

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



**PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA ATENCIÓN DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTOS DE LA CLÍNICA MÉDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL OBRAJES
S.R.L. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2019**

POSTULANTE: Lic. Maribel Huampu Ramos

TUTORA: Lic. M. Sc. Magda J. Velasco Alcocer

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**

**La Paz – Bolivia
2021**

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a mis padres, por su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, por la confianza, por enseñarme valores, por el cariño y amor brindado.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de vivir cada día, y poder seguir con mis estudios.

A la Lic. Magda Velasco, por brindarme todo su conocimiento, apoyo y guiarme en la realización de este trabajo.

Al personal de la Clínica Médica de Atención Integral de Obrajes, por ser parte y colaborar con su participación en esta investigación.

INDICE DE CONTENIDOS

	Página
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES.....	3
1.1.1 Antecedentes Internacionales.....	3
1.1.2 Antecedentes Departamentales.....	6
II. JUSTIFICACIÓN.....	9
2.1. Justificación Teórica y/o Académica.....	9
2.2. Justificación Práctica.....	9
2.3. Justificación Social y Económica.....	10
2.4. Justificación Científica.....	10
III. MARCO TEÓRICO.....	11
3.1. Marco referencial.....	11
3.2. Marco conceptual.....	12
3.3. Marco Semántico.....	24
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	37
V. OBJETIVOS	38
5.1. Objetivo General.....	38
5.2. Objetivos Específicos.....	38
VI. DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
6.1. Tipo de estudio.....	39
6.2. Área de estudio.....	39
6.3. Universo.....	40
6.4. Muestra.....	40
6.5. Criterios de Inclusión.....	40
6.6. Criterios de exclusión.....	40
6.7. Variables.....	40
6.8. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO.....	43
6.8.1. Primera Fase.....	43

6.8.2. Segunda Fase.....	44
6.8.3. Tercera Fase.....	44
6.8.4. Cuarta Fase.....	46
VII. CONSIDERACIÓN ÉTICA.....	47
VIII. RESULTADOS.....	49
11.1 Análisis e interpretación de Datos.....	49
IX. CONCLUSIONES.....	64
X. RECOMENDACIONES.....	66
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
XII. ANEXOS.....	72
12.1. Anexo 1: Propuesta.....	73
12.2. Anexo 2: Instrumento de Recolección de Datos.....	124
12.3. Anexo 3: Instrumento para la Medición del Nivel de Conocimiento	130
12.4. Anexo 4: Cronograma de Actividades.....	131
12.5. Anexo 5: Cartas y Notas de Autorización.....	132

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla Nº 1 EA según la tipología de la problemática que los originó.....	19
Tabla Nº 2 Distribución de turnos del personal de enfermería de la UTI.....	39
Tabla Nº 3 Operalización de Variable Dependiente.....	40
Tabla Nº 4 Operalización de Variable Independiente	41
Tabla Nº 5 Operalización de Variable Interviniente.....	42
Tabla Nº 6 Escala de Medición de conocimiento.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico Nº 1 Sexo.....	49
Gráfico Nº 2 Nivel Académico Alcanzado.....	50
Gráfico Nº 3 Antigüedad en el servicio.....	50
Gráfico Nº 4 ¿Qué es un Evento Adverso?.....	51
Gráfico Nº 5 ¿Sabe usted cuales son las causas para la aparición de un Evento Adverso en la UTI?.....	52
Gráfico Nº 6 Algunos de los EA que se presentan durante la atención de enfermería tienen relación con.....	53
Gráfico Nº 7 ¿Usted se lava las manos, cuando?	54
Gráfico Nº 8 ¿Usted, de acuerdo a su conocimiento sobre el tiempo de lavado clínico de manos, se lava las manos en?.....	55
Gráfico Nº 9 Cuales de las siguientes circunstancias deben evitarse durante la atención del paciente, porque se asocia a la colonización de microorganismos patógenos.....	55
Gráfico Nº 10 Se le ha presentado alguno de estos eventos durante la hospitalización del paciente	56
Gráfico Nº 11 Como previene usted un evento adverso relacionado con la medicación	57
Gráfico Nº 12 Como previene usted un EA sobre úlceras por presión	58
Gráfico Nº 13 Como previene usted un evento adverso sobre caídas.....	59
Gráfico Nº 14 Existencia de protocolo de prevención de eventos adversos.....	60

Gráfico N° 15 Porque considera necesaria la realización de un protocolo de Eventos Adversos.....	61
Gráfico N° 16 Ante la presencia de un evento adverso usted comunica	62
Gráfico N° 17 Grado de Conocimiento	63

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

EA: Evento Adverso

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

ENEAS: Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la Hospitalización

APEAS: Estudio de efectos adversos en Atención primaria

IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica

SYREC: Estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva

NAVM: Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica

ÍNDICE DE LA PROPUESTA

	Página
TITULO.....	74
ESTANDAR DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.....	75
• Introducción.....	75
• Población.....	75
• Objetivo.....	76
• Personal.....	76
• Valoración del Riesgo.....	76
• Medidas de Actuación.....	78
• Procedimiento ante el EA.....	81
• Bibliografía.....	82
• Anexos.....	83
ESTANDAR PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	86
• Introducción.....	86
• Población.....	86
• Objetivo.....	87
• Personal.....	87
• Valoración del Riesgo.....	87
• Medidas de Actuación.....	89
• Procedimiento ante el EA.....	92
• Bibliografía.....	94
• Anexos.....	95
ESTANDAR PARA PREVENCIÓN DE UPP.....	97

•	Introducción.....	97
•	Población.....	97
•	Objetivo.....	98
•	Personal.....	98
•	Valoración del Riesgo.....	98
•	Medidas de Actuación.....	99
•	Procedimiento ante el EA.....	101
•	Bibliografía.....	102
•	Anexos.....	103
ESTANDAR PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS.....		105
•	Introducción.....	105
•	Población.....	105
•	Objetivo.....	105
•	Personal.....	105
•	Valoración del Riesgo.....	106
•	Medidas de Actuación.....	107
•	Procedimiento ante el EA.....	109
•	Bibliografía.....	110
•	Anexos.....	111
FORMULARIOS DE NOTIFICACIÓN.....		113
FAST HUG BID.....		119

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Evento Adverso:** Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.
- **Evento adverso prevenible:** Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión.
- **Error:** Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error de omisión), ya sea en la fase de planificación o de la ejecución.
- **Prevención:** Es el conjunto de intervenciones sociales, médicas, de cuidados, etc. dirigidas a erradicar, reducir la probabilidad de aparición o bien interrumpir la progresión y el impacto de la enfermedad.
- **Calidad de Atención:** es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.
- **Factor de Riesgo:** cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- **Seguridad del paciente:** Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. 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.

- **Notificación:** Es la modalidad más extendida y formal que se emplea a la hora de tener que comunicar a alguien, o a un público determinado, una noticia, una información, la resolución sobre un tema, entre otros.
- **Check List:** Los listados de control, listados de chequeo u hojas de verificación, siendo formatos generados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de un listado de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de manera sistemática.
- **Estándar:** Modelo, criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Los estándares señalan claramente el comportamiento esperado y deseado en los empleados y son utilizados como guías para evaluar su funcionamiento y lograr el mejoramiento continuo de los servicios.

RESUMEN

La Seguridad del paciente es uno de los pilares fundamentales de toda institución que brinda atención en Salud, la Unidad de Terapia Intensiva es un ambiente de atención compleja que requiere profesionales calificados y humanizados. Este servicio no está exento de ser un ambiente donde puedan ocurrir Eventos adversos, estudios analizados, demuestran que siempre existe un factor de riesgo que predispone al paciente y al personal de sufrir los mismos. Estudios recomiendan realizar la notificación de los Eventos adversos (EA), con el fin de analizar la incidencia de los mismos y aplicar medidas correctivas en beneficio de los pacientes, del personal y de la institución.

Objetivo: Determinar los Eventos Adversos durante la atención de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de la Clínica Médica de Atención Integral Obrajes S.R.L. Octubre a noviembre 2019

Metodología: El estudio se realizó en la Unidad de Terapia Intensiva de la Clínica Médica de Atención Integral de Obrajes, este es un estudio con un enfoque cuantitativo, de tipo transversal. Se utilizó una encuesta con 16 ítems, aplicado a las Licenciadas en Enfermería que trabajan en la UTI (muestra), con la participación del 100%.

Resultados: El 100% del personal que trabaja en la Unidad son del sexo femenino, el 75% de las mismas no realizó la Especialidad en el área, el 100% conoce sobre el tema de Eventos Adversos, el 62,5% indica que la sobrecarga laboral, la relación enfermero/paciente deficiente, la falta de capacitaciones y guías son factores de riesgo para la aparición de eventos adversos. Un dato relevante es que, a pesar de tener conocimiento en el tema, no realizan la notificación de los Eventos adversos suscitados durante la atención de Enfermería, solo el 75% comunica a la jefa de Enfermeras.

Conclusiones: La definición de Evento Adverso es de conocimiento del personal de Enfermería. Sin embargo, no se cuenta con un documento

estandarizado sobre el proceder ante la ocurrencia del mismo, tampoco existe un sistema de notificación sobre Eventos adversos.

PALABRAS CLAVE: Prevención, Eventos Adversos.

SUMMARY

Patient Safety is one of the fundamental pillars of any institution that provides health care, the Intensive Care Unit is a complex care environment that requires qualified and humanized professionals. This service is not exempt from being an environment where adverse events can occur, analyzed studies show that there is always a risk factor that predisposes the patient and staff to suffer them. Studies recommend reporting Adverse Events (AE) in order to analyze their incidence and apply corrective measures for the benefit of patients, staff and the institution.

Objective: To determine Adverse Events during Nursing care in the Adult Intensive Care Unit of the Clínica Médica de Attention Integral Obrajes S.R.L. October to November 2019

Methodology: The study was conducted in the Intensive Care Unit of the Medical Clinic for Comprehensive Obrajes Care, this is a study with a quantitative, cross-sectional approach. A survey with 16 items was used, applied to Nursing Graduates who work in the ICU (sample), with 100% participation.

Results: 100% of the personnel who work in the Unit are female, 75% of them did not do the Specialty in the area, 100% know about Adverse Events, 62.5% indicate that the Work overload, poor nurse / patient relationship, lack of training and guidelines are risk factors for the appearance of adverse events. A relevant fact is that, despite having knowledge on the subject, they do not notify adverse events that arise during nursing care, only 75% report to the head of nurses.

Conclusions: The definition of Adverse Event is known to the Nursing staff. However, there is no standardized document on how to proceed when it occurs, nor is there a notification system on adverse events.

KEY WORDS: Prevention, Adverse Events

I. INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería, tiene como uno de los principios fundamentales en su labor, el de proteger al paciente de daños ulteriores, es así que, desde el nacimiento de la profesión se han encaminado todos los cuidados para la pronta recuperación del individuo que cursa con alguna enfermedad. Los eventos adversos (EA), son sucesos que se producen en cualquier momento, no es algo que sea intencionado, ni planificado. ⁽¹⁾

Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a un evento adverso, como: “Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.” ⁽¹⁾

Por tanto, un evento adverso puede presentarse en cualquier momento y eso es algo inevitable, pero al realizar estudios donde se identifica la causa o el factor de riesgo que desencadenó el mismo, se podrían aplicar medidas de prevención o planes de mejoramiento en la atención en salud, de esta manera, este evento adverso se convierte en un hecho prevenible.

La Alianza de la seguridad del paciente afirma: La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública. La mayor parte de las investigaciones sobre seguridad del paciente tienen como objetivo ayudar a los profesionales de la atención sanitaria y a las instancias normativas a entender las causas complejas de la falta de seguridad de la atención y encontrar respuestas prácticas para prevenir posibles daños a los pacientes. Así, las investigaciones sobre la seguridad del paciente aportan información y ofrecen instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura. ⁽²⁾

La seguridad del paciente es un indicador de atención de calidad en el tema de salud, por ello, es importante que los profesionales de enfermería tengan

el conocimiento suficiente acerca de lo que es un evento adverso y a partir de este conocimiento, puedan identificarlo y prevenirlo.

En el artículo “Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo”, los autores Osmon, Harris, Dunagan, Prentice, Fraser, Kollef, indican que, según el Consejo Internacional de Enfermería, en países en desarrollo, la probabilidad de aparición de eventos adversos es mayor que en los industrializados, por el tipo de infraestructura, los equipos, la falta de fiabilidad del suministro, la calidad de los medicamentos, las deficiencias en el manejo y eliminación de desechos y el control de infecciones, así como por el escaso número y los resultados poco favorables del cuidado ofrecido por el personal asistencial.⁽³⁾

Los Eventos Adversos se pueden originar en cualquier ámbito; particularmente son más frecuentes en el área clínica. Sin embargo, existen reportes que muestran que, entre los servicios con mayor riesgo, está la Unidad de Cuidados Intensivos, debido a la tecnología utilizada, el grado de intervención y la complejidad de los pacientes, el tipo de medicamentos empleados y la interacción simultánea de muchas personas con el paciente.
(3)

A través del presente trabajo de investigación se pretende establecer de manera científica, el conocimiento de la profesional de Enfermería sobre prevención de eventos adversos, e identificar los factores de riesgo que incurren en la aparición de los mismos durante la atención al paciente en la UTI y a partir de ello prevenir y/o disminuir la frecuencia de estos eventos adversos (EA) de acuerdo a los resultados obtenidos; por consiguiente analizar la necesidad de plantear procesos de mejoramiento continuo en la UTI. Con la finalidad de prevenir eventos adversos, especialmente los relacionados con la probabilidad de la mala técnica de lavado de manos, las Neumonías Asociadas al Ventilador (NAV), entre otros eventos frecuentes, como son las úlceras por presión (UPP), así como los eventos por caídas.

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

La ocurrencia de eventos adversos es un tema que se viene suscitado desde hace mucho tiempo, en los últimos años, se han realizado estudios sobre el mismo, analizando las causas, la frecuencia, factores de riesgo y las consecuencias de estos, esta es la razón por la cual se han convertido en una problemática de salud.

Como nos demuestran en sus trabajos:

La OMS en el año 2015, publicó un boletín sobre la Seguridad del Paciente y los Eventos Adversos, donde clasifica estos eventos en 8 tipos relacionados con la atención en salud desde la administración, organización, procedimientos y cuidados. Hace mención dentro del estudio a 5 importantes estudios internacionales sobre ocurrencia de eventos adversos. ⁽¹⁾

To error is human: Este es el ya "mítico" reporte del Quality of Health Care in America Committee del IOM (Institute of Medicine) de EE.UU., basado en dos grandes estudios realizados en Colorado y Utah, y el otro en New York, que encontraron que los EA ocurrían en alrededor de un 5,5% de las hospitalizaciones, que alrededor de 10% de ellos conducían a la muerte, y que más de la mitad de ellos resultaban de errores que, podrían haberse prevenido. Así, los EA serían una importante causa de muerte, mayor que los accidentes de tránsito, el cáncer de mama o el SIDA. ⁽¹⁾

ENEAS: Estudio español en una muestra de 24 establecimientos que tuvo por objetivos determinar la incidencia de Eventos Adversos en los hospitales de España, describir sus causas inmediatas, definir los EAs evitables, y conocer su impacto en términos de incapacidad, muerte y/o prolongación de la estadía hospitalaria. El estudio detectó una incidencia de 9,3% pacientes con EAs, la

mayoría de ellos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria. En 22,2% el EA fue la causa del reingreso. El 45% se consideraron leves, el 39% moderados y el 16% graves. El 37,4% de los EAs estaban relacionados con la medicación, 25,0% con problemas técnicos durante un procedimiento, y 25,3% fueron infecciones nosocomiales. El 42,8% de los EAs se consideró evitable. ⁽¹⁾

APEAS: Estudio similar al ENEAS, orientado esta vez a los servicios de atención primaria de salud. Se evaluó 48 Centros de Atención Primaria pertenecientes a 16 Comunidades Autónomas de España. La prevalencia de EA fue 11,18‰. El 54,7% se consideraron EA leves, el 38,0% moderados y el 7,3% graves. Se consideraron EA completamente inevitables el 6,7%, poco evitables el 23,1%, y claramente evitables el 70,2% de los casos. ⁽¹⁾

IBEAS: Estudio cooperativo internacional sobre prevalencia de EA en 5 países de latinoamérica (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), que involucró a 58 centros y el análisis de un total de 11.555 pacientes hospitalizados. La prevalencia de EA fue de 10.5%. Los EA detectados estuvieron relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de medicamentos en un 8,23%, con infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69%. El 62,9% de los EA aumentaron el tiempo de hospitalización y un 18,2% de los EA causaron un reingreso. Un 60% de los EA se consideraron evitables. ⁽¹⁾

SYREC: Estudio español en unidades de cuidados intensivos. La probabilidad de sufrir al menos un incidente relacionado con la seguridad fue de 62%. Los incidentes más frecuentes fueron los relacionados con fármacos. El 90% de todos los incidentes y el 60% de los eventos adversos fueron clasificados como evitables o posiblemente evitables. El porcentaje de eventos adversos detectados dentro del total de incidentes fue del 33.8%, con casi un 21.5% en los que existió un daño moderado (daño temporal o prolongación de la estancia) y un 3.65% con daño grave (daño permanente o compromiso vital).

⁽¹⁾

Es así que, a partir de los estudios citados, la Organización Mundial de la Salud, encamina esfuerzos por la seguridad del paciente. Si bien no está en la posibilidad de financiar estudios grandes en varios países recomienda realizar estudios locales en las instituciones de salud, a través del boletín publicado indica algunas pautas para realizar el estudio.

En un estudio publicado, “**EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**”, Diana Carolina y Natalia Garzón indican que un factor condicionante para la aparición de eventos adversos es el profesional de enfermería con déficit de conocimientos, inexperiencia, desmotivación y sobrecarga laboral, además de que la mayor parte de estos eventos ocurre en pacientes de mayor complejidad. ⁽⁴⁾

En el estudio, **CAUSAS DE OCURRENCIA DE EVENTO ADVERSO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**, Yenny Liliana Rodríguez Rey, también indica que la sobrecarga laboral es un factor importante para la ocurrencia de eventos adversos, ya que existe una escasa asignación enfermera/paciente.⁽⁴⁾ Algo que nos menciona en su estudio es que un aspecto importante es la falta de estudios sobre la ocurrencia de eventos adversos en la atención de enfermería; se necesitan más estudios para comprender mejor la ocurrencia del evento adverso, además de implantar una cultura del reporte. Ya que el sub registro y la notificación de los eventos adversos es inadecuada. ⁽⁴⁾

Medir el impacto de estos eventos adversos es uno de los principales objetivos de todos los estudios mencionados, en los mismos, se realiza un análisis de las causas y los efectos. Precisamente dentro del documento publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona el Análisis causa-raíz como una metodología útil para la identificación de las principales causas de los eventos adversos.

Un estudio interesante también es **“PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE MAYNAS – IQUITOS, 2017”**, donde el autor, Hiroshi Ricardo Atauje Saito, analiza la aplicación de medidas de prevención del personal de enfermería, donde aplica una lista de chequeo de ESSALUD, entre sus resultados el 55% de mostró un nivel de práctica óptimo, en la prevención de EA y el 45% restante un nivel cuestionable, el autor recomienda realizar un monitoreo constante en el quehacer diario del personal, para prevenir los EA, a la par realizar actualizaciones continuas sobre el tema, con el fin de mejorar la calidad de atención en enfermería, si bien el estudio no fue realizado en una Unidad de Terapia Intensiva, no deja de ser preocupante el resultado obtenido en cuanto a la práctica en el accionar del personal. Repercute en el paciente quien es el que sufre los efectos de un EA. ⁽⁶⁾

1.1.2. ANTECEDENTES DEPARTAMENTALES

“EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA SOCIEDAD ANÓNIMA JUNIO A AGOSTO 2018” un estudio reciente realizado por la Lic. Melvy Maura Chavez Cuajera, toma para su estudio al personal que trabaja en la UTI y a los pacientes internados durante los meses de junio a agosto, donde se reportaron 135 eventos, la incidencia fue en el sexo masculino, y en su mayor porcentaje se presentó durante el turno de la noche, un 18.7% de los pacientes en los que ocurrió el EA estaba bajo efectos de sedación, y el 25% en estado de agitación, este resultado nos muestra que pacientes en un estado más activo exigen mayor atención, puede relacionarse con el resultado obtenido por la autora en cuanto a relación enfermera/paciente donde identifico la relación 1:3, que bajo estándares internacionales, una enfermera en una Unidad de Terapia

Intensiva no abastece para brindar una atención de calidad ni personalizada.⁽⁷⁾

“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”

realizado por el Lic. Franklin Choque Mamani, donde el objeto de estudio fue el paciente internado en la Terapia Intensiva pediátrica, tenía el objetivo de medir la frecuencia de eventos adversos sucedidos durante la atención de enfermería, este estudio nos muestra que en el turno de la noche se presenta con mayor frecuencia el evento adverso, pero no se sabe las circunstancias en las que sucedieron y se desconoce si el personal tiene el conocimiento sobre este tema; en un fragmento de este estudio nos indica que solo un 45.9% fue reportado por tanto propone la implementación de un registro de Eventos Adversos, con el resultado obtenido entonces vemos la necesidad de un protocolo de notificación. ⁽⁸⁾

“CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL LA MERCED OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2017”, realizado por la Lic. Gladys

Machaca Tito, un estudio interesante aplicado en el personal de Enfermería que trabaja en la UTI, obtiene como resultados que solo el 50% del personal de Enfermería conoce sobre el tema de Eventos Adversos, a pesar de que el personal ya trabaja por lo menos más de 1 año en la UTI, también se identifica la inexistencia de formularios de notificación y registro de EA, solo el 60% notifica al inmediato superior sobre EA sucedidos, pero un punto importante es que a pesar de la implementación de algunos protocolos, el autor evidencia que no se cumple con las normas y protocolos, esto nos hace pensar que un estudio sobre EA no solo va encaminado a proponer protocolos sino también a dar seguimiento del cumplimiento, ahora un punto

que indican el 50% del personal es la sobrecarga laboral, que quizá sea un factor que de alguna manera influye en la ocurrencia de EA.⁽⁹⁾

II. JUSTIFICACIÓN

2.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA Y/O ACADÉMICA

La seguridad del paciente es fundamental durante la atención de enfermería, pero cuando se suscita un Evento Adverso rompemos esta premisa, muchas veces por temor no se comunica el hecho suscitado, pero también dentro de nuestro conocimiento no se sabe cómo actuar ante tal hecho, y mucho menos como prevenir el mismo. La aplicación de estándares y/o normas, sirven para unificar criterios y para que todo el personal nuevo tenga el conocimiento pertinente mejorando su accionar. No solo se contribuye al personal sino también para que el personal que se encuentra en proceso de formación pueda aplicar normas que lo encaminen a acciones seguras.

2.2 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Varios estudios nos muestran que no existen estándares, manuales, normas, etc. en los centros investigados. La presente investigación pretende demostrar la necesidad de un Protocolo de Prevención de Eventos Adversos, el cual de manera práctica repercutirá en el accionar del Profesional de Enfermería. La existencia de documentos que normen las actividades nos encamina a acciones seguras, por tanto, el riesgo de error se minimiza lo que contribuye directamente en beneficio del paciente.

2.3 JUSTIFICACIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

La seguridad del paciente es una de las premisas importantes dentro de toda institución que brinda atención en salud, para la OMS es un tema preocupante la ocurrencia de eventos adversos, que no solo se suscitan en centros de atención de pacientes de alta complejidad, sino también en los de atención primaria. La atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, es fundamental en la recuperación y cuidado del paciente.

