

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud**



*Una Institución Adventista*

**Eventos adversos en el cuidado de enfermería del paciente de la Unidad de Cuidados**

**Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja, Lima, 2017**

**Por:**

Lady Karina Camacho Becerra

Danitza Liz Curi Cuespan

Rocio Marlene Leon Coello

**Asesor:**

Dra. María Ángela Paredes Aguirre

Lima, julio de 2017

### **Presentaciones en eventos científicos**

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

<b>TIEF</b>	Camacho Becerra, Lady karina
<b>2</b>	Eventos adversos en el cuidado de enfermería del paciente de la Unidad de Cuidados
<b>C24</b>	Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja, Lima, 2017. / Autoras: Lady
<b>2017</b>	Karina Camacho Becerra, Danitza Liz Curi Cuespan, Rocio Marlene Leon Coello; Asesora: Dra. María Angela Paredes Aguirre. Lima, 2017. 64 páginas.
	Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias, y apéndice. Campo del conocimiento: Enfermería.
	1. Eventos adversos. 2. Paciente pediátrico. 3. Prevención.

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, MARÍA ANGELA PAREDES AGUIRRE, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “*Eventos adversos en el cuidado de enfermería del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja, Lima, 2017.*” constituye la memoria que presentan las licenciadas: LADY KARINA CAMACHO BECERRA, DANITZA LIZ CURI CUESPAN ROCIO MARLENE y LEON COELLO, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintisiete días del mes de julio de 2017.



Dra. María Angela Paredes Aguirre

Eventos adversos en el cuidado de enfermería del paciente de la Unidad de Cuidados  
Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja, Lima, 2017.

# TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados

Intensivos Pediátricos

## JURADO CALIFICADOR



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Presidente



Dra. Mayela Cajachagua Castro

Secretario



Dra. María Angela Paredes Aguirre

Asesor

Lima, 27 de julio de 2017

## Índice

Resumen .....	viii
Capítulo I.....	9
Planteamiento del Problema .....	9
Identificación del Problema .....	9
Formulación del Problema .....	13
Problema general.....	13
Problemas específicos. ....	13
Objetivos de la Investigación .....	13
Objetivo General. ....	13
Objetivos Específicos.....	13
Justificación.....	14
Justificación teórica.....	14
Justificación metodológica.....	14
Justificación práctica y social.....	14
Presuposición filosófica .....	15
Capítulo II.....	16
Desarrollo de las perspectivas teóricas .....	16
Antecedentes de la Investigación .....	16
Definición conceptual .....	21
Evento adverso en el cuidado de enfermería.....	21
Bases Teóricas.....	22

Paciente pediátrico y riesgos potenciales. ....	22
Los eventos adversos y la trascendencia en la seguridad del paciente. ....	23
Eventos adversos más comunes en enfermería. ....	34
Rol de la enfermera en la prevención de los eventos adversos. ....	38
Teoría Florence Nightingale. ....	39
Capítulo III .....	41
Metodología.....	41
Descripción del lugar de ejecución .....	41
Población y muestra .....	41
Población.....	41
Muestra.....	41
Criterios de inclusión y exclusión. ....	42
Tipo y diseño de investigación.....	42
Identificación de variables .....	42
Operacionalización de variables .....	43
Técnica e instrumentos de recolección de datos .....	43
Proceso de Recolección de Datos .....	44
Procesamiento y Análisis de Datos .....	44
Consideraciones éticas .....	44
Capítulo IV .....	46
Administración del proyecto de investigación .....	46
Cronograma de ejecución.....	46
Presupuesto .....	47
Referencias .....	48

Apéndice.....	52
Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos.....	53
Apéndice B: Validez del instrumento.....	55
Apéndice C: Carta de autorización.....	64

## **Resumen**

La seguridad del paciente es uno de los pilares más importantes de la atención en salud en la actualidad. Según sus lineamientos es imprescindible implementar acciones para reducir el riesgo de eventos evitables que deriven de la atención en salud. Es importante conocer cuáles son las situaciones adversas que pueden presentarse cuando se realiza cualquier acto en la atención de enfermería con el fin de evitar o controlar errores que atentan con la seguridad del paciente. Este estudio tiene como objetivo determinar los eventos adversos en el cuidado de enfermería del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja. Es un estudio descriptivo, no experimental. La muestra estará constituida por los registros 40 pacientes hospitalizados. El instrumento que se utilizará será el Formato de Consolidado de Incidentes y Eventos del Ministerio de Salud de Lima- Perú. Los resultados beneficiaran a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y los profesionales de enfermería ya que identificará los eventos adversos pudiendo así tomar medidas para fortalecer las capacidades del profesional de enfermería y de esta manera poder mejorar la calidad de atención.

**Palabras claves:** Eventos adversos, paciente pediátrico y prevención.

## Capítulo I

### Planteamiento del Problema

#### Identificación del Problema

La seguridad del paciente es uno de los pilares más importantes de la atención en salud en la actualidad. Según sus lineamientos es imprescindible implementar acciones para reducir el riesgo de eventos evitables que deriven de la atención en salud. Para lograr esta meta, las instituciones de salud deben trabajar en procesos seguros para el paciente, lo cual permite minimizar la ocurrencia de eventos adversos dentro del área institucional. Los eventos adversos y lo relacionado con la seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación mundial. “La Organización Mundial de la Salud declaró la seguridad en atención en salud como un problema de salud pública mundial. Además, presentó una alianza que proponía reducir el número de enfermedades como lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud” (OMS, 2004).

Bartolomé (2011) realizó estudios de investigación en España que han demostrado que la seguridad en la atención en salud debe ser considerada un hecho relevante y la probabilidad de sufrir un evento adverso aumenta considerablemente con la edad del paciente. Entre un 4,7% y un 5,3% de los ingresos hospitalarios sufre algún evento adverso, con un costo medio por estancia próximo a los 3.000 euros, estas cifras se incrementan en pacientes mayores de 65 años, en los que se reporta un 9,7% de los ingresos hospitalarios, dada las condiciones clínicas de los adultos mayores. “Así los eventos adversos constituyen un problema latente en la seguridad del paciente, que inciden directamente en la calidad de la atención de salud, situación que conlleva importantes efectos económicos, personales, familiares y sociales”.

Se ha estimado, según Palacios (2012), que uno de cada diez pacientes ingresados a hospitalización sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidad grave o

incluso la muerte. La incidencia de eventos adversos en hospitales es de 9,2 %, de los cuales el 43,5 % se consideran evitables. Los estudios de incidencia de EA han reportado cifras en Australia de 16,6 %, Nueva Zelanda de 12,9 %, Canadá de 7,5 %, España de 9,3 %, Holanda 5,7 %, Suecia 12,3 % y Estados Unidos 3,7 %.

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

De esta manera, los eventos adversos se han transformado en un problema que induce muchas muertes evitables cada año. En el Reino Unido, las estancias hospitalarias generan gastos de 2000 millones de libras al año y el pago de indemnizaciones alrededor de 400 millones de libras. En EE.UU., se estima que entre 17000 y 29000 millones de dólares al año es el costo de eventos evitables incluido el lucro cesante de la discapacidad y los gastos en actos médicos. “Otros estudios han evidenciado que por cada proceso que se incorpore a la atención, existe la probabilidad de aumentar hasta en 1% la posibilidad de cometer errores” (Fernandez, 2007).

Los países miembros de la OMS, como el Perú, están implicados a articular esfuerzo a favor de la seguridad del paciente. Entidades del sector salud como el MINSA y ESSALUD

asumen parte de este compromiso, a nivel del MINSA mediante Resolución Ministerial N° 143 – 2006/ MINSA se estableció un Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, el mismo que elaboró el “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente”, cuya finalidad es fortificar los servicios de salud como lugares cada vez más seguros para la atención de los pacientes (MINSA, 2006).

Así mismo, mediante Resolución Ministerial N°308 – 2010/MINSA se aprobó la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía” con el propósito de cumplir con los estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes (MINSA, 2010).

En el año 2007, el Perú fue invitado por la OMS, Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, a participar del proyecto para investigar la prevalencia de los eventos adversos en cinco países de Latinoamérica (IBEAS): México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina. EsSalud participó con la presencia de dos Hospitales: Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti y Hospital Grau; “en los resultados del estudio se menciona que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios señalando que los tipos de eventos adversos están relacionados con infección nosocomial en 39,6%, con los procedimientos 28,8%, con el diagnóstico 10,8%, con la medicación 8,4%, cuidados 6,9%, otros Eventos Adversos 3,5%, de los cuales el 41,2% son inevitables y el 58,8% se pueden evitar” (IBEAS, 2010).

En la actualidad, la seguridad del paciente es uno de los aspectos más importantes que requieren revisarse y desarrollarse, para identificar como un valor necesario en la atención de enfermería, es importante saber cuáles son las situaciones adversas que pueden ocurrir cuando se realiza cualquier acto en la atención de enfermería con el fin de evitar o controlar errores que transgreden con la seguridad del paciente. La ocurrencia de un error en la atención de

enfermería puede convertirse en un evento adverso serio, que amenaza la vida del usuario y prolonga la estancia hospitalaria produciendo como resultado, una incapacidad o invalidez. Los pacientes pediátricos hospitalizados en áreas críticas no solo pueden verse beneficiados sino en ocasiones resultan afectados involuntariamente cuando no se cumplen los requerimientos técnicos y éticos deseables al atenderlos. “Cualquier profesional de la salud puede cometer un error en alguna intervención, al profesional de enfermería nos corresponde prevenir y evitar malas prácticas, que son específicas para sus competencias”. El área de Cuidados Intensivos Pediátricos, es un lugar donde la enfermera que brinda cuidados tiene toda la capacidad y preparación, sin embargo, hay muchos factores que podrían entorpecer estas funciones y por ende presentar algún tipo de Evento Adversos (Hernández, 2006).

