

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



FRECUENCIA Y FACTORES CONTRIBUYENTES A EVENTOS ADVERSOS
EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”,
GESTIÓN 2020

AUTOR: Lic. Marisol Santusa Choque Paxipati

TUTOR: Dra. M.Sc. Ma. Soledad Jaimes Mancilla

Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en
Enfermería

La Paz - Bolivia

2021

DEDICATORIA

A Dios, por guiar y proteger mis pasos a lo largo de la vida, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y permitirme una vida llena de bendiciones.

A mi esposo Franklin Choque Mamani, por su paciencia y comprensión, por ser estímulo y apoyo constante,

A mis amados Padres, por ser ejemplo de constancia y perseverancia, gracias por todo su amor.

A mis compañeros, con los cuales he compartido incontables horas de clase y hermosas experiencias.

AGRADECIMIENTOS

Un especial reconocimiento a mi tutora, la Dra. M.Sc. Ma. Soledad Jaimes Mancilla, por su gran ayuda y colaboración en cada momento de consulta, por ser soporte en este trabajo de investigación y por alentarme a seguir siempre adelante.

Con la misma gratitud reconocer a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, el cual considero mi segundo hogar.

TITULO

**FRECUENCIA Y FACTORES CONTRIBUYENTES A EVENTOS ADVERSOS
EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”,
GESTIÓN 2020.**

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN	21
IV. MARCO TEÓRICO.....	23
4.1. Evento Adverso	23
4.2. Principales conceptos relacionados a los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente.....	23
4.3. Clasificación de Eventos Adversos.....	24
4.4. Lista de indicadores de Eventos Adversos	24
4.5. Factores Contribuyentes a Eventos Adversos	25
4.5.1 Clasificación de Factores Contribuyentes a Eventos Adversos.....	26
4.6. Grado de Gravedad de Eventos Adversos por categorías	27
4.7. Seguridad del paciente	27
4.7.1. Indicadores para el monitoreo	27
4.7.2. Indicadores que monitorean actividades para prevenir la ocurrencia de Eventos Adversos	28
4.7.3. Herramientas que facilitan la monitorización	30
4.8. Calidad del registro de Evento Adverso	31
4.9. Rol de Enfermería frente a los eventos adversos	31
4.10. Perfil del paciente atendido en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”	32
4.11. Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos	33
4.12. Sistema de notificación de incidentes en América Latina- OMS	34
4.12.1. Característica del sistema de notificación señalado por Leape	34
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35

VI. OBJETIVOS	37
6.1. Objetivo General	37
6.2. Objetivos Específicos	37
VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	38
7.1. Tipo de estudio	38
7.2. Área de estudio	38
7.3. Población	39
7.4. Universo y muestra.....	39
7.4.1. Muestra.....	39
7.4.2. Muestreo.....	39
7.4.3. Criterios de selección.....	40
7.5. Lista de variables.....	40
7.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
7.7. Obtencion de la información	43
VIII. CONSIDERACIONES ETICAS.....	44
IX. RESULTADOS.....	45
9.1 Características sociodemográficos y clínicos de los pacientes internados.....	46
9.2. Clasificación de Eventos Adversos reportados según las variables clínicas.	48
9.3. Gravedad y evitabilidad de los Eventos Adversos reportados.	50
9.4. Factores intrínsecos , extrínsecos y del sistema hospitalarios.....	52
X. DISCUSIÓN.....	53
XI. CONCLUSIONES	56
XII. RECOMENDACIONES.....	58
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1 Distribución de eventos adversos según género, edad y diagnóstico.	46
TABLA N° 2 Eventos Adversos reportados	48
TABLA N° 3 Distribución evento según gravedad y evitabilidad	50
TABLA N° 4 Distribución de los factores relacionados con la presencia de eventos adversos.	52

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N° 1 Cronograma de Gantt.....	71
ANEXO N° 2 Carta de Solicitud de permiso.....	72
ANEXO N° 3 Validación de Instrumentos	76
ANEXO N° 4 Instrumentos de Investigación	85
ANEXO N° 5 Fotografías del Estudio.....	87

ACRÓNIMOS

EA:	Eventos adversos
ENP:	Entubación no planificada
SN:	Sistemas de notificación
FC:	Factores contribuyentes
SYREC:	Incidentes y Eventos Adversos en Medicina Intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico
UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIP:	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
UPP:	Úlceras por presión
CVC:	Catéter venoso central
OMS:	Organización Mundial de la Salud
VM:	Ventilación Mecánica
IBEAS:	Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos
OPS:	Organización Panamericana de Salud
ENEAS:	Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización
APEAS:	Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud
BRC:	Bacteriemia relacionada con catéter
CVC:	Catéter venoso central
ENVIN:	Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva
IN:	Infección nosocomial
ISD:	Incidente sin daño
IUSU:	Infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral
NAV:	Neumonía asociada a ventilación mecánica
SMI:	Servicio de Medicina Intensiva
E/P:	Enfermero/ Paciente
AE/P:	Auxiliares de enfermería/paciente
STCH:	Salas de Trauma Choque

RESUMEN

La OMS establece lineamientos y pautas de actuación para la construcción de políticas encaminadas a prevenir, identificar y minimizar los Eventos Adversos (EA).

Objetivo: Determinar la frecuencia y factores contribuyentes a eventos adversos en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, gestión 2020.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron 80 expedientes clínicos, de los cuales 16 (20%) reportaron EA. La muestra fue de tipo no probabilística. El instrumento de investigación corresponde a un formulario de registro de EA.

Resultados: Los datos más sobresalientes muestran que, (9) 56% de los pacientes fueron de sexo masculino, (7) 44% se encuentra representado por niños menores a 1 año, las características clínicas de los pacientes internados indica que el 31% estuvieron con el diagnósticos de Insuficiencia Respiratoria Aguda Tipo I, 50% de los EA no fueron comunicados a los padres, 81% fueron reportados por enfermería. Los EA estuvieron relacionados a: Accesos vasculares; 13% a retiro de CVC, ventilación mecánica; 25% obstrucción de vía aérea, procedimientos; 6% multipunción y relacionado con el cuidado; 6% úlceras por presión. En relación a la gravedad, 69% fueron clasificados como incidente sin daño y 31% como EA que causaron daño, precisando intervención y prolongando la hospitalización; 56% de los EA pudieron evitarse; 44% de los EA fueron por factores intrínsecos ligados a los pacientes por la condición clínica, 44% por factores extrínsecos relacionados a los profesionales y 13% por factores del sistema hospitalario ligados al entrenamiento.

Conclusiones: Al conocer las características que estuvieron presentes en los pacientes que desarrollaron un EA es un elemento importante para establecer prácticas más seguras para su prevención y control.

PALABRAS CLAVE: Eventos Adversos, factores contribuyentes.

ABSTRACT

The WHO establishes guidelines and action guidelines for the construction of policies aimed at preventing, identifying and minimizing Adverse Events (AE). Objective: To determine the frequency and contributing factors to adverse events in patients admitted to the Pediatric Intensive Care Unit of the Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Urfa ”, management 2020.

Methodology: Descriptive, observational and cross-sectional study. 80 clinical records were reviewed, of which 16 (20%) reported AE. The sample was non-probabilistic. The research instrument corresponds to an EA registration form.

Results: The most outstanding data show that (9) 56% of the patients were male, (7) 44% are represented by children under 1 year of age, the clinical characteristics of hospitalized patients indicate that 31% were With the diagnosis of Acute Respiratory Failure Type I, 50% of the AE were not communicated to the parents, 81% were reported by the nursing staff. The AE were related to: Vascular access; 13% to CVC removal, mechanical ventilation; 25% airway obstruction, procedures; 6% multi-function and related to care; 6% pressure ulcers. Regarding severity, 69% were classified as incident without damage and 31% as AE that caused damage, requiring intervention and prolonging hospitalization; 56% of AE could be avoided; 44% of the AE were due to intrinsic factors linked to the patients due to the clinical condition, 44% due to extrinsic factors related to the professionals, and 13% due to factors of the hospital system linked to training.

Conclusions: Knowing the characteristics that were present in the patients who developed an AE is an important element to establish safer practices for its prevention and control.

KEY WORDS: Adverse Events, contributing factors.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica, que uno de cada diez pacientes en el mundo, sufre por lo menos un Evento Adverso (EA), de los cuales casi el 50% son prevenibles; sin embargo, existe subnotificación de los datos registrados (1). En hospitales de países con ingresos bajos y medios, cada año se producen 134 millones de eventos adversos provocando 2,6 millones de muertes, brindando una atención poco segura (2).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y OMS, se define “EA como todo incidente imprevisto e inesperado, como consecuencia de la atención hospitalaria que produce la muerte, discapacidad, prolongación de la estancia o reingreso subsecuente” (3).

Hace 15 años, Estados Unidos reportó la muerte de aproximadamente 100.000 pacientes al año, no por enfermedades, sino debido a errores en la atención por cambios constantes de las condiciones clínicas del paciente, personal de salud a su alrededor, complejidad del procedimiento clínico o quirúrgico, factores humanos, equipos y tecnología que llevan a que se produzcan eventos adversos. Así mismo, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte “Errar es humano”, por la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial. Sin embargo, se debe destacar que la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global (4).

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) en colaboración con la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la OMS, OPS y Ministerio de Sanidad de España, evidenciaron que en los países de México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, uno de cada diez pacientes hospitalizados o diez por ciento sufrían al menos un evento adverso durante su atención (5).

En Colombia la seguridad del paciente es una prioridad en la atención en salud, debido a que los eventos adversos son una muestra de atención insegura; la

tasa de evento adverso se encuentra alrededor del 10% y se relaciona a infecciones intrahospitalarias, complicaciones medicamentosas, transfusiones, procesos de atención y quirúrgicos (6).

En Bolivia, existe una preocupación en torno a la seguridad del paciente. Durante la gestión 2017, el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliga Uria” de La Paz reportó 37 casos de eventos adversos (7). En la gestión 2018, en la ciudad de El Alto en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza Sociedad Anónima se reportaron 135 eventos adversos (8).

El trabajo que se presenta a continuación, pretende proporcionar un sustento teórico que brinde la oportunidad de reconocer la frecuencia y factores contribuyentes a eventos adversos en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital del Niño. La información pretende brindar una herramienta para que el personal de enfermería pueda dar el primer paso en la retroalimentación y construcción de procesos de transformación. Esto coadyuvará al desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que propicien cambios de excelencia, empoderamiento y liderazgo frente a la seguridad de los pacientes, brindando así un cuidado con calidad al paciente en estado crítico.

II. ANTECEDENTES

Para la elaboración del presente trabajo, se realizó la revisión de estudios internacionales y nacionales relacionados a artículos originales y tesis desde la gestión 2013. Las investigaciones detalladas a continuación son expuestas en orden cronológico desde el más antiguo al más reciente.

1) El año 2013, en Colombia fue desarrollado el artículo original por Lombo-Caicedo J y Manrique-Abril F, titulado “Pacientes por enfermera, auxiliar y presencia de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos pediátricos”. El estudio tuvo como objetivo establecer la relación existente entre el número de pacientes por enfermero(a)s, auxiliares de enfermería y la probabilidad de ocurrencia de EA . El método de estudio fue de tipo longitudinal, realizado en tres Unidades de Cuidados Intensivos, durante 1656 turnos. Entre los resultados se encontró que hubo asociación entre la distribución de enfermero/paciente (E/P). Donde se encontró una probabilidad de incidencia en el desarrollo de: mortalidad 1/5, paro cardiorrespiratorio 1/5, Infecciones derivadas de la atención en salud 1/5. Las dos primeras variables se estudiaron debido al subregistro evidenciado durante el tiempo del estudio. En relación al registro de auxiliares de enfermería/paciente (AE/P) la incidencia de escaras por decúbito fue de 1/4. El estudio concluyó que los indicadores sensibles fueron paro cardiorrespiratorio, neumonía, infección del tracto urinario y úlceras por decúbito. La razón enfermero/paciente y auxiliar de enfermería/paciente, se relacionan con los EA sin significancia estadística (9).

2) En el año 2013 en Colombia, fue desarrollado el artículo original por Yubely-Anacona M y Imbacuan-Muñoz D, titulado “Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre Eventos Adversos como proceso de mejoramiento de calidad en el Hospital del Tambo Cauca, Abril – Mayo”. El artículo tuvo como objetivo identificar los conocimientos en cuanto a política de mejoramiento de calidad y notificación de EA del personal asistencial que trabaja en la Empresa Social del

Estado, Hospital el Tambo. El método del estudio fue de tipo descriptivo cuantitativo, de corte transversal, donde fueron encuestados 281 profesionales de salud. Los resultados destacaron que, 25% del personal indica que la institución no cuenta con un programa de seguridad del paciente, 22% no sabe del programa; 26% del personal no capacitado no reporta EA; 27% del personal no sabe la definición de EA; 1% pertenece al comité de seguridad del paciente y 100% del personal encuestado opina que es importante implementar una cultura institucional de reporte de EA. El estudio concluyó indicando que el personal no tiene cultura de reporte de EA para realizar su debido análisis, plan de acción y seguimiento a las prácticas seguras (10).

3) Huber-Baur A, et al. el año 2013 en Venezuela, desarrollaron el estudio titulado “Factores de riesgo de entubación no planificada y reintubación en pacientes pediátricos”. El artículo tuvo como objetivo determinar la frecuencia, factores de riesgo, resultados de la entubación no planificada y la reintubación en niños hospitalizados en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. El método del estudio fue de tipo observacional, clínico y prospectivo. Se tomaron en cuenta las Salas de Trauma Choque (STCH) y UCIP durante un año; se realizó la observación diaria de niños intubados mediante el registro de datos (formato ad hoc) que contenía las características demográficas, clínicas, soporte mecánico de la ventilación planificada y no planificada: autoextubación o accidental, área hospitalaria, personal a cargo del paciente, etc. Los resultados indican que de 76 pacientes pediátricos, con un rango de edad de 1 mes a 15 años; 37,2% fueron intubados por insuficiencia respiratoria; 27,3% de las extubaciones fueron no planificadas: accidentales 19,7% y autoextubaciones 7,98%. La mayoría de los pacientes se encontraba en ventilación mecánica (VM) modalidad asistida controlada antes de la extubación. La reintubación se asoció al uso de sedantes y relajantes previos, no utilización de esteroides ni broncodilatadores, falta de deshabitación, agitación y Glasgow menor a 9 puntos que incrementaron el tiempo de VM. El estudio concluyó indicando que

siete características se asocian con la necesidad de reintubación, cuatro de ellas con el uso de sedantes y relajantes musculares en las 24 horas previas a la extubación, agitación antes o después de la extubación y puntuación de Glasgow de 8. Tres características del tratamiento se asociaron con menor frecuencia de reintubaciones: uso de esteroides, broncodilatadores y la aplicación de un método de deshabitación, por lo cual es necesario implementar medidas que disminuyan la frecuencia de EA (11).

4) El año 2013 en México fue desarrollado el artículo original por Joaquín-Mira J, et al. titulado “Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina”. El artículo tuvo como objetivo elaborar recomendaciones, para diseñar e implantar sistemas de notificación (SN) de EA en base a las experiencias de los países latinoamericanos. El método del estudio fue cualitativo basado en la técnica Metaplán, se recogieron propuestas de 17 expertos nacionales en SN y 3 expertos de la OPS. Se analizaron las características, alcance, barreras, limitaciones, método de registro de datos, tipo de análisis y retorno de la información relacionada con los SN, así también, se discutió cómo involucrar a los profesionales en este proceso. Los resultados permitieron identificar 75 recomendaciones, de ellas, 35 estaban relacionadas con el diseño de un SN. El estudio concluyó indicando la importancia de la confidencialidad, anonimato, voluntariedad, taxonomía unificada y seguridad jurídica de los profesionales a la cultura de seguridad del establecimiento de salud, incentivos y un sistema ágil (12).

