

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Eventos adversos asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019

Por:

Shareen Cleidia Avalos Pérez

Asesora:

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, septiembre de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, ELIZABETH GONZALES CARDENAS, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico: *“Eventos adversos asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019.”*, constituye la memoria que presenta la licenciada: SHAREEN CLEIDIA AVALOS PEREZ, para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los tres días del mes de septiembre de 2019.



Mg. Elizabeth Gonzales Cardenas

Eventos adversos asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la unidad
de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería:
Cuidados Intensivos Pediátricos

JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Presidente



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Secretario



Mg. Elizabeth Gonzales Cardenas

Asesor

Lima, 03 de septiembre de 2019

Índice

Resumen.....	vii
Capítulo I.....	8
Planteamiento del problema.....	8
Identificación del problema.....	8
Formulación del problema	12
Problema general.....	12
Problemas específicos.....	12
Objetivos de la investigación	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
Justificación.....	14
Justificación teórica.....	14
Justificación metodológica.....	14
Justificación práctica y social.....	15
Presuposición filosófica	16
Capítulo II	18
Desarrollo de las perspectivas teóricas	18
Antecedentes de la investigación	18
Bases teóricas	25
Paciente pediátrico.....	25
Eventos adversos.....	27

Los eventos adversos y la trascendencia en la seguridad del paciente	32
Eventos adversos en pediatría.	40
Rol de la enfermera en la prevención de los eventos adversos.	41
Teoría Florence Nightingale.	42
Enfermería.	42
Persona.	43
Salud.	44
Entorno.	44
Capítulo III.	46
Metodología	46
Descripción del lugar de ejecución	46
Población y muestra	46
Población.	46
Muestra.	47
Criterios de inclusión y exclusión.	47
Tipo y diseño de investigación.	47
Identificación de variables:	48
Operacionalización de variable	48
Técnica e instrumentos de recolección de datos	50
Proceso de recolección de datos.	51
Análisis de la información de los datos.	51

Consideraciones éticas	52
Capítulo IV	53
Administración del proyecto de investigación.....	53
Cronograma de ejecución.....	53
Presupuesto	54
Referencias bibliográficas.....	55
Apéndices.....	61
Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos.	62
Apéndice B. Validación de instrumento	65
Apéndice C. Confiabilidad de los instrumentos.....	82
Apéndice D. Consentimiento informado	84
Apéndice E. Matriz de consistencia.....	86
Apéndice F. Carta de presentación del docente asesor	87

Resumen

En los diversos niveles de atención hacia el paciente la seguridad es la labor de mayor importancia para la recuperación y conservación de la salud. Los trabajos de enfermería y de intervención con el paciente en función del cuidado deben de considerar e implementar acciones para minimizar el riesgo de contraer enfermedades o la propia complicación de las mismas. La identificación, valoración y conocimiento de las diversas situaciones de riesgo que pueden desencadenar en una lesión o enfermedad propia de las labores de enfermería deben de ser tomadas en cuenta para todo tipo de atención y ser controladas o mitigadas para poder evitar diversos errores que puedan afectar de forma negativa a la recuperación o mantenimiento de la salud del paciente (Lady, 2017). El estudio científico presentado maneja como objetivo principal el determinar los eventos adversos en el cuidado de enfermería del paciente Pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional. Estudio de carácter descriptivo, no experimental. Se trabajó con diferentes pacientes hospitalizados con diversos tipos de patologías dependientes de un cuidado humanizado de enfermería. Se consideró como instrumento investigativo al Formato de Consolidación de Incidentes y Eventos del Ministerio de Salud de Lima- Perú. La obtención de resultados permitirá reconocer diversas situaciones y eventos adversos, cuyo reconocimiento será de gran beneficio a todo el equipo de salud y a los pacientes, pues de esta manera se incrementaran los indicadores positivos en salud y cuidados de los mismos, mejorando de esta manera la calidad del cuidado humanizado de enfermería.

Palabras claves: Eventos adversos, paciente pediátrico y seguridad de paciente.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del problema

Las diversas realidades cognitivas o prácticas del presente tiempo o siglo han logrado convertirse en un sistema de procesos mecanizados, acciones humanas y tecnologías emergentes que en muchos casos aportan beneficios fundamentales pero que también implican riesgos inevitables de que ocurran eventos adversos. (Merchante, 2010)

La naturaleza humana nos lleva a incurrir en errores en todos los ámbitos en los que desarrollamos intervenciones y acciones, pero esa misma naturaleza también nos empuja a analizar, estimar, estudiar, superar y evitarlos. Existen áreas donde las acciones fallidas pueden tener consecuencias fatales, como es la que nos concierne, la sanitaria. (Zarate, 2015)

El vertiginoso juego creciente de la práctica cognitiva clínica y los diversos niveles organizativos logran que la seguridad de los diversos pacientes con múltiples patologías sea un ingrediente esencial para poder lograr un excelente cuidado holístico y de esta manera poder lograr recuperar la salud al 100%. El trabajo multidisciplinario en salud es un juego de funciones y roles que a cada momento logra diversos beneficios para el cuidado y la salud del paciente, en base a esto se puede entender que los pacientes que presentan múltiples y diversas patologías son los que logran tener una relevancia especial. El incremento exponencial del conocimiento científico va de la mano con el incremento de pacientes en diversas áreas de cuidado críticos, esto en muchos casos es aprovechado de forma positiva para mejorar los índices del cuidado y respuesta profesional por parte del personal de enfermería. (Velázquez, 2009)

Al mismo tiempo, observando la otra cara de la moneda, el trabajo fraccionado y multidisciplinario del personal de salud y en especial del personal de enfermería, incrementa los diversos tipos de riesgos presentes y asociados, evidenciando en muchos casos un incremento del trabajo, demora en resolución de funciones, poca o casi nulas coordinaciones, esto conlleva a que todo el equipo de salud y en especial el cuidado de enfermería duplique sus funciones, minimice logros, causando daños en el paciente. (Achury & Rodriguez, 2016)

El trabajo cognitivo seguro de una intervención de enfermería presenta como meta a alcanzar la realización de 3 principales objetivos: Determinar los procedimientos a utilizar para la diagnosticar e implementar terapéutica para cuidados del paciente orientados a su seguridad y efectividad, vigilar que sean aplicados a los pacientes correctos y en base su necesidad de salud, asegurarse que no se cometa ningún tipo de error en la ejecución del tratamiento y cuidado del paciente (Aibar, 2006).

El logro de diversas metas, en función a la seguridad del paciente, ha tenido como punto de partida el incremento del conocimiento científico del origen de los diversos eventos adversos (EA) relacionados con los diversos tipos de cuidados holísticos hacia el paciente. Los EA, en algún momento de la historia evolutiva de la salud y del cuidado del paciente, fueron justificados bajo la frase de “Es el precio a pagar por parte del paciente para la ejecución de los diversos métodos diagnósticos y de recuperativa”, esta frase fue muy común en los años 50, también fueron excusados bajo la frase de “enfermedades del progreso de la medicina”. En el año 1954, Schimel presentó su primera investigación en incidencia de los EA (Aibar, 2006), muchos investigadores han seguido su línea de resultados y objetivos investigativos.

