

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



**EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO
DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, TERCER TRIMESTRE-2017.**

POSTULANTE: Lic. Franklin Choque Mamani

TUTOR: MSc Lic. Soledad E. Quispe A.

**PROPUESTA DE INTERVENCION PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA**

LA PAZ- BOLIVIA

2018

DEDICATORIA

A Dios por darnos la oportunidad de vida y la fortaleza necesaria para alcanzar este punto de nuestra existencia, en lo que veo materializado lo que algún día fue un anhelo.

A mi familia, pilar fundamental de mi formación personal y testigos de mis logros y vicisitudes, por su cariño y su ejemplo.

A mi esposa Lic. Marisol Choque Paxipati por su apoyo incondicional les debo gratitud eterna, sin ella habría sido imposible lograr la culminación de este proyecto.

A mi amigo Dr. Armin Quispe Cornejo Medico Intensivista que radica en Europa que siempre me brindó su apoyo y las ganas de seguir estudiando gracias a su persona encontré el camino de la Medicina Crítica.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la culminación de esta Investigación; de manera muy especial a la Lic. Soledad Quispe tutora de la Propuesta de Intervención, quien supo brindarme de manera inconmensurable no solamente la guía académica en el proyecto, sino también su apoyo para realización del mismo.

Con la misma gratitud reconocer la colaboración, por los conocimientos y tiempo brindados durante la elaboración de la investigación, sin los cuales difícilmente habría logrado el objetivo.

Al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio aliaga Uría” por permitirnos realizar el estudio en la Institución y por la siempre gentil asistencia que se nos brindó.

Índice de Contenidos

I.-Introducción	9
II.-Justificación	11
III.- Planteamiento de Problema	12
3.2 Formulación de la pregunta de investigación	13
IV.- Objetivos	14
4.1 Objetivo General	14
4.2 Objetivo Especifico	14
4.3.-Operacionalizacion de variables	15
V.-Marco Teórico	18
5.1.1.-Historia de la calidad	18
5.1.2.- Conceptos relacionados con el evento adverso	19
5.1.3.-Errar.....	19
5.1.4.-Error	19
5.1.5.-Iatrogenia	19
5.1.6.-Evento Adverso	21
5.1.7.-Clasificacion de los Evento Adverso	22
5.1.8.- Evento Adverso Medicamentoso	23
5.1.9.- Causas de la Aparición de Eventos Adversos	24
5.1.10.- Incidencia de los Eventos Adversos	25
5.1.11.- Eventos Adversos y Enfermería	26
5.1.12.-Marco histórico	26
5.1.13.-Organización estructural.....	29
5.2 Marco Conceptual	30
5.2.1.-Calidad.....	30
5.3 Marco Referencial	30
5.3.1.-Revisión bibliográfica	30
VI.-Diseño metodológico	33

6.1 Tipo de Estudio	33
6.1.1.-Metodología.....	33
6.1.2.-Corte transversal.....	33
6.2 Área de Estudio	33
6.2.1.-Población de estudio.....	33
6.3 Universo y Muestra	33
6.3.1.-Universo	33
6.3.2.-Muestra	33
6.3.3.-Muestreo.....	33
6.3.4.-Técnica de muestreo.....	33
6.4 Criterios de inclusión y exclusión	33
6.4.1.- Criterios de inclusión:.....	33
6.4.2.- Criterios de exclusión:	34
6.5 Método y técnica.....	34
6.5.1.-Recogida de datos.....	34
6.5.2.-Control de sesgos de selección	34
6.6 Plan de tabulación y Análisis	34
6.7Consideraciones Éticas	34
8.7.1.-Aspectos Éticos	34
VII Resultados	36
VIII Conclusión	43
IX Recomendación.....	45
X Referencias Bibliográficas.....	46
XI Anexo.....	49

Glosario de términos

EA: Evento adverso.

CVC: Catéter venoso central.

DE: Desviación estándar.

ENEAS: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización.

FC: Factores contribuyentes.

ISD: Incidente sin daño.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

REMI: Revista Electrónica de Medicina Intensiva.

SMI: Servicio de Medicina Intensiva.

SYREC: Seguridad y riesgo en el enfermo crítico.

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

UPP: Ulcera por presión.

RESUMEN

En nuestro país Bolivia existe una preocupación en torno a la seguridad del paciente en la aparición del Evento Adverso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Por lo cual entendemos que la generación de conocimiento contextualizado en este sentido, permitirá explorar, comprender y dar a conocer resultados. En esa línea, este estudio tuvo como objetivo:

Identificar la Frecuencia de Eventos Adversos durante la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño” Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer Trimestre-2017.

METODOLOGIA.- Estudio Observacional, descriptivo de Corte transversal. El Universo fue el total de pacientes internados y la muestra pacientes con Evento Adverso reportados por Enfermería en el último trimestre de la gestión 2017.

RESULTADOS.- La Frecuencia de Eventos Adversos durante la Atención de Enfermería fue de 37 casos en total, según edad de 5 a 8 meses presentan el mayor porcentaje con un 18,9%. El sexo masculino fue el mayor porcentaje que sufrió Eventos Adversos con un 51,3%. Los casos con mayor relevancia se reportó en el Turno Noche A con el 29,7%. Los Eventos Adversos relacionado al Cuidados de Enfermería se reportaron con un 45,9% en el mes Octubre, los eventos más relevantes fueron, Quemadura por Sensor de Oximetría con un 21,6%, Fijación Inadecuada del Tubo Endotraqueal con el 19%, Retiro accidental de Línea Arterial, presencia de UPP, retiro accidental de SNG en un porcentaje de 10,8%. En cuanto a la Administración de Medicamentos solo el 10,8% de los pacientes internados sufrieron eventos, como Flebitis reportaron 5,4%. En Relación a los Procedimientos el 40,5% de los pacientes internados sufrieron Eventos Adversos como Multipunción con el 27% y una Instalación Inadecuada de Sonda Vesical con el 10,8%. El 70% de los Eventos Adversos se informa a los familiares, solo los de mayor impacto.

CONCLUSION.- La frecuencia de Eventos Adversos durante la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño ‘Dr. Ovidio Aliaga Uría’.

Fue de treinta y siete casos en total, específicamente en Edad, Sexo, Turno, Mes y los eventos de mayor relevancia como quemadura por Oximetría de pulso, Fijación Inadecuada del Tubo Endo traqueal, Retiro accidental de Línea Arterial, Presencia de UPP, Retiro Accidental de SNG, Flebitis, Multifunción, en este contexto se decide realizar la implementación del registro de Eventos Adversos e Implementar Seguridad en la Atención de Enfermería del Paciente Crítico mediante protocolos

PALABRA CLAVE.- EVENTOS ADVERSOS.

I.-Introducción

La calidad de la atención de salud incluye, como uno de sus focos principales, a la seguridad de los pacientes, siendo una gran preocupación de los sistemas sanitarios en la actualidad, como lo indica la Organización Mundial de la Salud (OMS).(1) Más allá de que el tema incluye tener en cuenta varios aspectos como: el contexto organizacional, las técnicas diagnósticas, el clima y la cultura de seguridad, los recursos humanos en salud, se constituyen hoy en día como uno de los temas principales al desarrollar un rol de relevancia, dado que ellos forman parte de un sistema en cadena que puede terminar en un incidente que cause algún tipo de daño a las personas receptoras de cuidados sanitarios. Dentro del equipo de salud, la atención de enfermería es la prestación que más relación y contacto directo establece con el usuario.

En ese entendido, el diseño de un plan de enfermería supone tener en cuenta el riesgo específico de cada paciente, así como el contexto organizacional en el cual se actúa profesionalmente. (2)

Por tal motivo, dada la relevancia del recurso humano de enfermería en este tipo de sucesos sanitarios, las percepciones de estos profesionales y el significado que atribuyen al tema en cuestión, se torna un objeto de estudio de relevancia, que justifica el indagar en torno a la seguridad de los pacientes desde la óptica de quien brinda la atención.(3)

En esa línea, algunos estudios muestran el involucramiento de las enfermeras en la generación de sistemas seguros, asumir el liderazgo profesional para ofrecer al paciente una atención de calidad y libre de riesgos. (4)

En nuestro país Bolivia existe una preocupación en torno a la seguridad del paciente en la aparición de Evento Adverso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Sin embargo, las investigaciones realizadas en nuestro medio sobre el tema son escasas, por lo cual entendemos que la generación de conocimiento contextualizado en este sentido, permitirá explorar, comprender y dar a conocer resultados.

Los cuales, sumados a nuevos estudios sobre el tema, serán de relevancia a la hora de la toma de decisiones acertadas. En esa línea, este estudio tuvo como objetivo de Determinar la frecuencia de eventos adversos durante la atención de enfermería que surgen mediante las enfermeras acerca de la experiencia de haber sido responsables de un evento adverso en salud.

El trabajo que se presenta a continuación pretende proporcionar un sustento teórico que brinde la oportunidad de reconocer los errores que de manera más frecuente se presentan en el proceso de atención del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, información que intenta constituir una herramienta con la que los profesionales de enfermería den un primer paso en la retroalimentación y construcción de procesos de transformación que incluyan el desarrollo de habilidades, actitudes, conocimientos y aptitudes que propicien el cambio, la excelencia, el empoderamiento y el liderazgo que enfermería tiene y debe fortalecer frente a la seguridad de los pacientes y brindar así cuidado con calidad al paciente en estado crítico. En este contexto se pretende implementar registro de Eventos Adversos e Implementar Seguridad en la Atención de Enfermería del Paciente Crítico mediante Protocolos de Instalación de Sonda Nasogástrica, Instalación de CVC, Manejo de Oximetría, Fijación de TET, Manejo de Vía Periférica.

II.-Justificación

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), es un equipo interdisciplinario que la conforma el profesional de enfermería e interviene de manera activa y constante en el binomio salud - enfermedad brindando atención; sin embargo el uso de la tecnología, el recurso humano y el conocimiento puede no solo procurar beneficio sino que de manera no intencionada lesión y daño lo que en la actualidad se denomina evento adverso. (5)

La aparición de un suceso de este tipo condicionan negativamente la calidad y de ahí que enfermería debe conocer y tener en cuenta la importancia de los EA de manera que preste una atención integral y con excelencia. (6)

En el presente estudio de investigación se podrá establecer la frecuencia de los EA, que permitirá disminuir la morbilidad en algunos casos la mortalidad, y se pueda además implementar cultura de garantizar seguridad y calidad al personal interdisciplinario permitir implementar estrategias de prevención en cuanto a los eventos adversos, brindar seguridad a los pacientes.

La mayoría de eventos adversos son o pueden ser prevenibles. Los errores pueden evitarse si se diseñan sistemas que hagan que sea difícil equivocarse y fácil hacer las cosas bien. (7)

Logrando una Información que de manera directa puede ser utilizada en mecanismos de prevención que eviten la aparición de los eventos adversos y que por lo mismos permitan perfeccionar procesos y mejorar la calidad de la atención basados en un sistema de prevención inicial de riesgos, donde se fundamenta todo el trabajo, pues como se ha descrito antes, los eventos adversos son prevenibles; con todo lo descrito el estudio también permitirá mostrar una imagen institucional de calidad y seguridad.

III.- Planteamiento de Problema

En el contexto Nacional la falta de normas nacionales en relación a garantizar la seguridad de los pacientes y operadores por medio de la identificación, recolección, gestión y divulgación de los incidentes o eventos adversos en áreas críticas conlleva a que exista riesgo de que se produzcan este tipo de problemas, sumándose a lo expuesto la vulnerabilidad de esta población por su riesgo y dependencia en dichas áreas, sin dejar de lado que el personal interdisciplinario no toma conciencia de esta problemática como el de garantizar la seguridad de la calidad de los cuidados. A esto se añade la deficiencia estructural en algunos casos en diferentes instituciones, falta de personal de enfermería, especialistas, experiencia, falta de registros, etc.

Recientemente se reportó que los eventos adversos son la primera causa de morbimortalidad global en algunos países en vía de desarrollo. La explicación al fenómeno de aparición de eventos adversos en la atención en salud es su alta complejidad, traducida en una gran cantidad de factores que intervienen y que cambian constantemente; algunos de los cuales no son de posible control por las personas que atienden al paciente. Podemos mencionar, entre las más importantes, la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, el diseño del proceso de atención actual o futuro al cual el paciente será sometido, las condiciones humanas relacionadas con la atención como son el conocimiento y las habilidades individuales de quienes entran en contacto directo con los pacientes, su concentración, su estado de ánimo, el estado actual de los equipos y la tecnología a utilizar, 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, que favorece la aparición de errores y eventos adversos secundarios.

Informar y reflexionar sobre los Eventos Adversos más frecuentes derivados del proceso de atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, con el fin de hacer aportes que permitan minimizar los mismos.

Evitar situaciones que aumenten la morbilidad y mortalidad de los pacientes y a la vez contribuir para que enfermería preste servicios en los que el cuidado sea más racional, continuo, organizado, veraz y de mayor calidad. En este contexto se decide realizar el estudio en el Hospital del Niño DR. Ovidio Aliaga Uría Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica que cuenta con un total de nueve unidades, equipamiento, insumos y recursos humanos capacitados; 25 Licenciad@s en Enfermería, 7 Auxiliares en Enfermería. Los eventos en los últimos meses relacionados a Multi punciones, Quemaduras por Oxímetro de Pulso, Extubación no Programada, Quemaduras Químicas por Fármacos, Úlceras por Decúbito, alergias entre otras; donde no se cuenta con un reporte por turnos. Por consiguiente un registro mensual de Eventos Adversos.

3.2 Formulación de la pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de Eventos Adversos durante la atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, Tercer Trimestre-2017?

IV.- Objetivos

4.1 Objetivo General

Identificar la Frecuencia de Eventos Adversos durante la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño” Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Tercer Trimestre-2017.

