

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Enfermería



*Una Institución Adventista*

Prevención de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de Salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017

Tesis para optar el título Profesional de Licenciatura en Enfermería

Por:

Hiroshi Ricardo Atauje Saito

Asesora:

MSc. Mary Luz Solórzano Aparicio

Lima, febrero del 2018

Ficha catalográfica:

Atauje Saito, Hiroshi Ricardo

Prevención de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de Salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017 / Autor: Hiroshi Ricardo Atauje Saito; Asesora: MSc. Mary Luz Solórzano Aparicio - Lima, 2017.

125 páginas: anexos, tablas.

Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. Enfermería, 2017.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Prevención. 2. Eventos adversos. 3. Práctica clínica. 4. Seguridad. 5. Enfermería

## ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

M.Sc. Mary Luz Solórzano Aparicio, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

### DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: ***“PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD, EN LA PROVINCIA DE MAYNAS-IQUITOS, 2017”*** constituye la memoria que presentan el **Bachiller Hiroshi Ricardo Atauje Saito**, para aspirar al título de Profesional de Licenciado en Enfermería, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, a los 13 días del mes de febrero del año 2018.



---

M.Sc. Mary Luz Solórzano Aparicio

“Prevención de eventos adversos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de salud en la provincia de Maynas-Iquitos, 2017”

# TESIS

Presentada para optar el título profesional de  
Licenciado en Enfermería

## JURADO CALIFICADOR

  
Dra. Flor Lucila Contreras Castro  
Presidente

  
Mg. Kennedy Teofila Lozano Huari  
Secretaria

  
Dra. Orfelina Arpasi Quispe  
Vocal

  
Mg. María Esther Valencia Orrillo  
Vocal

  
MSc Mary Luz Solórzano Aparicio  
Asesora

UPeU, 12 de febrero de 2018

## Dedicatoria

A mis padres Ricardo y Gazdali, por  
brindarme su apoyo y sus ánimos en cada  
momento de mi etapa universitaria.

## **Agradecimientos**

A la Lic. Karen Souza, jefa del departamento de enfermería de una institución privada de salud, por su grato apoyo durante mi estadía y la ejecución de la investigación.

A la M.Sc. Mary Luz Solórzano Aparicio encargada de asesorar el trabajo de investigación, quien me apoyó desde la ciudad de Lima con su guía y orientación.

A la Mg. Janett Chávez Sosa, docente asesora del programa de capacitación de tesis de la Escuela Profesional de Enfermería.

Al personal del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, por enriquecer mis conocimientos en la práctica clínica y su agradable simpatía.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria .....	II
Agradecimientos.....	VI
Índice de contenido .....	VII
Índice de tablas .....	X
Índice de figuras .....	XI
Índice de anexos .....	XII
Resumen.....	XIII
Abstrac .....	XIV
Capítulo I.....	15
1. Planteamiento del problema .....	15
2. Formulación del problema .....	20
3. Objetivos de la investigación .....	20
3.1. Objetivo general .....	20
3.2. Objetivos específicos.....	20
4. Justificación del problema .....	21
4.1. Aporte teórico .....	21
4.2. Aporte metodológico.....	21
4.3. Aporte practico y social .....	21
5. Presuposición filosófica .....	22
Capítulo II.....	24
1. Antecedentes.....	24
2. Marco teórico.....	31
2.1. Eventos Adversos.....	31

2.1.1. Definición.....	31
2.1.2. Clasificación.....	32
2.1.3. Tipos.....	34
2.1.4. Prevención.....	40
2.2. Calidad.....	51
2.2.1. Definición.....	51
2.3. Modelos teóricos.....	54
2.3.1. Dorothea Elizabeth Orem.....	54
2.3.2. Ernestine Wiedenbach.....	55
2.3.3. Virginia Henderson.....	56
3. Definición de términos.....	57
Capítulo III.....	59
1. Diseño y tipo de investigación.....	59
2. Delimitación geográfica.....	59
3. Participantes.....	60
3.1. Muestra.....	60
3.1.1. Criterios de inclusión y exclusión de las enfermeras.....	60
3.1.2. Criterios de inclusión y exclusión de los pacientes.....	61
3.1.3. Características de la muestra.....	61
4. Variable.....	64
4.1. Definición operacional de nivel de práctica en la prevención de eventos adversos.....	64
4.2. Operacionalización de variables.....	64
5. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	68
6. Proceso de recolección de datos.....	70

7. Procesamiento y análisis de datos .....	70
8. Consideraciones éticas.....	70
Capítulo IV .....	72
1. Resultados.....	72
2. Discusión .....	76
Capítulo V .....	89
1. Conclusiones .....	89
2. Recomendaciones .....	90
Referencias .....	91
Anexos .....	106

## Índice de tablas

Tabla 1 Descripción de las variables sociodemográficas de las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos, 2017 .....	62
Tabla 2 Descripción de las variables sociodemográficas de los pacientes del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos, 2017 .....	63
Tabla 3 Escala de calificación de la lista de chequeo: “cumplimiento de las medidas preventivas en eventos adversos” .....	69

## Índice de figuras

Figura 1 Nivel de práctica, en el cumplimiento de las medidas preventivas en eventos adversos, de las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, 2017 .....	72
Figura 2 Nivel de práctica, en la dimensión riesgo de caídas, de las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, 2017.....	73
Figura 3 Nivel de práctica, en la dimensión riesgo de úlceras por presión, de las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, 2017 .....	74
Figura 4 Nivel de práctica, en la dimensión administración segura de medicamentos, de las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, 2017 .....	75

## Índice de anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos .....	107
Anexo 2. Escalas de valoración .....	110
Anexo 3. Prueba de confiabilidad.....	112
Anexo 4. Frecuencias de resultados .....	113
Anexo 5. Validación de instrumentos .....	116
Anexo 6. Consentimiento informado .....	125

## Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de práctica sobre la prevención de eventos adversos en las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud. Materiales y método: Enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal, y de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 10 enfermeras del servicio de hospitalización de una Institución Privada de Salud, las cuales fueron observadas de acuerdo al número de pacientes bajo su cuidado. Además, se observó a 100 pacientes con el objetivo de evaluar el nivel de cuidado de las enfermeras. Se aplicó la lista de chequeo elaborado por el ESSALUD, el cual contó con un KR-20 de 0,8, demostrando su confiabilidad. Resultados: El 74% de las enfermeras evidenció un nivel de práctica óptimo en la prevención de riesgo de caídas; el 77% cuestionable en la prevención de riesgo de úlceras por presión, y el 57% óptimo en la administración segura de medicamentos. Conclusión: Las enfermeras de la institución privada de salud, en el 55% de los casos, demostraron un nivel de práctica óptimo en la prevención de eventos adversos, y el 45% cuestionable.

**Palabras Clave:** Prevención, Eventos adversos, Práctica clínica, Seguridad, Enfermería.

## **Abstract**

**Objective:** To determine the level of practice on the prevention of adverse events in nurses of the hospitalization service of a Private Health Institution. **Materials and method:** Quantitative non-experimental design approach of the cross-section and descriptive type. The sample consisted of 10 nurses from the hospitalization service of a Private Health Institution, who were observed according to the number of patients under their care. In addition, 100 patients were observed with the objective of evaluating the level of care of the nurses. The checklist prepared by the San Isidro Labrador Hospital of Ate Vitarte was applied, which had a KR-20 of 0.8, demonstrating its reliability. **Results:** 74% of the nurses showed an optimal level of practice in the prevention of risk of falls; 77% questionable in the prevention of risk of pressure ulcers and 57% optimal in the safe administration of medications. **Conclusion:** Nurses from the Private Health Institution demonstrated an optimal compliance with the preventive measures of adverse events in hospitalized patients.

**Keywords:** Prevention, Adverse events, Clinical practice, Safety, Nursing.

## **Capítulo I**

### **El problema**

#### **1. Planteamiento del problema**

La Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004) indica en su lineamiento de “Alianza Para la Seguridad del Paciente” que, la seguridad del paciente es un principio fundamental del cuidado hospitalario, cuyo propósito, es reducir el riesgo de daño al paciente a lo largo de la atención sanitaria. Asimismo, los eventos adversos pueden tener relación con los procedimientos, los servicios, productos, o con los inconvenientes de la práctica clínica. Por tanto, las medidas de seguridad necesitan manejarse como un todo, con un sistema integral complejo que abarque un amplio conjunto de acciones encaminadas hacia el mejoramiento de la práctica, la gestión de la seguridad, el riesgo ambiental, el control de las infecciones, el manejo seguro de los medicamentos, de los equipos y del entorno en donde se proporciona la atención hospitalaria.

El riesgo de los eventos adversos, a nivel mundial, se hace evidente desde hace mucho tiempo, y se manifiesta en la preocupación por los efectos nocivos que estos pueden ocasionar durante la atención. Desde la publicación de informes sobre las causas de los eventos adversos concernientes a la atención médica, hay una considerable preocupación por la gravedad del problema, ya que se motiva la

asociación de estrategias de seguridad del paciente a los planes de acción administrativos y de múltiples organizaciones de salud, además de promover de forma significativa la investigación para la prevención de eventos adversos (Bernal, Villarreal y Varela, 2012).

Esto sucesos componen un problema potencial de salud al producir daños de múltiples grados al paciente, aumentar la estancia hospitalaria y el costo mismo del proceso de atención. Las investigaciones sobre la frecuencia y tipo de eventos adversos, aclaran que el 17.6% de ellos ocasionan el reingreso al centro hospitalario, y que el 23.9% provocan un daño severo al paciente, incluyendo la defunción (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). La identificación, notificación y registro de incidentes de seguridad son actividades primordiales en la gestión de seguridad del paciente; así mismo, son aspectos de relevancia para la implementación de acciones de mejora de la atención en salud (Bernal et al., 2012).

El Estudio Nacional de Eventos Adversos (ENEAS) demostró que, de 5,624 pacientes escogidos para el estudio en 24 hospitales de España, 1.755 (32%) fueron catalogados como posibles Eventos Adversos (EAs) y 3.869 fueron descartados. 655 fue el total de EAs, cuyo 45% (295) se calificaron como leves, el 39% (255) moderados y el 16% (105) graves. El 37,4% del total de los EAs estaban estrechamente vinculados con los errores de medicación, un 25% con procedimientos durante la atención, y un 25,3% representó las infecciones nosocomiales de cualquier tipo. Como consecuencia, el 31,4% tuvo un aumento de la estancia, mientras que un 24,4% condicionó el reingreso. Lo resaltante, es que el 42,8% de los EAs, se especificó como evitable en función de los criterios prefijados; esto se asocia de tal forma que los EAs leves resultaron ser evitables en

un 43,8%, los moderados en un 42,0% y los graves en un 41,9% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Por otro lado, Mirquez y Cardona (2012) evidencian que la identificación de eventos adversos es un elemento de relevante importancia en salud. En el Caribe y América Latina, las mediciones de los eventos adversos no son tenidas en cuenta incluso a la frecuencia con que estos son reportados, esto sin mencionar la frecuencia de los incidentes que no se reportan y quedan en la omisión. Se calcula que, de 100 pacientes hospitalizados, 10 han sufrido algún tipo de evento adverso durante su internamiento, y se teme que la tasa de probabilidad se intensifique a 20 si se duplica el número de días.

En el 2008, se aplicó el primer estudio a gran escala sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria ejecutado en 58 hospitales de cinco países. El Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos [IBEAS] estimó que la prevalencia de efectos adversos fue de 10%, encontrándose también que la prevalencia de los efectos adversos que produjeron discapacidad fue de 28%; así mismo, el 6% causó la muerte. Se ha confirmado que la investigación y la identificación de los principales riesgos que desencadenan efectos adversos son la fuente esencial para establecer métodos de control y vigilancia que los prevengan. La seguridad del paciente parte de la pronta identificación del riesgo a la prevención, antes de que se provoque más morbilidad, aumento de la estancia hospitalaria, demandas del paciente y/o familiares, incapacidad, muerte y conflictos relacionados con el costo entre los entes prestadores de salud. La mayoría de los eventos adversos son resultados de un proceso multicausal, y no son situaciones asiladas o repentinas,

sino más bien, en la mayoría de los casos, condiciones realmente prevenibles (Mirquez & Cardona, 2012).

En la región en que se realizó el estudio de IBEAS, los factores responsables del desencadenamiento de los eventos adversos incluyen el uso de técnicas inadecuadas, comunicación deficiente con el paciente, familiares y colegas, orden inadecuado de los recursos humanos, fallas del sistema de salud, y supervisión y monitoreo deficientes. Es exactamente en este punto donde la administración y la logística entran a tallar en el marco de la prevención, ya que deberían ser parte de las estrategias para identificar, abordar y controlar los eslabones de la cadena de situaciones generadoras de eventos adversos. De ahí proviene la formulación de políticas de seguridad del paciente dirigidas al personal de salud en las instituciones latinoamericanas, y se ha convertido en una meta de imprescindible necesidad.

Por otro lado, el estudio de AMBEAS, Eventos Adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica, publicado por la OPS y OMS en el 2013, evidencian que un 73,3% de las causas más frecuentes de EA son los relacionados con la medicación, y un 8,6% relacionados con la prescripción (OPS/OMS, 2012).

El Perú es un país miembro comprometido en la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes, la resolución se concretó el 27 de octubre del 2004. El 10 de febrero del 2006, se conformó el Comité Técnico de Seguridad del Paciente, en coordinación con la OPS – OMS. El Plan Nacional de Seguridad Paciente 2006 – 2008 se aprobó el 24 de julio del 2006, y se organizó un proyecto piloto de vigilancia por la Seguridad del Paciente en 13 hospitales de Lima, con el propósito de implantar elementos de vigilancia. El 80% de los hospitales en el Perú,

actualmente, elabora su plan de implementación de Seguridad del Paciente (Salazar, 2007).

Desde el año 2006, se viene ejecutando el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente, el cual pretende que la naturaleza de los eventos adversos se identificada por los hospitales, quienes sean capaces de analizarlos, formulen propuestas de mejora, sociabilicen sus intervenciones, e implementen las soluciones de seguridad del paciente, involucrando al usuario durante todo el proceso (Ministerio de salud [MINSA], 2006).

En el Hospital Nacional Dos de Mayo se realizó una investigación de Eventos Adversos, en donde se halló que el total de EAs reportados fue de 347, en base al total de egresos (8.964). La tasa de EAs fue del 3,9%, y los EAs potenciales 0,13%. Las infecciones hospitalarias marcaron el 70% con 241 casos, siendo el área de neonatología el que posee la mayor cantidad de casos con 47 (19,5%). Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) se dieron en 49 pacientes (14,2%), de los cuales 39 (79,6%) sucedieron durante el tratamiento antirretroviral. La gran mayoría de los informes fueron conseguidos por vigilancia activa, y tan sólo hubo 5 reportes de forma voluntaria (Espíritu et al., 2007).

La institución privada de salud está clasificada en el nivel de atención II – 2, y ofrece los servicios de emergencia, consultorios, laboratorio, UCI (Unidad de cuidados intensivos), y hospitalización, donde se aplicó la investigación. El servicio de hospitalización cuenta con 40 camas, y se compone a su vez de los servicios de cirugía, pediatría, ginecología, traumatología y medicina general.

Al explorar el registro de eventos adversos del servicio de hospitalización, se confirmó la presencia de varios EA ocurridos desde el 01 de enero hasta el 09 de

marzo. Estuvieron registrados 5 casos de caídas en pacientes adultos mayores, la segunda causa de EA fueron las UPP, con 4 casos. Se evidenció, además, la inexistencia de un método de control y vigilancia para la prevención de los eventos adversos; están orientados únicamente a los procedimientos luego de que el evento adverso ya se haya manifestado, lo que demuestra que es el factor de riesgo principal para desencadenar nuevos sucesos inesperados y que pueden ser prevenibles con las medidas respectivas para cada tipo de evento.

## **2. Formulación del problema**

¿Cuál es el nivel de práctica sobre la prevención de eventos adversos en las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos, 2017?

## **3. Objetivos de la investigación**

### **3.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de práctica sobre la prevención de eventos adversos en las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos.

### **3.2. Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de práctica sobre la prevención de riesgo de caídas en las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos.

- Determinar el nivel de práctica sobre la prevención de riesgo de úlceras por presión en las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos.
- Determinar el nivel de práctica sobre la administración segura de medicamentos en las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos.

#### **4. Justificación del problema**

##### **4.1. Aporte teórico**

La investigación aporta bibliografía sistematizada y actualizada sobre la variable de estudio; además, servirá de referente para la realización de próximas investigaciones en el campo clínico de enfermería. Asimismo, permitirá a los estudiantes y profesionales del área ampliar sus conocimientos sobre la importancia de la prevención de los eventos adversos en el quehacer hospitalario.

##### **4.2. Aporte metodológico**

La lista de chequeo “Control y vigilancia de prevención de eventos adversos”, elaborado por El Seguro Social de Salud (ESSALUD), fue sometido al proceso de validez y confiabilidad con el propósito de brindar datos confiables. A su vez, la base de datos quedó de aporte al departamento de enfermería de la institución privada de salud para la toma de medidas preventivas y correctivas necesarias.