Los eventos adversos y lo relacionado con la seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación mundial. En base a este enunciado es que “La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona en sus investigaciones que la seguridad en atención en salud como

un problema de salud pública mundial. Además, presentó una alianza que proponía reducir el número de enfermedades como lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud”. (OMS, 2004)

España inició diversas investigaciones de gran relevancia para mejorar la seguridad y atención del paciente, dentro de ellos se resalta: el estudio nacional efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) del 2005 y el estudio seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS) del 2008, los cuales presentan una prevalencia de 8,4% y 18,6% respectivamente (IBEAS, 2010). Así mismo, se destaca el estudio prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica (IBEAS) del 2009 presentando la característica de ser el primer estudio de carácter científico de gran envergadura con una población – muestra de 5 países: Costa Rica, México, Argentina, Colombia y Perú los cuales presentaron un total de 58 hospitales, dando como uno de sus resultados que el 20% de los diversos pacientes atendidos durante su estancia hospitalaria reportaron por lo menos un evento adverso. (MINSA, 2010)

Una verdad que hasta la fecha de hoy y en mucho tiempo más permanecerá presente, es el hecho de que todo evento adverso estará presente en todos los servicios hospitalarios, niveles de atención y salas de cuidado críticos e incluso este riesgo también abarca a las casas hogares de adultos mayores. Dichos eventos, adversos en muchos casos, pueden llegar a ser prevenidos y evitar que puedan presentarse, en diversos estudios se muestra que se maneja una eventualidad de incidencia constantemente variable, entre los 16 y 75%, resaltando que el mejor índice de indicadores está a favor de la prevención de dichos eventos adversos. (Villareal, 2007)

De las diversas especialidades médicas, una de las que más está destacando y de joven aparición es la medicina intensiva con solo un aproximado de 30 años. En base a los diversos niveles de complejidad y a las diversas sub especialidades que se pueden manejar en este

servicio el riesgo de que pueda ocurrir un evento adverso en cualquier momento es muy alto, es en base a estos casos y a los niveles de riesgo y complicidad de estos servicios en que se inicia la cultura preventiva de seguridad del paciente. (Moreno, 2011)

A la fecha de hoy, la cantidad de estudios realizados en estas áreas críticas en relación a eventos adversos y seguridad del paciente es bastante limitada, es por este motivo que la motivación para realizar estos estudios con orientación epidemiológica debe de ser mucho más grande y con un nivel alto de énfasis. (Requena, 2011)

Las Unidades Críticas de Cuidados Intensivos Pediátricos están en el deber de determinar las múltiples áreas de riesgo de su servicio y planificar diversas estrategias de trabajo para mejorar la seguridad y poder controlar diversos tipos de riesgos y disminuir de forma significativa los eventos adversos. Los principales indicadores de resultados son obtenidos en estudios practicados en adultos y adultos mayores, los cuales dependiendo de su nivel de complejidad y estado de dependencia existe un mayor riesgo a que puedan sufrir algún evento adverso, debido al nivel de dependencia del mismo y a la cantidad de procedimientos que se les tiene que practicar. Ante esta situación, las áreas de cuidados críticos para niños no dejan de ser menos susceptibles, por el contrario debido al miedo y desconocimiento de los niños el riesgo de suceso de eventos adversos tiene un alto porcentaje de incidencia. (Queiroz, 2012)

Las diversas salas de cuidado críticos, en especial las salas de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios en este Hospital Nacional, las intervenciones del personal de salud y en especial las intervenciones de enfermería incrementan a cada momento su nivel de complejidad debido a la diversidad de casos y enfermedades que pueden atender, las cuales en muchos casos se agudizan en base a como pueda evolucionar o involucionar el paciente. Las salas de cuidados críticos intensivos manejan diversos procedimientos altamente

invasivos, esto incrementa exponencialmente el riesgo a que pueda suceder alguna negligencia o evento adverso.

En la actualidad, el hospital cuenta con información sobre los eventos adversos, con seguimiento de los mismos por el Servicio de Calidad, dichos procesos de seguridad para el paciente están establecidos, con supervisión constante para verificar el cumplimiento y es ahí donde se observa que el personal de enfermería presenta debilidades en la adherencia de algunos procesos de Seguridad del Paciente; debido a ello la cultura del reporte de incidencias es mínima, motivo por el cual la institución desarrolla una cultura de seguridad que implica que la fuerza de trabajo y procesos estén enfocados en mejorar la confiabilidad y seguridad del cuidado de los pacientes. La importancia, en función al conocimiento de estos datos científicos, el poder determinar las posibles causas o factores desencadenantes de eventos adversos ayuda a efectuar mejores revisiones y poder complementar mucho mejor las diversas estrategias para evitar diversos eventos adversos, ya seas atribuidos al personal de salud o al estado de salud del mismo paciente.

Frente a dicha problemática anteriormente planteada, se formula la siguiente interrogante:

Formulación del problema

Problema general.

¿Cuáles son los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019?

Problemas específicos.

¿Cuáles son los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico relacionados a la medicación o de su administración en la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019?

¿Cuáles son los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en relación a accidentes (Caídas) en el paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019?

¿Cuáles son los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en relación a una infección asociada a la atención del paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019?

¿Cuáles son los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería relacionada con procesos o procedimientos asistenciales, en el paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019?

Objetivos de la investigación

Objetivo general.

Determinar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional de Lima.

Objetivos específicos.

Identificar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico relacionados a la medicación o de su administración en la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima.

Identificar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en relación a accidentes (Caídas) en el paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima.

Identificar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en relación a una infección asociada a la atención del paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima.

Identificar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería relacionados con procesos o procedimientos asistenciales, en el paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios un hospital nacional de Lima.

Justificación

Justificación teórica.

Es importante este estudio de investigación porque profundiza el conocimiento de los eventos adversos que constantemente se presentan al realizar diversos cuidados e intervenciones de enfermería en pacientes críticos dentro del servicio de pediatría, cuidados intermedios y cuidados intensivos pediátricos. A través de la recopilación de información objetiva y científica actualizada, genera mecanismos de control que tengan por objetivo prevenir errores y así efectuar con ética y responsabilidad de menguar, y aplacar la gran cantidad de hechos inseguros dentro de los sistemas de salud; considerando que el trabajo de enfermería realizado de forma segura, es una piedra angular dentro de la profesión del cuidado humanizado y un elemento crítico de los procesos de gestión de calidad; además, determina el compromiso con ética de la gestión de la seguridad en la atención con calidad en el cuidado del paciente. Asimismo, el estudio de investigación se justifica en el hecho que los resultados a obtenerse servirán para analizar y documentar el problema desarrollando una acción de solución. De esta manera, mejorará el nivel de atención en función a la seguridad del paciente, calidad de trabajo humanizado y atención sanitaria en un hospital nacional. Además, refuerza la importancia de la Teoría del “entorno” cuya autora es Florence Nightingale.

Justificación metodológica.

La confiabilidad metodológica se ve evidenciada en el instrumento a realizar, el cual presenta un alto índice de calidad científica; así mismo, ayuda a poder determinar los eventos adversos en el cuidado de enfermería ya que podrá ser utilizado por el profesional de

enfermería y en otras instituciones en el área de unidad de cuidados intensivos e intermedios pediátricos del ámbito laboral y así poder determinar los eventos adversos con la finalidad de que el personal de salud, dé la importancia que estos tienen y se concientice en la identificación y prevención de riesgos a futuro.

Justificación práctica y social.

El presente estudio de investigación tendrá importancia para los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios pediátricos así como para el personal de salud dedicado profesionalmente al cuidado humanizado del paciente y en especial a todo el personal de enfermería, ya que identificando los eventos adversos se podrán adoptar diversos planes o estrategias para incrementar múltiples conocimientos y capacidades profesionales, y cognitivas del personal de enfermería logrando a cada momento una mejora continua en la atención y cuidado que se brinda al paciente pediátrico. En el área de responsabilidad de los profesionales de enfermería, toman especial relevancia la prevención de prácticas inseguras para disminuir y / o prevenir riesgos evitando los eventos adversos siendo beneficiados los pacientes en la atención con calidad.