4.2 Objetivo Especifico

- ✓ Describir la caracterización de los pacientes según edad y sexo que presentan eventos adversos durante la atención de enfermería en UCIP.
- ✓ Analizar los casos de Eventos Adversos por mes y turno.
- ✓ Identificar la frecuencia de los principales tipos de eventos adversos relacionados a los Procedimientos, Cuidados y Administración de Medicamentos en UCIP.
- ✓ Conocer la información brindada a los familiares de la ocurrencia de un evento adverso durante la atención brindada por enfermería en la UCIP.
- ✓ Implementar registro de Eventos Adversos y Protocolos.

4.3.-Operacionalizacion de variables

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENCION	INDICADORES DE ESCALA	INSTRUMETO	ESTADISTICO	GRAFICO
Relación al Cuidado	CUANTITATIVA ORDINAL	Es la acción de cuidar preservar, guardar, conservar, asistir, el cuidado implica ayudar a uno mismo tratar de incrementar su bienestar	Identificar y analizar en relación al cuidado los frecuentes eventos adversos para poder describir los principales.	-Paciente crítico pediátrico -Paciente crítico que presentaron eventos adversos (EA). Notificados por enfermería por especialidad. -Ocurridos durante la Permanencia	-Caídas -Lesión por inmovilización -Extubación no programada -Re intubación, -Desconexión accidental de la ventilación -Fijación inadecuada de TET -Obstrucciones de TET -Obstrucciones de -- TRAQUEOSTOMIA -Bronco aspiración -Atelectasia -Baro trauma -Desplazamiento con salida de CVC -Retiro accidental de línea arterial -Retiro accidental de SNG -Retiro accidental de SONDA VESICAL -presencia de UPP	Instrumentos de recolección de datos	-CHE CLITS PORCENTAJE	BARRAS

Relacionado a los Medicamentos	CUANTITATIVA ORDINAL	Es una sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad para reducir sus efectos en el organismo y para aliviar un dolor físico	Identificar y analizar en Relacionado a los Medicamentos los frecuentes eventos adversos para poder describir los principales.	-Paciente crítico pediátrico -Paciente crítico que presentaron eventos adversos (EA). Notificados por enfermería -Atendidos por especialidad. -Ocurridos durante la Permanencia	-Rotulación de frascos Multidosis inapropiados -Reconstitución inadecuada -Dilución errada -Flebitis -Quemaduras por fármacos -Dosis errada -Alergias	Instrumentos de recolección de datos	-CHE CLITS PORCENTAJE	BARRAS
Relacionado los procedimientos	CUANTITATIVA ORDINAL	Acción que consiste en proceder que significa actuar de una forma determinada	Identificar y analizar en Relacionado a los Medicamentos los frecuentes eventos adversos para poder describir los principales.	Paciente crítico pediátrico -Paciente crítico que presentaron eventos adversos (EA). Notificados por enfermería	-SNG en vía aérea -Instalación inadecuada de Sonda vesical -Percutáneo en arteria -Acceso vascular venoso periférico en arteria -CVC en arteria -Multipunción	Instrumentos de recolección de datos	-CHE CLITS PORCENTAJE	BARRAS

Género	CUANTITIVA ORDINAL	Referencia a la identidad sexual de los seres vivos	Identificar y analizar en Relacionado a género y edad los frecuentes eventos adversos para poder describir los principales.	-Paciente crítico pediátrico	Masculino – Femenino	Instrumentos de recolección de datos	-CHE CLITS PORCENTAJE	BARRAS
Edad		Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del recién nacido		-Paciente que presento eventos adversos (EA).	Por rangos de edad. 1-3años 3-5años 5-10años	Instrumentos de recolección de datos	-CHE CLITS PORCENTAJE	
Tiempo de internación	CUANTITIVA ORDINAL	Acción de internar o internarse	Identificar y analizar en Relación al tiempo de internación para poder describir los principales eventos adversos.	Paciente crítico pediátrico -Paciente que presento eventos adversos (EA).	Menor de una semana 1 a 2 semanas 2 a 3 semanas 3 a 4 semanas	Instrumentos de recolección de datos	-CHE CLITS PORCENTAJE	BARRAS
Turno	CUANTITIVA ORDINAL	Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio	Identificar y analizar en Relación al turno para poder describir los principales eventos adversos.	Paciente crítico pediátrico -Paciente que presento eventos adversos (EA).	-Mañana -Tarde - Noche .A.B.C - fin de semana	Instrumentos de recolección de datos	-CHE CLITS PORCENTAJE	BARRAS
RELACION ENFERMERA A PACIENTE	CUANTITIVA ORDINAL	Correspondencia o conexión que hay entre dos o más cosas	Identificar la relación enfermera paciente para poder describir los principales eventos adversos.	-Paciente crítico pediátrico	-R: E-P.-1:2 -R: E-P.-1:3 -R: E-P.-1:4	Instrumentos de recolección de datos	-CHE CLITS PORCENTAJE	BARRA

V.-Marco Teórico

5.1.1.-Historia de la calidad

La calidad en la atención en salud es la característica más valorada tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud. En la antigüedad el médico actuaba aisladamente, guiado solamente por su propia conciencia y su ética donde la responsabilidad recaía solo en él, con el surgimiento de los hospitales, se crea un esbozo de lo que es el trabajo en equipo con al sumatoria de conocimientos y experiencias de los diferentes participantes repartiéndose parcialmente la responsabilidad de la atención lo que obligo desde un principio a la creación de cada vez más sofisticados medios de aseguramiento de la calidad en la atención.

Los primeros datos relacionados con la calidad en la atención se remontan a la época de Florence Nightingale, quien introduce importantes principios que desde entonces favorecían la calidad, el primero fue la formación de enfermeras, es decir, que el cuidado brindado tuviera fundamento científico (requisito primordial en la calidad en salud).

Segundo el estudio que hizo acerca de la tasa de mortalidad en los hospitales en el curso de la guerra de Crimea, donde observo que un mejor seguimiento de las normas de asepsia y una mejor ubicación – hospitalización disminuyo el índice de mortalidad de un 40 al 4%.

A principios del siglo XX con la influencia de Abraham Flexner (1866 - 1959), educador quien dedicó la mayor parte de su labor pedagógica al perfeccionamiento de la educación médica norteamericana con influencia prácticamente universal sobre la enseñanza de la medicina y de Ernest Amory Codman (1869 - 1940) quien desarrollo un método que clasificaba y media los resultados finales de la asistencia hospitalaria, el Colegio Americano de Cirujanos (1913) emprende estudios sobre la normatización de los hospitales.

Seguido este, años después de la instauración del Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales (1950) y de la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals – JCAH (1951) quienes inician con la creación y generalización de las normas para la acreditación de los hospitales con la consiguiente aparición de las

Definiciones y parámetros de calidad. A finales de los años sesenta como requisito para la financiación de los hospitales era necesaria una acreditación de los mismos, por lo que surge el concepto de la auditoría médica, auditorio médico, que contrapone el concepto de los profesionales del hospital sobre la práctica que realizan, al de la opinión de un estudio externo. Con esta auditoría aparecen los primeros estudios protocolizados del proceso asistencial.

Desde entonces los hospitales han experimentado grandes cambios en relación con su tecnología y las diferentes profesiones involucradas, asimismo de la “estandarización en la individualización del cuidado” (8)

5.1.2.- Conceptos relacionados con el evento adverso

5.1.3.-Error

Acto humano relativo a no acertar o cometer un error, no acertar, equivocarse.

Este concepto es importante entenderlo ya que muchos de los acontecimientos son producto de las falencias humanas, cualquiera que estas sean, concretamente es importante entender que “errar es humano”

5.1.4.-Error

Concepto equivocado o juicio falso; dicho o acción desacertada o equivocada; diferencia entre el resultado real obtenido y la previsión que se había hecho o que se tiene como cierta

En el campo de la práctica clínica las definiciones más acertadas o aplicables son las de “acción desacertada”, “equivocación de buena fe” y “juicio falso”, todos ellos dentro del contexto de una práctica sin intenciones dolosas que estarían enmarcadas dentro de otro concepto que ya incluye una acción penal.(9)

5.1.5.-Iatrogenia

La palabra iatrogenia deriva del griego: iatos: médico y genia: origen. Según el diccionario de la Real Academia de la lengua española: Dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico". Siguiendo estos preceptos al optar un tratamiento o intervención la primera consideración debiera ser el principio Hipocrático de evitar el daño: "Primum non nocere". Sin embargo la iatrogenia se encuentra latente en todos los actos médicos (entiéndase estos como toda intervención por cada uno de los integrantes del equipo de salud).

Son muchas las causas de iatrogenia, entre ellas se encuentran: error médico, negligencia médica o procedimientos inadecuados (mala praxis), errores al escribir la formulación, interacción de los medicamentos recetados, tratamientos no seguros, diagnóstico erróneo, rechazo por parte del médico a tomar en consideración los efectos negativos que el paciente dice sufrir, infección nosocomial, experimentación médica no ética, entre otras.

Es un hecho que la complejidad de la práctica clínica, en la que interactúan múltiples personas y procesos, incrementa la probabilidad de errores durante la atención, que puede dañar la salud de las personas. (10)

Es importante advertir que los errores se pueden presentar por fallas en la estructura o en los procesos de atención; entre las fallas por estructura se puede mencionar el equipo insuficiente, las fallas y la falta de mantenimiento del equipo y el personal insuficiente o de mala calidad. (11)

En las fallas de los procesos de atención puede mencionarse la cultura organizacional, los procesos del cuidado, la competencia profesional insuficiente y los factores inherentes al paciente. (12)

En años recientes, se ha puesto atención en la prevención de errores o fallas dentro de los hospitales, por considerárseles potenciales desencadenantes de un evento adverso, que se define como todo daño no intencional ocurrido como consecuencia del cuidado de la salud y no de la propia enfermedad del paciente. (13)

Especialmente en pediatría, los eventos adversos deben ser reconocidos y discutidos, por la vulnerabilidad y dependencia de los pacientes afectados. (14)

En marzo de 2002, la Organización Mundial de la Salud informó tasas altas de eventos adversos en diferentes países, que oscilaron entre 3.2 y 16.6 %, lo que corroboró la existencia del problema en el ámbito mundial. (15)

Proporcionar seguridad al paciente hospitalizado es una meta del Consejo de Salubridad de México; por ello, a partir de 2005, el Instituto Mexicano del Seguro Social inició el programa Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos (VENCER), que actualmente se encuentra en su segunda versión. Vencer tiene como propósito el registro de la información relacionada con eventos adversos

Mediante mecanismo de identificación, notificación voluntaria y anónima por el personal de enfermería.

Así como el análisis de las causas raíz que permita implementar planes de mejora con el objetivo de evitar su recurrencia. (16)

5.1.6.-Evento Adverso

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

Se define como evento adverso a la situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente.

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

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

Por tanto, aquel evento adverso que hubiera sido posible prevenir utilizando medidas razonables, es entonces por definición un error médico. (17)

El Ministerio de la protección social en su anexo técnico, Resolución 1446 de 2006 define como efecto adverso a las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención de salud.

Los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud.

(18)

Del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no calidad.

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

Los eventos adversos (EA) pueden ocurrir debido a la conjunción de múltiples fenómenos, como procesos mal desarrollados, tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas. El error es una de las causas de eventos adversos, pero daño y error no siempre van ligados.

5.1.7.-Clasificación de los Evento Adverso

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

El evento adverso no prevenible es la complicación que no puede ser prevenida dado el estado actual del conocimiento.

El evento adverso prevenible es el mal resultado de la atención que puede ser prevenido con el estado del conocimiento.

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

podría haber generado un mal resultado que no se produjo por azar o por una intervención oportuna). (20)

5.1.8.- Evento Adverso Medicamentoso

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

Cualquier signo no intencionado o desfavorable o enfermedad asociada temporalmente con el uso de un producto medicinal provocada como respuesta a cualquier dosis usada”.

Definición que se asemeja a la de reacción adversa al medicamento, con la diferencia que la reacción adversa se puede prever por las descripciones técnicas y no tiene que ver con error en la prescripción, solicitud y administración del mismo.

Cualquier evento previsible que puede causar o conducir el uso inadecuado de medicamento o riesgo al paciente, mientras el medicamento se encuentre bajo el control del profesional de la salud, paciente o consumidor. Tales eventos pueden estar relacionados a la práctica profesional, a los productos de salud, a los procedimientos y sistemas, incluyendo: prescripción; comunicación de la orden; rótulo, embalaje y nomenclatura de los productos; preparación; almacenamiento; distribución; educación; monitoreo y uso. (21)

Son múltiples las causas en la aparición de un evento adverso medicamentoso.

Tomado del informe: “Desarrollo de indicadores en el uso de la medicación”.

Se enuncian a continuación los pasos susceptibles de error en el proceso de medicación:

• Prescripción:

- ✓ Necesidad del medicamento y uso correcto.
- ✓ Individualización del régimen terapéutico.
- ✓ Obtención de la respuesta terapéutica deseada.

• Distribución:

- ✓ Revisión de la orden.
- ✓ Procesamiento de la orden.
- ✓ Composición y procesamiento del medicamento.
- ✓ Entrega a tiempo.

- **Administración:**

Cumplir los 10 correctos:

- ✓ Medicamento correcto.
- ✓ Paciente correcto.
- ✓ Dosis correcta.
- ✓ Vía correcta.
- ✓ Hora correcta.
- ✓ Verificar fecha de caducidad de medicamento.
- ✓ Prepare y administre usted el mismo medicamento.
- ✓ Registre usted mismo el medicamento.
- ✓ Velocidad de infusión correcta.
- ✓ Estar entrenados de posibles alteraciones.