La Clínica Internacional en el año 2014 obtuvo la acreditación de Seguridad del Paciente por la organización Joint Commission International (JCI), demostrando así que se cumple con los estándares requeridos para una atención de calidad y minimizando los Eventos Adversos. El servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos es una unidad relativamente nueva en la institución al igual que el personal de Enfermería, con una creación de dos años, capacidad para cuatro pacientes que en la actualidad su ocupabilidad es al 100%, al ser un servicio relativamente nuevo no cuentan con la acreditación mencionada, sin embargo, los procesos de seguridad para el paciente están establecidos, con supervisión constante para verificar el cumplimiento y es ahí donde se observa que el personal de enfermería presenta debilidades en la adherencia de algunos procesos de Seguridad del Paciente y la cultura del reporte de incidencias es mínima. Desde Agosto del 2015 hasta la actualidad se han reportado tres casos de eventos adversos relacionados al cuidado de enfermería, uno de ellos está relacionado a la administración de medicamentos y un error en la transfusión sanguínea, esta información se obtuvo del área seguridad del paciente de Clínica Internacional.

Frente a dicha problemática anteriormente planteada, las investigadoras formulan la siguiente interrogante.

### **Formulación del Problema**

#### **Problema general.**

¿Cuáles son los eventos adversos en el cuidado de enfermería del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja, 2017?

#### **Problemas específicos.**

¿Cuáles son los eventos adversos en el cuidado de enfermería, relacionados con la medicación o de su administración del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja, 2017?

¿Cuáles son los eventos adversos en el cuidado de enfermería, relacionados con la sangre o sus derivados del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja, 2017?

¿Cuáles son los eventos adversos en el cuidado de enfermería, relacionados con caídas del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja, 2017?

### **Objetivos de la Investigación**

#### **Objetivo General.**

Determinar los eventos adversos en el cuidado de enfermería del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja.

#### **Objetivos Específicos.**

Identificar los eventos adversos en el cuidado de enfermería, relacionados con la medicación o de su administración del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja.

Identificar los eventos adversos en el cuidado de enfermería, relacionados con la sangre y sus derivados del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja.

Identificar los eventos adversos en el cuidado de enfermería, relacionados con caídas del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Internacional sede San Borja.

## **Justificación**

### **Justificación teórica.**

El estudio es importante porque profundiza los conocimientos de los eventos adversos en el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos a través de la recopilación de información científica actualizada. Además, refuerza la importancia de la Teoría del “entorno” cuya autora es Florence Nightingale.

### **Justificación metodológica.**

Tiene relevancia metodológica por la confiabilidad del instrumento de determinar los eventos adversos en el cuidado de enfermería, podrá ser utilizado por el profesional de enfermería y en otras instituciones en el área de unidad de cuidados intensivos pediátricos del ámbito laboral.

### **Justificación práctica y social.**

Los beneficiados directos del presente trabajo de investigación serán los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y los profesionales de enfermería ya que identificando los eventos adversos se podrán tomar medidas para fortalecer las capacidades del profesional de enfermería y de esta manera poder mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente pediátrico.

## **Presuposición filosófica**

La educación superior que brinda la Universidad Peruana Unión cree en la existencia de un solo Dios: Padre, Hijo y Espíritu Santo. Dios es inmortal, todopoderoso, omnisapiente y omnipresente. Dios creó al hombre y la mujer como seres perfectos en las dimensiones física, mental y espiritual con libre albedrío para tomar decisiones. De igual manera, el universo fue creado por Dios y se rige mediante leyes naturales revelando la evidencia de un Dios maravilloso. Sin embargo, la desobediencia a Dios (pecado), trajo como consecuencia la ruptura de la relación entre Dios y el hombre, llevando al ser humano a la muerte y el sufrimiento de enfermedades. Sin embargo, Dios en su infinita misericordia nos ofrece la posibilidad de reconciliarnos con El y esto se consigue aceptando el plan de salvación a través del sacrificio de Jesucristo. La vida y la salud son grandes tesoros que deben ser cuidados considerando la obediencia a los diez mandamientos de la Ley de Dios y las leyes naturales. En la Santa Biblia en 1 de Corintios 6:19 refiere que nuestro cuerpo es Templo del Espíritu Santo, por lo tanto, merece brindar todo el cuidado en la alimentación, reposo, agua, sol, aire, temperancia y confianza en Dios.

En 1 Juan 4:8 dice que una de las características más importantes de Dios es el amor:” El que no ama no conoce a Dios, porque Dios es amor” La Ley de Dios, estaba comprendida en dos grandes principios: “Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, y con toda tu alma, y con toda tu mente y con todas tus fuerzas. Este es el principal mandamiento. Y el segundo es semejante: Amará a tu prójimo como a ti mismo. No hay otro mandamiento mayor que éstos” (Marcos 12: 30,31). Estos dos grandes principios abarcan los primeros cuatro mandamientos, que muestran el deber del hombre hacia Dios, y los últimos seis, que muestran el deber del hombre hacia su prójimo. Si mi prójimo es el paciente le debo brindar el cuidado como si fuera mi hermano demostrando un servicio basado en el amor, y esto es la calidad.

## Capítulo II

### Desarrollo de las perspectivas teóricas

#### Antecedentes de la Investigación

Hernández (2015) realizó un estudio sobre “Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en Unidades Pediátricas de Cuidados Intensivos”, Objetivo: identificar la frecuencia de ocurrencia de los eventos opuestos en las Áreas Pediátricas de Cuidados Intensivos para establecer los factores extrínsecos, intrínsecos y del sistema en un Hospital Público de Tercer Nivel de Atención. Método, el tipo de investigación fue observacional, transversal y descriptivo. Resultados, para la muestra se presentaron 105 sucesos adversos, 11% en el área de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, 18% en el área de Cuidados Intensivos Neonatales y 71% en el área de Terapia Intensiva Pediátrica, 62% de los pacientes mostraron durante su proceso de internado un evento adverso, el 30% mostró dos eventos adversos y el 8% más de tres. El 50.5% pertenecientes al sexo masculino tuvieron situaciones adversos más frecuentes y un 22% en alteraciones cardiovasculares; así mismo, un 30% de los eventos adversos se presentó durante las primeras 48 horas de entrada a la unidad. Conclusiones: Identificar este tipo de accidentes permite establecer estrategias para controlar o disminuir los posibles orígenes. Para el enfermero es de suma importancia conocer estos detonantes para prevenir de forma activa en los programas de calidad de Atención y seguridad.

Achury (2016) realizó un estudio titulado “Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo”. Objetivo: Establecer los eventos adversos, reportados por el personal de enfermería y sus factores en las áreas de cuidado intensivo neonatal, pediátrica o adulto de tres países (Colombia, Argentina y México). Metodología: de tipo correlacional, descriptivo, multicéntrico. Resultados: Para la muestra se obtuvieron “1163 eventos, de los cuales el 11 % con la administración de

medicamentos, el 19 % con vía aérea y ventilación mecánica, el 13 % con infección nosocomial, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes y el 34 %, se relacionó con el cuidado. El 94,8% se consideraron prevenibles”. El 7 % sobrante fueron relacionados con pruebas diagnósticas y equipos. Conclusiones, el cuidado directo al paciente y el de vía aérea son eventos adversos que están relacionados, con mayor prevalencia en su mayoría. “El posible factor relacionado fue el del sistema. Por tal motivo, el profesional de enfermería debe establecer estrategias para fortalecer y mejorar los procesos relacionados con la aplicación de protocolos, comunicación y una política de recursos humanos”.

Zarate (2015) realizó un estudio titulado “Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos, proyecto multicéntrico” con el objetivo Establecer los acontecimientos de los eventos adversos en las unidades de cuidados intensivos y identificar los factores extrínsecos, intrínsecos y del sistema que están presentes en la aparición de un evento adverso, así como su gravedad y evitabilidad. Método, el tipo de investigación fue analítico, multicéntrico, observacional y transversal. Resultados, según la muestra tomada los eventos adversos se mostraron en pacientes masculinos (58%), en edad pediátrica un 60%. Los eventos adversos relacionados con invalidez temporal fue de un 51%; así mismo, los relacionados con el cuidado fueron los más frecuentes con un 29.9%, mientras que un 75% de los casos se lograron evitar. Resaltan los factores del sistema con un 98%. Conclusiones, “la población más vulnerable son los niños y los adultos mayores, los eventos adversos están relacionados directamente con el cuidado de enfermería y su mayoría son evitables. Es necesario implementar estrategias para la gestión de la seguridad del paciente para detectar, registrar, prevenir y minimizar su frecuencia”.

Navas (2014) realizó un estudio de investigación titulado “Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería”, con el objetivo, de determinar la población que

demonstró los eventos adversos, representando las características relacionadas con el paciente, el ambiente y el profesional de enfermería. Método, se desarrolló un estudio de análisis descriptivo de una cohorte hospitalaria piloto. Resultados, las características del paciente fueron: las variaciones en el estado de ánimo, el confinamiento a la cama y la dieta especial, la falta de insumos para la prevención de UPP y timbres en cuanto al ambiente. El promedio de pacientes por personal de enfermería fue de 27,3 y en personal auxiliar de enfermería de 9,1. Conclusiones, “el conocer las características que estuvieron presentes en los pacientes que desarrollaron un evento adverso, es una primera aproximación sobre la problemática y un elemento importante para que las organizaciones de salud tengan mayores argumentos e inviertan en prácticas más seguras”.