##### **4.3. Aporte práctico y social**

Este estudio beneficiará al profesional de enfermería porque evidenciará los principales riesgos que pueden ser prevenibles con simples actividades de control y vigilancia, disminuyendo de este modo el costo, el trabajo, y la estancia

hospitalaria que puede conllevar el suceso de un evento adverso. Además, con los resultados obtenidos, se podrán tomar medidas de seguridad con el objetivo de prevenir la incidencia de caídas, úlceras por presión, y los errores en la administración de medicamentos. También los usuarios de los servicios de salud se beneficiarán con este estudio, ya que se podrá identificar a tiempo los factores de riesgo inherentes a su estado de salud, y prevenir así cualquier suceso inesperado.

Así mismo, los resultados de esta investigación servirán de base para que los profesionales del Área de Calidad puedan realizar programas y actividades de capacitación sobre las medidas de prevención frente a los eventos adversos, y de esta manera, mejorar la calidad de cuidado en los pacientes; ya que la prevención es el único medio de defensa contra el enmascaramiento de los eventos adversos. Igualmente, servirá de modelo para su perfeccionamiento, con el propósito de implementar los instrumentos de control y vigilancia en la institución y su seguimiento mensual.

## **5. Presuposición filosófica**

Según White (1959), los que cuidamos a los enfermos debemos entender la importancia de la obediencia a las leyes de la salud, es esto tan importante como al momento de entrar en el cuarto del enfermo. Cuando se trata de una enfermedad grave, los pequeños descuidos, las negligencias de no considerar los peligros adherentes o las necesidades del paciente, la falta de simpatía cuando existen señales de miedo, de agitación o intranquilidad, e inclusive hasta una falta de cordialidad, pueden ocasionar la muerte del paciente, quien, de haber sido cuidado y tratado de otra manera, hubiera podido recuperarse.

En el versículo 29 del capítulo 3 de Proverbios, según la versión Reina Valera de la Biblia (1960), se encuentra escrito: “No intentes mal contra tu prójimo, que habita confiado junto a ti”. En el ámbito de la enfermería, se puede apreciar este versículo al recapacitar que inconsciente y accidentalmente, en cualquier momento desafortunado, podemos causar daño a nuestros enfermos, en lugar de aliviar su sufrimiento. Por ello, el versículo 10 de 2da de Crónicas, hace mención a lo que el rey Salomón pidió a Dios cuando se le presentó a él: “Dame ahora sabiduría y conocimiento”, esto con el propósito de gobernar bien a su pueblo, y en cuyo caso, si nosotros pedimos lo mismo para realizar nuestras labores cotidianas en el cuidado al paciente, podemos tener la certeza de que saldrán adelante.

## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **1. Antecedentes**

Parra, Figuera y Rey (2012) realizaron un estudio titulado: “Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas”, en una institución de salud de tercer nivel de atención de la ciudad de Bucaramanga-Colombia, con el objetivo de describir la incidencia de algunos eventos adversos relacionados con las acciones de Enfermería. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra incluyó a 198 pacientes que habían ingresado por urgencias, con permanencia entre 6 hasta 24 horas y mayores de 18 años de edad. El cuestionario que evaluaba posibles factores de riesgo y la ocurrencia para cada evento adverso fue aplicado al ingreso y durante toda la hospitalización. Los resultados revelaron que, de los 198 pacientes estudiados, 46 presentaron eventos adversos. Siendo así, la incidencia acumulada de eventos adversos de interés durante la prueba piloto del estudio de 16.16%, y la razón de eventos adversos presentados por pacientes fue de 23 eventos por cada 100 pacientes seguidos. Por tanto, se concluyó que estos tipos de eventos son una realidad en las instituciones de salud, y provienen de la práctica de enfermería, siendo importantes indicadores de

calidad; por eso es importante seguir realizando estudios que permitan identificar los riesgos para anticipar dichos eventos.

Duarte, Sánchez y Schmalbach (2009), realizaron una investigación en Bogotá titulada: “Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia”, con el objetivo de explorar la actitud y reacciones del personal de las instituciones en cuanto a la detección y evaluación de los EAs (Eventos Adversos). El estudio fue de enfoque cualitativo, de diseño no experimental, de tipo exploratorio y de corte transversal. Se realizó con un grupo focal de informantes que recolectaron y monitorearon la información en un estudio cuantitativo previo, y la técnica empleada para la recolección de datos fue la entrevista. Los resultados evidenciaron que la cultura organizacional influyó en el manejo del error; el personal de salud tenía bastante miedo a las sanciones. Por otra parte, se descubrió la intención de menguar algunos sucesos para que no fueran notificados como un evento adverso, esto sucedió en los casos donde el paciente no tuvo secuelas visibles. En conclusión, es necesario la confianza mutua y el trabajo en equipo entre el personal de salud para prevenir futuros EAs.

En Colombia se realizó una investigación titulada “Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados”, realizada por Parras et al. (2011) con el objetivo de analizar la incidencia de caídas, el perfil de los pacientes que las sufren, e identificar las posibles causas y efectos. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo exploratorio y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 19.956 y la técnica de recolección de datos fue el cuestionario. Los resultados evidenciaron que 36 sufrieron caídas; de lo que supone una incidencia de 0,18%. La edad media de los pacientes fue de  $63 \pm 18$  años con

un rango entre 22 y 88 años. No obstante, la mayoría de caídas (52,8%) se produjeron en mayores de 65 años y más de un tercio (36%) en los mayores de 75 años. La habitación fue el principal lugar donde se produjo la caída (52,8%), seguido del pasillo (19,4%) y el aseo (16,7%). En conclusión, el estudio permitió afirmar que la mayoría de las caídas se produjeron en pacientes con una edad media de 63 años, durante el turno de tarde; no hubo diferencias entre sexos, y que el lugar donde más caídas se originaron fue en la habitación.

En México, Mejía, Mendoza, Gálvez y Aguilar (2015) realizaron el estudio titulado: “Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención”, con el objetivo de describir las características epidemiológicas de las úlceras por presión. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 218 pacientes y la técnica empleada fue el registro clínico. En los resultados, 61 presentaron una o más UPP; se detectó un total de 378 lesiones: 183 prevalentes y 195 incidentes. Se reportó una prevalencia cruda del 28.0% y una incidencia del 13.3%. La edad media de los pacientes afectados fue  $61.4 \pm 20.9$ . La mayoría de pacientes con UPP presentaron algún tipo de incontinencia y/o sobrepeso. La mayor proporción de UPP se localizó en los talones, el sacro y los omóplatos, con categoría del 81.5%. En conclusión, las UPP siguen siendo un problema para los pacientes en hospitales de segundo nivel de atención, que requieren de la optimización de los recursos materiales y humanos para formular soluciones enfocadas a la prevención de las UPP.

El estudio de López (2010) titulado: “Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira”, tuvo como objetivo el

establecer la frecuencia de caídas y los factores intrínsecos y extrínsecos en torno a su ocurrencia. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte longitudinal retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 156 pacientes que sufrieron caídas, y se recolectaron los datos a través del instrumento de registro de eventos adversos que permite su vigilancia e investigación. Se pudo ver en los resultados que el 60% de los que cayeron fueron hombres, y el 54.7% tenía más de 60 años. El 64,5% de los sucesos no produjeron daños físicos. Se evidenció la falta de un registro y un método de investigación para estos eventos, ya que, de 10 de los 94 incidentes reportados, se obtuvo información de las circunstancias del evento. Los factores intrínsecos más asociados a las caídas, (25,9%) fueron las patologías clínicas como: las cardíacas, neurológicas, metabólicas, respiratorias y mentales; la edad, (24,1%) ocupó el segundo lugar. Los factores extrínsecos que tuvieron más compromiso fue la ausencia de acompañante familiar (38,0%), y suelos resbalosos por humedad (35,0%). Se concluyó que las caídas fueron más ocurrentes en varones de 60 años a más; las alteraciones clínicas, la falta de acompañamiento familiar, los suelos mal cuidados y la ubicación de los enseres, fueron las causas que se atribuyeron a las caídas.

Barahona y Silva (2012), realizaron un estudio titulado: "Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia", cuyo objetivo fue determinar si algunos factores de riesgo se relacionan con la presencia de eventos adversos hospitalarios. La investigación fue de enfoque cuantitativa, de diseño experimental, de tipo casos y controles y de corte longitudinal. En la muestra se incluyó a 21 219 pacientes atendidos; la recolección de datos se realizó a través de auditores hospitalarios, quienes identificaron el

suceso, registraron los datos y determinaron la gestión concerniente del mismo. Según los resultados, en los 21 219 pacientes hospitalizados, se determinó una prevalencia de eventos adversos del 6,8%, mientras que en el 33% de estos mismos pacientes, y en la misma institución, ocurrió desde un evento a más. Los que reincidieron continuamente fueron las infecciones hospitalarias (28%), el reingreso (25%), complicaciones quirúrgicas (14%), problemas concernientes a la medicación que causaron daño al paciente (7,4%), complicaciones médicas (7%) y otros (18,6%). Concluyeron que la incidencia de eventos adversos es un problema frecuente en los hospitales de Antioquia y Eje Cafetero, y se asocian a la edad superior a 45 años, la estancia hospitalaria mayor de 5 días, permanencia en UCI, y al tratamiento recibido durante la estadía.

La investigación realizada por Silva, Reis, Miasso, Santos y Cassiani (2011), titulada: “Eventos adversos causados por medicamentos en un hospital centinela del Estado de Goiás, Brasil”, tuvo como objetivo identificar los eventos adversos causados por medicamentos ocurridos en el proceso de administrarlos. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo documental y de corte longitudinal retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 242 anotaciones relacionadas a medicamentos, y la técnica de recolección de datos fue la observación y el registro. Fueron registrados 230 errores de medicación, la mayoría ocurrió en la preparación y administración de medicamentos (64,3%). Los errores de omisión fueron del 50,9%; 16,5% en la dosis; 13,5% en el horario, y 12,2% en la técnica de administración. Se confirmó que el 37,4% de los fármacos eran potencialmente peligrosos. En conclusión, se declaró que suceden tres eventos adversos por cada mes en promedio; los profesionales que participan en

el sistema de medicación, deben ser conscientes de la necesidad de identificar, notificar y prevenir los EM (Errores de medicación).

Espíritu et al. (2007), realizaron un estudio titulado: “Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima”, con el objetivo de establecer un sistema de notificación de eventos adversos. Fue un estudio operativo. Los 8.964 pacientes egresados conformaron la muestra, y el cuestionario en formato de ficha, posteriormente denominado Hoja de Notificación de Seguridad del Paciente, fue la técnica de recolección de datos. Del total de los pacientes egresados entre 1 de octubre del 2005 y el 31 de marzo del 2006, la cantidad de eventos reportados fue de 347, lo que se traduce a una tasa de EA del 3,9%. El total de eventos potenciales fue de 0,13%. Los EA más continuamente reportados fueron: neumonía hospitalaria 17,6%; reacción adversa medicamentosa (RAM) 14,1%, e infección de herida operatoria, 11,2%; y las causas de EA más frecuentes fueron las infecciones hospitalarias con un 70%. Se concluyó que la tasa general de EA estimada (3,9%) es menor que la de países desarrollados cuyas condiciones sanitarias son de mejor calidad que las nuestras.

Así mismo, en la ciudad de Lima, Vargas, Pinedo y Cano (2009) realizaron un estudio titulado: “Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general”, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de casos de úlcera de presión y los factores asociados más importantes. Fue una investigación de enfoque cuantitativa, de diseño no experimental, de tipo observacional y de corte longitudinal prospectivo. En la muestra se incluyeron a 463 adultos mayores, y se utilizó un cuestionario para la recolección de datos. Las variables que estuvieron

asociadas con la presencia de úlcera por presión fueron la edad superior de 70 años, deterioro cognitivo, dependencia parcial o total, incontinencia urinaria, malnutrición, riesgo moderado y alto según la escala de Norton, sujeción mecánica, uso de catéter vesical, dispositivos externos locales en zonas de prominencias óseas. La frecuencia de casos de UPP fue del 11,4%. En conclusión, la úlcera por presión continúa siendo una condición frecuente en el adulto mayor hospitalizado.

En el estudio de Grajales et al. (2017), titulado: “Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México”, tuvo como objetivo analizar los factores relacionados con la calidad y la seguridad del paciente a través de los reportes de EAs. La investigación de enfoque cuantitativa, de diseño no experimental, de tipo analítico y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 540 EAs, y el instrumento para recolectar los datos fue el denominado Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico, utilizado en países de Europa y Australia. En los resultados se evidenció que 55.5% de los EAs sucedieron en hombres, el 92.6% ocurrió en el servicio asignado, el 55.9% no se reportó a la familia, 58.7% de los pacientes estaban en estado de alerta, y el 70.5% de los casos se consideró como evitable en el 70.5%. Se concluyó que los factores relacionados con el sistema tienen un mayor peso en el desencadenamiento de los EAs, y es de vital importancia su identificación para poder evitarlos.

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Eventos Adversos**

#### **2.1.1. Definición**

Durante el proceso de atención al paciente, siempre existe un nivel de peligro específico, que en ocasiones pueden tener relación con problemas de la práctica clínica, de los procedimientos que se realizan, de los insumos, o hasta del propio sistema. Es la seguridad del paciente un principio fundamental en la atención sanitaria, y la mejora de este principio requiere de un esfuerzo que comprenda un amplio listado de acciones orientadas hacia el progreso de la gestión de seguridad y los riesgos ambientales, que incluyen también el control de las infecciones, la utilización segura de los medicamentos, y la seguridad de los equipos y del entorno en que se presta la atención (OMS, 2004).

Para Torres (2017), los eventos adversos no prevenibles son aquellos que, a pesar de aplicar mediadas estratégicas de cuidado, no se pueden evitar; como las infecciones que ocurren luego de una cirugía, incluso aunque se haya seguido las normas de bioseguridad, asepsia y esterilización, y el paciente haya recibido antibióticos antes y después de la intervención quirúrgica. Por otro lado, los eventos adversos prevenibles son los que se habrían podido evitar, si se hubieran utilizado todos los altos estándares de cuidado.

El Centro Nacional de Seguridad del Paciente de los Estados Unidos de América, define al evento adverso como: “aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación” (Santoyo, Parra, & Pérez, 2008).

En correlación, Parra et al. (2012), mencionan que un Evento Adverso es una lesión o complicación involuntaria que se presenta durante la estadía en cualquier institución prestadora de salud. Se atribuye más a la atención en salud que a la enfermedad subyacente, pudiendo ocasionar la muerte, incapacidad o el deterioro del estado de salud del paciente, el retraso en el alta, la prolongación de la estancia hospitalaria, y el incremento de los recursos y el costo.

Por otro lado, la práctica de seguridad del paciente, es definida por el Foro Nacional de Calidad (1999) como un proceso o estructura, que al ser aplicada disminuye la posibilidad de los eventos adversos consecuentes del peligro adherente en el sistema de atención, las enfermedades y/o procedimientos (Agency for Healthcare Research and Quality, 2001).

La Fundación Nacional de Seguridad del Paciente puntualiza que la seguridad del paciente es la eliminación y prevención de los eventos adversos o de las consecuencias que se derivan del proceso de atención, entre ellos los errores, omisiones y accidentes. La seguridad nace de la interacción de los componentes del sistema de salud (The National Patient Safety Foundation, 2000).

Por último, el Instituto de Medicina (1998) define a la seguridad del paciente como la prevención del daño causado por errores de comisión y omisión (Avance, Retos, & Gluck, 2012).

### **2.1.2. Clasificación.**

El estudio ENEAS (2005), clasificó a los Eventos Adversos rigiéndose en sus resultados encontrados de la siguiente manera:

- Efecto adverso prevenible: aquel que evidencie cualquier posibilidad de prevenirse.
- Efecto adverso grave: aquel que produce la necesidad de una intervención quirúrgica.
- Efecto adverso moderado: aquel que ocasiona el incremento de la estancia hospitalaria.
- Efecto adverso leve: aquel que causa lesiones sin prolongar la estancia hospitalaria.
- Accidente: suceso imprevisto que origina daño en el paciente o genera pérdidas materiales de cualquier clase.
- Incidente: suceso imprevisto que no origina daño en el paciente ni genera pérdidas materiales cualquier clase.
- Error médico: equivocación en la práctica profesional que puede conllevar a un evento adverso.
- Error de medicación: efecto que, pudiendo evitarse, es provocado por la inadecuada utilización de un medicamento y causa lesión en el paciente.
- Reacción adversa a medicamentos: alteración que es difícilmente evitable, aun cuando los medicamentos se manejan de forma correcta.
- Negligencia: error injustificable, producido por desidia, apatía, abandono, ausencia de diligencia, estudio exiguo, omisión de precauciones, o falta de cuidado en el uso del conocimiento que debería tener un profesional de salud.

- Malpraxis: práctica clínica deficiente, con resultados peores a diferencia de otros profesionales en idénticas circunstancias, que ocasiona daño en el paciente.