- **Seguimiento:**

- ✓ Seguimiento y documentación de la respuesta del paciente
- ✓ Identificación y reporte de las reacciones adversas a medicamentos
- ✓ Reevaluación de la selección del medicamento, el régimen, la frecuencia y duración

- **Control de los sistemas y el manejo:**

- ✓ Colaboración y comunicación entre proveedores del servicio
- ✓ Revisión y manejo del régimen terapéutico del paciente

Son muchas las definiciones de evento adverso y todas tienen una conclusión: que la mayoría son prevenibles.

Con base en las explicaciones anteriormente descritas, en lo sucesivo para el desarrollo de este trabajo se tratará como EVENTO ADVERSO (EA), a todo suceso que describa las situaciones inesperadas derivadas del “acto médico”. (22)

5.1.9.- Causas de la Aparición de Eventos Adversos

Es de rescatar que todas las actividades a las que está sometido el individuo, bien sean realizadas por enfermeras o por cualquier otro profesional del equipo de salud, conllevan implícitamente un riesgo en la ocurrencia de un evento adverso ya que es imposible evitar completamente el daño al paciente.

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

La ocurrencia de los eventos adversos no es de origen exclusivo del error humano, según la literatura la mayoría de los eventos adversos es originada por errores en los sistemas que llevan a una mala práctica o que no tienen los mecanismos incluidos en los procesos. Eviten la ocurrencia de los mismos. (23)

5.1.10.- Incidencia de los Eventos Adversos

En cuanto a datos estadísticos acerca de los eventos adversos no hay mucha información a nivel nacional, y su magnitud por lo tanto no se conoce debido a que es una situación sub-notificada a pesar de ser el evento adverso ubicuo.

En unidades de cuidado intensivo la incidencia que se registra puede llegar a ser de 1.7 eventos adversos por paciente por día. (24)

La incidencia puede ser subestimada debido a que los datos y resultados arrojados no son la totalidad de los hechos ocurridos por la ya conocida falta o información insuficiente. El conocimiento de la posibilidad de la ocurrencia de los eventos adversos y las consecuencias que se presentan luego de la ocurrencia de este durante la atención brindada por enfermería en la UCI, se constituye en una herramienta fundamental para brindar su atención con más calidad y con mayor certeza.

A nivel mundial se tiene importantes datos acerca de la incidencia de los eventos adversos, entre ellos quizás el más importante y contundente hasta ahora es el informe antes mencionado "To err is human: building a safer system". "Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro" arrojado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1999, que reporta que los eventos adversos causan entre 44.000 y 98.000 muertes al año en EUA, cifra más importante que las muertes causadas por cáncer de mama, SIDA y accidentes de automóvil, con un costo de pérdidas calculadas entre 17 y 29 millones de dólares por año, que incluye, los sobre costos adicionales generados por los errores (mas insumos,

medicamentos, días de hospitalización, mas tecnología, demandas, entre otros), pérdida de ingresos y de productividad en los hogares y las discapacidades que se pueden derivar de estos, sumado a los costos en términos de pérdida de confianza en el sistema de salud. (25)

5.1.11.- Eventos Adversos y Enfermería

Todo lo anterior está enmarcado dentro de un contexto clínico general, es decir que las aproximaciones previamente plasmadas no tienen un enfoque desde el punto de vista de enfermería específico, enfoque que se tratara de moldear en lo sucesivo.

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

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

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

5.1.12.-Marco histórico

HOSPITAL DEL NIÑO “ DR. OVIDIO ALIAGA URÍA ”

La historia del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, está ligada a la fundación de la Sociedad Boliviana de Pediatría, la misma que inicio sus actividades el 7 de

abril de 1943. Sus miembros fundadores fueron: Cecilio Abela D; Carlos Ferrufino B; Enrique Hertzog G; Juan Antonio Osorio, Roberto Pacheco I; Néstor Salinas A. y Ernesto Trigo Pizarro. Estos distinguidos Pediatras que iniciaron sus actividades científicas a nivel de consultorio, tuvieron la brillante idea de formalizar la creación del Hospital Del Niño.

El proyecto se concreta con el Congreso en la Ciudad de Buenos Aires en 1949 y los delegados de Bolivia lograron que las Sociedades de Pediatría de Sud América hagan un pedido formal a la OMS Y UNICEF para que participen activamente en el proyecto.

Definido el plan general de trabajo el 7 de julio de 1950, el Gobierno asignó 150.000 dólares para la construcción del edificio; UNICEF, 75.000 dólares para equipos y enseres, incluyendo el sistema de calefacción.

La OMS concedió becas para Médicos y Enfermeras y el SCISP, becas para el personal administrativo.

En el año 1953 se había terminado la obra gruesa del edificio, calculando una capacidad de 212 camas, pero a consecuencia de la revolución de 1952, el manejo económico fue alterado a las obras quedaron paralizadas por tiempo indefinido con la consecuente frustración y el alejamiento de varios pediatras de nuestro país.

Cabe mencionar que la piedra fundamental fue colocada el 2 de diciembre de 1948, en los predios del Hospital General colindantes con el Instituto de Bacteriología.

Hubo también un financiamiento sustentado por los ingresos de Lotería Nacional que posibilito contraer un empréstito bancario mediante Decreto el cual tenía el objetivo de invertir el dinero en la construcción de Hospitales de Niños en cada una de las capitales departamentales. En 1971 se presentó la oportunidad para culminar esta obra los Dr. Guillermo Aponte y Javier Goitia, asumieron alternativamente funciones en el Ministerio de Salud, reiniciando el trabajo de la obra fina, pero vino un golpe de estado militar que postergo nuevamente aunque por menos tiempo la culminación del hospital.

Finalmente en 1972 se terminó la obra durante el Ministerio del Dr. Carlos Valverde Barbery (bioquímico-farmacéutico), y es el 10 de agosto que empieza el trabajo en nuestro Hospital. Como anécdota cabe remarcar que durante el primer día se internaron 11 pacientes, siendo la capacidad en aquel momento, de 50 camas en su totalidad.

El Hospital del Niño empezó sus actividades con material que fue transferido de la antigua sala de Pediatría que es ocupada actualmente por neurocirugía en el Hospital de Clínicas.

Los servicios que se brindaba en aquella época eran de Pediatría General, Ortopedia y Traumatología, Cirugía General y Quemados. El primer director fue el Dr. Alfredo Negrón M. al empezar las actividades del hospital también se dio inicio a la Residencia Medica y los primeros médicos en formarse fueron los Dr. Pedro Yaksic, Fidel Navarro, Jaime Delgadillo y Dante Chumacero.

Reconocido personaje y fundador de nuestro Hospital el Dr. Ovidio Aliaga (lamentablemente fallecido).

Aporto valioso conocimiento con su profesionalidad, ánimo y la sencillez que lo caracterizaban fue el que más fidelidad profesó al Hospital, continuo como médico de planta, como docente y culminó en la Dirección alcanzando el éxito que se había propuesto. Pero el destino le tenía reservado una muerte prematura, conmoviéndonos a todos los que formábamos parte de ese círculo profesional. Las enseñanzas en base a sacrificio y tenacidad, son las virtudes que nos llegaron a los amigos.

El Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” que presta sus servicios desde el 10 de agosto de 1972 como un 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, ha contribuido en su desarrollo con la formación del recurso humano siendo la primera residencia de Pediatría en nuestro país y pionera en la

elaboración de normas y aplicación de políticas de salud para contribuir a la disminución acelerada de la mortalidad infantil.

Del mismo modo ha desarrollado un sistema informático del expediente clínico que introduce a los usuarios externos (pacientes) en un registro que permite su admisión, atención y distribución en la consulta externa, internación, programación quirúrgica y servicios complementarios facilitando su acceso al sistema hospitalario.

Este desarrollo ha determinado que se le otorgue el certificado de Hospital acreditado por el Ministerio de Salud y Deportes.

Hoy el Hospital de Niño 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 y de internación, curación y rehabilitación así como de investigación. Hoy en día constituye el mayor centro de salud como Hospital Pediátrico a nivel Nacional.

5.1.13.-Organización estructural

La infraestructura constituye un elemento básico para la atención de pacientes se trata de un indicador primordial para medir la calidad y desempeño de las actividades que diariamente se realiza en el Hospital del Niño.

Para que una estructura sea eficiente, necesariamente tiene que contar con equipamiento, instrumental completo, medicamentos, insumos médicos, bioseguridad adecuada e insumos administrativos. La OMS y la OPS recomiendan: Que todo centro asistencial por encima de los 30.000 afiliados, obligadamente debe contar con todos los servicios de apoyo: laboratorio, farmacia, gabinete de ecografía, tomografía y Rx, estadística, etc.

Actualmente nos encontramos en ambientes cómodos y con amplio espacio suficiente, para atender a los pacientes que acuden a este hospital para recibir atención inmediata, oportuna y con calidad.

5.2 Marco Conceptual

5.2.1.-Calidad

La OMS define como requisitos de la calidad en salud: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la salud de la población. (26)

El diccionario de la real academia de la lengua española describe la calidad como aquella “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosas que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”. (27)

La Sociedad Americana para el Control de Calidad (A.S.Q.C) define el mismo término como “el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”. (28)

La norma ISO 9000, concibe la calidad como “el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos, necesidades o expectativas establecidas, que suelen ser implícitas u obligatorias”.

5.3 Marco Referencial

5.3.1.-Revisión bibliográfica

Autores Herly Alvarado, Diana Achury Saldaña. **Título** Prevención de los eventos adversos en las unidades de cuidado intensivo pediátricas Fecha de recepción: 28 de septiembre de 2015 Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2015 Javeriana.herly.alvarado@javeriana.edu.co Carrera 59 A número 134-15 Apto 402.Torre 4. COLOMBIA.

Los cuidados proporcionados por el equipo de salud a los pacientes pediátricos llevan implícito el riesgo de generar errores y, por consiguiente, eventos adversos que pueden ocasionar complicaciones, secuelas o incluso la muerte. Los eventos adversos que se presentan con mayor frecuencia en el paciente pediátrico son la infección, complicaciones de catéteres y medicamentos. Las acciones preventivas se deben orientar a la sensibilización del personal, notificación de errores, adecuado clima laboral, entrenamiento, uso de técnica aséptica y una adecuada cultura. El profesional de enfermería debe reconocer la importancia de aplicar

Acciones preventivas para contribuir a fortalecer la calidad del cuidado en el marco de la seguridad clínica. (29)

Autores Augusto Ferreira Umpiérrez¹, Zoraida Fort Fort², Virginia Chiminelli Tomás³ **Título** Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional.

El estudio tuvo como objetivo conocer los aspectos significativos que surgen de las enfermeras acerca de la experiencia de haber sido responsables de un evento adverso en salud. Estudio cualitativo, con enfoque hermenéutico dialéctico.

Muestra de 10 enfermeras que tuvieron al menos una experiencia de responsabilidad ante un evento adverso y cuatro supervisores de enfermería con responsabilidad de supervisión al ocurrir el evento. El análisis de los datos recogidos permitió construir categorías de análisis relacionadas con las necesidades de recursos humanos. Se identificaron aspectos relevantes respecto a la necesidad de fortalecer el sistema de recursos humanos y su selección, surgiendo la dotación de personal, la carga de trabajo, el trabajo en equipo y la formación permanente como aspectos significativos para las enfermeras. Los datos emergidos permiten visualizar un camino para poner en práctica intervenciones tendientes a colaborar con un sistema seguro de atención. (31)

Autores Claudia andrea ramírez Perdomo* alix Yaneth Perdomo romero** edna Fabiola Galán González **Título** Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 119 usuarios hospitalizados en la UCI. El instrumento utilizado fue el EVACALEN (Evaluación de la Calidad en Enfermería) elaborado por las autoras de la investigación. Para el análisis de datos se aplicaron estadísticos como: medidas de tendencia central, tablas de frecuencia, tablas generales y correlación de Pearson. Conclusiones: la categoría estructura logra una calificación mala en el 17,6% de los casos, regular en el 43,7% y buena en el 38,7%; la categoría procesos adquiere una calificación de mala en el 5% y regular en el 95%; la categoría resultados registra una calificación de mala en el 17,6%, regular en el

63% y buena en el 19,3%. La versión del cuestionario para evaluar la calidad del cuidado de enfermería consta de 44 ítems.

Mediante la determinación del Alfa de Cronbach del instrumento, con un valor de 0,848, confirmando así la validez y confiabilidad para medir la calidad del cuidado de enfermería. (31).

VI.-Diseño metodológico

6.1 Tipo de Estudio

6.1.1.-Metodología

Estudio Observacional, descriptivo

6.1.2.-Corte transversal

El presente estudio se realizara en un tiempo determinado y en un solo campo de trabajo.

6.2 Área de Estudio

6.2.1.-Población de estudio

Pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensiva Pediátrica del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría. Durante el Tercer Trimestre.

6.3 Universo y Muestra

6.3.1.-Universo

Total de pacientes internados Durante el periodo de estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

6.3.2.-Muestra

Pacientes con Evento Adverso reportados por enfermería de la Unidad de Cuidados Intensiva Pediátrica del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría.

6.3.3.-Muestreo

No Probabilístico Aleatorio Simple

6.3.4.-Técnica de muestreo

Se realizó un instrumento de recolección de datos en relación a las referencias bibliográficas y posteriormente se hizo la validación por expertos del área de medicina crítica y terapia intensiva, para posteriormente registrar en el tiempo de estudio de todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

6.4 Criterios de inclusión y exclusión

6.4.1.- Criterios de inclusión:

- ✓ Paciente crítico pediátrico

- ✓ Paciente crítico que presentaron eventos adversos (EA) notificados por enfermería.
- ✓ Atendidos por especialidad.
- ✓ Ocurridos durante la permanencia.