En la Unidad de Terapia Intensiva, estos cuidados se hacen más complejos, las labores que realiza el profesional de enfermería son múltiples, por el estado crítico en que se encuentra el paciente. Se exige una mayor preparación y conocimiento del profesional que desempeña labores. La ocurrencia de un evento adverso repercute desfavorablemente en la salud y en el tiempo de internación del paciente, lo que genera un mayor costo económico para la familia del paciente internado.

2.4 JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

Cuando identificamos el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre eventos adversos en la UTI, indagamos mediante métodos científicos, situaciones que pueden ser investigadas por la ciencia, una vez demostradas y validadas serán utilizadas en otros trabajos de investigación. A través del presente trabajo se identifica el grado de conocimiento del personal con relación al tema de Eventos Adversos, aplicando un instrumento para recolectar la información, el mismo que puede ser aplicado en otras instituciones, y analizar situaciones donde se presenten problemas de este tipo, con el fin de mejorar la atención de enfermería.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO REFERENCIAL

La Clínica Médica de Atención Integral de Obrajes, fue creado en convenio con el Hospital Arco Iris en el año 2016, más adelante desliga su relación con el Hospital, comenzando a funcionar de manera independiente en mayo de 2017.

Misión

Somos la Clínica de vanguardia, responsable de proporcionar atención médica tanto preventiva como especializada, a la población de la zona sur de la ciudad de La Paz, en el ámbito privado como público, incorporando innovaciones sostenibles en la atención en salud, ofreciendo una asistencia de alto nivel de calidad, proporcionada por profesionales preparados que disponen de la tecnología necesaria con una organización eficiente, focalizada en el paciente.

Visión

Ser la clínica, consolidada por la mejora de la salud de la población a la que brinda asistencia, reconocida por ella misma; con los mejores estándares de servicios de atención médica, siendo modelo referente de la prestación pública con gestión privada en nuestro medio.

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS

La Unidad de Terapia Intensiva Adultos, se abre por primera vez el año 2016 por el Dr. William Panique, médico intensivista; quien equipa 1 cama con Ventilador Mecánico para recibir paciente que requiera Cuidados Intensivos y 2 camas para pacientes que requieran Terapia Intermedia, posteriormente el año 2017 se hace cargo de la UTI el Dr. Mario Terán en sociedad con el Dr. Marcelo Choque quienes habilitan 2 unidades como UTI y 1 como Terapia Intermedia, posteriormente en Julio de 2018, es la clínica propiamente quien se hace cargo,

actualmente el Jefe de la Terapia Intensiva es el Dr. Mario Terán, cuenta con 3 camas equipadas con Ventilador Mecánico y 1 sala de aislados.

El personal de Enfermería que trabaja en la UTI, acude ha llamado cuando se presenta paciente con criterios de ingreso, hasta el momento no cuentan con un contrato fijo, el pago económico es por hora trabajada.

Los pacientes que ingresan a esta unidad son altamente complejos, tanto de sexo masculino como femenino, de las diferentes especialidades: neurológicos, neuro-quirúrgicos, cirugía, medicina interna, cirugía torácica, neumología.

3.2 MARCO CONCEPTUAL

La seguridad del paciente es una de las principales premisas de las instituciones que brindan servicios de atención en salud, además de ser este un indicador de la calidad de atención; existe un factor de riesgo para que se suceda un evento adverso en toda institución donde se trabaje con personas que acuden por presentar un problema de salud.

Florence Nightingale se centró en la observación, brindó especial atención al entorno que rodea al individuo y conceptualizó la enfermería como la encargada de la salud personal del paciente y la función de la enfermera: poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él. Puso énfasis en la planificación del cuidado del paciente, aplicando de forma indirecta la teoría neoclásica, llevando a cabo las etapas del proceso administrativo mediante el manejo del entorno, los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, lo cual permitía definir errores en la atención y así conseguir la mejora continua del cuidado de enfermería. Todo ello daba un acercamiento epidemiológico al concepto multicausal de la enfermedad, al estudio de las causas de la enfermedad y el cuidado del enfermo. Relacionando las aportaciones de Florence Nightingale con los avances en la seguridad del paciente, podemos señalar que se trata de un principio fundamental de la atención sanitaria, ya que existe cierto grado de peligrosidad en cada paso del

proceso de atención de salud. Prevenir errores, observar, valorar y analizar el medio que rodea al paciente, así como desarrollar la cultura del reporte de eventos adversos y la seguridad del paciente en todo nuestro entorno, salvan vidas.

6.2.1 PREVENCIÓN

Es el conjunto de intervenciones sociales, médicas, de cuidados, etc. dirigidas a erradicar, reducir la probabilidad de aparición o bien interrumpir la progresión y el impacto de la enfermedad.

6.2.2 CALIDAD EN SALUD

El Dr. Donabedian, además de dar otras muchas descripciones y definiciones lanzó una tesis de calidad en salud: “Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica.”⁽¹⁰⁾

6.2.3 HISTORIA NATURAL Y PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Un evento adverso o incidente con daño, es la parte visible del iceberg de los problemas de seguridad del paciente. A su vez, un resultado adverso es la última fase de un proceso que ha comenzado con la interacción de múltiples factores.

En la historia natural de un evento adverso pueden diferenciarse una serie de momentos y etapas determinantes:

- Antes y después de que las personas cometan errores.
- Antes y después de que actúen las barreras del sistema.

Por su parte, la prevención de los eventos adversos, tiene una triple finalidad:

- Disminuir el riesgo de que aparezcan.
- Abordarlos precozmente para disminuir su evolución y mitigar las consecuencias.
- Evitar su reaparición y reducir su impacto.

Prevención primaria. - La prevención primaria de los eventos adversos precede a su aparición y tiene como finalidad reducir su incidencia, incrementando aquellos factores que mejoran la seguridad del paciente y reduciendo aquellos que contribuyen a la aparición de errores y fallos latentes del sistema.

Actividades destacadas en este nivel de prevención son, entre otras:

- Fomento de la cultura de la seguridad en la organización.
- Formación y entrenamiento de los profesionales en técnicas y procedimientos complejos.
- Evitar procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios y sin evidencia de su valor para el paciente.
- Erradicación de procedimientos diagnósticos y tratamientos para los que existen alternativas más seguras.
- Aplicación de la mejor evidencia disponible en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados y organización de la actividad asistencial: prácticas clínicas seguras, normativas y guías clínicas basadas en la evidencia.
- Establecimiento de alertas clínicas encaminadas a evitar sucesos adversos.
- Uso de tecnología de seguridad en aparataje médico-quirúrgico, dispositivos clínicos, sistemas de prescripción y dispensación de medicamentos.
- Diseño de procesos evitando la aparición de previsibles fallos y errores en su desarrollo (análisis modal de fallos y efectos).

- Incorporación de sistemas de identificación inequívoca de pacientes.
- Mejora de la higiene de las manos del personal asistencial.

Prevención secundaria. - Por medio de la detección y abordaje precoz de los eventos adversos, su finalidad es mitigar sus consecuencias para el paciente y los servicios sanitarios. Incluye, las siguientes actividades:

- Mantenimiento de sistemas de vigilancia y notificación de incidentes y algunos eventos adversos tales como infecciones nosocomiales, caídas de pacientes, úlceras por presión, reacciones adversas a medicamentos, etc.
- Además de facilitar la detección precoz de incidentes y eventos adversos, los sistemas de vigilancia y notificación también contribuyen a la prevención primaria de otros sucesos adversos, ya que permiten conocer los factores que contribuyen a su aparición y establecer acciones preventivas dirigidas a evitarlos.
- Mejora de los sistemas de comunicación entre estamentos profesionales y servicios, a fin de detectar lo más precozmente posible, situaciones de riesgo y eventos adversos.
- Actuación proactiva con el paciente, comunicándole precozmente la aparición del evento adverso, las actuaciones a seguir para minimizar sus consecuencias y evitar que vuelva a producirse.

Prevención terciaria. - Cuando los dos niveles anteriores han fracasado, el evento adverso ha ocurrido, y sus consecuencias clínicas son patentes; el objetivo de las actuaciones a desarrollar es doble: reducir el impacto y las consecuencias derivadas del evento adverso: incapacidad, dolor, complicaciones clínicas (iatrogénesis en cascada), litigios, etc. y evitar su reaparición.

A tal fin, las actividades más apropiadas son las siguientes:

- El análisis detallado, profundo y pormenorizado de las causas que han contribuido a la aparición del efecto adverso, por medio de la técnica del análisis de causas raíz u otras similares.
- El dialogo, -cuidadosamente planificado-, con el paciente y la atención clínica y personal esmerada al paciente que ha sufrido el evento adverso.
- En su caso, comités de conciliación y negociación de las indemnizaciones a que hubiera lugar. Además de los niveles clásicos anteriores, se ha comenzado a hablar más recientemente de un cuarto nivel de actuaciones, agrupado bajo la denominación de prevención cuaternaria, que incluye aquellas acciones desarrolladas para atenuar o evitar las consecuencias del intervencionismo médico excesivo, innecesario y sobre el que existe insuficiente evidencia y alternativas éticamente aceptables ⁽⁵⁾

6.2.4 EVENTO ADVERSO

Según la OMS define como todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.

6.2.4.1 CONCEPTOS RELACIONADOS CON EVENTO ADVERSO

- **Daño asociado a la Atención Sanitaria:** Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- **Incidente relacionado con la Seguridad del Paciente:** Es un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que, si bien no le genera un daño directo a su salud, sí le afecta en la medida que, al ocurrir fallas en los procesos de atención, afectan en

cierta medida a la persona, generalmente debido a que se prolongue su estancia hospitalaria.

- **Evento Adverso grave:** Evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica.
- **Evento Adverso moderado:** Si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.
- **Evento Adverso leve:** Si ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.
- **Evento Adverso prevenible:** Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión.
- **Incidente con daños:** Denominado también como Evento Adverso, que es un incidente que causa algún daño al paciente.
- **Incidente sin daños:** Es aquél en que un evento alcanza al paciente, pero que no le causa algún daño apreciable.
- **Error:** Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error de omisión), ya sea en la fase de planificación o de la ejecución.
- **Infracción:** Es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.
- **Cuasierror:** Es un incidente que no alcanza al paciente, pero que evidentemente debe ser considerado para estudio.

6.2.4.2 CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Al respecto Gómez y Espinosa dicen: Existen formas para 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. ⁽¹¹⁾

- 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.

Para la OMS, los eventos adversos pueden ser clasificados desde varias perspectivas:

- Según su condición de evitabilidad
- El nivel de severidad del daño producido
- Según su tipología siguiendo el carácter y el ámbito de ocurrencia.

a) SEGÚN CONDICIÓN DE EVITABILIDAD

Los eventos adversos deben clasificarse según se haya revisado si estos pudieron ser evitables o no.

Se ha determinado que, si bien la gran mayoría de dichos eventos eran prevenibles, en algunos casos no lo eran, debido a que fueron resultado de lo que se denomina riesgo inherente, sea del padecimiento o del procedimiento realizado.

b) SEGÚN NIVEL DE SEVERIDAD DEL DAÑO PRODUCIDO.

Se mencionó que un evento adverso es aquel que causa algún daño al paciente; de acuerdo a ello y como consecuencia de lo anterior, los eventos adversos se clasifican como graves, moderados y severos, según los siguientes principios:

- Es un evento adverso denominado como grave, si ocasiona la muerte o incapacidad de la persona (o si contribuye a ello) o que implique una nueva intervención quirúrgica;

- es un evento adverso moderado, si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración o más;
- y se clasificará un evento adverso como leve, si ocasiona alguna lesión o complicación mínima, sin prolongación de la estancia hospitalaria.

c) SEGÚN LA TIPOLOGÍA DE LA PROBLEMÁTICA QUE LOS ORIGINÓ.

Los eventos adversos e incidentes, pueden surgir por múltiples causas, las cuales en un primer agrupamiento se organizan según grandes categorías de análisis; destacándose entre las principales, en el siguiente cuadro: ⁽¹⁾

TABLA 1: Eventos Adversos según la tipología de la problemática que los originó

Tipología	Contenidos según los problemas que los originan
EAs e incidentes originados por aspectos administrativos	En este rubro se incluyen en particular aquellos problemas relativos a la documentación del paciente, como serían los errores en etiquetas, pulseras de identificación, tarjetas, documentos ausentes o retraso en su disponibilidad, documento o historia clínica de otro paciente. Errores o problemas en el relevo del equipo asistencial, en las citas, listas de espera, derivación/interconsulta, ingresos y altas, traspaso asistencial, identificación del paciente, consentimiento, datos incompletos o inadecuados, proceso o servicio erróneo.
EAs e incidentes en relación con los procedimientos clínicos	Problemas de diagnóstico o de evaluación, errores en el procedimiento/tratamiento/intervención, no realización cuando estaba indicado, procedimiento incompleto o inadecuado o no disponible, procedimiento en paciente erróneo, parte/lado/lugar del cuerpo erróneo, retraso en el diagnóstico, no empleo de pruebas adecuadas, conducta no

		adecuada para el resultado de las pruebas complementarias.
EAs Incidentes relacionados con los cuidados hospitalarios	e los	Situaciones originadas por infecciones nosocomiales (de la herida quirúrgica, sondajes urinarios, neumonías, infección de cánulas intravasculares, prótesis), extravasación de catéteres, úlceras de decúbito, flebitis, salida accidental de sonda nasogástrica o vesical.
EAs Incidentes relacionados con la medicación	e la	Problemas surgidos por Errores de Medicación (EM), son los más frecuentes en la atención médica hospitalaria, se presentan hasta 3 veces más en la población adulta. En su mayoría provienen del personal de enfermería
EAs Incidentes relativos a otros tratamientos	e	Se relacionan con errores vinculados con sangre o productos sanguíneos, con aspectos de la nutrición, con oxígeno/gases/vapores.
EAs Incidentes relativos al proceso de comunicación	e al de	Se originan por fallas de comunicación e interpretación entre el personal de salud y el paciente, pero también entre los diversos miembros del equipo sanitario. Por su importancia destacan los problemas entre el médico-paciente, médico-enfermera y médico-médico.
EAs Incidentes ocasionados por deficiencias diversas	e	Problemas originados por infraestructuras/locales/instalaciones, en los dispositivos/equipos médicos (falta de disponibilidad, inadecuación a la tarea, sucio o no estéril, avería/mal funcionamiento, conexión incorrecta).
EAs Incidentes	e en	Adaptación de la gestión de la carga asistencial, disponibilidad e idoneidad de camas o servicios,

relación recursos gestión de la organización	a o	disponibilidad e idoneidad de recursos humanos y materiales, correcta organización de equipos y personas, disponibilidad e idoneidad de protocolos, políticas, procedimientos y directrices.
---	----------------	--

Fuente: Boletín del Centro Colaborador de Calidad y Seguridad en el Paciente, CONAMED

6.2.4.3 ACCIONES PREVENTIVAS

Para Aguirre, es importante sensibilizar al personal y lograr la toma de conciencia ⁽¹²⁾, Rodríguez, señala que es un aspecto esencial en la prevención de EA. Algunos autores señalan que para lograr esta acción es necesario tener presente cuatro aspectos: Aceptar que uno se puede equivocar, aplicar sistemas para detectar todos los errores y sus causas, diseñar sistemas de cuidado tendientes a reducir la probabilidad de errores y reconocer tempranamente los problemas emocionales en los que cuidan a los pacientes. ⁽¹³⁾

Los sistemas de notificación se deben caracterizar por ser no punitivos, confidenciales, oportunos, orientados a sistemas y que brinden respuesta de manera precisa y oportuna. Finalmente, la aplicación de las medidas preventivas y la promoción de una cultura orientada a la notificación de eventos adversos contribuirán a mejorar la calidad del cuidado. ⁽¹⁴⁾

6.2.4.4 PROPUESTAS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

La primera etapa para solucionar un problema es tomar conciencia de que existe. Ya lo señalaba muy bien en el artículo publicado en Archivos de Pediatría por J. M. Ceriani Cernadas, indica que para la disminución de los efectos adversos se debe trabajar en cuatro aspectos, que se pueden resumir en: ⁽¹⁴⁾

- Aceptar que somos falibles y nos podemos equivocar.
- Aplicar sistemas para detectar todos los errores y sus causas.
- Diseñar sistemas de cuidado tendientes a reducir la probabilidad de errores.
- Reconocer tempranamente los problemas emocionales en los que cuidan a los pacientes.

En ese camino existen actualmente herramientas disponibles como las actividades de evaluación y mejoramiento que proponen los programas de garantía de calidad para los servicios e instituciones de salud. En el abanico de las metodologías se encuentra la medición de la calidad sobre la base de la evaluación de eventos adversos.

El monitoreo de los eventos adversos es un planteo productivo porque concentra el análisis en hechos que son preocupación tradicional en el ejercicio profesional. Se trata de una evaluación de la calidad focalizada en los problemas evitables. Los problemas de calidad que se estudian con mayor frecuencia son: infecciones nosocomiales, infección de heridas quirúrgicas, muertes infantiles, muertes perquirúrgicas, cesáreas, reinternaciones, readmisiones en unidad de cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas repetidas. Cada institución considerará aquellos problemas que le interesa estudiar y controlar. Luego de ello se instalará una serie de actividades tendientes a evaluar primero y mejorar luego la situación encontrada, si no fuera satisfactoria. Actualmente el énfasis se encuentra en el análisis de las causas y los cambios que se pueden introducir en los recursos, procedimiento o conductas, según corresponda.

Acciones para un programa de mejoramiento de la calidad ⁽¹⁾

- Formar los grupos de calidad: Conformación de comisiones, grupos, círculos de calidad con designación formal y definición de objetivos y alcances de sus acciones. Los componentes pueden pertenecer a una

misma unidad o servicio; sin embargo, se espera que sea multidisciplinario o integrado por personal de distintas disciplinas y funciones dentro de la institución.

- Definir los eventos adversos que se desean controlar: Cada institución deberá definir específicamente los problemas de calidad que desea vigilar de acuerdo con el riesgo, gravedad, frecuencia, interés y posibilidades de solución.
- Diseñar el tipo de monitoreo que se va a implementar: El abordaje tiene dos vertientes posibles: Monitoreo anecdótico: consiste en el estudio clínico de todas las ocurrencias o de una muestra de las complicaciones o eventos adversos definidos, con el fin de determinar causalidad y evitabilidad. Se trata de un análisis del proceso de atención caso por caso.
- Monitoreo estadístico: se define estadísticamente un indicador (por ejemplo: tasa de infecciones quirúrgicas) y cuando sobrepasa el valor esperado se analizan los pacientes infectados.
- Análisis del proceso de atención para identificar problemas evitables: Finalmente en cualquiera de los métodos propuestos es necesario analizar si en todo el proceso de atención, desde el diagnóstico hasta la resolución, se cumplieron las normas, criterios o pautas de atención, procedimientos predeterminados para una óptima y aceptable calidad de atención.
- Describir en detalle todos los problemas de atención detectados. Jerarquizar los problemas encontrados: Del listado anterior valorizar los más destacados de acuerdo con: riesgo, frecuencia, posibilidad de abordaje, costo y otras variables a definir por el grupo. Para un mejor ordenamiento conviene clasificarlos previamente por alguna tipología (por ejemplo: recursos, procedimientos, conductas).
- Reconocer las áreas comprometidas: Se debe considerar a todos los participantes directos e indirectos vinculados con los problemas

seleccionados. Pueden ser servicios, unidades y equipos. Tratar de no hacer abordajes individuales sino institucionales.

- Diseñar el diagrama de flujo: Secuencia de todos los procesos que se produjeron desde el contacto inicial del paciente con la institución para que ocurra el problema detectado.
- Representación visual de los procesos lógicos: es una herramienta gráfica que revela los distintos puntos de vista con relación a un determinado proceso. En cada paso es necesario identificar: clientes, proveedores y la responsabilidad de cada uno. Interpretar causas: Identificar en cada etapa del proceso las causas potenciales o más probables del problema seleccionado.
- Proponer soluciones: Elegir la mejor solución posible para controlar, evitar o reducir el problema encontrado, considerando las posibilidades y las dificultades de las medidas propuestas. Para esa selección definir previamente los criterios que debería cumplir el procedimiento elegido.
- Producir cambios: Desarrollar el plan de acción que contenga las metas que se pretenden lograr con la solución elegida. Es aconsejable dividir la solución en tareas sucesivas. Definir las personas responsables y los tiempos previstos para cada etapa.
- Evaluar resultados: Desarrollar un sistema de seguimiento del plan de acción que analice si se realizaron las tareas fijadas y si se lograron las metas propuestas. Es una etapa trascendente, ya que permite juzgar la efectividad del plan de acción.
- Reiniciar el ciclo: Como se trata de un monitoreo continuo, volver a repetir el esquema de evaluar-mejorar. Recordar que una vez solucionado o controlado un problema aparece otro, ya que la calidad es un horizonte móvil.

3.3 MARCO SEMANTICO REFERENTE A LA INTERVENCIÓN

La multiplicidad de tareas y procedimientos que realiza la profesional en enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva, es tan amplia que la hace vulnerable a que se presente un EA, varios estudios recomiendan la aplicación de protocolos y estándares, con el fin de prevenir los mismos, estos deben estar basados en normas nacionales e internacionales. Los mismos se realizarán con el fin de guiar el accionar de la enfermera para prevenir el EA.

Entre los principales estándares que se implementaran están

- Medidas de Bioseguridad
- Aplicación de la Relación enfermera/paciente TISS 28
- Aplicación de las medidas correctas en la administración de medicamentos
- Estándares de prevención de caídas
- Escala de Norton para la prevención de úlceras por presión

6.3.1 ESTÁNDARES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Determinadas unidades de un hospital disponen de estándares y protocolos de régimen interno que obligan a tomar ciertas medidas de protección para el paciente, personal y familiares.

Los riesgos inherentes al procedimiento afectarán al paciente, al profesional y a los familiares, la inclusión de estándares y protocolos pretende mentalizar al sector sanitario y al público en general sobre la importancia de potenciar la salud laboral de quiénes, precisamente, dispensan salud y protegen a quienes la reciben.

La idoneidad del sistema de estándares ha sido evaluada por un equipo multiprofesional integrado por enfermeras, y médicos, para proporcionarle una dimensión integral, científica, técnica y humana.

El papel de enfermería en la prevención y eliminación del riesgo de infección y otras complicaciones es muy relevante, pues de su actuación dependerá el que se evite la transmisión del agente patógeno y la aparición de la infección hospitalaria.

a) Concepto de Estándares

El término estándar, de origen inglés, tiene varios significados de los cuales podemos mencionar los siguientes:

- El significado primario moderno fue "lo que es establecido por la autoridad, la costumbre o el consentimiento general". En este sentido se utiliza como sinónimo de norma.
- Estándar es la norma o regla general sobre la manera como se debe obrar o hacer una cosa o por la que se rigen la mayoría de las personas.
- Medida o criterio de medición de valor cuantitativo o cualitativo establecido por la profesión como nivel de excelencia para la práctica de enfermería. Un estándar es un modelo, patrón o criterio establecido empírica o científicamente, con el fin de evaluar estructura, métodos o resultados. De la actividad de enfermería.
- Los estándares son normas cualitativas, expresan explícitamente un grado o nivel de calidad.
- Es un requisito mínimo aceptable para asegurar la atención de enfermería, un instrumento de evaluación o ser una guía para mejorar el servicio.
- Sirven de pauta para la planificación y evaluación de los servicios y protegen al usuario de un producto de mala calidad.