5) Riquelme-Hernández G y Ourcilleón-Antognoni A, el año 2013 en Chile, desarrollaron el estudio titulado “Descripción de eventos adversos en un hospital pediátrico de la ciudad de Santiago”. El artículo tuvo como objetivo identificar los EA del hospital pediátrico especializado en la atención de niños con enfermedades respiratorias crónicas. El método del estudio fue de tipo descriptivo, correlacional y retrospectivo. Se revisaron 115 fichas clínicas,

extrayéndose a través de una ficha de recolección de datos los EA notificados. Los resultados destacaron que, 5,7% de los niños fueron notificados por EA relacionados a la administración de medicamentos, caídas y golpes. Con respecto al número de días de hospitalización, 57,4% de los niños estuvieron hospitalizados entre 1 y 30 días; 20,9% se hospitalizaron por más de 180 días. El promedio de días de hospitalización fue de 90, con un mínimo de 2 y un máximo 529. El estudio concluyó indicando que la monitorización de EA debe ser incorporada en forma sistemática y sostenida dentro del proceso de atención de salud de cada niño, involucrando a cada miembro del equipo de salud. La enfermera juega un rol esencial para lograr el éxito de este proceso (13).

6) El año 2014, en Perú fue desarrollado el artículo original por Ruiz H. titulado “Educación para la salud en la prevención de eventos adversos en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos”. El artículo tuvo como objetivo analizar la repercusión de una intervención educativa en el personal de salud, en relación a la prevención de los EA en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital de Emergencias Pediátricas. El método del estudio fue de tipo prospectivo, longitudinal, analítico, tipo cuasi-experimental. En el estudio se comparó la frecuencia de los EA en los pacientes hospitalizados, antes y después de una intervención educativa preventiva en el personal de salud. Los resultados indicaron que, de 101 pacientes, 39.6% pacientes presentaron EA. Lo que significa la disminución de pacientes con EA de 4 de cada 10 pacientes hospitalizados. La relación del promedio de estancia hospitalaria en los pacientes con y sin EA se redujo de 17/5 a 12/4 días. El estudio concluyó indicando que una intervención educativa ha logrado disminuir de manera significativa el número de EA y sus consecuencias en los pacientes hospitalizados, prevenir y mejorar la seguridad clínica del paciente, así como de la gestión hospitalaria (14).

7) Almeida-Herrera M y Enríquez-Pozo V, el año 2014 en Ecuador, desarrollaron el estudio “Eventos Adversos evitables en los servicios de Emergencia, Pediatría, Centro Quirúrgico, Neonatología, Centro Obstétrico y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl”. El artículo tuvo como objetivo determinar los eventos adversos evitables en pacientes hospitalizados en los servicios mencionados del Hospital San Vicente de Paúl. Se evaluaron los casos y controles de pacientes hospitalizados al menos 24hrs, utilizando relaciones bivariadas mediante tablas de contingencia y prueba de correlación de Pearson. Los resultados destacaron a 45 pacientes tamizados, donde 27,3% de los sucesos sin lesión presentaron una elevada posibilidad de prevención y 27,3% sucesos con lesiones presentaron ausencia de evidencia de posibilidad de prevención. El estudio concluyó indicando que más del 50% de los EA son evitables, por tanto se debe corregir el sistema sanitario mediante un SN mediante un compromiso individual e institucional y sobre todo una responsabilidad conjunta del equipo de salud el paciente y su familia (15).

8) El año 2015, en Chile fue desarrollado el artículo original por Ramírez- Iturra B y Febréz N, titulado “Impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de pacientes”. El artículo tuvo como objetivo determinar el impacto de la gestión de riesgos en la prevención de EA o incidentes durante el traslado intrahospitalario de pacientes. El método del estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo con evaluación pre y post intervención, diseñada en 3 etapas: estudio de prevalencia de EA durante el traslado intrahospitalario; intervención a través de la aplicación de un Programa de Gestión de Riesgos y evaluación del impacto. Los resultados incluyeron 144 procedimientos de traslados, 39% de éstos cumplió el protocolo completo: lectura de brazalete, confirmación con el paciente y confirmación ficha clínica. El estudio concluyó indicando que el 100% del proceso de traslado no era seguro para el paciente; posterior a la intervención el 80.6% de

los pacientes tuvieron un traslado seguro, mostrando que el programa impactó en evitar el error post intervención (16).

9) Hernández-Cantoral A, et al. el año 2015 en México, desarrollaron el estudio titulado “Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en Unidades Pediátricas de Cuidados Intensivos”. El artículo tuvo como objetivo conocer la frecuencia de ocurrencia de los EA en las áreas Pediátricas de Cuidados Intensivos e identificar los factores intrínsecos, extrínsecos y del sistema hospitalario. El método del estudio fue de tipo descriptivo, transversal y observacional. Se tomaron en cuenta los EA reportados por enfermería de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) y Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCICV). Los datos fueron recolectados durante un año, donde se utilizó una ficha de notificación de EA tomada y adaptada del Proyecto de Incidentes y EA en Medicina Intensiva, Seguridad y Riesgo del Enfermo Crítico (SYREC 2007). Los resultados destacan que se presentaron 105 EA, 71% en UTIP, 18% en UCIN y 11% en UCICV. Durante la hospitalización, 62% de los pacientes presentaron un EA, 30% dos y 8% más de tres. El 30% de los EA ocurrió dentro de las primeras 48 horas de ingreso a la unidad, 70% pudieron ser evitables, 93% estuvieron relacionados con los factores intrínsecos, más frecuentes en el sexo masculino en un 50.5%, 38% fue en menores de un año y 42% en pacientes neonatales. El estudio concluyó indicando que los menores de edad son la población más vulnerable, muchos de estos eventos estuvieron relacionados a la medicación, falta de supervisión, comunicación, fatiga por sobrecarga laboral y falta de habilidades. Razones por lo que el estudio justifica la importancia de contar con un programa de seguridad para asegurar una buena calidad de atención en esa UCIP (17).

10) El año 2015, en México fue desarrollado el artículo original por Zárate-Grajales A, et al. titulado “Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en siete unidades de cuidados intensivos en instituciones de salud de carácter público y de alta especialidad”. El artículo tuvo como objetivo determinar la ocurrencia de EA en las áreas de cuidados intensivos y conocer los factores intrínsecos, extrínsecos, evitabilidad y gravedad. El método del estudio fue de tipo analítico, transversal y observacional. La muestra fue de 137 personas, los datos se recolectaron con la ficha de notificación de eventos adversos tomada y adaptada del proyecto SYREC 2007, utilizando un programa estadístico SPSS versión 17 y pruebas de correlación de Spearman y phi, U de Mann-Witney, Kruskal-Wallis y Chi². Los resultados mostraron que, 58% de los EA se presentaron en pacientes masculinos, 60% en edad pediátrica, 29.9% estuvo relacionado con el cuidado, 51% relacionados con invalidez temporal y 75% de los casos se pudieron evitar. El estudio concluyó indicando que la población más vulnerable son los niños y los adultos mayores, los EA están relacionados con el cuidado de enfermería y son evitables. Es necesario implementar estrategias para la gestión de la seguridad del paciente para detectar, registrar, prevenir y minimizar su frecuencia (18).

11) Martín-Delgado M, et al. el año 2015 en España desarrollaron el estudio titulado “Análisis de los factores contribuyentes en incidentes relacionados con la seguridad del paciente en Medicina Intensiva”. El artículo tuvo como objetivo analizar los factores contribuyentes (FC) que intervienen en la aparición de incidentes relacionados con la seguridad del paciente crítico. El método del estudio fue de tipo analítico post hoc del estudio SYREC.

La muestra fue de 591 pacientes y 79 servicios de Medicina Intensiva. Los resultados mostraron 2.965 notificaciones, 1.729 casos se comunicaron como incidentes sin daño y 1.236 como EA. Los FC estuvieron en relación con el profesional, “evitable” y paciente, “inevitables”. El estudio concluyó indicando

que los EA relacionados con el paciente fueron los más frecuentes, graves y considerados inevitables. Los relacionados con el profesional se notificaron en las categorías menos graves y se consideraron evitables. La identificación de FC fue más frecuente en los incidentes sin daño (19).

12) El año 2016, en Ecuador fue desarrollado el artículo original por Vaca-Aúz A, et al. Titulado “Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra”. El artículo tuvo como objetivo determinar EA relacionados con los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en un centro hospitalario de segundo nivel. El método del estudio fue de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, en pacientes hospitalizados durante el mes de diciembre del 2014. Los resultados mostraron que, 88,5% de los EA no estuvieron sujetos a factores extrínsecos, 50% fueron sucesos sin lesión y 34,6% presentaron complicación; sin embargo el 100% de EA fueron evitables. El estudio concluyó sugiriendo realizar diseños observacionales que permitan determinar la frecuencia y factores contribuyentes a EA relacionados con cuidados de enfermería (20).

13) Giraldo-Bernal L, et al. el año 2016 en Colombia, desarrollaron el estudio titulado “Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel”. El artículo tuvo como objetivo determinar los factores que contribuyen a la omisión del reporte del EA por parte del personal de salud. EL método del estudio fue de tipo descriptivo-analítico. El número total de encuestas se determinó por medio de la metodología de muestreo estadístico. Los resultados mostraron un formato de reporte complicado y ausencia de retroalimentación al personal ante un EA reportado. El estudio concluyó indicando diseñar estrategias que permitan un oportuno reporte de EA y mejorar los mecanismos con los que actualmente cuenta la institución para el reporte (21).

14) El año 2016, en Colombia fue desarrollado la monografía por Castaño-Loaiza N y Moreno-Rincón P, titulado “Factores relacionados a eventos adversos asociados con medicamentos”. La monografía tuvo como objetivo identificar los factores relacionados con EA asociados a medicamentos reportados en el departamento de Antioquia entre los años 2014-2015. La fuente primaria de información fueron la base de datos del Programa de Farmacovigilancia de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social y revisión bibliográfica. Los resultados mostrarán 6353 casos relacionados con medicamentos: analgésicos y antibióticos. Los municipios con más reportes fueron, 86.5% Medellín, 4.1% Rionegro, 1.5% Bello y 1.4% Envigado. El estudio concluyó indicando que se cuenta con una normativa actual que exige los Programas de Farmacovigilancia, pero no existe entrenamiento adecuado del personal de salud para el reporte de EA, por temor a acciones punitivas (22).

15) Vargas-Bermúdez Z. el año 2016 en Ecuador, desarrolló el estudio titulado “Factores personales, laborales y contextuales del profesional de enfermería que inciden en la presencia de un evento adverso”. El artículo tuvo como objetivo describir los factores personales, laborales y contextuales que inciden en la presencia de un EA, en el área de medicinas del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. El método del estudio fue de tipo descriptivo y transversal. El cuestionario fue validado y formado por 38 profesionales. Los resultados mostraron que la población tiene conocimiento de la conceptualización de un EA, condición de la infraestructura y equipos en relación a la aparición de eventos; la relación E/P influye en la aparición de EA. Las conclusiones indicaron una conducta valerosa ante el reporte, los profesionales de enfermería conocen la definición conceptual de EA y consideran que hay relación entre el número de pacientes por profesional (23).

16) El año 2017, en Colombia fue desarrollado el artículo original por Franco-Martínez J, et al. titulado “Conocimiento y prácticas sobre eventos adversos, personal asistencial, Hospital San Juan de Dios, Cartago Valle”. El artículo tuvo

como objetivo evaluar el conocimiento y prácticas, en el personal asistencial frente a EA en el Hospital San Juan de Dios de Cartago durante el primer trimestre del 2017. El método del estudio fue de tipo descriptivo y cuantitativo. La población estuvo conformada por 55 profesionales de salud entre ellos médicos generales, enfermeros jefes, auxiliares de enfermería, Instrumentadores quirúrgicos, bacteriólogas, auxiliares de laboratorio y técnicos. Los resultados mostraron que el conocimiento del personal de salud fue regular en cuanto EA, se identificó que de cada 10 unidades de análisis, 7 fueron socializados y tienen conocimiento sobre la política de seguridad del paciente, demostrando miedo al reporte de EA. El estudio concluyó indicando el interés por la implementación de la política de seguridad del paciente y el reporte de EA como indicador de la calidad en la atención en salud (24).

17) Ramírez-Martínez E y González-Avilés A. el año 2017 en México, desarrollaron el estudio titulado “Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel”. El artículo tuvo como objetivo identificar la percepción sobre clima y cultura de seguridad; determinar la prevalencia de EA en el personal de enfermería de una clínica de primer nivel. El método del estudio fue de tipo estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Se aplicó el cuestionario Hospital survey on patient safety culture. Los resultados mostraron la participación de 27 profesionales de enfermería, 15% refirieron percibir un clima de seguridad del paciente entre excelente y muy bueno, 66.7% describió no haber notificado ningún EA, 75.3% indicó que la retroalimentación y comunicación sobre errores son una fortaleza. En las debilidades percibidas destacan, 61.7% respuesta no punitiva a los errores y 62% dotación de personal. El estudio concluyó indicando que la tercera parte de los encuestados no habían reportado ningún EA en los últimos años y un poco más de la mitad refirió percibir un clima de seguridad entre aceptable y superior (25).

18) El año 2017, en México fue desarrollado el artículo original por Zárate-Grajalesa R, et al. titulado “Eventos adversos en pacientes hospitalizados

reportados por enfermería: un estudio multicéntrico”. El estudio tuvo como objetivo analizar factores relacionados con la calidad y seguridad del paciente a través de los reportes de EA. El método del estudio fue de tipo transversal. Multicéntrico en 5 institutos nacionales de salud pediátrico - adulto y en un hospital de alta especialidad, durante 18 meses, para lo cual se utilizó el instrumento SYREC 2007. Los resultados mostraron 540 EA, 55.5% ocurrieron en hombres, 58.7% en estado de alerta, 92.6% ocurrió en el servicio asignado, 55.9% no se reportó a la familia, 70.5% se consideró como evitable y 80.6% factores del sistema estuvieron presentes. El estudio concluyó indicando que los factores relacionados con el sistema tienen un mayor peso en la aparición de EA, es importante la identificación a fin de poder evitarlos y que el personal de enfermería tiene un papel preponderante en la atención, calidad y seguridad del paciente al interior de las instituciones de salud, para la toma de decisiones basadas en evidencia en la gestión, cuidado directo, formación y capacitación de recursos humanos, así como para la infraestructura en salud (26).

19) Davenport M, et al. el año 2017 en Argentina desarrollaron el estudio titulado “Detección de eventos adversos en pacientes pediátricos hospitalizados mediante la herramienta de disparadores globales Global Trigger Tool”. El artículo tuvo como objetivo describir la incidencia, categorización de EA en niños hospitalizados utilizando la herramienta de disparadores globales e identificar los factores de riesgo asociados a su aparición. El método del estudio fue de tipo retrospectivo, se incluyeron 200 historias clínicas de pacientes internados en el Hospital Elizalde. En los resultados se encontraron 289 disparadores, 52 EA (26 EA por cada 100 pacientes); de 36 pacientes, 7 pacientes sufrieron más de un EA; 45 fueron categoría E y F (daño temporario) y 26% ocasionó un daño temporario. El estudio concluyó indicando que los disparadores de cuidado se asociaron con la presencia de EA, lo que posibilita el diseño y la aplicación de estrategias para mejorar la calidad de atención al paciente (27).

20) El año 2017, en México fue desarrollado el artículo original por Rosas-Vargas L y Zárate-Grajales R. titulado “Validación del instrumento factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de enfermería”. El artículo tuvo como objetivo validar el instrumento “Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de enfermería”. El método del estudio fue de tipo descriptivo y analítico de fiabilidad con alfa de Cronbach. Se elaboró el instrumento conformado por 59 ítems, inmersos en nueve dimensiones y dividido en cinco secciones, fue sometido a una evaluación de expertos y a una prueba piloto con una muestra de 30 pacientes. En los resultados se encontró la validación estadística interna obtenida por una alfa de Cronbach de 0.817 teniendo una fiabilidad buena. El estudio concluyó recalcando que el instrumento cumple con los requerimientos necesarios para ser utilizado en estudios que exploren las barreras o factores asociados para que el personal de enfermería notifique la presencia de EA (28).

21) Parra C, et al. el año 2017 en Colombia, desarrollaron el estudio titulado “Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel”. El artículo tuvo como objetivo determinar la frecuencia de EA mediante revisión de historias clínicas con el fin de fomentar prácticas seguras. El método del estudio fue de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo. En los resultados se encontró 34,4% (169 casos) reportes en historias clínicas, 59 EA y 57 incidentes, revelando que algunos de estos fueron causados por la asistencia hospitalaria siendo prevenibles. El estudio concluyó evidenciando responsabilidad de prevención y control de infecciones por los profesionales de la salud, mantenimiento adecuado de dispositivos médicos invasivos, ya que tres de cada diez pacientes presentaron EA, aumentando los días de hospitalización e incrementando gastos intrahospitalarios; en este contexto, fue necesario el cumplimiento de las prácticas seguras (6).