6.4.2.- Criterios de exclusión:

- ✓ Aquellos pacientes críticos adultos.
- ✓ Evento adverso ocurrido durante el ingreso.
- ✓ Eventos adversos ocurridos durante el traslado.
- ✓ Aquellos pacientes críticos neonatales.
- ✓ Aquellos pacientes críticos que presentaron incidentes o casi EA
- ✓ Se entiende como casi EA a una circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que cuando ocurre se incorporan fallas en los procesos de atención.

6.5 Método y técnica

6.5.1.-Recogida de datos

La unidad de cuidado intensivo pediátrico se presentó el proyecto ante las respectivas instancias institucionales para su aprobación por parte del comité de investigación y ética. Una vez emitida la autorización, se inició con la recolección de información. Cabe anotar que la confidencialidad de la información.

6.5.2.-Control de sesgos de selección

Para controlar este tipo de error, se realizó la revisión con mucho cuidado y con el mayor tiempo disponible por el investigador con la intención que los casos reportados correspondieran a Eventos Adversos.

6.6 Plan de tabulación y Análisis

Método Likert "EXCEL"

6.7 Consideraciones Éticas

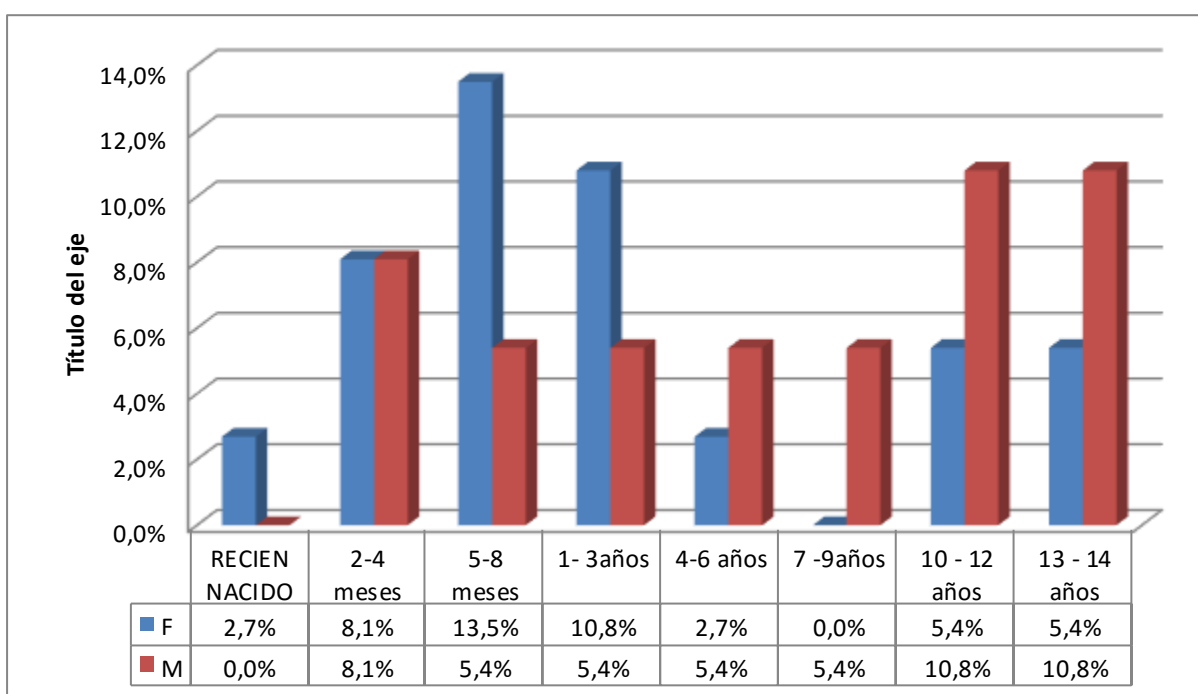
8.7.1.-Aspectos Éticos

Como la unidad de análisis es el evento adverso, se tuvo cuidado con la información registrada y se guardó la confidencialidad de la

misma. Sin embargo, se considera que por el tipo de investigación y por los objetivos de la misma no causa ningún impacto ambiental ni efecto directo, porque no manipulan variables que pongan en riesgo la salud de las personas sobre las cuales se analizan la frecuencia de Eventos Adversos.

VII Resultados

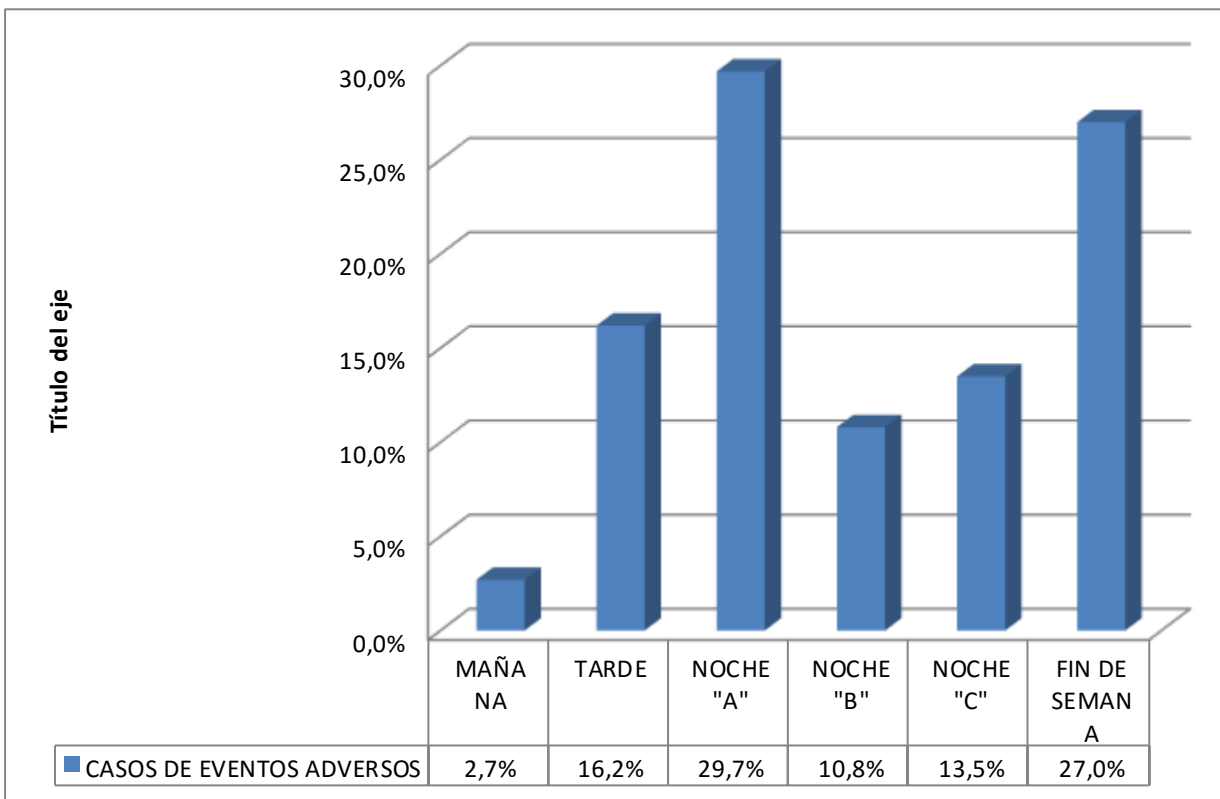
GRAFICO N° 1
EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EDAD Y SEXO DE
PACIENTES INTERNADOS
HOSPITAL DEL NIÑO “Dr. OVIDIO ALIAGA URIA”
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS
TERCER TRIMESTRE
GESTION 2017



FUENTE: ELABORACION PROPIA

ANALISIS: El Mayor Porcentaje se encuentra representado con el 51,3% de los pacientes de sexo Masculino que sufrieron Eventos Adversos. El 18,9% fueron pacientes de 5 a 8 meses de edad.

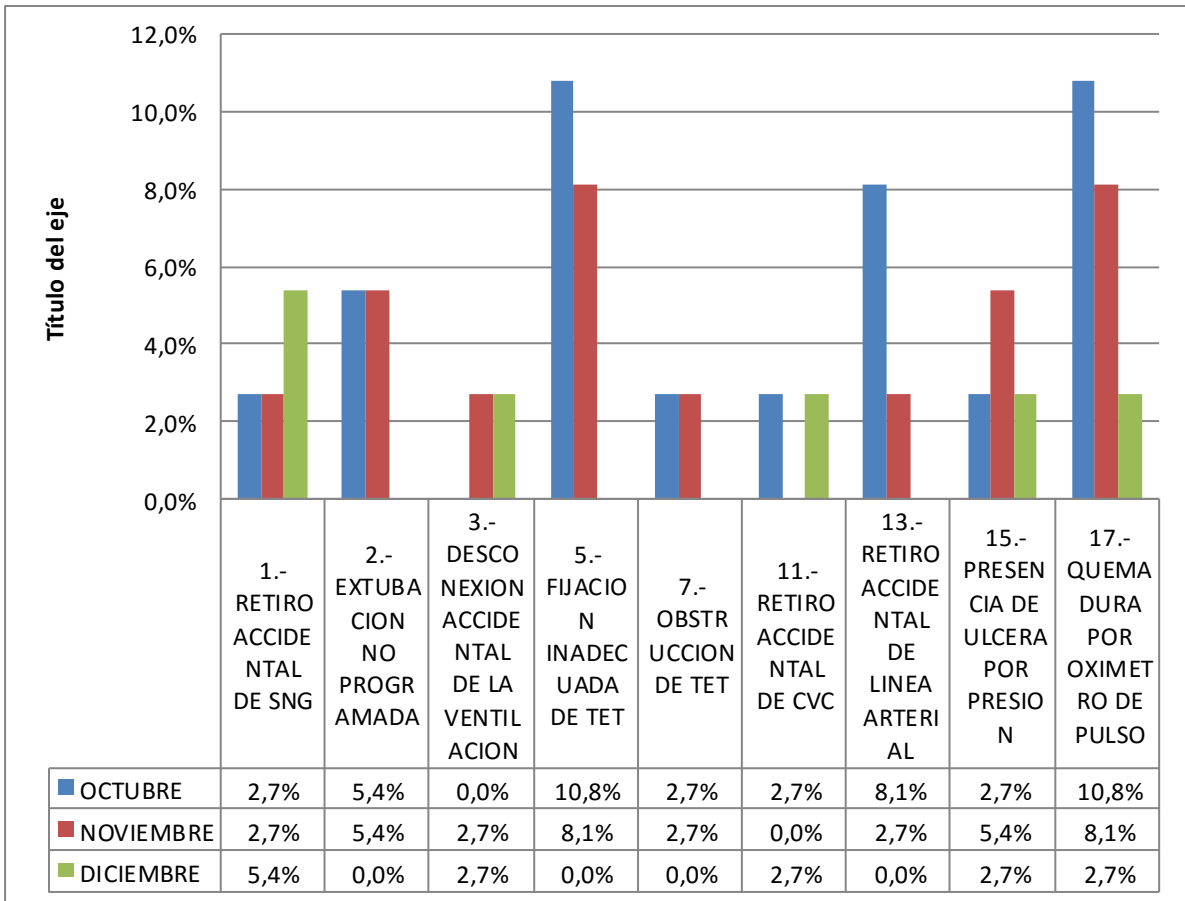
GRAFICO N° 2
EVENTOS ADVERSOS SEGÚN TURNOS
EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
TERCER TRIMESTRE
GESTION 2017



FUENTE: ELABORACION PROPIA

ANALISIS: El 29,7% de los casos fueron reportados por el turno Noche "A" y el 27% por el turno Fin de Semana. Y el resto de Turnos menor a 16,2%.

GRAFICO N°3
EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA
HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URIA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS
TERCER TRIMESTRE
GESTION 2017

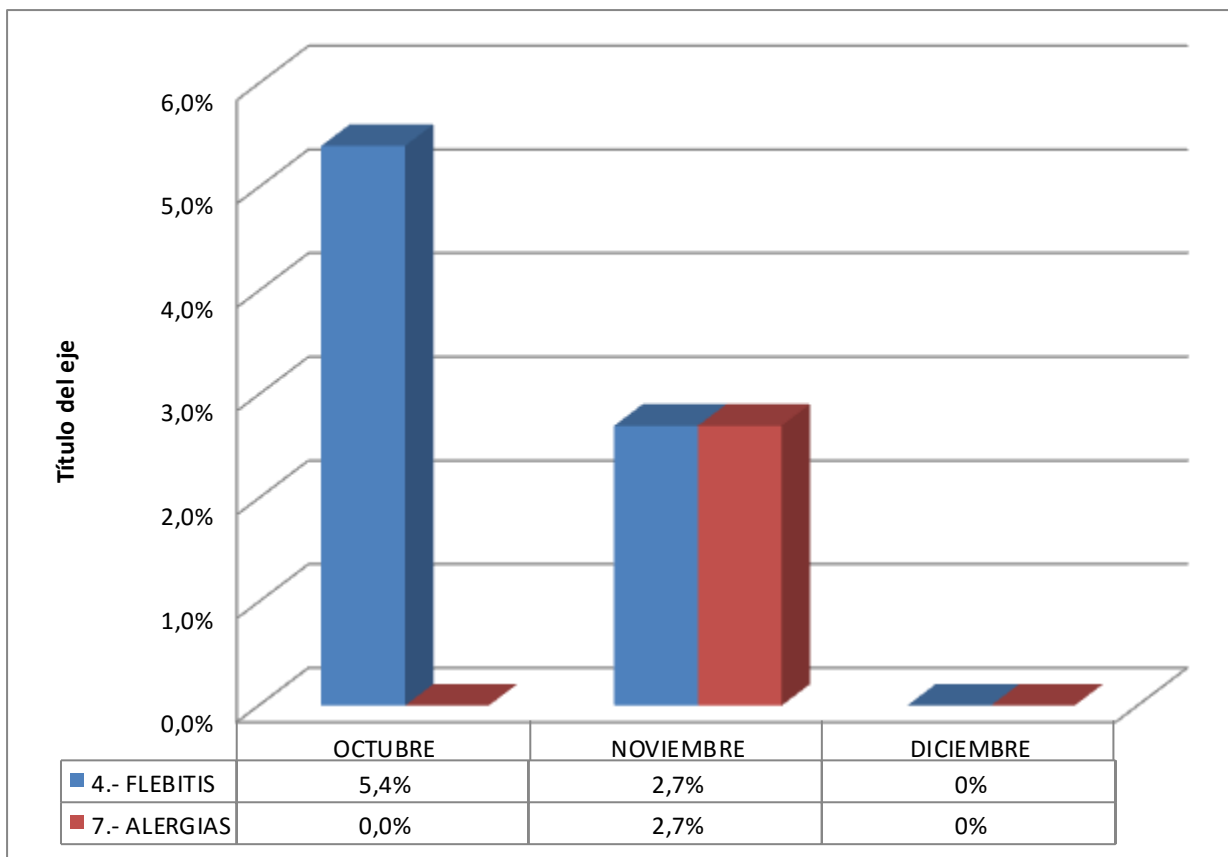


FUENTE: ELABORACION PROPIA

ANALISIS: El mayor porcentaje de Eventos Adversos reportador fueron en el mes de Octubre con el 45,9 %

Los cuidados representativos fueron en Relación a la Quemadura por Sensor de Oximetría, Fijación Inadecuada del Tubo Endotraqueal con un 21,6% en el mes de Octubre y Noviembre.