En cuanto a la Universidad Peruana Unión, el presente estudio de investigación será de utilidad para contribuir con el desarrollo y mejoramiento de la salud en la sociedad cumpliendo así con la misión de la universidad, la cual es incentivar, promover y poner en práctica diversos procesos de carácter investigativo científico, para poder perpetuar de esta manera una correcta transferencia de conocimientos cognitivos científicos, para el adelanto y progreso de la misma; además, nos permitirá desarrollar capacidades investigativas y contribuir con los objetivos interinstitucionales, así también se logrará fomentar el interés de la investigación en la comunidad universitaria. (OMS, 2015)

Presuposición filosófica

El trabajo científico en educación profesional superior que brinda la Universidad Peruana Unión cree y práctica las doctrinas basadas en la existencia de un solo Dios: Padre, Hijo y Espíritu Santo. La creación del universo, sus planetas y demás fuentes de vida solo pudieron ser obra de Dios todo poderoso. Toda esta armonía de amor en la creación en un momento llegó a ser corrompida por el pecado y desobediencia trayendo consigo como consecuencia la separación de Dios y el hombre, encaminando al hombre a un estado de muerte y constante padecimiento y sufrimiento de múltiples enfermedades. Sin embargo, Dios Padre todo poderoso con su amor y misericordia infinita brinda al hombre pecador la oportunidad de poder redimir sus errores y pecados, el único camino para poder alcanzar el perdón de Dios es aceptar y empezar a ser parte de su plan de redención y salvación, esto solo se puede lograr mediante el auto sacrificio teniendo como ejemplo la vida de Jesús y su propio sacrificio. Los principales tesoros de esta vida son: la salud y la vida, los cuales solo pueden ser cuidados de una manera responsable y correcta respetando al 100% los 10 mandamientos puestos por Dios Padre. Basándonos como sustento filosófico y religioso se tiene a la Santa Biblia, en la que menciona de forma clara que el templo de Dios nuestro Señor se encuentra en cada uno de nosotros y que para poder preservar una correcta salud se necesita de mantener un cuidado basado en buena alimentación, reposo, conservación de energías, hidratación mediante agua pura, sol y aire, así mismo se necesita de tener una constante confianza y amor hacia Dios nuestro Padre. (Corintios 6:19).

De la misma manera, una de las principales características definitorias de Dios es amor y, como dicha esencia de amor, se afirma lo siguiente: “El que no ama, no conoce a Dios, pues Dios es amor”. La suprema Ley de Dios está cimentada en dos grandes principios o dogmas religiosos: “Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, y con toda tu alma, y con toda tu mente y con todas tus fuerzas”. Este mismo también es conocido como el principal

mandamiento pues de este mismo se desprenden los demás. El segundo principio o dogma religioso guarda similitud con el primero: “Amarás a tu prójimo como a ti mismo, en base a estos dos mandamiento se conciben los demás mandamientos y son la guía principal y original de la iglesia”. (Juan 4:8)

En base a estas doctrinas, se puede considerar y afirmar lo siguiente: un paciente en estado de necesidad es mi prójimo y por consiguiente se le debe de brindar todo el cuidado humanizado y plagado de amor, pues esta persona es considerada como mi hermano, solo de esta manera se puede brindar un correcto cuidado basado en amor y empatía. (Marcos 12: 30,31).

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Choque (2018), en La Paz-Bolivia, realizó un estudio de investigación titulado “Eventos adversos durante la atención de enfermería en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, tercer trimestre-2017”. Su objetivo fue identificar la frecuencia de eventos adversos durante la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, Tercer Trimestre - 2017. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, teniendo como universo total de pacientes internados y tomó como muestra a pacientes con evento adverso informados por enfermería en el último trimestre de la gestión 2017. Los resultados señalan que la aparición de eventos adversos durante la atención de enfermería fue de 37 casos en total. Según edad de 5 a 8 meses presentan la mayor incidencia de porcentaje con un 18,9%; siendo el sexo masculino el mayor porcentaje que sufrió eventos adversos con un 51,3%. Los casos con mayor relevancia se reportaron en el turno noche con el 29,7%; los eventos adversos relacionado al cuidado de enfermería se informaron con el 45,9% en el mes octubre. Los eventos más notables fueron: quemaduras por sensor de pulsioximetría con un 21,6%, fijación inadecuada del tubo endotraqueal con el 19%, retiro accidental de línea arterial, presencia de UPP, retiro accidental de SNG en un porcentaje de 10,8%. Referente a la administración de medicamentos, solo el 10,8% de los pacientes internados sufrieron eventos, como flebitis que se reportaron 5,4%. En lo referente a los procedimientos, el 40,5% de los pacientes internados sufrieron eventos adversos como multipunción con el 27% y una instalación inadecuada de sonda vesical con el 10,8%. El

70% de los eventos adversos se informa a los familiares, solo los de mayor impacto. En conclusión se hallaron: la frecuencia de eventos adversos durante la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño ‘Dr. Ovidio Aliaga Uría’ fue de treinta y siete casos en total, específicamente en edad, sexo, turno, mes y los eventos de mayor relevancia como quemadura por pulsioximetría, fijación inadecuada del tubo endotraqueal, retiro accidental de línea arterial, presencia de UPP, retiro accidental de SNG, flebitis, multifunción, en este contexto se decide realizar la implementación del registro de eventos adversos e implementar seguridad en la atención de enfermería del paciente crítico mediante protocolos.

Bravo (2018), en Colombia, ejecutó un estudio de investigación titulado “Eventos adversos relacionados con catéter venoso periférico”. Su objetivo fue identificar en la literatura los factores relacionados con la ocurrencia de eventos adversos por catéter venoso periférico a través de una exploración sistemática y narrativa de literatura actualizada. El estudio de investigación se efectuó con una verificación narrativa a través de una pesquisa de artículos en las bases de datos Scopus, Science direct, redalyc, librería virtual de salud y ciberindex. Arribó a los siguientes resultados: identificaron 55 artículos, dentro de los cuales se eligieron 29 que obedecen con los criterios para la ejecución de este. En conclusión, los eventos adversos relacionados con CVP, en el primer lugar, ocupa la flebitis en significación e incidencia; para la cual, se acordó disposiciones que permitan la prevención y tratamiento como la adecuada asepsia del sitio de inserción, el cambio del dispositivo cada 72 horas, utilizando un calibre correcto, evidenciándose con una adecuada práctica del personal de enfermería. Publicó un artículo titulado “Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia)”. Se manejó como objetivo investigativo identificar los eventos adversos (EA) reportados por enfermería en algunas unidades de cuidado intensivo (UCI), en Bogotá (Colombia). El estudio fue

descriptivo, prospectivo y se tomó como muestra a 525 pacientes, en el transcurso de un periodo de 6 meses. El tipo de muestreo fue por criterio, donde se incluyeron de forma voluntaria 3 instituciones de salud en Bogotá. Para recolectar información, se utilizó un formulario digital on-line. Se realizó un análisis descriptivo con distribución de frecuencias absolutas y relativas, utilizando el programa estadístico SPSS Statistics 23.0, versión 2014. Arribaron a los siguientes resultados: Se informaron 594 eventos adversos presentados en 525 pacientes. En el primer lugar se encontraron los relacionados con el cuidado enfermero en la cual ocuparon el primer lugar (38,7 %), seguido del manejo de la vía aérea y la ventilación mecánica (16,1 %) y el manejo de accesos vasculares, sondas y drenajes (14,8 %) y la infección asociada al cuidado (12,6 %). La incidencia de los eventos adversos predominó en hombres con edad promedio de 64,5 años, en unidades de cuidado intensivo médicas, en el turno de la noche y con un TISS-28 de 20-39 puntos; concluyeron que los eventos adversos informados en el estudio presentan mayor prevalencia y están enlazados en su mayoría con el cuidado directo al paciente y el de vía aérea; al ser prevenibles indican que se presentaron por alteración en el desempeño ejecución y cumplimiento de los estándares del cuidado.