22) El año 2018, en Colombia fue desarrollado el artículo original por Achury-Saldaña D, et al. titulado “Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad

en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo”. El artículo tuvo como objetivo determinar los EA reportados por enfermería y sus factores en unidades de cuidado intensivo (UCI) adulto, pediátrica o neonatal de tres países México, Argentina y Colombia. El método del estudio fue de tipo descriptivo y correlacional. La unidad de observación fueron los EA reportados por enfermería durante seis meses en 17 unidades de cuidados intensivos. Para el reporte se diseñó un formulario digital que contenía las categorías y factores. Los resultados mostraron 1163 EA reportados, 34 % relacionado con el cuidado, 19 % vía aérea y ventilación mecánica, 16 % manejo de accesos vasculares y drenajes, 13 % infección nosocomial, 11 % administración de medicamentos, 7 % pruebas diagnósticas y 94,8% fueron prevenibles. Para determinar los factores se utilizó el coeficiente Phi y se encontró la falta de adhesión a protocolos, problemas de comunicación, formación y entrenamiento inadecuado. El estudio concluyó indicando que el profesional de enfermería debe establecer estrategias para fortalecer, mejorar los procesos relacionados con la aplicación de protocolos, comunicación y política de recursos humanos (29).

23) Delgado-Cerquen R, et al. el año 2018 en Perú desarrollaron el estudio titulado “Eventos Adversos relacionados con los cuidados de enfermería en un Hospital Nacional de Lima”. El artículo tuvo como objetivo determinar los EA relacionados con los cuidados de enfermería en un Hospital Nacional de Lima. El método del estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal y retrospectivo. La población de estudio fue de 542 pacientes que presentaron EA, durante su hospitalización y la muestra fue de 132 pacientes inscritos en el sistema de información. Los resultados mostraron que, 35,7% de los EA se dieron en menores de 5 años, 45,4% en mayores de 50 años, 51,5% en varones, 66,5% ocurrió en el servicio de hospitalización y 58% se produjo en el turno mañana. Los EA más frecuentes fueron 39,4% caídas, 35,6% eritema del pañal y 84,7% fueron moderados. El estudio concluyó indicando que se

requiere del compromiso y acciones de los trabajadores para contribuir con la reducción del problema. La experiencia de las enfermeras sobre los EA, indican que debe fortalecer el sistema de recursos humanos, selección, dotación de personal, carga de trabajo, trabajo en equipo y la formación permanente (30).

24) El año 2018, en Colombia fue desarrollado el artículo original por Achury-Saldaña D, et al. titulado “Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá”. El artículo tuvo como objetivo identificar los EA reportados por enfermería en 3 unidades de cuidados intensivos. El método del estudio fue de tipo descriptivo y prospectivo. La muestra fue de 525 paciente durante 6 meses, participaron de forma voluntaria 3 instituciones, se utilizó un formulario digital on-line. Los resultados mostraron 594 EA, 38,7 % relacionados con el cuidado de enfermería, 16,1 % vía aérea y VM, 14,8 % accesos vasculares, sondas , drenajes y 12,6 % infección asociada al cuidado. El estudio concluyó indicando que los EA al ser prevenibles, se presentaron por alteración en el cumplimiento de los estándares del cuidado y que es necesario concientizar a los profesionales de enfermería sobre la importancia de la notificación de EA a la familia para dar cumplimiento al reconocimiento de los actores en la política de seguridad, alcanzando una cultura de seguridad, enmarcar el cuidado en uno de los principios éticos: "No maleficencia" (31).

25) Lopes de Figueiredo M. y Innocenzo M, en el año 2018 en Brasil, desarrollaron el estudio titulado “Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora”. El artículo tuvo como objetivo identificar las publicaciones científicas sobre EA relacionados con las prácticas asistenciales y discutir la cultura de seguridad del paciente. El método del estudio fue mediante la revisión bibliográfica de tipo integrador, con búsqueda en MEDLINE, LILACS y BDEFN disponibles en la BVS, utilizando los siguientes descriptores; seguridad del paciente, asistencia al paciente, vigilancia de eventos centinela y gestión de la seguridad. Cumplieron los criterios de

inclusión 26 artículos científicos publicados. Los resultados mostraron cinco categorías principales, características de los EA relacionados con las prácticas asistenciales, implicaciones de la ocurrencia, medidas de prevención, notificaciones, factores intervinientes, conocimiento y cultura de la seguridad. El estudio concluyó indicando que la cultura punitiva aparece como responsable de la subnotificación y omisión de EA, estimula a una cultura de seguridad para establecer estrategias que aseguren la prestación de cuidados libres de daños (32).

26) El año 2018, en España fue desarrollado el artículo original por Aranaz-Andrés J, et al. titulado “Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid”. El artículo tuvo como objetivo evaluar conocimientos y percepciones sobre la cultura de seguridad del paciente. En la muestra se consideraron 122 profesionales que asistieron al cursos sobre seguridad del paciente organizados por la Consejería de Sanidad de Madrid el 2015 cumpliendo un cuestionario anónimo. Los resultados mostraron que, 60% respondió correctamente, 66% no identificó áreas de mejora en prácticas seguras (higiene de manos y microorganismos resistentes a antibióticos), 56% respondió incorrectamente en cuanto a la gestión de riesgos sanitarios, 80% consideró positiva la cultura de seguridad del paciente institucional, 88% reconoció preocuparse por la seguridad del paciente sólo tras EA y 65% sentía miedo al hablar sobre EA. El estudio concluyó indicando que la valoración fue positiva, identificando la estrategia docente para ilustrar conceptos, motivar a los participantes y sugerir intervención para mejorar la cultura de seguridad del paciente (33).

27) El año 2019, en Argentina fue desarrollado el artículo original por Fajreldines A, et al. titulado “Medición de la incidencia de eventos adversos atribuidos a la atención sanitaria en un Departamento de Pediatría de un hospital Universitario”. El artículo tuvo como objetivo medir la incidencia de EA

en el Departamento de Pediatría utilizando dicha herramienta. Conocer los tipos de eventos y las variables asociadas. El método de estudio fue de corte longitudinal. El muestra fue de 318 pacientes egresados mediante la aleatorización de números emitidos por Excel (Windows 7), se revisaron las historias clínicas: evoluciones, medicamentos, laboratorios, dietas, interconsultas, protocolos quirúrgicos y epicrisis. Los resultados mostraron que el 11 % de los EA fueron por cada 100 admisiones y 15,5 % de eventos por cada 1000 días-paciente. Los EA estuvieron relacionados con, 48,57 % medicación, 42,85% bacteriología y 8,57 % cuidados. Según la gravedad 54,28 % leves, 40 % moderados prolongaron la hospitalización y 5,71 % graves que requirieron soporte vital. El estudio concluyó indicando que la utilización de la Pediatric Global Trigger Tool permite identificar EA en pacientes pediátricos hospitalizados y abre la oportunidad para rediseñar procesos y mejorar la seguridad del paciente. (34).

28) Lima-Neto A, et al. el año 2019 en Brasil, desarrollaron el estudio titulado “Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado Natal, Rio Grande do Norte”. El artículo tuvo como objetivo identificar y analizar los EA que comprometen la seguridad del paciente durante la asistencia de enfermería en un hospital privado. El método del estudio fue de tipo exploratorio, documental y retrospectivo. El instrumento de recolección fue mediante el informe de notificación de EA. Los resultados incluyen 262 informes de notificación de EA / incidentes que ocurrieron en el período de 2015 a 2016. Los factores contribuyentes para la ocurrencia de EA fueron por 61,83% falla humana “descuido y distracción”, 44,27% errores en la administración de medicamentos y 13,36% fallas en la asistencia. El estudio concluyó indicando que los EA fueron causados por factores humanos siendo prevenible, lo que contribuiría a la calidad y seguridad en el cuidado al paciente (35).

29) El año 2019, en México fue desarrollado el artículo original por Barrientos-Sánchez J, et al. titulado “Factores relacionados con la seguridad y la calidad en

la atención del paciente pediátrico hospitalizado”. El artículo tuvo como objetivo analizar los factores relacionados con la calidad y seguridad de los pacientes pediátricos hospitalizados, a través de los reportes de EA. El método del estudio fue de tipo transversal y prospectivo. Se utilizó el instrumento SYREC para el reporte. Los resultados mostraron 173 EA, 55% sexo masculino, 43% niños menores de 1 año y 60% en áreas críticas. Los principales eventos fueron 16% extubaciones no programadas, 14% UPP, 10% flebitis, 9%, lesiones, 8% quemaduras y 6% medicamentos. Los factores contribuyentes fueron (39%) por “distracción, sobrecarga, falta de comunicación, falta de habilidad y supervisión”, 35% extrínsecos “acceso a la monitorización y manejo terapéutico” y 26% factores intrínsecos “condición clínica del paciente”. El estudio concluyó indicando que la calidad y seguridad en la atención del paciente, se ve afectada por factores del sistema, debido a las amplias funciones que debe realizar el profesional de enfermería, lo que conlleva a distracciones y se apartan del objetivo principal que es el cuidado (36).

30) Rodríguez-Aguirre K. el año 2020 en Perú, desarrolló el estudio titulado “Conocimiento, carga laboral y actitud para la notificación de eventos adversos en el Hospital Walter Cruz Vilca”. El artículo tuvo como objetivo determinar la relación del conocimiento y la carga laboral con la actitud para la notificación de EA. El método del estudio fue de tipo no experimental, aplicado, correlacional, cuantitativo y de corte transversal. La población encuestada fue de 44 trabajadores de salud, se utilizó cuestionarios para medir la variable de conocimiento, carga laboral y actitud para la notificación de EA. Los resultados mostraron que, 52.3% tienen conocimiento sobre la notificación de EA, 22.7% desconoce con actitud favorable y 25% desconoce con actitud desfavorable. En relación a la actitud para la notificación, 75% tuvo un ideal favorable y 25% actitud desfavorable. El estudio concluyó indicando que la carga laboral en el personal de salud está relacionado con la actitud para la notificación de los EA (37).

A nivel nacional.

Choque-Mamani F. el año 2017 en Bolivia, desarrolló el estudio “Eventos Adversos durante la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría”. La investigación tuvo como objetivo identificar la frecuencia de EA durante la atención de enfermería en la UCIP del Hospital del Niño” Dr. Ovidio Aliaga Uría”. El método del estudio fue de tipo observacional y descriptivo de corte transversal. La muestra fue 37 casos. Los resultados reflejarón el siguiente registro: 18, 9% tenían de 5 a 8 meses de edad, 51,3% sexo masculino y 29,7% se reportó en el turno noche “A”. Los EA fueron: 21,6% quemadura por sensor de oximetría y fijación inadecuada del TET, 19% retiro accidental de línea arterial, presencia de UPP, 10,8% retiro accidental de SNG, 5,4% flebitis, 27% multipunción, 10,8% instalación inadecuada de sonda vesical y 70% de los EA se informó a los familiares. La investigación recomienda, el conocimiento y reporte de los EA para su corrección, así mismo mejorar el margen necesario de seguridad de los pacientes en conducta proactiva. El estudio concluyó en la implementación de protocolos de seguridad en la Atención de Enfermería del Paciente Crítico en la ya mencionada unidad y Hospital (7).

III. JUSTIFICACIÓN

La OMS establece lineamientos y pautas de actuación para la construcción de políticas encaminadas a prevenir, identificar y minimizar los EA (38). Según el Consejo Internacional de Enfermería, la probabilidad de aparición de EA es mayor en los países industrializados por el tipo de infraestructura, equipos, falta de fiabilidad del suministro, calidad de los medicamentos, deficiencias en el control de infecciones, escaso número de personal y resultados poco favorables acerca del cuidado ofrecido por el personal asistencial (39).

Las Unidades de Cuidados Intensivos son servicios de alta complejidad, cuyo objetivo es brindar una atención integral a aquellos pacientes con riesgo de muerte por lo que necesita tratamientos complejos, número elevado de medicamentos, diversos procedimientos invasivos, uso de la tecnología, monitoreo constante y la toma de decisiones inmediatas; aspectos que desencadenan que la persona en estado crítico sea vulnerable al daño iatrogénico, lo cual aumenta la aparición de EA (40).

Durante la gestión 2017, el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliga Uria “ de La Paz reportó 37 casos de EA por fijación inadecuada del TET, quemadura por sensor de oximetría, retiro accidental de línea arterial, presencia de UPP, retiro accidental de SNG, flebitis, multipunción e instalación inadecuada de sonda vesical (7). Por lo cual se hace necesario profundizar el tema.

En este contexto, los beneficiados serán los pacientes de la UCIP, ya que se induce al reporte, análisis y prevención de las fallas durante la atención en salud; implementando una cultura de seguridad y calidad al personal interdisciplinario mediante estrategias de prevención brindando una atención segura y disminuyendo el tiempo de estadía.

De esta forma, los resultados de la investigación serán importantes, tanto para la institución como para el mismo personal de enfermería, al conocer la frecuencia y factores contribuyentes a EA en pacientes internados.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Evento Adverso

Según la Gavira-Uribe, et al. “Es todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención hospitalaria que produce la muerte o discapacidad, prolongando la estancia hospitalaria o causando reingreso subsecuente”. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño, pueden ser prevenible ya que se puede evitar mediante el cumplimiento de estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado y el evento no prevenible, se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (41).

4.2. Principales conceptos relacionados a los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente

Incidente, está relacionado con la seguridad del paciente, es un evento que sucede durante la atención que no genera un daño directo a la salud, pero sí afecta a medida que ocurre fallas en el procesos de atención, afectando de cierta medida y prolongado la estancia hospitalaria (42).

Evento Adverso grave, ocasiona la muerte produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica. Evento Adverso moderado, ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración. Evento Adverso leve, ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria (43).

Seguridad del paciente, es conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías sustentadas en evidencias científicas que minimizan el riesgo de sufrir un EA en el proceso de atención de salud (44).

Eventos Centinelas, es un hecho inesperado no relacionado con la enfermedad, que pone en riesgo la integridad física, salud e incluso la vida del paciente , entre los los más comunes son: cirugías en el sitio equivocado,

complicaciones quirúrgicas graves, errores en prescripción y administración de medicamentos que lleven a la muerte y accidentes anestésicos (45).

4.3. Clasificación de Eventos Adversos

Según el boletín de 2015 la CONAMED, designado como centro colaborador en materia de calidad de la atención y seguridad del paciente para la OPS/OMS, los Eventos Adversos pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- Según condición de evitabilidad, si bien la gran mayoría de los eventos son prevenibles, algunos casos no lo son debido al riesgo inherente, sea del padecimiento o del procedimiento realizado.
- Según nivel de severidad del daño producido, EA grave ocasiona la muerte o incapacidad de la persona; EA moderado prolonga la estancia hospitalaria al menos de un día de duración o más y EA leve ocasiona alguna lesión o complicación mínima, sin prolongar la estancia hospitalaria.
- Según la tipología de la problemática que los originó, pueden surgir por múltiples causas: carácter administrativo, procesos o procedimientos clínicos, aspectos relacionados con los cuidados hospitalarios, situaciones vinculadas a procesos de medicación, nutrición, oxígeno, gases y vapores; problemas de comunicación, recursos humanos, materiales y problemas de gestión de la organización (3).

4.4. Lista de indicadores de Eventos Adversos

Según la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, designado como evaluador de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos relacionados con la seguridad del paciente Gaviria-Ruiz, et al. Definen cuatro asociaciones importantes que son mencionadas a continuación.

- Asociados a la infección; pueden ser: bacteremia asociado al uso de catéter venoso central, neumonía asociada al uso de VM, infección

urinaria asociada al uso de sonda vesical, infección nosocomial e infección de herida limpia.