Los profesionales de enfermería de Puerto Rico tienen la responsabilidad de desarrollar estándares de práctica que describan la ejecución mínima esperada y de establecer criterios para la evaluación de una ejecución efectiva. ⁽¹⁾

Cuatro estándares para la práctica de enfermería han sido desarrollados. Estos reflejan el uso de teorías de enfermería y postulados básicos como marco conceptual para la práctica y comunicación, como proceso esencial en la interacción con el cliente, familia y comunidad. Estos estándares reflejan la creencia de que enfermería, utiliza el proceso de enfermería como método de práctica y como modelo conceptual de la profesión.

El proceso ha sido enunciado como un acercamiento sistemático para la práctica de enfermería: Colección de información, Diagnóstico, Planificación de cuidados, Acciones de Enfermería y Evaluación.

Estas partes específicas no intentan indicar que la práctica es una serie de pasos que toman lugar en estricta secuencia desde el estimado hasta la evaluación, sino que presentan el método más indicado para la intervención.

La responsabilidad ético-legal y la visión general de enfermería están reflejadas en estos estándares. El modelo utilizado para la presentación de los estándares incluye un racional, una estructura, un proceso y un resultado esperado. También se incluye un vocabulario y una bibliografía que sustenta el documento desarrollado.

En Bolivia se define: Estándar o norma es el patrón de rendimientos, una guía, un modelo o directriz. Puede incluir criterios de cantidad, calidad, tiempo y costo.

Los estándares constituyen la esencia del sistema de enfermería; son instrumentos de gestión que contribuyen a planificar la atención de los servicios de enfermería.

b) Propósito para el establecimiento de Estándares – Ventajas

- Lograr una atención segura, apropiada, continua y humana para el paciente o usuario.
- Unificar las condiciones necesarias para dar una atención básica de enfermería al usuario o paciente.
- Facilitar una mejor utilización de los recursos materiales y humanos.
- Identificar las necesidades prioritarias de los servicios de enfermería.
- Medir la calidad o cantidad de atención de enfermería que recibe el usuario o paciente.
- Determinar necesidades de adiestramiento.
- Permitir un planeamiento razonable de todas las actividades de acuerdo a las necesidades detectadas.
- Promover una comunicación y coordinación efectiva y eficiente entre los elementos y componentes del sistema y subsistema.
- Ayuda a establecer relaciones humanas
- Facilita la conducción de Servicios
- Mantiene la disciplina
- Evita errores.
- Asegura la uniformidad
- Permite evaluar.
- Proporcionar seguridad
- Permite elaborar protocolos de atención al paciente.

c) Componentes básicos de los estándares

Los estándares deben tener las siguientes cualidades:

- Que tengan la condición necesaria para lograr el objetivo básico del Departamento de Enfermería.
- Deben ser positivos, claros, simples, comprensibles, medibles o sea que cualquier personal de enfermería los pueda entender.

Hay cuatro componentes importantes que son necesarios en los estándares:

- **Enunciado:** Es la comprensión del estándar, el comportamiento o la acción deseada que deberá existir. Los cuales resultan de un efecto, responde a la pregunta ¿qué?
- **Justificación:** Es la base, razón o principio que justifica el estándar. Por qué se hace el estándar.
- **Condiciones Necesarias:** Son factores que favorecen la aplicación del estándar o sea con qué. Estas vienen siendo las estrategias para el cumplimiento del estándar es necesario establecer normas y procedimientos que guíen la acción de enfermería. Sin estas condiciones establecidas es imposible el logro de los estándares.
- **Criterios Para la Evaluación:** Índices o criterios por los cuales se puede medir los estándares. Son el medio para evaluar o sea el cómo vamos a evaluar. Se deben usar palabras medibles y expresadas en forma positiva.

El cumplimiento de los estándares permite proporcionar una atención de enfermería eficiente, apropiada y humanizada a la comunidad en forma continuada.

d) Clases de Estándares o Normas

Existen tres tipos de ESTANDARES O NORMAS que se utilizan por lo general. Se basan en el estudio de DONOBEDIAN (1986) que indica que la atención de salud puede medirse a partir de tres elementos, como: Estructura, Proceso y Resultado.

1. Estándares o normas de estructura o administrativas

Son aquellas que se refieren a características, tales como las instalaciones, la dotación y los recursos del interno administrativo donde se ejerce o enseña la enfermería. Es decir, recursos humanos, ambientales, organizativos y físicos.

También son enunciados que sirven de guía en el accionar de enfermería, dentro de la gerencia administrativa no relacionada con la atención directa de las personas.

Son guías de acción no directa con el paciente, por ej. Turnos, roles, vacaciones y técnicas. Dentro los estándares o normas de estructuras se consideran las administrativas:

- **Estándares Técnicos**

Son las que guían la actividad de enfermería: ej. Lavado de manos, ingreso a la unidad de familiares, personal, Horarios de administración de medicamentos nutrición enteral y parenteral. etc.

a) Por su alcance:

- **Generales.** - Instrucciones emitidas por la jefatura del servicio de UTI para todo el hospital. Por ej. Todos deben trabajar 8 horas diarias.
- **Específicas.** - Instrucciones emitidas solo para el servicio, por ej. Todos deben usar cofias para trabajar en la U C I.

b) Por su grado de obligatoriedad son:

- **Imperativos.** - Por ej. Deben entregarse los turnos.
- **Indicativos.** - Por Ej. Deben atender a un cliente con insuficiencia respiratoria aguda.

c) Por su precisión:

- **Puntuales.** -Establecen metas fijas. Solo se admiten 4 (cuatro) clientes.
- **Rango.** - Límite máximo, mínimo, Por ej. El personal de enfermería deberá esperar 10 minutos como mínimo para la entrega de turno; y 15 minutos como máximo.

2. Estándares o normas de procedimiento:

Son las actividades propiamente dichas y los intercambios entre el que brinda la atención de salud y el que la recibe (entre programas y estudiante), o sea actividades intermitentes y secuencia de los eventos educativos a los relacionados con la atención de salud.

3. Estándares o normas de resultado:

El resultado final incluido el cambio medible en las actividades de enfermería (o enseñanza) realizadas. Es decir, el estado de salud físico y mental, función física y social; actividades, conocimientos y comportamiento con relación a la salud; Evolución del cliente respecto al cuidado.

6.3.2 CHECKLIST

Los listados de control, listados de chequeo, checklist u hojas de verificación, siendo formatos generados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de un listado de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de manera sistemática. Se utilizan para hacer comprobaciones sistemáticas de actividades o productos asegurándose de que el trabajador o inspector no se olvida de nada importante. ⁽⁶⁾

PARA QUÉ SIRVEN LAS LISTAS DE CHEQUEO

Los principales de los checklist son los siguientes:

- Durante la realización de actividades en las que es muy importante que no se olvide ningún paso y deben hacerse las tareas con un orden establecido. ⁽¹⁹⁾
 - Realizar inspecciones donde se deja constancia de cuales han sido los puntos inspeccionados.
 - Verificar o examinar artículos.
 - Examinar o analizar la localización de los defectos. Verificando las causas de los defectos.

- Verificar y analizar las operaciones.
- Recopilar datos para su futuro análisis.

El listado suele ser utilizado para realizar las comprobaciones rutinarias y asegurar que al operario o el encargado de dichas comprobaciones no se le pasa nada por algo, además de que se realice la simple obtención de datos.

La ventaja de los checklist es que, además de sistematizar todas las actividades que se deben realizar, una vez que se han rellenado sirven de registro, y puede ser revisado de manera posterior para tener constancia de las diferentes actividades que se realizan en un momento dado.

Un checklist es una herramienta de ayuda en el trabajo que se diseña para reducir los errores provocados por los potenciales límites de la memoria y la atención en el ser humano. Ayuda a asegurar la consistencia y exhaustividad en la realización de una tarea. Un ejemplo sencillo de un listado de comprobación será un listado de tareas pendientes. ⁽²⁰⁾

¿CÓMO USAR LAS CHECKLIST?

Es muy importante que las listas de control se encuentren de forma clara establecidas e incluyan todos los aspectos que pueden aportar datos de interés para la empresa. Es por esto que se precisa que quede de forma correcta recogido en un listado de control:

- Qué tiene que controlarse o chequearse
- Cuál es el criterio de conformidad o no conformidad
- Cada cuánto se inspecciona
- Quién realiza el chequeo y cuáles son los procedimientos aplicables

6.3.3 NEMOTECNICO

Es un tipo de regla que se utiliza para recordar o aprender algo específico. La base de la mnemotecnica es que utiliza un conocimiento previo para incorporar otro nuevo.

En el sentido amplio de la palabra una regla mnemotécnica es todo aquello que nos ayuda a recordar algo. Existen muchas reglas mnemotécnicas y hasta se podría decir que estas son de carácter individual o personal.

FAST HUG BID

FAST HUG BID es un nemotécnico usado en la UCI con el objetivo de ayudar a identificar y prevenir errores de medicación, promover la seguridad del paciente y maximizar la terapéutica de intervención. EL nemotécnico FAST HUG BID es una lista de control mental, nos habla de un “abrazo rápido”.

F de Feeding (alimentación): La malnutrición complica la situación del paciente crítico y empeora su pronóstico. El aporte calórico será proporcional a la severidad del cuadro.

La vía ideal de alimentación es la oral, pero en la mayoría de los pacientes críticos no es posible esta vía, por tanto, se opta por la vía enteral y muchas veces por la parenteral. El comienzo temprano de la alimentación enteral es un componente clave en el cuidado de los pacientes críticos ya que incrementa el flujo sanguíneo mesentérico, manteniendo la integridad de la mucosa intestinal y promoviendo la motilidad y peristalsis gastrointestinal.

Estudios han demostrado que la mortalidad disminuye si se inicia la nutrición entre 24 a 48 horas del ingreso así también disminuye la incidencia de infecciones. El tipo de nutrición será acorde a la situación clínica del paciente.

A de Analgesia (Analgesia): El control del dolor es parte clave del manejo integral del paciente de UTI. No es fácil reconocer el dolor en este tipo de usuarios. Las valoraciones subjetivas son importantes, debemos observar la expresión facial, inquietud, taquicardia, hipertensión pueden tener cierta utilidad.

La analgesia cumple mejor su objetivo si se la administra vía infusión continua o dosis horaria, no PRN. Titular la dosis acorde a la condición clínica, evitar sobredosificar lo cual incrementa el riesgo de efectos secundarios.

S en especial nos recordara 3 intervenciones:

- **Sedation:** Sedación
- **Skin:** Piel, cuidados
- **Spontaneuos Breathing Test:** Tubo en T

S1: La sedación facilita que el Paciente este cómodo, sin estrés, además de permitir un adecuado acople con la ventilación mecánica. Se puede aplicar para su evaluación las escalas de sedación que ya se conocen como el RASS o el Ramsay.

S2: Garantizar todas las medidas pertinentes para evitar úlceras de decúbito que pueden complicar y prolongar la estadia en UTI.

S3: Realizar prueba de Tubo en T.

T de Thromboembolic phrophylaxis (Prevención del tromboembolismo):

Los pacientes de UTI presentan factores de riesgo tales como inmovilidad, ventilación mecánica, trastornos hemodinámicos, respiratorios, catéteres, cáncer que los tornan muy susceptibles de desarrollar una TVP.

La ETV es la enfermedad más prevenible entre los pacientes internados. La tromboprofilaxis se la deberá iniciar tan pronto el paciente ingresa a terapia intensiva.

H de Head elevation (Cabecera de la cama elevada): Cama a 30°, La posición a 30° debe mantenerse en forma estricta ya que esta simple medida disminuye la incidencia de Neumonía Nosocomial en pacientes intubados. Con esto evitamos:

- Prolongar la ventilación mecánica

- Mayor estadía del usuario en UTI
- Disminuimos el riesgo de mortalidad.

U de Stress Ulcer prophylaxis (Profilaxis de la úlcera por estrés): El estrés relacionado con daño de la mucosa, es una forma de gastritis hemorrágica que puede ocurrir en pacientes críticamente enfermos.

G de Glycemic control (Control de la glucemia): Los niveles altos de glicemia se relacionan con mal pronóstico: IAM, TCE, Bypass coronario, etc.

La hiperglicemia facilita las infecciones. Con control adecuado:

- Disminuye la estadía en UTI
- Baja el requerimiento de diálisis
- Disminuyen infecciones, polineuropatías, transfusiones de sangre, mortalidad.

B de Bowel régimen (Deposición): El paciente puede presentar diarreas, estreñimiento, íleo, los cuales incrementan sus molestias. A destacar el estreñimiento que puede ser causa de no acople a la VM y luego causa de fallido extubación. También puede ser causa de falta de tolerancia a la dieta incluso delirio. Debemos valorar el hábito intestinal en forma periódica.

I de Indwelling catheters (Revisar catéteres): Se debe revisar los diferentes catéteres que porta el paciente, vía central, hemodiálisis, Swan Ganz, arteriales. Sonda vesical, mantenerlos lo menos posible para evitar infecciones adicionales que compliquen la condición de fondo tal como la Sepsis por catéter.

D de De escalation antibiotics (Descontinuar antibióticos): Mantener medicamentos por días extras no se relaciona con efecto adicional, más bien se potencian efectos secundarios.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Eventos Adversos son hechos que pueden llegar a suceder en cualquier momento, nadie está exento de los mismos. La Unidad de Terapia Intensiva de la Clínica Médica de Atención Integral de Obrajes, es un área que admite pacientes de alta complejidad en relación a problemas de salud. El Personal Profesional de Enfermería se encarga de brindar los cuidados necesarios para la pronta recuperación de los mismos; pero no toma en cuenta que, tanto el paciente, como el personal, están expuestos a que se produzcan estos eventos adversos, que no son hechos que planificamos, sino que son hechos que pueden suceder en cualquier momento, en toda institución que brinda atención en salud. ⁽⁷⁾

Al momento, en la institución no se han encontrado registros sobre Eventos Adversos, el personal de enfermería tampoco refiere que hayan sido orientados al respecto desde su ingreso. Ante tal situación, surge la necesidad de resolver las siguientes preguntas:

- ¿Sabemos en realidad que es un evento adverso?
- ¿Conocemos las situaciones en las que se ha presentado un evento adverso?
- ¿Existe una notificación adecuada de los eventos adversos?
- ¿Se han planteado soluciones a estos eventos adversos suscitados?

Son cuestiones que se pretenden responder a través del presente trabajo, no solo para el conocimiento del personal de enfermería que trabaja en la institución, sino también para beneficio de esta y la mejora de la atención en salud, de los pacientes.

Se ha realizado la revisión de trabajos sobre Eventos Adversos, en su mayoría son trabajos realizados en otros países, que muestran datos relevantes sobre la frecuencia, prevalencia, causas, consecuencias y propuestas para mejorar la atención en salud. ⁽¹⁾

Se busca respuestas a estas preguntas, no con una intención punitiva, sino para mejorar la atención al paciente, además incentivar a otros profesionales a generar estudios relacionados, ya sea en la misma institución u otras.

4.1 Pregunta de Investigación

Por todo lo mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁL ES EL CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CLÍNICA MÉDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL OBRAJES S.R.L.?

V. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el conocimiento del profesional en enfermería sobre prevención de eventos adversos durante la atención de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de la Clínica Médica de Atención Integral Obrajes S.R.L., octubre a diciembre de 2019

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar las características sociodemográficas del personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva
- ✓ Identificar los factores de riesgo que incurren en la aparición de los principales eventos adversos durante la atención del paciente en la Unidad de Terapia Intensiva
- ✓ Evaluar la utilización de las normas de enfermería en las intervenciones de los procedimientos para la prevención de eventos adversos durante la atención de enfermería.
- ✓ Proponer guías de mejoramiento continuo frente a eventos adversos, destinada al Personal Profesional de Enfermería.
- ✓ Determinar la existencia de instrumentos de notificación de eventos adversos durante la atención de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio con un enfoque cuantitativo, de tipo transversal, analítico y de intervención, para la realización del mismo se aplicó una encuesta de selección múltiple.

- **Cuantitativo:** Nos permitirá recolectar datos, a los resultados obtenidos se le asignara un valor numérico, mismos que son parte del análisis estadístico.
- **Transversal:** Se estudiará las variables de manera simultánea en un tiempo determinando, sin continuidad en el eje del tiempo.
- **Analítico:** Se analizará el factor asociado para la ocurrencia de Eventos Adversos durante la atención brinda la profesional en Enfermería.
- **De Intervención:** Tras los resultados obtenidos a través del estudio, se presentará una Propuesta sobre Prevención de Eventos Adversos.

6.2. Área de estudio

El estudio se realizará en la Unidad de Terapia Intensiva de la Clínica Médica de Atención Integral de Obrajes, la institución está ubicada en la zona Sur de la ciudad, en la zona de Obrajes sobre la avenida Hernando Siles entre calles 9 y 10, el servicio se encuentra en el primer piso, consta de 3 unidades equipadas para atención del paciente crítico, una de las unidades cuenta con la máquina de hemodiálisis. La UTI cuenta con 5 turnos distribuidos de la siguiente manera:

Turno	A	B	C	Fin de Semana
Mañana	1 Licenciada	1 Licenciada	---	1 Licenciada
Tarde	1 Licenciada	1 Licenciada	---	1 Licenciada
Noche	1 Licenciada	1 Licenciada	1 Licenciada	----

TABLA 2: Distribución de turnos del personal de Enfermería de la UTI, CMAIO S.R.L.

El personal acude ha llamado al ingreso de paciente, trabaja solamente 1 licenciada cuando hay un paciente, a partir del ingreso de 2 o más pacientes acude personal auxiliar ha llamado también.

6.3. Universo

El universo está conformado por 14 Licenciadas en Enfermería, quienes trabajan en la Clínica Médica de Atención Integral de Obrajes, en sus diferentes servicios.

6.4. Muestra

La muestra es no probabilística, ya que se tomó en cuenta a licenciadas que trabajan en UTI, por conglomerado, son 8 Licenciadas en Enfermería que trabajan en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de la Clínica.

6.5. Criterios de inclusión

- Todas las licenciadas que trabajen en la UTI Adultos
- Todas las licenciadas que quieran participar en el estudio
- Todas las licenciadas que cubran vacaciones, bajas en el servicio de la UTI.

6.6. Criterios de exclusión

- Todas las licenciadas que no trabajen en la UTI
- Todas las licenciadas que se encuentren de vacaciones
- Todos los médicos y auxiliares de Enfermería

6.7. VARIABLES

- **Variable Dependiente o Efecto:** Prevención de Eventos Adversos

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTOS
Prevención	Medida o disposición que se toma de	Evaluación de los estándares o	Cuestionario

	manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.	normas de Enfermería	
Eventos Adversos	Incidente desfavorable, hecho inesperado, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que ocurre en asociaciones directa con la atención médica.	Evaluación de los estándares o normas de Enfermería	Cuestionario

TABLA 3: Elaboración propia

- **Variable Independiente o Causa:** Atención del personal profesional de enfermería

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTOS
Atención del personal profesional de enfermería	Conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los estándares o normas de Enfermería • 	Cuestionario

asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería.		
--	--	--

TABLA 4: Elaboración propia

- **Variable Interviniente:** Profesional de Enfermería

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTOS
Profesional de enfermería	Profesión que se dedica al cuidado del ser humano. Profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. La enfermería como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social.	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de formación • Nivel de antigüedad 	Cuestionario

TABLA 5: Elaboración propia

6.8. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

6.8.1. PRIMERA FASE:

6.8.1.1. DETERMINAR LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN:

Para determinar el tipo de información que queremos obtener con la investigación, primero nos respondimos las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo que se desea investigar?
- ¿Cuál es el objetivo de la Investigación?
- ¿Cuáles son los datos más relevantes que deseamos obtener?
- ¿Cuáles son los datos complementarios?

Se realizó un diagnóstico sobre algunas deficiencias en el servicio y los principales problemas ocurridos, pero a más de analizar los efectos se indago sobre las causas para que se susciten los mismos. Para comprender e interpretar en una mejor dimensión el proceso de esta investigación, se inicia con la elaboración de un árbol de problemas tomando en cuenta los aspectos efecto – causa, que nos permitió desarrollar estrategias para esclarecer los hechos identificados con evidencias que conduzcan a posibles resultados y dar solución al problema planteado.

6.8.1.2. DETERMINAR MEDIOS A UTILIZAR:

Para esta investigación se realiza una previa revisión de datos:

a) REVISIÓN DE REGISTROS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA)

Se hizo la revisión de documentos, como registros de cuadernos, cuaderno de novedades de enfermería, y se consultó si había algún documento sobre notificación de eventos adversos y protocolos de acción ante la presencia de los mismos. No se encontró ninguno, por tanto, no se encontraron registros sobre Eventos adversos (EA).

b) DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Durante los meses de marzo y abril se realiza de revisión de registros sobre Eventos adversos (EA) y existencia de protocolos en la Unidad de Terapia Intensiva de la Clínica, tras comprobar la inexistencia de los mismos, se determinó que existe una falta de información sobre Eventos Adversos, de ahí nace la necesidad de elaborar una Encuesta para evaluar el conocimiento del personal de Enfermería y los principales eventos adversos que se presentan en la UTI.

6.8.2. SEGUNDA FASE: ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

Se inicia con la tutoría del trabajo en el mes de octubre, donde primero nos designan tutora, se elabora la encuesta de acuerdo con los objetivos fijados anteriormente y revisados por la tutora. Se elaboró una encuesta estructurada sobre conocimientos que tiene el personal de enfermería, para el mismo se hizo la revisión de trabajos anteriores sobre causas y factores de riesgo en Eventos adversos durante la atención de enfermería.

Posteriormente se realiza la validación del instrumento de recolección de datos, para esto se acude a 3 licenciadas especialistas en Medicina Crítica y terapia Intensiva, las mismas realizan el análisis de aplicabilidad, indican las correcciones pertinentes y comprobando que se hayan realizado estas correcciones validan el instrumento. Una vez validado se procede a la siguiente fase.

6.8.3. TERCERA FASE: APLICACIÓN DE LA ENCUESTA, TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se procede a aplicar la encuesta, donde los encuestados llenan por sí mismos, previa aceptación y lectura del consentimiento informado, con la finalidad de obtener información de fuente directa del personal de enfermería que trabaja en

la UTI, para identificar la necesidad de elaborar e implementar estándares de actuación de atención de enfermería a pacientes que sufren un evento adverso.

Una vez realizada la aplicación de la encuesta, se procedió a la tabulación de datos, elaboración de cuadros y análisis de los mismos, interpretado a través de porcentajes. Posteriormente a la elaboración de las conclusiones.

6.8.4. CUARTA FASE – PROPUESTA DE ELABORACIÓN DE GUÍA DE ESTÁNDARES PARA PREVENCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE EA

En esta fase se presenta una propuesta para Prevenir EA en la Atención de Enfermería, esto se presentará posterior a la defensa del trabajo ya realizado, es decir posterior a los resultados obtenidos de la encuesta ya aplicada, mismo que será defendido ante expertos para su aprobación, sin embargo, se anexa esta guía para su revisión.

6.8.4.1. ORGANIZACIÓN

Tras las conclusiones y resultados obtenidos, se realiza la revisión de trabajos de investigación anteriores y bibliografía actual para la elaboración de los Estandares de Atención de Enfermería ante Eventos Adversos, este como una propuesta, para los mismos se anexan al documento puntos que indican el accionar del personal de enfermeira para prevenir un EA y como actuar cuando este ocurra. También se propone un Check list para evaluar continuamente al personal, y verificar que cumpla con todas las medidas preventivas, finalmente se anexa Formularios de Notificación ante la presencia de EA.

6.8.4.2. COORDINACIÓN Y VALIDACIÓN

Para la aplicabilidad y validez de este documento, se realizará la validación, con la presentación a expertos en la materia, posteriormente se presentará a la jefa de Enfermeras de la Clínica, y al Jefe del servicio de UTI, para socializar el

documento elaborado quien también revisará para mejorar el trabajo con sus conocimientos y experiencia laboral.