Riquelme (2013) hizo un estudio sobre “Descripción de eventos adversos en un hospital pediátrico de la ciudad de Santiago, Chile”, con el objetivo, de identificar los eventos adversos dados en la atención de pacientes de un hospital pediátrico especializado en el cuidado de niños con enfermedades respiratorias crónicas. Método: Para la descripción de eventos adversos se realizó un estudio retrospectivo, correlacional y descriptivo. Resultados: Un 15,7% de los niños se advirtió la ocurrencia de eventos adversos; en el 6,1% se registraron la ocurrencia de dos o más eventos adversos. Los eventos adversos advertidos fueron: Eventos adversos en caídas, golpes y administración de medicamentos. Los eventos adversos y el número de días de hospitalización, jornada del día y mes de año nos manifiestan que existe una asociación entre sí, mientras que no se percibió ninguna asociación con la edad del niño. Conclusiones: la monitorización de eventos adversos debe ser asociada en forma sostenida y sistemática dentro del proceso de atención de salud de cada niño, incluyendo a cada miembro del equipo de salud.

Queiroz (2012) realizó un estudio sobre “Reacciones adversas: indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un hospital centinela”, El objetivo del estudio fue establecer cuál es la comprensión de las trabajadoras enfermeras que laboran en un hospital centinela con los eventos adversos, conocer los eventos más habituales y las medidas creadas por la institución, por la seguridad de la atención, desde el punto de la perspectiva de las enfermeras. Metodología: El estudio que se realizó fue descriptivo exploratorio.

Resultados, para la muestra participaron 50 enfermeros. Un porcentaje mayor de la muestra se tomó a profesionales del sexo femenino; así mismo buena parte son casadas, mientras la edad promedio mayor a 36 años de edad. En relación al tiempo a la formación académica prevalece de 1 a 5 años y 16 a 20, de las cuales un 48 % culminaron en una institución privada, mientras que el 52% en una institución pública. Gran parte de los profesionales enfermeros realizaron una especialidad, obteniendo la mayoría el título de master. Conclusión, “los eventos adversos más citados fueron infección hospitalaria, seguido de error de medicación, trauma durante procedimientos, ulcera de presión y caída. A pesar de las dificultades en conceptualizar el evento adverso, la mayor parte de los enfermeros reconocieron sus riesgos y señalaron la adopción de medidas de acompañamiento y evaluación del servicio para la mejora de la práctica en salud”.

El estudio realizado por Castellón (2012) titulado “Eventos centinela en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2009” con el objetivo, determinar los tipos de eventos centinela que se muestran con mayor frecuencia y establecer las situaciones y el turno en que se producen. Método, de tipo aplicativo, cuantitativo, descriptivo, prospectivo. Resultados, del 100% (72) de pacientes que se tomó la muestra, registraron un evento centinela un 18% (13); así mismo, registraron por deslizamiento, extubación, ruptura y obstrucción del cuff de los tubos endotraqueales un 40% (8), mientras que el 20% (4) retiro y deslizamiento de sonda nasogástrica; 10% (2) retiro y

deslizamiento de catéter venoso central, línea arterial media y sonda nasoyeyunal. Las circunstancias de los eventos centinelas se produjeron durante la curación, baño en cama, movilización o alteración del estado de conciencia 30% (6), por malfuncionamiento del tubo endotraqueal 15% (3) y por transporte y técnicas de sujeción 5% (1). En relación al turno el 50% (10) se produjo en la tarde y 35% (7) en el turno de la mañana. Conclusiones, los eventos centinela que se exhiben con mayor frecuencia en el área de Cuidados Intensivos por medio de las extubaciones, deslizamientos y ruptura del cuff de los tubos endotraqueales, el retiro y deslizamiento de las sonda nasogástrica y sonda nasoyeyunal. Normalmente se suscitan durante la curación, baño en cama, movilización; así como variación del estado de conciencia del paciente y se presentan frecuentemente en el turno de la tarde seguido de la mañana.

Bauer (2011) desarrollo un estudio sobre “Eventos adversos causados por medicamentos en un hospital centinela del Estado de Goiás, Brasil”, el estudio tuvo como objetivo establecer eventos adversos causados en el proceso de administración de medicamentos y especificar los errores de medición. Método, de tipo descriptivo, retrospectivo, documental con delineamiento exploratorio. Resultados, luego de tomado las muestras de 242 registros relativos a medicamentos se obtuvo que el 95.1% (230) anotaciones mostraron un reporte de información completa relacionada a eventos adversos a medicamentos, obteniendo la clasificación de los mismos. Conclusiones, “el presente estudio identificó algunos de los eventos adversos a medicamentos, que ocurrieron en una institución hospitalaria, los cuales fueron causados por múltiples factores y en varias disciplinas, envolviendo medicamentos críticos en relación a la seguridad del paciente”.

Velero (2011) elaboró un estudio sobre “Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud”, con el objetivo, de representar la prevalencia de úlceras por presión en una institución de salud de tercer nivel de atención. Métodos, estudio de tipo transversal.

Resultados, se presentó una prevalencia general del evento del 5,27%, siendo el estadio III el de mayor frecuencia en ambas evaluaciones (47,82%). Conclusiones, los resultados obtenidos muestran que las personas con riesgo alto según escala de Braden fueron quienes presentaron mayor prevalencia del evento y los estadios más avanzados.

Fajardo (2009) ejecutó un estudio sobre “Percepción de la frecuencia y causas de los eventos adversos por medicación en enfermería”, con el objetivo de describir las percepciones de las enfermeras sobre varios tópicos relacionados con los errores de medicación, que son la causa más común de daño a los pacientes hospitalizados y frecuentemente son prevenibles. Método, de tipo Se obtuvo una muestra por conveniencia de 173 enfermeras de 2 hospitales generales. Resultados, De las 173 que respondieron, 117 (68%) percibió una administración incorrecta de medicamentos, 71 (41%) observó medicamento o paciente equivocado, 74(43%) percibió que más de un factor contribuyó a los errores de medicación incluyendo la sobrecarga de trabajo. Conclusiones, el error por confusión de medicamentos fue común y atribuido a que tenían nombres parecidos. Adicionalmente existen otros factores que contribuyen a los errores de administración de medicamentos atribuibles a los sistemas de salud, así como a las condiciones de los pacientes y al proceso de prescripción.

### **Definición conceptual**

#### **Evento adverso en el cuidado de enfermería.**

“Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencias del problema en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente” (Ministerio de Salud, 2009).

## **Bases Teóricas**

### **Paciente pediátrico y riesgos potenciales.**

Abarca un variado surtido de pacientes pediátricos, desde el neonato pre término hasta el adolescente, comprendiendo desde el nacimiento hasta los 14 años de edad. El niño adquiere capacidades necesarias para adaptarse y sobrevivir en el medio. Es importante en el primer año de vida esta adquisición; ya que genera dos procesos determinantes, el desarrollo (aumento de complejidad funcional) y el crecimiento (aumento de tamaño corporal). Esto hace que el niño obtenga unas características propias y diferenciales referente a fisiología, morfología, patología y psicología (puede existir una escasa o nula colaboración tanto para realizar la valoración, como para realizar determinados procedimientos). Cuanto menor sea la edad se percibe estas diferencias, mostrándose más en el neonato y lactante (especialmente en el neonato pre término), siendo mínimas a partir de los 12 años. Se considera a una paciente difícil y de riesgo a los de corta edad, siendo los lactantes, neonatos, o niños pequeños esto debido: (a) Poco hábito pediátrico, esto a causa de un descenso de la natalidad (menos pacientes pediátricos) y al aumento progresivo del envejecimiento (mayor demanda de asistencia sanitaria geriátrica). (b) Mayor dificultad y riesgo, “los procedimientos invasivos son más difíciles de realizar y entrañan un mayor riesgo de iatrogenia debido a la mayor proximidad de las estructuras anatómicas, menor tamaño. El amplio rango de edades, patologías y posologías o diferente dosificación, hará imprescindible individualizar aún más el utillaje y los fármacos”. (c) Poca tolerancia, en especial en los pacientes más pequeños, ante las dificultades deja un escaso tiempo de reacción en el manejo de la ventilación y de la vía aérea. (d) Los enfermeros pediátricos intensivistas se dedican a servir cuidados especializados a bebés, niños y adolescentes hasta los 14 años de edad. Trabajan con menores que tienen discapacidad, o con pacientes que tienen una lesión de duración o una enfermedad; así mismo,

realizan una estrecha contribución con las familias y cuidadores de los niños, por ello también el tiempo que se le brinde para su cuidado es mayor que el de otro tipo de paciente, si se cumple la dotación de personal enfermera -paciente como corresponde se disminuiría el riesgo de producir algún tipo de evento adverso. A continuación se describe la variable principal de eventos adversos y sus respectivas dimensiones (García, 2012).

### **Los eventos adversos y la trascendencia en la seguridad del paciente**

Trascendencia en la seguridad del paciente tiene componentes: La gravedad clínica del riesgo y el impacto de otro tipo que puede suponer su aparición. La gravedad clínica es el aspecto crítico y más objetivo. Puede ir del fallecimiento a producir una prolongación de la estancia hospitalaria o molestias de escasa relevancia. La aparición de determinados eventos adversos puede dar lugar a repercusiones sociales, económicas, mediáticas, medioambientales, judiciales. Este puede clasificarse en: catastrófico, importante, moderado, pequeño o insignificante (Aibar, 2006).

#### ***Evento Adverso.***

Eventos Adversos son sucesos afines de la atención dada por un paciente, que tienen, o alcanzan tener secuelas negativas para el mismo. También podemos definir evento adverso como, agravio o complicación no intencional, resultado del cuidado médico o todo aquel procedente del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente (Aguirre, 2006).