### **2.1.3. Tipos.**

#### *2.1.3.1. Caídas.*

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

Por otro lado, Luisa, Cristina, Francisca y Eva (2012) mencionan que las caídas se encuentran en el gran conjunto de eventos adversos que ocurren durante la asistencia sanitaria, causando daño, lesión, o complicaciones que no fueron producidas directamente por la enfermedad de ingreso. El riesgo más resaltante es la estancia hospitalaria, que pone en peligro la seguridad de los pacientes. Los factores relacionados con el incremento del riesgo de caídas se clasifican de la siguiente manera:

#### *A. Factores extrínsecos*

- Barandillas de cama defectuosas
- Frenos de la cama descompuestos
- Iluminación inapropiada
- Timbre de llamada inaccesible
- Mobiliario inadecuado
- Baño sin asideros

- Suelo húmedo o mojado
- Desorden
- Calzado y ropa inadecuada
- Espacio reducido

*B. Factores intrínsecos*

- Movilización y deambulación sin acompañante en pacientes con déficit de movilidad
- Edad mayor a 65 años
- Estado confuso, desorientado, o con depresión del nivel de conciencia por sedación
- y/o alucinación
- Impotencia funcional tal como amputación de miembro, parálisis, paresia, parkinson, artrosis; o inestabilidad motora y debilidad muscular
- Alteraciones sensitivas y oculares
- Postoperatorio inmediato
- Hipotensión, arritmias e hipoglucemia
- Patologías neurológicas (epilepsia, convulsiones)
- Patologías del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia)
- Portadores de sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, etc; los cuales pueden obstaculizar la movilidad y deambulación
- Antecedentes de caídas

### 2.1.3.2. *Úlceras por presión (UPP).*

El problema de las úlceras por presión se puede manifestar en los pacientes del ámbito domiciliario, al igual que en aquellos que yacen en las instituciones prestadoras de salud. Son los causantes de empeorar el diagnóstico de la enfermedad en las personas que las sufren, y de reducir la esperanza y calidad de vida (Martínez, 2012).

Para el Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], 2014) una úlcera por presión es toda lesión en la piel y sus tejidos subyacentes que es causada por un proceso isquémico a raíz de una presión prolongada en una prominencia ósea sobre un objeto externo, que provoca ulceración y necrosis del tejido, y puede evolucionar desde un ligero enrojecimiento de la epidermis hasta úlceras que afectan primero el músculo y luego el hueso. Por ello, es catalogado como un evento adverso si se presenta durante la estadía hospitalaria. Suele presentarse con mayor frecuencia en la zona sacra, las tuberosidades isquiáticas, las caderas y los talones.

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

Imbernón et al. (2012), describe a continuación los grados de las úlceras por presión:

- Grado I: Piel con enrojecimiento de una zona delimitada, habitualmente sobre una prominencia ósea.
- Grado II: Pérdida de la integridad de la dermis, aparece como una herida abierta y también puede manifestarse como una flictena llena de suero, en ocasiones sanguinolento.
- Grado III: Pérdida total de la piel. Se visualiza la grasa subcutánea y los esfacelos; se incluyen las cavitaciones, pero la profundidad es diferente en cada localización anatómica.
- Grado IV: Pérdida total del tejido. Se visualiza el hueso, tendones o músculos, lo cuales pueden ser palpables. Se presentan los esfacelos y las cavitaciones.

Del mismo modo, Imbernón et al. (2012), mencionan que los factores de riesgo pueden clasificarse en extrínsecos, concernientes al entorno; e intrínsecos, propios del paciente; los cuales se detallan a continuación:

*A. Factores de riesgo intrínsecos*

- Trastornos sensitivos y motores
- Desnutrición, deshidratación y obesidad
- Tratamiento con inmunosupresores: radioterapia, corticoides y citostáticos.
- Tratamiento con sedantes: benzodiazepinas
- Alteraciones cardiopulmonares, vasculares periféricas, o estasis venosa.
- Espasticidad y contracturas articulares
- Edad mayor de 70 años

### *B. Factores de riesgo extrínsecos*

- Incontinencia urinaria o fecal
- Falta de higiene
- Condiciones de humedad
- Superficies de apoyo duras
- Fricción
- Dispositivos de diagnóstico o terapéuticos, como equipo de oxigenoterapia, ventilación mecánica no invasiva; movilización de sondas; férulas y yesos.
- Dificultad para cambios posturales
- Ausencia de protocolos
- Falta de conocimientos del cuidador

#### *2.1.3.3. Error de medicación.*

Silva, Reis, Miasso, Santos, y Cassiani (2011) mencionan que los eventos adversos a medicamentos (EAM), debido a que suceden con frecuencia e incrementan la mortalidad de los usuarios del sistema de salud, han sido estudiados en varios países y se le ha atribuido como un problema de salud. En el grupo que cataloga a los EAM se encuentran la reacción a medicamentos (RAM) y el error de mediación (EM). El EM es el más frecuente tipo de EAM, ya que su característica principal es que puede evitarse en cualquier etapa del sistema de utilización de medicamentos (SUM), ya sea en la prescripción, distribución y administración de medicamentos por parte del personal sanitario: médicos, farmacéuticos y enfermeros.

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2017), define el error de medicación como: “cualquier suceso evitable que se relaciona con la práctica profesional, procedimientos y sistemas, incluyendo la prescripción, comunicación, rótulos, envase y nomenclatura, dispensación, distribución, administración, educación, monitoreo y uso del medicamento”.

Según Smith, Ruiz y Jirón (2014), los errores de medicación, aunque en ocasiones sean impredecibles e inevitables durante la atención al paciente, entre el 20 y el 70% son prevenibles; cifras que incrementan el costo y pueden causar daños graves. Las instituciones prestadoras de salud deben prevenir y reducir los errores de medicación a través de medidas estratégicas de prevención.

Los errores pueden suceder debido a las fallas presentes en la práctica rutinaria de los profesionales, o también por las fallas implícitas en el sistema procedimental de los medicamentos; tanto en la prescripción, dispensación de farmacia, preparación, administración, y en el monitoreo realizado por los enfermeros (Santi et al., 2014).

Como se mencionó antes, el error de medicación es un evento adverso que puede ser prevenido. Las herramientas para mejorar la calidad de atención nacen de los mismos errores cometidos, de esta forma se posibilitan las correcciones de los puntos fallidos y se evita que vuelvan a repetirse; garantizando así la seguridad de los pacientes.

Los estudios, como el de Muga (2016), demuestran que los siguientes factores están estrechamente vinculados con los errores de medicación:

- Condiciones laborales inadecuadas

- Recurso humano insuficiente
- Años de experiencia
- Sobrecarga laboral
- Política institucional
- Prescripciones médicas ilegibles o tachadas
- Práctica diaria durante el manejo

La problemática es de gran importancia para los sistemas de salud y requiere de atención frecuente por parte de los profesionales de salud, pues son ellos los que están predispuestos a cometer errores. Es probable que el cambio de esta realidad se pueda llevar a cabo con el apoyo de investigaciones que determinen los puntos vulnerables en la atención hospitalaria y ayuden a crear nuevas formas de prevención para la incidencia de errores (Santi et al., 2014).

#### **2.1.4. Prevención.**

Según en el MINSA (2016), en la Directiva Sanitaria N° 003 – IGSS/V.01: *Rondas de seguridad y gestión del riesgo para la seguridad del paciente*, menciona que el objetivo es implementar las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del instituto de Gestión de Servicios de Salud, a fin de contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención de salud, a través de la implementación de prácticas seguras. La Directiva es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).

Así mismo, explica que las Rondas de Seguridad del Paciente es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendado para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y persona de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

Igualmente, el MINSA (2016), en la Directiva Sanitaria N° 005 – IGSS/V.01: *Sistema de registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas*, menciona que el personal asistencial o administrativo que evidencie o tenga conocimiento de la ocurrencia de un Incidente, Evento Adverso o Evento Centinela, deberá implementar acciones inmediatas de corresponder y dejará constancia de lo ocurrido en la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

#### *2.1.4.1. Medidas preventivas en caídas.*

El ESSALUD, en la Directiva N° -GG- ESSALUD - 2012 "Prácticas seguras para la prevención y reducción de riesgo de caídas", explica que el objetivo de las guías de práctica es instaurar procedimientos y técnicas para la prevención y gestión del evento adverso; como las caídas de pacientes en los servicios de hospitalización. Las medidas preventivas que recomienda se detallan de acuerdo a los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos.

#### *A. Medidas contra factores de riesgo intrínsecos*

- A los pacientes con incontinencia y diarrea, proporcionar ayuda para ir al baño, colocarlos cerca de allí, y recomendarles miccionar sentados en caso sean varones.
- Observar los efectos de los medicamentos administrados en el paciente; e instruirle, tanto como a su familia, acerca de las acciones y efectos esperados de la medicación.
- Investigar si existen antecedentes de caídas e indagar acerca de los factores que provocaron el suceso.
- Estar alerta a los cambios en el estado de conciencia de los pacientes.
- En aquellos con déficit sensorial, asegurarse de que porten adecuadamente sus prótesis (gafas o audífonos).

*B. Medidas contra factores de riesgo intrínsecos*

- Mantener las camas, dispositivos de ayuda, y el mobiliario, en buen estado y acordes a la necesidad del paciente. Se incluye la selección de las sillas o sillones con reposabrazos y con una altura adecuada. Revisar periódicamente el estado de los andadores, bastones y sillas de ruedas.
- Retirar los enseres que supongan un tropiezo durante la deambulación; del mismo modo los objetos en el suelo, como alfombras, cableado y extensiones de corriente.
- Disponer de luz apropiada que facilite la visibilidad. La luz del baño debe estar encendida durante la noche.
- Facilitar el acceso del timbre de llamada a los pacientes; cerciorarse de que esté a su alcance, al igual que los utensilios básicos que requiera.

- Activar los frenos de las sillas, camas y otros dispositivos hasta que se presente la necesidad de desplazamiento.
- En los baños, las barras de sujeción deben ser verticales en lugar de horizontales. Usar ducha en vez de bañera.
- Evitar tener los suelos mojados y resbaladizos; señalarlos si lo estuvieran. Hacer uso de suelos antideslizante si fuera posible.
- Orientar sobre el uso de zapatillas antideslizantes a los pacientes y sus familias. De igual manera instruirles para pedir ayuda en caso lo requieran.
- Aplicar medidas de acompañamiento familiar.
- Las enfermeras del área administrativa deben asegurarse de que el personal aplica y sigue el protocolo de seguridad establecido en la institución.

Una publicación de Joanna Briggs Institute (1998), aporta que el enfoque más común en la prevención de caídas es el uso de un programa de intervenciones múltiples basada en la opinión de expertos, tal como se detalla en la siguiente lista:

- *Evaluación*: utilizar un sistema de evaluación del riesgo de caídas en pacientes desorientados, post-operados, al ingreso en el servicio, y a pacientes ancianos con prescripción de analgésicos o sedantes.
- *Diagnóstico de riesgo*: Incorporar un diagnóstico o problema en los registros del paciente: como por ejemplo “riesgo de caídas” o “potencial de lesión”.

- *Formación:* actividades educativas que incluyen la capacitación del personal en estrategias de prevención, y la educación al paciente y sus familiares sobre el tema de seguridad.
- *Entorno:* Aumentar la iluminación nocturna y disminuir los riesgos del ambiente, los obstáculos y el amontonamiento de objetos. Estabilizar las camas y muebles, e instalar barras de sujeción horizontal en los baños.
- *Eliminación:* situar a los pacientes incontinentes cerca del baño; además se debe controlar a quienes toman laxantes y diuréticos, e instruir a los pacientes varones adultos a orinar sentados.
- *Medicamentos:* revisar los medicamentos prescritos frecuentemente y limitar las combinaciones entre sedantes y analgésicos cuando sea posible.
- *Movilidad:* las intervenciones relacionadas implican el uso de calzado antideslizante, la fisioterapia, educar a los pacientes a levantarse despacio, caminar con aquellos de alto riesgo, y recordarles sus limitaciones tanto como a la familia.
- *Estado cognitivo:* la alteración del estado cognitivo es el factor de riesgo más frecuentemente identificado, por ello se debe situar temporal-espacialmente a los pacientes afectados, orientarlos en cuanto al entorno del servicio, y facilitar que los familiares permanezcan con el paciente.
- *Descanso en la cama:* asegurar la cama en una baja posición, activar los frenos en todo momento, utilizar barandas si es necesario, y

asegurarse que el paciente pueda alcanzar fácilmente los objetos que requiera.

- *Sillas de ruedas y sillas:* utilizar cinturones de seguridad, y de ser posible sillas geriátricas con reposa brazos. Colocar mallas de látex para prevenir el deslizamiento, y hacer uso de los frenos cuando el paciente se siente o se para.

Por otro lado, el MINSALUD (2014), también menciona que las siguientes intervenciones son vitales para la prevención de caídas:

- Mantener la cama en posición baja y la alarma en la cama.
- Colocar brazaletes de identificación.
- No desatender al paciente en transferencias.
- Asegurar las ruedas de la cama y la mesa de noche.
- Evaluar la habilidad del paciente para comprender y seguir instrucciones.
- Mantener las barandas de la cama arriba.
- Monitorizar los cambios posturales.
- Facilitar la permanencia de un cuidador.
- Mantener la unidad del paciente iluminado.

#### *2.1.4.2. Medidas preventivas en úlceras por presión.*

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

- Disminuir la presión: cambiar de posición al menos cada dos horas. El paciente debe estar en decúbito lateral a 30 grados; usar almohadas para mantener la posición. Pasadas las dos horas colocarlo en decúbito dorsal, y luego en decúbito lateral contrario al inicio. Flexionar las piernas a 30 grados con una almohada entre ellas. Colocar los pies de tal forma que los talones no toquen la cama. De ser posible, el paciente no debe estar en semifowler, sino totalmente recostado. De ser posible usar colchones de hule espuma, de agua, aire o gel. En caso de pacientes sentados cambiarles de posición cada 15 minutos, debido a que la presión sobre las tuberosidades isquiáticas se incrementa al doble en esta posición. Los cambios de posición se deben realizar incluso durante la noche.
- Nutrición: el aporte proteico y calórico necesario, disminuye el riesgo de aparición de las úlceras.
- Piel seca y limpia: utilizar agentes de limpieza neutros que no irriten la piel; esta no debe quedar reseca o irritada. No friccionar la piel ni tampoco masajear las prominencias óseas. Evitar ambientes húmedos.
- En lo posible, aumentar la actividad de los adultos mayores encamados y disminuir la sedación para evitar la inmovilización.

Por otro lado, la Consejería de Salud (2017), en su guía fase para la prevención de las úlceras por presión, agregas los siguientes métodos de prevención:

- Educar a los pacientes con riesgo y a sus familias, o cuidadores, las causas de las UPP, signos y síntomas, medidas preventivas y

consecuencias. Ofrecerles materiales educativos (folletos, trípticos, etc.) incluso talleres, para mejorar sus conocimientos.

- Hacer uso de una escala validada como Braden, Norton y Emina, para apoyar el diagnóstico al evaluar el riesgo del paciente.
- En caso de identificar la presencia en alguna zona de eritema no blanqueante extremar las medidas preventivas y, repetir la valoración de la piel al menos cada dos horas
- Los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) son aceites que han evidenciado su efectividad en la protección de la piel, hidratándola, mejorando su resistencia a la fricción, humedad y presión, por lo que se puede aplicar sólo en las zonas de riesgo de los pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Duque, Moreno y Salazar (2007) explican que el único objetivo inicial en la lucha contra las UPP es evitar su aparición de la siguiente manera:

- *Cuidados de la piel:* Inspeccionar la integridad de la piel una vez al día cuando menos, limpiarla con agua tibia y jabones neutros para minimizar la resequedad; usar agentes hidratantes, no masajear las prominencias óseas, y evitar la humedad causada por la transpiración, orina, materia fecal, drenajes de heridas, etc. Evitar la fricción mediante las técnicas de posición, y mejorar la nutrición.
- *Cargas mecánicas:* mantener la cabecera de la cama en el grado más bajo siempre que el estado de la enfermedad lo permita; usar las ropas de cama para movilizar al paciente (esto disminuye las fuerzas de fricción y rozamiento), realizar cambios de postura cada dos horas

y colocar almohadas o cualquier objeto blando en las prominencias óseas; sentar a paciente der se posible en el sillón.

- *Superficies de apoyo:* colocar dispositivos de apoyo que disminuyan la presión, tales como los dispositivos estáticos, ya que son menos costosos pero eficientes (hule espuma, aire estático, gel o agua o su combinación). Se podría considera el uso de un dispositivo dinámico (aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado) cuando la superficie estática comprimida mida menos de 2,5 cm, o en los pacientes con hiperemia reactiva en una prominencia ósea.

#### *2.1.4.3. Administración segura de medicamentos.*

El protocolo de administración de medicamentos de la Clínica Mayor, elaborado por Charles (2015), indica que el proceso de administración de medicamentos, constituye una serie de actividades estandarizadas. En cualquiera de las etapas, es posible que se presente una falla en el procedimiento, el cual podría desembocar en un error, o peor aún, en un evento adverso. La integridad, la seguridad y la salud, se ven afectados de manera negativa por el impacto de los errores en la medicación, al igual que el objetivo principal del proceso, y también la percepción de los usuarios frente a la atención hospitalaria.

