementación de protocolos de seguridad de atención de enfermería en pacientes críticos , esto repercutiría de gran beneficio a la calidad de atención que presta el personal de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A., siendo que la propuesta de intervención pretenda lograr la meta de 80% de pacientes internados sin riesgo de presentar algún tipo de evento adverso en la gestión 2019, y con ello se lograría implementar una Cultura de seguridad en la atención de enfermería al paciente crítico Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. Gestión 2019</p>		

	HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA	Código
		Edición:
		Fecha:
		Páginas:
		Vigencia:
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO		
OBJETIVOS OBJETIVO GENERAL. Concientización sobre la Cultura de Seguridad en la atención de enfermería al paciente crítico Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. Gestión 2018. OBJETIVOS ESPECIFICOS. 1. Mencionar procedimientos de seguridad en la atención de enfermería por turno al paciente crítico mediante registro de eventos adversos. 2. Mencionar procedimientos de seguridad en la atención de enfermería mediante instalación de SNG, técnica de fijación mecánica, cuidados de lesiones dérmicas por fármacos vasoactivos, atención de familiares en la UCI.		

	HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA	Código
		Edición:
		Fecha:
		Paginas:
		Vigencia:
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO PROTOCOLO DE INTERVENCION CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO		
ALCANCE Este protocolo será aplicado en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, a todas las acciones relacionadas con la atención en salud por el personal que desempeña sus funciones laborales dentro de la unidad.		
DESARROLLO El siguiente listado enuncia el desarrollo para el ejercicio de la propuesta de intervención: <ul style="list-style-type: none"> -Evaluación diagnostica sobre una Cultura de Seguridad en la atención de enfermería al paciente crítico, las evaluaciones diagnosticas se realizan antes de empezar con el proceso de enseñanza y aprendizaje, con el propósito de verificar niveles de preparación de los facilitados para enfrentarse a los objetivos que se espere que logre. -Cursos de inducción sobre una seguridad en la atención de enfermería al paciente crítico, sabiendo que los cursos de inducción son juntas especializadas que tienen naturaleza técnica y académica, y cuyo objetivo es el de llevar a cabo un estudio profundo de determinadas cuestiones o asuntos cuyo tratamiento y desarrollo requiere o se ve favorecido cuando se permite una interacción importante de los especialistas y los facilitados. -Elaboración de un protocolo de seguridad en el manejo del paciente critico en la de enfermería. 		

-Revisión de un protocolo de seguridad en el manejo del paciente crítico en la atención de enfermería.

-Aprobación de un protocolo de seguridad en el manejo del paciente crítico en la atención de enfermería. Un protocolo de atención médica es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud.

-Presentación del protocolo de “Seguridad en el manejo del paciente crítico en la atención de enfermería”

	HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA	Código
		Edición:
		Fecha:
		Paginas:
		Vigencia:
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA TÍTULO. Realizar procedimientos de seguridad en la atención de enfermería por turno al paciente crítico mediante registro de eventos adversos. DEFINICIÓN. El paciente crítico, debido a su situación de compromiso vital, requiere cuidados continuos y sistematizados, bajo un criterio de prioridad. Es importante tener en cuenta, las tareas a realizar en cada turno de trabajo (mañana, tarde y noche), para facilitar la estandarización de cuidados. OBJETIVO. Dar a conocer y estandarizar aspectos fundamentales a la hora de cuidar a un paciente crítico mediante el registro de eventos adversos en cada turno de trabajo. EQUIPO. - Licenciada en Enfermería responsable de turno MATERIAL. 1. Cuaderno de registros de eventos adversos.		

PROCEDIMIENTO

- Se participará en el parte oral, conociendo la evolución de los pacientes asignados durante las últimas 24 horas, resaltando el último turno.
- Entrega de turno con las novedades más resaltantes de la guardia saliente
- Registrar los cuidados, aplicación del tratamiento y evolución de los pacientes.
- Entregar y recibir la información verbal y escrita de todo lo anterior.
- Verificar y registrar el estado del paciente físico, psíquico y de bienestar.
- Verificar y registrar el nivel de evolución en cuanto a los objetivos trazados en el tratamiento médico y de enfermería.
- Verificar y registrar el correcto funcionamiento del material.
- Registro de eventos adversos
- Escribir el diagnóstico del paciente, edad y sexo
- Identificar el evento adverso y marcar a la categoría correspondiente
- Marcar si se notificó a la familia sobre el evento adverso
- Registrar la relación enfermera – paciente



HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
POST GRADO ESPECIALIDAD
TERAPIA INTENSIVA

Código
Edición:
Fecha:
Paginas:
Vigencia:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

TITULO.