#### ***Definición de eventos adversos.***

Evento Adverso, se da a causa de un hecho inesperado o indeseada, daño o lesión en la salud del paciente, como consecuencias del problema en la instrucción, práctica o producto más que por la enfermedad subyacente del paciente (Ministerio de Salud [MINSAL], 2009).

Según el Consejo Internacional de enfermería (CIE, 2002) define como “un evento adverso no es más que el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad

o estado del paciente por los profesionales de salud y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes”.

“Un evento adverso es considerado como aquel que genera daño al paciente, causado después de que éste ingresa a la institución médica y está relacionado más con el cuidado proveído o con ocasión de éste que con la enfermedad de base”. Una infección intrahospitalaria, una reacción alérgica a un medicamento o una caída son unos de los ejemplos de eventos adversos; sin embargo, un importante porcentaje de éstos son prevenibles o evitables (Bautista, 2011).

El Ministerio de Salud (MINSA, 2007) lo define como “hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica”.

#### ***Clasificación de evento adverso.***

##### *Incidente (casi evento adverso o near miss).*

Situación en la que la intervención médico asistencial se realiza con error, ya sea una barrera de seguridad, una intervención oportuna o una consecuencia del azar de una acción u omisión. Esto no ocasiona un evento adverso.

##### *Evento centinela.*

Evento adverso en el que está presente la muerte, daño físico o psicológico severo, no se mostraba presente anteriormente y que solicita tratamiento o un cambio permanente en el estilo de vida. “Un evento centinela es un incidente inesperado ocurrido durante la atención sanitaria que tiene como consecuencia la muerte o la pérdida de una función grave y permanente para el paciente (por ejemplo, cirugía en el lugar erróneo o al paciente erróneo, robo de un recién nacido” (JCI, 2013).

##### *Principales eventos centinela.*

Eventos centinela de mayor alcance se muestra los siguientes, catalogados: Muerte materna, Reacciones transfusionales, Transfusión de grupo sanguíneo equivocado, Infecciones intrahospitalarias, Reacciones adversas graves a medicamentos, cirugía en paciente, región, lado del cuerpo u órgano equivocado, complicaciones quirúrgicas graves, retención de instrumental post cirugía, suicidios potencialmente evitables, errores en la prescripción y administración de medicamentos, retraso en el tratamiento, sujeción o reclusión inadecuadas, caída de pacientes, accidentes anestésicos, egreso de infante con familia equivocada, Robo de infante. Existen variadas formas de catalogar el evento adverso, en prevenible y no prevenible. El evento adverso no prevenible es la dificultad que no puede ser prevista dado el estado real del conocimiento; el evento adverso prevenible es la mala atención que puede ser corregido con el estado del conocimiento. Se utilizan otras títulos, como accidente (suceso que implica daño a un sistema determinado e obstaculiza el proceso o las consecuencias futuras del sistema), errores latentes (errores en la organización, el entrenamiento, el diseño y mantenimiento que trasladan al operador a problemas cuyos efectos perduran dormidos en el sistema por largo tiempo), complicación (evento adverso afines con el procedimiento de carácter inevitable), e incidente (contexto que podría haber formado un mal resultado que no se originó por azar o por una intervención adecuada (Gómez, 2006).

#### ***Tipos de eventos adversos.***

Según el origen, según el momento de su presentación, según la severidad.

#### ***Causas que podría llevar a un evento adverso.***

Tipo físico, natural, acción humana, tecnológico, control administrativo. Al mencionar eventos adversos, es necesario definir error.

***El error.***

Los errores forman parte de la condición humana y ocurren en todas las profesiones, sin embargo, son más evidentes en el área de la salud por estar llena de incertidumbre y en juego vidas humanas. “El 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 por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución” (OMS, 2008).

***Error.***

Falla en cumplir una actividad como estaba proyectada.

***Errores por acción.***

Es el proceso de atención que contempla actividades que no se debe realizar.

***Errores por omisión.***

Proceso de atención que no examina actividades que se debe realizar.

En la atención en salud se pueden suscitar errores por la toma de un criterio incorrecto. Por ejemplo el error haya modificado de forma negativa la historia natural de la enfermedad, como también el resultado de la atención y consecuentemente, hay dado lugar a un evento adverso. Además, los errores no son identificados en muchos casos, por no haber dado lugar a un evento adverso. Si tomamos en cuenta que lo trascendental en el proceso de atención es satisfacer las necesidades de salud y las expectativas del paciente en un cuadro de seguridad, el evento adverso, que envuelve negativamente estos criterios, obtiene una relevancia fundamental. “En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se definen como significativos sólo aquellos que producen prolongación de la estadía durante la internación, necesidad de re-internación, secuela transitoria o definitiva o muerte” (Aguirre, 2006).

### ***Daño.***

Según OMS (2008) define “el daño asociado a la atención sanitaria, como el daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión subyacente”.

Los eventos adversos tratan de conceptos amplios que incluye un conjunto variado de situaciones tales como infecciones hospitalarias, úlceras de decúbito, complicaciones anestésicas, errores, despistes, retrasos diagnósticos, práctica de una cirugía inadecuada, dehiscencias de sutura, olvido de cuerpo extraño tras una intervención quirúrgica, confusión de historiales, errores de medicación, casi-errores, litigios, reclamaciones, catástrofes hospitalarias. A la lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial se le denomina efecto adverso. Pueden ser inevitables, imposibles de predecir o evitar de acuerdo al conocimiento y los recursos disponibles; o evitables, no se habrían producido en caso de realizar o no alguna actuación concreta (Aibar, 2006).

Los eventos adversos prevenibles han estado afines con la administración, preparación y prescripción equivocada de eventos quirúrgicos o de medicamentos, como por ejemplo la amputación de un miembro diferente del originalmente planeado. Pero la lista de eventos es mucho más extenso y variado y presenta las siguientes situaciones: Infecciones nosocomiales (neumonías, infecciones urinarias e infecciones de heridas quirúrgicas, entre otras), faltas en la adherencia a órdenes médicas, reacciones por transfusiones sanguíneas equivocadas, factor ambiental, fallas en equipos o tecnologías, etc. Cabe mencionar que las infecciones nosocomiales es una de las complicaciones más habituales que sucede en los pacientes, las cuales pueden ocasionar la muerte y, por tanto, se han compuesto en un reto mundial, en búsqueda de la seguridad del paciente (Villareal, 2007).

El riesgo de que se presenten los eventos adversos se incrementa como consecuencia de los grandes avances tecnológicos y por aspectos multifactoriales de las propias instituciones de salud, entre estos encontramos, el mal estado de la infraestructura y de los equipos, la calidad de los medicamentos, deficiente control y prevención de las infecciones intrahospitalarias, factores actitudinales del profesional de enfermería por falta de motivación o conocimientos insuficientes y plantillas de personal incompletas (Betancourt, 2010).

Estas circunstancias hacen que la atención sanitaria sea cada vez más compleja y la seguridad del paciente un reto, lo que lo convierte en una de las dimensiones de calidad asistencial, en este sentido, es conveniente mencionar que los eventos adversos tienen grandes repercusiones en los ámbitos hospitalarios y extra hospitalarios, entre las que contamos, las que ocurren en la salud y que son las más impactantes; y por otro lado, se afectan los costos institucionales, el ejercicio profesional, la dinámica familiar y económica, puesto que estas circunstancias puedan prolongar la estancia hospitalaria de quienes se ven afectados por los eventos adversos (Parra, 2012).

Hasta ahora se ha indicado la manifestación de eventos adversos, como resultado del “error médico”. Sin embargo, tener en cuenta que los eventos adversos que se suscitan en el proceso de atención, no son antecedidos por un error médico. En tal caso se debe considerar dos sucesos: El resultado de la atención fuera el esperado en ausencia del error médico y que ésta hubiera estado libre de eventos adversos, escenario que no siempre sucede, concluyendo que los eventos adversos pueden suceder precedidos o no por error médico. “Que el error médico haya existido y no hubiera sido identificado, en tales casos no queda constancia del error y oficialmente no existió el error. Esta circunstancia ha sido denominada como cuasi falla y es una situación mucho más frecuente que un evento adverso” (Luengas, 2009).

### ***Causas de los eventos adversos y eventos centinela.***

Los eventos adversos pueden ser prevenibles, evitables o inevitables de acuerdo a la atención a sus causas, estas pueden ser transformadas y relacionadas o no con un error cuando sus causas no son conocidas. Se muestran en distintas situaciones desde la posibilidad de fallas en la estructura o fallas en el proceso que contienen: “el proceso mismo de la atención médica, factores inherentes al paciente, la cultura de la organización y la competencia profesional”. Se enuncian a continuación: Fallas en la estructura y deficiencias en el entorno: factores ambientales, diseño arquitectónico inadecuado, diseño de servicios inseguros, equipo insuficiente, fallas en el equipo, mantenimiento insuficiente, personal insuficiente, deficiente capacitación del personal, medicamentos insuficientes o de mala calidad. Fallas en el proceso y cultura de la organización: diseño organizacional inadecuado, deficiencias en los sistemas, procesos no estandarizados, carencia de sistemas de alarma, deficiencias en la coordinación del personal, deficiencias en la comunicación entre el personal, deficiente comunicación con la familia, deficiente comunicación con el paciente, falta de supervisión, vigilancia no profesional o insuficiente, presencia de personal extraño, proceso de la atención médica, identificación deficiente del paciente, relación médico-paciente deficiente, registros deficientes en el expediente clínico, disponibilidad de información insuficiente, riesgos del procedimiento, medidas de seguridad insuficientes, protección insuficiente en traslados. Competencia profesional insuficiente: carencia de guías clínicas, razonamiento clínico inadecuado, criterios clínicos incorrectos, desatender a la medicina basada en evidencias, conocimientos médicos no actualizados, falta de experiencia, fatiga, prisa, exceso de confianza, falta de conciencia de los riesgos, falta de aceptación de las limitaciones propias. Factores inherentes al paciente: falta de información, desconocimiento de sus problemas, participación insuficiente del paciente y la familia, intolerancia a medicamentos o material de

curación, alergia no conocida a medicamentos, idiosincrasia a medicamentos, negativa a colaborar en su atención (Aguirre, 2006).