Por ello, Agip y Adanaqué (2014) señala que “los correctos”, son la regla de oro establecidas para garantizar la seguridad en la administración de medicamentos. Son un conjunto de actividades que funcionan a manera de normas y estándares para las enfermeras, para de este modo, prevenir errores en la administración.

De acuerdo con Zea, Calderón, Avalos y Tito (2015), antes de administrar un medicamento debemos tener en cuenta las siguientes reglas generales basadas en los diez correctos:

- Medicamento correcto: identificar y comprobar el nombre del fármaco antes de administrarlo, rotularlo con dosis, nombre del paciente, y conocer el tiempo de infusión. No administrar medicamentos preparados por otro personal.
- Paciente correcto: comprobar identificación del paciente, llamándolo por su nombre. No utilizar el número de habitación para identificar, ya que es posible confundirse.
- Dosis correcta: comprobar dos veces la dosis que se administrará; verificar cambios en la prescripción médica, puesto que un ligero ajuste en la dosis puede influenciar en la respuesta terapéutica.
- Vía correcta: las prescripciones deben especificarse con la vía de administración, debido a que la absorción del fármaco y su farmacocinética varía en cada una de ellas.
- Hora correcta: las concentraciones de los fármacos en sangre dependen de la regularidad del tiempo de administración. La administración de un medicamento antes del tiempo establecido puede aumentar la concentración del fármaco en sangre, o disminuir su eficacia si es administrado tardíamente.
- Verificar fecha de vencimiento: comprobar la fecha de caducidad del mismo y verifica sus condiciones físicas. No administrar encaso el medicamento ya haya caducado o si presenta alteraciones físicas.

- Educación sobre el medicamento: educar al paciente antes de administrarle el medicamento, puesto que, si sucede alguna reacción, debe comunicar inmediatamente al personal de salud.
- Obtener una historia farmacológica completa: es necesario conocer el proceso farmacológico del paciente; existe un mayor riesgo de reacciones adversas y de interacciones cuando aumenta el número de medicamentos administrados.
- Indagar alergias del paciente: conocer las alergias a medicamentos que podrían conducir a una reacción adversa. Se aconseja que cada paciente tenga un identificador de alergias.
- Registrar medicamento: después de la administración marcar el medicamento en el registro; de lo contrario es posible que el medicamento sea re-administrado.

El MINSA (2011) presenta la Guía de Administración de Medicamentos, el cual es una herramienta instructiva para los enfermeros quienes brindan el cuidado directo al paciente. Se describen a continuación las pautas generales:

- Administrar el fármaco correcto: comprobar por lo menos tres veces al sacarlo del recipiente, al prepararlo, antes de administrarlo y verificar fecha de vencimiento.
- Administrar el fármaco al paciente correcto: comprobar siempre la identificación del paciente. Preguntarle su nombre y apellido. En caso de paciente confuso o en coma, hablar con los acompañantes.
- Administrar la dosis correcta: comprobar dos veces la dosis farmacológica. Confirmarla en caso de parecer confusa.

- Administrar el fármaco por la vía correcta: asegurarse de que la vía de administración es la prescrita. Consultar si la vía de administración no aparece en la prescripción.
- Administrar el fármaco a la hora correcta: tener en cuenta las concentraciones terapéuticas en sangre de los medicamentos que dependen de la constancia y regularidad de los tiempos de administración.
- Educar al usuario y la familia sobre el fármaco que se administra: se aprovecha la instancia de internación para resaltar la necesidad de una administración constante y oportuna.
- Indagar si el paciente padece alergias y descartar interacciones farmacológicas.
- Comprobar que el paciente no tome ningún medicamento ajeno al prescrito.
- Registrar en la Historia Clínica, hora, medicamento, dosis, vía y tolerancia. Si no se administra un fármaco especificar el motivo. En caso contrario, no registrar la administración sin antes haberlo administrado.

## **2.2. Calidad**

### **2.2.1. Definición.**

La OMS (2016) explica que la calidad de la asistencia sanitaria es cerciorarse que todo paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más conveniente para lograr que la atención sea óptima. De esta forma, se busca

alcanzar el mayor resultado, minimizando los riesgos y los efectos iatrogénicos para obtener la máxima satisfacción del usuario.

Según el MINSA (2007), la calidad es reconocida explícitamente como un valor en la cultura organizacional de las instituciones de salud cuando se emplean las herramientas de calidad; las cuales se desarrollan conjuntamente con el apoyo de los usuarios externos e internos, los establecimientos de salud y la sociedad, y con evidencias de mejoras en la atención que se perciben satisfactoriamente por todos los participantes.

La calidad de la atención se fundamenta en el uso de la tecnología y en la ciencia médica de una forma que maximice el beneficio de la salud, sin incrementar de manera proporcional los riesgos. Por consiguiente, el nivel de calidad es la medida en que se tiene la expectativa de lograr con la atención brindada el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario (Donabedian, 1980).

Para el MINSA (2008), en el país, el enfoque de la calidad se ha impulsado poco a poco en los sistemas de salud, gracias a las actividades de vigilancia y evaluación, y a las intervenciones que promueven las capacitaciones de los prestadores y de las organizaciones de salud. A través de la mejora continua, se incorporan los aportes de gestión de calidad a la conformación de los sistemas de monitoreo y evaluación de la atención en salud; con el fin de avalar la calidad como paradigma de intervención. Las expectativas de los usuarios y sus necesidades contribuyen a mejorar el aprendizaje de la organización, lo que implica la transformación de la gestión de la calidad. Con estos modelos normativos, se busca reforzar el liderazgo, el trabajo en equipo, mejorar la calidad y su avance en las organizaciones del sector salud.

Del mismo modo, la OMS (2011) menciona que existen dos significativas razones para colocar la atención en la gestión de calidad en los sistemas de salud:

- En aquellos que han conseguido un alto desarrollo y cuentan con recursos suficientes, la calidad de la atención es todavía una inquietud constante debido a que sus resultados son aún poco confiables.
- En aquellos que necesitan mejorar el empleo de sus recursos y expandir su cobertura poblacional, particularmente en países en desarrollo, se deben implantar métodos de progreso basados en estrategias locales de mejora de la calidad, con el fin de lograr los resultados más altos posibles

Según Donabedian (1980), quien desarrolló el enfoque de estructura, proceso y resultado para medir y mejorar la calidad de la atención, menciona que son tres los componentes de la calidad asistencial a tenerse en cuenta (Net y Suñol, 2013):

- Técnico: aplicación de la ciencia y de la tecnología en la administración de un problema, de manera que rinda el máximo beneficio sin incrementar con ello sus riesgos.
- Interpersonal: la relación de las personas debe seguir las normas y valores sociales que rigen la interacción de los sujetos en general. Estas normas están reformadas por los preceptos éticos de los profesionales y las perspectivas y pretensiones de cada persona.
- Aspectos de confort: son todos los elementos que conforman el entorno del usuario y que le provee una atención más placentera.

## **2.3. Modelos teóricos**

### **2.3.1. Dorothea Elizabeth Orem.**

Orem es una de las autoras teóricas de enfermería más destacada de Norteamérica. Durante su trabajo mejorando la formación práctica de enfermería, se planteó cuál era el verdadero ámbito en una personalidad científica. Intervino en el desarrollo conceptual de la teoría del déficit de autocuidado en enfermería, y luego describió lo que llamó Teoría General de Enfermería, la cual se compone de tres teorías que se relacionan unas con otras (Gallo, Pimentel, Bonet, & Adán, 2009).

#### *2.3.1.1. Teoría del autocuidado.*

Es una acción que las personas adquieren en su contexto sociocultural, de manera voluntaria y deliberadamente, con el fin de mantener su vida, salud y el bienestar, al igual que el de las personas que están bajo su cuidado. La exigencia de la acción es sentida por la persona y observada por otra, por lo que debe haber un compromiso. Los factores condicionantes básicos, el estado de salud, el sistema familiar y el comportamiento de cada persona, influyen en el autocuidado. Esta teoría describe los requisitos del Autocuidado Universal, del Desarrollo, y las Desviaciones de la Salud, que abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Cuando están satisfechos en su totalidad, contribuyen a la ayuda positiva de los procesos de vida físico, cognitivo y emocional, la integridad estructural y funcional, la maduración, la salud y el bienestar, de lo contrario si hay una insatisfacción puede conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida (Tomey & Alligood, 2007).

### *2.3.1.2. Teoría del déficit de autocuidado.*

La teoría del déficit de autocuidado es el núcleo del modelo de Dorotea Orem. Las limitaciones derivadas del estado de salud de las personas pueden incapacitar el autocuidado continuo, o hacen que sea incompleto. Cuando la persona no puede o no tiene la capacidad necesaria para emprender las acciones necesarias del autocuidado, existe un déficit de autocuidado. Esta es la condición que avala la necesidad de los cuidados de enfermería. Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras (Solar, Reguera, Gómez, & Borges, 2014).

### *2.3.1.3. Teoría de los Sistemas de Enfermería.*

Las enfermeras pueden compensar el déficit de autocuidado por medio del Sistema de Enfermería, el cual se diferencia en: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El nivel de participación del paciente para realizar su autocuidado, o el rechazo del cuidado terapéutico, lo deciden el tipo de sistema. En cualquier momento los individuos pueden saltarse de un Sistema de Enfermería a otro, e incluso activar varios sistemas a la vez (Solar et al., 2014).

## **2.3.2. Ernestine Wiedenbach.**

### *2.3.2.1. El arte de la ayuda de la enfermería clínica.*

Tomey y Alligood (2007), mencionan que Wiedenbach describe el trabajo de la enfermería clínica como la obligación de satisfacer las necesidades de ayuda que requiere el paciente. Desde su perspectiva, el tiempo en se emplea un énfasis considerable en el arte del cuidado, refleja la enfermería. Además, planteó que las

enfermeras deben identificar las necesidades de ayuda de los pacientes mediante lo siguiente:

- Observación de conductas que son compatibles o no con su bienestar.
- Exploración del significado de su comportamiento.
- Identificación de la causa de cualquier malestar o incapacidad.
- Evaluación de la resolución de problemas por parte de los pacientes o si necesitan ayuda.

Del mismo modo, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2017), refiere que, para Wiedenbach, la enfermería es percibida como un arte que reconoce la necesidad de ayuda, la proporciona, y se asegura que su necesidad sea compensada. Su modelo se centra en concebir la situación aspirada y hallar la forma de conseguirla. Consta de tres elementos básicos:

- Propósito central: la meta hacia la que enfermera dirige sus esfuerzos.
- Prescripción: se trata del plan de cuidados del paciente.
- Realidades: distintos factores físicos, psíquicos, emocionales y espirituales que se dan en una situación concreta.

### **2.3.3. Virginia Henderson.**

#### *2.3.3.1. Definición de la enfermería.*

Romero y Esperón (2001) mencionan que Henderson, en 1959, establece que la función de la enfermera es ayudar a la persona, ya sea enferma o sana, a ser independiente cuanto antes; contribuir en su recuperación, ayudarle a tener una muerte tranquila, y apoyar en la realización de su actividades que él efectuaría sin asistencia si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

Según Tomey y Alligood (2007), Henderson identificó 14 necesidades básicas en las que se fundamenta la atención de enfermería, las cuales son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber apropiadamente.
- Eliminar los desechos corporales.
- Movilización.
- Dormir y descansar.
- Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse.
- Conservar la temperatura corporal normal.
- Conservar el cuerpo limpio y cuidado; proteger la piel.
- Impedir lesiones provocadas por los peligros del entorno.
- Comunicarse con los demás.
- Guardar culto según la religión.
- Trabajar de forma que se experimente una sensación de logro.
- Participar en distintas maneras de ocio.
- Satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y salud normales.

En este conjunto se percibe la inclusión de las necesidades básicas para conservar la vida como ser biológico. A partir de la descripción de estas condiciones, la enfermera establece los cuidados que debe brindar a los pacientes y a su entorno (Romero & Esperón, 2001).

### **3. Definición de términos**

Riesgo:

- Contingencia o proximidad de un daño (Real Academia Española, 2017)
- Amenaza concreta de daño que yace sobre nosotros en cada minuto de nuestras vidas, pero que puede materializarse en algún momento o no (Definición ABC, 2008).
- Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud (Ministerio de Salud, 2016).

Calidad de vida: Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa (Real Academia Española, 2017)

Prevención: resultado de concretar la acción de prevenir, la cual implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse (Definición ABC, n.d)

Evento Adverso: Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente (Ministerio de Salud, 2016).

Calidad de atención en salud: Es la aplicación de la tecnología médica y la ciencia de una forma que maximice los beneficios de la salud sin aumentar en forma proporcional los riesgos (Ministerio de Salud, 2016).

Cuidado hospitalario: Acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención (Ministerio de Salud, 2016).

## **Capítulo III**

### **Materiales y método**

#### **1. Diseño y tipo de investigación**

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que los datos son producto de mediciones y se utiliza métodos estadísticos para analizar los datos; de diseño no experimental, ya que se observa los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un momento determinado; y por último, de tipo descriptivo porque la finalidad de la investigación fue describir o determinar la prevalencia de la variable de estudio (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

#### **2. Delimitación geográfica**

La institución privada de salud se encuentra ubicada en el Distrito de Iquitos, provincia de Maynas, departamento de Loreto. Está clasificado en el nivel de atención II - 2, y ofrece los servicios de emergencia, consultorios, laboratorio, UCI (Unidad de cuidados intensivos), y hospitalización, donde se aplicó la investigación. El servicio de hospitalización cuenta con 40 camas, y se compone a su vez de los servicios de cirugía, pediatría, ginecología, traumatología y medicina general.

### **3. Participantes**

#### **3.1. Muestra**

La muestra estuvo conformada por 10 enfermeras del servicio de hospitalización de la institución privada de salud, las cuales fueron observadas de acuerdo al número de pacientes bajo su cuidado. Además, se observó a 100 pacientes con el objetivo de evaluar el nivel de cuidado de las enfermeras. La selección de la muestra de estudio se realizó mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión. A lo largo de la investigación se fueron excluyendo al profesional ya evaluado como también al paciente al que brindaron su atención.

##### ***3.1.1. Criterios de inclusión y exclusión de las enfermeras.***

###### *Inclusión*

- Enfermeras con más de dos años de experiencia.
- Enfermeras que firmaron el consentimiento informado.
- Enfermeras del servicio de hospitalización.

###### *Exclusión*

- Enfermeras con menos de 10 atenciones diarias.
- Enfermeras que no tienen la información completa en la ficha de evaluación.
- Enfermeras de otros servicios.
- Enfermeras de vacaciones o con permiso de maternidad
- Enfermeras que estén haciendo pasantías
- Enfermeras con cargos administrativos

### **3.1.2. Criterios de inclusión y exclusión de los pacientes.**

#### Inclusión

- Pacientes hospitalizados mayores de 20 años.
- Pacientes hospitalizados más de dos días.
- Pacientes de ambos géneros.
- Pacientes que desean participar del estudio.
- Pacientes con riesgo de caídas y UPP según escalas de valoración.

#### *Exclusión*

- Pacientes pediátricos
- Pacientes gestantes
- Pacientes que no tienen la información completa en la ficha de evaluación
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado

### **3.1.3. Características de la muestra.**

En la tabla 1 se observa que del 100% de las enfermeras, el 50% tuvo una edad que varía entre los 25 a 29 años, mientras que el otro 50% entre 30 a 41 años. Del mismo modo, el 40% ha laborado durante un tiempo de 2 a 6 años, el 30% de 7 a 11 años, y el 30% durante 12 a 20 años.

Tabla 1

*Descripción de las variables sociodemográficas de las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos, 2017*

Variable	n	%
Edad		
25-29 años	5	50,0
30-41 años	5	50,0
Experiencia laboral		
2 - 6 años	4	40.0
7 - 11 años	3	30.0
12 - 20 años	3	30.0
Total	10	100

En la tabla 2 se evidencia que del 100% de los pacientes, el 51% fueron hombres, mientras que el 49% mujeres. De estos grupos, un 63% tuvo una edad de entre 30 a 59 años; el 29% fueron mayores de 60 años, mientras que solo el 8% pertenecieron al grupo etario de los jóvenes. Además, el 60% estuvo hospitalizado de 2 a 4 días; el 33% de 5 a 7; un 5% de 8 a 10, y sólo un 2% de 11 a 13 días.

Tabla 2

*Descripción de las variables sociodemográficas de los pacientes del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos, 2017*

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	49	49.0
Masculino	51	51.0
Edad		
26 - 29 años	8	8,0
30 - 59 años	63	63,0
60 - 81 años	29	29,0
Días hospitalizados		
2 - 4 Días	60	60.0
5 - 7 Días	33	33.0
8 - 10 Días	5	5.0
11 - 13 Días	2	2.0
Total	100	100

## 4. Variable

### 4.1. Definición operacional de nivel de práctica en la prevención de eventos adversos

La medición del nivel de práctica sobre la prevención de los eventos adversos se realizó mediante el puntaje obtenido en el instrumento aplicado, que está referido a las dimensiones del cumplimiento de las medidas preventivas en riesgo de caídas, riesgos de úlceras por presión, y en administración segura de medicamentos. Por lo tanto, se empleó una lista de chequeo, que clasificó los resultados en 3 categorías: crítica (0-15 puntos), cuestionable (16 a 29 puntos) y óptimo (30 a 38 puntos).