Mori (2017) efectuó el estudio de investigación sobre “Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017”. Su objetivo fue determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. El estudio de investigación se efectuó bajo el enfoque cuantitativo y método hipotético deductivo con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo y correlacional. El diseño del estudio de investigación fue no experimental, de corte transversal. El muestreo fue probabilístico y la muestra estuvo constituida por 40 profesionales de enfermería. Se usó un cuestionario tipo escala de Likert para poder medir las variables de la cultura de seguridad del paciente y

prevención de eventos adversos por las cuales estuvieron aplicadas a juicio de validez y confiabilidad. Se asignó el estadístico Rho de Spearman para determinar la correlación entre las variables, dando como resultado que existen una relación positiva y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, con un nivel de significancia de 0.05, $R= 0.827$, y $p = 0.035 < 0.05$.

Vergara (2017), en Lima, ejecutó un estudio de investigación sobre “Cultura de Seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017”. Su objetivo fue determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017. El método empleado fue hipotético deductivo, es un estudio tipo descriptivo. El diseño es no experimental y de corte transversal. Con una población de 140 y muestra de 102 personal de salud, siendo evaluando ambas variables a través de 2 cuestionarios respectivamente. El primer cuestionario tratado fue para la evaluar la toma de decisiones y el segundo instrumento por la Agencia para la investigación y calidad en salud (AHRQ siglas en ingles). Referente a la primera variable, se observó que el 27.45% de los encuestados opinan que hallan una excelente cultura de seguridad del paciente, en tanto el 48.04% es bueno, siendo el 18.63% aceptable y por último el 5.88% delibera que es pobre. Referente a la segunda variable se observó que el 54.90% de los encuestados deliberan que existe un alto nivel con relación a la toma de decisiones y siendo el 45.10% bajo nivel. Aplicó la correlación Rho Spearman de ambas variables detallándose con toda claridad una relación estadísticamente significativa entre la Cultura de Seguridad del paciente y toma de decisiones en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo 2017, dando a conocer una correlación moderada $r=0.612$, concluyendo que la cultura de seguridad del paciente tiene

relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo 2017, alcanzando con el objetivo general.

Achury & Rodriguez (2016) publicaron un estudio científico el cual lleva por título “Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo”. Objetivo: Establecer los eventos adversos, reportados por el personal de enfermería y sus factores en las áreas de cuidado intensivo neonatal, pediátrica o adulto de tres países (Colombia, Argentina y México). Metodología: de tipo correlacional, descriptivo, multicéntrico. Resultados: Para la muestra se obtuvieron “1163 eventos, de los cuales el 11 % con la administración de 17 medicamentos, el 19 % estaba relacionado a un manejo invasivo de la vía aérea y diversas funciones para la realización de la ventilación mecánica, el 13 % estuvo relacionado a la existencia de infecciones contraídas dentro del nosocomio, el 16 % estuvo relacionado al manejo de diversos accesos de drenaje terapéutico y accesos vasculares, el 34 %, se relacionó con el cuidado. El 94,8% se consideraron prevenibles”. El 7 % sobrante fueron relacionados con pruebas diagnósticas y equipos. Conclusiones: el mal manejo de la vía aérea de paciente son eventos adversos que están relacionados con mayor prevalencia en su mayoría. “Un posible factor de riesgo relacionado al error es el tipo de sistema utilizado para la atención del paciente, en base a este motivo se recomienda la implementación de planes y protocolos de trabajo por parte del personal profesional de enfermería con la visión objetiva de hacer mucho más fuerte las estrategias de cuidado para con el paciente y de esta manera poder evitar cualquier daño al mismo, de esta manera se estarían evitando los diversos eventos adversos.

Vaca (2016) publicó un artículo sobre “Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura”. Tuvo como objetivo determinar los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en un centro hospitalario de segundo nivel en la ciudad de Ibarra-Ecuador.

Métodos: Se realizó una investigación observacional, descriptiva retrospectiva en pacientes y/o usuarios hospitalizados al menos 24 horas durante el mes de diciembre de 2014. Sus resultados fueron que los eventos adversos no se encontraban ligados a factores extrínsecos en un 88,5% dado que en gran parte de los pacientes hospitalizados no se aplicaron dispositivos (intravenosos y sondas entre otros). El 50% de los eventos adversos se epitoman con sucesos sin lesión y el 34,6% de los casos se evidenciaron lesiones o complicaciones; sin embargo, el 100% de eventos adversos significaron potencialmente evitables. Conclusiones: el presente estudio identificó la trascendencia de continuar ejecutando diseños observacionales que faculten determinar la frecuencia y entorno de los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería, los que se manifestaron de forma continua, de manera principal asociados a factores internos.

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

Mendoza (2014) en su estudio realizado en Maracaibo Venezuela que lleva por nombre “Conocimiento de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos de los profesionales de la Salud”, tuvo el objetivo de reconocer la relación entre el conocimiento de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos. El estudio científico fue de enfoque cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal y de diseño correlacional. Se trabajó con una población formada por 120 profesionales de la salud, licenciados en enfermería. La técnica científica investigativa utilizada fue la encuesta y el instrumento científico fue el cuestionario. Los múltiples hallazgos mencionan que el conocimiento teórico práctico de los profesionales en enfermería es de nivel medio en función a la seguridad del paciente que puedan tener dentro de su servicio respectivo. Por lo tanto, es de esta manera que se puede concluir diciendo que los profesionales de enfermería pueden realizar diversas funciones que desencadene en un error y causar de esta manera cualquier tipo de daño al paciente.

Navas (2014) realizó un estudio de investigación titulado “Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería” con el objetivo de determinar la población que demostró los eventos adversos, representando las características relacionadas con el paciente, el ambiente y el profesional de enfermería. Método: se desarrolló un estudio de análisis descriptivo de una cohorte hospitalaria piloto. Resultados: las características del paciente fueron: las variaciones en función al estado anímico y de posible cooperación del paciente, el estado postramiento prolongado a la cama y la dieta especial, los pocos materiales para evitar la aparición de UPP y timbres en cuanto al ambiente. Los promedios de pacientes en función al personal de enfermería fueron de 27,3 y para los casos de los auxiliares de enfermería en se manejaron indicadores de 9,1. Conclusiones: En base a las diversas problemáticas relacionadas a la seguridad del paciente y diversos eventos adversos se deben de reconocer las múltiples características causales que se presentaron para cada uno de los pacientes y los diversos tipos de eventos adversos reconocidos, se considera como una primera aproximación

en base al problema planteado, seguridad del paciente, y al mismo tiempo se puede concluir que todas las instituciones de salud deben de incrementar sus esfuerzos e inversiones en programas de prevención y protección hacia el paciente y de esta manera evitar los diversos eventos adversos.