***Daño asociado a la atención sanitaria.***

“Es el daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión subyacente”

(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

***Daño al paciente.***

El primer elemento que compone la particularidad de la definición de evento adverso es el daño en el paciente. Es sencillo de establecer cuando el daño es indiscutible, en caso de la muerte de una persona o de una incapacidad permanente mayor. Este último es el más temido y ciertamente es más fácil de establecer. No obstante, existe otro tipo de daño que es justo observar cuando se analiza una situación clínica para enmarcarla como evento adverso. El daño no permanente es de menor gravedad. “El tiempo de un daño o la ausencia de secuelas no eliminan la presencia de un evento adverso, como por ejemplo infecciones intrahospitalarias o asociadas a procedimientos asociadas a la atención en salud” (Villarreal, 2007).

La Organización Mundial de la Salud, en su escrito sobre “prevención vigilancia y control de las infecciones intrahospitalarias”, las define como: Infección contagiada por un paciente internado por una razón diferente de esa infección. Al momento del internado normalmente no se manifiesta la infección ni estaba en periodo de incubación, ya sea en un hospital o un establecimiento de atención de salud. “Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento” (OMS, 2015). Es decir, por definición es un evento adverso. Sin embargo, el mayor número de infecciones se soluciona favorablemente sin

dejar secuelas y su efecto no supera una incomodidad menor: la sobredosificación de medicamentos no genera daños funcionales; la mayor parte de los sangrados quirúrgicos se solucionan con transfusiones, y en ciertas oportunidades el paciente ni se entera; las flebitis asociadas a catéteres se controlan, en su gran mayoría, con medios físicos. “Todos los anteriores son ejemplos de eventos adversos temporales, cuya baja severidad, a menudo, nos lleva a descartarlos como eventos adversos o a no registrarlos como tal. Sin embargo, este tipo de eventos entrañan una gran relevancia por su potencialidad de generar daños más graves y, en consecuencia, su capacidad de alertarnos para Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos” (Luengas, 2009).

***No intencionalidad.***

Es otro concepto de evento adverso, que evidentemente, involucra un daño involuntario. Partiendo de la base de que nadie del personal, ni la institución tiene la intención de hacerle daño al paciente. La intención del personal, de los equipos y de las instituciones de salud es mejorar, recuperar o mantener las condiciones de salud de los pacientes. Al contrario si existe una intención de daño al paciente, es un hecho delictivo, doloso.

Los materiales y métodos pertenecen al ámbito de la justicia penal y de nuevo, la seguridad del paciente carece de método o materiales que puedan empezar la observación o prevenir la ocurrencia de daños intencionales a los pacientes, entre otras razones porque las definiciones y métodos de seguridad del paciente se establecen en el trabajo mancomunado con los miembros del equipo de salud para examinar y prevenir los eventos adversos. La intencionalidad, obviamente, deja sin piso estos principios. “El concepto de involuntariedad descarta, de hecho, algunos eventos que en ocasiones se asocian a eventos adversos en el marco de seguridad del paciente. En concreto, se abordan como eventos adversos las acciones

criminales contra pacientes por parte de las personas ajenas a las instituciones de salud. Nada más lejano al concepto de evento adverso” (Luengas, 2009).

La mayor frecuencia de eventos adversos en los pacientes pediátricos se origina en los pacientes internados. Las causas principales es la excesiva cantidad de actividades en el ámbito hospitalario y las condiciones de susceptibilidad de esos enfermos. También, son fáciles de estudiar mejor porque se registran en documentaciones como: partes quirúrgicos, historias clínicas, registros de enfermería y otros. Es viable que los eventos adversos por medicaciones ambulatorias y consecutivas a inmunizaciones sean los más principales. Los eventos en los domicilios, consultorios en pacientes ambulatorios, no han sido adecuadamente estudiados, aunque se presumen de menor magnitud. Como ya ha sido distinguido, se pueden originar en cualquiera de las etapas del proceso de atención y es posible diferenciar la tríada ecológica causal: agente, huésped y medio. En ese contexto, “se ha adjudicado responsabilidad a fallas humanas, de equipos, de normas y procedimientos, etc. Sin embargo, el enfoque actual adjudica relevancia principal a las deficiencias del diseño, de la organización y del funcionamiento” (Fernández, 2007).

Los eventos adversos pueden ocurrir debido a la conjunción de múltiples fenómenos, como procesos mal desarrollados, tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas. El error es una de las causas de eventos adversos, pero daño y error no siempre van ligados (Avirama, 2012).

De acuerdo a lo mencionado se prioriza el desarrollo de los Eventos Adversos, más comunes en el Área de Enfermería.

#### Eventos Adversos en Pediatría.

El evento adverso es la cadena de sucesos que de ninguna manera es responsabilidad de un solo individuo, ya que el proceso de atención en salud posee por sí mismo un riesgo

intrínseco. Sin embargo, son factores decisivos en la aparición de un evento adverso la estancia prolongada en el hospital y el grado de vulnerabilidad del usuario, esto hace que su identidad sea indispensable, sobre todo en poblaciones de mayor vulnerabilidad, como es el caso de los niños, en los que si bien no causa necesariamente muerte, sí causan incapacidad posterior, reduciendo de este modo la calidad de vida en su adultez. Los eventos adversos en pediatría son más habituales en niños hospitalizados que en otros contextos de salud, debido a las situaciones de susceptibilidad y la intensidad de las acciones que se desarrollan en este ámbito. Son escasos los estudios sobre eventos adversos en pediatría. Sobre todo en medicación o bien extrapola a los niños aun cuando hay desacuerdos sustanciales entre uno y otro de las poblaciones (demográficas, epidemiológicas, de desarrollo y tipo de cuidado requerido). Algunas de las investigaciones elaborados en población pediátrica, hallaron que la tasa de evento adverso en niños oscilaba entre el 0.6 y 1%, siendo los más habituales los que afectan a los recién nacidos o neonatos en el instante del nacimiento (Riquelme, 2013).

Según Robles (2016) menciona que los eventos adversos más frecuentes en pediatría es el evento adverso derivado del diagnóstico (ej. diagnóstico elaborado por profesional no calificado), conjuntamente con la administración de medicamentos. “También se ha observado la ocurrencia de eventos adversos durante el traslado del niño a otro hospital, con una frecuencia de 13,2% del total, observándose, por ejemplo, error en la administración de medicamentos durante el traslado y extravasación de la vía venosa. A pesar del esfuerzo, los estudios siguen siendo escasos y frente a tales diferencias con la población adulta, la monitorización de estos eventos, y el fortalecimiento de la seguridad del paciente se hace prioritario a la hora de realizar mejoras en la calidad de atención de los servicios destinados a atender a la población infantil”.

### **Eventos adversos más comunes en enfermería.**

Los eventos adversos más frecuentes en el área de enfermería son los siguientes:

#### ***Relacionado a la administración de medicamentos.***

Es cualquier daño grave o leve producido por el uso terapéutico (conteniendo la falta de uso) de un medicamento. Se clasifican en dos tipos, prevenibles: Son reacciones adversas a medicamentos causados por errores de medicación. No prevenibles: Aquellas que se originan a pesar del uso adecuado de los medicamentos (daño sin error). “Todo efecto perjudicial y no deseado que se presenta después de la administración de un medicamento a las dosis normalmente utilizadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o con objeto de modificar su función biológica”. Se piensa que la reacciones adversas a medicamentos, no siempre se alude al mal uso de los medicamentos, es decir, que no se originan por un error. Puede haber originado daño, pero que no lo llego a originar, bien por suerte o bien porque fue descubierto antes de que alcanzara al paciente. “El análisis de los acontecimientos adversos a medicamentos potenciales es útil porque permite identificar tanto los puntos donde falla el sistema y se producen los errores como los puntos donde funciona y los errores se consiguen interceptar y evitar. Relación entre errores de medicación, acontecimientos adversos por medicamentos y reacciones” (Otero, 2003). Los errores en administración de medicamentos clasificados por diversos autores en la literatura nacional son los siguientes: (a) Error de prescripción. Selección inapropiada de medicamento: dosis, cantidad, vía y concentración. (b) Error de omisión. Falla para administrar una dosis prescrita por el médico. (c) Error en la administración de medicamento no autorizado. Administración de unas dosis de un medicamento no prescrito por el médico, administradas al paciente equivocado, doble dosis, administración de medicamentos equivocados y dosis fuera de los parámetros o protocolos clínicos. (d) Error de dosis: administración de medicamentos en una

dosis mayor o menos que la prescrita. (e) Error de vía: administración por la vía equivocada o por una vía que no estaba prescrita. (f) Error de forma de dosis: administración del medicamento de manera diferente a especificada por el médico. (g) Error de horario: falla en administrar la dosis de medicamento en el horario o en intervalos definidos por la institución o por la prescripción (Tosta, 2001).