- Asociados a los cuidados; son: úlcera por presión, caídas, flebitis química, lesión de tejidos blandos por extravasación de medio de contraste, daño por auto retiro de sondas/tubos/catéteres y daño al paciente por pérdida del espécimen de patología.
- Asociados a la cirugía; pueden ser mencionados: lesión abandonada en órgano no objeto de la cirugía previa, daño durante una cirugía, evisceración post-quirúrgica, embolismo aéreo intravascular en el intraoperatorio, quemadura del paciente y re intervención no planeada por hemorragia.
- Asociados al manejo, son considerados: daño por error diagnóstico, reingreso al servicio en tiempo menor del indicado por la misma causa, trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar post-operatorio, neumotórax iatrogénico, falla renal aguda post-operatoria que requiere diálisis y depresión respiratoria por sobredosis de medicamentos (46).

4.5. Factores Contribuyentes a Eventos Adversos

Según Rocio Miguel, en el texto Análisis de causa raíz: Esquema de clasificación de los factores contribuyentes, se indica que existen tres tipos de factores que deben ser considerados:

- Los FC intrínsecos están relacionados directamente con las condiciones clínicas del paciente, incluidos los factores sociales, mentales, psicológicos e interpersonales.
- Los FC extrínsecos corresponden al tratamiento y cuidado intrahospitalario que se brinda al paciente, a través de dispositivos y manejo terapéutico.
- Los FC del sistema son aquellos que producen, directa e indirectamente, incidentes como consecuencia de falta de previsión de las fallas que pueden presentarse en los procesos o por falta de mecanismos de

búsqueda para evitarlos, prevenirlos o reportarlos, denominados también fallas a nivel institucional (47).

4.5.1 Clasificación de Factores Contribuyentes a Eventos Adversos

Según Martín Delgado y otros, en la revista científica titulada: Análisis de los factores contribuyentes en incidentes relacionados con la seguridad del paciente en Medicina Intensiva, se infiere, que los factores contribuyentes están relacionados a:

- Profesionales, en cuanto a su formación, conducta, comunicación y estrés; en cuanto a su entorno de trabajo, organización, protocolos, cultura, equipo y recursos humanos siendo estos factores externos.
- Paciente, angustiado, grado de complejidad e inconsciente.
- Tarea, en relación a la ausencia de procedimientos, documentados sobre actividades a realizar, poco claras y no socializadas.
- Tecnología, fallas de equipos, deterioro, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa e insumos ausente.
- Equipo de salud, licenciadas de enfermería, auxiliar de enfermería, médicos, fisioterapeuta, residentes, etc. que contribuyen cuando hay ausencia de habilidades y competencias, la no aplicación de procedimientos, protocolos y estado de salud como estrés y enfermedad.
- Equipo de trabajo, en relación a conductas como una comunicación deficiente ejemplo durante la entrega de turno y falta de supervisión.
- Ambiente, deficiente en cuanto a iluminación, hacinamiento, clima laboral y deficiencias en infraestructura.
- Organización, gerencia en cuanto a políticas, recursos, carga de trabajo y contexto institucional en relación a demora o ausencia de autorizaciones leyes o normatividad (19).

4.6. Grado de Gravedad de Eventos Adversos por categorías

Otálvaro-Ospina y otros, en el artículo científico electrónico “Caracterización de Eventos Adversos en una E.S.E. de primer nivel en caldas”, se describen nueve categorías de urgencia:

A: Circunstancias o situaciones con capacidad de producir un evento pero que no llegan a producirlo por descubrirse y solucionarse antes de llegar al paciente.

B: El evento alcanzó al paciente y no le causó daño. No requirió monitorización ni intervención.

C: El evento alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no le había causado daño.

D: Causó un daño imposible de determinar;

E: Contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.

F: Contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.

G: Contribuyó o causó daño permanente al paciente.

H: Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida.

I: Contribuyó o causó la muerte del paciente (48).

4.7. Seguridad del paciente

4.7.1. Indicadores para el monitoreo

Según la revista científica biomédica titulada: Indicadores de seguridad ¿Cómo medir la seguridad y la inseguridad de la atención de salud? Expresada en palabra de Saturno P., indica los siguientes indicadores para el moniterio.

- La estructura, mide la calidad de los recursos humanos, físicos, tecnológicos, aspectos institucionales de la gestión, recursos materiales y humanos.

- El proceso, mide la calidad de las actividades realizadas durante la atención como la historia clínica, el consentimiento informado, la técnica quirúrgica en cirugía y los errores en la atención.
- Resultado, mide el grado de la atención otorgada al paciente, evidencia un cambio en la salud atribuido a la atención (49).

4.7.2. Indicadores que monitorean actividades para prevenir la ocurrencia de Eventos Adversos

Ruiz-Gómez, et al. En la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud Versión 2.0”, describen los siguientes indicadores:

- Prevenir el riesgo de infecciones asociadas a la atención, los indicadores son adherencia total a las acciones: bacteriemia, neumonía e infección urinaria; adherencia a la profilaxis antibiótica recomendada y adherencia a la higiene de manos.
- Seguridad en el uso de medicamentos de alta alerta, los indicadores son proporcionar medicamentos de alta alerta identificados, pacientes con adecuada conciliación medicamentosa y pacientes sobreanticoagulados.
- Prevenir caídas, el indicador es proporcionar identificación de riesgo de caídas.
- Prevenir úlceras de presión, el indicador es proporcionar identificación de riesgo.
- Seguridad en los procedimientos quirúrgicos, los indicadores son adherencia a la lista de chequeo de cirugía segura y proporción de pacientes con marcaje del sitio operatorio.
- Inadecuada identificación de pacientes, los indicadores son proporción de pacientes identificados correctamente, proporción de fallas en la identificación de pacientes, proporción de fallas en la identificación de muestras de laboratorio y proporción de fallas en la identificación de placas de Rayos “X”.

- Uso de sangre y hemo-componentes, los indicadores son proporción de pacientes trasfundidos con grupo Rh correctos y proporción de fallas en la identificación de sangre y hemo-componentes.
- Atención de pacientes críticos, los indicadores son proporción de pacientes con prescripción de medicamentos para prevenir trombosis venosa y pulmonar; úlceras de estrés y proporción de valoración nutricional.
- Procedimientos radiológicos, los indicadores son proporción de pacientes con solicitud de creatinina previa a la realización de estudios con medio de contraste, proporción de estudios de imágenes radiológicas con doble lectura por pares, reporte de discordancias entre informes radiológicos y hallazgos quirúrgicos.
- Comunicación entre el personal que atiende al paciente, los indicadores son proporción de órdenes verbales que son transcritas en la historia clínica y proporción de resultados críticos de exámenes de laboratorio que son informados verbalmente al servicio.
- Consentimiento informado, los indicadores son proporción de consentimientos informados adecuadamente diligenciados y medición del entendimiento del paciente.
- Promover el autocuidado, los indicadores son proporción de pacientes hospitalizados a quienes se les entregó información sobre autocuidado.
- Evitar problemas de nutrición en pacientes hospitalizados, los indicadores son proporción de pacientes hospitalizados con valoración nutricional desde el primer día internación.
- Evitar daños en atención de urgencias pediátricas, el indicador es proporcionar el cumplimiento de la valoración por el Servicio de Pediatría.
- Evitar daños en pacientes con enfermedad mental, el indicador es proporcionar al pacientes hospitalizados una unidad mental con valoración diaria del riesgo de auto daño o agresión.

- Prevenir el cansancio del personal, el indicador es proporcionar colaboradores con más de 12 horas de trabajo continuo.
- Muestras de laboratorio, los indicadores son proporción de pacientes adecuadamente identificados y proporción de muestras de laboratorio adecuadamente identificadas (50).

4.7.3. Herramientas que facilitan la monitorización

Según Cajigas de Acosta, en su libro Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud, se definen las siguientes herramientas:

- La listas de chequeo, herramienta valiosa para gestionar el riesgo, elemento para mejorar la calidad y prevenir eventos adversos.
- Comité de seguridad que debe iniciar con la invitación al comité, a los miembros permanentes y las personas relacionadas con el evento; lectura del resumen de la investigación al equipo para la seguridad del paciente; análisis de cómo cada factor contributivo predispuso o no a la presencia de la falla activa o acción insegura, uno por uno; registro de los factores en la espina de pescado, se debe tomar nota ubicándolos en la estructura de espina de pescado de los factores contribuyentes, los participantes deben identificar la presencia de la falla activa del caso o casos y los que en un futuro podrían contribuir a la generación del mismo tipo de falla y por ende al daño; priorizando los factores a trabajar, el que impacta al paciente e institución; y por último la definición de plan de mejoramiento. La organización define el comité de seguridad, factores contributivos a priorizar y los que la institución considere según recursos físicos, humanos, financieros de la organización, etc (51).

4.8. Calidad del registro de Evento Adverso

Consecuentemente, la revista ELSEVIER, con el artículo: Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes; una estrategia para aprender de ellos errores, apoyada por los autores, Bañeres J, et al., describen la calidad de Evento Adverso en los siguientes indicadores:

- Mala, es aquel registro sobre el que no hay datos sobre el evento en la nota realizada durante la atención.
- Regular, es aquel registro que fue realizado por enfermería o medicina, aporta pocos datos sobre el evento ocurrido.
- Bueno, es aquel registro del EA que fue realizado por enfermería y medicina, aporta datos importantes en la descripción del evento.
- Excelente, es aquel registro del EA que fue realizado por enfermería y medicina que aporta datos completos en la descripción del evento, muestra una conducta coherente tomada sobre el evento (52).

4.9. Rol de Enfermería frente a los eventos adversos

El manejo de los EA forma parte de la gestión de la calidad de los servicios sanitarios y debe estar dirigido a desarrollar estrategias efectivas para la seguridad en la atención de los pacientes. Las instituciones deben iniciar la creación de una cultura de notificación y seguimiento de EA con enfoque sistémico.

Enfermería, como disciplina profesional, tiene por naturaleza y paradigma el cuidado de las personas y legalmente se le ha entregado la responsabilidad de “gestionar los cuidados”. El registro del EA debe constituir la primera actitud del profesional de salud, con los objetivos de implementar medidas para mitigar estos efectos sobre el paciente y analizar sus características para llevar a cabo medidas para prevenir nuevos eventos mencionados (53).

Estudios cuantitativos y cualitativos han mostrado que enfermería son los profesionales que más reportan EA, especialmente en comparación con los

médicos que presentan un mayor nivel de resistencia para reconocer y para notificarlos, además los reportes que realizan son los más completos (53).

La evidencia presentada muestra que enfermería es el profesional mejor capacitado en la vigilancia y detección de EA. Situación que puede explicarse por su formación con una gran noción de la necesidad de seguridad y calidad de los cuidados otorgados al paciente, reforzados por la ética, responsabilidad y respeto por el otro, que fundamentan la disciplina de enfermería (53).

Sin embargo, no sucede lo mismo a la hora de evaluar y proponer disposiciones de prevención, por lo que pareciera que el nuevo desafío es asumir un rol protagónico, también en la integración de grupos transdisciplinarios, para la evaluación de causalidad y en la implementación de medidas preventivas.

Para Enfermería, la seguridad del paciente es una prioridad, la formación profesional lo ha integrado a nivel de pre y postgrado, la propuesta ahora es incorporar la ergonomía como una multidisciplina que le permita ampliar la mirada y contribuir a la gestión del cuidado. Transformar esta temática en una línea de investigación aporta información relevante para mejorar la seguridad de los cuidados otorgados. El profesional de enfermería tiene las competencias básicas para asumir esta tarea, aunque también debemos reconocer que incorporando otras áreas para liderar la prevención de esta problemática (53).

4.10. Perfil del paciente atendido en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”

El Hospital pediátrico público destinado a la atención de niños y niñas hasta los 14 años, se ha convertido en un centro de referencia de patologías pediátricas a nivel local y nacional gracias a la incorporación de especialistas con formación en las diferentes áreas de la Pediatría brindando atención cada vez más sofisticada de acuerdo a las necesidades de la población infantil.

Las enfermedades más frecuentes, que originan el ingreso de un niño, son originadas por infecciones respiratorias neumonía, bronquiolitis y procesos víricos que afectan al pulmón en las épocas frías y por gastroenteritis agudas en el verano.

En general, la edad media de los niños ingresados, que encontramos en los hospitales, son menores de dos años ya que a partir de esa edad las patologías, antes mencionadas, pueden tratarse en casa. La mayoría de los ingresos son de niños muy pequeños, que no tienen un sistema inmunológico todavía desarrollado. Por otro lado, la hospitalización otorga una mayor tranquilidad ya que el niño va estar vigilado en todo momento de su afección; sin embargo, existe el riesgo de que los niños contraigan alguna infección durante su estancia.

4.11. Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

Es un área del hospital donde se atiende a aquellos pacientes en edades pediátrico y adolescente cuyo estado de salud es grave o pueden presentar complicaciones que requieren de una actuación inmediata, pueden variar de un hospital a otro en cuanto a organización, protocolos, etc. reuniendo características comunes como espacios destinados al cuidado de paciente, personal calificado, especializado y recursos materiales altamente tecnológicos. Se llevan a cabo intervenciones para manejar situaciones fisiológicas tan delicadas que comprometen la vida del paciente, dos de estas intervenciones son pilares de la unidad, los cuidados críticos de enfermería y la monitorización del estado del paciente.

Los profesionales de enfermería son la principal fuente de asistencia a los pacientes durante su estancia, los que más tiempo pasan junto al paciente y proporcionan cuidados especializados; la metodología utilizada para ofrecer estos cuidados debe estar basada en los avances tecnológicos, ética, evidencia científica y visión holística del cuidado permaneciendo alerta a las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales del paciente como un ser integral (54).

4.12. Sistema de notificación de incidentes en América Latina- OMS

Los paciente afectados por EA buscan respuestas por parte de las instituciones, desean saber qué pasó durante la atención sanitaria y necesitan resolver el problema que ha surgido de un evento no programado; también buscan sanción para el causante del daño y finalmente, si el sistema de atención lo permite, el paciente presentará su queja para que el evento no vuelva a ocurrir con otro paciente.

La respuesta de la institución debe orientarse hacia una cultura de seguridad, entendiéndola como el conjunto de valores individuales e institucionales, actitudes, percepciones y objetivos que generan respuesta en las organizaciones para minimizar el daño al paciente. Para dar respuestas deben constituir una estructura de seguridad que cuente con elementos como un sistema de notificación/reporte de EA e incidentes, un sistema organizado de datos que permita identificar los problemas más frecuentes y analizarlos (haciendo uso de herramientas destinadas a estos fines), permitiendo un aprendizaje que debe ser compartido por el personal de salud. Mediante el seguimiento, análisis e investigación se debe responder a la interrogante sobre lo que pasó, ofreciendo soporte técnico y logístico que tratará de resolver el problema causado al paciente. Solo analizando los casos y haciendo uso de un sistema de reporte de EA, contribuiremos a que los hechos no se repitan (55).

4.12.1. Característica del sistema de notificación señalado por Leape

Según la revista médica “Notificación de efectos adversos”, sustentada por el autor Leape, un sistema de notificación y aprendizaje ideal contiene las siguientes características.

- No punitivo, las personas que notifican están libres del miedo a represalias o castigo.
- Confidencial, la identificación del paciente, notificador y la institución nunca deben ser reveladas a terceras personas.

- Independiente, el programa es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización o al notificante.
- Análisis por expertos, los informes son evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas y están entrenados para reconocer las causas del sistema.
- Análisis a tiempo, los informes son analizados pronto y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas, especialmente cuando haya riesgos graves.
- Orientación sistémica, las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema más que hacia la persona.
- Capacidad de respuesta, debe ser capaz de difundir las recomendaciones.
- La información registrada, se utiliza en el marco de la mejora continua de la calidad de la atención de salud (56).

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Evento Adverso es el resultado de una atención de salud poco segura que de manera no intencional produce daño, convirtiéndose en una preocupación mundial. Uno de cada diez sufre daños mientras recibe atención hospitalaria, ante esta problemática la OMS desde 2004 comenzó con la iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ”

En el contexto nacional la falta de normas en relación a garantizar la seguridad de los pacientes por medio de la identificación, recolección, gestión y divulgación de los eventos adversos en las Unidades de Terapia Intensiva conlleva a que exista riesgo de que se produzcan EA, se suma lo expuesto la vulnerabilidad de esta población pediátrica por su riesgo y dependencia, sin dejar de lado que el personal multidisciplinario médicos intensivistas, residentes de pediatría y subespecialidad, licenciadas de enfermería y auxiliares en enfermería no toma conciencia de esta problemática como el de garantizar la

seguridad de la calidad de los cuidados. A esto se añade la deficiencia en la infraestructura, falta de personal de enfermería, especialistas, experiencia, falta de registros, etc.