Hernandez (2014) realizó un estudio sobre “Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en Unidades Pediátricas de Cuidados Intensivos”. Objetivo: identificar la frecuencia de ocurrencia de los eventos opuestos en las Áreas Pediátricas de Cuidados Intensivos para establecer los factores extrínsecos, intrínsecos y del sistema esto dentro de un nosocomio público de tercer nivel de atención resolutive. Método: el tipo de investigación fue observacional, transversal y descriptivo. Resultados: para la muestra se presentaron 105 sucesos adversos, 11% en el área de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, 18% en el área de Cuidados Intensivos Neonatales y 71% en el área de Terapia Intensiva Pediátrica, 62% de los pacientes mostraron durante su proceso de internado un evento adverso, el 30% arrojó 2 sucesos de eventos adversos para el paciente y el 8% mostró más de 3 eventos adversos para el paciente. El 50.5% pertenecientes al sexo masculino tuvieron situaciones adversas más frecuentes y un 22% en alteraciones cardiovasculares; así mismo, un 30% de los eventos adversos se presentó durante las primeras 48 horas de entrada a la unidad. Conclusiones: Identificar este tipo de accidentes permite establecer estrategias para controlar o disminuir los posibles orígenes. Para el enfermero es de suma importancia conocer estos detonantes para prevenir de forma activa en los programas de calidad de Atención y seguridad.

Bases teóricas

Paciente pediátrico.

Comprende a los pacientes pediátricos, desde el nacimiento hasta el adolescente de 14 años de edad (neonato, lactante, niño y adolescente). Es importante, en el primer año de vida,

ya que genera dos procesos determinantes, el desarrollo (aumento de complejidad funcional) y el crecimiento (aumento de tamaño corporal). Esto hace que el niño adquiera unas características propias y diferenciales referente a fisiología, morfología, patología y psicología (debido a la joven edad del paciente puede suceder que se presente una dificultad con respecto a la colaboración del menor para permitir la valoración del personal de enfermería y la negativa para mostrarse participativo para diversos procedimientos). Cuanto menor sea la edad se percibe estas diferencias, mostrándose más en el neonato y lactante (especialmente en el neonato pre término), siendo mínimas a partir de los 12 años. (Garcia & Munar, 2012)

Se considera a un paciente difícil y de riesgo a los de corta edad, siendo los lactantes, neonatos, o niños pequeños esto debido:

Poco hábito pediátrico, esto a causa de un descenso de la natalidad (menos pacientes pediátricos) y al aumento progresivo del envejecimiento (mayor demanda de asistencia sanitaria geriátrica).

Mayor dificultad y riesgo, diversos procedimientos invasivos muestran diversas complejidades y al mismo tiempo están caracterizados por tener un mayor riesgo de errores o iatrogenia, esto en muchos casos se debe a la cercanía de las estructuras funcionales vitales y el tamaño pequeño que presenta cada una de ellas. El amplio rango de edades, patologías y posologías o diferente dosificación, da origen a la dosificación e individualizada de los distintos fármacos presentes en el mercado y que son utilizados para realizar un correcto cuidado humanizado de enfermería.

Poca tolerancia, en especial en los pacientes más pequeños, ante las dificultades deja un escaso tiempo de reacción en el manejo de la ventilación y de la vía aérea. (Garcia & Munar, 2012)

Eventos adversos

Según Bernal (2011), en sus estudios realizados describe al evento adverso como la situación o acontecimiento no deseado del cual es culpable el proceso o trabajo de atención en salud, en muchos casos no es derivado de la enfermedad o situación de salud por la cual este atravesando el paciente. Se presentan generalmente fuera de un plan de trabajo en muchos casos improvisados, los resultados son los no esperados y esto da como muestra final daño al paciente, ante esta problemática se ve involucrado todo el personal de salud y el mismo sistema de atención en salud.

La OMS (2015) explica el concepto de evento adverso (EA). Es la situación de peligro o daño en la cual se le ocasiona a un paciente producto de un trabajo de salud o intervención sanitaria, la cual no estuvo sustentada con un criterio científico, la relación causal del evento adverso en muchos casos no guarda relación con el estado de salud del paciente. El mejorar los sistema de protección del sistema operativo hospitalario – clínico estaría evitando colocar al paciente a riesgos innecesarios los cuales puedan terminar causando daño a su salud, incluso su propia muerte.

El MINSA (2010), en sus diversas investigaciones, menciona sobre los eventos adversos lo siguiente: son conocidos como injurias no intencionales, complicaciones no previstas que en muchos casos tienen como causa el trabajo del personal de salud y no es exactamente por la evolución fisiológica de la enfermedad del propio paciente, esta misma puede llevar al paciente a la muerte o en algunos casos a una disparidad temporal o permanente, el MINSA lo clasifica de la siguiente manera:

Relacionado a la administración de medicamentos.

Es cualquier daño grave o leve producido por el uso terapéutico (conteniendo la falta de uso) de un medicamento. Se clasifican en dos tipos, prevenibles: Son reacciones adversas

a medicamentos causados por errores de medicación. No prevenibles: Aquellas que se originan a pesar del uso adecuado de los medicamentos (daño sin error). (Wolfe, 2018)

“Los efectos presentes en el paciente después de administrar un medicamento pueden ser de carácter perjudicial y por ende se entiende que es un evento no deseado que se presenta después de administrar un medicamento a dosis prescritas ya sea para un tratamiento de una enfermedad, prevención o profilaxis o diagnosticar alguna dolencia o enfermedad”. Se piensa que la reacción adversa a medicamentos, no siempre se alude al mal uso de los mismos, es decir, que no se originan por un error. Puede haber originado daño, el cual no llegó a concretarse bien por suerte o bien porque fue descubierto antes de que alcanzara al paciente. (Wolfe, 2018)

“El análisis de los acontecimientos adversos hacia los medicamentos potencialmente dañinos es de gran utilidad para el personal de salud pues ayuda a poder reconocer en qué lugar se podrían presentar fallas o lesiones en el sistema y así de esta manera poder evitarlos recordando que la relación entre evento adverso, medicación del paciente es bastante corta y puede suceder en cualquier momento”. (Otero, 2000)

Los errores en la administración de medicamentos clasificados por diversos autores en la literatura nacional son los siguientes:

Error de prescripción. Selección inadecuada e inapropiada de los medicamentos: dosis, cantidad, vía y concentración.

Error de omisión. Falla para administrar una dosis prescrita por el médico.

Error en la aplicación de medicamentos que no son permitidos. Administración de unas dosis de un medicamento no prescrito por el médico, administradas al paciente equivocado, doble dosis, administración de medicamentos equivocados y dosis fuera de los parámetros o protocolos clínicos. (Tosta, 2001)

Error de dosis. Administración de medicamentos en una dosis mayor o menos que la prescrita.

Error de vía. Aplicación de medicamentos al paciente por una vía de administración no prescrita o en el peor de los casos una vía de acceso equivocada.

Error de forma de dosis. Aplicar medicamentos al paciente de forma distinta a la especificada por el médico.

Error de horario. Falla en la administración de la dosis de medicamentos en el horario o en intervalos definidos por la institución o por la prescripción médica. (Tosta, 2001).

Reacción alérgica a medicamentos.