### 4.2. Operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Nivel de prácticas en la prevención de eventos adversos	La prevención es la acción que se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones	La medición del nivel de práctica sobre la prevención de los eventos adversos se realizó mediante el puntaje obtenido en	– Prevención de Caídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Deambulación asistida.</li> <li>– Paciente acompañado de familiar, tutor o responsable a cargo.</li> <li>– Deambulación con calzado firme y apropiado (antideslizante).</li> </ul>	Dicotómico  Si (1)  No (0)

	<p>como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención (Rodríguez, Domínguez, Hernández, Guerra y Calero, 2012)</p>	<p>el instrumento aplicado, que está referido a las dimensiones del cumplimiento de las medidas preventivas en riesgo de caídas, riesgos de úlceras por presión, y en administración segura de medicamentos. Por lo tanto, se empleó una lista de chequeo, que clasificó los resultados en 3 categorías: crítica (0-15 puntos),</p>	<p>– Prevención de úlceras por presión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hace uso de aparatos de apoyo en caso lo requiera.</li> <li>– La cama o camilla tiene las barandas arriba.</li> <li>– La cama o camilla tiene los frenos activados.</li> <li>– Cama o camilla elevada a la altura del paciente.</li> <li>– Sala con timbres operativos y al alcance del paciente.</li> <li>– Objetos personales al alcance del paciente.</li> <li>– Superficie seca sin obstáculos.</li> <li>– Iluminación apropiada y suficiente.</li> <li>– Duchas con barandillas.</li> <li>– Duchas con silla.</li> </ul>	
--	--	---	---	--	--

		<p>cuestionable (16 a 29 puntos) y óptimo (30 a 38 puntos). Los patrones de respuesta de los ítems de la lista de chequeo fueron: Sí (1) y No (0).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración segura de medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valora Escala de Riesgo de Caídas.</li> <li>- Usa lociones hidratantes.</li> <li>- Valora factores de riesgo que predisponen la aparición de UPP.</li> <li>- Levanta al paciente de la cama o sienta en sillón en caso sea posible.</li> <li>- El aporte nutricional es adecuado.</li> <li>- Uso de colchón anti escaras en caso lo requiera.</li> <li>- Sabanas bien tendidas sin pliegues, arrugas, o húmedas.</li> <li>- Coloca señal de riesgo en unidad de paciente.</li> <li>- Cambia de posición cada dos horas.</li> <li>- Revisa pañal para evitar la humedad.</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>– Valora escala de Norton.</li> <li>– Valora el estado y la integridad de la piel: hidratación, turgencia, color en las zonas de presión.</li> <li>– Usa jabón neutro para el baño.</li> <li>– Mantiene la piel sin humedad (antes y después del baño).</li> <li>– Coloca apósitos o almohadas en puntos de fricción o presión.</li> <li>– Verifica el medicamento correcto.</li> <li>– Verifica la fecha de vencimiento.</li> <li>– Comprueba la Dosis correcta.</li> <li>– Corrobora la vía de administración correcta.</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identifica al Paciente correcto.</li> <li>– Administra el medicamento a la hora correcta.</li> <li>– Educa e informa al paciente. sobre el medicamento.</li> <li>– Indaga sobre posibles alergias a medicamentos.</li> <li>– Genera una historia farmacológica completa.</li> <li>– Registra todos los medicamentos administrados</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

## 5. Técnica e instrumento de recolección de datos

La lista de chequeo sobre el cumplimiento de las medidas preventivas en eventos adversos fue elaborada por el ESSALUD, con el objetivo de evaluar periódicamente el riesgo de caídas, el riesgo de úlceras por presión y la administración segura de medicamentos en dicha institución. Fue modificado y adaptado por el investigador de este estudio, tomando en cuenta los criterios de validez y confiabilidad. El instrumento está dividido en 3 dimensiones con sus respectivos ítems: riesgo de caídas que consta de 14 preguntas; úlceras por

presión: 14; y administración segura de medicamentos: 10 preguntas. Los patrones de respuesta de los ítems de la lista de chequeo fueron: Sí (1) y No (0).

El resultado específico por cada dimensión, y el diagnóstico final de las mismas, se clasificó de acuerdo al rango de puntajes especificados en la siguiente tabla:

Tabla 3

*Escala de calificación de la lista de chequeo: “cumplimiento de las medidas preventivas en eventos adversos”*

Variables	Caídas	Medicación	UPP	General
Óptimo	12 – 14	8 – 10	12 – 14	30 – 38
Cuestionable	7 – 11	4 – 7	7 – 11	16 – 29
Crítico	0 – 6	0 – 3	0 – 6	0 – 15
Total	14	10	14	38

Se realizó la validación por juicio de 3 expertos en el área clínica. El resultado de la validez de contenido alcanzado, mediante la prueba estadística V de Aiken, fue de 1, lo cual indica que la lista de chequeo presenta una adecuada validez de contenido. Se aplicó el instrumento a treinta pacientes bajo el cuidado de 3 enfermeras, las cuales fueron observadas y registradas en la lista de chequeo. A partir de esto se calculó la confiabilidad del instrumento mediante la prueba del KR-20, dando como resultado un valor de 0,8 en las 3 dimensiones. Así mismo, se encontró una confiabilidad de 0.8 tomando en cuenta todo el instrumento; lo que sugiere una buena confiabilidad.

## **6. Proceso de recolección de datos**

Para la recolección de datos se solicitó el permiso de la Jefatura de Enfermería de la institución privada de salud, con el objetivo de presentar el perfil del proyecto ante el Consejo de la institución y conseguir la aprobación correspondiente. Una vez obtenido el permiso se dio inicio al estudio con previo consentimiento de los participantes. En un periodo de cinco semanas, realizando turnos rotativos, se aplicó la lista de chequeo del cumplimiento de las medidas preventivas en eventos adversos, que consta de 38 ítems en total, y que tomó un tiempo máximo de 20 minutos, a 10 enfermeras, cuya práctica se reflejó en los 100 pacientes a los que brindaron su atención y que estuvieron distribuidos equitativamente entre ellas.

## **7. Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0, en donde también se realizó la limpieza de datos. Se utilizó la estadística descriptiva con porcentajes y frecuencia. Los resultados de la investigación se evidenciaron en gráficos de barras, tablas de frecuencia y estadísticos descriptivos.

## **8. Consideraciones éticas**

Para realizar el estudio se consideraron los debidos principios éticos, respetándose la autonomía de los participantes.

De acuerdo con la Ley general de salud No 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

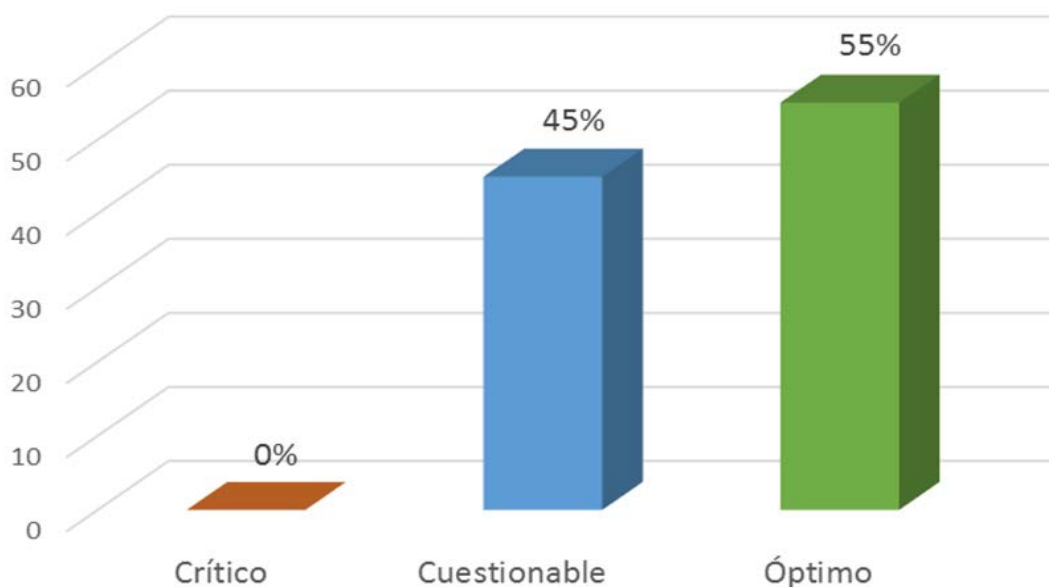
También se gestionó las autorizaciones correspondientes del departamento de Enfermería y de la directiva de la institución.

Se elaboró y entregó a los sujetos del estudio un consentimiento informado, en el que se explicó el objetivo del trabajo, la seguridad y el anonimato de los participantes; así mismo, se aclaró que la información obtenida no se empleará para ningún propósito fuera de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio.

## Capítulo IV

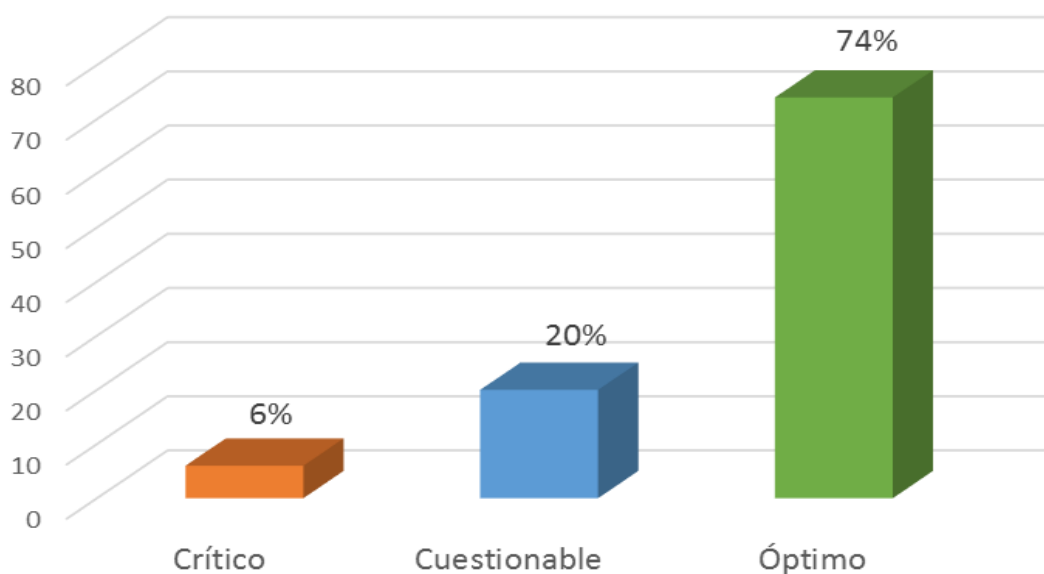
### Resultados y discusión

#### 1. Resultados



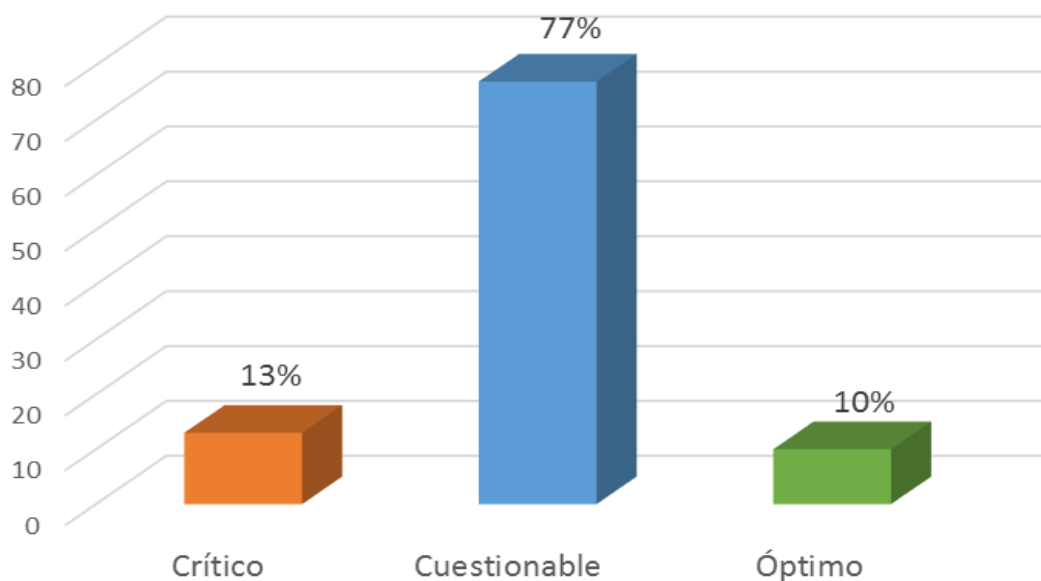
*Figura 1.* Nivel de práctica, en el cumplimiento de las medidas preventivas en eventos adversos, de las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, 2017.

En la figura 1 se confirma que del 100% de los casos en los que se evaluó el cumplimiento de las medidas preventivas, en el 55%, se brindó la atención con un nivel de práctica óptimo, mientras que en el 45% se brindó el cuidado con un nivel cuestionable. No se reportaron casos críticos.



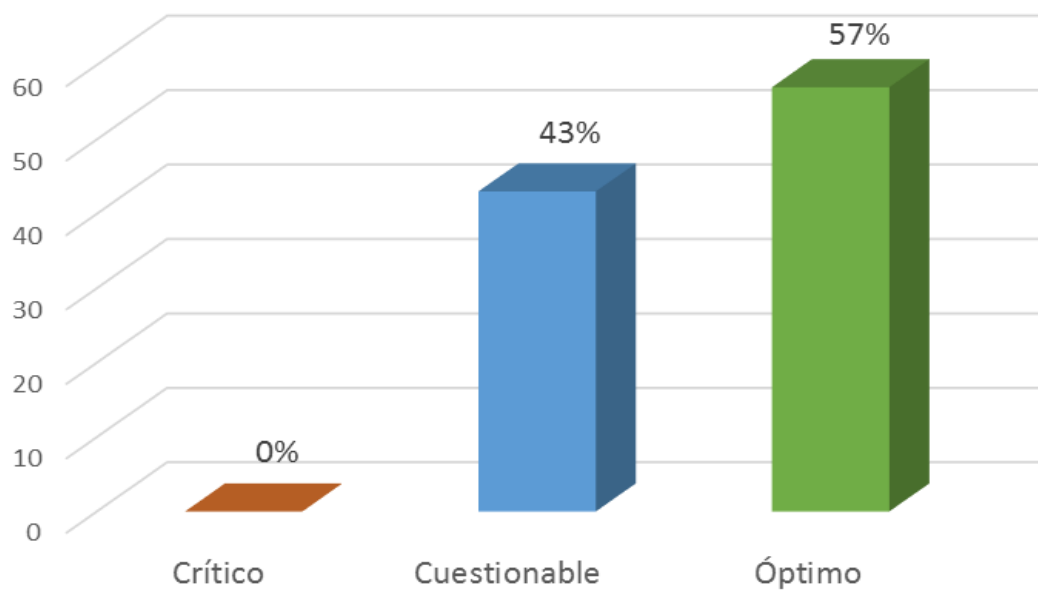
*Figura 2.* Nivel de práctica, en la dimensión riesgo de caídas, de las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, 2017.

En la figura 2 se observa que del 100% de los pacientes atendidos, al 74%, el profesional de enfermería le brindó la atención con un nivel de práctica óptimo en relación a la prevención de riesgo de caídas; al 20% con un nivel cuestionable, y sólo al 6% una atención crítica.



*Figura 3.* Nivel de práctica, en la dimensión riesgo de úlceras por presión, de las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, 2017.

En la figura 3 se observa que del 100% de los pacientes atendidos, al 77%, el profesional de enfermería le brindó la atención con un nivel de práctica cuestionable en relación a la prevención de riesgo de úlceras por presión; al 13% con un nivel crítica, y sólo al 10% una atención óptima.



*Figura 4. Nivel de práctica, en la dimensión administración segura de medicamentos, de las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, 2017.*

En la figura 4 se evidencia que del 100% de los pacientes atendidos, en el 57%, el profesional de enfermería siguió los estándares para la administración segura de medicamentos con un nivel de práctica óptimo, mientras que en el 43% se ejerció con un nivel cuestionable. No se reportaron casos críticos.

## 2. Discusión

Actualmente la enfermería está comprometida con la práctica profesional, y se responsabilizan de los cuidados determinados que se basan en las necesidades de las personas. Por ello, para tomar decisiones y acciones prudentes, que respondan a las necesidades personales del paciente, la práctica de la enfermería va más allá del cumplimiento de las múltiples tareas rutinarias (Grajales, 2004). Sin embargo, la sociedad cada vez más crítica de las funciones que realizamos, ha incluido en su vocabulario el término “error de enfermería”, aludiendo a “la falla de una acción planeada, para ser completada como se pretende, o un plan equivocado que puede generar costos extras para el paciente y el hospital” (Leonel, Hernández, Arizmendi y Ortiz, 2011).