En el tercer trimestre de la gestión 2017 se reportó 37 eventos adversos en el Hospital del Niño, los más relevantes fueron quemadura por sensor de oximetría, fijación inadecuada del tubo endotraqueal, retiro accidental de línea arterial, retiro accidental de sonda nasogástrica, presencia de UPP, flebitis, multipunción e instalación inadecuada de sonda vesical, por lo que nació la inquietud de retomar la investigación durante los meses de Agosto a Octubre del 2020, reportando la frecuencia y factores contribuyentes a eventos adversos relacionados con el estado actual de los equipos, la tecnología a utilizar, la concentración, su estado de ánimo, la efectividad en que las personas que atienden al paciente se comunican entre sí y trabajan en equipo, etc. Estos cambios constantes que suceden en la atención en salud le dan a la misma, las características de ser un sistema adaptativo, complejo, con innumerables variables que controlan y favorece a la aparición de EA.

En este contexto se decide realizar el estudio en el Hospital del Niño DR. Ovidio Aliaga Uría Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica ya que los eventos en los últimos meses estuvieron relacionados a multi punciones, extubación no programada, quemaduras por bolsa de agua caliente para canalizar, retiro de CVC donde no se cuenta con un reporte por turnos. Por consiguiente un registro mensual de EA. Por todo lo mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y factores contribuyentes a eventos adversos en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Gestión 2020.?

VI. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Determinar la frecuencia y factores contribuyentes a eventos adversos en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, gestión 2020.

6.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
2. Clasificar los eventos adversos reportados más frecuentes según las variables clínicas identificadas.
3. Analizar la gravedad y evitabilidad de los eventos adversos reportados.
4. Identificar los factores intrínsecos, extrínsecos y del sistema hospitalario relacionados con los eventos adversos.

VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

7.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

Observacional: estudio en los que no hay intervención por parte del investigador que se limita a la medición de las variables que se tienen en cuenta en el estudio (57). En el presente trabajo se realizó el registro de EA evidenciados en los expedientes.

Descriptivo: se aplica describiendo todas sus dimensiones u objeto a estudiar, se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es (58). En el presente estudio fueron descritas las variables sociodemográficas, clasificación de los EA reportados más frecuentes según las variables clínicas identificadas, gravedad, evitabilidad y factores intrínsecos, extrínsecos y del sistema hospitalario.

Transversal: Se recopilan los datos en un momento concreto del objeto de la investigación. Permiten hacerse una idea más profunda de la realidad estudiada (59). En el presente caso la recolección de datos fue realizada en la gestión 2020.

7.2. Área de estudio

El Hospital del Niño Ovidio Aliaga Uría está ligada a la fundación de la Sociedad Boliviana de Pediatría, desde el 10 de agosto de 1972 presta sus servicios como un hospital pediátrico público destinado a la atención de niños y niñas hasta los 14 años y 11 meses. Es un establecimiento de Tercer Nivel de Atención, con capacidad de resolución de alta complejidad, donde se desarrolla actividades normativas de promoción, prevención, atención ambulatoria, internación, curación y rehabilitación así como de investigación. Hoy en día

constituye el mayor centro de salud como Hospital Pediátrico a nivel Nacional, cuenta con los servicios de Emergencias, Neonatología, UCIN, Gastroenterología, Infectología, Traumatología, Ortopedia, Quemados, Cirugía, Pediatría, Neurocirugía, Neumología, Cardiología, Quirófano, Suministro y UCIP.

La UCIP dispone de nueve unidades equipadas con monitores multiparamétricos, ventiladores mecánicos Hamilton C3, Babyloog8000plus, Savina y Evita XL, bombas de infusión, camas, cunas, incubadoras, etc. De las nueve unidades dos son destinadas a pacientes con aislamiento por contacto, vía aérea, gotas y neutropénico.

Cuenta con personal multidisciplinario médicos intensivistas, residentes de pediatría y subespecialidad, 24 licenciadas de enfermería (30 licenciadas durante las pandemia de COVID 19) y 12 auxiliares en enfermería, distribuidos en el turno mañana, tarde, Noche A-B-C y fin de semana.

7.3. Población

En este cometido, se analizó un total de 80 expedientes registrados durante los meses de agosto, septiembre y octubre del 2020.

7.4. Universo y muestra

7.4.1. Muestra

Durante la revisión de registros y expedientes se encontraron 16 (20 %) reportes de Eventos Adversos.

7.4.2. Muestreo

La muestra analizada fue de tipo no probabilístico por conveniencia, es decir, en la investigación se establecieron criterios de inclusión y exclusión, comprendiendo 16 expedientes clínico que reportaron eventos adversos.

7.4.3. Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Pacientes hospitalizados y registrados en el libro de ingresos de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, con una permanencia mayor a las 24 horas.
- Revisión de expediente clínico de los pacientes registrados con algún evento adverso durante su hospitalización.
- Ficha de recolección de datos completa.

Criterios de Exclusión:

- Todo aquel que no cumplió criterios de inclusión.

7.5. Lista de variables

Variables dependientes

- Evitabilidad del evento adverso.
- Gravedad del evento adverso.
- Factores relacionados a los evento adverso.

Variables independientes

- Características sociodemográficas.
- Características clínicas de los pacientes.
- Tipo de evento adverso reportado.

Operacionalización de variables

Variable	Definición Operativa	Tipo de Variable	Indicador	Escala
Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.	Recolección de datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes por medio de un registro de Eventos Adversos	Cualitativa Nominal	Sexo	Masculino Femenino
		Cuantitativa Discreta	Edad	Menores a 1 año 1 a 5 años 11 a 14 años
		Cualitativa Nominal	Diagnósticos de ingreso	IRA Tipo 1 Choque Séptico Neoplasias Patología cardiaca Patología Neurológica Patología Gastrointestinal Patología Renal
Eventos Adversos más frecuentes según las variables clínicas.	Recolección de datos sobre los tipos de eventos adverso por medio de un registro.	Cualitativa Ordinal	Medicación Transfusión de sangre Vasculares, sondas, tubos, drenajes o sensores Vía aérea y VM Fallo de aparatos o equipos Relacionado con el cuidado Procedimientos Complicaciones relacionadas con la cirugía Otros	Administración Hemoderivado equivocado Retiro de CVC Retiro de sonda esofágica Obstrucción de vía aérea Mal funcionamiento del VM UPP Multipunción Hemorragia asociada al procedimiento Quemadura por oxímetro,
		Cualitativa Nominal Dicotómica	¿Fue informado a la familia?	Si No
		Cualitativa Nominal	Reporte realizado por: Familiar Enfermera Aux. de Enfermería Médico UCIP Residente Otro	Si No

Gravedad del evento adverso.	Recolección de datos sobre la gravedad y evitabilidad del evento adverso por medio de un registro.	Cualitativa Ordinal Policotómica	Incidente sin daño (ISD) -A -B -C Adverso (EA) Hay daño -D -E -F -G -H -I	A:solucionarse a tiempo. B:no requirió monitorización ni intervención. C: intervención para comprobar que no le había daño. D:causó un daño imposible de determinar. E:precisó intervención. F: precisó o prolongó la hospitalización.
Evitabilidad del evento adverso.		Cualitativa	Presencia de EA	Si No
Factores que contribuyen a los EA.	Recolección de datos sobre los factores que contribuyen a EA por medio de un registro.	Cualitativa Nominal	Intrínsecos	Condición clínica. Factores sociales. Estado de conciencia. Relaciones interpersonales.
		Cualitativa Nominal	Extrínsecos	Factores del profesional implicado.
		Cualitativa Nominal	Del sistema	Factores de equipos trabajo Factores de comunicación Factores ligados al proceso o tarea Factores ligados a la formación y entrenamiento. Factores ligados al equipamiento y recursos Factores estructurales

7.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el desarrollo de esta investigación se elaboró un cronograma de actividades Gantt, descrita en (Anexo 1). Así mismo se solicitaron permisos institucionales a Dirección, Jefatura de Enfermería, Jefatura de Enfermería de la UCIP y Jefatura de enseñanza e investigación del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría (Anexo 2). Una vez obtenido la aprobación de los permisos solicitados, se elaboró el instrumento de recolección de datos “Registro de Eventos Adversos”, revisado por 5 expertos (Anexo 3).

7.7. Obtención de la información

Registro de Evento Adverso.- Elaborado con 21 ítems donde se recolectó la información de datos sociodemográficos, clínicos de los pacientes, datos del suceso, presencia de EA, información a la familia, evitabilidad, tipo de EA, reporte realizado, clasificación de gravedad por categorías y factores que contribuyeron al EA (Anexo 4).

Procesamiento y Análisis.- Una vez recolectada la información, los datos fueron tabulados y procesados en el programa Microsoft Excel y su posterior análisis descriptivo de cada una de las variables, en este sentido los resultados fueron presentados en tablas de frecuencias y porcentajes .

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”: Director, Jefatura de Enfermería, Jefatura de Enfermería de la UCIP y Jefatura de Enseñanza e investigación de Enfermería. Respecto a las consideraciones éticas, en el presente estudio se respetó lo siguiente:

- Autonomía: Se aplicó la solicitud de permisos correspondientes para la aplicación del instrumento de recolección de datos “Registro de Eventos Adversos”.
- Beneficencia: No afectó al bienestar de los participantes (pacientes), favoreciendo a la institución. Los resultados del estudio pretenden ser socializados con la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño para establecer herramientas que beneficie a la atención del paciente.
- Maleficencia: No se produjo, maleficencia porque los datos de la presente investigación son utilizados exclusivamente con fines académicos.
- Justicia: Se incluye a todos sin discriminación de ningún tipo, los resultados favorecerán al paciente, al personal y a la institución.

IX. RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron son presentados por objetivos específicos planteados en este estudio, son extraídos de la ficha de “Registro de Eventos Adversos” aplicado a 16 (20 %) expedientes clínicos, en la UCIP del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” de ciudad de La Paz.

9.1 Características sociodemográficos y clínicos de los pacientes internados

TABLA N° 1 Distribución de eventos adversos según género, edad y diagnóstico.

Variable	n	%
Género		
Masculino	9	56%
Femenino	7	44%
Total	16	100%
Edad		
Menores a 1 año	7	44%
De 1 a 5 años	6	38%
De 11 a 14 años	3	19%
Total	16	100%
Diagnósticos		
IRA Tipo 1	5	31%
Choque Séptico	4	25%
Neoplasias	2	13%
Patología Neurológica	2	13%
Patología cardiaca	1	6%
Patología Gastrointestinal	1	6%
Patología Renal	1	6%
Total	16	100%

Fuente: Datos extraídos de la ficha de Reporte de Eventos Adversos en la UCIP del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, gestión 2020.

Interpretación: En la Tabla N° 1, se presenta la distribución del género, edad y diagnóstico de los pacientes. Los datos muestran que el mayor porcentaje 56% se encuentra representado por el sexo masculino y 44% por el sexo femenino. El 44% esta representado por menores a 1 año, el 38% se encuentra representado por las edades de 1 a 5 años y el restante 19% por pacientes de 11 a 14 años.

El 31% de los pacientes estuvieron con el diagnósticos de Insuficiencia Respiratoria Aguda Tipo I, seguido de el 25 % con Choque Séptico, 13% con Neoplasias y Patología Neurológica; con un mínimo porcentaje de 6% estuvieron con el diagnóstico de Patología Cardíaca, 6% Patología Gastrointestinal y 6 % Patología Renal.

Análisis: Del los datos expuestos es importante mencionar que el grupo más afectado fue el sexo masculino, en el intervalo menores a 5 años, esta es la población más afectada por su vulnerabilidad y condición clínica que requieren cuidados especializados y de gran demanda.

Los datos establecen que la mayoría de los pacientes que ingresaron al servicio fueron por problemas respiratorios Insuficiencia Respiratoria Aguda Tipo I y Malformaciones, complicaciones gastrointestinales: PO Gastroquiasis, atresia intestinal y a foco abdominal desencadenando Choque Séptico y SDRA; pacientes con alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de severidad tal que representan una amenaza actual o potencial para su vida y al mismo tiempo están en relación a la condición clínica del paciente “factores intrínsecos” por lo tanto, un niño con enfermedad crónica, que requiere periodos de hospitalización mayores, cuidados especializados e intervención constante, podría tener mayor predisposición a la posibilidad de verse afectado por eventos adversos.

9.2. Clasificación de EA reportados según las variables clínicas.

TABLA N° 2 Eventos Adversos reportados

Variable		n	%
Tipo de Eventos Adversos			
Vasculares, sondas, tubos, drenajes	Retiro de CVC	2	13%
	Retiro de sonda esofágica	1	6%
	Retiro línea arterial	1	6%
	SOG enroscada de Quirófano	1	6%
Vía aérea y ventilación mecánica	Obstrucción de vía aérea	4	25%
	Extubación no programada	2	13%
Procedimientos	Multipunción	2	6%
	Quemadura por bolsa de agua caliente para canalizar	1	6%
	Daño inadvertido durante la instalación de CVC	1	13%
Relacionado con el cuidado	Úlcera por presión	1	6%
Total		16	100%
Mes de acontecimiento			
Mes 1	Agosto	3	19%
Mes 2	Septiembre	4	25%
Mes 3	Octubre	9	56%
Total		16	100%
Información de EA a los padres			
Si		8	50%
No		8	50%
Total		16	100%
Fuente de Información			
Enfermería		13	81%
Residente		3	19%
Total		16	100%

Fuente: Datos extraídos de la ficha de Reporte de Eventos Adversos en la UCIP del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, gestión 2020.

Interpretación: En la Tabla N° 2, se representa los tipos de eventos adversos reportados durante los meses de agosto, septiembre y octubre; se observa que 25% fueron por obstrucción vía aérea, 13% retiro de CVC, 13% extubación no programada, 13% multipunción, 6% retiro de sonda esofágica, 6% retiro de línea arterial, 6% SOG enroscada, 6% daño inadvertido durante la instalación de CVC y 6% quemadura por bolsa de agua caliente para canalizar.

También se refleja la frecuencia de Eventos Adversos por meses, el 56% en el mes de Octubre, 25% en el mes de Septiembre y 19% en el mes de Agosto. El 50% de los eventos adversos no fueron comunicados a los padres y 50% fueron comunicados. El 81% de los EA fueron reportados por enfermería y 19% por residentes.

Análisis: Los datos establecen claramente que los eventos adversos estuvieron relacionados con accesos vasculares, vía aérea, ventilación mecánica, procedimiento y relacionado con el cuidados.

En el mes de Octubre se presentaron eventos adversos con mayor frecuencia, esto debido primordialmente a la reducción del personal de enfermería, ya que se trabajo con 5 licenciadas en enfermería en el mes de agosto y con 4 los meses de septiembre y octubre. La falta de cultura en cuanto a seguridad del paciente no permite la comunicación de eventos adversos a padres de familia y lo registran como cambios, mientras que los EA que tienen alguna repercusión grave en el paciente sí se comunicaron. Los reportes de eventos adversos lo realizaron las enfermeras y residentes.

9.3. Gravedad y evitabilidad de los Eventos Adversos reportados.

TABLA N° 3 Distribución evento según gravedad y evitabilidad

Gravedad		n	%
Incidente sin daño (ISD) No hay daño	A: circunstancias o situaciones con capacidad de producir un incidente pero que no llegan a producirlo por descubrirse y solucionarse a tiempo.	8	50%
	B: el incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, no requirió monitorización ni intervención.	2	13%
	C: el incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no le había daño.	1	6%
Evento Adverso (EA) Hay daño	D: el incidente causó un daño imposible de determinar.	1	6%
	E: el incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.	2	13%
	F: el incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.	2	13%
Evitabilidad	Evitable	9	56%
	No Evitable	7	44%
Total		16	100%

Fuente: Datos extraídos de la ficha de Reporte de Eventos Adversos en la UCIP del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, gestión 2020.

Interpretación: En la Tabla N° 3, se representa la gravedad de los eventos adversos reportados. El 69% fueron clasificados como incidente sin daño; 50% no llegaron a producir daño, 13% no requirió monitorización ni intervención y 6% preciso de monitorización para comprobar que no había daño. El 31% fueron clasificados como EA causando daño temporal; 6% imposible de determinar, 13% preciso intervención y 13% prolongó la hospitalización del paciente. Se representa la evitabilidad de los eventos adversos, 56% pudieron ser evitables y 44% no fueron evitables.