Los efectos farmacológicos de todo tipo de medicamento tiene un margen de error y daño hacia el paciente, la suministración de dichos medicamentos normalmente se da en diversas dosis las cuales van desde la finalidad preventiva o profiláctica hasta fines de tratamientos terapéuticos, no se puede dejar de mencionar que en algunos casos se pueden emplear fármacos para facilitar la acción diagnóstica. (Otero, 2000)

Los diversos factores que facilitan la ocurrencia de una reacción anafiláctica son aquellos que puedan estar relacionados al trabajo humano o del personal de salud, los cuales debido a un turno bastante recargado pueden presentar características como fatiga, y cansancio, en muchos casos está relacionado a la poca capacitación y casi nula actualización en salud. Como segundo factor se puede mencionar los factores de procesos, los cuales guardan relación con los equipos de salud, los mismos que pueden estar fallando o en el peor de los casos ya encontrarse completamente fuera de uso por antigüedad. Antes de realizar cualquier tarea con el paciente se debe de verificar su historia, antecedentes y sobre todo la vigencia de los medicamentos y equipos, para de esta manera poder practicar la prevención. (Yachas, 2012)

Relacionado con caídas.

La OMS define como “Consecuencia de algún suceso o acontecimiento en la cual el ser humano o individuo es precipitado al suelo de forma brusca en contra de su propia voluntad”. El cuidado de enfermería maneja indicadores respecto a la prevención de caídas cuyo seguimiento es habitual para los diversos programas en la cual se maneja la calidad de atención para los distintos nosocomios. Dichas situaciones de caídas son consideradas como efectos adversos, las cuales pueden suceder en cualquier momento dentro de un nosocomio o centro hospitalario. (OMS, 2018)

Es necesario establecer estrategias para disminuir las caídas de pacientes al momento de su internado. Identificar factores asociados al aumento del riesgo por medio de instrumentos de evaluación e identificar al paciente de alto riesgo y así poder reducir el número de caídas en el hospital. “Este protocolo describe los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos más habituales en los pacientes hospitalizados” (Astursalud., 2010).

Relacionados con una infección asociada a la atención salud (IAAS)

La infección asociada a la atención salud, según las investigaciones realizadas por la OMS, define también como nosocomiales u hospitalarias, las cuales logran infectar a pacientes en un hospital mientras se encuentra llevando su tratamiento y como característica no presentaron dicha infección a su ingreso hospitalario. Las afectaciones de pacientes por las IAAS se pueden dar en cualquier lugar dentro del nosocomio. Estas mismas, también, tienen la particularidad de poder aparecer en momentos o días después del cual el paciente es dado de alta. El prevenir y ejercer un correcto control de las diversas infecciones relacionadas o asociadas a la atención médica en salud son un desafío científico de todos los centros hospitalarios. Los diversos indicadores de las infecciones van en aumento constante, lo cual

significa una persistente preocupación para el personal de salud asistencial y los propios pacientes. (OMS, 2010)

Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales

Basado en las investigaciones científicas de la OMS, se tomó como principio fundamental de trabajo, la seguridad del paciente dentro de un centro hospitalario. Se reconoce el nivel de peligrosidad existente de forma tácita en todos los pasos del proceso de atención en salud y en el proceso de atención de enfermería. La práctica clínica en muchos casos va a estar comprendida de algunos eventos adversos los cuales serán resultado de algunos procedimientos erróneos del propio sistema hospitalario. Para lograr una correcta y rápida mejora de los equipos de salud en función a los eventos adversos se requiere un esfuerzo comprometedor por partes de todos los miembros del equipo de salud, esta acción dará como resultado una mejora en el desempeño de trabajo y la elevación de los niveles de seguridad para el paciente, controlando los diversos riesgos ambientales y laborales. (OMS, 2019)

En los estudios presentado por el Consejo Internacional de enfermería (CIE., 2007), menciona en carácter de definición al evento adverso como: “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes”. (Gallesio, 2014)

“El evento adverso es un acto que ocasiona un daño hacia cualquier tipo de paciente, que ya se puede encontrar dentro de un centro hospitalario y en las manos de los profesionales de la salud y personal profesional de enfermería”. La infección intrahospitalaria, es una reacción de cascada alérgica a cierto tipo de tratamiento médico o medicación, esta situación puede ser prevenible de acuerdo al tiempo de hospitalización y a la observación profesional por parte del personal de salud y en especial por parte del personal de enfermería. (Bautista, 2011)

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

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

A continuación, se describe la variable principal de eventos adversos y sus respectivas dimensiones. (García & Munar, 2012)

Los eventos adversos y la trascendencia en la seguridad del paciente

Trascendencia en la seguridad del paciente tiene componentes:

La gravedad clínica del riesgo y

El impacto de otro tipo que puede suponer su aparición.

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

Conceptos asociados a los eventos adversos.

Incidente (casi evento adverso o near miss).

Situación en la cual las características de los hechos pudieron haber culminado en un accidente, lesión o enfermedad hacia alguna persona pero por diversos hechos o circunstancias no ha tenido ese desenlace, en muchos casos no se concreta el accidente, debido a una intervención de una tercera persona o acto preventivo evitando de esta manera cualquier tipo de lesión. Cuando un incidente causa daño o lesión se le denomina accidente adverso. (MINSA, 2016)

Evento centinela.

Se le considera como una situación de la cual no se esperaba su aparición, está totalmente distante y no guarda relación la evolución fisiológica de la enfermedad del paciente. Es un daño lesionante de características físicas o psicológicas con intensidad grave y en algunos casos puede ser permanente en paciente hasta causar la propia muerte. “Un evento centinela es un incidente inesperado ocurrido durante la atención sanitaria que tiene como consecuencia la muerte o la pérdida de una función grave y permanente para el paciente (por ejemplo, cirugía en el lugar erróneo o al paciente erróneo, robo de un recién nacido)” Join Commission Internacional. (JCI, 2013)

Principales eventos centinela.

Eventos centinela de mayor alcance se muestra los catalogados de la siguiente manera: Reacciones adversas ante eventos transfusionales, muerte materna, al realizar transfusiones de grupo sanguíneo ya sea por emergencia o de forma programada. El paciente muestra reacciones que desencadenan en un evento adverso, reacciones alérgica medicamentosas o rechazo fisiológico del paciente al tratamiento suministrado, diversas infecciones contraídas por el paciente dentro del hospital, trabajo operatorio realizado en el paciente el cual el personal de salud se equivocó con el órgano o el miembro. (Gomez, 2006)

Secuelas post operatorias graves que pongan en riesgo la vida del paciente graves, suicidios de paciente que potencialmente pudieron ser evitados, retención de instrumental post cirugía, equivocación por parte del personal de salud al suministrar o prescribir algún tipo de tratamiento, demora o retraso en la administración del tratamiento del paciente, sujeción mecánica no adecuada o innecesaria para el paciente, caída de pacientes hacia el suelo, sea de cualquier nivel, su cama o a nivel del suelo, accidentes, equivocación en la administración de anestésicos los cuales dejen secuelas irreversibles en el paciente, salida del

menor de edad con familia equivocada, robo de niños o infantes de cualquiera de las salas hospitalarias. (Gomez, 2006)

Existen variadas formas de catalogar el evento adverso, para efectos de esta investigación se va a catalogar como evento adverso prevenible y evento adverso no prevenible. El E.A. prevenible es la dificultad que no puede ser prevista dado el estado real del conocimiento; el evento adverso prevenible es la mala atención que puede ser corregido con el estado del conocimiento. (Gomez, 2006)

Se utilizan otros títulos, como accidente (suceso que implica daño a un sistema determinado y obstaculiza el proceso o las consecuencias futuras del sistema), errores latentes (errores en la organización, el entrenamiento, el diseño y mantenimiento que trasladan al operador a problemas cuyos efectos perduran dormidos en el sistema por largo tiempo), complicación (evento adverso afines con el procedimiento de carácter inevitable), e incidente (contexto que podría haber formado un mal resultado que no se originó por azar o por una intervención adecuada) (Gomez, 2006).

Tipos de eventos adversos.