Según Busso (2004), los errores médicos causan entre 44.000 y 98.000 defunciones al año en hospitales de Estados Unidos. Asimismo, un estudio en Harvard reveló que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital, de los cuales el 70% desarrolla una incapacidad temporal. En consecuencia, se introduce el término “los costos de la no-calidad”, que consisten en los costos incurridos por mala praxis. En torno a esto, reportes europeos revelan que el internamiento hospitalario por sí solo genera un gasto de 2.000 millones de libras al año, y que adicional a esto, se desembolsan 400 millones más para el pago de indemnizaciones. De igual manera, estudios estadounidenses reportaron un gasto de 17.000 y 29.000 millones de dólares al año en costos de eventos evitables, incluido el lucro cesante, la discapacidad y los gastos en actos médicos.

Las intervenciones para el cuidado de la salud en el ser humano, ya sea en el ámbito hospitalario o en la comunidad, implican riesgos por la conjugación compleja

de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que, si bien constituyen acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de prácticas inseguras que pueden favorecer la ocurrencia de eventos adversos (Betancourt, 2010). De igual manera, Pérez (2004), refiere que el índice de los eventos adversos ocurridos en la institución sanitaria, son indicadores elementales en la seguridad del paciente, cuyas consecuencias indeseables fluctúan entre traumatismos, enfermedad agregada, discapacidad y/o muerte.

Figueiredo y D'Innocenzo (2017) aseguran que la incompreensión del error puede traer sentimientos de temor y culpa en el profesional involucrado, dada la imponente cultura punitiva que todavía existe en muchas instituciones, por lo que optan por ocultar tales acontecimientos. Es debido a esto, que los gestores de las instituciones sanitarias deben comprender que los eventos adversos, muchas veces, están claramente relacionados con los fallos en el sistema, y no a la incompetencia profesional o negligencia. Por ello es preciso identificar las debilidades existentes en el proceso y adoptar medidas preventivas en lugar de buscar culpables.

Resultados hallados en el trabajo de investigación revelaron que, del 100% de los casos en los que se evaluó el cumplimiento de las medidas preventivas de los eventos adversos, el 55% de las enfermeras brindó la atención con un nivel de práctica óptimo, el 45% cuestionable y no se reportaron casos críticos.

Comparando estos resultados con Grajales et al. (2017), en su estudio de *“Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México”*, encontraron que los eventos adversos relacionados con el cuidado más frecuentes fueron: caída accidental con un 28.7%,

úlceras por presión 19.2%, y la no aplicación de cuidados pautados 13.3%. En los EA relacionados con los medicamentos, se encontraron la fase de administración con un 48.7%, la transcripción 24.8%, prescripción 14.2%, preparación 8.8%, y dispensación con un 3.5%.

Como menciona Parra et al. (2012) a partir del informe "To Err is Human: building a Safer Health System", la OMS, así como otros organismos internacionales, desarrolla acciones en pro de la seguridad del paciente, en donde se plantea una cadena de indicadores para la evaluación y vigilancia del desempeño de los sistemas de salud, y la estandarización de prácticas más seguras con menores errores en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Es así que, la seguridad del paciente es imprescindible en el quehacer de enfermería y en la atención de salud de calidad, pues son las enfermeras quienes permanecen más tiempo con los pacientes y pueden descubrir situaciones contraproducentes que se relacionan con los cuidados prestados por ellas mismas o por otros profesionales.

Así mismo, Vituri y Évora (2014) señalan que un asunto de discernimiento en las diferentes organizaciones, es la preocupación por la calidad de los productos y los servicios que ofrecen, especialmente en el sector salud, pues los pacientes están cada vez más exigentes en cuanto a la calidad con que son atendidos. Es el enfermero el mejor aliado en las instituciones de salud para la búsqueda de la calidad de atención, por esto hay una expectativa por parte de los gestores en cuanto al papel que desempeña este profesional en la administración del cuidado; ya que, en la práctica del cuidar en enfermería, una de las características es el contacto directo con el paciente, que puede conocer sus necesidades y

expectativas; además del hecho de la profesión tener un papel fundamental en el resultado de la atención.

Por último, la mejora continua de la calidad asistencial debe ser calificada como un proceso dinámico y exhaustivo, en donde se identifique los actores que intervienen en el proceso de trabajo del equipo de enfermería. Se requiere de estos profesionales para la planeación de estrategias y la elaboración de instrumentos que faciliten evaluar de forma sistemática los niveles de calidad de los cuidados prestados. El enfermero debe examinar los resultados de la asistencia prestada para crear y determinar tácticas de gestión. Estos instrumentos requieren estar fundados en informaciones que traduzcan la realidad de la asistencia de forma directa o indirecta, posibilitando el análisis sobre los diferentes contextos de su práctica profesional (Gabriel, Rocha, Bernardes, Miguelaci y Silva, 2011).

En lo que respecta a la prevención del riesgo de caídas, los resultados encontrados en el estudio mostraron que al 74% de los pacientes atendidos, el profesional de enfermería le brindó la atención con un nivel de práctica óptimo, mientras que al 20% con un nivel cuestionable. Sólo el 6% de los pacientes recibieron una atención crítica.

Asimismo, en la investigación realizada por Villanueva, Salazar, Colex y Ramírez (2003), en México, sobre "*Prevención de caídas, un Indicador de calidad del cuidado enfermero*", obtuvo resultados semejantes: en la primera fase de la observación, el índice de eficiencia global fue de 40.56%, en la segunda de 77.24%. Respecto al índice de eficiencia por caso, en la primera fase, el rango de eficiencia fue de 30 a 39% con una frecuencia de 32 casos, y sólo 4 casos estuvieron en el rango de cumplimiento aceptable de 80 a 89%. En la segunda fase, con 48 casos,

en el rango de 80 a 89%, se encontró un cumplimiento de excelencia en 43 de los casos.

Luzia, Víctor y Lucena (2014) manifiestan que una de los principales intereses de la enfermería, que ha venido apoderándose de estrategias preventivas y prácticas seguras para la mejoría de sus gestiones de cuidado, es garantizar una asistencia segura y de calidad para los pacientes hospitalizados. Para desplegar un plan de medidas preventivas que puedan ayudar a prevenir o disminuir las caídas y sus lesiones derivadas, es necesario un adecuado juzgamiento clínico y el establecimiento de un diagnóstico de enfermería preciso.

Considerando los resultados obtenidos por cada ítem se encontró que el 100% de los pacientes hacía uso de las duchas con barandillas, el 94% tenía sillas en ellas, y el 99% de las camas tenían los frenos activados.

Del mismo modo, en la investigación de Herrera et al. (2017), sobre la *“Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería Prevención de caídas en adultos hospitalizados”*, mostró que de las 60 actividades contempladas en la lista de chequeo para la intervención de Prevención de caídas, 13 tuvieron una puntuación mayor de 75 puntos, en donde las actividades aplicadas con mayor frecuencia destacan con un 91.7% la identificación de conductas y factores que afectan el riesgo de caídas, seguida de la identificación de las características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caídas con un 83.3%, y la educación a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo para caídas con un 79.2%.

Los programas de prevención han evidenciado una disminución en el porcentaje de caídas y de lesiones producidas ellas, por lo que es imperativo diseñar un

sistema para que los profesionales de salud puedan identificar el riesgo, los factores que se relacionan, y saber que intervenciones existen para reducirlas, fundamentándose en las mejores evidencias científicas disponibles (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Por otro lado, en esta investigación se encontró que el 14% de los pacientes deambulaban sin asistencia, así como el 13% deambulaba sin calzado firme y apropiado; el 10% no estaba acompañado de familiar, tutor o responsable a cargo; un 7% no hizo uso de aparatos de apoyo; el 8% de las camas se encontraron sin las barandas colocadas, incluyendo a su vez, en un 12%, que estas no estaban elevadas a la altura del paciente; sólo el 1% tenía los frenos desactivados. También, en el 13% de las unidades, los timbres estaban fuera del alcance del paciente, de igual modo un 20% no tenía sus objetos personales a su alcance. En el 19% de las habitaciones se encontraron los suelos húmedos y con obstáculos, el 7% tenía iluminación inapropiada e insuficiente, un 6% no tenía silla en las duchas, y finalmente, en el 100% no se valoró la escala de riesgo de caídas.

Igualmente, en el estudio sobre *“Caídas en pacientes hospitalizados: un Evento Adverso evitable”*, realizado por Olavarría (2014) en España, publicó que, del total de pacientes llevados a la investigación para la elaboración de los informes, se evidenció una preocupante tendencia a la baja valoración del riesgo de caídas al ingreso. En 2009, un 92.9% de los pacientes incluyó en su historia clínica la valoración de dicho riesgo, dato que cayó al 76.1% en 2010, al 67.9% en 2011 y se situó en el 67.7% en el 2012.

(Real, Martín y Sanz (2014), coinciden en la presencia de riesgos ambientales que pueden ocasionar una caída. Estiman que el 22% de las caídas son causadas

por algún tipo de factor ambiental, de los cuales, los que más se encuentran en las investigaciones, son los suelos deslizantes, desorden, alfombras, falta de soportes en las duchas, iluminación pobre, escalones inadecuados, y pisos con desniveles u obstáculos. A parte de ello, señalan que la valoración del riesgo de caídas es un elemento fundamental al ingreso del paciente, ya que es un método efectivo para la identificación de los riesgos, con el que se puede anticipar al problema y aplicar las medidas preventivas necesarias. Incluso la evaluación y modificación de la unidad del paciente y su entorno, mejorar la iluminación, colocar barandillas y barras de apoyo, el uso de alfombras no resbaladizas en la ducha, adaptar la altura de la cama, son estrategias que inciden de manera directa en la prevención de las caídas.

Por ello, Parra et al. (2012) refieren que las caídas son un riesgo potencial que puede acontecer en el medio hospitalario, y también componen la lista de indicadores de calidad asistencial. Aproximadamente, el 30% de las caídas produce lesiones, mientras que entre el 4% y el 6% generan un daño serio, como fracturas, lesiones en los tejidos y en la cabeza. Los daños que se asocian a la hospitalización son más frecuentes en adultos mayores, pudiendo ser más graves y en la mayoría de las veces prevenibles.

La gestión del cuidado se caracteriza por elaborar instrumentos para la recolección de datos de forma sistemática. El deber de la enfermera es desarrollar el diagnóstico de enfermería y efectuar la planificación de las intervenciones con la ayuda de la ciencia. La enfermera tiene que asegurarse de que el paciente se encuentre cómodo, se sienta seguro, este bien atendido, y además tiene que estar segura de que los equipos e insumos funcionen correctamente. También debe

brindar un cuidado humanizado, priorizar al paciente antes que a la rutina laboral, y si fuera necesario, modificar el entorno para cerciorarse de brindar un cuidado de calidad y sin riesgos (Grajales, 2004).

Por otro lado, en la prevención de úlceras por presión, los resultados evidencian que al 77% de los pacientes atendidos, el profesional de enfermería le brindó la atención con un nivel de práctica cuestionable, mientras que al 13% con un nivel crítica. Sólo el 10% de los pacientes recibieron una atención óptima.

Resultados diferentes encontró la investigación de Acendra, Mercado, Montes y Pardo (2016) sobre "*Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión*", donde señalan señala que, del total de la muestra (97), el 45,36 % obtuvo el nivel de No Cumplimiento de las acciones de prevención de UPP, y el 35,05 % alcanzó un nivel excelente.

Para Guardia, Morales y Novelo (2015), la UPP es un evento adverso frecuente en salud pública, porque ocasiona un problema patológico secundario a la enfermedad de ingreso, originando el incremento de la estadía, el deterioro de la calidad de vida, el aumento de la morbilidad y consecuencias socioeconómicas para el país y el Sistema de Salud. La aparición de las lesiones puede relacionarse con los cuidados de enfermería, y con el desconocimiento y la no implementación de medidas preventivas, por lo que es un indicador de calidad en salud.

Brenes, Céspedes y Madrigal (2010) hacen referencia a Kulzer (2003), quien menciona que las UPP forman parte de los problemas que afectan en la capacidad funcional de los adultos mayores. Estas lesiones causan dolor y contribuyen a incrementar ampliamente la morbimortalidad de las personas afectadas. Es por

esto que la prevención es un aspecto de vital importancia, que busca evitar la presión prolongada y realizar una inspección de las áreas susceptible como rutina.

Analizando los datos desde otro punto de vista, de acuerdo a los ítems de la lista de chequeo, se encontró que en el 100% de los pacientes el aporte nutricional fue adecuado, se les cambió de posición cada dos horas, se revisaron ropas de cama para evitar la humedad, se mantuvo la piel sin humedad (antes y después del baño), y en 99% se valoró el estado y la integridad de la piel: hidratación, turgencia, color en las zonas de presión.

En relación a estos resultados, un estudio de Paredes, Guerrero y Angulo (2004) sobre *“Las úlceras por presión en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos e intermedios del INER”*, determinó que la maniobra de prevención más utilizada por las enfermeras fue la movilización, la cual representa el 95%, y cuya frecuencia con la que se realizó en los pacientes fue en el 78.6%, 2 veces por turno; el 11.9% lo hace 1 vez por turno, y sólo el 7.1% realiza la movilización cada 2 horas. En los cuidados proporcionados a la piel, la lubricación representa el 90%, siendo la medida más utilizada; el uso de talco le sigue con el 10% restante

Puesto que la prevención es más efectiva que el tratamiento y resulta menos costosa, nuestras acciones deben ir orientadas a identificar debidamente a los pacientes de mayor riesgo, para aplicar todas las medidas preventivas necesarias, basadas en la evidencia y con los recursos disponibles (Fernández, 2012).

Por otro lado, en los pacientes de este estudio, en el 31% no se usó lociones hidratantes, en el 22% no se valoró los factores de riesgo que predisponen la aparición de UPP, al 8% no los levantaron de la cama o sentaron en sillón, el 96%

no hace uso de colchón anti escaras, en un 21% se encontraron sabanas mal tendidas con pliegues y arrugas, en el 92% no se valoró la escala de Norton, en el 32% no se utilizó jabón neutro para el baño, en el 10% obviaron la colocación de apósitos o almohadas en puntos de fricción o presión, y en el 100% no se ubicaron señales de riesgo en unidad de paciente.

Con relación a estos hallazgos, el estudio acerca del *“Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión”*, realizado en México por Valles, Monsiváis, Guzmán y Arreola (2016), publicó resultados similares, ya que la mayor proporción de cuidado perdido se encontró en el cuidado de la piel con un 38.5%, seguido del 33.5% con la falta de registro de los factores que predisponen a la aparición de UPP, y el cambio de posición al paciente cada 2 horas o por razón necesaria que se omitió en un 31.1%. El cuidado de enfermería perdido que predominó fue el uso de algún tipo de liberador de presión en prominencias óseas con un porcentaje del 58.6%.

Según Cárdenas, Parra, Gómez y Figuera (2011), un aspecto analizado en la literatura es la prevención de las UPP mediante la aplicación de escalas de valoración, las cuales resultan ser útiles para la identificación de factores de riesgo que predisponen a desarrollar este evento. Son herramientas factibles de ser implementadas por el personal de enfermería y claves para una prevención eficaz debido a que involucran acciones concretas y precisas para los pacientes. En su estudio *“Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud”*, a los pacientes se les identificó el riesgo mediante el uso de la escala de Braden, reportando sensibilidades del 38 al 100% y especificidades del 60 al 92%. Esta

Escala evalúa percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción, factores asociados con la presencia del evento, en población hospitalizada.

González, Vera, Martínez y Carrillo (2015) señalan que el objetivo de la valoración es mantener la integridad de los tejidos, su higiene, limpieza, hidratación y protección. Recomiendan el uso de jabón con pH neutro, que garantice la protección de la piel; cremas hidratantes, y emolientes después del baño. Además, plantea el uso de soportes y apósitos que alivien la presión en las prominencias óseas; así como también camas y colchones especiales de alternancia de presión de aire, el cual reduce la intensidad y duración de la presión. El uso de estas camas de aire alcanza presiones de interfaz bajas entre la cama y el paciente; esto le proporciona inmersión máxima y envolvimiento, e incluso disminuye la maceración de la piel, hecho que contribuye a la prevención de UPP. También el cambio de posición, entre dos y cuatro horas, en cama o en sillas de ruedas, es una estrategia enfocada a la prevención de las úlceras por presión.

En lo que respecta a la administración segura de medicamentos, en esta investigación se comprobó que el 57% de los pacientes atendidos por el profesional de enfermería evidenciaron un nivel de práctica óptimo en la administración segura de medicamentos y el 43% cuestionable.

Con relación a la investigación, el estudio de Sánchez y Grajales (2009), denominado *“Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente”*, en México, descubrió que el índice de eficiencia global obtenido fue del 85%. El 26%, se encontró en un nivel de cumplimiento significativo, el 55% en un nivel de cumplimiento parcial, y finalmente el 4% en un nivel de cumplimiento mínimo.

Por el hecho de que los enfermeros actúan principalmente en el proceso final de la terapia medicamentosa, se incrementa la responsabilidad en impedir cualquier fallo, ya que el momento de administrar es la última oportunidad de interrumpir la acción, en caso se haya descubierto algún fallo, evitando así el error que pudo haber sucedido en las primeras fases del proceso. Debido a esto, ante la gravedad y complicación de las iatrogenias ocurridas con la medicación, es necesaria la aplicación de varios principios científicos que avalen la acción del enfermero, para prevenir y disminuir los errores, dar la seguridad necesaria al paciente y garantizar la calidad del servicio (Filho et al., 2012).