PROCEDIMIENTO DE SUJECIÓN MECÁNICA EN U.C.I.

1. DEFINICIÓN

La sujeción mecánica es un método físico para restringir los movimientos a un paciente adulto en la silla o en la cama.

2. OBJETIVOS

- Cubrir la Necesidad de Seguridad del paciente evitando que se caiga de la cama o silla.
- Evitar que se autolesione debido a su desorientación o/y agresividad.
- Evitar eventos adversos, es importante la sujeción de las extremidades.

3. MATERIAL

- Vendas de algodón y gasa para las 4 extremidades
- Para la cintura sábanas
- Muñequeras de algodón y tobilleras.

4. PERSONAL

Licenciada y auxiliar de enfermería

5.PROCEDIMEINTO

- Informar al paciente y familiares de la necesidad de sujetarle.
- Despojar al paciente de todo objeto peligroso para su integridad física y también la nuestra

(gafas, pulseras, relojes, pendientes...)

- Mantener la intimidad del paciente, estando el personal imprescindible.
- Elegir el tipo de sujeción:
 - Ligaduras de manos (vendajes) que son normalmente usadas para mantener una vía venosa, no arrancarse el tubo endotraqueal y/o las sondas.
 - Cinturones de seguridad: se usan para evitar las incorporaciones de pacientes con riesgo de caerse de la cama a pesar de las barras de la cama.
 - Ligaduras de pies: cuando no se usa la sujeción de cintura, se realiza de forma cruzada con la sujeción de mano.
- Almohadillar las prominencias óseas antes de atarlas para proteger la piel de lesiones.
- Aplicar las ataduras de forma que puedan quitarse con facilidad en caso de emergencia.
- Atar siempre el miembro con un nudo que no apriete cuando el paciente tire (evitar nudos corredizos).
- Atar los extremos de la ligadura corporal a la parte de la cabecera que se eleva. Nunca hacerlo a una barandilla o a un marco fijo si la posición de la cama se va a cambiar.

6. ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

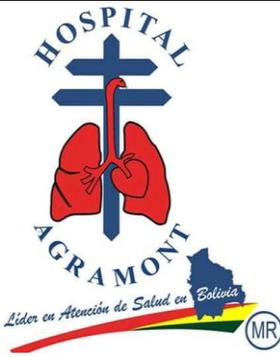
- Establezca contacto verbal con intervalos regulares mientras se halle despierto.
- Valore la tolerancia a la sujeción comprobando las constantes vitales periódicamente.
- Mantenga la cabeza del paciente ligeramente levantada para disminuir los sentimientos de indefensión y para evitar la broncoaspiración.
- La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa cuando sea por vía periférica así como recibir líquidos o alimento.
- Valore la correcta inmovilización c/ 2 h.
- Valore la necesidad de seguir con la restricción una vez por turno.
- Realice los cambios posturales que sean necesarios.
- Facilite apoyo emocional.
- Registre el motivo de la sujeción y las acciones realizadas.

7. CRITERIOS PARA LA RETIRADA DE LA SUJECIÓN MECÁNICA:

La sujeción mecánica debe mantenerse el menor tiempo posible. La decisión de suspender

el uso de las mismas debe basarse en criterios objetivos:

- Agitación psicomotora reducida manifestado por una menor intranquilidad, descenso de la PA y de la FC.
- Estabilización del estado de ánimo.
- Respecto a los procesos cognitivos: Retorno a la orientación espacio- temporal, aumento de la capacidad de concentración, mejora de la comprobación de la realidad.
- Desaparición de la causa que ha motivado la prescripción

	HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA	Código
		Edición:
		Fecha:
		Paginas:
		Vigencia:
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA TÍTULO. ATENCIÓN A FAMILIARES EN U.C.I. 1. OBJETIVO Recibir a la familia y proporcionarle la información y cuidados que precisen. 2. PRIMER CONTACTO: ACCIONES <ul style="list-style-type: none"> •Preséntese por su nombre y acompañe al familiar hasta la unidad del paciente. •Trasmita seguridad: actitud próxima, tranquila, y disponibilidad en todo momento. Atención al lenguaje no verbal (postura, expresión facial, gestos, mirada, sonrisa, entonación...). •Explique de una forma sencilla el entorno del paciente (monitor, respirador, bombas,...) y mencionar las posibles causas para la aparición de algún tipo de evento adverso. •Informe sobre el horario de visitas de 11:00 a 12:00 y de 17:00 a 1:00. •Dicho horario se podrá flexibilizar para una o dos personas que el paciente elija si puede, en función de las necesidades del propio paciente (desorientados, de larga estancia, despertar de sedación...), y/o de la familia (horario laboral, personas que viven fuera...), adecuándolo al que hacer asistencial. •Podrá haber un horario abierto de visitas, incluyendo la noche, en situaciones especiales: pacientes en fase terminal, personas con trastornos de 		



HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

**POST GRADO ESPECIALIDAD
TERAPIA INTENSIVA**

Código

Edición:

Fecha:

Paginas:

Vigencia:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO**

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

TÍTULO.

FIJACIÓN DEL TUBO ENDOTRAQUEAL

1. MATERIAL

- Gasa para fijación.
- Cuffometro.
- Guantes estériles.
- Torundas de algodón.
- Alcohol al 70%.
- Tijeras.

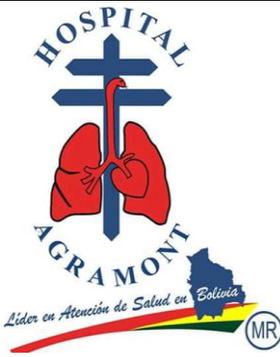
2.PROCEDIMIENTO

- Cortar Cinta de sujeción de gasa de 30 a 35 cm de longitud.
- La técnica Ángel II modificado. Un lado tiene que ser más grande que el otro se hace un nudo de alondra y luego nudos de zapato, en medio de la boca, y de fija al costado de la cara.
- Verificar la altura del tubo endotraqueal.
- Cambiar la cinta de sujeción, revisarla periódicamente a lo menos 2 veces durante el turno.
- Rotación del tubo endotraqueal de las comisuras labiales y al centro de las mismas cada 12 horas.

	HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA	Código
		Edición:
		Fecha:
		Paginas:
		Vigencia:
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO		
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA TITULO. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS 1. OBJETIVO <ul style="list-style-type: none"> • Definir técnicas seguras para la administración de medicamentos que prevengan complicaciones asociadas al procedimiento. • Incluir la modificación de horarios de administración de medicamentos y listas de verificación 2. ALCANCE Aplica para el profesional de enfermería de la UCI. 3. MATERIAL Hoja de horario de tratamiento PROCEDIMIENTO <ul style="list-style-type: none"> •Se participará en el parte oral, conociendo los horarios de administración de medicamentos •Establecer horarios de administración de medicamentos •Entrega de turno con las novedades más resaltantes de la guardia saliente •Verificar que los horarios de administración de medicamentos no se correlacionen en los 		

cambios y entrega de turno.

- Registrar horarios de administración de medicamentos.
- Verificar y registrar que ningún horario este registrado entre horas 14:00, 20:00 y 8:00
- Verificar y registrar el nivel de evolución en cuanto a los objetivos trazados en el tratamiento médico y de enfermería.
- Verificar y registrar medicamentos administrados en la hoja de la UCI.
- Socializar la importancia sobre la modificación de horarios en la administración de medicamentos.
- Consensuar horarios disponibles que no interfieran en el cambio de turno

	HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA	Código
		Edición:
		Fecha:
		Paginas:
		Vigencia:
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO		
PRINCIPIO CIENTÍFICO <ul style="list-style-type: none"> •El cambio postural si el paciente lo tolera (terapia rotacional). Evitaremos con ello la acumulación de secreciones en las zonas distales pulmonares dando lugar a atelectasias y al consiguiente riesgo de adquirir neumonías. Rotación del paciente cada dos horas. •La Joint Commission define a la contención mecánica como “la aplicación directa de la fuerza física sobre un paciente, con o sin la autorización del mismo, para restringir su libertad de movimientos •Altura del tubo endotraqueal: <ul style="list-style-type: none"> -Mujeres: 20 – 21 a nivel de la comisura labial. -Varones: 20 – 22 a nivel de la comisura labial. •Asegurar una adecuada fijación del tubo con cinta de fijación, que deberá estar siempre limpia y seca para evitar lesiones de la piel y malos olores. •Una buena sujeción del tubo endotracheal puede evitar complicaciones implicados por el desplazamiento tales como: extubaciones accidentales, intubación monobronquiales, riesgo de atelectasia y neumotórax. 		

	HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA	Código
		Edición:
		Fecha:
		Páginas:
		Vigencia:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO**

RECOMENDACIONES

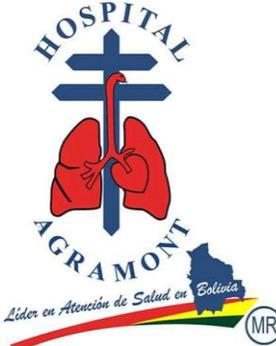
1. Mantener el trabajo en equipo.
2. Que el Departamento de Enfermería de la institución formulen o desarrollen estrategias orientadas a fomentar la actitud investigadora en el personal de Enfermería.
3. Promover la elaboración de guías de procedimiento orientadas a mejorar la calidad de atención en el paciente de UCI
4. Realizar estudios similares en otros servicios de la institución
5. La seguridad clínica es una prioridad de la gestión de calidad del cuidado que se brinda.
6. Conformar un Comité de Seguridad del Paciente quienes deben re-orientar el enfoque hacia el análisis de los eventos adversos, donde las propuestas de los líderes de cada servicio sean socializadas en el programa de seguridad con el fin de estructurar y unificar un plan institucional de gestión óptimo enfocado en los eventos que se presentan con mayor frecuencia.
7. Se deben establecer estrategias que permitan motivar la acción de los responsables de la seguridad de los pacientes, con el fin de mejorar los servicios en beneficio no solamente de los usuarios, sino del mismo sistema de salud.
8. El conocimiento de los factores identificados permitirá al profesional de enfermería, en conjunto con las directivas de las instituciones, establecer estrategias que permitan fortalecer y mejorar los procesos relacionados con la aplicación de protocolos, procesos de comunicación y una política de recursos humanos en enfermería, en donde la formación

posgraduada, la educación continua y el entrenamiento estructurado sean una prioridad con el objeto de obtener mejores resultados en el marco de la calidad, alcanzando estándares que ofrezcan seguridad..

9. El conocer la existencia que en nuestra unidad de cuidados críticos ocurren diariamente eventos adversos derivados de fallas humanas o de sistemas, es el primer paso para la corrección de éstos. Asimismo para mejorar el margen necesario de seguridad de nuestros pacientes, necesitamos previamente entender por qué el equipo tratante comete dichos errores, para a su vez aprender de ellos. Del mismo modo, no basta con tener una visión simplista aceptando que los eventos adversos ocurren, y que probablemente nunca serán eliminados, sino que tenemos que tener una conducta proactiva para efectuar los cambios necesarios al sistema, en búsqueda de la disminución de las posibilidades que éstos ocurran.

10. Se deben emprender campañas de educación a todos los colaboradores para la prevención en los eventos adversos.

11. De acuerdo a los eventos adversos presentados en la UCI se debe cumplir con un plan de mejoramiento basado en los factores contributivos y desplegarlo a las otras unidades de servicios. Se debe realizar seguimiento y medición para monitorear la efectividad de las acciones planteadas e implementadas para evitar la aparición de eventos adversos y la recurrencia.

	HOSPITAL AGRAMONT C.E.N.E.S.A UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES POST GRADO ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA	Código
		Edición:
		Fecha:
		Paginas:
		Vigencia:
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO PROTOCOLO DE INTERVENCION CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO		
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA <ol style="list-style-type: none"> 1. Alvarado M. Cultura de seguridad en los servicios de salud 2011 th ed. Alvarado, editor. Washington D.c.: OPS/OMS;2011 2. Propuesta de Indicadores Globales Críticos para la seguridad de la atención en salud. Departamento de calidad y seguridad de la atención en salud. 3. Organización Mundial de la salud. Manual para cirugía segura 2009. Checklist OMS.pdf 4. C.M. R. Seguridad y Calidad en Medicina Intensiva. Med. Intensiva. 2009 octubre 		