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

Causas que podría llevar a un evento adverso.

Tipo físico, natural, acción humana, tecnológico, control administrativo. Al mencionar eventos adversos, es necesario definir error. (Urbano, 2014)

El error. Falla en el cumplimiento de una actividad como estaba proyectada.

Los errores forman parte de la condición humana y ocurren en todas las profesiones, sin embargo, son más evidentes en el área de la salud por estar llena de incertidumbre y tratar con vidas humanas. “El error, es el acto de no realizar diversas acciones que han estado previstas o planeadas dentro del tratamiento del paciente o en algunos casos se aplica un plan de trabajo incorrecto imprevisto. Los diversos errores se evidencian al realizar una acción no

requerida e innecesaria la cual desencadena en un daño al paciente (error de comisión) o al no hacer algo que esta previamente concebido como una acción correcta dentro del plan de trabajo y cuidado del paciente (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución. (OMS., 2008)

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

Errores por omisión. Proceso de atención que no examina actividades que se debe realizar. Por ejemplo, el error que se haya modificado de forma negativa, la historia natural de la enfermedad así como también el resultado de la atención y consecuentemente haya dado lugar a un evento adverso. Además, los errores no son identificados en muchos casos. Si tomamos en cuenta que lo trascendental en el proceso de atención es satisfacer las necesidades de salud y las expectativas del paciente en un cuadro de seguridad, el evento adverso, que envuelve negativamente estos criterios, obtiene una relevancia fundamental. “En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema definen como de gran relevancia o de un amplio criterio a todos aquellos que pueden incrementar la estancia hospitalaria del paciente o de reinternación, secuela transitoria o definitiva o muerte” (Aguirre, 2006).

Daño.

La OMS (2008) define “el daño asociado a la atención sanitaria, como el daño ocasionado por la adaptación o puesta en práctica de diversos planes lo cuales se ejecutan dentro la estancia hospitalaria del paciente, este daño no está relacionado a la propia enfermedad o lesión que pueda presentar el paciente.

Las diversas lesiones que ocasionan incapacidad o no, van a provocar un aumento en el tiempo de la estancia hospitalaria del paciente, en las situaciones más complicadas puede ocasionar la muerte del paciente, a esta idea o conceptualización se le denomina evento adverso a los diversos casos que van a dar como resultado un evento adverso que pueden ser

inevitables, esta situación se vería aumentada o disminuida de acuerdo a los recursos disponibles de la institución, los eventos adversos presentes en un centro hospitalario o nosocomio solo pueden ser evitados y proveídos realizando correctamente el trabajo del personal de salud. (Aibar, 2006)

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

Los diversos niveles de riesgo que presentan los eventos adversos atribuidos a la persona van en aumento, esta situación se ve sustentada u originada por el incremento de la tecnología y diversos aspectos multisectoriales de las diversas instituciones hospitalarias, en muchos casos causan efectos adversos debido al exceso de confianza en el personal de salud. El lado opuesto de los progresos tecnológicos en salud también causa efectos adversos en la salud de los pacientes como por ejemplo se puede citar el mal estado logístico de los equipos e infraestructuras de los hospitales, poco o nulo control de procesos para evitar infecciones cruzadas nosocomiales, desinterés y cansancio por parte del personal profesional cuidador de enfermería el cual en muchos casos no se actualiza científicamente por diversos motivos laborales o motivacionales. (Betancourt, 2010)

De estas circunstancias se puede obtener como consecuencia que el trabajo de atención en salud sea cada día más complicado y por consiguiente la seguridad del paciente se convierte en un objetivo con un nivel de dificultad comparable a nuevos retos, esta situación suma en una conversión de las diversas dimensiones de la calidad asistencial, todo tipo de evento adverso presenta consecuencias en los diversos servicios del personal de salud ya sea de características críticas y no críticas, muchos de estos eventos adversos pueden ser clasificados de la siguiente manera: eventos adversos en función de repercusión a la salud del paciente, los cuales son de un impacto bastante fuerte en función a las secuelas que puedan dejar y por otro lado se tiene que afectan la economía del paciente, familia y la propia institución de salud debido al tiempo extenso de recuperación del paciente. (Parra, 2012)

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

Daño asociado a la atención sanitaria.

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

Daño al paciente.

El primer elemento que compone la particularidad de la definición, que es un evento adverso es la capacidad de causar daño físico a un paciente. Es sencillo de establecer cuando el daño es indiscutible, cuando el paciente pierde la vida o en algunos casos queda con una secuela incapacitante de por vida. Este último es el más temido y ciertamente es más fácil de establecer. No obstante, existe otro tipo de daño que es justo observar cuando se examina de forma exhaustiva cualquier caso para darle la etiqueta de evento adverso. El daño no permanente es de menor gravedad. “El tiempo de un daño o la ausencia de secuelas no eliminan la presencia de un evento adverso, como por ejemplo infecciones intrahospitalarias o asociadas a procedimientos asociadas a la atención en salud”. (Villareal, 2007)

La Organización Mundial de la Salud, en su escrito sobre “prevención vigilancia y control de las infecciones intrahospitalarias”, brinda la definición científica: Infección contagiada por un paciente internado por una razón diferente de esa infección. Al momento del internamiento normalmente no se manifiesta la infección ni estaba en periodo de incubación, ya sea en un hospital o un establecimiento de atención de salud. “Abarca las diversas infecciones que pueden ser adquiridas dentro de la estancia hospitalaria, las cuales pueden presentar síntomas después de que el paciente está dado de alta, y al mismo tiempo pueden afectar al personal de salud, en este caso ya sería considerado como una enfermedad ocupacional”. (OMS, 2015)

Es decir, por definición es un evento adverso. Sin embargo, el mayor número de infecciones se soluciona favorablemente sin dejar secuelas y su efecto no supera una incomodidad menor: la sobredosificación de medicamentos no genera daños de gran envergadura en la funcionabilidad del organismo del paciente; gran porcentaje de los sangrados que son originados por un procesos quirúrgico se solucionan con transfusiones y en ciertas oportunidades el paciente ni se entera; las flebitis, las cuales en muchos casos están

relacionadas a las bránulas o catéter, éstas mismas son resueltas en gran medida por cuidados con medios físicos o trabajo manual del personal de enfermería. (Luengas, 2009)

“Los casos mencionados líneas arriba con situaciones de eventos adversos con tiempos reducidos y determinados de ejecución, la gravedad de estas mismas es muy baja, en algunas instituciones hospitalarias no son reconocidos como eventos adversos en la salud del paciente, por lo tanto no son contados dentro de una estadística explícita de evento adverso. El concepto antes mencionado no debe de disminuir la importancia de dichos casos, pues estos mismos ocultan tras una severidad mínima, la capacidad de dejar secuelas bastante prolongadas y en los peores casos complicaciones con terminación quirúrgica de no ser atendidas correctamente, el estado de alerta del personal de enfermería ante la presencia de estas situaciones debe de ser de forma muy segura y persuasiva, desde el inicio hasta su resolución final”. (Luengas, 2009)

No intencionalidad.