Por último, una vez revisado los protocolos se presentará ante el Jefe Médico y el Director de la Clínica para aprobación del documento para su posterior implementación en el servicio.

6.8.4.3. IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTANDARES DE PREVENCIÓN

Una vez elaborado y revisado los protocolos se procederá a socializar con todo el personal profesional de enfermería del área dejando un ejemplar en el servicio de tal forma que servirá de guía de trabajo a todo el personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva en especial al personal nuevo y eventual.

6.8.4.4. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Una vez implementado Los Estándares de atención de enfermería ante Eventos Adversos, se realizará un monitoreo continuo de la actuación y calidad de atención de la profesional de enfermería en el servicio de UTI, a través de un check list mejorando la calidad de atención y brindando seguridad al usuario. Aplicando un instrumento basado en estándares técnicas de procedimiento.

VII. CONSIDERACIÓN ÉTICA

Ciertamente, la realización de este estudio no va a desmerecer el trabajo realizado por el personal que trabaja en la institución, por el contrario, irá a coadyuvar a la identificación de la causa raíz del evento para la correcta notificación y la aplicación de medidas preventivas, que es lo que indica la Organización Mundial de la Salud en su documento, ya mencionado.

En este sentido Lares manifiesta “La enfermería es una de las profesiones que está más expuesta a riesgos legales, ya que el 70% de la atención en salud, que se les presta a los pacientes, corresponde a la enfermería”.

Para la realización del presente trabajo se realizó las notas de permiso a las autoridades competentes de la Clínica Médica de Atención Integral de Obrajes, tomando en cuenta los 4 principios de la Bioética:

- **Autonomía:** Se consultó con las autoridades pertinentes de la clínica, para la realización del estudio, que involucra al personal profesional de enfermería que trabaja en la UTI, las mismas aceptaron al igual que las licenciadas encuestadas quienes participaron de manera voluntaria.
- **Beneficiencia:** Este estudio se realiza no con una intención punitiva o buscando responsables entre las profesionales de enfermería, este estudio se realiza con el fin de mejorar la atención al paciente en la UTI de la institución, aplicando medidas preventivas ante EA.
- **No maleficiencia:** Posterior a un análisis con el resultado obtenido a través de las encuestas, se propondrá un documento con la aplicación de medidas preventivas sobre EA que puedan suscitarse, estaremos evitando actos imprudentes que puedan afectar al paciente, al personal que trabaja en la UTI y a la institución misma
- **Justicia:** El trabajo realizado y la propuesta estará dispuesta para todo el personal que trabaje en Unidad de Terapia Intensiva, siendo este un

documento que brindara información científica, para toda la institución, además de ser aplicado, los estándares propuestos, en todo paciente que ingrese a la unidad.

Es pues innegable la responsabilidad que tiene la enfermera de manejar la información necesaria para apoyar una práctica segura, para así evitar poner en peligro la vida del paciente siendo la preparación académica la que va a permitir, que a este tipo de pacientes se le aplique unos cuidados especializados garantizándoles una recuperación satisfactoria.

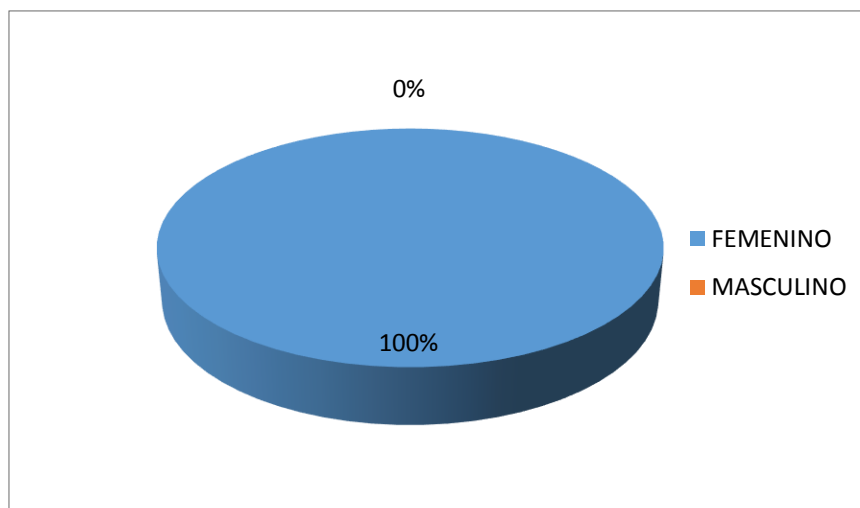
VIII. RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

8.1 CON RESPECTO AL 1er OBJETIVO: Identificar las características sociodemográficas del personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva

GRÁFICO N° 1

SEXO

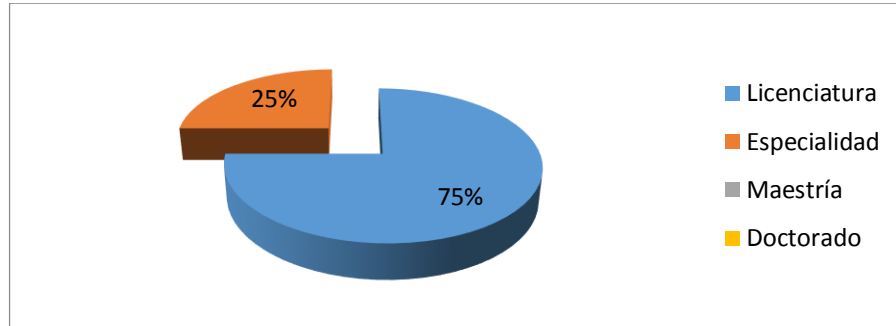


FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: Del personal que participó en el estudio el 100% (8 licenciatas) está constituido por el sexo femenino.

GRÁFICO Nº 2

NIVEL ACADÉMICO ALCANZADO

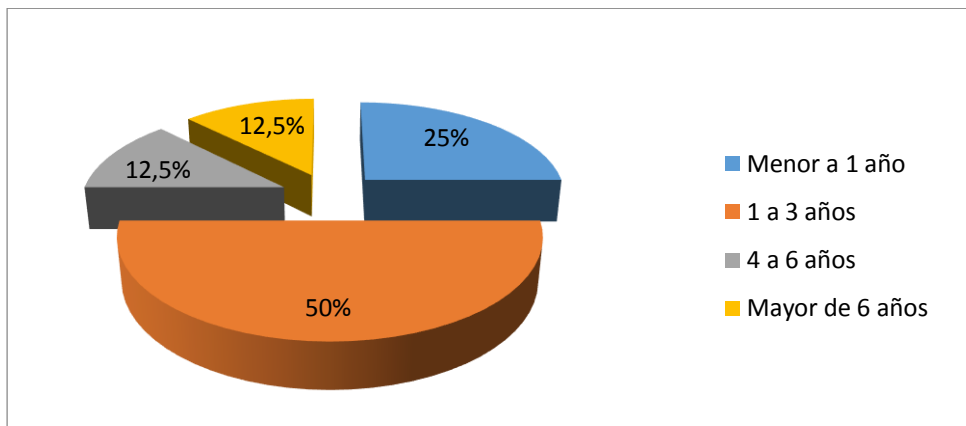


FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 75% (6 licenciadas) del personal alcanza una formación a nivel licenciatura, y solo el 25% (2 licenciadas) cuenta con la especialidad en medicina Crítica y Terapia Intensiva, No se cuenta con Licenciadas que hayan realizado la maestría ni el doctorado.

GRÁFICO Nº 3

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO



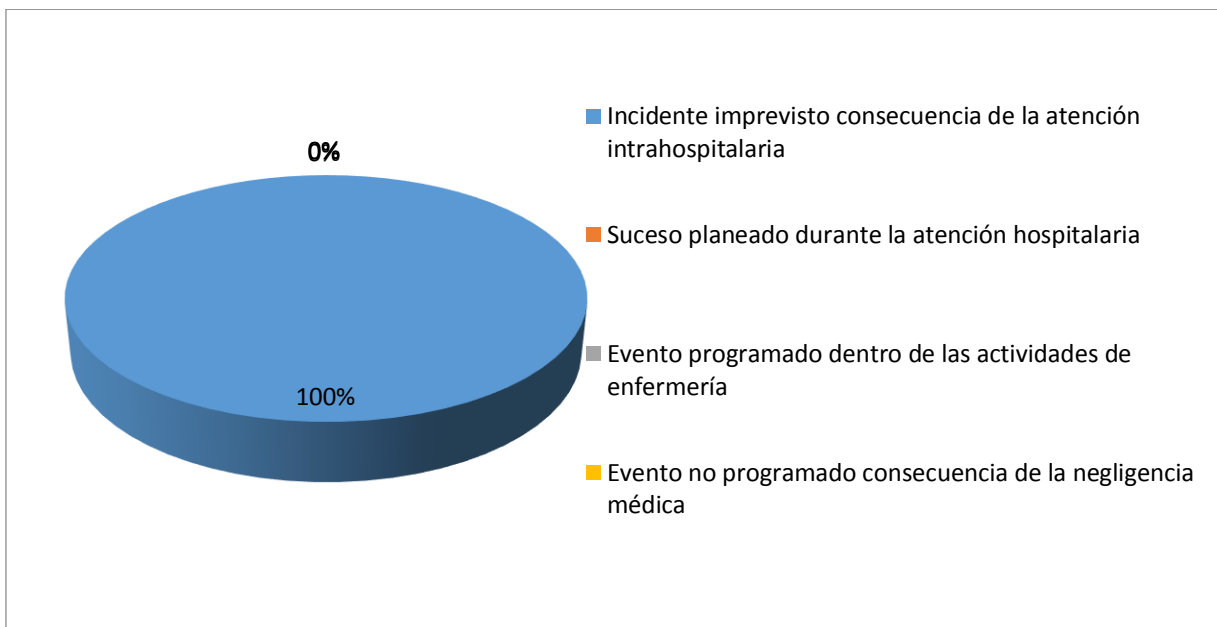
FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 50% (4 licenciadas) del personal trabaja de 1 a 3 años en la Unidad de Terapia Intensiva, el 25% (2 licenciadas) trabaja menos de 1

año, el 12.5% (1 licenciada) trabaja ya de 4 a 6 años y el restante 12.5% (1 licenciada) trabaja más de 6 años.

8.2 CON RESPECTO AL 2do OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo que incurren en la aparición de los principales eventos adversos durante la atención de enfermería al paciente en la Unidad de Terapia Intensiva

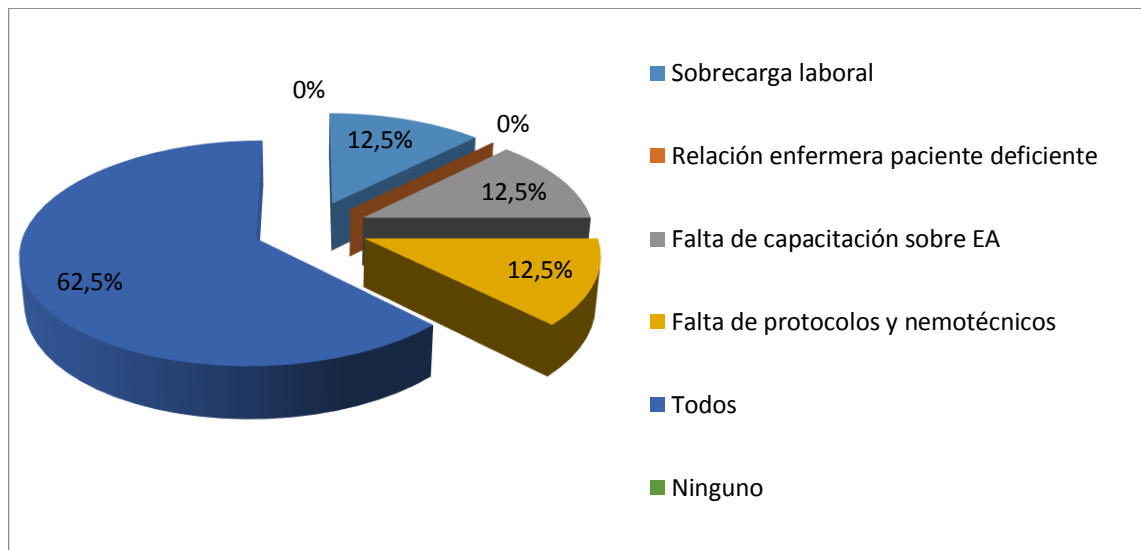
GRAFICO Nº 4
QUE ES UN EVENTO ADVERSO



FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 100% (8 licenciadas) tiene conocimiento de que un evento adverso es un incidente imprevisto consecuencia de la atención hospitalaria.

GRÁFICO Nº 5
SABE USTED CUALES SON LAS CAUSAS PARA LA APARICIÓN DE UN
EVENTO ADVERSO EN LA UTI

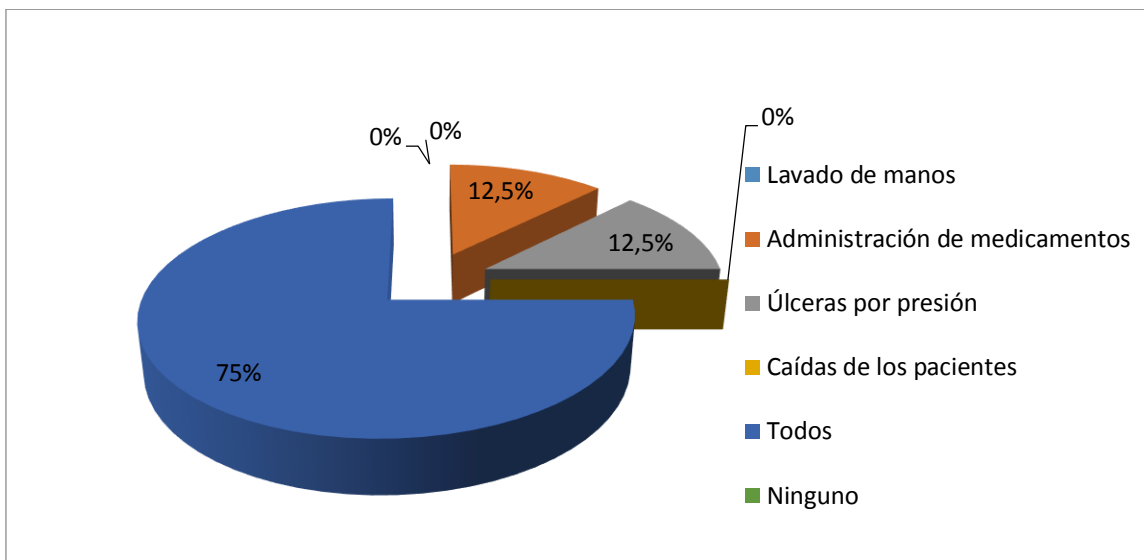


FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 62,5% (5 licenciadas) indica que para la aparición de eventos adversos influyen muchas causas, el 12,5% (1 licenciada) indica que la sobrecarga laboral es una causa fundamental, el 12,5% (1 licenciada) indica que la causa es la falta de capacitación y el 12,5% (1 licenciada) indica que la causa es la falta de guías y uso de nemotecnias.

GRÁFICO Nº 6

ALGUNOS DE LOS EA QUE SE PRESENTAN DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA TIENEN RELACIÓN CON:



FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 12,5% (1 licenciada) considera que los EA tienen relación con la administración de medicamentos, un 12,5% (1 licenciada) con las úlceras por presión y un 75% (6 licenciadas) considera que todas las opciones tienen relación para que se suscite un EA.

8.3 CON RESPECTO AL 3er OBJETIVO: Evaluar la utilización de las normas de enfermería en las intervenciones de los procedimientos para la prevención de eventos adversos durante la atención de enfermería.

GRÁFICO Nº 7

USTED SE LAVA LAS MANOS, CUANDO:

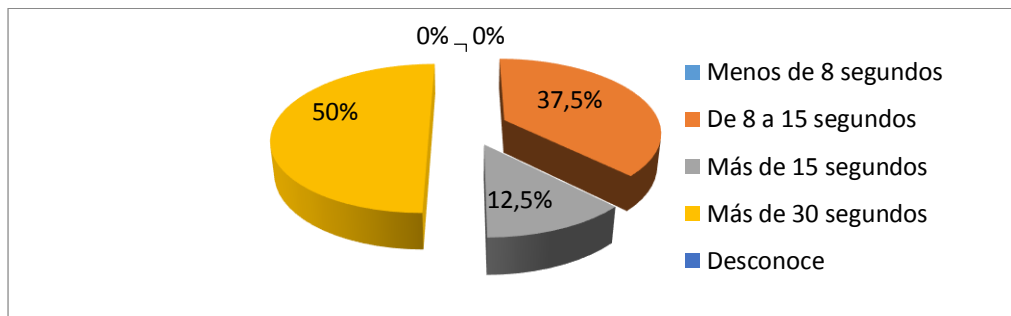


FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 100% (8 licenciadas) del personal realiza el lavado de manos en los 5 momentos, por tanto, su respuesta fue en la opción toda.

GRÁFICO Nº 8

USTED, DE ACUERDO A SU CONOCIMIENTO SOBRE EL TIEMPO DE LAVADO CLÍNICO DE MANOS, SE LAVA LAS MANOS EN:

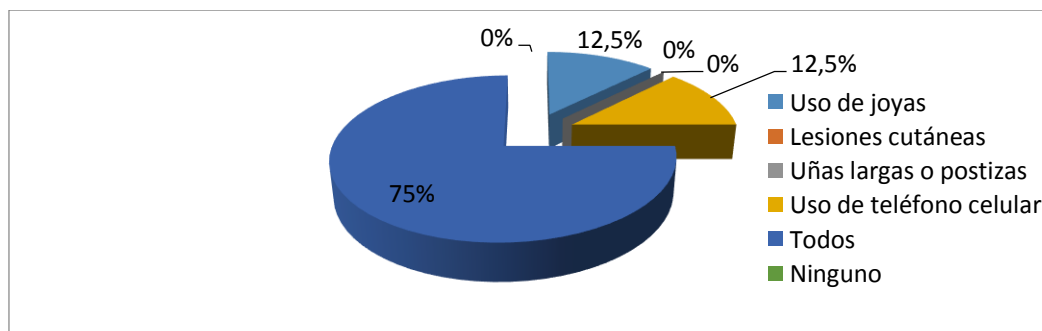


FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 37,5% (3 licenciadas) realiza el lavado de manos de 8 a 15 segundos, el 12,5% (1 licenciada) se lava más de 15 segundos, y el 50% (2 licenciadas) restante se lava las manos más de 30 segundos.

GRÁFICO Nº 9

CUALES DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS DEBEN EVITARSE DURANTE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, PORQUE SE ASOCIA A LA COLONIZACIÓN DE MICROORGANISMOS PATÓGENOS:

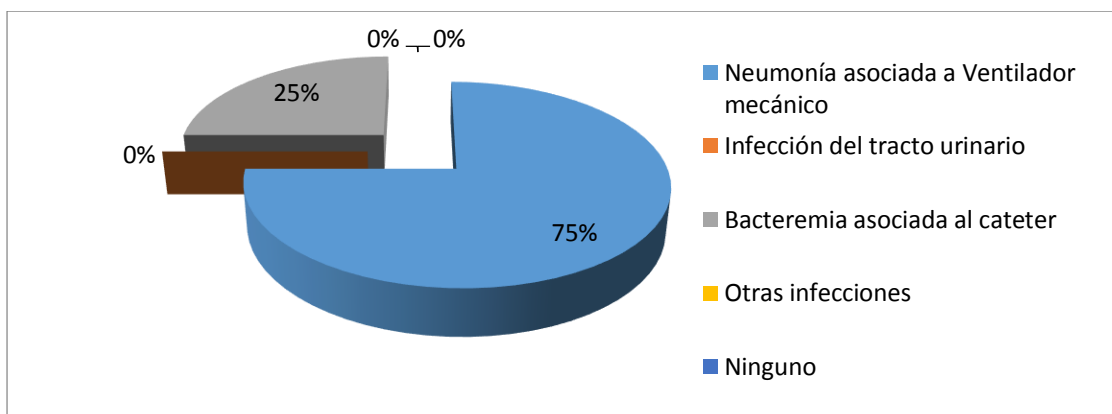


FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 12,5% (1 licenciada) atribuye a que el uso de joyas debe evitarse, el 12,5% (1 licenciada) indica que debe evitarse el uso de celular y el 75% (6 licenciadas) indican que se debe evitar todas las situaciones mencionadas en los anteriores incisos.

GRÁFICO Nº 10

SE LE HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS EVENTOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE

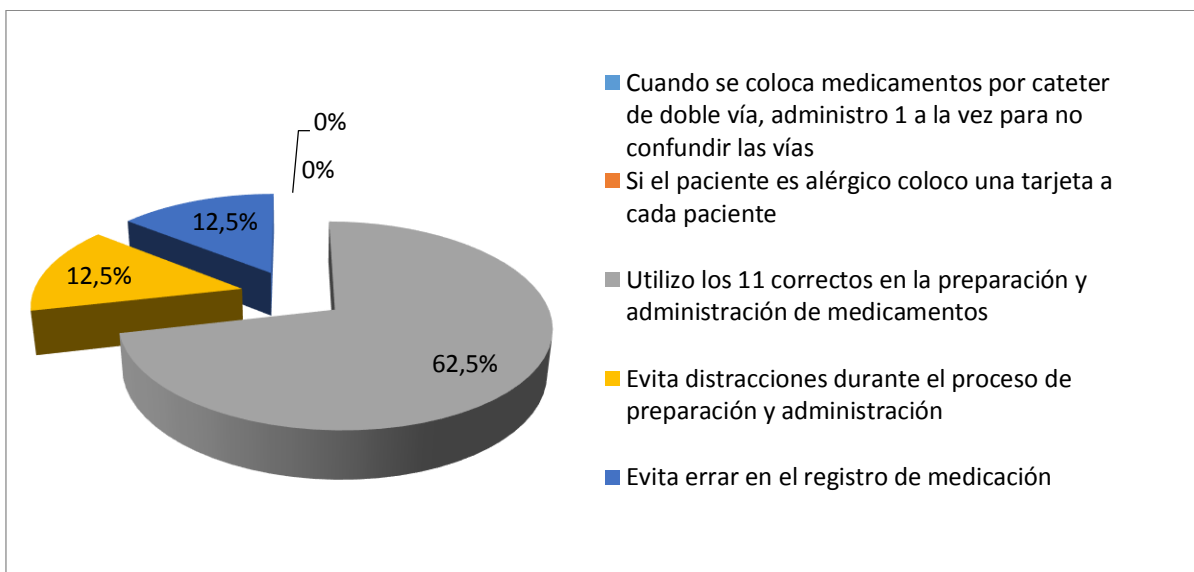


FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: Al 75% (6 licenciadas) se le ha presentado un Evento con Neumonía asociada a Ventilador mecánico y un 25% (2 licenciadas) con bacteriemia asociada al catéter.