Análisis: Los datos establecen claramente que un mínimo porcentaje de los EA causaron daño temporal y prolongación de estancia hospitalaria. Los eventos adversos evitables estuvieron en relación con factores externos y sistema hospitalario; los no evitables estuvieron en relación con los factores intrínsecos ya que están ligados a los pacientes.

9.4. Factores intrínsecos , extrínsecos y del sistema hospitalarios.

TABLA N° 4 Distribución de los factores relacionados con la presencia de eventos adversos.

Factores Contribuyentes		n	%
Factores Intrínsecos	Estado de conciencia: Anestesia.	1	6%
	Estado de conciencia: Síndrome de abstinencia	3	19%
	Condición clínica: Categorización riesgo/dependencia AA	3	19%
Factores Extrínsecos	Profesional implicado: estrés -sobrecarga	5	31%
	Profesional implicado: distracción	2	13%
Factores del sistema	Ligados al entrenamiento: falta de experiencia	2	13%
Total		16	100%

Fuente: Datos extraídos de la ficha de Reporte de Eventos Adversos en la UCIP del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, gestión 2020.

Interpretación: En la Tabla N° 4, se representa los factores contribuyentes a eventos adversos, 44% fueron por factores intrínsecos ligados a los pacientes por el estado de conciencia, 19% síndrome de abstinencia, 6% efectos de anestesia y 19 % por la condición clínica: categorización riesgo paciente AA “paciente crítico”. El 44% fueron por factores extrínsecos relacionados a los profesionales, 31 % por estrés- sobre carga laboral y 13% por distracción. 13% fueron por factores del sistema hospitalario relacionado con entrenamiento falta de experiencia en toma de muestras sanguíneas.

Análisis: Los datos establecen claramente que los factores contribuyentes a los eventos adversos reportados fueron estrés-sobrecarga, distracción, falta de experiencia y condición clínica del paciente.

X. DISCUSIÓN

Realizando una comparación con los estudios similares a la presente investigación se realiza el siguiente análisis.

Según Hernández-Cantoral A, (2015), los resultados mostraron que los datos fueron recolectados durante un año, utilizando una ficha de notificación de EA tomada y adaptada del Proyecto de Incidentes y EA en Medicina Intensiva, Seguridad y Riesgo del Enfermo Crítico (SYREC 2007), 62% de los pacientes presentaron un EA, 30% dos y 8% más de tres (9). En la presente investigación, los datos fueron recolectados en los meses de agosto a octubre de la presente gestión, utilizando una ficha de registro de EA que fue adaptada y modificada del “Formato del instrumento VENCER-MF del Instituto Mexicano del Seguro Social” y se identificaron 16 (20%) casos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño.

El presente estudio investigativo, fue realizado en el espacio cronológico de los meses de agosto, septiembre y octubre, por razones principalmente administrativas y de gestión de personal, pues dichos meses generalmente son invariantes en cuanto a los cargos o ítems del personal médico y administrativo, lo cual hace viable e idóneo su estudio.

En el trabajo de Barrientos-Sánchez J,(2019), los resultados mostraron que los datos fueron recolectados mediante el instrumento SYREC donde se identificó 173 EA en pacientes pediátricos, 55% sexo masculino, 43% niños menores de 1 año y 60% en áreas críticas, indicando que los menores de edad son la población más vulnerable (29). Paralelamente, y después de realizar el presente análisis en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, los datos muestran que el mayor porcentaje, 56% se encuentra representado por el sexo masculino y 44% sexo femenino; 38% de 3 a 4 años de edad, 25% neonatos, 19% de 3 a 4 meses y 19% de 12 a 14 años.

Zárate-Grajalesa R, (2017), los resultados mostraron 540 EA, 55.5% ocurrieron en niños, 92.6% ocurrió en el servicio asignado, 55.9% no se reportó a la familia, 70.5% se consideró como evitable y 80.6% factores del sistema estuvieron presentes(18). Contrastando con la presente investigación, 50 % de los eventos adversos fueron comunicados a los padres y 50% no fueron comunicados por la falta de cultura en cuanto a seguridad del paciente, en este marco, cabe enfatizar que la comunicación con los padres de los pacientes se limita a ser comunicativa y con muchas limitaciones.

Según Achury-Saldaña D. (2018), los resultados reflejaron 594 EA, 38,7 % relacionados con el cuidado de enfermería, 16,1 % vía aérea y la VM , 14,8 % accesos vasculares, sondas , drenajes y 12,6 % infección asociada al cuidado (24). En la presente investigación realizada en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, se identificaron 16 eventos adversos, 25% por obstrucción vía aérea, 13% retiro de CVC, extubación no programada y multipunción y 6% retiro de sonda esofágica, 6% retiro de línea arterial, 6% SOG enroscada, 6% daño inadvertido durante la instalación de CVC y 6% quemadura por bolsa de agua caliente para canalizar. En este contexto no se tomó en cuenta el indicador, cuidado de enfermería.

Giraldo-Bernal L, (2016), los resultados mostraron un formato de reporte de eventos adversos demasiado complicado y que no se retroalimenta al personal ante un EA reportado, indicando diseñar estrategias que permitan un oportuno reporte y mejorar los mecanismos con los que actualmente cuenta la institución para el reporte (13). En la presente investigación se identificó que, 81% de los eventos adversos fueron reportados por enfermería y el 19% por residentes.

Martín-Delgado M, (2015), los resultados mostraron 2.965 notificaciones de eventos adversos, 1.729 de los casos se comunicaron como incidentes sin daño y 1.236 como EA . Los FC estuvieron en relación con el profesional “evitable” y paciente “inevitables” (11). El estudio concluyó indicando que, 69% de los eventos adversos fueron clasificados como incidente sin daño; 50% no llegaron

a producir daño, 13% no requirió monitorización ni intervención y 6% preciso de monitorización para comprobar que no había daño. 31% fueron clasificados como EA causando daño temporal; 6% imposible de determinar, 13% preciso intervención y 13% prolongó la hospitalización del paciente. 56% de los eventos adversos pudieron ser evitables y 44% no fueron evitables. Los eventos adversos evitables estuvieron en relación con factores externos y sistema hospitalario; los no evitables estuvieron en relación con los factores intrínsecos ya que están ligados a los pacientes.

Lima-Neto A, (2019), los resultados mostraron 262 informes de notificación de EA e incidente que ocurrieron en el período de 2015 a 2016. Los factores contribuyentes para la ocurrencia de EA fueron, 61,83% fallo humano “descuido y distracción”, 44,27% errores en la administración de medicamentos y 13,36% fallos en la asistencia (28). En el presente estudio se observó los factores contribuyentes a eventos adversos, 44% fueron por factores intrínsecos ligados a los pacientes por el estado de conciencia, 19% síndrome de abstinencia, 6% efectos de anestesia y 19 % por la condición clínica: categorización riesgo paciente AA “paciente crítico”. 44% fueron por factores extrínsecos relacionados a los profesionales, 31 % por estrés sobre carga laboral y 13% por distracción. 13% fueron por factores del sistema hospitalario relacionado con entrenamiento falta de experiencia en toma de muestras sanguíneas.

Evidenciando los últimos tres párrafos representativos, y con base a los antecedentes previamente mencionados en las primeras páginas, denotamos que los Eventos Adversos pueden presentarse de manera diversa y son característicos de determinados centros de salud, en una comparación objetiva encontramos semejanzas en las que priman causas como: formatos de reportes engorrosos, aspectos no evitables o extrínsecos, fallas humanas y falta de capacitación o actualización al personal médico. En consecuencia estas variables concuerdan con el presente análisis, ya que para nuestro contexto, el 44% del Eventos Adversos reportados fueron, no evitables.

XI. CONCLUSIONES

La frecuencia de Eventos Adversos reportados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño 'Dr. Ovidio Aliaga Uría', fue de 16 (20%) casos de un total de 80 analizados y registrados. Estos 16 casos fueron distribuidos en 19%, 25 % y 56% en los meses de agosto, septiembre y octubre de 2020 respectivamente. Los factores que contribuyeron a los eventos adversos fueron 44% intrínsecos, 44% extrínsecos y 13% relacionados al sistema hospitalario. Con base a estos porcentajes de Eventos Adversos, notamos un claro aumento de casos mensuales, esto debido primordialmente a la reducción del personal de enfermería, ya que se trabajo con 5 licenciadas en enfermería en el mes de agosto y con 4 los meses de septiembre y octubre.

La caracterización sociodemográfica de los pacientes internados , muestran que el mayor porcentaje 56%, se encuentra representado por el sexo masculino y 44% por el sexo femenino, 44% se encuentra representado por niños menores a 1 año, 38% se encuentra representado por las edades de 1 a 5 años y 19% pacientes de 11 a 14 años.

La características clínicas de los pacientes internados nos indican que el 31% de los pacientes estuvieron con el diagnósticos de Insuficiencia Respiratoria Aguda Tipo I, seguido de el 25 % con Choque Séptico, 13% con Neoplasias y Patología Neurológica; con un mínimo porcentaje de 6% estuvieron con el diagnóstico de Patología Cardíaca, Gastrointestinal y Renal.

Consecuentemente, resumimos la clasificación de los eventos adversos reportados según variables:

El 50 % de los eventos adversos fueron comunicados porque tuvieron repercusión grave en el paciente y 50% no fueron comunicados por la falta de cultura en cuanto a seguridad del paciente, lo cual no permite la comunicación de eventos adversos a padres de familia y lo registran como cambios.

Los tipos de evento adverso estuvieron relacionados con : 31% accesos vasculares, sondas, tubos y drenajes; 38% con vía aérea y ventilación mecánica; 25% con procedimientos y 6% relacionado con el cuidado.

Los eventos adversos fueron , 25% obstrucción vía aérea, 13% retiro de CVC, 13% extubación no programada , 13% multipunción y 6% retiro de sonda esofágica, 6% retiro de línea arterial, 6% SOG enroscada, 6% daño inadvertido durante la instalación de CVC y 6% quemadura por bolsa de agua caliente para canalizar.

El reporte de eventos adversos, 81% fueron reportados por enfermería y 19% por residentes.

Al analizar la gravedad de los eventos adversos se muestra que, 69% fueron clasificados como incidente sin daño; 50% no llegaron a producir daño, 13% no requirió monitorización ni intervención y 6% preciso de monitorización para comprobar que no había daño. 31% fueron clasificados como EA causando daño temporal; 6% imposible de determinar, 13% preciso intervención y 13% prolongó la hospitalización del paciente.

Los eventos adversos, 56% pudieron ser evitables y 44% no fueron evitables. Los eventos adversos evitables estuvieron en relación con factores externos y sistema hospitalario; los no evitables estuvieron en relación con los factores intrínsecos ya que están ligados a los pacientes.

Se identificaron factores contribuyentes a los eventos adversos reportados:

- 44% fueron por factores intrínsecos ligados a los pacientes por el estado de conciencia, 19% síndrome de abstinencia, 6% efectos de anestesia y 19 % por la condición clínica: categorización riesgo paciente AA “paciente crítico”.
- 44% fueron por factores extrínsecos relacionado a los profesionales, 31 % por estrés- sobre carga laboral y 13% por distracción.
- 13% fueron por factores del sistema hospitalario relacionado con entrenamiento falta de experiencia en toma de muestras sanguíneas.

XII. RECOMENDACIONES

La presente investigación surgen las siguientes recomendaciones:

A posteriores investigadores, promover y continuar con la profundización de los Eventos Adversos, formalizar protocolos y realización de estudios investigativos que contemplen aspectos de seguridad durante la atención de los pacientes, estableciendo planes de mejoramiento que permita fortalecer la calidad de atención de los pacientes, como también de los familiares.

A la institución, implementar un Proyecto de Intervención “Atención Segura” de mejora continua en relación a los reportes de Eventos Adversos. Trabajar en equipo; crear sistemas de notificación y aplicar el registro; hacer un análisis causal; aplicar el conocimiento adquirido para establecer medidas preventivas y desarrollar líneas de investigación sobre seguridad del paciente.

A profesionales en el área de enfermería, es importante que dicho personal sea altamente capacitado para poder prevenir los diferentes eventos adversos que se analizaron en el presente documento. Consecuentemente, es imperativo también, conocer y reportar los eventos adversos, ya que es un procedimiento absolutamente necesario para su corrección y para obtener una mejoría en la seguridad del paciente. En este marco, conocer la existencia diaria de eventos adversos derivados de factores contribuyentes es el primer paso para la corrección de los mismos, como también difundir el presente estudio al personal mencionado, para mejorar el margen necesario de seguridad de los pacientes, teniendo siempre una conducta de empoderamiento y proactiva para efectuar los cambios necesarios.

A la UCIP, que el presente estudio sea una política permanente, incorporando indicadores de salud en búsqueda de una mejor calidad en la práctica médica, estableciendo aspectos de mejoramiento en el paciente, profesional de salud multidisciplinario e institución.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS: Organización Mundial de la salud. Diez datos sobre la seguridad del paciente [Online] Agosto. 2019 consultado 28 de Junio del 2020 Disponible:https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/#:~:text=Las%20estimaciones%20muestran%20que%20en,de%20ellos%20se%20consideran%20prevenibles.
2. OMS: Seguridad del Paciente [Online] 13 de Septiembre del 2019 consultado 28 de Junio del 2020 Disponible: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=El%20da%C3%B1o%20puede%20ser%20causado,millones%20de%20muertes%20\(4\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=El%20da%C3%B1o%20puede%20ser%20causado,millones%20de%20muertes%20(4).)
3. CONAMED-OPS Órgano de difusión del centro colaborador en materia de calidad y seguridad del paciente; 2015. N°. 3. (consultado 05 de Noviembre 2020). Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
4. Min.Salud. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Colombia, 10 Jul. 2015, consultado 28 de Junio del 2020. Disponible <http://cicsp.org/seguridad-del-paciente-y-la-atencion-segura-min-salud-colombia/>
5. OMS-IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica, consultado 7 de Julio del 2020. Disponible: https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
6. Parra C, López J, Bejarano C, et al. Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. 2015. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública [Online] [Consultado el 05 de Noviembre 2020]. Salud. Disponible en línea: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/120/12052447012/html/index.html>

7. Choque F. Eventos adversos durante la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría. 2018, consultado 7 de Julio del 2020. Disponible: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/20783>
8. Chávez-Coajera M. Eventos Adversos en la Atención de Enfermería, Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza Sociedad Anónima Junio a Agosto 2018, consultado 11 de Noviembre del 2020. Disponible: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/20922?show=full>
9. Lombo-Caicedo J, Manrique-Abril F. Pacientes por enfermera, auxiliar y presencia de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos pediátrico. Rev. electrónica trimestral de Enfermería [Online]. 2013. [fecha de acceso Octubre del 2013]; (32): 238-249. URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/administracion5.pdf>
10. Yubely-Anaconda M y Imbacuan-Muñoz D. Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre Eventos Adversos como proceso de mejoramiento de calidad. Hospital del Tambo Cauca Colombia Universidad EAN [Online]. 2013:1-82. URL: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/535/1/anaconamaria2011pdf>
11. Huber-Baur A, et al. Factores de riesgo de entubación no planificada y re intubación en pacientes pediátricos Mérida – Venezuela. Rev. SciELO. [Online]. 2013. [fecha de acceso 10 de Marzo del 2013]; 76 (1): 17-23. URL disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-0649201300010000570548008
12. Joaquín-Mira J, et al. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. Rev. Soc. Bol Ped. [Online]. 2013. [fecha de acceso 07 de Enero del 2013]; 33(1):1–7. URL disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9228>

13. Riquelme-Hernández G y Ourcilleón-Antognoni A. Descripción de eventos adversos en un hospital pediátrico de la ciudad de Santiago-Chile” Rev. Scielo [en línea]. 2013. [fecha de acceso Enero del 2013]; 12(29): 262-273.Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100013
14. Ruiz H. Educación para la salud en la prevención de eventos adversos en una unidad de cuidados intensivos pediátricos Perú- Lima, Facultad de Medicina Humana [Online]. 2014. URL disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2235/1/ruiz_hj.pdf
15. Almeida-Herrera M y Enríquez-Pozo V. Eventos Adversos Evitables en los servicios de Emergencia, Pediatría, Centro Quirúrgico, Neonatología, Centro Obstétrico y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl. Universidad Técnica del Norte Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería [Online]. 2014. [fecha de acceso 25 de Julio del 2014] URL disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3835/1/06%20ENF%20603%20TESIS.pdf>
16. Ramírez-Iturra B y Febré N. Impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de pacientes. Rev. SciELO [Online]. 2015. [fecha de acceso 26 de Marzo del 2015]; 21(1): 35-43 URL disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532015000100004
17. Hernández-Cantoral A, Hernández-Zavala M, Barrientos-Sánchez J, et al. Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en Unidades Pediátricas de Cuidados Intensivos. Rev. Mex EnfCardiol [Online] 2015 [fecha de acceso: 27 de febrero de 2020]; 23 (3):110-117. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en2015/en153c.pdf>.