***Relacionado con la transfusión sanguínea y sus derivados.***

Una de las herramientas terapéuticas utilizadas en la atención médica actual es la transfusión de sangre, cuyo papel es salvar vidas esta no está libre de riesgos. “Una reacción adversa transfusional, es una respuesta indeseada e imprevista asociada a la transfusión de sangre o sus componentes o derivados, que se presenta durante o después de la transfusión y afecta la seguridad del paciente-receptor”. Las reacciones adversas a transfusión se asocian directamente con la calidad de las unidades sanguíneas. “En el primer caso, la reacción adversa a transfusión está causada por una desviación en los procedimientos operativos estándar o regulaciones relacionadas con la recolección, procesamiento, almacenamiento y distribución de la sangre, identificación del paciente y la unidad a ser transfundida y, usualmente se atribuyen a errores humanos o de los sistemas o dispositivo empleados en la cadena transfusional. El segundo caso lo constituyen las respuestas inesperadas que se presentan en el paciente” (Peñuela, 2010).

La transfusión sanguínea, es una intervención esencial para las personas ya que salva vidas en la asistencia clínica del paciente. Los pacientes que requieran transfusión sanguínea, el hospital debería brindar acceso fiable a los productos sanguíneos de calidad y seguros, cuyos objetivos tienen que ser en particular sangre entera, componentes sanguíneos lábiles y derivados plasmáticos de uso medicinal. Cuando se realiza la transfusión debe ser de acuerdo con las necesidades clínicas de los pacientes, el tipo de sangre que se requiere y debe ser

proporcionada a tiempo y administrada correctamente. La seguridad en la transfusión de sangre que se realiza a los pacientes depende a partes iguales de la seguridad de los productos sanguíneos y del proceso de transfusión clínica, la cual abarca una serie de pasos interconectados como son “la prescripción y el pedido de los productos sanguíneos; la identificación del paciente; la extracción y rotulado de las muestras sanguíneas del paciente; las pruebas de compatibilidad previas y el despacho de la sangre; la recogida y el transporte de las bolsas de sangre dentro del hospital; la manipulación de las bolsas de sangre en el área clínica; la administración de la sangre; la vigilancia de los pacientes; y el tratamiento de los eventos adversos relacionados con la transfusión”. Si se sigue todos estos pasos interconectados del proceso de transfusión clínica sanguínea y si se da correctamente, protegerá la seguridad del paciente y ayuda a mejorar la salud y la persistencia de vida. Sin embargo, la transfusión sanguínea entraña el riesgo de eventos adversos, principalmente por errores, reacciones transfusionales y transmisión de infecciones. Una de las causas más importantes de los errores de la transfusión sanguínea, es cuando se transfiere el tipo de sangre errado por errores durante el proceso de transfusión clínica tales como “la identificación incorrecta del paciente, las muestras sanguíneas o las bolsas de sangre; errores de muestreo y rotulado; errores de laboratorio; errores administrativos; almacenamiento y manipulación inapropiados de la sangre; omisión de la comprobación final a la cabecera del paciente antes de administrarle la sangre; y falta de vigilancia del paciente durante la transfusión”. Para prevenir posibles errores que se producen en el proceso de transfusión clínica sanguínea pueden prevenirse de la siguiente manera: fortalecer los métodos y procesos hospitalarios que interceden en la transfusión, la preparación del personal y la creación de procedimientos estandarizados a lo largo del citado proceso (Peñuela, 2010).

*Reacciones adversas en transfusión sanguínea.*

Existen diferentes tipos de reacciones transfusionales no infecciosas. (a) Reacción hemolítica aguda o inmediata. Su etiología es debida a la presencia de anticuerpos sanguíneos, principalmente anti-A y anti-B. Ésta se puede presentar durante o inmediatamente después de la transfusión sanguínea, y se caracteriza por la presencia de calosfríos, aumento de temperatura, lumbalgia, cefalea, dolor torácico, disnea, vómito, estado de choque, insuficiencia renal y coagulopatía por consumo, aunque en muchas de las ocasiones la reacción está enmascarada si el paciente está bajo efectos de anestesia. Por lo que el tratamiento inmediato consiste en interrupción de la transfusión, mantenimiento del paciente con vía de canalización venosa, terapia sintomática, infusión de líquidos. (b) Reacción febril no hemolítica. Caracterizada por elevación de la temperatura de más de 1 °C, en las primeras 24 horas posteriores a la transfusión sin signos de hemólisis. Se debe a la presencia de anticuerpos contra leucocitos y plaquetas transfundidas, liberación espontánea de citoquinas de los leucocitos transfundidos o de los anticuerpos de los leucocitos del receptor. (c) Púrpura pos transfusional y/o trombocitopenia. Consiste en la eliminación de plaquetas auto- logas a través de anticuerpos pseudo específicos o absorción de complejos inmunes, se caracteriza por la presencia de púrpura, sangrado y trombocitopenia, en varias ocasiones se asocia a antecedentes de embarazo y de transfusiones. Su tratamiento consiste en dar dosis altas de inmunoglobulina IV. Se reporta como una reacción rara. (d) Reacciones alérgicas. Resultan de hipersensibilidad a proteínas o sustancias alergénicas presentes en el plasma contenido en el componente transfundido, con una gama de manifestaciones clínicas desde urticaria hasta reacciones de tipo anafiláctico. Éstas pueden dividirse en dos tipos: (d.1) Reacciones anafilácticas, debidas principalmente a anticuerpos contra IgA y otras proteínas plasmáticas y medicamentos. (d.2) Reacciones de urticaria, caracterizadas por urticaria localizada sin

presencia de fiebre. (e) Confusión de sangre y/o de muestras de sangre. Consiste en una reacción debida a errores del personal médico, paramédico o administrativo. El cuadro clínico es el descrito en la reacción aguda o inmediata y puede llegar a causar la muerte del paciente. Su prevención se basa en la organización y responsabilidad del personal médico y el tratamiento consiste en la interrupción inmediata de la transfusión (Gutiérrez, 2007).

### ***Relacionado con Caídas.***

Según la Organización Mundial de la Salud, se define caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”. El cuidado de enfermería maneja indicadores respecto a la prevención de caídas cuyo seguimiento es habitual en todos los programas de calidad de los distintos hospitales. Las caídas son efectos adversos que se presentan diariamente en el ámbito hospitalario. “En la replicación del estudio ENEAS realizado en Asturias la frecuencia de las caídas como efecto adverso es de un 0,5%. Hay que tener en cuenta que un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de las personas mayores de 80 sufren, al menos, una caída al año”. Sus resultados tienen, a menudo, gran secuela en el bienestar del paciente y su familia, y en los costos y la sostenibilidad del sistema. Es necesario establecer estrategias para disminuir las caídas de pacientes al momento de su internado. Identificar factores asociados al aumento del riesgo por medio de instrumentos de evaluación e identificar al paciente de alto riesgo y así poder reducir el número de caídas en el hospital. “Este protocolo describe los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos más habituales en los pacientes hospitalizados” (Ministerio de Salud, 2015).

### **Rol de la enfermera en la prevención de los eventos adversos.**

El concepto del cuidado lleva implícita la Seguridad, por lo tanto no puede haber seguridad sin enfermería, ni auténtica enfermería sin seguridad. La seguridad del paciente es

una responsabilidad en el acto del cuidado. Ante lo mencionado se tienen las siguientes estrategias de prevención: Disminuir los eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería, implantar estrategias de prevención de riesgos, monitorización de indicadores de seguridad y fomentar cultura de seguridad entre los profesionales de enfermería.

### **Teoría Florence Nightingale.**

Según Hoyos (2013) la teoría del entorno fue creada por Florence Nightingale, la cual fue una enfermera considerada a nivel mundial como la fundadora de la enfermería moderna. La teoría trata sobre la influencia que tiene el entorno en la salud de las personas. Florence Nightingale, consideraba que la enfermera era la delegada de manejar el ambiente para favorecer la salud del paciente. Como toda teoría, esta posee características que la identifican junto a los cuatro metaparadigmas.

### ***Enfermería.***

Para Florence Nightingale, toda dama, en algún momento de su vida, practicaría de enfermera de algún modo, ya que consistía en hacerse responsable de la salud de otras personas. “Su idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia. Las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Las enfermeras con formación debían realizar una vigilancia continua” (Hoyos, 2013).

### ***Persona.***

Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Todas las actividades realizadas por las enfermeras eran a favor del paciente para una pronta recuperación. Nightingale hizo especial hincapié en el control y la responsabilidad que las profesionales de enfermería debían mantener sobre el hábitat del paciente, las conductas personales y las

elecciones. Respetar a las personas de diversos orígenes sin formular juicios sobre su nivel social. “Su convicción sobre la necesidad de enfermeras laicas apoya el respeto por las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por la falta de ellas” (Hoyos, 2013).

### ***Salud.***

El concepto de salud según la autora Nightingale, define a la persona como la sensación de sentirse bien, estar en sus cinco sentidos bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las jurisdicciones de la persona. La autora contempla la enfermedad como un proceso restaurador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. La autora utilizó el término naturaleza como sinónimo de Dios. “Este empleo se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo”. Admitía que para mantener la salud se tenía que prevenir enfermedades mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Describió la enfermería de salud pública moderna y el concepto de promoción de salud (Hoyos, 2013).

### ***Entorno.***

El concepto de entorno según Nightingale define como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. No se descarta ningún elemento del mundo del paciente. La autora aconsejaba a las enfermeras a crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación, entre la enfermera y el paciente ya que se creía que los enfermos se beneficiarían física y mentalmente de las mejoras del entorno ya que las enfermeras podrían ser el elemento para cambiar el estatus social de los necesitados, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas.

## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **Descripción del lugar de ejecución**

La investigación se realizará en la Clínica Internacional Sede San Borja, ubicada en la Avenida Guardia Civil 385 San Borja, Lima-Perú, quienes brindan atención especializada para las necesidades de salud integral de los pacientes. La clínica tiene más de cincuenta años, brindando servicios de salud. El servicio de unidades de cuidados intensivos pediátricos viene funcionando desde el mes de Agosto del 2015, cuenta con capacidad para cuatro pacientes en ambientes totalmente aislados, 10 licenciadas de enfermería especialistas, 5 médicos, rotando 2 licenciadas y un médico por turno de 12 horas. La ocupabilidad es al 100%. Actualmente la Clínica cuenta con servicios de emergencia de adultos, pediátricos, 5 salas de operaciones, central de esterilización, cuidados intensivos de adultos (10 camas), pediátricos (4camas), neonatales, 110 camas de hospitalización y centro obstétrico. Más de 250 médicos de diferentes especialidades y más de 400 enfermeras distribuidas en los diferentes servicios.

#### **Población y muestra**

##### **Población.**

Estará constituida por los registros de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, esta unidad tiene una ocupabilidad mensual de un promedio de 20 pacientes por mes. El tiempo de duración de la aplicación de la Investigación será de dos meses por lo que se tendría una población de 40 registros de pacientes.

##### **Muestra.**

La muestra de estudio estará constituido por los registros de los pacientes considerados dentro del criterio de inclusión, que al menos hayan presentado un tipo de Evento Adverso derivado del Cuidado de Enfermería.

### **Criterios de inclusión y exclusión.**

#### ***Criterios de inclusión.***

Registros de pacientes pediátricos, considerados de 29 días hasta 14 años, 11 meses y 29 días.

Registros de pacientes que hayan presentado algún evento adverso derivado del cuidado de enfermería.

#### ***Criterios de exclusión.***

Registros de pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos que no hayan presentado eventos adversos derivados del cuidado de enfermería.

### **Tipo y diseño de investigación**

La investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo y de diseño no experimental. Descriptivo porque describe situaciones y eventos es decir como son y cómo se comportan determinados fenómenos, “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas grupos comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Hernández, 2010). Es cuantitativo porque se recogen y analizan datos cuantitativos sobre las variables (Fernández, 2007). Es retrospectivo aquel cuyo diseño es posterior a los hechos estudiados y los datos se obtiene de archivos o de lo que los sujetos o los profesionales refieren. El diseño es no experimental, porque se realiza sin manipular deliberadamente la variable de estudio (Hernández, 2010).

### **Identificación de variables**

## Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala de medición
Eventos adversos en el cuidado de enfermería	Se medirá la frecuencia de Eventos Adversos relacionados al cuidado de enfermería en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos La escala de respuesta es: Si= 1 No: 0	Medicación o de su administración	Paciente erróneo - Medicamento erróneo - Dosis o frecuencia Incorrecta - Prescripción o presentación errónea - Vía errónea - Cantidad errónea - Información/ instrucciones de dispensación erróneas - Contraindicación - Omisión de medicamentos o de dosis - Medicamento caducado - Reacción adversa al medicamento - efecto adverso	Razón
		Sangre o sus derivados	- Paciente erróneo - Sangre / Producto sanguíneo erróneo - Dosis o frecuencia errónea - Cantidad incorrecta - Información/instrucciones de dispensación erróneas - Contraindicación - Condiciones de conservación inadecuadas - Omisión de medicación o la dosis Sangre / derivado sanguíneo caducado	Razón
		Caídas	- Tropezón - Resbalón - Desmayo - Pérdida de equilibrio	Razón

## Técnica e instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se utilizará será el Formato de Consolidado de Incidentes y Eventos del Ministerio de Salud de Lima- Perú, que fue implementado en los servicios de salud por el cumplimiento de la 8va Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante R.M N° 727 – 2009/MINSA, la cual menciona como estrategia la “Implementación de Mecanismos de

información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos”. Este instrumento consta de 122 ítems, dividido en diferentes dimensiones, del cual para el siguiente proyecto se ha considerado 24 ítems, dividido en 3 dimensiones: Medicación o su administración, sangre o sus derivados y accidentes del paciente (caídas). Las respuestas serán de dos alternativas, que son Si y No, otorgando el siguiente valor:

No=0

SI=1

### **Proceso de Recolección de Datos**

El proceso de recolección de datos se realizará obteniendo información del área de Calidad y seguridad del paciente, en donde se tiene los registros de los pacientes que han presentado algún tipo de evento adverso y dividido por servicios, se realizará visitas al área mencionada dos veces por semana, durante dos meses de agosto y setiembre, en busca de información sobre la presencia de algún evento adverso derivado del cuidado de enfermería. Se solicitará autorización al área de capacitación y docencia de la institución para el acceso a dicha información.

### **Procesamiento y Análisis de Datos**

Para el tratamiento de los datos se utilizará el software estadístico SPSS versión 22 donde serán ingresados los datos previa codificación del instrumento. Los datos serán presentados en cuadros con frecuencias absolutas, porcentajes y promedios. Se utilizarán los gráficos de barras y circulares.

### **Consideraciones éticas**

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Se basan en el

cumplimiento del conjunto de normas o reglas de conducta de carácter obligatorio que regulan las actividades de los individuos. Una de las normas éticas que tenemos como profesionales de enfermería es mantener el secreto profesional y la confidencialidad. Las fuentes de información sanitarias de pacientes son propiedad física de la Institución donde aplicaremos el proyecto, la información que estas contienen son propiedad del paciente según lo señalado en la Ley General de Salud y es nuestro deber velar por la protección de los derechos de privacidad y confidencialidad del paciente respecto a información personal e información de su cuidado médico. Para el acceso a la información que recolectaremos, se solicitará un permiso al Área de Capacitación y Docencia de la Clínica y al Departamento de Enfermería.

## Capítulo IV

### Administración del proyecto de investigación

#### Cronograma de ejecución

MESES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Actividades 2017							
Ejecución de la investigación	x	x			x	x	
Recolección de la información del trabajo de campo.			x	x			
Aplicación del instrumento							
Análisis de resultados							
Revisión del informe preliminar de investigación.							
Corrección del informe de investigación					x		
Presentación del informe de investigación						x	
Corrección final del informe de investigación y entrega del proyecto.						x	
Sustentación de Trabajo de Investigación							x

**Presupuesto**

<b>DETALLE</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>COSTO</b>
Recursos humanos				
Asesor lingüística	Asesor	1	450	450
Equipos				
Alquiler de laptop	Laptop	2	600	600
Alquiler de multimedia	Multimedia	1	500	500
Alquiler de local	local	1	100	100
Infraestructura				
Alquiler de un aula(salón)	local	1	100	100
Materiales				
Fotocopias	Copia	500	0.10	50
Impresiones	Impresión	300	0.50	150
Lapiceros	Unidad	5	1.00	5
Papel bond A4	Millar	2	30.00	60
Plumones	Unidad	5	2.00	10
Agendas	Unidad	1	10.00	10
Viáticos y movilidad local				
Pasajes	Unidad	5.00	100	500
<b>TOTAL</b>				<b>S/. 2 535</b>

## Referencias

- Achury, S. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes. *Rev. Electrónica trimestral de enfermería. Enfermería Global*. 325-326.
- Aguirre, H. (2006). El error médico. Eventos adversos. *Medigraphic*. 497-501.
- Aibar, C. (2006). La seguridad del paciente: Un reto del sistema sanitario. *Ministerio De Sanidad y Consumo*. 5-7.
- Avirama, M. (2012). Universidad en especialización en auditoria y gestión de la calidad con énfasis en epidemiología Popayán.64.
- Bautista, L. (2011). Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. *Revista ciencia y cuidado*. 76(8).
- Bauer,A.(2011). Eventos adversos causados por medicamentos en un hospital centinela del Estado de Goiás, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2-3.
- Betancourt, C. (2010). Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia. *Revista Cubana de Enfermería*. 1-2.
- Bartolomé, B. (2011). Impulso de la Seguridad del Paciente a partir del Contrato Programa de Centro. *Calidad Asistencial*. 343-352.
- Castillón, C. (2012). Eventos centinela en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Pesquisa en Base de datos*. 22-23.
- CIE. (2002). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad.1
- Chumillas, A. (2015). *Revista de enfermería*. Recuperado de:  
<https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/flebitis.htm>
- Donoso, C. (2004). Eventos adversos en UCI. *Revista Chilena de Pediatría*. 1-3.

- Fajardo. (2009). Percepción de la frecuencia y causas de los eventos adversos por medicación en enfermería. *Revista CONAMED*. 22.
- Fernández, P. (2007). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Investigación: Investigación cuantitativa y cualitativa*. 1.
- Gaitán, H. (2006). *Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente*. Universidad de la Sabana, Aquichan. 14-18.
- Gaitán, H. (2006). Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en Colombia. *Salud Pública*. 215-226.
- Gómez, A. (2006). *Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar*. Universidad de la Sabana, Aquichan. 14-18.
- Gutiérrez, P. (2007). Reacciones transfusionales en el Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de Mexico*. 2-3.
- García, M. (2012). Peculiaridades del Paciente Pediátrico. *Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron*.1.
- Hernández, A. (2015). Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos en Unidades Pediátricas de cuidados intensivos. *Enfermería Cardiológica*, 110-117.
- Hernández, C. (2006). Eventos adversos en el cuidado de enfermería. *Enfermería Cardiológica*. 70-72.
- Hernández, A. (2015). Análisis de los Factores relacionados a la presencia de Eventos Adversos en Unidades Pediátricas de Cuidados Intensivos. *Enfermería Cardiológica*. 110-117.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. 6th edición. 32.
- Hoyos, L. (2013). *Teoría del entorno de Nightingale*. Recuperado de <https://www.plagscan.com/highlight?doc=116167041&source=40>

- IBEAS. (2010). Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica. *Ministerio de Sanidad y Política Social*. Madrid. 1.
- JCL. (2013). Eventos centinela notificados a la Joint Commission. *Boletín informativo periódico de la Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial (FADA)*. 1-4.
- Luengas. (2009). Seguridad del paciente: Conceptos y Análisis de Eventos Adversos. *Centro de Gestión Hospitalaria - Vía salud*. 6-12.
- MINSAs. (2004). *Seguridad de los pacientes, un problema de salud pública mundial*. Lima, Perú.
- MINSAs. (2006). *Plan Nacional de Seguridad del Paciente*. Lima, Perú, 1.
- MINSAs. (2007). *Orientación para la Atención Integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención*.10. Perú.
- MINSAs. (2009). *Seguridad del Paciente*. Lima, Perú.
- MINSAs. (2010). Resolución Ministerial N°308 – 2010/MINSAs. Ministerio de Salud. 1.
- Navas, J. (2014). Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 30-31.
- OMS. (2008). *Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales*. Ministerio de salud .217
- OMS. (2015). *Documento Técnico: Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control*. Ministerio de Salud. 4-15.
- OMS. (2004). *Los eventos adversos y lo relacionado con la seguridad del paciente*. Ministerio de salud. 4-12.
- Otero, P. (2003). *Acontecimientos adversos a medicamentos potenciales*. 2-3.