GRÁFICO Nº 11

COMO PREVIENE USTED UN EVENTO ADVERSO RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN

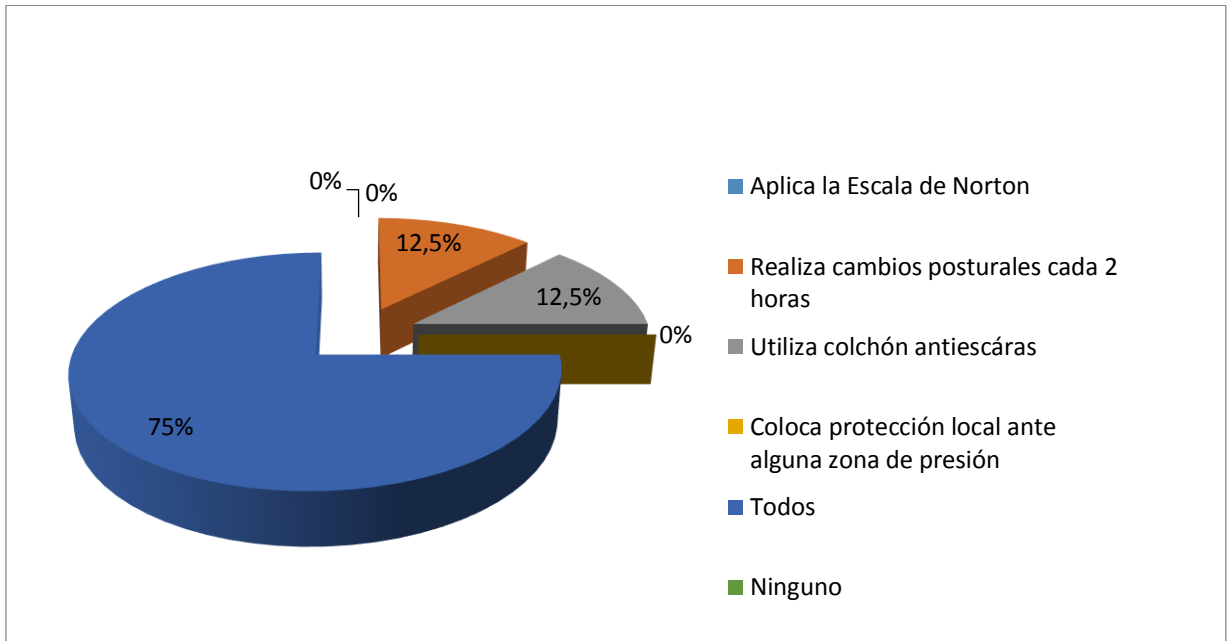


FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 62,5% (5 licenciadas) previene utilizando los 11 correctos en la preparación y administración de medicamentos, el 12,5% (1 licenciada) considera el evitar distracciones durante el proceso de preparación y administración y el 12,5% (1 licenciada) evita errar en el registro de la medicación. Falta el 12,5% (1 licenciada) a este cuadro, eso se debe a que en este ítem indicaron que debería de haber la opción todos, ya que ese porcentaje restante considera que todos los incisos son correctos.

GRÁFICO Nº 12

COMO PREVIENE USTED UN EVENTO ADVERSO SOBRE ULCERAS POR PRESIÓN

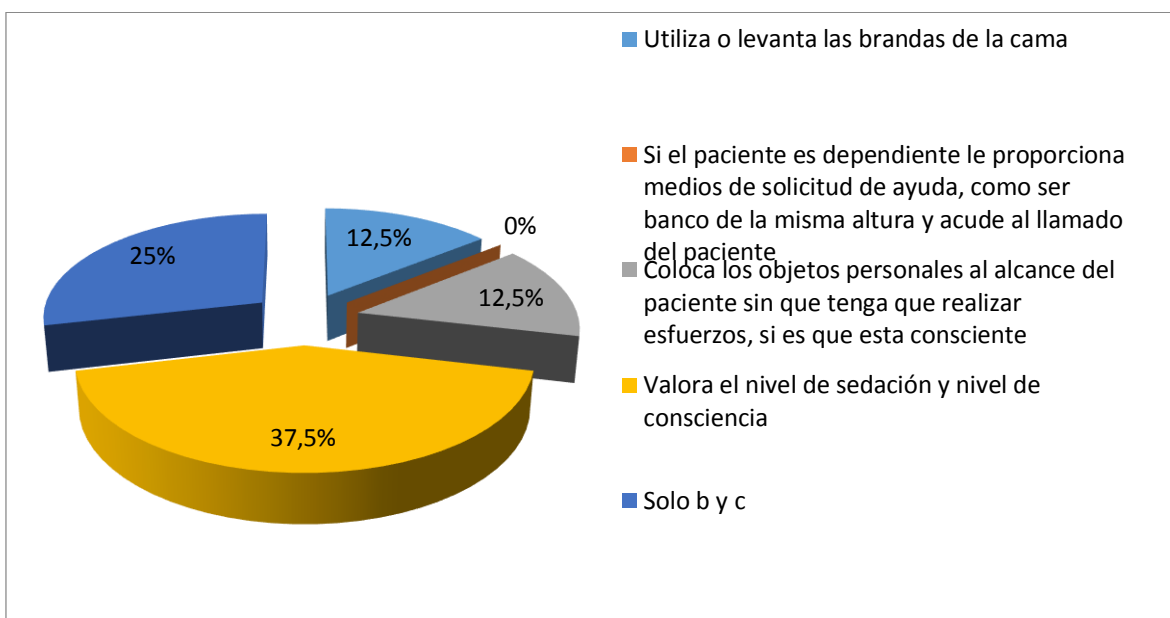


FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: Para prevenir las UPP el 12,5% (1 licenciada) realiza cambios posturales cada 2 horas, un 12,5% (1 licenciada) utiliza el colchón anti escaras y el 75% (6 licenciadas) realizan todas las medidas mencionadas.

GRÁFICO N° 13

COMO PREVIENE USTED UN EVENTO ADVERSO SOBRE CAÍDAS



FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

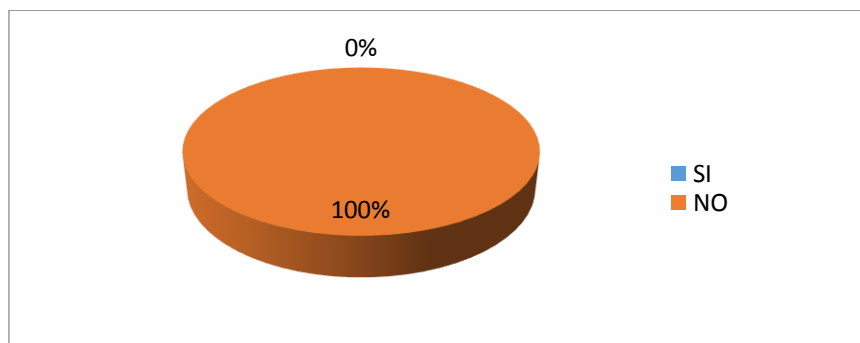
INTERPRETACIÓN: El 12,5% (1 licenciada) levanta las brandas de la cama, el 12,5% (1 licenciada) coloca los objetos personales al alcance del paciente cuando el mismo está consciente, el 37,5% (3 licenciadas) valora el nivel de consciencia y sedación, el 25% (2 licenciadas) proporciona medios de ayuda y pone al alcance las pertenencias del paciente. En este ítem también un 12,5% (1 licenciada) opina que todas las opciones las aplica por tanto sugiere que todos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se propone no solo una guía para la prevención de EA, sino también, la evaluación continua para verificar que se apliquen todas las normas en los procedimientos realizados, esto se podría realizar a través de un check list.

8.4 CON RESPECTO AL 4to OBJETIVO: Proponer una guía de mejoramiento continuo frente a eventos adversos más significativos, destinada al Personal Profesional de Enfermería.

GRÁFICO N° 14

EXISTENCIA DE PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

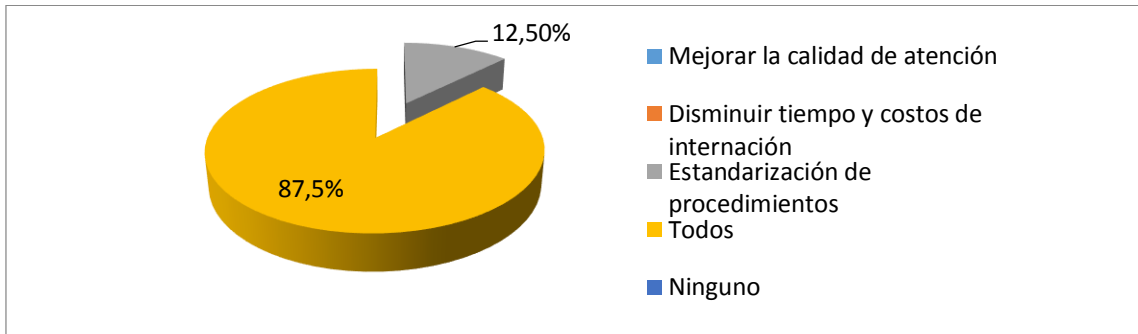


FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 100% (8 licenciadas) del personal indica que no existe ningún protocolo de Prevención de Eventos Adversos.

GRÁFICO Nº 15

PORQUE CONSIDERA NECESARIA LA REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EA



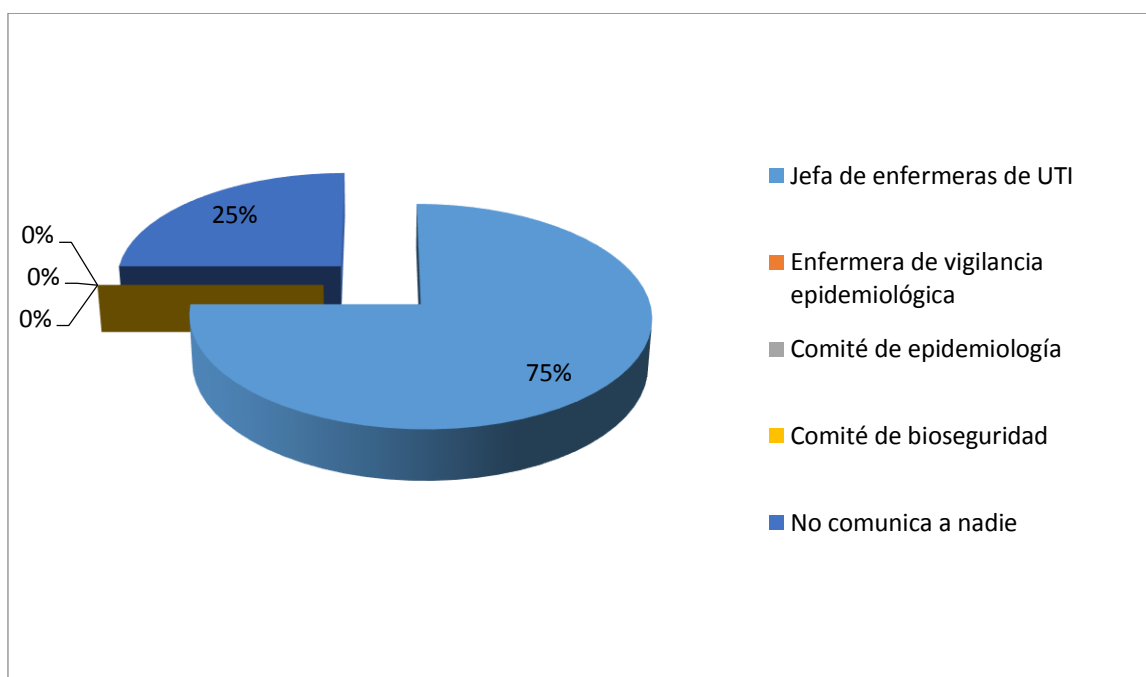
FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 87,5% (7 licenciadas) considera que es necesaria la realización de un protocolo de prevención de eventos adversos por todas las razones mencionadas.

8.5 CON RESPECTO AL 5to OBJETIVO: Determinar la existencia de instrumentos de notificación de eventos adversos durante la atención de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva.

GRÁFICO Nº 16

ANTE LA PRESENCIA DE UN EVENTO ADVERSO USTED COMUNICA:



FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: El 75% (6 licenciadas) comunican a la Jefa de Enfermeras de UTI y el 25% (2 licenciadas) no comunica a nadie.

No existe ningún documento donde registren estas notificaciones, sin embargo, tras las investigaciones y revisiones realizadas, se pudo encontrar un documento para realizar la notificación de EA, mismos que se encuentran en la propuesta (VER GUIA DE ESTANDARES).

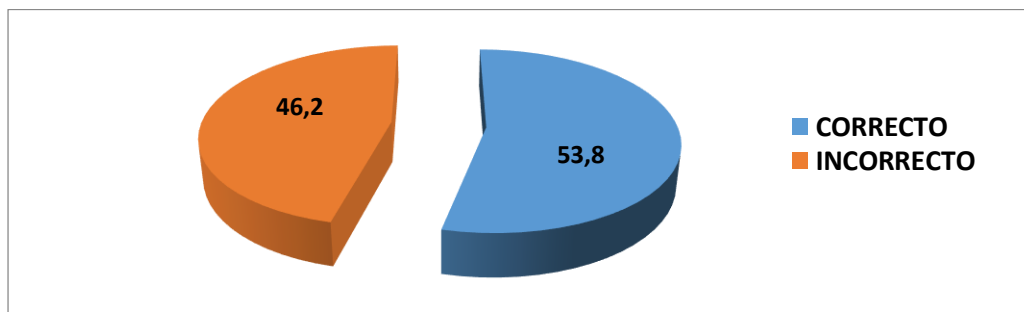
ESCALA DE MEDICION PARA DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CLÍNICA MEDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL OBRAJES S.R.L.

TABLA Nº 6

ESCALAS DE PROMEDIO ESTABLECIDOS		PROMEDIO OBTENIDO
Bueno	70 - 100%	53,8%
Regular	50 – 69%	
Malo	1 – 49%	

GRÁFICO 17

GRADO DE CONOCIMIENTO



FUENTE: Elaboración propia, a partir de las encuestas 2019.

INTERPRETACIÓN: En el siguiente cuadro se observa el porcentaje de respuestas respondidas de manera correcta, el mismo es del 53,8%, y las respuestas incorrectas son del 46,2%, con lo cual se determina que el grado de conocimiento alcanzado se clasifica en regular, por tanto, el conocimiento obtenido por el personal profesional es insuficiente, se concluye en que se requiere el reforzamiento de estos conocimientos y la implementación de medidas correctivas.

IX. CONCLUSIONES

- El 100% (8 licenciadas) del personal que trabaja en la UTI es del sexo femenino, el 75% (6 licenciadas) no cuenta con la especialidad. Sin embargo, 50% (4 licenciadas) ya tienen trabajando de 1 a 3 años en el área, solo un 25% (2 licenciadas) trabaja menos de 1 año.
- El personal de Enfermería que trabaja en la UTI de la institución tiene conocimiento sobre lo que es un evento adverso, como se observa en el gráfico 6, el 100% (8 licenciadas) respondieron de manera correcta.
- El 62,5% (5 licenciadas) indican que la sobrecarga laboral, la relación enfermera/paciente deficiente, la falta de capacitación sobre EA, la falta de protocolos, nemotécnicos y otros instrumentos, son factores que incurren en la aparición de EA. Que a su vez está relacionado con algunos EA que se presentan durante la atención de Enfermería que fue de un 75%, (6 licenciadas) que indican, el lavado de manos, administración de medicamentos, UPP y caídas de los pacientes.
- Con respecto a la utilización de los estándares de enfermería, el 100% (8 licenciadas) aplica los 5 momentos del lavado de manos clínico, el 50% (4 licenciadas) se lava las manos más de 30 segundos, el 75% (6 licenciadas) evita el uso de joyas, lesiones cutáneas, el uso de uñas largas o postizas y el uso de teléfono celular para evitar la colonización de microorganismos patógenos. Aun así, el 75% (6 licenciadas) indican que se les han presentados casos de NAVM, el 25% (2 licenciadas) indicaron que se les han presentado casos de bacteremias asociadas a catéter. El 62,5% (5 licenciadas) aplica los 11 correctos en la administración de la medicación. El 75% (6 licenciadas) indica que la Aplicación de la Escala de Norton, los cambios posturales, el uso de colchón anti escaras y la protección local de algunas zonas de presión contribuyen a prevenir eventos adversos, sin embargo, el restante solo se enmarca a realizar ciertas tareas. El 37,5% (3 licenciadas) valoran el nivel de sedación y consciencia, lo que nos muestra que no se está

aplicando las escalas de valoración, el uso de barandas, poner al alcance los objetos y proporcionar medios de ayuda no es suficiente para la prevención de EA.

- El 100% (8 licenciadas) del personal indica que no existe ningún documento de prevención de Eventos adversos, de ahí nace la necesidad de proponer un documento guía para prevención de EA, tomando en cuenta también que el 87,5% (7 licenciadas) considera necesario la realización del mismo.
- Los resultados mostraron que tampoco existe un documento de Notificación de EA, el 75% (6 licenciadas) del personal comunica a la Jefa de Enfermeras de UTI, sin embargo, el 25% (2 licenciadas) no comunica a nadie, un punto a analizar es el correcto registro del evento en los registros de enfermería, en el expediente clínico.

X. RECOMENDACIONES

- Recomendar a las autoridades conformar el Comité de Calidad, Bioseguridad y de Auditoría de Enfermería para aplicar los Estándares de Enfermería propuestos y de esta manera evaluar la actitud de la Enfermera en la prevención de Eventos Adversos.
- Se recomienda que debe existir una enfermera vigilante en la estructura de una institución, quien proceda a aplicar y socializar las guías y formularios de notificación de Eventos Adversos.
- Recomendar también la planificación, con cierta frecuencia, cursos de capacitación sobre Eventos Adversos.
- A través del estudio, se observó, que en la UTI de la institución no se cuenta con una Guía de Prevención de Eventos Adversos, por tanto, se considera necesaria la implementación de las guías propuestas para la prevención de EA.
- Una de las causas para Eventos adversos es la fatiga física, por tanto, se recomienda aplicar el TISS 28, o los estándares de la OMS, no debe trabajar más de 12 horas y con más de 2 pacientes críticos.
- Debe validarse y socializarse las guías estándares, los formularios de notificación propuestos.
- Se hace necesaria la elaboración de un instrumento de Notificación de EA, el mismo con el fin de analizar los datos obtenidos, las circunstancias en las que ocurrieron y precisamente aplicar medidas correctivas para la prevención.
- Cada cierto tiempo realizar evaluaciones para verificar la aplicación de las diferentes normas o estándares a través de un Check List y reforzar los pasos que no se hayan cumplido durante la evaluación.
- Concientizar al personal de enfermería en el cumplimiento de la principal guía estándar que previene Eventos Adversos como es el “Lavado de manos”.

- Socializar y concientizar a través de Banners las guías propuestas.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Boletín del Centro Colaborador de Calidad y Seguridad en el Paciente, CONAMED. México. Noviembre - Diciembre 2015.
2. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Francia. 2008.
3. Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, Prentice D, Fraser VJ, Kollef MH. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Abril 2016 Reporting of medical errors: an intensive care unit experience. Crit Care Med 2004
4. Bernal Ruiz D., Garzón Zea N. Eventos adversos durante la atención en enfermería en unidades de cuidados intensivos. Bogotá D.C. 2008
5. Rodríguez Rey Y. Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. Bogotá, Colombia. 2014
6. Atauje Saito, Hiroshi Ricardo. Prevención de eventos adversos en Enfermeras del Servicio de Hospitalización de una Institución Privada de Salud en la Provincia de Maynas – Iquitos, 2017. Universidad Peruana Unión. Lima. Febrero 2018
7. Chavéz Coajera Melvy Maura, Eventos Adversos en la Atención de Enfermería, Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza Sociedad Anónima, Junio a Agosto, La Paz – Bolivia 2018.
8. Choque Mamani Franklin, Eventos Adversos Durante la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uria, Tercer Trimestre 2017, La Paz – Bolivia 2018.

9. Machaca Tito Gladys, Conocimiento del Personal de Enfermería sobre Eventos Adversos en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital La Merced Octubre a Diciembre de 2017, La Paz - Bolivia 2018.
10. Hernández Cruz Ar. Los eventos adversos en el cuidado de enfermería. Revista mexicana de cardiología. 2006; 14(2).
11. Gomez, Isabel. Espinosa, Ángela. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Aquichan volumen 6 del 2006. Pags. 105
12. Aguirre H; Vázquez Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. Cirugía y Cirujanos 2006, 74(6): 495-503.
13. Rodríguez L. Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. Revista Ciencia y Cuidado 2011;8(1):75-83.
14. Cernadas J. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. Argentina. Pediatría 2001
15. Proyecto multicéntrico. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. México D. F. 2014
16. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Abril 2016
17. Hernández Car, Mendoza RE, Cabrera PF, Ortega VC Eventos Adversos en el Cuidado de Enfermería Revista México Enf Cardiol 2006
18. C. Omayda Urbina Laza. Competencias de Enfermería Para La Seguridad Del Paciente, Revista Cubana Enfermería vol. 27 no.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2011
19. Jimzaki Huatuco Julca Lic. Milagritos Magaly Molina Fabian Lic. Karina Melendez Mauricio. Medidas de Bioseguridad Aplicadas por el Personal de Enfermería en la Prevención de Infecciones Intrahospitalarias en el Servicio de Emergencia del Hospital Arzobispo Loayza – 2014, LIMA-PERÚ 2014.

20. García Daniela. Un abrazo rápido al paciente crítico “El Método Fast Hug”. Noble Compañía de Seguros. Marzo 2019.
21. Tatiana Mujica Choque. Implementación Del Nemotecnico Fast hug-Bid Como Medio de Identificación y Prevención De Complicaciones En La Valoración de Enfermería a Pacientes en la UCI Del Hospital Corazón De Jesus Octubre - Diciembre 2013. La Paz – Bolivia. 2013.
22. Ministerio de Salud Pública. Metodología para la Elaboración de Normas – Estructura y Presentación de Documentos Normativos Dirección Nacional de Normatización del MSP. Primera Edición. Ecuador. 2012
23. Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP). Instituto Universitario UAB. España. 2011
24. Pineda, Elia B., de Alvarado, Eva Luz. Metodología de la Investigación. Tercera Edición. Washington, D.C. 2008.

PAGINAS WEB CONSULTADAS:

25. Urbina LCO. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. 2019. Rev Cuba Enf. 2011;27(3): Pág. 239-247. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=33443>
26. C. Alonso-Lorente, Barrasa-Villar y C. Aibar-Remón. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en un hospital de agudos de tercer nivel (2006-2013). ELSEVIER. 2020. Pág. 135 – 141. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.4.150551/139861>
27. Cristián Rocco, Alejandro Garrido. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019. Volumen 28. Páginas 785 - 795. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>

28. Parra, D.I., Camargo-Figuera, F.A. y Rey Gómez, R. 2012. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global*. 2019. Volumen 11, Nro. 4 (sep. 2012). Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.4.150551>.
29. Sara Salazar. Estándar Elaboración Manuales Norma Procedimiento. SCRIBD. 2019. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/251140655/Estandar-Elaboracion-Manuales-Norma-Procedimiento>
30. Germán E. Fajardo Dolci, Javier Rodríguez Suárez, Mónica Gallegos Alvarado, Miguel Ángel Córdoba Ávila, Mary Carmen Flores Bravo. Percepción de la frecuencia y causas de los eventos adversos por medicación en enfermería. *Revista CONAMED*. 2019. Vol. 14, Nº. 1, 2009, Págs. 22-27. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3628213>
31. Navas Jennifer, Torres Paula Alvarado. Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2019. Vol. 30, No. 1 (2014). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/171>.

XII.

ANEXOS

12.1. Anexo 1: Propuesta de Intervención

PROPUESTA

**GUÍA DE ESTÁNDARES DE PREVENCIÓN DE
EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA ADULTOS DE LA CLÍNICA MÉDICA DE
ATENCIÓN INTEGRAL OBRAJES S.R.L., 2020**

AUTORA: Lic. Maribel Huampu Ramos

La Paz – Bolivia

2021

ESTANDAR DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

APLICACIÓN DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

1. INTRODUCCIÓN

La aplicación de medidas de bioseguridad es parte de los cuidados que la profesional de enfermería aplica en bien del paciente y de ella misma, este ámbito es un tema amplio, sin embargo, en el presente documento nos enfocaremos en 2 puntos fundamentales.