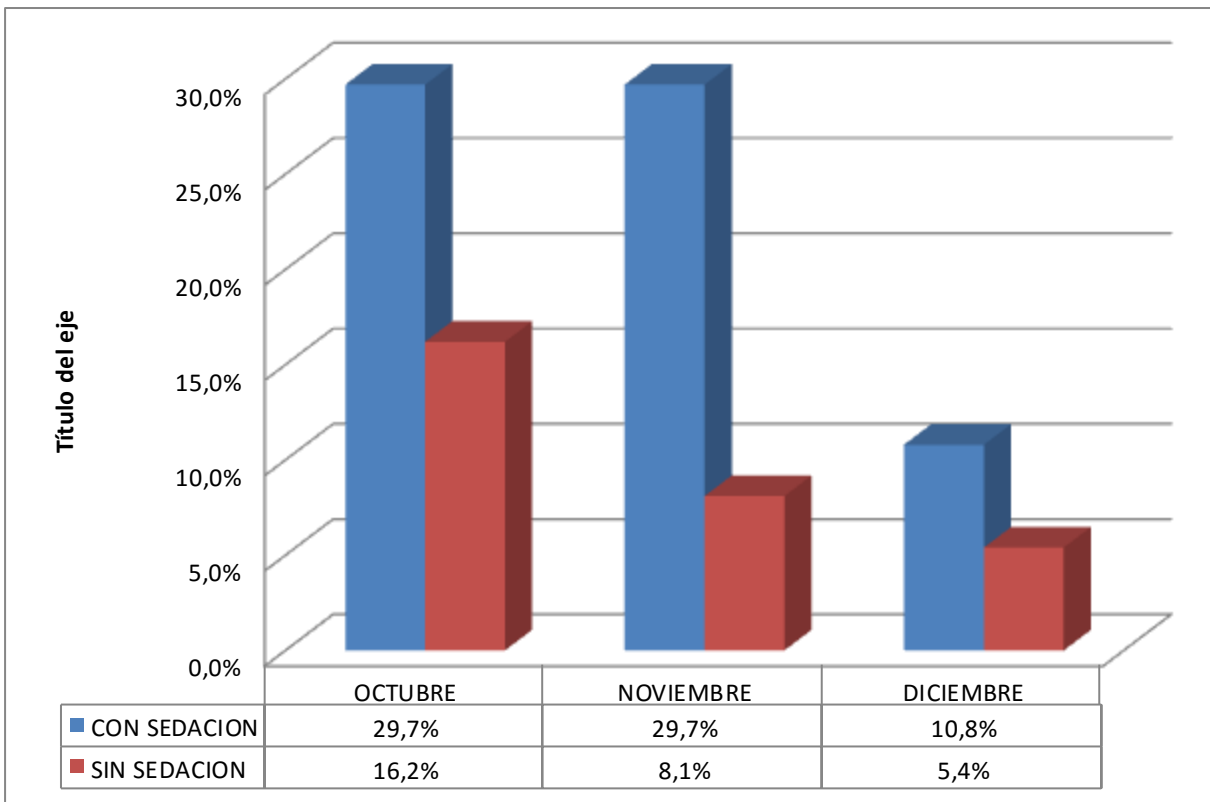
GRAFICO N°4
EVENTOS ADVERSOS EN RELACION A LA ADMINISTRACION DE
MEDICAMENTOS
HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URIA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS
TERCER TRIMESTRE
GESTION 2017



FUENTE: ELABORACION PROPIA

ANALISIS: El 10,8% de los pacientes internados sufrieron eventos relacionadas a la Administración de Medicamentos .El 5,4% de los pacientes sufrieron de Flebitis en el mes de Octubre y el 2,7% sufrieron alergias en el Mes de Noviembre.

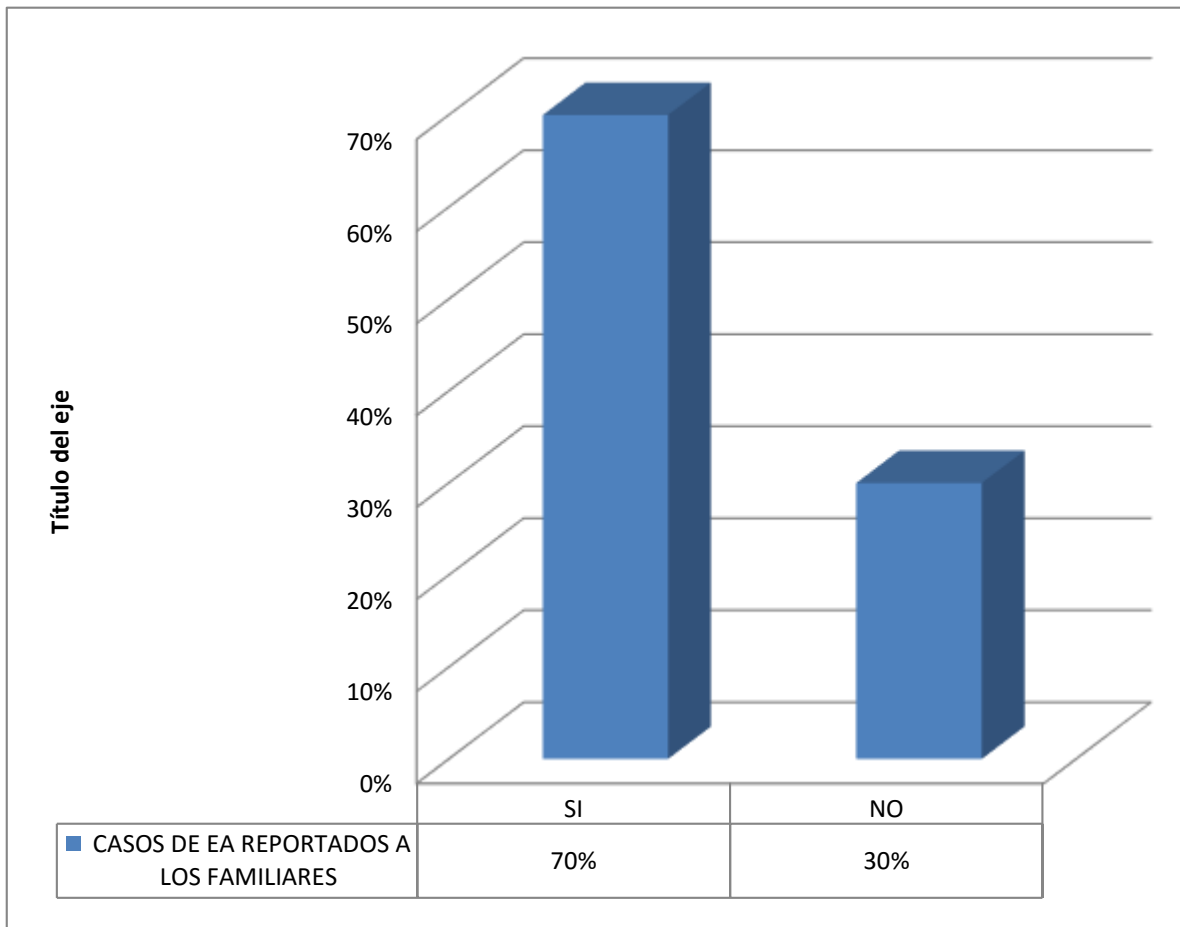
GRAFICO N°5
EVENTOS ADVERSOS EN RELACION A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS
HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URIA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS
TERCER TRIMESTRE
GESTION 2017



FUENTE: ELABORACION PROPIA

ANALISIS: El 40,5% de los pacientes internados sufrieron Eventos Adversos relacionados a los Procedimientos. El 27% de estos pacientes sufrieron Multipunción seguido del 10,8% que sufrieron de una Instalación Inadecuada de Sonda Vesical y con un mínimo porcentaje de 2,7% CVC en Arteria.

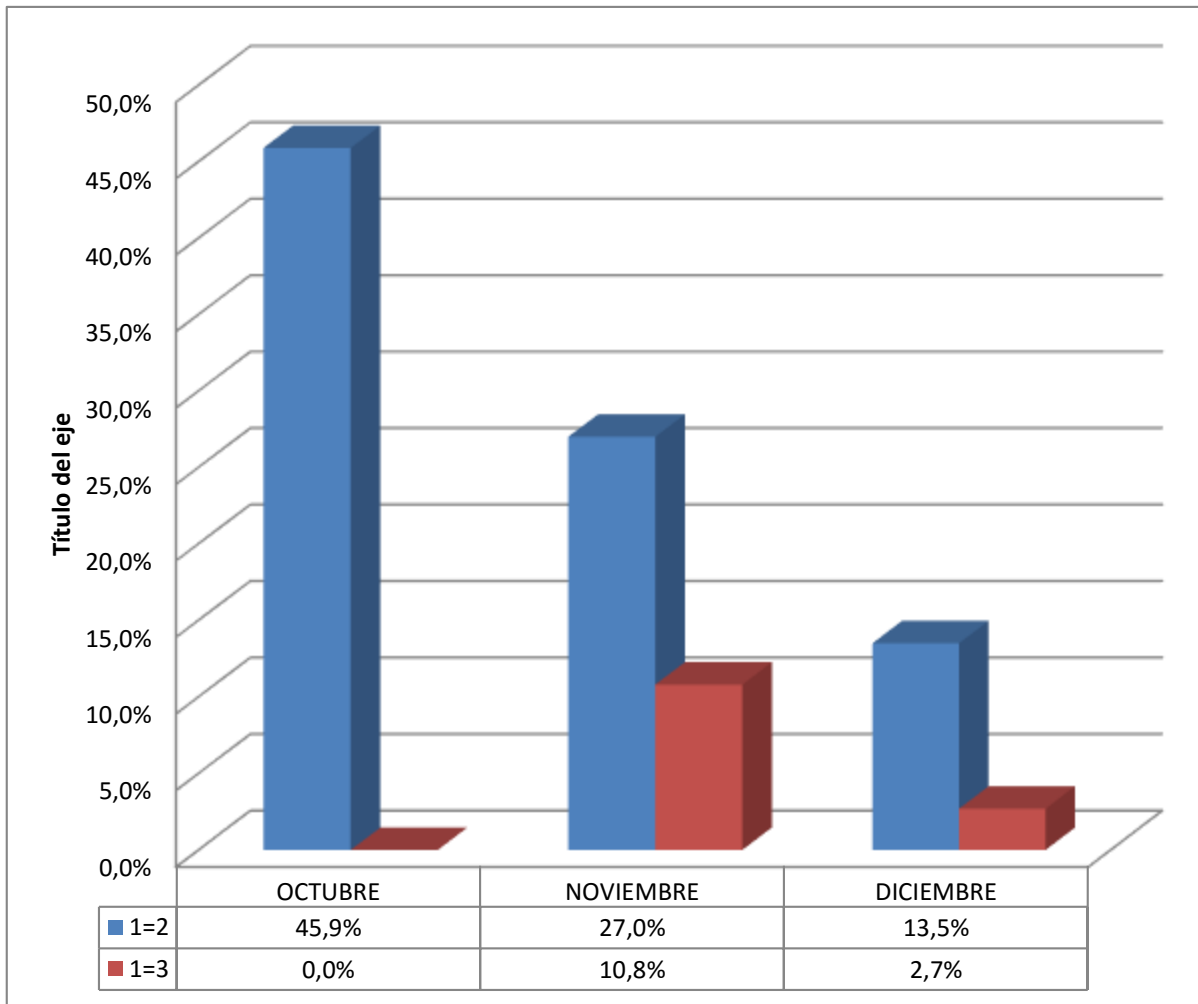
GRAFICO N°6
REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS A LOS FAMILIARES
HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URIA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS
TERCER TRIMESTRE
GESTION 2017



FUENTE: ELABORACION PROPIA

ANALISIS: EL 70% de los Eventos Adversos se informa a los familiares.