- Palacios, H. (2012). *Factores Asociados a Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en Pacientes Hospitalizados en una Entidad de Salud en Colombia. CES Med.* 19-28.
- Parra, D. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Revista de Enfermería Global.* 160-162.
- Peñuela, I (2010).Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.*Minsalud.*37.
- Queiroz, T. (2012). Reacciones adversas: Indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un Hospital Centinela. *Rev.Trimestral de Enfermería,Brasil.* 186-187.
- Riquelme, H. (2013). Descripción de eventos adversos en un Hospital pediátrico de la ciudad de Santiago, Chile. *Rev .Enfermería Global.* 262 - 264.
- Robles,M. (2016) Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. *Rev.Elsevier.*49-50.
- Ruiz.T (2003). Reacción Adversa a Medicamentos. *Encinas En Representación Del Grupo De Trabajo.* Madrid. 23.
- Tosta V. (2011) .Los errores en administración de *medicamentos.* *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.*3-4.
- Velero, H. (2011). Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud. *Revista de la Universidad Santander.* Bucaramanga, Colombia. 43.
- Villareal, C. (2007). Seguridad de los pacientes. Un Compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Científica Salud Uninorte.* 1(23).
- Zarate, A. (2015). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. *Proyecto multicéntrico.* 63-64.

# Apéndice

**Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos.**

**FORMATO DE CONSOLIDADO DE INCIDENTES Y EVENTOS**

<b>CATEGORÍA</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>INCIDENTE</b>	<b>EVENTO ADVERSO</b>
<b>RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN O DE SU ADMINISTRACIÓN</b>	Paciente erróneo		
	Medicamento erróneo		
	Dosis o frecuencia incorrecta		
	Prescripción o presentación errónea		
	Vía errónea		
	Cantidad errónea		
	Información / instrucciones de dispensación erróneas		
	Contraindicación		
	Omisión de medicamentos o de dosis		
	Medicamento caducado		
	Reacción adversa al medicamento		
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>RELACIONADOS CON LA SANGRE O SUS DERIVADOS</b>	Paciente erróneo		
	Sangre / Producto sanguíneo erróneo		
	Dosis o frecuencia errónea		

	Cantidad incorrecta		
	Información / instrucciones de dispensación erróneas		
	Contraindicación		
	Condiciones de conservación inadecuada		
	Omisión de medicación o la dosis		
	Sangre / derivado sanguíneo caducado		
	Efecto adverso		
<b>SUBTOTAL</b>			

<b>CATEGORÍA</b>		<b>PROBLEMA</b>	<b>INCIDENTE</b>	<b>EVENTO ADVERSO</b>
<b>RELACIONADOS CON ACCIDENTES DEL PACIENTE</b>	Caídas	Tipo de caídas	Tropezón	
			Resbalón	
			Desmayo	
			Pérdida de equilibrio	
<b>SUBTOTAL</b>				
<b>TOTAL</b>				

## Apéndice B: Validez del instrumento

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

### INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad medir los eventos adversos derivados del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de Clínica Internacional Sede San Borja.

#### Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 4

Fecha actual: 24 Julio 2019

Nombres y Apellidos de Juez: Lucio Suárez Rodríguez

Institución donde labora: Universidad Peruana Unión

Años de experiencia profesional o científica: 9 años



Firma y Sello

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO (X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( ) NO (X)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (X) NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6) Los ítems o reactivos del Instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X) NO ( )

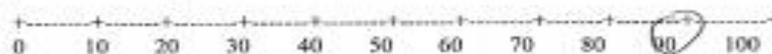
Observaciones:.....

Sugerencias:.....

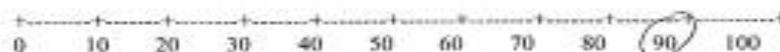
## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

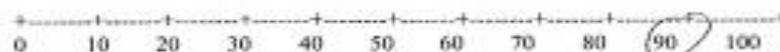
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



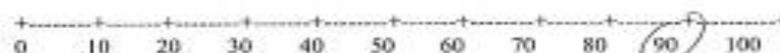
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



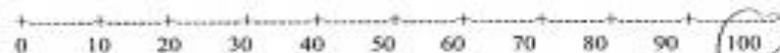
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---



---



---

Fecha: 24 Julio 2017  
 Valido por: *Porfirio Suárez Rodríguez*

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN  
INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad medir los eventos adversos derivados del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de Clínica Internacional Sede San Borja.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez Nº: 2

Fecha actual: 3/8/2017

Nombres y Apellidos de Juez: Maria Angélica Paulis Aguirre

Institución donde labora: Universidad Peruana Unión

Años de experiencia profesional o científica: 36 años

  
Firma y Sello

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduadas y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI

NO ( )

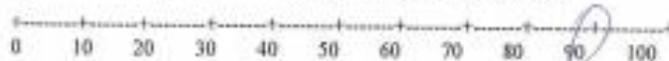
Observaciones: .....

Sugerencias: .....

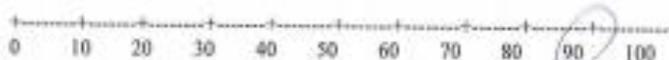
## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

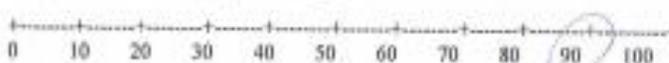
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



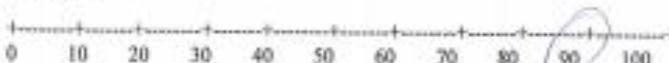
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



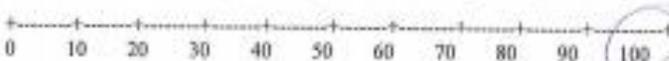
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---



---



---

Fecha: 3/8/2017

Valido por: Dr. Angelo Pineda

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad medir los eventos adversos derivados del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de Clínica Internacional Sede San Borja.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 3

Fecha actual: 26/4/17

Nombres y Apellidos de Juez: ROBERTA LIDIA JIMENEZ GUTSPG

Institución donde labora: HOSPITAL SANTA ROSA

Años de experiencia profesional o científica: 8 AÑOS

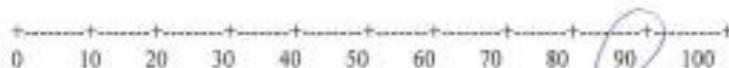
  
Firma y Sello



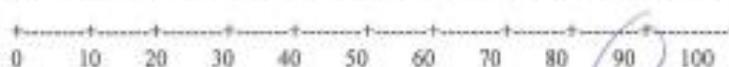
## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



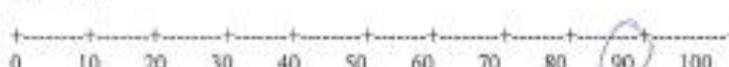
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



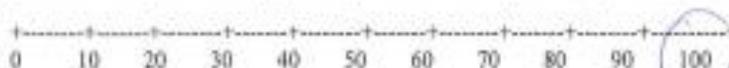
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha: 26/7/2017  
 Valido por: Mg. ROBERTA LIDIA JIMENEZ QUIROGA

## Apéndice C: Carta de autorización

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación

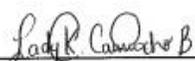
DOCTORA: MARIELA BARRIOS, COORDINADORA DEL ÁREA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DE CLINICA INTERNACIONAL.

Nosotras, Camacho Becerra Lady con DNI N° 40782090, con domicilio en Sector 2, Grupo 16, Mz P, Lt 7, Villa el Salvador, Curi Cuespan Danitza con DNI N° 44506763, con domicilio en Calle Prudencia Mz G, Lt. 16, Los Olivos y León Cohello Rocío con DNI N° 09671755, con domicilio en Jr. Julio Portocarrero 121, Urb. Las Vegas, Comas. Ante Ud. respetuosamente nos presentamos y exponemos lo siguiente: Que habiendo culminado la segunda especialización de Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, solicito a Ud. permiso para facilitarnos el ingreso del área que dirige, con el objeto de buscar información para realizar el trabajo de Investigación sobre Eventos adversos en el cuidado de enfermería del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, para optar el grado de especialista.

Por lo expuesto:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

San Borja, 15 de Julio del 2017

  
CAMACHO BECERRA LADY  
DNI N° 40782090

  
CURI CUESPAN DANITZA  
DNI N° 44506763

  
LEÓN COHELLO ROCIO  
DNI N° 09671755