El lavado de manos clínico, es la medida principal y básica para romper la transmisión de microorganismos, la OMS realiza una incansable campaña para la práctica del mismo, más allá de eso, está se encuentra dentro de las normas de toda institución.

En el 2009 la Organización Mundial de la salud (OMS), indica que las medidas fundamentales para luchar contra las infecciones asociadas a la atención sanitaria son: tratar de reducir este tipo de infección poniendo en práctica todo el conocimiento científico sobre las normas de bioseguridad, para disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes hospitalizados, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados De acuerdo a este informe de la OMS, se deduce que la problemática de infecciones nosocomiales se presentan en todo el mundo, en países en vías de desarrollo y en los desarrollados, ya que este tipo de infección pone en riesgo la vulnerabilidad de los pacientes que ingresan a una entidad de salud con una patología diferente, y al no cumplir las normas de bioseguridad se produce una infección nosocomial o intrahospitalarias.

2. POBLACIÓN

El presente protocolo va dirigido para todos los pacientes de la UTI Adultos internados en la Clínica Médica de Atención Integral de Obrajés.

3. OBJETIVO GENERAL

- Unificar criterios de prevención

4. PERSONAL

Dirigido a todo el personal de la Clínica Médica de Atención Integral Obrajes que se encuentra en contacto directo con los pacientes (Médicos, Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de enfermería y personal de limpieza) y a aquellos en contacto indirecto (personal de farmacia, personal de nutrición).

5. VALORACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

La valoración y el análisis de riesgos, es una medida utilizada con el fin de elaborar una estimación de los riesgos al que se encuentra expuesto el personal como el paciente, así fomentar a la seguridad durante el proceso de atención al paciente.

Nos permite identificar y aplicar todas las medidas adecuadas, de acuerdo a la valoración, para controlar los factores de riesgo y comunicarse con las partes interesadas para notificarles los riesgos y las medidas aplicadas.

La valoración debe ser realizada al ingreso y en el transcurso de la hospitalización, valorar el tipo de paciente y sus diagnósticos, siendo la UTI un área de ingreso de pacientes críticos debemos valorar que procedimientos invasivos se realizaran o requerirá este paciente.

Dentro de las medidas de Bioseguridad para poder romper la cadena de transmisión de microorganismos patógenos está principalmente el Lavado de Manos clínico y los momentos del mismo, los cuidados de catéteres, la correcta aspiración de secreciones oro faríngeas.

Durante la hospitalización, podría el paciente requerir nuevos procedimientos invasivos, por tanto, se debe realizar una revaloración del estado del paciente.

Es responsabilidad de la licenciada que se encuentra al momento del ingreso del paciente, la valoración del mismo, posteriormente la misma debe informar a los siguientes turnos que procedimientos se realizaron y estado del paciente al ingreso, si se suscitara la presencia de una infección durante la hospitalización del paciente se debe realizar la notificación del mismo, a través del formulario de notificación.

Dentro de los factores de riesgo tenemos:

- **Causas Extrínsecas:** Relacionadas con el entorno del paciente, por desconocimiento del entorno y de las medidas de precaución.
- **Causas Intrínsecas:** Relacionadas directamente con el paciente

EXTRINSECAS

INTRINSECAS

<ul style="list-style-type: none"> • El área física • Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. • El propio sistema hospitalario, políticas. • La falta de capacitación y disponibilidad del personal. • Garantizar la calidad de los insumos • Falta de estandarización de los procesos y la calidad de éstos. • Cumplimiento de normas y estándares 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de ingreso. • Enfermedad de base o enfermedades concomitantes del paciente.
--	--

Fuente: Prevención de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de Salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017, Atauje Saito Hiroshi Ricardo, Lima, febrero del 2018.

6. MEDIDAS DE ACTUACIÓN

6.1 Medidas preventivas generales

Las precauciones universales parten del siguiente principio: **“Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cual haya entrado al hospital o clínica, deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión.”**

En la UTI, los pacientes llegan con un problema crítico, lo que los hace más susceptibles de contraer o estar expuestos a otros problemas de salud, las medidas de prevención generales se aplican a todos los pacientes, siendo que la Licenciada en Enfermería, la responsable del cumplimiento de estas medidas.

- Lavado de manos, aplicado en los 5 momentos, en el tiempo establecido. Es la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre paciente, personal hospitalario, y visitantes. Se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos.
- Evitar el contacto de la piel o mucosas con la sangre y otros fluidos corporales, en TODOS los pacientes, y no solamente con aquellos que tengan diagnóstico de enfermedad.
- Uso de las Barreras de protección, consiste en el empleo de precauciones de barrera con el objeto de prevenir la exposición de la piel y mucosas a sangre o líquidos corporales de cualquier paciente o material potencialmente infeccioso.
- USO DE LOS GUANTES: Es importante anotar que los guantes nunca son un sustituto del lavado de manos, dado que el látex no está fabricado para ser lavado y reutilizado, pues tiende a formar microporos cuando es expuesto a actividades tales como, stress físico, líquidos utilizados en la

práctica diaria, desinfectantes líquidos e inclusive el jabón de manos, por lo tanto, estos microporos permiten la diseminación cruzada de gérmenes.

- **USO DE MASCARILLAS:** Con esta medida se previene la exposición de las membranas mucosas de la boca, la nariz y los ojos, a líquidos potencialmente infectados.
- **USO DE GORRO:** El cabello facilita la retención y posterior dispersión de microorganismos que flotan en el aire de los hospitales (estafilococos, corinebacterias), por lo que se considera como fuente de infección y vehículo de transmisión de microorganismo.
- **USO DE DELANTALES PROTECTORES.** Los delantales protectores deberán ser preferiblemente largos e impermeables. Están indicados en todo procedimiento donde haya exposición a líquidos corporales.
- **USO DE BOQUILLAS O BOLSAS DE RESUCITACION:** En todos los equipos de resucitación, deberán estar disponibles las bolsas de resucitación o boquillas, para disminuir el contacto directo con fluidos del paciente durante la práctica de reanimación cardiopulmonar
- **MANEJO CUIDADOSO DE ELEMENTOS CORTOPUNZANTES.** Durante la manipulación, limpieza y desecho de elementos cortopunzantes (agujas, bisturís u otros), el personal de salud deberá tomar rigurosas precauciones, para prevenir accidentes laborales.
- **RESTRICCIÓN DE LABORES EN TRABAJADORES DE LA SALUD.** Cuando el personal de salud presente abrasiones, quemaduras, laceraciones, dermatitis o cualquier solución de continuidad en la piel de manos y brazos, se deberá mantener cubierta la lesión con material adecuado y se evitará el contacto directo con fluidos, tejidos corporales y manipulación de equipos contaminados, hasta que exista curación completa de la herida.

6.2 Medidas específicas en pacientes de Riesgo

Además de las medidas generales se deben aplicar otras medidas en paciente con una mayor predisposición a sufrir una Infección intrahospitalaria.

- Los equipos destinados a la atención de rutina del paciente como por ejemplo termómetro, esfigomanómetro y fonendoscopio deben ser individuales o desinfectados entre un paciente y otro.
- Limpieza ambiental, fallos en la misma se asocian con la adquisición de microorganismos patógenos.
- Aislamiento de contacto, indicado en pacientes infectados o colonizados por microorganismos resistentes.
- Igualmente, los implementos destinados a la eliminación de excretas deben ser individuales y almacenados en un lugar especial dentro del baño de los pacientes previo lavado y desinfección. Estos artículos no deben conservarse en la unidad del paciente.
- Se debe evitar las circunstancias que provocan la exposición a una infección.
- Reducir de la exposición a dispositivos invasivos.
- Evitar sobrecarga de trabajo, especialmente del personal de enfermería, que se ha asociado a incremento de infecciones intrahospitalarias.

BACTEREMIA RELACIONADA CON EL CATETER:

Las medidas seleccionadas, todas ellas con fuerza máxima de recomendación, fueron las siguientes:

- Higiene de manos antes de la inserción y manipulación de los catéteres;
- Desinfección de la piel con clorhexidina;
- Medidas de barrera máxima durante la inserción de los catéteres;
- Evitar la localización femoral
- Retirada de los catéteres innecesarios.

- Realizar la curación de los catéteres cada 72 horas o si este se torna húmedo, flojo o notablemente sucio

NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

- La primera medida preventiva es el cese de la VM en cuanto esta no sea necesaria.
- En segundo lugar, para evitar la infección exógena deben aplicarse estrictamente las medidas habituales sobre la higiene de manos y la asepsia en la manipulación del TET.
- Una vez comprobado que la VM es inevitable y que la política general de control de la IN se aplica correctamente, los esfuerzos deben dirigirse a evitar las 2 principales vías patogénicas de la NAV: el paso a la vía aérea de las secreciones del espacio subglótico y la formación de biofilm sobre el TET.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE PRESENCIA DE INFECCIÓN ENFERMERA RESPONSABLE

- Valorar los signos vitales
- Valorar las características de la secreción o débito, del sitio donde se observa la infección
- Comunicar al médico tratante sobre el mismo
- Realizar las intervenciones pertinentes (curación del CVC, solicitud de cultivos si es necesario previa indicación)
- Llenar el formulario de notificación

MEDICO RESPONSABLE

- Evaluar el tratamiento antibiótico a seguir
- Valorar y solicitar estudios de control

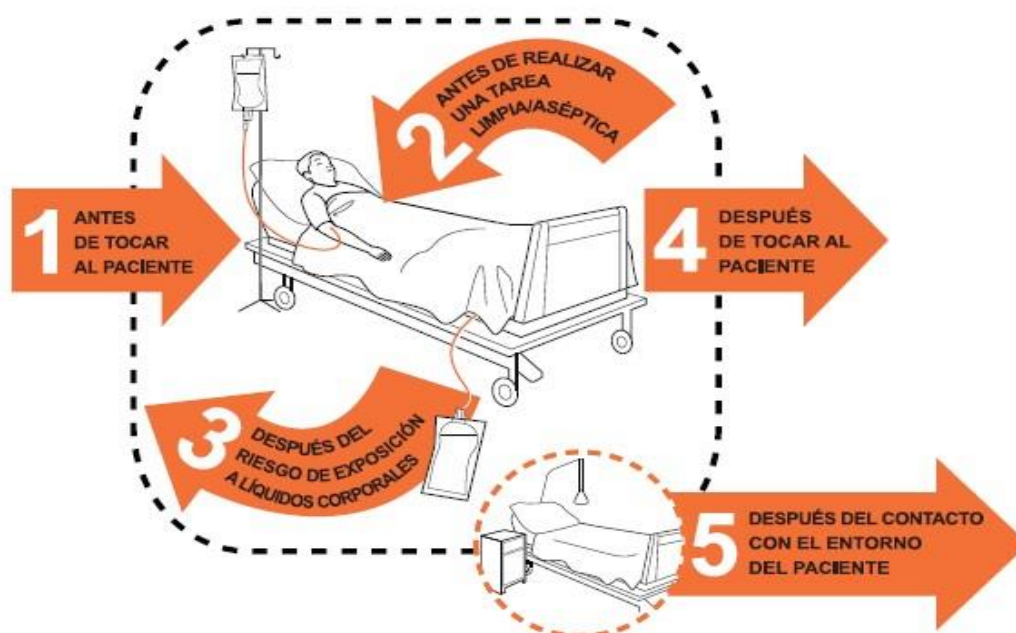
8. BIBLIOGRAFIA

- PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE MAYNAS-IQUITOS, 2017, Atauje Saito Hiroshi Ricardo, Lima, febrero del 2018.
- MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD APLICADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA – 2014, Lic. JimZaki HUATUCO JULCA Lic. Milagritos Magaly MOLINA FABIAN Lic. Karina MELENDEZ MAURICIO, LIMA-PERÚ 2014.
- Modelos para el desarrollo de análisis de riesgo en el control de infecciones nosocomiales. E.E.I. Aurelia Ojeda Sánchez.
- CONDUCTAS BASICAS EN BIOSEGURIDAD: MANEJO INTEGRAL. Protocolo Básico para el Equipo de Salud. MINISTERIO DE SALUD, SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C. ABRIL DE 1997.
- Prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos. M. Palomara, P. Rodríguezb , M. Nietoc y S. Sancho, 26 de mayo de 2010

9. ANEXOS

Anexo 1

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aseptica. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

**SAVE LIVES
Clean Your Hands**

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para proporcionar información correcta en este documento. Sin embargo, el material publicado es distribuido sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Comprenderá el lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Granada (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Anexo 2

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

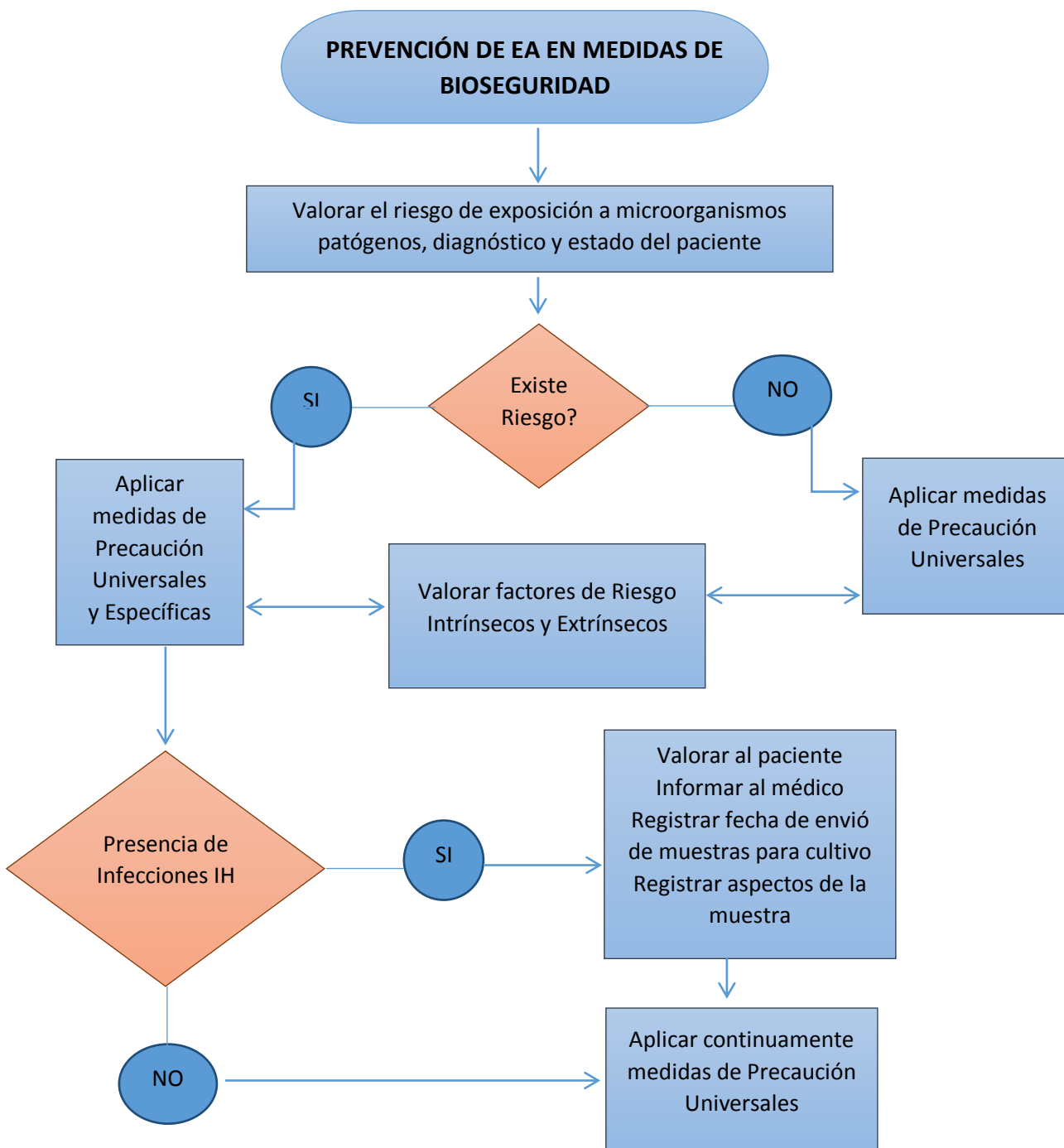
Clean Your Hands

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



ANEXO 3

FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN PARA PREVENCIÓN DE EA EN MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD



NOTA: Véase *GUIA DE ESTÁNDARES*

ESTANDAR PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. INTRODUCCIÓN

Una de las tareas fundamentales de la profesional en enfermería es la administración de medicamentos, para el mismo debe contar con los conocimientos suficientes en farmacología, porque cada medicamento es diferente a otro y los cuidados en su administración no solo están encaminados a seguir una indicación médica, sino en cuidar la efectividad del medicamento y sobre todo el valorar los efectos del medicamento en el paciente.

A través de los años se ha implementado el uso de los correctos como estándares a seguir para su administración, actualmente son 11 las medidas correctas a ser aplicadas.

Existen muchas bibliografías que hablan de diferente número correctos, lo destacable aquí es cada uno de nosotros como profesionales de enfermería siempre llevemos a cabo un protocolo con la finalidad de disminuir los riesgos asociados a una mala práctica en la administración de fármacos y de esta manera proteger la salud e integridad de nuestros sujetos de atención recordando que antes de administrar un medicamento.

La realización del presente protocolo se presenta con el fin de mejorar cada una de las fases del proceso de medicación, la administración, el seguimiento y el uso. La OMS tiene la intención de ofrecer orientaciones y elaborar estrategias, planes e instrumentos para que lo más importante en el proceso de medicación sea la seguridad de los pacientes en todos los centros sanitarios.

2. POBLACIÓN

El presente protocolo va dirigido para todos los pacientes de la UTI Adultos internados en la Clínica Médica de Atención Integral de Obrajés.

3. OBJETIVO GENERAL

Unificar criterios de prevención y acciones para disminuir el riesgo de errores en la administración de medicamentos.

4. PERSONAL

Dirigido al personal de Enfermería de la Clínica Médica de Atención Integral Obrajes que se encuentra en contacto directo con los pacientes y es responsable de la administración de medicamentos (Licenciadas en Enfermería).

5. VALORACIÓN DEL RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por el tema de error y sobre todo por la seguridad del paciente, lanza una iniciativa mundial para reducir a la mitad los daños graves y evitables relacionados con la medicación en todos los países en los próximos cinco años.

El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente relativo a la seguridad en el uso de los medicamentos tiene por objeto subsanar las deficiencias en los sistemas de salud que llevan a errores de medicación y, como consecuencia de ellos, a daños graves.

Es importante el actuar de la profesional en enfermería, por ser ella la encargada de esta labor, es importante que desde el momento del ingreso hasta el momento del alta del paciente se valore los medicamentos que recibirá el paciente, la dilución y los efectos del mismo en el paciente.

Es importante conocer y emplear el estándar de los 11 correctos en la administración de cada medicamento, sabiendo también que no es una tarea simple, la sobrecarga laboral es un factor de riesgo predisponente a cometer errores.

Un estudio indica que “las causas para el error en la administración correcta de la medicación, fueron la alta demanda de pacientes, la falta de claridad en las indicaciones médicas, la distracción y el desconocimiento.

La dinámica propia de la UCI, con múltiples procedimientos en forma simultánea; interrupciones frecuentes y emergencias que requieren de acciones terapéuticas inmediatas, dificultan una pausa de seguridad frente al proceso de medicación.

La terapia farmacológica que requiere el paciente crítico es especialmente compleja por diversos factores:

Polifarmacia: La terapia del paciente crítico incluye un gran número de drogas, destinadas a tratar el cuadro actual, estabilizar las comorbilidades previas y prevenir eventos asociados a la condición crítica (úlceras por estrés; trombosis venosa profunda, infección, entre otros.)

La farmacocinética en pacientes críticos se encuentra frecuentemente alterada por disfunción hepática y/o renal, cambios en la distribución de volumen, SIRS, y problemas de absorción, entre otros.

La vía parenteral es la vía de elección en pacientes críticos y con frecuencia las drogas se administran en infusiones continuas lo que supone un riesgo aún mayor ¹².

Los tratamientos involucran el uso de drogas de alto riesgo (vasoactivos, inótrópos, antiarrítmicos; sedantes; bloqueadores neuromusculares, electrolitos anticoagulantes, entre otros.), los que se administran en su mayoría en microdosis por su alta potencia, requiriendo dilución, ajuste de acuerdo al peso y/o un cálculo previo a la administración.

Las indicaciones de dosis en múltiples unidades de medida (Porcentaje; microgramos; ml.; gr.; miliequivalentes; unidades internacionales o fracciones) aumentan el riesgo de error.

La administración correcta de antibióticos endovenosos: implica ciertos cuidados: La velocidad de la infusión se asocia a reacción adversa a medicamento, por lo que se debe monitorizar los tiempos de administración. Dependiendo del objetivo terapéutico, varía la indicación (bolo, infusión lenta o Infusión prolongada). En algunos casos se debe ajustar la dosis a niveles plasmáticos o modificar el horario de acuerdo a la terapia dialítica, esto puede conducir a error por variaciones diarias de la dosis o el horario de un mismo fármaco.

El número de medicamentos que debe administrar un/una enfermero/a por cada paciente a cargo en un turno de 12 horas, es el doble que en otras unidades de hospitalización y en cada administración existe un riesgo potencial de error.

La combinación de estos factores de riesgo, aumenta la incidencia de errores en la administración de medicamentos en pacientes que, además, tienen menor tolerancia a los errores debido a la vulnerabilidad que les confiere su condición de gravedad. Es por esta razón que la seguridad en el proceso de administración de medicamentos cobra vital importancia en las unidades críticas.

6. MEDIDAS DE ACTUACIÓN

Es importante no solo se cumpla con los 11 correctos, la Jefa del servicio de manera periódica debe realizar una evaluación para verificar el cumplimiento de los mismos y la aplicación de la técnica adecuada, a través de una lista de chequeo (Anexo 1).

1.1 Medidas de actuación general

Antes de administrar un medicamento, se deben tener en cuenta las siguientes reglas generales:

1. MEDICAMENTO CORRECTO

- Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad del mismo.
- Comprobar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento.
- Comprobar el nombre de la especialidad al administrar el medicamento.
- Si existe alguna duda, no administrar y consultar.
- Se desechará cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.

2. PACIENTE CORRECTO

- Comprobar la identificación y nombre del paciente.

3. DOSIS CORRECTA

- Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.

4. VIA CORRECTA

- Asegurar que la vía de administración es la correcta.
- Si la vía de administración no aparece en la prescripción, consultar

5. HORA CORRECTA

- Comprobar el aspecto del medicamento antes de administrarlo, posibles precipitaciones, cambios de color, etc.
- Se debe prestar especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.

6. VERIFICAR LA FECHA DE CADUCIDAD Y REGISTRAR LA MISMA

7. PREPARE Y ADMINISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO

8. REGISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO Y LA HORA DE ADMINISTRACIÓN

Registrar y firmar lo antes posible la administración de un medicamento.

– Si por alguna razón no se administra un medicamento, registrar en la Hoja de Evolución de Enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias de dosis unitaria si procede.

-Cuando se administre un medicamento «según necesidades», anotar el motivo de la administración.

– No olvidar nunca la responsabilidad legal

9. VELOCIDAD DE INFUSIÓN CORRECTA

10. NO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS BAJO ÓRDENES VERBALES

Nota: Las ordenes siempre deben estar por escrito con la firma del médico tratante antes de administrar cualquier fármaco, en caso de tratarse de una urgencia el fármaco se administrará y se anotará en la hoja de enfermería y se deberá conseguir la firma del médico tratante lo antes posible.