TABLA N°7
RELACION ENFERMERA PACIENTE
HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URIA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS
TERCER TRIMESTRE
GESTION 2017



FUENTE: ELABORACION PROPIA

ANALISIS: La Relación Enfermera Paciente (unos/ dos) estuvo fuertemente relacionada con los Eventos Adversos con el 86,4%

VIII Conclusión

1. La frecuencia de Eventos Adversos durante la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño 'Dr. Ovidio Aliaga Uría' fue de treinta y siete casos en total, en el mes de Octubre se reportaron cuarenta y cinco punto nueve por ciento, en el mes de Noviembre treinta y siete punto ocho por ciento y con un mínimo porcentaje de dieciséis punto dos.
2. La caracterización de los pacientes según edad se reporta que entre las edades de cinco a ocho meses que sufrieron Eventos Adversos con un porcentaje de dieciocho punto nueve por ciento. Es seguido por pacientes de uno a tres años con un dieciséis punto dos por ciento y con porcentaje inferiores de dos punto siete por ciento están los Recién Nacidos. Según sexo, fue más relevante el sexo masculino con un cincuenta y uno punto tres por ciento seguido del sexo femenino con un cuarenta y ocho punto seis por ciento.
3. El análisis de casos reportados por turno, es de veintinueve punto siete por ciento por el turno Noche "A" seguido del turno Fin de Semana con un veintisiete por ciento. Y el resto de los turnos menor a dieciséis punto dos por ciento.
4. La frecuencia de los principales tipos de Eventos Adversos relacionado:
 - CUIDADOS DE ENFERMERÍA En el mes de Octubre se reportaron cuarenta y cinco punto nueve por ciento de casos con un mayor porcentaje seguido del mes de noviembre que fue de treinta y siete punto ocho por ciento. Los eventos adversos representativos fueron:
 - ✓ Quemadura por Sensor de Oximetría, en un veintiuno punto seis por ciento.
 - ✓ Fijación Inadecuada del Tubo Endotraqueal con diecinueve por ciento. reportado en el mes de Octubre y Noviembre.
 - ✓ Retiro Accidental de Línea Arterial, presencia de Ulceras Por Presión, Retiro Accidental de Sonda Nasogástrica en un porcentaje de diez punto ocho por ciento.

- ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS solo el diez punto ocho por ciento de los pacientes internados sufrieron eventos relacionadas a la Administración de Medicamentos
 - ✓ Flebitis.- El mes de Octubre se reportaron cinco punto cuatro por ciento de casos.
 - ✓ Alergias.- El Mes de Noviembre se reportaron dos punto siete por ciento
 - EN RELACIÓN A LOS PROCEDIMIENTOS el cuarenta punto cinco por ciento de los pacientes internados sufrieron Eventos Adversos relacionados a los Procedimientos.
 - ✓ Multipunción.- El veintisiete por ciento de estos pacientes sufrieron el evento adverso.
 - ✓ Instalación Inadecuada de Sonda Vesical con diez punto ocho por ciento.
 - ✓ Catéter Venoso Central en Arteria con un mínimo porcentaje de dos punto siete por ciento de los eventos adversos en relación a los procedimientos.
5. Determinado que el setenta por ciento de los Eventos Adversos se informa a los familiares.

IX Recomendación

Es por eso que es importante que el personal sea capacitado, que se cuente con los insumos y materiales necesarios para poder prevenir los diferentes EA. Los hallazgos presentados en esta investigación, permiten establecer aspectos de mejoramiento en la prestación del cuidado de enfermería en los servicios de salud y para intervenir en los aspectos esenciales del cuidado, estableciendo planes de mejoramiento que le permitan fortalecer la relación enfermera paciente en la que el cuidado se convierta en la base del que hacer de enfermería.

- ✓ El conocer y reportar los eventos adversos es útil, es un paso absolutamente necesario para su corrección y así obtener una mejoría en la seguridad del paciente. Al conocer la existencia diaria de eventos adversos derivados de fallas humanas o de sistemas, es el primer paso para la corrección de éstos. Asimismo para mejorar el margen necesario de seguridad de los pacientes, teniendo una conducta proactiva para efectuar los cambios necesarios al sistema, en búsqueda de la disminución de las posibilidades que éstos ocurran.
- ✓ Recomendamos Implementar un Proyecto de Intervención de mejora continua en relación a los reportes de Eventos Adversos. Que esto sea una política permanente en las UCIP, incorporándolos a los indicadores de salud en búsqueda de una permanente mejoría en la calidad.

X Referencias Bibliográficas

1. (O.M.S.) 10MdiS. www.who.int/es/. [Online].; 2010 [cited 2017 agosto miércoles].
2. Gómez a ea. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente:cuidar es pensar. Rev. aquichán. 2012 Octubre; 6(54-67).
3. lake e sjksdn. patient falls: association with hospital magnet status and nursing unit staffing. Res nurs health. 2010 Octubre; 33(413-25).
4. Martínez aa hcGg2mj, 18(3):42-9. fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería.. Rev. latino-am enfermagem.. 2013 Mayo - Junio; 18(3)(42-9).
5. Gómez a ea. dilemas éticos frente a la seguridad del paciente:cuidar es pensar.. Rev aquichán. 2012 Octubre ; 6(1)(54-67).
6. lake e sjksdn. patient falls: association with hospital magnet status and nursing unit staffing. Res nurs health. 2012 Octubre ; 33(5)(413).
7. Martínez aa hcGg. fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Rev latino-am enfermagem.. 2013 Mayo- Junio; 18(3)(42).
8. DONCHIN. Una mirada en la naturaleza y las causas de los errores humanos en la unidad de cuidados intensivos. Crit Care Med.. 2012 Noviembre; 23(294-300).
9. Reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. [Online].; 2014 [cited 2017 Julio Jueves. Available from: HYPERLINK "Texto libre en [http:// www3.sap.org.ar/staticfi](http://www3.sap.org.ar/staticfi)" [Texto libre en http:// www3.sap.org.ar/staticfi](#) .
- 10 los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes. [Online].; 2010 [cited 2017 Agosto Jueves. Available from: HYPERLINK " [Sitio web]. what is medication error? " [\[Sitio web\]. what is medication error?](#) .
- 11 Los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. Arch argent pediatr.; scielo.org.ar. 2012 Julio; 102(5)(402-15).
- 12 Anaya-prado Pn,mp,Gial. El rol de las organizaciones médicas ante el evento adverso y errores médicos. texto libre en <http://www.medigraphic.com/p>. 2012 Noviembre; 33(168-72.).

- 13 Arch argent pediater. los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. [Online].; 2013 [cited 2017 Noviembre Martes. Available from: HYPERLINK "Texto libre en <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a14.pdf>" Texto libre en <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a14.pdf> .
- 14 Pierson s hrgswcarjm. preventing medication errors in long-term care: results and evaluation of a large scale web-based error reporting system. qual saf health care. Texto libre en. 2012 Septiembre; 16(4)(297-302).
- 15 Organization texto libre en http. [Online].; 2014 [cited Diciembre Diciembre Miercoles. Available from: HYPERLINK "www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf" www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf .
- 16 Echevarría-zuno s Scfgdsabacel. Texto libre en http eventos adversos en cirugía.. [Online].; 2011 [cited 2017 Septiembre jueves. Available from: HYPERLINK "www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cg113e.pdf" www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cg113e.pdf .
- 17 Franco a. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colombia médica.. 2011 Abril - junio ; 36(2).
- 18 Ministerio de la protección social. [Online].; 2012 [cited 2017 Diciembre Martes. Available from: HYPERLINK "https://www.minsalud.gov.co/.../Paginas/Indicadores-Calidad-Resolución-1446-de-20..." <https://www.minsalud.gov.co/.../Paginas/Indicadores-Calidad-Resolución-1446-de-20...> .
- 19 Aguirre-gas H, Vázquez F. Revista cir ciruj. 2013 Noviembre – Diciembre ; 74(6).
- 20 GOMEZ IEÁ. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar.. Aquichan. 2013 Octubre; 6(2).
- 21 COUISNS C. Sistema de reporte en errores en la medicación. Asociación farmacéutica americana. 2012 Diciembre; 18(1-20).
- 22 Aiken I. Equipo de enfermeras en el hospital y mortalidad de pacientes. Burnout en enfermeras e insatisfacción en el trabajo. JAMA. 2012 Septiembre;(288).

- 23 CIE 2. Seguridad de los pacientes, declaración del consejo internacional de enfermeras. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre Viernes. Available from: HYPERLINK "instituciones.sld.cu/.../Foro-RH-LA_Declaraci3n-CIE-sobre-la-formaci3n-y-la-pr3ctic..."instituciones.sld.cu/Foro-RH-LA_Declaraci3n-CIE-sobre-la-formaci3n-y-la-pr3ctic.
- 24 DONCHIN.. Una mirada en la naturaleza y las causas de los errores humanos en la unidad de cuidados intensivos.. Crit Care Med.. 2012 Octubre; 23(294-300).
- 25 América Error es humano: construyendo un sistema de salud seguro. [Online].; 2012 [cited 2017 Octubre Viernes. Available from: HYPERLINK "www.fundasamin.org.ar/download.php?id2=2&id=71"www.fundasamin.org.ar/download.php?id2=2&id=71 .
- 26 Manual de gerencia de la calidad organización panamericana de la salud. Fundación w.k. kellogg. [Online].; 2013 [cited 2017 Noviembre Lunes.
- 27 española. España: espasa calpe;. [Online].; 2012 [cited 2017 Diciembre Viernes.
- 28 Rafael. Área de planificación y calidad gerencia hospital general universitario valencia. [Online].; 2011 [cited 2017 Septiembre Martes.
- 29 Herly Alvarado DAS. Prevención de los eventos adversos en las unidades de cuidado intensivo pediátricas salud unínorte. Javeriana.herly.alvarado@javeriana.edu.co. 2016 Octubre; 32 (1):(144-152).
- 30 Augusto Ferreira Umpiérrez1 ZFFVCT. Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. SCIELO. 2015 abr-jun; 24(2)(310).
- 31 González Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. av.enferm. 2013 Septiembre; 1(42-51).

XI Anexo

Instrumentos de recolección de datos
HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS EVENTOS ADVERSOS

TITULO: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, TERCER TRIMESTRE-2017.

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE:.....

EDAD:.....

SEXO: MASCULINO FEMENINO

TIEMPO DE INTERNACIÓN:.....

TURNO: MAÑANA TARDE NOCHE: A B C FIN DE SEMANA

I.- CATEGORIA N 1

RELACIONADO AL CUIDADO

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Retiro Accidental de SNG | <input type="checkbox"/> | 10. Re Intubación | <input type="checkbox"/> |
| 2. Extubación no Programada | <input type="checkbox"/> | 11. Retiro Accidental de CVC | <input type="checkbox"/> |
| 3. Desconexión accidental de la ventilación | <input type="checkbox"/> | 12. Retiro Accidental de SONDA VESICAL | <input type="checkbox"/> |
| 4. Obstrucciones de TRAQUEOSTOMIA | <input type="checkbox"/> | 13. Retiro Accidental de Línea Arterial | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fijación Inadecuada de TET | <input type="checkbox"/> | 14. Lesión por Inmovilización | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bronco Aspiración | <input type="checkbox"/> | 15. Presencia de Ulcera por Presión | <input type="checkbox"/> |
| 7. Obstrucciones de TET | <input type="checkbox"/> | 16. Caídas | <input type="checkbox"/> |
| 8. Atelectasia | <input type="checkbox"/> | 17. Quemadura por Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> |
| 9. Barotrauma | <input type="checkbox"/> | | |

II.- CATEGORÍAS N 2

RELACIONADO A LOS MEDICAMENTOS

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Rotulación de Frascos | | 4. Flebitis | <input type="checkbox"/> |
| Multidosis Inapropiados | <input type="checkbox"/> | 5. Quemaduras por Fármacos | <input type="checkbox"/> |
| 2. Reconstitución Inadecuada | <input type="checkbox"/> | 6. Dosis errada | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dilución Errada | <input type="checkbox"/> | 7. Alergias | <input type="checkbox"/> |

III.- CATEGORÍAS N 3

RELACIONADO LOS PROCEDIMIENTOS

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. SNG en Vía Aérea | <input type="checkbox"/> | 4. Acceso Vascular Venoso Periférico en Arteria | <input type="checkbox"/> |
| 2. Instalación Inadecuada de Sonda Vesical | <input type="checkbox"/> | 5. CVC en Arteria | <input type="checkbox"/> |
| 3. Percutáneo en Arteria | <input type="checkbox"/> | 6. Multipunción | <input type="checkbox"/> |

VI.- OTROS N 3

REPORTE A LA FAMILIA: SI NO

RELACION ENFERMERA PACIENTE 1:2 1:3 1:4

Nombre del responsable.....

FECHA.....

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



**PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EN LA ATENCION DE ENFERMERIA DEL
PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIATRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”
GESTION 2018**

POSTULANTE: Lic. Franklin Choque Mamani

TUTOR: MSc Lic. Soledad E. Quispe A.

**ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION DE LA
ESPECIALIDAD ENFERMERIA MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA
LA PAZ- BOLIVIA**

2018

Contenido

Contenido	52
I.-Introducción	55
II.-Justificación	56
III.-Objetivo General	57
IV.- Objetivos Específicos	57
V.-Desarrollo de Trabajo	58
5.1. Protocolo	58
5.2. Procedimiento	58
5.3. Seguridad	58
5.4. Protocolos de Enfermería	58
5.5. Procedimientos de enfermería	58
5.6. Seguridad del paciente según la OMS	59
VI.- PROTOCOLO	60
6.1.-REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS POR LA RESPONSABLE DE TURNO	60
6.1.1.-Autor	60
6.1.2.-Definición	60
6.1.3.-Objetivos	60
6.1.4.-Material	60
6.1.5.-Ejecutante (Recursos Humanos)	60
6.1.6.-Colaborador	60
6.1.7.-Procedimiento	60
6.1.8.-Recomendaciones	61
6.2.-MANEJO DE OXIMETRO DE PULSO	62
6.2.1. Autor	62
6.2.2. Definición	62
6.2.3. Objetivos	62
6.2.4. Material	62
6.2.5. Ejecutante (Recursos Humanos)	62

6.2.6. Colaborador.....	62
6.2.7. Procedimiento.....	62
<u>6.3.-TECNICA DE FIJACION DE TUBO ENDOTRAQUEAL.....</u>	64
6.3.1. Autor.....	64
6.3.2. Definición.....	64
6.3.3. Objetivos.....	64
6.3.4. Material.....	64
6.3.5. Ejecutante (Recursos Humanos).....	64
6.3.6. Colaborador.....	64
6.3.7. Procedimiento.....	64
<u>6.4.-INSTALACION Y MANEJO DE VIAS VENOSAS PERIFERICAS.....</u>	65
6.4.1. Autor.....	65
6.4.2. Definición.....	65
6.4.3. Objetivos.....	65
6.4.5. Material.....	65
6.4.6. Colaborador.....	66
6.4.7. Procedimiento.....	66
<u>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VÍA VENOSA PERIFÉRICA.....</u>	67
<u>ELECCIÓN DE LA VENA EN UN ACCESO VENOSO PERIFÉRICO:.....</u>	67
<u>MÉTODO DE FIJACIÓN DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO:.....</u>	67
<u>CAMBIO O RETIRADA DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO:.....</u>	68
<u>6.5.-INSTALACION DE CATETERISMO VESICAL.....</u>	69
6.5.1. Autor.....	69
6.5.2. Definición.....	69
6.5.3. Objetivo.....	69
6.5.4. Material.....	69
6.5.5. Ejecutante (Recursos Humanos).....	69
6.5.6. Colaborador.....	69
6.5.7. Procedimiento.....	69

6.5.8. Recomendaciones	70
6.6.-MANEJO DE CATETER VENOSO CENTRAL	71
6.6.1. Autor	71
6.6.2. Definición	71
6.6.3. Objetivos	71
6.6.4. Material	71
6.6.5. Ejecutante (Recursos Humanos)	72
6.6.6. Colaborador	72
6.6.7. Procedimiento	72
OBSERVAR DIARIAMENTE:	73
CAMBIOS SISTEMAS DE INFUSIÓN Y CONEXIONES:	74
MANTENIMIENTO DE LA PERMEABILIDAD DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL:	74
PREVENIR IAAS:	75
CURACIÓN DEL SITIO DE INSERCIÓN	75
VII.-Referencias Bibliográficas	75

I.-Introducción

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente establece que: “Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño.

La Calidad del Cuidado y Seguridad del Paciente indica prioridad Primaria una Cultura de Seguridad, Entrenamiento ,Capacidad , Normalización, Rediseño de Procesos, Uso de Tecnologías, Alerta, Vigilancia; como secundario Notificación de Incidencias, Mejora de los Sistemas de Comunicación y por último Actuación proactiva con el paciente informándole precozmente y por ultimo Analiza detallado de Eventos Adversos, Atención Clínica del paciente.

El trabajo que se presenta a continuación pretende proporcionar un sustento teórico que brinde la oportunidad de reconocer los errores que de manera más frecuente que se presentan en el proceso de atención del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, información que constituirá una herramienta con la que los profesionales de enfermería den un primer paso en la retroalimentación y construcción de procesos de transformación que incluyan el desarrollo de habilidades, actitudes, conocimientos y aptitudes que propicien el cambio, la excelencia, el empoderamiento y el liderazgo que enfermería tiene y debe fortalecer frente a la seguridad de los pacientes y brindar así cuidado con calidad al paciente en estado crítico.

II.-Justificación

La seguridad del paciente es un componente clave en la calidad asistencial, que desean ser tratados de un modo seguro y confiar plenamente de los cuidados que reciben, como por los gestores y profesionales que desean ofertar una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Es importante generar mecanismos de control que permitan prevenir errores. Pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la «reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud». Tal seguridad es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad, Por lo que es necesario desarrollar una cultura de seguridad que por una parte acepte los riesgos inherentes a la asistencia sanitaria y por otra, hable abiertamente de incidentes o errores.

Logrando una Información que de manera directa de treinta y siete casos de Eventos Adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital del Niño puede ser utilizada en mecanismos de prevención que eviten la aparición de los eventos adversos y que por lo mismos permitan perfeccionar procesos y mejorar la calidad de la atención de Enfermería basados en un sistema de prevención inicial de riesgos, donde se fundamenta todo el trabajo, pues como se ha descrito antes, los Eventos Adversos son prevenibles; con todo lo descrito el estudio también permitirá mostrar una imagen institucional de calidad y seguridad.

III.-Objetivo General

Implementar protocolos de seguridad en la Atención de Enfermería del Paciente Crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” Gestión 2018

IV.- Objetivos Específicos

1. Desarrollar Procedimientos de Seguridad en la Atención de Enfermería mediante Registro de Eventos Adversos por la Responsable de Turno.
2. Desarrollar Procedimientos de Seguridad en la Atención de Enfermería mediante Manejo de Oximetría de Pulso.
3. Desarrollar Procedimientos de Seguridad en la Atención de Enfermería mediante la Técnica de Fijación del Tubo Endotraqueal
4. Desarrollar Procedimientos de Seguridad en la Atención de Enfermería mediante el Manejo e Instalación de las Vías Venosas Periféricas.
5. Desarrollar Procedimientos de Seguridad en la Atención de Enfermería mediante los Procedimientos de Instalación de Cateterismo Vesical.
6. Desarrollar Procedimientos de Seguridad en la Atención de Enfermería mediante el Manejo de Catéter Venoso Central.

V.-Desarrollo de Trabajo

5.1. Protocolo

Es un documento o una normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones.

5.2. Procedimiento

Es un término que hace referencia a la acción que consiste en proceder, que significa actuar de una forma determinada. El concepto, por otra parte, está vinculado a un método o una manera de ejecutar algo.

5.3. Seguridad

Ausencia de riesgo o a la confianza en algo o en alguien. "El estado de bienestar que percibe y disfruta el ser humano".¹

5.4. Protocolos de Enfermería

Son uno de los pilares básicos para determinar la forma de actuar y el compromiso de los profesionales de la salud en el desarrollo de los cuidados que llevan a cabo.

Los profesionales de la salud disponen de diversas herramientas que ayudan a tomar decisiones, estas herramientas son los protocolos, las guías y los procedimientos, entre otras.

Los protocolos de enfermería son documentos que además de establecer una normativa para la práctica, constituyen una importante fuente de información y facilitan la incorporación de nuevos profesionales. Por lo tanto, los protocolos deben ser actualizados para adaptarse a todas las novedades y reducir la variabilidad de la práctica clínica.²

5.5. Procedimientos de enfermería

Persiguen el objetivo de protocolizar todas las acciones que realiza la Enfermera entendiendo, no obstante que la descripción de un procedimiento, no puede ser en ningún caso algo rígido e inamovible, cuando de profesionales se trata, sino una guía para la praxis enfermera.

Sujeta a cuantos cambios sean necesarios a tenor de los nuevos avances científicos. Las claves que justifican la importancia de disponer de un Manual de

Procedimientos de Enfermería son: unificar criterios, mejoran el aprovechamiento de los recursos, ayudan a la investigación, orientan al personal de nueva incorporación y son base para el control de calidad. 3

5.6. Seguridad del paciente según la OMS

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria. 4

VI.- PROTOCOLO

6.1.-REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS POR LA RESPONSABLE DE TURNO

6.1.1.-Autor

Licenciado Choque Mamani Franklin

6.1.2.-Definición

Documento donde se registra una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.

6.1.3.-Objetivos

Implementar el registro de un Documento "Registro de Eventos Adversos", que guie las acciones de la Licenciada en Enfermería Responsable de turno del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliga Uría", Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

6.1.4.-Material

Cuaderno de registro de Eventos Adversos

6.1.5.-Ejecutante (Recursos Humanos)

Licenciada en Enfermería responsable del Turno de la Unidad de Cuidos Intensivos.

6.1.6.-Colaborador

Ninguno

6.1.7.-Procedimiento

1. Toma de guardia de Responsable saliente a responsable éntrate, con novedades de la sala, drogas y libros de novedades.
2. Categorización del Paciente, señalización de los pacientes infectados.
3. Pase de enfermería para tener conocimiento de la evolución de todos los pacientes internados y distribución según carga de trabajo.
4. Registro de problemáticas con relación a la mono dosis.
5. Registro de Eventos Adversos.
6. Identificar el EA.
7. Anotar el Diagnóstico del paciente.
8. Anotar la edad, sexo.

9. Anotar tiempo de internación y turno.
10. Identificar el Evento Adverso y marcar a la categoría correspondiente.
11. Marcar si se reportó a la familia sobre el EA.
12. Marcar la relación enfermera paciente.
13. Describir la presencia de consecuencias.
14. Anotar el nombre del responsable y fecha.

6.1.8.-Recomendaciones

Las responsables de turno deberán unificar datos Estadísticos de Eventos Adversos mensualmente, socializar a sus turnos correspondientes y prevenir mediante la elaboración de protocolos y la respectiva aplicación.

6.2.-MANEJO DE OXIMETRO DE PULSO

6.2.1. Autor

Licenciado Choque Mamani Franklin

6.2.2. Definición

La oximetría es un procedimiento para medir la concentración del oxígeno en la sangre. La prueba se utiliza en la evaluación de varias condiciones médicas que afectan a la función del corazón y los pulmones.

6.2.3. Objetivos

Evitar quemadura por Oxímetro de Pulso durante la monitorización del paciente crítico en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del Hospital del Niño” Dr. Ovidio Aliga Uría”.

6.2.4. Material

- Oxímetro de Pulso
- Monitor

6.2.5. Ejecutante (Recursos Humanos)

Licenciada en Enfermería

6.2.6. Colaborador

Auxiliar en Enfermería

6.2.7. Procedimiento

1. Elegir el Oxímetro de Pulso según el tamaño del paciente.
2. Utilizar un lugar bien perfundido que cubra completamente el detector del sensor, como los dedos de la mano no dominante, puede ponerse en el pie (dedo al lado del gordo del pie), pero hay que verificar que no tenga mala circulación en las extremidades inferiores.
Si el paciente tiene mala circulación periférica, intentar en el lóbulo de la oreja o incluso sobre la nariz.
3. No restringir la circulación con excesiva presión si ponemos cinta adhesiva.
4. Los dedos han de estar limpios y secos para pegar el sensor.
5. Si hay esmalte de uñas, retirarlo antes.
6. La fuente de luz arriba. Una vez pegado el sensor, conectar el cable al sensor respetando la forma del mismo.

7. Puede pegarse el cable a la mano con una tira de esparadrapo a una cierta distancia (de 8 a 15 cm) para que los tirones que se produzcan no despeguen el sensor.
8. Cambiar el sensor de sitio al menos cada 3 horas para prevenir lesiones por presión o quemaduras.
9. Si la luz ambiental es muy fuerte, o sobre el sensor incide luz directa muy intensa, puede alterar la medición. Será necesario cubrirlo con algodón o venda.
10. No reesterilizar el sensor.

6.3.-TECNICA DE FIJACION DE TUBO ENDOTRAQUEAL

6.3.1. Autor

Licenciado Choque Mamani Franklin

6.3.2. Definición

La Fijación del Tubo Endotraqueal es la sujeción con Tela Adhesiva que no comprima el cuello evitando el retorno venoso del cerebro al tórax, lesiones dérmicas o por presión, una de las rutinas diarias de enfermería en unidades como UCI, Quirófano.

6.3.3. Objetivos

- Mantener en el paciente una adecuada ventilación y oxigenación.
- Unificar criterios en el manejo de pacientes con tubo Endotraqueal

6.3.4. Material

- Tijeras
- Tela Micropore
- Esparadrapo

6.3.5. Ejecutante (Recursos Humanos)

Licenciada en Enfermería

6.3.6. Colaborador

Licenciada en Enfermería o Auxiliar en Enfermería Capacitada

6.3.7. Procedimiento

1. Cortar las siguientes telas: Una pieza de tela micropore en forma de (L).
2. Una tela Esparadrapo en forma horizontal en 3 partes "Forma de Pantalón", dejando un extremo de 1,5 cm. Sin cortar.
3. Aplicar una tela pequeña en el lugar de fijación.
4. Colocar las telas base sobre el labio superior o inferior.
5. Fijar el tubo al lado derecho o izquierdo de la comisura labial, esta fijación se debe ir rotando de lado.
6. Se fija primero la parte superior de la tela se fija el labio, por debajo del micropore y la tela del centro se enrolla alrededor del tubo Endotraqueal, la parte inferior de la tela se fija enrolla a alrededor del tubo.

6.4.-INSTALACION Y MANEJO DE VIAS VENOSAS PERIFERICAS

6.4.1. Autor

Licenciado Choque Mamani Franklin

6.4.2. Definición

ACCESO VENOSO PERIFÉRICO.- Abordaje a una vena superficial de localización extra aponeurótica, generalmente en las extremidades superiores siendo más excepcional las extremidades inferiores en los adultos que en neonatos.

CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO (CVP) .- Cánula flexible en condiciones de esterilidad para la administración de medicación endovenosa, nutrición, hemoderivados y extracción sanguínea, garantizando la permeabilidad de una vía de acceso venosa periférica.

6.4.3. Objetivos

- Unificar criterios en el equipo de salud para la instalación y manejo de los pacientes con vías venosas periféricas.
- Minimizar las complicaciones relacionadas con la presencia de dispositivos periféricos, mediante un correcto manejo.