De acuerdo a los ítems evaluados, se encontró que el 100% de los profesionales, durante la atención al paciente, verificó el medicamento correcto, comprobó la dosis correcta, corroboró la vía de administración correcta, identificó al paciente correcto, y registró todos los medicamentos administrados.

En la investigación de Sánchez y Grajales (2009), los ítems que presentaron una mayor eficiencia con el 85% correspondían a si las enfermeras revisan la indicación, verifican las características del medicamento, comprueban la indicación frente a la etiqueta, preparan el medicamento con base a los cinco correctos, identifican al paciente y realizan los registros en la hoja de enfermería.

Los eventos adversos, siendo frecuentes los relacionados con los errores de medicación, son considerados como severos indicadores de calidad en los servicios de salud y de la asistencia prestada, y son continuamente observados en la práctica asistencial. Por ello, actualmente, los servicios de salud y en especial los servicios de enfermería vienen buscando alcanzar niveles más altos de excelencia en el

cuidado, con el objetivo de proporcionar una asistencia libre de riesgos y daños al paciente (Pelliciotti y Kimura, 2010).

Al analizar los ítems de la lista de chequeo, se encontró que en el 44% no se administró el medicamento a la hora correcta, ni se indagó sobre posibles alergias, en un 43% no se verificó la fecha de vencimiento, en el 47% no se educó e informó al paciente sobre el medicamento recibido, y, por último, en el 100% no se generó una historia farmacológica completa del paciente.

Asimismo, un estudio realizado por De Bortoli Cassiani et al. (2010) sobre *“Identificación y análisis de los errores de medicación en seis Hospitales Brasileños”*, halló en los resultados de las observaciones, que los errores relacionados al horario correspondieron al 53,8%. De igual manera, en el estudio sobre *“Conocimientos relacionados con aspectos de la administración de medicamentos en la práctica de enfermería en tres hospitales del Atlántico en Colombia”*, ejecutado por Ríos et al. (2014), descubrió que el 49 % no explica al paciente el procedimiento que se le va a realizar.

Los errores de medicación y sus consecuencias dañinas, constituyen actualmente un problema grave de salud pública, con serias consecuencias no sólo desde un punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque generan la desconfianza de los pacientes en el sistema y dañan a los profesionales e instituciones sanitarias (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### 1. Conclusiones

- El 55% de las enfermeras alcanzó un nivel de práctica óptimo en la prevención de eventos adversos, y el 45% cuestionable.
- Así mismo, en la práctica de prevención de caídas, el 74% obtuvo una calificación óptima, seguido del 20% que fue cuestionable, y finalmente, un 6% con la clasificación más baja.
- Con respecto a la prevención de UPP, el 77% obtuvo una calificación cuestionable en la práctica, el 13% llegó al nivel crítico, y sólo un 10% tuvo un nivel óptimo.
- Por otro lado, en la administración segura de medicamentos, se alcanzó un nivel de práctica óptimo con el 57%, mientras que el 43% fue cuestionable.

## 2. Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos en el estudio, se recomienda:

- Al departamento de calidad, la implementación de un programa que permita el monitoreo constante del quehacer de enfermería, con la finalidad de evitar la ocurrencia de eventos adversos.
- Al departamento de enfermería, planificar mayor número de capacitaciones sobre la importancia de la prevención de EAs; a su vez se recomienda proporcionar incentivos que motiven al profesional de enfermería a brindar una atención de calidad. De igual manera se invita a la replicación del instrumento en otros servicios del hospital.
- A las enfermeras, a actualizar sus conocimientos sobre los EAs para estar listos ante cualquier riesgo inherente en la práctica clínica.
- A la escuela de enfermería, incentivar en los estudiantes la realización de investigaciones en el área clínica de enfermería, con la finalidad de proporcionar conocimientos científicos que permitan brindar cuidados enfermeros basado en la evidencia.

## Referencias

- Acendra, J. J., Mercado, M. de la H., Montes, L., & Pardo, R. M. A. (2016). Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(22). Retrieved from <http://scielo.sld.cu>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2001). *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices Prepared. Evidence Report/Technology Assessment* (Vol. 43). U.S. Retrieved from <https://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/pdf/front.pdf>
- Agip, D. P., & Adanaqué, S. V. (2014). *Más allá de los cinco correctos en la administración de medicamentos desde la percepción de los profesionales de enfermería*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Retrieved from [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/439/1/TL\\_PerezAgipDiana\\_VillegasAdanaqueShirley.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/439/1/TL_PerezAgipDiana_VillegasAdanaqueShirley.pdf)
- Avance, C., Retos, N., & Gluck, P. A. (2012). Seguridad del Paciente. *Obstet Gynecol/Obstet Gynecol*, 120(12), 1149–1149. <https://doi.org/10.1097/AOG.Ob013e31826feaa0>
- Barahona, A. P., & Silva, J. B. (2012). Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. *Revista CES Medicina*, 26(1), 19–28. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v26n1/v26n1a03.pdf>
- Bernal, M. D., Villarreal, H. M., & Varela, J. S. (2012). La seguridad del paciente eje toral de la calidad de la atención. In *Secretaría de Salud* (pp. 127–148). México.

Retrieved from

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro\\_02.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf)

Betancourt, C. L. (2010). Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(1), 1–3. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100001)

Brenes, G. V., Céspedes, C. J., & Madrigal, S. M. (2010). Programa para la prevención de úlceras por presión en personas adultas mayores. *Enfermería Actual En Costa Rica*, 18, 1–16. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44817860006>

Busso, N. F. (2004). Los eventos adversos y la calidad de atención. *Arch. argent. pediatr*, 102(5). Retrieved from [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752004000500014](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500014)

Cárdenas, H. V., Parra, D., Gómez, R. R., & Figuera, F. C. (2011). Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud. *Rev. Univ. Ind. Santander*, 43(3), 249–253. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072011000300005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000300005)

Charles, D. (2015). *Protocolo de administración de medicamentos. Clínica Mayor*. Chile. Retrieved from <https://www.clinicamayor.cl>

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2017). *Disciplina enfermera. Conceptos nucleares de la enfermería. Modelos y teorías de enfermería*.

Características generales de los modelos: componentes y elementos. Principales teóricas. In *Manual CTO de Oposiciones de Enfermería* (p. 219). Madrid: Grupo CTO.

Congreso de la República. (1997). *Ley General de Salud 26842*. Lima. Retrieved from [http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley 26842-1997 - Ley General de Salud Concordada.pdf](http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley_26842-1997_-_Ley_General_de_Salud_Concordada.pdf)

Consejería de Salud. (2017). *Guía fase para la prevención de las úlceras por presión*. Sevilla. Retrieved from <https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2017/03/guiaupp.pdf>

De Bortoli Cassiani, S. H., Monzani, A. A. S., Silva, A. E. B. de C., Fakh, F. T., Opitz, S. P., & Cardoso, A. T. T. (2010). Identificación y análisis de los errores de medicación en seis Hospitales Brasileños. *Ciencia Y Enfermería*, 16(1), 85–94. Retrieved from [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art\\_10.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_10.pdf)

Definición ABC. (n.d.). Prevención. Retrieved from <https://www.definicionabc.com/general/prevencion.php>

Definición ABC. (2008). Riesgo. Retrieved from <https://www.definicionabc.com/general/riesgo.php>

Donabedian, A. (1980). *Calidad*. Retrieved from <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/boletines/Boletin28.pdf>

Duarte, H. G., Sánchez, P. G., & Schmalbach, J. E. (2009). Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia. *Rev. Salud Pública*, 11(5), 745–753. Retrieved from <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/download/37583/>

- Duque, O. F., Moreno, B. T., & Salazar, C. A. (2007). Úlceras por presión. In *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)* (p. 820). España: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Retrieved from [https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-0521\\_II.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-0521_II.pdf)
- Espíritu, N., Lavado, G., Pantoja, L., Lam, C., Barrientos, M., & Centeno, R. (2007). Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima. *Rev. Calidad Asistencial*, 22(6), 335. Retrieved from <http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-notificacion-eventos-adversos-un-hospital-13113634>
- ESSALUD. (2012). *Directiva N° -GG- ESSALUD - 2012 "Prácticas seguras para la prevención y reducción de riesgo de caídas."* Lima. Retrieved from [https://www.academia.edu/9418195/DIRECTIVA\\_N\\_-GG\\_ESSALUD\\_-2012\\_PRACTICAS\\_SEGURAS\\_PARA\\_LA\\_PREVENCIÓN\\_Y\\_REDUCCIÓN\\_DE\\_RIESGO\\_DE\\_CAIDAS\\_?auto=download](https://www.academia.edu/9418195/DIRECTIVA_N_-GG_ESSALUD_-2012_PRACTICAS_SEGURAS_PARA_LA_PREVENCIÓN_Y_REDUCCIÓN_DE_RIESGO_DE_CAIDAS_?auto=download)
- Fernández, D. B. (2012). *Evaluación y mejora de la calidad de la valoración y prevención de las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario Virgen de la Arrixaca.* Universidad de Murcia. Retrieved from [https://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS\\_FINALES/DOLORES\\_BETETA/TFM\\_DOLORES\\_BETETA\\_FERNANDEZ.pdf](https://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS_FINALES/DOLORES_BETETA/TFM_DOLORES_BETETA_FERNANDEZ.pdf)
- Figueiredo, M. L. de, & D'Innocenzo, M. (2017). Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 16(3), 605–620. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>

- Filho, M. de A., Martins, S., Soares, R. S., Fazendeiro, G., Paranaguá, T. de B., & Bezerra, Q. (2012). Administración de medicamentos: Conocimiento de los enfermeros del sector de urgencia y emergencia. *Enfermería Global*, 26, 54–64. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412012000200005>
- Gabriel, C. S., Rocha, M. R. A. F. R., Bernardes, A., Miguelaci, T., & Silva, M. de L. P. (2011). Utilización de indicadores de desempeño en servicio de enfermería de hospital público. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5). Retrieved from [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Gallo, A. R., Pimentel, S. P., Bonet, A. L., & Adán, M. C. (2009). Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 25, 3–4. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n3-4/enf02309.pdf>
- González, R. V., Vera, G. M., Martínez, J. D. H., & Carrillo, L. X. G. (2015). Plan de Atención Integral de Enfermería para el Cuidado de Personas con Úlceras por Presión. *Rev. Fac. Med.*, 63(1), 69–80. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.46595>
- Grajales, R. Z. (2004). *Index de enfermería. Index de Enfermería* (Vol. 13). Fundación Index. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Grajales, R. Z., Álvarez, R. S., Arreola, S. O., Corral, S. H., Sánchez, J. B., López, M. P., ... Ruíz, C. T. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*, 14(4), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>

- Guardia, A. T., Morales, E. V., & Novelo, L. C. (2015). Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. *Enfermería Universitaria*, 12(4), 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.10.004>
- Herrera, D. H., Elizarraraz, N. A., Argote, M. V., Quirarte, N. G., Hidalgo, H. C., & Hernández, L. I. (2017). Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería Prevención de caídas en adultos hospitalizados. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.007>
- Imbernón, J. C., Molina, P. G., Martínez, J. A., Lorente, M. S., Vidal, L. A., Martínez, J. B., ... Hernández, C. V. (2012). *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas*. España. Retrieved from [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_520\\_Ulceras\\_por\\_presion\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf)
- Joanna Briggs Institute. (1998). *Caídas en hospitales. BestPractice* (Vol. 2). Australia. Retrieved from [http://www.murciasalud.es/recursos/best\\_practice/1998\\_2\\_2\\_CAIDASHOSPITAL.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/1998_2_2_CAIDASHOSPITAL.pdf)
- Leonel, A. A., Hernández, J. P., Arizmendi, M. D. Z., & Ortiz, G. F. (2011). Errores de enfermería en la atención hospitalaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 19(3), 149–154. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113g.pdf>
- López, M. E. (2010). Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira. *Cultura Del Cuidado Enfermería*, 7(1), 16–23. Retrieved from <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/Viewer/pdfjs/pdf.js>

- Luisa, C. O., Cristina, C. S., Francisca, M. T., & Eva, V. S. (2012). Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. *SESCAM*, 1–23. Retrieved from <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e16faaec77d5e943d6515699ca107e3.pdf>
- Luzia, M. de F., Victor, M. A. de G., & Lucena, A. de F. (2014). Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(2), 262–8. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3250.2411>
- Martínez, G. F. (2012). *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas*. España. Retrieved from [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_520\\_Ulceras\\_por\\_presion\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf)
- Mejía, E. S., Mendoza, A. J., Gálvez, L. R., & Aguilar, A. A. (2015). Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. *Enfermería Universitaria*, 12(4), 173–181. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.004>
- Ministerio de Salud. (2016a). Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud. In *Directiva Sanitaria N° 003 – IGSS/V.01: Rondas de seguridad y gestión del riesgo para la seguridad del paciente* (MINSa). Lima: MINSa.
- Ministerio de Salud. (2016b). Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud. In *Directiva Sanitaria N° 005 – IGSS/V.01: Sistema de registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas*. Lima: MINSa.

- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Protocolo de seguridad del paciente. Prevención de caídas*. Ecuador. Retrieved from <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-PREVENCIÓN-DE-CAÍDAS.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas*. España. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prev-enir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. España. Retrieved from [https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/psc\\_sp2.pdf](https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/psc_sp2.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo*. España. Retrieved from <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo..pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamérica*. España. Retrieved from <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME GLOBAL IBEAS.pdf>
- MINSA. (2006). *Plan Nacional para la Seguridad del Paciente*. Perú. Retrieved from <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/RM676-2006.pdf>
- MINSA. (2007). *Sistema de gestión de la calidad en salud*. Lima. Retrieved from

[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000\\_sgcalidad-2.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_sgcalidad-2.pdf)

MINSA. (2008). *Sistema de gestión de la calidad en salud*. Lima. Retrieved from <http://www.hospitalsjl.gob.pe>

MINSA. (2011). *Manual de guías de administración de medicamentos*. Lima. Retrieved from <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-ENFER-2014/GUIA DE MEDICAMENTOS, 24 ENERO 2011.pdf>

MINSALUD. (2014). *Prevención Úlceras por Presión*. Colombia. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prev-enir-ulceras-por-presion.pdf>

Mirquez, J. C. R., & Cardona, Á. M. (2012). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. *Rev. Panam. Salud Publica*, 31(6), 531. Retrieved from <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n6/531-532/es>

Muga, M. V. de. (2016). *Factores asociados a errores de medicación en un Servicio de Urgencias Pediátrico y estrategias de mejora*. Universidad de Barcelona. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=116858>

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2017). About Medication Errors. Retrieved from <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>

Net, À., & Suñol, R. (2013). La calidad de la atención. *Ponències I Jornades*. Retrieved from [http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf)

OMS. (2004). Seguridad del paciente. Retrieved from

[http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/)

OMS. (2016). Los Conceptos de Calidad en Salud. Retrieved from <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>

OMS. (2017). Caídas. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>

OPS/OMS. (2002). *Úlceras por Presión*. Retrieved from <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia30.pdf>

OPS/OMS. (2012). *Eventos adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica*. Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Resultados Estudio AMBEAS - COLOMBIA.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Resultados%20Estudio%20AMBEAS%20-%20COLOMBIA.pdf)

Paredes, L. B., Guerrero, M. E., & Angulo, J. O. (2004). Las úlceras por presión en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos e intermedios del INER. *Revista Del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 17(2), 91–99. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-75852004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Parra, D., Figuera, F. C., & Rey, R. G. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global*, 11(28), 159–169. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-)

61412012000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Parras, J. M. L., Orpez, J. A., López, F. Z., Fernández, F. G., Corral, R. C., García, I. C., ... José Alejo Esteban. (2011). Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. *GEROKOMOS*, 22(4), 167–173. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v22n4/comunicacion3.pdf>

Pelliciotti, J. da S. S., & Kimura, M. (2010). Errores de medicación y calidad de vida relacionada a la salud de profesionales de enfermería en Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(9). Retrieved from [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

Pérez, S. M. G. G. (2004). Eventos adversos en hospitales de la secretaría de salud tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 10(3), 29–39. Retrieved from <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/116>

Real, A. del C., Martín, V. N., & Sanz, B. O. (2014). *Actuación de enfermería en la prevención de caídas en las personas mayores*. Universidad de Valladolid. Retrieved from <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11816/1/TFG-H224.pdf>

Real Academia Española. (2017a). Calidad. Retrieved from <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P%7C6nXVL1Z>

Real Academia Española. (2017b). Riesgo. Retrieved from <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=riesgoso>

Ríos, S. C., Agudelo, D. D., Martínez, R. D. las S., Cantillo, E. G., Jimenez, C. L., & Meléndez, S. Q. (2014). Conocimientos relacionados con aspectos de la administración de medicamentos en la práctica de enfermería en tres hospitales del Atlántico (Colombia). *Salud Uninorte*, 30(3), 371–380. Retrieved

from <http://www.redalyc.org/pdf/817/81737153011.pdf>

- Rodríguez, M. A., Domínguez, Y. A., Hernández, Y. A., Guerra, C. V., & Calero, T. M. G. (2012). Pesquisaje y prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en población de riesgo. *Revista Cubana de Higiene Y Epidemiología*, 50(3), 380–391. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032012000300012&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032012000300012&script=sci_abstract)
- Romero, Z. B., & Esperón, J. M. T. (2001). Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(1), 11–8. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v27n1/spu02101.pdf>
- Salazar, N. E. (2007). *Seguridad del paciente*. Madrid. Retrieved from [www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm](http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm) / [blog.plandecalidadsns.es/](http://blog.plandecalidadsns.es/)
- Sampieri, R. H., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (MCGRAW-HILL, Ed.). México.
- Sánchez, P. A. C., & Grajales, R. A. Z. (2009). Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. *Revista Enfermería Universitaria*, 6(2), 23–29. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu092c.pdf>
- Santi, T., Gollner, R. Z., Zancan, J. T., Beck, L. C., Martins, D. A., & Marion, R. da S. (2014). Error de medicación en un hospital universitario: percepción y factores relacionados. *Enfermería Global*, 160–171.
- Santoyo, S. A., Parra, G. M., & Pérez, E. B. (2008). Seguridad de los pacientes,

prioridad del Hospital Infantil de México: punto de vista del médico como paciente. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 65(5), 407–411.