11. ESTAR ENTERADO DE POSIBLES ALTERACIONES

Además de los 11 correctos, también debemos tener en cuenta estos cuatro parámetros para la administración:

- Yo preparo.
- Yo administro
- Yo registro
- Yo respondo

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE PRESENTARSE UN EVENTO ADVERSO DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ENFERMERA RESPONSABLE

- Valorar los signos vitales y el estado del paciente
- Descontinuar la administración del fármaco
- Valorar el efecto de la medicación
- Comunicar al médico tratante sobre el mismo
- Realizar las intervenciones pertinentes de acuerdo a indicación médica
- Llenar el formulario de notificación (Anexo 2)
- Analizar las causas y consecuencias del evento adverso

MEDICO RESPONSABLE

- Evaluar el estado del paciente
- Valorar y solicitar estudios de control si se requiere
- Notificar sobre lo ocurrido

➤ Buenas prácticas específicas del personal de salud:

MEDICOS:

- Realizar prescripciones escritas
- Facilitar las lecturas de las prescripciones, haciendo uso de letra clara, legible, que pueda ser interpretada por todos.
- No usar correcciones difíciles de leer para farmacéuticos, enfermeras.
- Evitar órdenes verbales
- Ser capaces de definir el o los problemas del paciente, comunicándole todas las consideraciones pertinentes a su condición.
- Valorar en conjunto con el paciente, comunicándole todas las consideraciones pertinentes a su condición.

ENFERMERAS

- Cotejar la orden médica original con la hoja de administración de medicamentos.
- Estimular el desarrollo de protocolos respecto de las formas más adecuadas de administración de los medicamentos.
- Registrar la administración de los medicamentos inmediatamente después de realizarla.
- Observar los 11 correctos antes de administrar un medicamento.
- Conocer la compatibilidad de los fármacos en solución para evitar una pérdida de eficacia o la aparición de productos tóxicos.
- Establecer protocolos de administración para medicamentos de alto riesgo.
- Evaluar respuesta terapéutica.
- Observar la aparición de efectos colaterales y adversos.
- Registrar la presencia de efectos colaterales y adversos. 9 Informar acerca de la presencia de efectos colaterales y adversos.

8. BIBLIOGRAFIA

- Eventos adversos causados por medicamentos en un hospital centinela del Estado de Goiás, Brasil, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva¹ Adriano Max Moreira Reis² Adriana Inocenti Miasso³ Jânia Oliveira Santos⁴ Silvia Helena De Bortoli Cassiani, Rev. Latino-Am. Enfermagem, mar.-abr. 2011
- IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ERRORES EN EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: UN ENFOQUE PARA ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS, Eu Inés Barbagelata, páginas 594-604, Septiembre 2016
- PROTOCOLO MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN, Dr. Luis Tisne Brousse, HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE, 2011
- Prevención de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de Salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017, Atauje Saito Hiroshi Ricardo, Lima, febrero del 2018
- <http://enfermeriaenlamedicacion.blogspot.com/2016/05/reglas-para-la-administracion-segura-de.html>
- <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/02/03/15-correctos-de-medicamentos/>
- <http://fundacionforensis.blogspot.com/2018/02/los-11-correctos-en-la-administracion.html>
- <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>

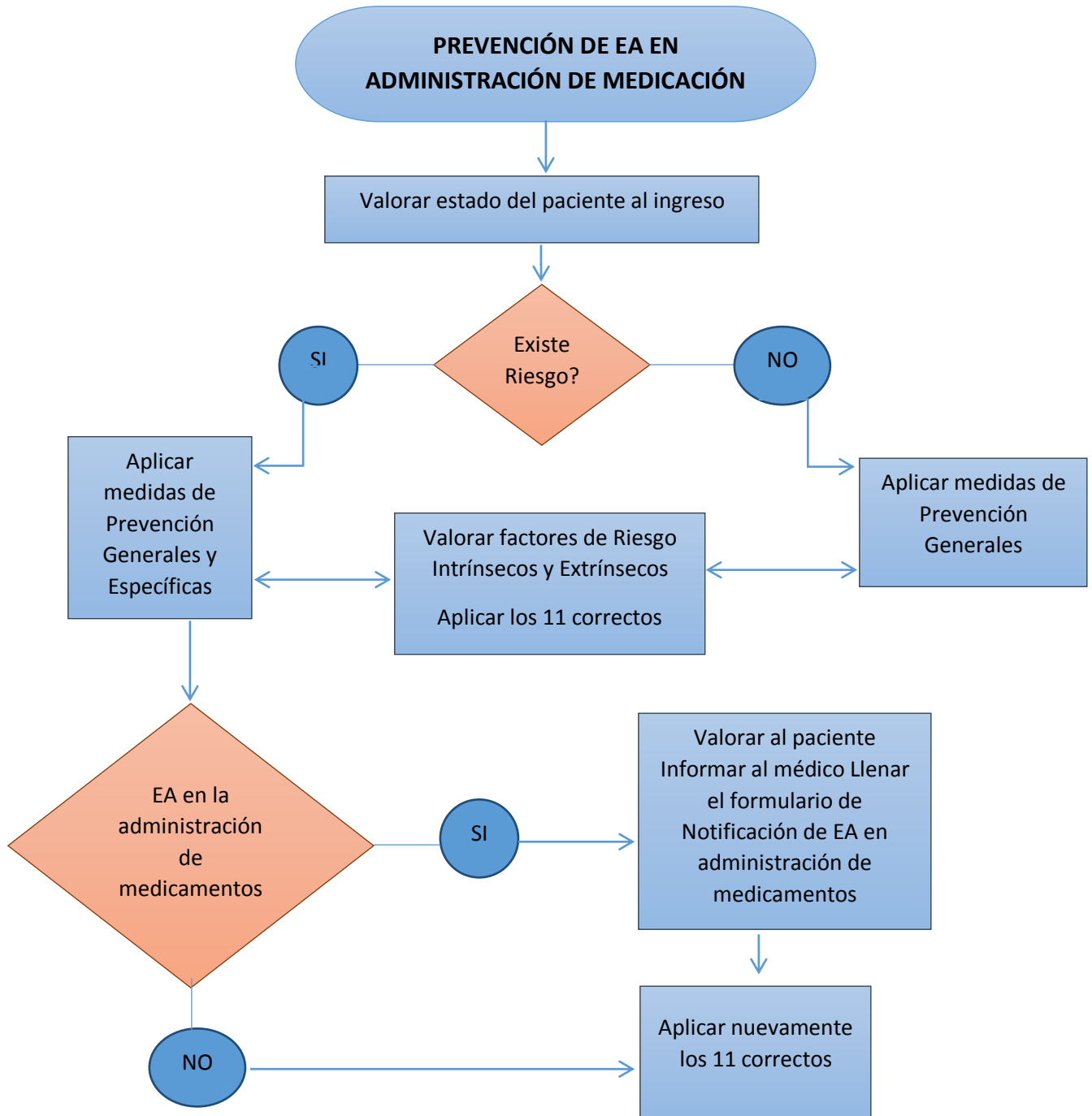
9. ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2

FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN PARA PREVENCIÓN DE EA EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS



NOTA: Véase *GUIA DE ESTÁNDARES*

ESTANDAR PARA PREVENCIÓN DE UPP

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva, en su mayoría son pacientes que dependen del cuidado que la profesional en Enfermería pueda brindarles, una de las premisas importantes es mantener la integridad del paciente.

El estado actual del conocimiento acerca de las úlceras o lesiones por presión (UPP) define a estas como una circunstancia evitable en un altísimo porcentaje de casos; por este motivo, son consideradas como un problema de salud que coincide plenamente con las agendas de seguridad de los pacientes, un tema de gran vigencia e imprescindible en la definición de políticas para el sistema de salud.

La Guía de Diagnóstico y Manejo de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud [OMS, OPS], 2002) define que la úlcera por presión es consecuencia de una necrosis isquémica a nivel de los tejidos de la piel, causada por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Los pacientes adultos mayores son más susceptibles al riesgo; la mortalidad aumenta hasta cuatro veces, y la probabilidad de muerte en los próximos 6 meses es cercana al 50% cuando la úlcera es de grado III o IV.

El hecho de que, en una institución, que presta servicios en salud, se desarrollen las Úlceras por presión es cuestionado actualmente, por la familia, el médico y el mismo personal de enfermería. La aplicación de medidas preventivas basado en estándares nos ayudará a mejorar la calidad de trabajo y contribuirá en la seguridad del paciente.

2. POBLACIÓN

El presente protocolo va dirigido para todos los pacientes de la UTI Adultos internados en la Clínica Médica de Atención Integral de Obrajés.

3. OBJETIVO GENERAL

Unificar criterios de prevención y acciones para disminuir el riesgo de exposición a microorganismos patógenos.

4. PERSONAL

Dirigido a todo el personal de la Clínica Médica de Atención Integral Obrajes que se encuentra en contacto directo con los pacientes (Médicos, Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de enfermería).

5. VALORACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Es importante que, al ingreso del paciente en la Unidad de Terapia Intensiva, se realice la valoración del estado del mismo, siendo el tema de las úlceras por presión una problemática no solo para la familia sino estadísticamente en el tema de seguridad y calidad en la atención en salud, no podemos omitir la valoración y la presencia de las úlceras por presión.

Se debe valorar el estado de la piel, el estado nutricional, la capacidad de colaboración del paciente, ya que en un paciente que logre moverse el riesgo de desarrollo del mismo no será igual que en uno que este bajo efectos de sedación, el diagnóstico, los cuidados que este requerirá.

Si el paciente ya ingresara con una zona de presión o una úlcera por presión, se debe registrar en el reporte de la hoja de enfermería y comunicar a las demás colegas, también al médico y hacer notar a la familia para evitar malos entendidos, es importante valorar y registrar las características de la misma, tamaño, localización, grado de la úlcera, riesgo de infección, capacidad de regeneración de la piel, tolerancia a los cambios de posición del paciente, recursos disponibles para evitar su desarrollo.

Existen factores que predisponen a desarrollar las úlceras por presión, tenemos los siguientes:

Factores extrínsecos	Factores intrínsecos
<ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria o fecal • Falta de higiene • Condiciones de humedad • Superficies de apoyo duras • Fricción • Dispositivos de diagnóstico o terapéuticos, como equipo de oxigenoterapia, ventilación mecánica no invasiva; movilización de sondas; férulas y yesos. • Dificultad para cambios posturales • Ausencia de protocolos • Falta de conocimientos del cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos sensitivos y motores • Desnutrición, deshidratación y obesidad • Tratamiento con inmunosupresores: radioterapia, corticoides y citostáticos. • Tratamiento con sedantes: benzodiazepinas • Alteraciones cardiopulmonares, vasculares periféricas, o estasis venosa. • Espasticidad y contracturas articulares • Edad mayor de 70 años

Fuente: Prevención de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de Salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017, Atauje Saito Hiroshi Ricardo, Lima, febrero del 2018.

6. MEDIDAS DE ACTUACIÓN

6.1 Medidas generales

La OPS y la OMS (2002) indican que, si el diagnóstico no es fácil, el tratamiento será más difícil; por ello la prevención es prioritaria. Se empieza identificando a los pacientes con riesgo de presentar las úlceras e intentar prevenirlas con las siguientes medidas:

- Disminuir la presión: cambiar de posición al menos cada dos horas. El paciente debe estar en decúbito lateral a 30 grados; usar almohadas

para mantener la posición. Pasadas las dos horas colocarlo en decúbito dorsal, y luego en decúbito lateral contrario al inicio. Flexionar las piernas a 30 grados con una almohada entre ellas. Colocar los pies de tal forma que los talones no toquen la cama. De ser posible, el paciente no debe estar en semifowler, sino totalmente recostado. De ser posible usar colchones de hule espuma, de agua, aire o gel. En caso de pacientes sentados cambiarles de posición cada 15 minutos, debido a que la presión sobre las tuberosidades isquiáticas se incrementa al doble en esta posición. Los cambios de posición se deben realizar incluso durante la noche.

- Nutrición: el aporte proteico y calórico necesario, disminuye el riesgo de aparición de las úlceras.
- Piel seca y limpia: utilizar agentes de limpieza neutros que no irriten la piel; esta no debe quedar reseca o irritada. No friccionar la piel ni tampoco masajear las prominencias óseas. Evitar ambientes húmedos.
- En lo posible, aumentar la actividad de los adultos mayores encamados y disminuir la sedación para evitar la inmovilización.
- Hacer uso de una escala validada como Norton, para apoyar el diagnóstico al evaluar el riesgo del paciente.

6.2 Medidas específicas ante presencia de riesgos

- Aplicar las medidas generales anteriores
- Realizar curación en la herida si lo requiere
- Evitar posiciones que empeoren la zona o úlcera por presión
- Aplicar rodetes o cojines
- Control del estado de la piel

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE PRESENTARSE UPP

ENFERMERA RESPONSABLE

- Valorar el estado del paciente
- Indicar estado de la zona al momento del ingreso y estado durante la hospitalización
- Comunicar al médico tratante sobre las características del mismo
- Realizar las intervenciones y cuidados pertinentes
- Llenar el formulario de notificación (Anexo 2)
- Informar a la jefa del servicio
- Hacer notar a los familiares en caso de que se haya presentado el mismo desde el domicilio

MEDICO RESPONSABLE

- Evaluar el estado del paciente
- Indicar medicación si requiriera

NOTA: Se recomienda también realizar evaluaciones periódicas al personal para poder comprobar que se cumple con las medidas de prevención y medir la efectividad de la misma.

8. BIBLIOGRAFIA

- LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO PROBLEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, Joan Enric Torra-Bou^{1,*}, José Verdú-Soriano^{2,*}, Raquel Sarabia-Lavin^{3,*}, Paula Paras-Bravo⁴, J. Javier Soldevilla-Ágreda^{5,*} y Francisco P. García-Fernández, Barcelona dic. 2016
- Prevención de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de Salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017, Atauje Saito Hiroshi Ricardo, Lima, febrero del 2018
- GUÍA DE ACTUACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Osakidetx, octubre de 2017.
- GUÍA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS UPP Y HERIDAS CRÓNICAS, Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Sanidad 2015
- CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL LA MERCED OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2017, Lic. Machaca Tito Gladys, La Paz - Bolivia 2018.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>

9. ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Norton

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Escala de Norton (Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión)

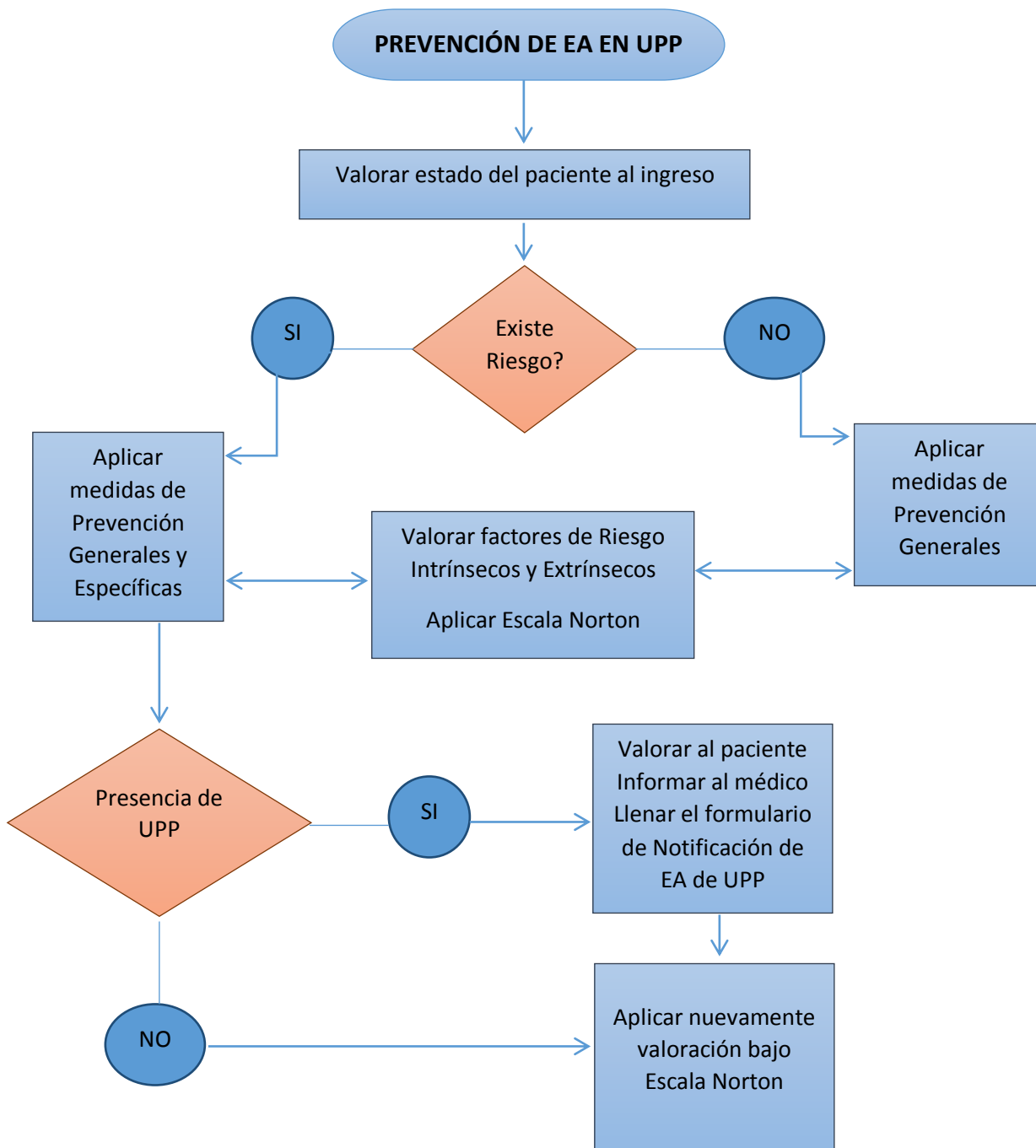
La clasificación de riesgo sería:

- **Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo**
- **Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente**
- **Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo**

ICM

ANEXO 2

FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN PARA PREVENCIÓN DE EA EN UPP



NOTA: Véase GUIA DE ESTÁNDARES

GUIA ESTANDAR PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

1. INTRODUCCIÓN

La OMS define CAIDA como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad. Es un momento desagradable tanto para el personal en salud como para la familia.

La aplicación de protocolos para prevenir este evento adverso se realiza con el fin de brindar una mejor atención al paciente, y sobre todo de poder crear confianza con los involucrados en el cuidado del mismo.

Este tema, sigue siendo de importancia dentro de la problemática de la Calidad de Atención en Salud, por las repercusiones que presenta para el paciente, además de crear inseguridad en la atención por parte del personal una vez suscitado el hecho. Es necesario también analizar la situación en la que se suscitó el hecho, y poder aplicar las medidas correctivas pertinentes para prevenir nuevos eventos.

2. POBLACIÓN

El presente protocolo va dirigido para todos los pacientes de la UTI Adultos internados en la Clínica Médica de Atención Integral de Obrajés.

3. OBJETIVOS GENERAL

Unificar criterios de prevención y acciones para prevenir eventos adversos por caídas

4. PERSONAL

Dirigido a todo el personal de la Clínica Médica de Atención Integral Obrajés que se encuentra en contacto directo con los pacientes (Médicos, Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de enfermería) y a aquellos en contacto indirecto (personal de farmacia, personal de nutrición).

5. VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Según la OMS (2017), las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, y puntualiza el término de caída como un suceso involuntario que hace perder el equilibrio, obligando al cuerpo a dar contra cualquier superficie; las lesiones relacionadas con estos acontecimientos pueden ser mortales.

Es importante valorar la condición del paciente de forma continua, muchos de los pacientes que reciben sedoanalgesia podrían llegar a presentar este evento por diferentes causas, por es importante evaluar también el nivel de conciencia y sedación del paciente.

La licenciad en enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva es la responsable de realizar esta evaluación. El riesgo más resaltante es la estancia hospitalaria, que pone en peligro la seguridad de los pacientes. Los factores relacionados con el incremento del riesgo de caídas se clasifican de la siguiente manera:

Factores extrínsecos	Factores intrínsecos
<ul style="list-style-type: none">• Barandillas de cama defectuosas• Frenos de la cama descompuestos• Iluminación inapropiada• Timbre de llamada inaccesible• Mobiliario inadecuado• Suelo húmedo o mojado• Desorden• Calzado y ropa inadecuada	<ul style="list-style-type: none">• Movilización y deambulación sin acompañante en pacientes con déficit de movilidad• Edad mayor a 65 años• Estado confuso, desorientado, o con depresión del nivel de conciencia por sedación y/o alucinación• Impotencia funcional tal como amputación de miembro, parálisis, paresia, parkinson, artrosis; o inestabilidad motora y debilidad muscular• Alteraciones sensitivas y oculares

<ul style="list-style-type: none"> • Espacio reducido 	<ul style="list-style-type: none"> • Postoperatorio inmediato • Hipotensión, arritmias e hipoglucemia • Patologías neurológicas (epilepsia, convulsiones) • Patologías del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia) • Portadores de sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, etc; los cuales pueden obstaculizar la movilidad y deambulaci3n • Antecedentes de caídas
--	--

Fuente: Prevenci3n de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalizaci3n de una Instituci3n Privada de Salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017, Atauje Saito Hiroshi Ricardo, Lima, febrero del 2018.

6. MEDIDAS DE ACTUACI3N

6.1 Medidas generales

A. Medidas contra factores de riesgo intrínsecos

- Observar los efectos de los medicamentos administrados en el paciente; e instruirle, tanto como a su familia, acerca de las acciones y efectos esperados de la medicaci3n.
- Investigar si existen antecedentes de caídas e indagar acerca de los factores que provocaron el suceso.
- Estar alerta a los cambios en el estado de conciencia de los pacientes.
- En aquellos con d3ficit sensorial, asegurarse de que porten adecuadamente sus prótesis (gafas o audífonos).
- Facilitar el pato o chata a pacientes que no porten sonda Foley.

B. Medidas contra factores de riesgo intrínsecos

- Mantener las camas, dispositivos de ayuda, y el mobiliario, en buen estado y acordes a la necesidad del paciente. Se incluye la selección de las sillas o sillones con reposabrazos y con una altura adecuada. Revisar periódicamente el estado de los andadores, bastones y sillas de ruedas.
 - Retirar los enseres que supongan un tropiezo durante la deambulaci3n; del mismo modo los objetos en el suelo, como alfombras, cableado y extensiones de corriente.
 - Disponer de luz apropiada que facilite la visibilidad.
 - Facilitar el acceso del timbre de llamada a los pacientes; cerciorarse de que est3 a su alcance, al igual que los utensilios b3sicos que requiera.
 - Activar los frenos de las sillas, camas y otros dispositivos hasta que se presente la necesidad de desplazamiento.
 - Evitar tener los suelos mojados y resbaladizos; se3alarlos si lo estuvieran.
 - Orientar sobre el uso de zapatillas antideslizantes a los pacientes y sus familias.
 - Las enfermeras del 3rea administrativa deben asegurarse de que el personal aplica y sigue el protocolo de seguridad establecido en la instituci3n (anexo 1)
- **6.2 Medidas Espec3ficas para pacientes con riesgo**

Por otro lado, el MINSALUD (2014), tambi3n menciona que las siguientes intervenciones son vitales para la prevenci3n de ca3das:

- Aplicar la escala de Downton para evaluar el riesgo de ca3das
- Mantener la cama en posici3n baja y la alarma en la cama.
- Colocar brazaletes de identificaci3n.
- No desatender al paciente en transferencias.
- Asegurar las ruedas de la cama y la mesa de noche.