6.4.5. Material

- Catéteres intravenosos de diferentes calibres
- Llaves de tres pasos, o tapas heparinizadas
- Apósito estéril
- Tela adhesiva
- Torundas de algodón secas
- Antiséptico Alcohol al 70%
- Jeringa con suero fisiológico (para cebar y comprobar permeabilidad)
- Ligadura
- Guantes de procedimiento
- Alargador estéril de conexión al suero (opcional)
- Contenedor para material corto punzante
- Ejecutante (Recursos Humanos)

- Licenciada en Enfermería

6.4.6. Colaborador

Auxiliar en Enfermería Capacitada

6.4.7. Procedimiento

1. Realice lavado clínico de manos.
2. Acomode e informe al paciente procedimiento a realizar.
3. Solicite ayuda para inmovilización.
4. Inspección de sitio a puncionar.
5. Limpie sitio de punción (agua y jabón) con suciedad visible.
6. Colóquese guantes de procedimiento.
7. Coloque ligadura.
8. Limpie la zona con solución antiséptica (Alcohol 70%) y espere evaporación.
9. Realice punción.
10. Soltar la fijación, cuando observe el retorno venoso, retire mandril y deposítelo en contenedor de material corto punzante.
11. Conecte la llave de tres pasos, y/o alargadores que se usarán para administrar soluciones o medicamentos.
12. Asegurar circuito cerrado en todo el sistema y verificar vigencia.
13. Proteja zona de inserción del catéter con apósito estéril, luego complete la fijación con tela adhesiva, registre fecha, calibre del catéter, nombre de la persona responsable del procedimiento sobre fijación.
14. Registre en Hoja de Enfermería procedimiento.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VÍA VENOSA PERIFÉRICA

ELECCIÓN DE LA VENA EN UN ACCESO VENOSO PERIFÉRICO:

1. Los catéteres insertados en la mano tienen un menor riesgo de flebitis que los que se insertan en la muñeca o el brazo.
2. Puncionar preferentemente las extremidades superiores, iniciando las punciones desde distal a proximal.
3. Si observa aumento de volumen al pasar la solución, debe retirar el catéter periférico, comprimir e intentar en otro sitio.
4. Se considerará un máximo de 3 intentos de punción por operador luego solicitar ayuda.
5. Para administración de hemoderivados instale una VVP de mayor calibre.
6. Para administración de antibióticos utilice catéter de pequeño calibre en una vena de grueso calibre, lo que ayuda a la hemodilución.

MÉTODO DE FIJACIÓN DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO:

1. Utilizar apósitos transparentes adhesivos o en su ausencia, gasa estéril pequeña, que permita la evaluación del sitio de inserción y trayecto venoso.
2. Mantención del catéter venoso periférico.
3. Mantener circuito cerrado.
4. No mojar con agua el sitio del catéter. Puede permitirse la ducha con las precauciones necesarias para evitar la introducción de gérmenes. (Cubrir catéter y las conexiones con algún protector impermeable).
5. La gasa del sitio de punción se debe cambiar por otra estéril cada vez que se humedezca, previa pincelación con torundas limpias y antiséptico (alcohol al 70%). Se debe tener precaución en no desplazar el catéter de su sitio de inserción.
6. En el caso de pacientes de difícil acceso venoso y/o con superficie corporal disponible reducida, y sin evidencia de que exista flebitis o infección, los catéteres pueden permanecer durante periodos más largos.

Con vigilancia estricta del sitio de inserción, de la condición del paciente y registrar en la hoja de enfermería.

7. En pacientes pediátricos mantener el catéter hasta completar la terapia, solo si éste está en perfectas condiciones y no hay signos de flebitis.
8. Mantener registros actualizados de la evolución del catéter periférico, en la hoja de enfermería: fecha de instalación, calibre y responsable de la instalación.

CAMBIO O RETIRADA DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO:

1. Retirar el catéter en pacientes que no sea necesario para tratamiento, se exceptúan las unidades de pacientes críticos en donde se requiere de un acceso fácil en caso de emergencia.
2. Reemplazar el catéter venoso periférico cada 72 horas.
3. Cuando no se ha podido asegurar una correcta técnica aséptica en la colocación de los catéteres, por ejemplo durante una emergencia, se deben cambiar los mismo tan rápido como sea posible, no más allá de las 48hrs.
4. Cambiar el catéter siempre que exista flebitis, extravasación, obstrucción y/o sospecha de infección en el sitio de inserción, en este caso se debe reemplazar el sitio de punción de inmediato.
5. Se debe cambiar el lugar de punción cada vez que se cambie el catéter.

6.5.-INSTALACION DE CATETERISMO VESICAL

6.5.1. Autor

Licenciado Choque Mamani Franklin

6.5.2. Definición

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria

6.5.3. Objetivo

Mejorar la técnica de Instalación del Catéter Vesical del personal de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital del Niño “Dr., Ovidio Aliga Uría”

6.5.4. Material

- Catéteres Nro. 6, 8, 10,12.
- Clorhexidina al 0.2%.
- Jeringa de 5ml.
- Agua Destilada.
- Gasas.
- Guantes Estériles.
- Urogar “Bolsa Recolectora de Orina”.

6.5.5. Ejecutante (Recursos Humanos)

Licenciada en Enfermería

6.5.6. Colaborador

Auxiliar en enfermería

6.5.7. Procedimiento

VARON

1. Lavado de mano.
2. Colocar al bebe en posición ginecológica.
3. Limpiar y desinfectar el pene, comenzando por la zona distal con gasa.
4. Colocarse los guantes estériles y cubrir la zona con campos estériles.
5. Lubricar la punta del catéter.
6. Sujetar el pene en dirección perpendicular al cuerpo.

7. Introducir el catéter a través de meato y avanzar con delicadeza hasta que aparezca orina “Puede Haber una pequeña Resistencia durante el paso por el esfínter externo”.
8. Fijar el catéter, si este debe quedar permanente.

MUJER

1. Lavado de mano.
2. Colocar al bebe en posición ginecológica.
3. Limpiar los labios y el área circundante al meato.
4. Colocarse los guantes estériles y cubrir con campos estériles.
5. Separar los labios con los dedos, lubricar la punta del catéter y avanzar con delicadeza hasta que aparezca orina.
6. Fijar el catéter, si este debe quedar permanente.

6.5.8. Recomendaciones

Se recomienda el uso de Lidocaína en gel para la Instalación o retiro del catéter.

6.6.-MANEJO DE CATETER VENOSO CENTRAL

6.6.1. Autor

Licenciado Choque Mamani Franklin

6.6.2. Definición

Es una sonda plástica larga y suave (generalmente hecha de silicona) que se coloca a través de una pequeña incisión o punción en el cuello, el tórax, la ingle o extremidad, dentro de una vena grande en el tórax con el fin de permitir la administración de líquidos y medicamentos por vía intravenosa, durante un período de tiempo prolongado con fines diagnósticos o terapéuticos

6.6.3. Objetivos

Estandarizar los Cuidados de Enfermería en el Manejo de las vías Venosas Centrales

6.6.4. Material

- Gorro y mascarilla.
- Guantes quirúrgicos estériles.
- Clorhexidina al 2% o >0.5%.
- Tela adhesiva.
- Parches o apósito Transparente estéril.
- Suero Fisiológico
- Gasas y torundas estériles.
- Llaves de tres pasos.
- Tapas antirreflujos o tapón de goma.
- Bomba de infusión continua.
- Equipo de curación.
- Alcohol al 70%.
- Pinza anatómica para manipular MCP.
- Equipo y material de sutura o CVC. Clorhexidina al 2% o >0.5%.
- Tela adhesiva.
- Plumón permanente.
- Parches o apósito Transparente estéril.

- Suero Fisiológico.
- Equipo de fleboclisis.
- Ligadura estéril (CVCP).
- Gasas y torundas estériles.
- Llaves de tres pasos.
- Alargadores de bajada de fleboclisis, en caso necesario.
- Tapas antirreflujos o tapón de goma
- Porta sueros.
- Bomba de infusión continúa.
- Equipo de curación.
- 2 apósitos medianos.
- Ampollas de suero fisiológico de 20 ml-10ml.
- Alcohol al 70%.
- Caja corto punzante.
- Pinza anatómica para manipular MCP.
- Equipo y material de sutura o CVC.
- Alargadores de bajada de fleboclisis, en caso necesario.
- Cinta o tela adhesiva estéril(uso en UPCP)
- Cinta o tela adhesiva estéril (uso en UPCP)

6.6.5. Ejecutante (Recursos Humanos)

Licenciada en Enfermería

6.6.6. Colaborador

Auxiliar en Enfermería Capacitada

6.6.7. Procedimiento

1. El manejo de CVC debe ser realizado siempre por enfermera/matrona: para administrar medicamentos, alimentación parenteral, hemoderivados hemodiálisis, etc.
2. No utilizar el CVCP para la administración de hemoderivados, debido al riesgo de obstrucción del mismo.
3. Previo y posterior a la manipulación del catéter SIEMPRE se debe realizar higienización de manos.

4. Todo material que se utilice en la instalación y mantención del CVC debe ser estéril y mantener su esterilidad durante todo el proceso.
5. Se debe inspeccionar diariamente el catéter.
6. El cambio de apósito se debe realizar cuando esté húmedo, desprendido o sucio, o se detecte algún signo de infección: dolor, enrojecimiento o signos de infección. Todo CVC debe estar rotulado con tela adhesiva sobre apósito con la fecha de curación y nombre o iniciales de enfermera/matrona que realiza curación.
7. Si el catéter se ha desplazado no debe reintroducirse y si el catéter se encuentra sin los puntos de sujeción informar a médico para el cambio.
8. El cambio de alargadores, llaves de tres pasos, conectores sin aguja, tapas antirreflujo y equipos de fleboclisis se debe realizar cada 72 Horas con excepción de la nutrición parenteral que se realiza cada 24 Horas.
9. Todo equipo de fleboclisis debe mantenerse rotulado según norma de IAAS.
10. Los cambios de equipos de fleboclisis deben incluir: soluciones, llave de 3 pasos y anexos, debe mantener circuito cerrado.
11. Si se necesitan más vías, se debe agregar otra llave de tres pasos y colocar tapa de goma y/o tapa antirreflujo para acceder al sistema.
12. El tapón de goma o tapa antirreflujo siempre se debe desinfectar con alcohol 70° previo a la administración de algún medicamento o revisión de permeabilidad.
13. Minimizar el riesgo de contaminación limpiando el puerto de acceso con alcohol 70% y accediendo al puerto sólo con dispositivos estériles

OBSERVAR DIARIAMENTE:

- Sello del sitio de inserción.
- Características de la piel circundante a CVC.
- Fijación del catéter. Cambios de apósito:
- Cuando esté manchado, húmedo o despegado.
- Uso de campo y material estéril.
- Curación según recomendación IAAS (cada 5 días).

- Cuidados sitio inserción: Observar diariamente los signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.
- Para curación: Asear el sitio de inserción con gasa estéril empapada en Clorhexidina desde dentro hacia fuera y desinfectar con solución antiséptica. Dejar secar 2 minutos.
- Cubrir con TEGADERM, asegurando hermeticidad.

CAMBIOS SISTEMAS DE INFUSIÓN Y CONEXIONES:

- Evitar en la medida de lo posible las desconexiones y limitar el uso de las llaves de 3 pasos.
- Cambiar el equipo de infusión cada 72 horas si es solución EV a excepción de nutrición parenteral total que será cada 24 horas.
- En hemoderivados se elimina equipo de infusión al término de la administración.
- Cuando se utilice el CVC, desinfecte la conexión y/o tapa obturadora con solución antiséptica (alcohol al 70%) antes de su utilización.
- Cambiar las tapas obturadoras por otros estériles cada vez que se retiren del catéter.

MANTENIMIENTO DE LA PERMEABILIDAD DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL:

- Circuito cerrado.
- Conexiones sin acodamiento.
- Sin coágulos.
- Previo a la administración de soluciones EV, aspirar lumen de CVC hasta obtener reflujo de sangre, eliminar este contenido y luego administre.
- Lavado con suero salino fisiológico al 0,9% cada vez que se use para administración de medicamentos, nutrición parenteral y hemoderivados.
- Restringir las extracciones de sangre, si se hace, lavar el lumen tras la extracción.

PREVENIR IAAS:

- Lavado clínico de manos.
- Utilizar barreras protectoras.
- Manipular con técnica aséptica.
- Mantener sellado el sitio de inserción (con apósito tradicional o transparente).
- Destinar lumen exclusivo para Nutrición parenteral.
- Registrar todas las variaciones de las condiciones del CVC.
- Registrar fecha de curación sobre la fijación.
- Mantener la vigilancia activa de IAAS según norma.
- Conexiones alineadas en forma paralela, no tirantes.

CURACIÓN DEL SITIO DE INSERCIÓN

1. Utilizar ya sea gasa estéril o apósito transparente semipermeable estéril, para cubrir el sitio de inserción del catéter.
2. La antisepsia de la piel se realizara con Clorhexidina al >0.5% o 2% en la curación.
3. Curación con apósitos transparentes semipermeables: El apósito transparente puede ser utilizado hasta 7 días y/o cada vez que sea necesario, siempre que el sitio de inserción pueda visualizarse para su evaluación, exceptuando a algunos pacientes pediátricos y neonatos en los que el riesgo de desprendimiento del catéter puede pesar más que el beneficio de cambiar el apósito.
4. Registrar en la hoja de enfermería la curación efectuada.

VII.-Referencias Bibliográficas

- 1.- https://www.google.com/search?ei=blt_Wv7BCMHBwASv4LnICQ&q
- 2.-<https://www.universidadviu.es/protocolos-enfermeria-elaborarlos/>
- 3.- enfermeriablog.com/procedimientos/
- 4.-www.who.int/topics/patient_safety/es/