18. Zárate-Grajales A, Olvera-Arreola S , Hernández-Cantoral S, et al. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en siete unidades de cuidados intensivos en instituciones de salud de carácter público y de alta especialidad de México”. Rev. Enfermería Universitaria [Online]. 2015. [fecha de acceso 23 de mayo de 2015]; No. 2. URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.003>
19. Martín-Delgado M, et al. Análisis de los factores contribuyentes en incidentes relacionados con la seguridad del paciente en Medicina Intensiva en el período 2014. Rev. de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias [Online]. 2015. [fecha de acceso Julio de 2015]; No. 5 URL disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-analisis-factores-contribuyentes-incidentes-relacionados-articulo-S0210569114001454>
20. Vaca-Aúz A, et al. Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura- Ecuador. Rev. Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión [en línea]. 2018. [fecha de acceso 29 de Julio del 2016]; Vol. 1, No. 3 URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6194257.pdf>
21. Giraldo Bernal L, Peña Y, Mendoza M, et al. Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. Rev. cien. tecno. salud. vis. ocul. Latén línea]. 2016. [fecha de acceso 11 de noviembre de 2015]; Vol 14, No. 1 URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5599192.pdf>
22. Castaño-Loaiza N y Moreno-Rincón P. Factores relacionados a eventos adversos asociados con medicamentos en el Departamento de Antioquia 2014 – 2015. Universidad CES Facultad de Medicina Postgrado en Salud Pública Auditoria en Salud Medellín 2016. URL disponible en: http://afam.org.ar/textos/mayo_2018/factores_relacionados_medicamentos_antioquia.pdf

23. Vargas- Bermúdez Z. Factores personales, laborales y contextuales del profesional de enfermería que inciden en la presencia de un evento adverso Ecuador. Rev. SciELO [en línea]. 2016. [fecha de acceso 15 de Junio de 2016]; (31): 73-91 URL disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682016000200073
24. Franco- Martínez J, et al. Conocimiento y prácticas sobre eventos adversos, personal asistencial, Hospital San Juan de Dios, Cartago-Valle por. Facultad de ciencias de la salud [en línea]. 2017. [fecha de acceso 26 de Octubre del 2020]; 25(3):1-89.URL disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/326424844.pdf>
25. Ramírez-Martínez E y González-Avilés A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel - México". Enferm. Univ. [revista en la Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Oct 25] ; 14(2): 111-117. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000200111
26. Zárate-Grajales R, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico. Rev. SciELO [en línea]. 2017. [fecha de acceso 15 de Junio de 2017] ; 14(4): 277-285URL disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-706320170004002
27. Davenport M, et al. Detección de eventos adversos en pacientes pediátricos hospitalizados mediante la herramienta de disparadores globales Global Trigger Tool". Rev. Arch Argent Pediatr [en línea]. 2017. [fecha de acceso 24de Enero del 2017]; No. 4 URL disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n4a11.pdf>
28. Rosas-Vargas L y Zárate-Grajales R. Validación del instrumento Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud

- México. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. [en línea]. 2017. [fecha de acceso 15 Mayo 2017]; 25(3):227-32.URL disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73576>
29. Achury-Saldaña D, et al Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo México, Argentina y Colombia . Rev. SciELO Analytics [Online]. 2016. [fecha de acceso 5 de marzo 2015]; 15(42): 324-340 URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011
 30. Delgado-Cerquen R, et al Eventos Adversos relacionados con los cuidados de enfermería en un Hospital Nacional de Lima-Perú . Rev. Perú Salud Pública [en línea]. 2018. [fecha de acceso 29/12/2018]; 1(2): 71-4. URL disponible en: <https://revistas.ual.edu.pe/index.php/revistaual/article/view/48>
 31. Achury-Saldaña D, et al. Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá Colombia. Rev. Científica Salud Uni norte [en línea]. 2017. [fecha de acceso 18 de abril de 2017]; Vol 33(2) URL disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/8927/11192>
 32. Lopes de Figueiredo M y Innocenzo M. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. Rev. electrónica trimestral d enfermería [en línea]. 2017. [fecha de acceso 08 de Agosto de 2016]; 16(47): 605-650. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300605
 33. Aranaz-Andrés J, et al. Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud

- Pública [Online]. 2018 [citado 2020 Nov 20] ; 92. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Fajreldines A, et al. Medición de la incidencia de eventos adversos atribuidos a la atención sanitaria en un Departamento de Pediatría de un hospital Universitario Buenos. Rev. Arch Argent Pediatr [Online]. 2019. [fecha de acceso 26-11-2018]; ;117(2):106-e109.URL disponible en:<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n2a11.pdf>
 35. Lima-Neto A, et al. Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado Natal, Rio Grande do Norte. Enferm. Glob. [Internet]. 2019 [citado 2020 Nov 20] ; 18(55): 314-343. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300010
 36. Barrientos-Sánchez J. et al. Factores relacionados con la seguridad y la calidad en la atención del paciente pediátrico hospitalizado. Rev. Enfermería Universitaria [Online]. 2015. [fecha de acceso 15 de Febrero del 2019]; Vol 16, No. 1 URL disponible en:<http://revistaenfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/592>
 37. Rodriguez Aguirre K. Conocimiento, carga laboral y actitud para la notificación de eventos adversos en el Hospital Walter Cruz Vilca. Universidad César Vallejos, 2020. [fecha de acceso 25 de Octubre del 2020]; 1-97 URL disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/45597/Rodriguez_AKB-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 38. Adams J, Bartram J. Normas básicas de higiene del entorno en la atención sanitaria.OMS [Online]. 2016. [fecha de acceso 5 de marzo 2015]; 15(42):1/62 URL disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246209/1/9789243547237-spa.pdf?ua=1>

39. CIE. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes. (Online) 2002. (Citado 2013-marzo 13) Edición N. 61. Secciones Internacionales. Disponible en: <http://www.patienttalk.info/pspatientsafesp.htm>.
40. Minsalud. Lineamiento para la implementación de la Política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Rev. Científica Salud Uni norte [en línea]. 2017. [fecha de acceso 18 de abril de 2020]; Vol. 33 (2) URL. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
41. Gavira-Uribe A, et al. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Min salud. (2)1- 94 Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
42. Aibar-Remón C. Seguridad del paciente una alianza mundial para una atención más segura. Salud-Universidad Zaragoza [fecha de acceso 26 de Octubre del 2020]; 1-62 URL disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf>
43. OMS/OPS. Calidad y Seguridad del paciente. [Online]. Colombia; citado 29 jun 2020]. Disponible: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=125:calidad-y-seguridad-del-paciente&Itemid=0
44. CISP: Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente-OMS .2-24 a [Internet]. CISP; 2009 [citado 29 de Junio del 2020]. Estrategias de la OMS en Seguridad del paciente [2/24 pantallas]. Disponible:

- http://www.hespanol.com.ar/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Presentaci%C3%B3n_Seguridad.pdf
45. LIFEDER. Evento Centinela: concepto, características y ejemplos [Online]. citado 30 Junio 2020]. Disponible: <https://www.lifeder.com/evento-centinela/>
 46. Palacio-Betancourt D, et al. La Institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la Seguridad del Paciente. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la Atención en Salud”.Ministerio de la Protección Social. Colombia Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/La%20instituci%C3%B3n%20debe%20monitorizar%20aspectos%20claves%20relacionados%20con%20la%20seguridad%20del%20paciente.pdf>
 47. Rocio Miguel. Análisis de causa raíz. Esquema de clasificación de los factores contribuyentes. National Patienty Safety Agency – Nantional Health Service 1-7. <http://www.ics-aragon.com/cursos/gestion-riesgo/3/sm6.pdf>
 48. Otálvaro-Ospina A, et al. Caracterización de Eventos Adversos en una E.S.E de primer nivel en caídas, [Online]. 2011. [fecha de acceso 17 de marzo 2011]; 1-12 URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a06.pdf>
 49. Saturno P. Indicadores de seguridad: ¿cómo medir la seguridad y la inseguridad de la atención de salud? Rev.Biomédica revisada por pares. (10).Disponible:<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10408/Rodr%C3%ADguezandrea2018.pdf?sequence=1>
 50. Ruiz-Gomez F, et al. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Min salud. (2)1- 94 Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

51. Cajigas de Acosta E. Herramienta para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Min de la Protección Social (2)1- 94 Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
52. Bañeres J, et al. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev. ELSEVIER [online]. [fecha de acceso 20 de abril de 2017];Vol (20) 216-222. URL disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-los-sistemas-registro-notificacion-efectos13075840#:~:text=Un%20evento%20adverso%20es%20una,azar%2C%20la%20prevenci%C3%B3n%20o%20la>
53. Mosqueda-Díaz A, Gutiérrez-Henríquez M. Análisis conceptual de los eventos adversos en la Atención Hospitalaria y rol de enfermería en su detección y control. Rev. 2012, Horiz Enferm, 23, 2, 39-47. Disponible : http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/23-2/analisis_conceptual_de_los_eventos_adversos.pdf.pdf
54. Madrona- Elena I. Cuidado básico de Enfermería de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. Rev. Médicas electrónicas portales médicos. 2017. Disponible <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-basicos-enfermeria-pacientes-unidades-cuidados-intensivos/>
55. OMS Sistema de Notificación de incidentes en América Latina D.C. : OPS,2013 [actualizado 13 Sept 2013; citado 11 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/HSS-HS-SistemasIncidentes-2013.pdf>
56. Leape 2002. Reporting of adverse effects. N Engl J Med. 2002;347:1633–8 Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/HSS-HS-SistemasIncidentes-2013.pdf>

57. Polanco A. Estudio Prospectivo y Retrospectivo. Monografías. com . [fecha de acceso 28 de Julio de 2020]. URL disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos5/retropros/retropros.shtml>
58. Equipo de Expertos. Universidad Internacional de Valencia. Ciencia y Tecnología. ¿Qué es in estudio observacional? 21de Marzo del 2018. . [fecha de acceso 28 de Julio de 2020]; URL disponible en: <https://www.universidadviu.com/que-es-un-estudio-observacional/#:~:text=U%20estudio%20observacional%20es%20un,e%20ocuenta%20en%20el%20estudio.>
59. Calduch-Cervera R. Métodos y Técnicas de investigación en relaciones internacionales. 1- 161 [fecha de acceso 28 de Octubre de 2020]; URL disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-55163/2Metodos.pdf>.

ANEXOS

ANEXO N° 1 Cronograma de Gantt

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Búsqueda del tema a estudiar												
Armado de la teoría												
Elaboración del documento de investigación												
Elaboración de instrumentos												
Validación de instrumentos												
Aplicación de instrumentos												
Tabulación de la información												
Elaboración de discusión, conclusiones, recomendaciones												
Revisiones por el tutor												
Pre defensa del trabajo de investigación												
Suficiencia académica por los tribunales												
Defensa final												

ANEXO N° 2 Carta de Solicitud de permiso

La Paz, 08 de Junio del 2020

Señora:
Lic. Soledad Quispe
JEFATURA DE ENFERMERIA
UCIP- HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA"

Presente.-

**Ref.: SOLICITUD DE PERMISO PARA LA EJECUCION
DE TRABAJO DE INVESTIGACION**

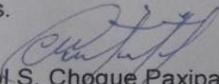
Distinguida Licenciada:

Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo y éxitos en la labor que desempeña.

El motivo de la presente es, Solicitar muy respetuosamente el permiso correspondiente para la ejecución de Trabajo de Tesis que lleva como título: **FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, LA PAZ - BOLIVIA GESTIÓN 2020"**; requisito indispensable para optar al título de Magister Scientiarum en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería.

Sin otro particular, esperando una respuesta favorable y apoyo, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente;


Marisol S. Choque Paxipati
Licenciada en Enfermería
C.I: 6952778 L.P.

Adj. Instrumento de recolección de datos "Registro de Eventos Adversos"
Formulario de Validación del Instrumento de Recolección de Datos

Lic. Soledad Quispe
ENFERMERA
HOSPITAL DEL NIÑO
DR. OVIDIO ALIAGA URIA

Soledad Quispe
Recibido 8 Junio
2020
apto para Realizar
la investigación

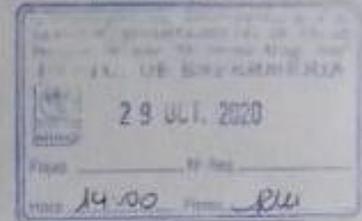


Investigando Progresando

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

UNIDAD DE POSGRADO

La Paz, octubre 28 de 2020
U.P.G. CITE N°870/2020



Señora
Lic. Braulia Tola Espejo
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA"**
Presente -

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de hacerle llegar un cordial saludo, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la **Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva** de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: **"FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UCIP DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA", GESTIÓN 2020"**

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Marisol Santusa Choque Paxipati

En ese sentido por lo expuesto solicito pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita

1080

Lic. Braulia Tola Espejo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA"

Dr. M.Sc. Ivan W. Lasso Lasso
DIRECTOR
UNIDAD DE POSGRADO



La Paz, 05 de Octubre del 2020



Señora:
Lic. Sonia Quisbert
**ENSEÑANZA E INVESTIGACION "ENFERMERIA"
HOSPITAL DEL NIÑO "Dr. OVIDIO ALIAGA URIA"**

Presente.-

**Ref.: SOLICITUD DE PERMISO PARA LA EJECUCION
DE TRABAJO DE INVESTIGACION**

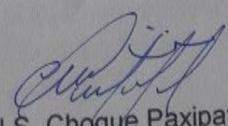
Distinguida Licenciada:

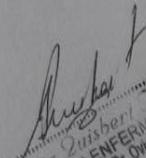
Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo y éxitos en la labor que desempeña.

El motivo de la presente es, Solicitar muy respetuosamente el permiso correspondiente para la ejecución de Trabajo de Tesis que lleva como título: **FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, LA PAZ - BOLIVIA GESTIÓN 2020"**; requisito indispensable para optar al título de Magister Scientiarum en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería.

Sin otro particular, esperando una respuesta favorable y apoyo, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente;


Marisol S. Choque Paxipati
Licenciada en Enfermería
C.I: 6952778 L.P.


Sonia Quisbert
LIC EN ENFERMERIA
Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga U."
Recibido 7-10-20

La Paz, 05 de Octubre del 2020

Señor:
Dr. Alfredo Mendoza
DIRECTOR
HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA"



Presente.-

**Ref.: SOLICITUD DE PERMISO PARA LA EJECUCION
DE TRABAJO DE INVESTIGACION**

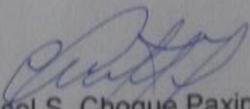
Distinguido Doctor:

Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo y éxitos en la labor que desempeña.

El motivo de la presente es, Solicitar muy respetuosamente el permiso correspondiente para la ejecución de Trabajo de Tesis que lleva como título: **FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICÓS DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, LA PAZ – BOLIVIA GESTIÓN 2020"**; requisito indispensable para optar al título de Magister Scientiarum en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería.

Sin otro particular, esperando una respuesta favorable y apoyo, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente;


Marisol S. Choque Paxipati
Licenciada en Enfermería
C.I: 6952778 L.P.

ANEXO N° 3 Validación de Instrumentos

La Paz, 08 de Junio del 2020

Señora:

Lic. Soledad Quispe

JEFATURA DE ENFERMERIA

UCIP- HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA"

Presente.-

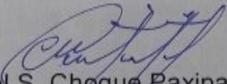
Ref.: SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO.