- Evaluar la habilidad del paciente para comprender y seguir instrucciones.
- Mantener las barandas de la cama arriba.
- Monitorizar los cambios posturales.
- Mantener la unidad del paciente iluminado

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE PRESENTARSE CAÍDA DEL PACIENTE

ENFERMERA RESPONSABLE

- Valorar el estado del paciente
- Levantar al paciente aplicando cuidados y con precaución
- Tranquilizar al paciente
- Evaluar las consecuencias de la caída
- Comunicar al médico tratante sobre lo ocurrido
- Realizar las intervenciones y cuidados pertinentes
- Llenar el formulario de notificación (Anexo 2)
- Informar a la jefa del servicio
- Evaluar nuevamente a la paciente

MEDICO RESPONSABLE

- Evaluar el estado del paciente
- Indicar medicación si requiriera
- Informar a los pacientes si se diera el caso y tranquilizarlos

8. BIBLIOGRAFIA

- Prevención de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de Salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017, Atauje Saito Hiroshi Ricardo, Lima, febrero del 2018
- PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS, MINSALUD.
- CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL LA MERCED OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2017, Lic. Machaca Tito Gladys, La Paz - Bolivia 2018.
- PREVENCIÓN DE CAÍDAS, Hospital Español de Mendoza, Mendoza, Argentina.
- SEGURIDAD DEL PACIENTE. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS. CHRU CARLOS HAYA. MÁLAGA. 2011

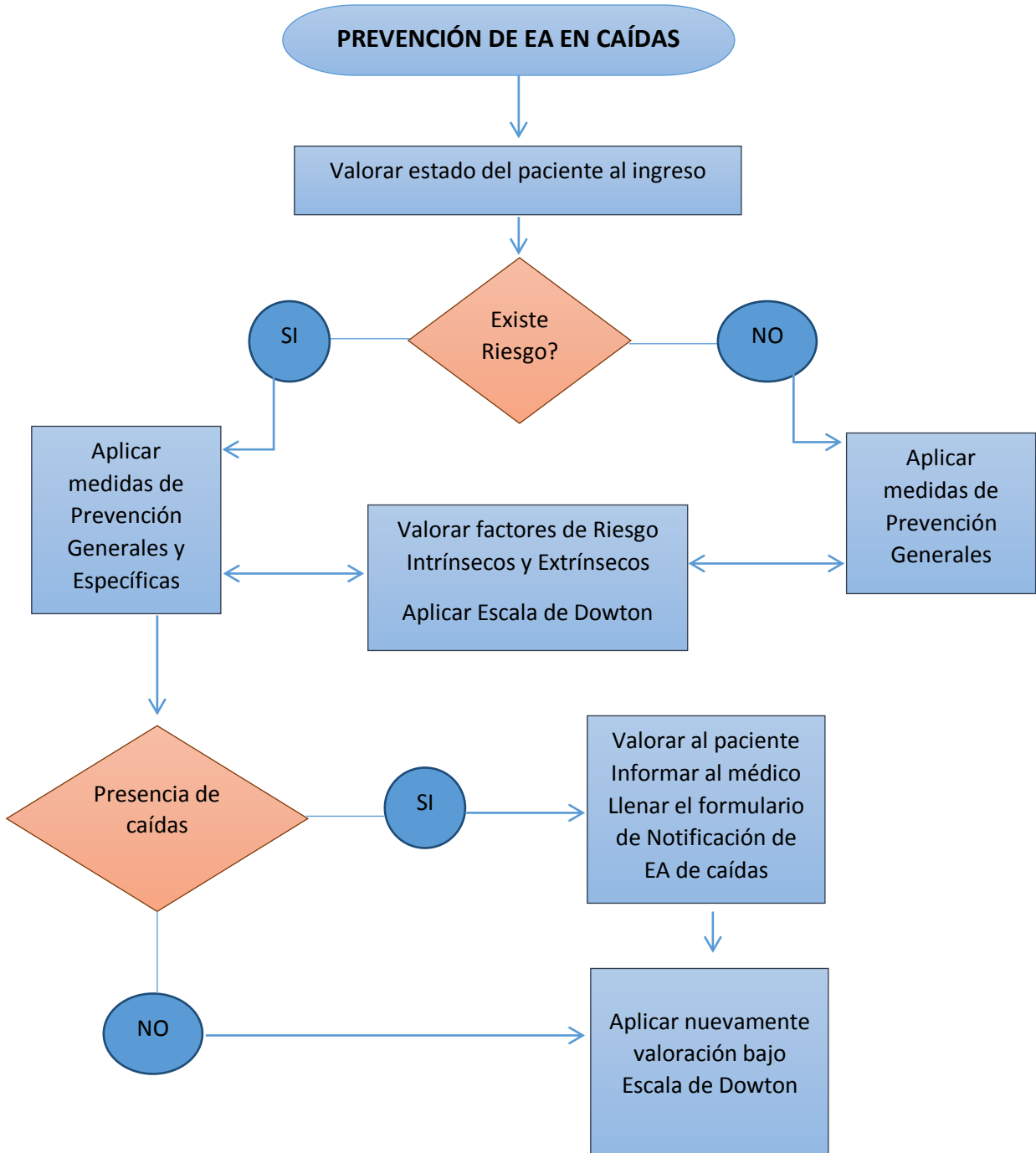
9. ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE DOWNTON		
RIESGO DE CAIDAS		
	EVALUACION	Puntos
CAIDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes / sedantes	1
	Diuréticos	1
	Antihipertensivos	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
DEFICITS SENSITIVO MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Parálisis paresia de extremidades	1
DEAMBULACION	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con o sin ayuda	1
	Imposible	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
EDAD	< 70 años	0
	> 70 años	1
MAS DE 2 (dos) puntos - RIESGO ALTO		

ANEXO 2

FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN PARA PREVENCIÓN DE EA EN CAÍDAS



NOTA: Véase GUIA DE ESTÁNDARES

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS**

Nombre y Apellido del paciente:

Sexo: Femenino..... Masculino..... N° de H.C..... Edad:

Diagnostico actual:
.....
.....
.....

Valoración y notificación de un Evento Adverso sobre administración de medicamentos

Fecha y hora de ocurrencia del evento:/...../.....
hora.....min..... Fecha de notificación:/...../.....

Unidad donde ocurrió el evento:
.....

Unidad que notifica:
.....

Responsable de la notificación del reporte:
.....

Aplicación de los 11 correctos de la administración de medicamentos SI __ NO __

Personal que notifica: Médico __ Enfermera profesional __ Supervisor de turno __
Personal de farmacia __ Auxiliar de enfermería __ Otro:
.....

En el momento del Evento Adverso el paciente estaba en: La cama __ Al borde
de la cama __ La silla __ La camilla __ La silla de ruedas __ Otro:
.....

Característica del ambiente para la preparación de medicamentos: El servicio cuenta
con un área para la preparación de medicamento Sí __ No __ Con
iluminación Sí __ No __ De
amplio espacio Sí __ No __

Al momento del suceso del Evento Adverso el paciente estaba: Solo __
Acompañado por enfermera(o) __ Acompañado por auxiliar enfermería __
Acompañado por el medico __ Otro:

Estado general del paciente antes del Evento Adverso: Tranquilo ___
Intranquilo___ Hipoglusemico ___ Hiperglicemico ___ Hipotenso ___
Hipertenso___ Inconsciente ___ Confuso ___ Orientado ___ Otros:
.....

Posterior al evento adverso sobre la administración de medicamentos: Se avisó a la
Supervisora de turno ___ Se avisó al Médico ___

¿El Evento Adverso tuvo consecuencias para el paciente? No ___ Sí___

¿Cuáles?

.....
Descripción del incidente:
.....

Explique las medidas inmediatas que se aplicaron:
.....

Fuente: Gentileza Lic. Gladys Machaca

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ULCERAS POR DECÚBITO O
ULCERAS POR PRESIÓN**

Nombre y Apellido del paciente:

Sexo: Femenino..... Masculino..... **N° de H.C.**..... **Edad:**

Diagnostico actual:

.....

Valoración y notificación de un Evento Adverso sobre Ulceras por Presión

Fecha y hora de la presencia de la UPP:/...../.....
hora.....min..... **Fecha de notificación:**/...../.....

Unidad donde se detectó la UPP:
.....

Unidad que notifica:
.....

Responsable de la notificación del reporte:
.....

Puntaje de escala de valoración de NORTON.....

Personal que notifica: Médico __ Enfermera profesional __ Supervisor de turno __
Personal de Fisioterapia __ Auxiliar de enfermería __ Otro:

En qué momento se detectó la presencia de UPP:

Al realizar el cambio de posición __ Al realizar el baño de esponja __

Al colaborar con el personal de fisioterapia para su sesión __

Otro:.....

Característica de las medidas de mitigación de presión: Colchón antiescaras en perfecta condición Sí ____ No ____ Rodetes adecuados a la posición del paciente Sí ____ No ____ Almohadas suaves Sí ____ No ____

Estado general del paciente antes de la presencia de una UPP: Intranquilo ___
Limitación de movimiento por patología de base ___ Inconsciente ___ Orientado ___
Otros:

El paciente está en tratamiento con: Ventilación mecánica ___
Sedación e inotrópicos por BIC ___ Portador de tubo de pleurostomia ___
Portador de tubo de traqueostomia ___ Paciente con lesión en la columna vertebral ___
Otros:

Posterior a la valoración de la presencia de una UPP: Se avisó a la Supervisora de turno ___
Se avisó al Médico ___ ¿La presencia de UPP afectó al estado hemodinámico del paciente?
No ___ Sí ___

¿Cuáles?
Descripción de la UPP:
.....

Explique las medidas inmediatas que se aplicaron ante la presencia de una UPP:
.....

Fuente: Gentileza Lic. Gladys Machaca

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS CAIDAS

Nombre y Apellido del paciente:.....

Sexo: Femenino..... Masculino..... N° de H.C..... Edad:

Diagnostico actual:
.....

Valoración y notificación de una caída:

Fecha y hora de ocurrencia de la caída:/...../..... hora.....min.....

Fecha de notificación: /...../.....

Unidad donde ocurrió el accidente:

Unidad que notifica:.....

Responsable de la notificación del reporte:

Puntaje de (Escala de valoración de riesgo de caída):

Personal que notifica: Médico ___ Enfermera profesional ___ Supervisor de turno___

Personal de Fisioterapia ___ Auxiliar de enfermería ___

Otro:.....

En el momento de la caída el paciente estaba en: La cama ___ Al borde de la cama

___ El baño ___ La silla La camilla ___ La silla de ruedas ___

Otro:.....

Característica de la cama o camilla: Con barandas arriba Sí ___ No

___ Con ruedas Sí ___ No ___ Con freno Sí ___ No ___

Al momento de la caída el paciente estaba: Solo ___ Acompañado por enfermera(o)

___ Acompañado por auxiliar enfermería ___ Acompañado por personal de

fisioterapia ___ Acompañado por familiar ___

Otro:.....

La iluminación al momento de la caída era: Natural ___ Artificial ___ Oscuro ___

Estado general del paciente antes de la caída: Tranquilo ___ Intranquilo___ Ayuno ___

Dificultad para la marcha ___ Problema de audición ___ Inconsciente ___ Problema

de visión ___ Confuso ___ Orientado ___ Otros _____

El paciente está en tratamiento con: Psicolepticos __ Sedación __
Diuréticos __ Vasoactivos __ Otros:.....

Posterior a la caída: Se avisó a la Supervisora de turno __ Se avisó al Médico __

¿La caída tuvo consecuencias para el paciente? No __ Sí__

¿Cuáles?

.....
Descripción del incidente:
.....
.....

Explique las medidas inmediatas que se aplicaron:
.....
.....

Fuente: Gentileza Lic. Gladys Machaca

FAST HUG BID

FAST HUG BID es un nemotécnico usado en la UCI con el objetivo de ayudar a identificar y prevenir errores de medicación, promover la seguridad del paciente y maximizar la terapéutica de intervención. EL nemotécnico FAST HUG BID es una lista de control mental, nos habla de un “abrazo rápido”.

F	Feeding	Alimentación
A	Analgesia	Analgesia
S	Sedation	Sedación
T	Thromboembolic prevention	Prevención del tromboembolismo
H	Head of the bed elevated	Cabecera de la cama elevada
U	Strees Ulcer prophylaxis	Profilaxis de la úlcera por estrés
G	Glycemic control	Control de la glucemia
B	Bowel régimen	Deposición
I	Indweling catheters	Revisar catéteres
D	De escalation antibiotics	Descontinuar antibióticos o disminuir espectro de cobertura

F de Feeding (alimentación): La malnutrición complica la situación del paciente crítico y empeora su pronóstico. El aporte calórico será proporcional a la severidad del cuadro.

La vía ideal de alimentación es la oral, pero en la mayoría de los pacientes críticos no es posible esta vía, por tanto, se opta por la vía enteral y muchas veces por la parenteral. El comienzo temprano de la alimentación enteral es un componente clave en el cuidado de los pacientes críticos ya que incrementa el flujo sanguíneo mesentérico, manteniendo la integridad de la mucosa intestinal y promoviendo la motilidad y peristalsis gastrointestinal.

Estudios han demostrado que la mortalidad disminuye si se inicia la nutrición entre 24 a 48 horas del ingreso así también disminuye la incidencia de infecciones. El tipo de nutrición será acorde a la situación clínica del paciente.

A de Analgesia (Analgesia): El control del dolor es parte clave del manejo integral del paciente de UTI. No es fácil reconocer el dolor en este tipo de usuarios. Las valoraciones subjetivas son importantes, debemos observar la expresión facial, inquietud, taquicardia, hipertensión pueden tener cierta utilidad.

La analgesia cumple mejor su objetivo si se la administra vía infusión continua o dosis horaria, no PRN. Titular la dosis acorde a la condición clínica, evitar sobre dosificar lo cual incrementa el riesgo de efectos secundarios.

S en especial nos recordara 3 intervenciones:

- **Sedation:** Sedación
- **Skin:** Piel, cuidados
- **Spontaneuos Breathing Test:** Tubo en T

S1: La sedación facilita que el Paciente este cómodo, sin estrés, además de permitir un adecuado acople con la ventilación mecánica. Se puede aplicar para su evaluación las escalas de sedación que ya se conocen como el RASS o el Ramsay.

S2: Garantizar todas las medidas pertinentes para evitar úlceras de decúbito que pueden complicar y prolongar la estadia en UTI.

S3: Realizar prueba de Tubo en T.

T de Thromboembolic phrophylaxis (Prevención del tromboembolismo):

Los pacientes de UTI presentan factores de riesgo tales como inmovilidad, ventilación mecánica, trastornos hemodinámicos, respiratoris, catéteres, cáncer que los tornan muy susceptibles de desarrollar una TVP.

La ETV es la enfermedad más prevenible entre los pacientes internados. La tromboprofilaxis se la deberá iniciar tan pronto el paciente ingresa a terapia intensiva.

H de Head elevation (Cabecera de la cama elevada): Cama a 30°, La posición a 30° debe mantenerse en forma estricta ya que esta simple medida disminuye la incidencia de Neumonía Nosocomial en pacientes intubados. Con esto evitamos:

- Prolongar la ventilación mecánica
- Mayor estadía del usuario en UTI
- Disminuimos el riesgo de mortalidad.

U de Strees Ulcer prophylaxis (Profilaxis de la úlcera por estrés): El estrés relacionado con daño de la mucosa, es una forma de gastritis hemorrágica que puede ocurrir en pacientes críticamente enfermos.

G de Glycemic control (Control de la glucemia): Los niveles altos de glicemia se relacionan con mal pronóstico: IAM, TCE, Bypass coronario, etc.

La hiperglicemia facilita las infecciones. Con control adecuado:

- Disminuye la estadía en UTI
- Baja el requerimiento de diálisis
- Disminuyen infecciones, polineuropatías, transfusiones de sangre, mortalidad.

B de Bowel régimen (Deposición): El paciente puede presentar diarreas, estreñimiento, íleo, los cuales incrementan sus molestias. A destacar el estreñimiento que puede ser causa de no acople a la VM y luego causa de fallido extubación. También puede ser causa de falta de tolerancia a la dieta incluso delirio. Debemos valorar el hábito intestinal en forma periódica.

I de Indeweling catheters (Revisar catéteres): Se debe revisar los diferentes catéteres que porta el paciente, vía central, hemodiálisis, Swan Ganz, arteriales.

Sonda vesical, mantenerlos lo menos posible para evitar infecciones adicionales que compliquen la condición de fondo tal como la Sepsis por catéter.

D de De escalation antibiotics (Descontinuar antibióticos): Mantener medicamentos por días extras no se relaciona con efecto adicional, más bien se potencian efectos secundarios.

12.2. Anexo 2: Instrumento de Recolección de Datos



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FUENTE: CUESTIONARIO

N°.....

“PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CLINICA MEDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL OBRAJES S.R.L., LA PAZ, BOLIVA, OCTUBRE A DICIEMBRE 2019”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Para la realización de la presente encuesta solicito a su persona, participar de manera voluntaria. La información obtenida será usada con el fin de mejorar la atención de enfermería en la institución. La información será de carácter confidencial.

INSTRUCCIONES: El presente formulario debe ser llenado de forma seria y requiero de su colaboración, por tanto, solicito encerrar en un círculo el inciso de su elección.

I. DATOS SOCIO - DEMOGRÁFICOS

Sexo:

F		M	
---	--	---	--

Nivel Académico alcanzado:

- a) Licenciatura
- b) Especialidad
- c) Maestría
- d) Doctorado

Antigüedad en el servicio

- a) Menor a 1 año
- b) 1 a 3 años

- c) 4 a 6 años
- d) Mayor a 6 años

1.1 En la actualidad, la Unidad de Terapia Intensiva de su institución, ¿cuenta con un Protocolo de prevención de eventos adversos?

- a) SI
- b) NO

1.2 Porque considera necesaria la realización de un protocolo de prevención de eventos adversos:

- a) Mejorar la calidad en la atención del paciente
- b) Disminuir el tiempo y costos de internación
- c) Estandarización de procedimientos
- d) Todos
- e) Ninguno

II. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

10. Que es un evento adverso

- a) Incidente imprevisto consecuencia de la atención intrahospitalaria
- b) Suceso planeado durante la atención hospitalaria
- c) Evento programado dentro de las actividades de enfermería
- d) Evento no programado consecuencia de una negligencia médica

11. ¿Sabe usted cuáles son las causas para la aparición de un evento adverso en la UTI?

- a) Sobrecarga laboral (Turnos de más de 12 horas)
- b) Relación enfermera/paciente deficiente (1 enfermera atiende más de 1 paciente)
- c) Falta de capacitación sobre eventos adversos
- d) Falta de protocolos y nemotécnicos
- e) Todos
- f) Ninguno

12. Algunos de los Eventos Adversos que se presentan durante la atención de enfermería tienen relación con:

- a) Lavado de manos
- b) Administración de medicamentos
- c) Úlceras por presión
- d) Caídas de los pacientes
- e) Todos
- f) Ninguno

RELACIONADO CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

13. ¿Usted se lava las manos, cuando?:

- a) Antes y después del contacto directo con el paciente
- b) Después de quitarse los guantes
- c) Después de entrar en contacto con líquidos, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas
- d) Después de entrar en contacto con el entorno del paciente
- e) Todos
- f) Ninguno

14. Usted de acuerdo a su conocimiento sobre el tiempo de duración del lavado de manos clínico, se lava las manos en:

- a) Menos de 8 segundos
- b) De 8 a 15 segundos
- c) Más de 15 segundos
- d) Más de 30 segundos
- e) Desconoce

15. ¿Cuáles de las siguientes circunstancias deben evitarse durante la atención del paciente, porque se asocia a la colonización de microorganismos patógenos?

- a) Uso de joyas
- b) Lesiones cutáneas
- c) Uñas largas o postizas
- d) Uso de teléfono celular
- e) Todos
- f) Ninguno

16. ¿Se le ha presentado alguno de estos eventos durante la hospitalización del paciente?:

- a) Neumonía asociada a Ventilación Mecánica
- b) Infección del tracto urinario asociada a sonda uretral
- c) Bacteremia asociada a catéter
- d) Otras infecciones
- e) Ninguno

RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN

17. ¿Cómo previene usted un evento adverso relacionado con la medicación?:

- a) Cuando se coloca medicamentos por catéter de doble vía, administro 1 a la vez para no confundir las vías
- b) Si el paciente es alérgico coloco una tarjeta a cada paciente
- c) Utilizo los 11 correctos en la preparación y administración de los medicamentos
- d) Evita distracciones durante el proceso de preparación y administración de medicamentos
- e) Evita errar en el registro de medicación

RELACIONADO CON LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

18. ¿Cómo previene usted un evento adverso sobre Ulceras por presión?:

- a)** Aplica la escala de Norton
- b)** Realiza cambios posturales cada 2 horas
- c)** Utiliza colchón antiescaras
- d)** Coloca protección local ante alguna zona de presión
- e)** Todos
- f)** Ninguno

19. ¿Cómo previene usted un evento adverso sobre caídas?:

- a)** Utiliza o levanta las barandas de la cama
- b)** Si el paciente es dependiente le proporciona medios de solicitud de ayuda como ser: banco de la misma altura y acude al llamado del paciente
- c)** Coloca los objetos personales al alcance del paciente sin que tenga que realizar esfuerzo, si es que está consciente
- d)** Valora el nivel de sedación y nivel de consciencia
- e)** Solo b y c

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

20. Ante la presencia de un evento adverso usted comunica:

- a)** Jefa de enfermeras de UTI
- b)** Enfermera de vigilancia epidemiológica
- c)** Comité de epidemiología
- d)** Comité de bioseguridad
- e)** No comunica a nadie

Nombre del encuestador

Firma

Fecha

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

12.3. Anexo 3: instrumento de Medición de Nivel de Conocimiento

ESCALA DE LIKERT

ESCALA DE MEDICION PARA NIVEL DE CONOCIMIENTO

ESCALAS DE PROMEDIO ESTABLECIDOS	
Alto	70 - 100%
Medio	50 – 69%
Bajo	1 – 49%

Nº ITEM	CORRECTO	INCORRECTO
1	0	8
2	7	1
3	8	0
4	5	3
5	6	2
6	8	0
7	2	6
8	6	2
9	0	8
10	5	3
11	6	2
12	3	5
13	0	8
TOTAL	56	48

Nivel de conocimiento = $\frac{\text{Número total de respuestas correctas} \times 100\%}{\text{Número total de respuestas}}$

Nivel de conocimiento = $\frac{56 \times 100\%}{104}$

Nivel de conocimiento = 53.8%

12.4. Anexo 4: Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES		OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE
Semana		1	2	3	4	1	2	3	4	1
1	Reconocimiento y determinación del área de trabajo	X								
2	Determinación del tema a investigar	X								
3	Revisión bibliográfica y elaboración de la propuesta de trabajo	X								
4	Designación de la tutora y revisión de la propuesta	X								
5	Elaboración del instrumento de recolección de datos		X							
6	Validación del Instrumento de Recolección de Datos		X	X	X					
7	Aplicación de la encuesta					X				
8	Tabulación y análisis de datos obtenidos						X			
9	Realización del marco teórico			X	x	x				
10	Elaboración de la guía de estándares						X	X	X	
11	Tutoría y asesoramiento	X	X	X	X	X	X	X	X	
12	Revisión del trabajo	X	X	X	X	X	X	X	X	
13	Entrega del trabajo final									X

12.5. Anexo 5: Cartas y notas de autorización

CARTAS Y NOTAS