Retrieved from

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Silva, A. E. B. de C., Reis, A. M. M., Miasso, A. I., Santos, J. O., & Cassiani, S. H. D. B. (2011). Eventos adversos causados por medicamentos en un hospital centinela del Estado de Goiás, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_21.pdf)

Smith, A. L., Ruiz, I., & Jirón, M. (2014). Errores de medicación en el servicio de medicina de un hospital de alta complejidad. *Revista Medica de Chile*, 142, 40–47. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000100007>

Solar, L. A. P., Reguera, M. G., Gómez, N. P., & Borges, K. R. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835–834. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

The National Patient Safety Foundation. (2000). *Agenda for Research and Development in Patient Safety*. Cambridge. Retrieved from <http://www.npsf.org/default.asp?page=researchgrants&DGPCrPg=1&DGPCrSrt=7A>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2007). Teorías de la enfermería de importancia histórica. In *Modelos y teorías en enfermería* (6ta ed., pp. 267–295). España: Elsevier Mosby.

- Torres, M. P. (2017). Eventos adversos, un desafío para la medicina. Retrieved from <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10.html>
- Valles, J. H. H., Monsiváis, M. G. M., Guzmán, G. I., & Arreola, L. V. (2016). Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es\\_0104-1169-rlae-24-02817.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02817.pdf)
- Vargas, C. P., Pinedo, L. V., & Cano, M. G. (2009). Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. *Rev. Med. Hered*, 20(201), 17–21. Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n1/v20n1ao3.pdf>
- Villanueva, M. T., Salazar, M. del C., Colex, L. T., & Ramírez, C. O. (2003). Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero Derechos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 11, 51–57. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032b.pdf>
- Vituri, D. W., & Évora, Y. D. M. (2014). Fiabilidad de indicadores de calidad del cuidado de enfermería: comprobando la concordancia y fiabilidad entre evaluadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 234–240. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3262.2407>
- White, E. G. (1959). El ministerio de curación. Retrieved from <https://text.egwwritings.org/publication.php?pubtype=Book&bookCode=MC&lang=es&pagenumber=167&Ullang=ar>
- Zea, N. H., Calderón, C. L., Avalos, M. Q., & Tito, Y. Q. (2015). *Aplicación de los*

*diez correctos en la administración de antibióticos endovenosos de la familia cefalosporina en pacientes del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue.* Universidad Peruano Cayetano Heredia. Retrieved from [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/837/Aplicacion\\_Hilasaca\\_Zea\\_Nora.pdf?sequence=1](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/837/Aplicacion_Hilasaca_Zea_Nora.pdf?sequence=1)

## **Anexos**

## Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



### LISTA DE CHEQUEO

### CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN RIESGO DE CAIDAS

A continuación, conteste las preguntas y marque con una (X) la respuesta que usted perciba durante el cuidado al paciente hospitalizado.

INDICADORES	SI (1)	NO (0)
1. Deambulaci3n asistida		
2. Paciente acompa1ado de familiar, tutor o responsable a cargo		
3. Deambulaci3n con calzado firme y apropiado (antideslizante)		
4. Hace uso de aparatos de apoyo en caso lo requiera		
5. La cama o camilla tiene las barandas arriba		
6. La cama o camilla tiene los frenos activados		
7. Cama o camilla elevada a la altura del paciente		
8. Sala con timbres operativos y al alcance del paciente		
9. Objetos personales al alcance del paciente		
10. Superficie seca sin obst1culos		
11. Iluminaci3n apropiada y suficiente		
12. Duchas con barandillas		
13. Duchas con sillas		
14. Valora Escala de Riesgo de Caídas		

*Fuente: ESSALUD.*

### CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN RIESGO DE UPP

INDICADORES	SI (1)	NO (0)
1. Usa lociones hidratantes		
2. Valora factores de riesgo que predisponen la aparición de UPP		
3. Levanta al paciente de la cama en caso sea posible		
4. El aporte nutricional es adecuado		
5. Uso de colchón anti escaras en caso lo requiera		
6. Sabanas bien tendidas sin pliegues, arrugas, o húmedas		
7. Coloca señal de riesgo en unidad de paciente		
8. Cambia de posición cada dos horas		
9. Revisa pañal para evitar la humedad		
10. Valora escala de Norton		
11. Valora el estado y la integridad de la piel: hidratación, turgencia, color en las zonas de presión		
12. Usa jabón neutro para el baño		
13. Mantiene la piel sin humedad (antes y después del baño)		
14. Coloca apósitos o almohadas en puntos de fricción o presión		

*Fuente: ESSALUD.*

**CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN ADMINISTRACION  
SEGURA DE MEDICAMENTOS**

<b>INDICADORES</b>	<b>SI (1)</b>	<b>NO (0)</b>
1. Verifica el medicamento correcto		
2. Verifica la fecha de vencimiento		
3. Comprueba la Dosis correcta		
4. Corrobora la vía de administración correcta		
5. Identifica al Paciente correcto		
6. Administra el medicamento a la hora correcta		
7. Educa e informa al paciente sobre el medicamento		
8. Indaga sobre posibles alergias a medicamentos		
9. Genera una historia farmacológica completa		
10. Registra todos los medicamentos administrados		

*Fuente: ESSALUD.*

## Anexo 2. Escalas de valoración

<b>ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS EN HOSPITAL – MORSE</b>		
<b>ÍTEMS</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTOS</b>
Antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses	No	0
	Si	<b>25</b>
Diagnóstico secundario	No	0
	Si	<b>15</b>
Ayuda para la deambulación	Reposo en cama, ayuda de enfermera	0
	Muletas, bastón, andador	<b>15</b>
	Muebles	<b>30</b>
Catéteres IV/ Vía heparinizada	No	0
	SI	<b>20</b>
Equilibrio/traslado	Normal, reposo en cama, inmóvil	0
	Débil	<b>10</b>
	Alterado	<b>20</b>
Estado Mental	Orientado según las posibilidades	0
	Olvida sus limitaciones	<b>15</b>
<b>PUNTUACION</b>		
<b>Sin riesgo: &lt; 24</b>	<b>Riesgo bajo: 25 - 50</b>	<b>Riesgo alto: &gt; 50</b>

<b>ESCALA DE RIESGO DE UPP – NORTON</b>				
<b>INDICADORES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>ESTADO FÍSICO GENERAL</b>	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
<b>INCONTINENCIA</b>	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
<b>ESTADO MENTAL</b>	Estuporoso o comatoso y/o	Confuso o	Apático	Alerta
<b>ACTIVIDAD</b>	Encamado	Sentado o	Camina con ayuda	Ambulante
<b>MOVILIDAD</b>	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total
<b>PUNTUACION</b>				
<b>Sin riesgo: &lt; 14      Riesgo alto: &gt; 14</b>				

### Anexo 3. Prueba de confiabilidad

#### KR-20 POR MICROSOFT EXCEL 2016

Estadísticas de fiabilidad del cumplimiento de las medidas preventivas en riesgo de caídas.

KR-20	N de elementos
,858	14

Estadísticas de fiabilidad del cumplimiento de las medidas preventivas en riesgo de úlceras por presión.

KR-20	N de elementos
,812	14

Estadísticas de fiabilidad del cumplimiento de las medidas preventivas en administración segura de medicamentos.

KR-20	N de elementos
,824	10

#### Anexo 4. Frecuencias de resultados.

Ítem	Si		No	
	n	%	n	%
1. Deambulaci3n asistida	86	86.0	14	14.0
2. Paciente acompa1ado de familiar, tutor o responsable a cargo	90	90.0	10	10.0
3. Deambulaci3n con calzado firme y apropiado (antideslizante)	87	87.0	13	13.0
4. Hace uso de aparatos de apoyo en caso lo requiera	93	93.0	7	7.0
5. La cama o camilla tiene las barandas arriba	92	92.0	8	8.0
6. La cama o camilla tiene los frenos activados	99	99.0	1	1.0
7. Cama o camilla elevada a la altura del paciente	88	88.0	12	12.0
8. Sala con timbres operativos y al alcance del paciente	87	87.0	13	13.0
9. Objetos personales al alcance del paciente	80	80.0	20	20.0
10. Superficie seca sin obst1culos	81	81.0	19	19.0
11. Iluminaci3n apropiada y suficiente	93	93.0	7	7.0
12. Duchas con barandillas	100	100.0	0	0.0
13. Duchas con sillas	94	94.0	6	6.0
14. Valora Escala de Riesgo de Caídas	0	0.0	100	100.0

Ítem	Si		No	
	n	%	n	%
1. Verifica el medicamento correcto	100	100.0	0	0.0
2. Verifica la fecha de vencimiento	57	57.0	43	43.0
3. Comprueba la Dosis correcta	100	100.0	0	0.0
4. Corroborar la vía de administración correcta	100	100.0	0	0.0
5. Identifica al Paciente correcto	100	100.0	0	0.0
6. Administra el medicamento a la hora correcta	56	56.0	44	44.0
7. Educa e informa al paciente sobre el medicamento	53	53.0	47	47.0
8. Indaga sobre posibles alergias a medicamentos	56	56.0	44	44.0
9. Genera una historia farmacológica completa	0	0.0	100	100.0
10. Registra todos los medicamentos administrados	100	100.0	0	0.0

Ítem	Si		No	
	n	%	n	%
1. Usa lociones hidratantes	69	69.0	31	31.0
2. Valora los riesgos que predispone la aparición de la UPP	78	78.0	22	22.0
3. Levanta al paciente de la cama o sienta en sillón	92	92.0	8	8.0
4. El aporte nutricional es adecuado	100	100.0	0	0.0
5. Uso de colchón anti escaras en caso lo requiera	4	4.0	96	96.0
6. Sabanas bien tendidas sin pliegues o arrugas	79	79.0	21	21.0
7. Coloca señal de riesgo en unidad de paciente	100	100.0	0	0.0
8. Cambia de posición cada dos horas	100	100.0	0	0.0
9. Revisa ropas de cama para evitar la humedad	100	100.0	0	0.0
10. Valora escala de Norton	8	8.0	92	92.0
11. Valora el estado y la integridad de la piel: hidratación, turgencia, color en las zonas de presión	99	99.0	1	1.0
12. Usa jabón neutro para el baño	68	68.0	32	32.0
13. Mantiene la piel sin humedad (antes y después del baño)	100	100.0	0	0.0
14. Coloca apósitos o almohadas en puntos de fricción o presión	90	90.0	10	10.0

## Anexo 5. Validación de instrumentos.



### UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN POSGRADO DE SALUD PÚBLICA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta:

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple los objetivos propuestos?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 X 100
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 X 100
3. ¿Estima usted, que la cantidad de ítems que se utilizan son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 X 100
4. ¿Considera usted, que si se aplica este instrumento a muestras similares, se obtendrían datos también similares?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 X 100
5. ¿Estima usted, que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 X 100
6. ¿Qué preguntas cree usted que se podría agregar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Qué preguntas se podría eliminar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Recomendaciones  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Validado por: eng. Ruth Vallejos Atabaya

Ruth Vallejos A.

Firma

Grado académico: Magister Salud Pública

Fecha: 14/06/2017

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

Escala \_\_\_\_\_

Este formato permite evaluar las condiciones del instrumento de medición psicológica que será distribuido a los participantes. Por favor evalúe los siguientes aspectos:

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI (X)

NO ( )

Observaciones y/o sugerencias:

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

SI (X)

NO ( )

Observaciones y/o sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?

SI ( )

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

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

SI ( )

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

5) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ( )

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: 14/06/2017

Nombre y firma del juez: Ruth Valljos Atalaya Ruth Valljos Atalaya

Institución donde labora: Universidad Perené Unión

Años de experiencia profesional o científica: 20 años



Una Institución Avanzada

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN  
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA  
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta:

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple los objetivos propuestos?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ **100**

2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ **100**

3. ¿Estima usted, que la cantidad de ítems que se utilizan son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ **90** \_\_\_ 100

4. ¿Considera usted, que si se aplica este instrumento a muestras similares, se obtendrían datos también similares?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ **100**

5. ¿Estima usted, que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ **100**

6. ¿Qué preguntas cree usted que se podría agregar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Qué preguntas se podría eliminar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Recomendaciones  
*Sugiero alinear los 4 formatos de cumplimiento en un solo modelo: Paciente, enseres, ambiente, personal.*

Validado por: Karen Souza Arist

Firma

Grado académico: Lic. Enfermería

Fecha: 22-06-17

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

Escala \_\_\_\_\_

Este formato permite evaluar las condiciones del instrumento de medición psicológica que será distribuido a los participantes. Por favor evalúe los siguientes aspectos:

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI (X)

NO ( )

Observaciones y/o sugerencias:

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

SI (X)

NO ( )

Observaciones y/o sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?

SI ( )

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

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

SI ( )

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

5) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI ( )

NO ( )

Observaciones y/o sugerencias:

Sugiero alinear los 4 formatos de cumplimiento en un solo modelo: Paciente, enfermos, ambiente o entorno, Del Personal.

Otras observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha:

Nombre y firma del juez: Lic. Enf. Karen Souza Anista

Institución donde labora: Clínica Adventista Ana Stahl

Años de experiencia profesional o científica: 18 años

  
Lic. Karen Souza Anista  
C.E. # 10007  
GERENCIA DE EMPLEADOS



Una Institución Avanzada

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN  
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA  
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta:

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple los objetivos propuestos?

0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100

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

0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100

3. ¿Estima usted, que la cantidad de ítems que se utilizan son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100

4. ¿Considera usted, que si se aplica este instrumento a muestras similares, se obtendrían datos también similares?

0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100

5. ¿Estima usted, que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100

6. ¿Qué preguntas cree usted que se podría agregar?

\_\_\_\_\_

7. ¿Qué preguntas se podría eliminar?

\_\_\_\_\_

8. Recomendaciones

\_\_\_\_\_

Validado por: Lic. Marisol Sangama Tuanama

COPIA ADMINISTRA ANA STAHL  
LIC. MARISOL SANGAMATUANAMA  
01012007

Firma

Grado académico: Lic. Enfermería

Fecha: 22-06-17

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

Escala \_\_\_\_\_

Este formato permite evaluar las condiciones del instrumento de medición psicológica que será distribuido a los participantes. Por favor evalúe los siguientes aspectos:

**1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?**

SI (  )

NO ( )

**Observaciones y/o sugerencias:**

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

SI (  )

NO ( )

**Observaciones y/o sugerencias:**

**3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?**

SI ( )

NO (  )

**Observaciones y/o sugerencias:**

**4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del instrumento?**

SI ( )

NO (X)

Observaciones y/o sugerencias:

5) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ( )

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

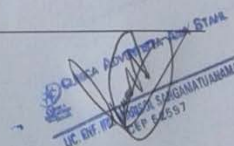
\_\_\_\_\_

Fecha:

Nombre y firma del juez: Iris Marisol Sangama Tuanama

Institución donde labora: clinica Ana sthal

Años de experiencia profesional o científica: 8 años

  
CLINICA ADMINISTRATIVA STHAL  
LIC. INF. PSICOLÓGICA SANGAMATUANAMA  
RFP 64997

## **Anexo 6. Consentimiento**

### **CONSENTIMIENTO ABREVIADO**

PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE MAYNAS-IQUITOS, 2017

#### **INTRODUCCIÓN:**

Buenos días/tardes, mi nombre es Ricardo Atauje Saito, estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Peruana Unión. Este cuestionario tiene como propósito Determinar el nivel de práctica sobre la prevención de eventos adversos en las enfermeras del servicio de hospitalización de una institución privada de salud, Iquitos. Dicha información será de mucha importancia para desarrollar el estudio.

Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a [ctrl@hotmail.com](mailto:ctrl@hotmail.com)

***He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.***

A continuación, detallan las instrucciones o explicaciones para el llenado del cuestionario.

#### **INSTRUCCIONES:**

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que usted crea conveniente.

#### **Observación:**

Cada participante de la investigación debe recibir una copia de este consentimiento.