Distinguida Licenciada:

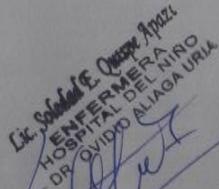
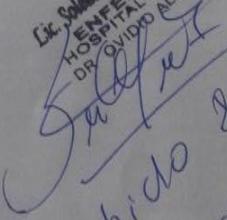
Mediante la presente, Solicito muy respetuosamente a su autoridad, su apreciable colaboración en la revisión, respectiva corrección y **Validación del Instrumento de Recolección de Datos**, que pretendo aplicar en la ejecución del trabajo de tesis titulado: **FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, LA PAZ – BOLIVIA GESTIÓN 2020"**; requisito indispensable para optar al título de Magister Scientiarum en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería.

Sin otro particular, agradeciendo anticipadamente su apoyo y respuesta favorable, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente;


Marisol S. Choque Paxipati
Licenciada en Enfermería
C.I: 6952778 L.P.

Adj. Instrumento de recolección de datos "Registro de Eventos Adversos"
Formulario de Validación del Instrumento de Recolección de Datos



Recibido 8 Junio
2020
apto para realizar
la investigación

INVESTIGADOR: *Dr. Rafael Chague Raxipati*

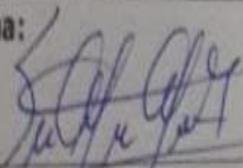
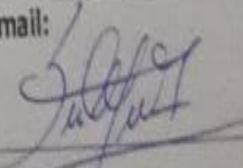
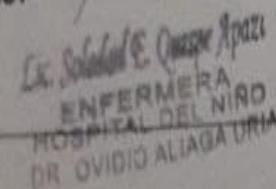
FORMULARIO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un item)	
	1.- Claridad en la redacción		2.- La pregunta es precisa		3.- Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4.- Mide lo que pretende		5.- Induce a la respuesta			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1		✓			✓				✓			
2		✓			✓				✓			
3		✓			✓				✓			
4		✓			✓				✓			
5		✓			✓				✓			
6		✓	✓		✓				✓			
7		✓	✓		✓				✓			
8		✓			✓				✓			
9		✓			✓				✓			
10		✓			✓				✓			
11		✓			✓				✓			
12		✓			✓				✓			
13		✓			✓		✓		✓			✓
14		✓			✓		✓		✓			✓
15		✓			✓		✓		✓			✓
16		✓			✓		✓		✓			✓
17		✓			✓		✓		✓			✓
18		✓			✓		✓		✓			✓
19		✓			✓		✓		✓			✓
20		✓			✓		✓		✓			✓
21		✓			✓		✓		✓			✓
22		✓			✓		✓		✓			✓
23		✓			✓		✓		✓			✓
24		✓			✓		✓		✓			✓
25		✓			✓		✓		✓			✓

ayudificas

U. Nacional de Oruro, Oruro
 ENFERMERIA
 HOSPITAL DEL NIÑO
 DIVISIÓN ALIENIGERIA

ASPECTOS GENERALES			SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario				<input checked="" type="checkbox"/>	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación			<input checked="" type="checkbox"/>		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo			<input checked="" type="checkbox"/>		
Los ítems están distribuidos de forma lógica y secuencial				<input checked="" type="checkbox"/>	5 hojas
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir			<input checked="" type="checkbox"/>		

VALIDEZ		
APLICABLE		NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIDO A LAS OBSERVACIONES		
Validado por:	C.I.:	Fecha:
	4775 7751 P.	8 - Junio 2020
Firma:	Celular:	Email:
	73061021	
Sello:	Institución donde trabaja:	
		

La Paz, 26 de Octubre del 2020

Señora:

Lic. Delia Laura Ticona

ENFERMERA PROFESIONAL ASISTENCIAL

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

HOSPITAL DEL TORAX

Presente;

REF: SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO A TRAVEZ DE JUICIO DE EXPERTO

Distinguida Lic. Laura:

Mediante la presente saludar a su persona, deseándole éxitos en la labor que desempeña.

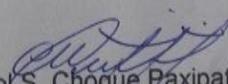
El motivo de la misma es para solicitar muy respetuosamente su colaboración, dada su experiencia en el área temática, en la revisión, evaluación y validación del presente Instrumento de recolección de datos que será aplicado para ejecución de trabajo de investigación que llevara como Título:

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA".
LA PAZ – BOLIVIA GESTIÓN 2020.**

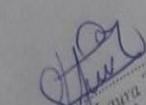
Trabajo para optar el título Magister Scientiarum en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería. Siendo designada como tutora a Dra. M.Sc. Ma. Soledad Jaimes Mancilla, con la finalidad de contribuir una mejor calidad de atención a nuestros niños Bolivianos

.Esperando una respuesta favorable, me despido deseándole éxitos en la labor que desempeña.

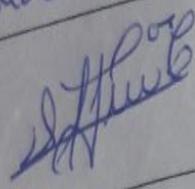
Atentamente;


Marisol S. Choque Paxipati
Licenciada en Enfermería
C.I: 6952778 L.P.

Adj / Instrumento "Registro de Eventos Adversos"
Formulario para validación del instrumento de recolección de datos


Lic. Delia Laura T.
ENFERMERA
C.I. 1617

ASPECTOS GENERALES	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	✓		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo	✓		
Los ítems están distribuidos de forma lógica y secuencial	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir	✓		

		VALIDEZ	
		APLICABLE	NO APLICABLE
		✓	
APLICABLE ATENDIDO A LAS OBSERVACIONES			
Validado por:	C.I.:	Fecha:	
Liz Delia Laura Trionfo	4902386 LP.	LP: 26-10-20	
Firma:	Celular:	Email:	
	712 66125.	ldlaura78@G.mail.com	
Sello:	Institución donde trabaja:		
	Instituto Nacional de Torax.		

La Paz, 05 de Octubre del 2020

Señora:

Lic. Gladys Condori Yujra

**ENFERMERA PROFESIONAL ASISTENCIAL
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS
HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA"**

Presente;

REF: SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO A TRAVEZ DE JUICIO DE EXPERTO

Distinguida Lic. Condori:

Mediante la presente saludar a su persona, deseándole éxitos en la labor que desempeña.

El motivo de la misma es para solicitar muy respetuosamente su colaboración, dada su experiencia en el área temática, en la revisión, evaluación y validación del presente Instrumento de recolección de datos que será aplicado para ejecución de trabajo de investigación que llevara como Título:

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN
PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIATRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA".
LA PAZ – BOLIVIA GESTIÓN 2020.**

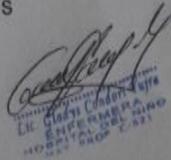
Trabajo para optar el título Magister Scientiarum en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería. Siendo designada como tutora a Dra. M.Sc. Ma. Soledad Jaimes Mancilla, con la finalidad de contribuir una mejor calidad de atención a nuestros niños Bolivianos

.Esperando una respuesta favorable, me despido deseándole éxitos en la labor que desempeña.

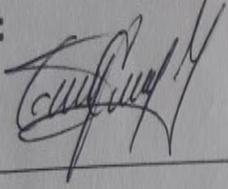
Atentamente;


Marisol S. Choque Paxipati
Licenciada en Enfermería
C.I: 6952778 L.P.

Adj / Instrumento "Registro de Eventos Adversos"
Formulario para Validación del Instrumento de Recolección de Datos


LIC. GLADYS CONDORI YUJRA
ENFERMERA
HOSPITAL DEL NIÑO
DR. OVIDIO ALIAGA URÍA

ASPECTOS GENERALES			
	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	X		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo	X		
Los ítems están distribuidos de forma lógica y secuencial	X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir		X	<i>simplificar algunas opciones</i>

VALIDEZ		
APLICABLE	X	NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIDO A LAS OBSERVACIONES		
Validado por:	C.I.: <i>3419934 LP</i>	Fecha: <i>11-10-20</i>
Firma: 	Celular: <i>60681275</i>	Email:
Sello: 	Institución donde trabaja: <i>Hospital del Niño</i>	

La Paz, 05 de Octubre del 2020

Señora:

Lic. Wilma Gutierrez L.

**ENFERMERA PROFESIONAL ASISTENCIAL
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS
HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA"**

Presente;

REF: SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO A TRAVEZ DE JUICIO DE EXPERTO

Distinguida Lic. Gutierrez:

Mediante la presente saludar a su persona, deseándole éxitos en la labor que desempeña.

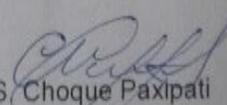
El motivo de la misma es para solicitar muy respetuosamente su colaboración, dada su experiencia en el área temática, en la revisión, evaluación y validación del presente Instrumento de recolección de datos que será aplicado para ejecución de trabajo de investigación que llevara como Título:

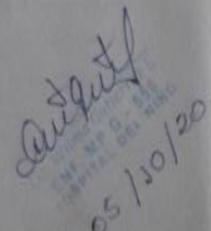
**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA".
LA PAZ – BOLIVIA GESTIÓN 2020.**

Trabajo para optar el título Magister Scientiarum en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería. Siendo designada como tutora a Dra. M.Sc. Ma. Soledad Jaimes Mancilla, con la finalidad de contribuir una mejor calidad de atención a nuestros niños Bolivianos

.Esperando una respuesta favorable, me despido deseándole éxitos en la labor que desempeña.

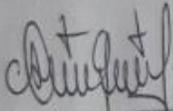
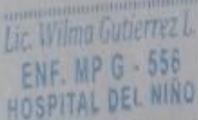
Atentamente;


Marisol S. Choque Paxipati
Licenciada en Enfermería
C.I: 6952778 L.P.


05/10/20

Adj / Instrumento "Registro de Eventos Adversos"
Formulario para Validación del Instrumento de Recolección de Datos

ASPECTOS GENERALES	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	✓		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo	✓		
Los ítems están distribuidos de forma lógica y secuencial	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir	✓		

VALIDEZ		
APLICABLE		NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIDO A LAS OBSERVACIONES		
Validado por: Lic. Wilma Gutierrez Lanta	C.I.: 6066285 L.P.	Fecha: 11 de octubre 2020.
Firma: 	Celular: 72508791	Email: wilmagutierrez85@gmail.com.
Sello: 	Institución donde trabaja: Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Oria.	

ANEXO N° 4 Instrumentos de Investigación

	Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS.
Instructivo: Marcar con una X y/o completar la información solicitada. EA = Evento Adverso; VM = Ventilación Mecánica; ITU = Infección del Tracto Urinario	
Ficha N°: __	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DEL PACIENTE	
1. Sexo: F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
2. Edad:(años)(meses)	
3. Fecha de ingreso a UCIP:	4. Fecha de egreso de UCIP:
5. Diagnósticos de ingreso: Principal:..... Secundarios:.....	
DATOS DEL SUCESO	
6. Presencia de EA: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7. Fecha del EA:.....Hora:.....
8. ¿Fue informado a la familia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9. Evitable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. Tipo de EA: (marcar y subrayar las subespecificaciones relacionadas)	
- Medicación (prescripción, preparación, administración, monitorización)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Transfusión de sangre y derivados (reacción transfusional, transfusión al paciente equivocado, hemoderivado equivocado)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Vía aérea y ventilación mecánica (obstrucción de la vía aérea, extubación no programada, desconexión accidental de la VM, progresión del tubo endotraqueal, atelectasia, barotrauma en relación con la VM, broncoaspiración, fijación inadecuada de TET).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Vasculares, sondas, tubos, drenajes o sensores (retirada no programada de: CVC, catéter percutáneo, vía periférica, catéter arterial, dispositivos intracraneales ,drenaje torácico ,drenajes quirúrgicos, SNG,SOG,STP, sonda vesical). Otros: especificar.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Fallo de aparatos o equipos médicos (mal funcionamiento del equipo:monitor multiparamétrico,respirador, humidificador, marcapaso externo, desfibrilador, monitor Portátil,bomba de infusión, oxímetro de pulso. -Falla del suministro eléctrico, falla del suministro de gases medicinales, mal uso de las alarmas, alarma no adaptada al paciente, alarmas no conectadas, etc)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Relacionado con el cuidado (caída accidental, inmovilización, úlcera por presión, no aplicación de los cuidados pautados, etc)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Procedimientos (procedimiento inadecuado, preparación inadecuada, monitorización inadecuada, daño inadvertido de un órgano, sangrado, etc)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Complicaciones relacionadas con la cirugía (hemorragia asociada al procedimiento, lesión visceral, cuerpo extraño, dehiscencia de sutura, infección de herida quirúrgica, reintervención sin relación con el diagnóstico anterior)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Otros (quemadura por oxímetro, quemadura por otros artefactos) Describir.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. Reporte realizado por:	
Paciente <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>
Enfermera <input type="checkbox"/>	Aux. de Enfermería <input type="checkbox"/>
Médico UCIP <input type="checkbox"/>	Residente <input type="checkbox"/>
Otro:.....	

Marcar una de las opciones

12. CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD POR CATEGORÍAS		
Incidente sin daño (ISD) No hay daño	A: circunstancias o situaciones con capacidad de producir un incidente pero que no llegan a producirlo por descubrirse y solucionarse a tiempo	
	B: el incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, no requirió monitorización ni intervención	
	C: el incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no le había daño	
Evento Adverso (EA) Hay daño	D: el incidente causó un daño imposible de determinar	
	E: el incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención	
	F: el incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización	
	G: el incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente	
	H: el incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida	
	I: el incidente contribuyó o causó la muerte del paciente	

Marcar las opciones que considere correctas

FACTORES QUE CONTRUBUYERON AL EVENTO ADVERSO		
Extrínsecos	13. Factores del profesional implicado	Aspectos psicológicos: estrés <input type="checkbox"/> distracción <input type="checkbox"/> sobrecarga <input type="checkbox"/>
		Tratamiento y cuidados intrahospitalario ofrecido por : Dispositivo <input type="checkbox"/> manejo terapéuticos <input type="checkbox"/>
Intrínsecos	14. Factores ligados a los pacientes	Categorización riesgo/dependencia: AA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
		Factores sociales: idioma <input type="checkbox"/>
		Estado de conciencia :bajo anestesia <input type="checkbox"/> sedoanalgesia <input type="checkbox"/> síndrome de abstinencia <input type="checkbox"/>
		Relaciones interpersonales: mala relación paciente-familia <input type="checkbox"/> paciente-personal <input type="checkbox"/> familia-familia <input type="checkbox"/>
Del sistema	15. Factores de equipo de trabajo	Roles no claramente definidos <input type="checkbox"/> mal pase de guardia <input type="checkbox"/> falta de liderazgo <input type="checkbox"/>
	16. Factores ligados al proceso	Protocolos, instrumentos o guías: ausencia <input type="checkbox"/> no actualizados <input type="checkbox"/> no disponibles <input type="checkbox"/>
	17. Factores de comunicación	Verbal: órdenes ambiguas o dirigidas a personas no adecuadas <input type="checkbox"/>
		Escrita: letra no legible <input type="checkbox"/> ordenes tardías <input type="checkbox"/>
	18. Factores ligados a la formación - entrenamiento	Competencia: falta de experiencia <input type="checkbox"/>
		falta de conocimiento <input type="checkbox"/> habilidades <input type="checkbox"/>
19. Factores ligados al equipamiento y recursos	Aparatos: nuevos <input type="checkbox"/> falta de conocimiento <input type="checkbox"/> no disponibilidad de manuales <input type="checkbox"/>	
	Integridad: funcionamiento incorrecto <input type="checkbox"/> mantenimiento inadecuado <input type="checkbox"/>	
20. Factores estructurales	Diseño del entorno físico: no adecuado <input type="checkbox"/>	
	deficiencias en el área del paciente <input type="checkbox"/>	
	Entorno: falta de limpieza <input type="checkbox"/> temperatura ambiente <input type="checkbox"/> iluminación <input type="checkbox"/> nivel de ruidos elevado <input type="checkbox"/>	
21. Otros: (describir).....		

Gracias.....!

ANEXO N° 5 Fotografías del Estudio



Descripción.- Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliga Uria”



Descripción.- Lic. Marisol Choque Paxipati realizó la revisión del cuaderno de registros de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliga Uria



Descripción.- Revisión de Expedientes Clínicos en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliga Uria”.