Involucra un daño involuntario, partiendo de la base de que ningún personal ni la institución tiene planeado realizar algún tipo de acción que pueda dañar la salud del paciente. La única intención de todo profesional de la salud es mejorar, recuperar o mantener las condiciones de salud de los pacientes. Al contrario, si existe una intención de daño al paciente, es un hecho delictivo, doloso. “El concepto de involuntariedad desecha muchas situaciones de diversos eventos adversos, que en algunos casos pueden ser relacionados al marco conceptual de la seguridad del paciente. Para cerrar ideas y conceptos científicos se puede decir que un evento adverso intencionado es un acto delictivo y criminal que atenta contra la vida del paciente y generalmente son realizadas por personas ajenas a la institución de salud cuidadora del paciente”. (Luengas, 2009)

La mayor frecuencia de eventos adversos en los pacientes pediátricos se origina en los pacientes internados. Las causas principales es la excesiva cantidad de actividades en el

ámbito hospitalario y las condiciones de susceptibilidad de esos enfermos. Es viable que los eventos adversos por medicaciones ambulatorias y consecutivas a inmunizaciones sean los más principales. Como ha sido distinguido, se pueden originar en cualquiera de las etapas del proceso de atención y es posible diferenciar la tríada ecológica causal: agente, huésped y medio. En ese contexto, “se ha adjudicado responsabilidad a fallas humanas, de equipos, de normas y procedimientos, etc. Sin embargo, el enfoque actual adjudica relevancia principal a los problemas del diseño original, del trabajo operativo y desarrollo del mismo”. (Fernandez, 2007)

Los eventos adversos se presentan con regularidad cuando se logra evidenciar la suma de muchos fenómenos en diversos procesos con desarrollos mal evolucionados, mala aplicación de diversas intervenciones tecnológicas, trabajo del personal de salud mal desarrollado. Los errores son la principal causa de los eventos adversos y pueden causar gran daño en el paciente, pero no en todos los casos se puede evidenciar que los errores están ligados al daño hacia el paciente. (Avirama, 2012)

Causas de los eventos adversos y eventos centinela.

Los eventos adversos pueden ser prevenibles, evitables o inevitables de acuerdo a la atención a sus causas, estas pueden ser transformadas y relacionadas o no con un error cuando sus causas no son conocidas. En distintas situaciones de este caso, se debe mencionar desde las posibles fallas en la infraestructura y/o fallas en el proceso que contienen: el proceso mismo de la atención médica, factores inherentes al paciente, la cultura de la organización y la competencia profesional insuficiente. (Aguirre, 2006)

Eventos adversos en pediatría.

Los eventos adversos en pediatría son más habituales en niños hospitalizados que en otros contextos de salud, debido a las situaciones de susceptibilidad y la intensidad de las acciones que se desarrollan en este ámbito. Son escasos los estudios sobre eventos adversos

en pediatría. Sobre todo, administración de medicamentos o bien extrapola a los niños aun cuando hay desacuerdos sustanciales entre uno y otro de las poblaciones (demográficas, epidemiológicas, de desarrollo y tipo de cuidado requerido). Algunas de las investigaciones elaborados en población pediátrica mostraron que el índice de eventos adversos para niños varía entre el 0.6 y 1%, siendo los más habituales los que afectan a los recién nacidos o neonatos en el instante del nacimiento. (Riquelme, 2013)

Según Robles (2016), los eventos adversos más frecuentes en pediatría es el evento adverso derivado del diagnóstico (ej. diagnóstico elaborado por profesional no calificado), conjuntamente con la administración de medicamentos. “También se ha observado la ocurrencia de eventos adversos durante el transporte asistido del paciente hacia otro centro hospitalario, mostrando una incidencia de 13,2% del total, en la cual se pueden ver los errores en la administración de medicamentos durante el proceso del traslado asistido del menor, los problemas de extravasación de accesos venosos también se ven presentes debido a la rapidez del traslado.

Los resultados de diversos estudios realizados en el área de pediatría aún son ambiguos y de con datos aprovechables, el seguimiento y estudio de estos debe de ir a la par con el fortalecimiento de la seguridad del paciente menor, para esta situación se debe de considerar como prioridad importante los niveles de calidad para la atención de la población infantil” (Garcia & Munar, 2012)

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

En el concepto del cuidado se lleva y se entiende de forma tácita que la seguridad del paciente es uno de los principales objetivos a seguir y es de esta manera que se puede afirmar que no puede existir seguridad en la atención del paciente sin haber un personal de enfermería presente. La seguridad del paciente es una responsabilidad en el acto del cuidado. Ante lo mencionado se tienen las siguientes estrategias de prevención:

Disminuir los eventos adversos relacionados con el cuidado holístico y humanizado de enfermería.

Crear promover e implantar diversos planes estratégicos para incrementar la prevención de riesgos.

Control y estudio de los índices de seguridad y

Fomentar cultura de seguridad entre los profesionales de enfermería. (Navas, 2014)

Teoría Florence Nightingale.

Nightingale, desde su cosmovisión idealista (era una convencida cristiana), y su postura filosófica liberal (la propia filosofía de la Inglaterra Victoriana) recurrió al razonamiento inductivo para deducir las leyes de la salud, la enfermedad y la enfermería a partir de sus experiencias y observaciones. Su sólida formación filosófica desde edades tempranas de su juventud contribuyó, sin lugar a dudas, a esta forma de pensamiento lógico y favoreció el razonamiento deductivo. (Mariner, 2007)

Según Hoyos (2013), la Teoría creada por Florence Nightingale, Teoría del Entorno, la cual fue una enfermera considerada a nivel mundial como la fundadora de la enfermería moderna. Este estudio teórico menciona de forma clara la incidencia que tiene el medio ambiente que rodea al paciente en su tratamiento y mejoría. Florence Nightingale, consideraba que la enfermera era la delegada de manejar el ambiente para favorecer la recuperación de la salud de los diversos pacientes. Esta teoría tiene diversas características las cuales están desarrolladas en 4 paradigmas aplicados a la recuperación de la salud del paciente.

Enfermería.

El pensamiento de Florence Nightingale decía que toda mujer o dama en algún momento de su vida, practicaría ser enfermera haciéndose responsable del cuidado del paciente. La enfermería es considerada el asumir la responsabilidad del cuidado humanizado

de pacientes y de otras personas. “Uno de sus principales postulados menciona que toda mujer debe recibir algún tipo de formación para cuidado a otras personas, las enfermeras tienen la capacidad sentimental de brindar cuidado y atención en salud efectiva y que todo trabajo de enfermería debe de estar sustentado con conocimientos científico y cognitivo. Una las principales características de la población de enfermería es el nivel de observación sobre las posibles lesiones que puede tener un paciente y su pronta recuperación”. (Hoyos, 2013)

Florence Nightingale pionera de la enfermería moderna, dentro de sus estudios reconoce los diversos riesgos de la atención en salud por parte del personal de enfermería: “El principio lógico de un hospital es no hacer daño a sus pacientes que está cuidando y tratando, este concepto en la actualidad puede parecer un tanto extraño, ante la actualidad que se maneja en salud por estos tiempos es más que necesario remarcarlo pues los índices de mortalidad crecen en forma abismal en comparación al trabajo extrahospitalario”. Transformó la enfermería en una profesión respetable para las mujeres en 1860. (Amaro, 2004)

Persona.

Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Todas las actividades realizadas por las enfermeras eran a favor del paciente para una pronta recuperación. Nightingale hizo especial hincapié en el control y la responsabilidad que los profesionales de enfermería debían mantener sobre el hábitat del paciente, las conductas personales y las elecciones. Respetar a las personas de diversos orígenes sin formular algún tipo de juicios basado en ejercer una clasificación o etiqueta relacionada a su estatus económico social. “La orientación del cuidado de enfermería está basado en la necesidad imperiosa de contar con personal que pueda ejercer un cuidado holístico de enfermería dichas enfermeras deben de tener como cualidades especiales el respeto por las personas, no prejuizar a los pacientes o familiares debido a sus distintas creencias religiosas o no creencia de ninguna de ellas”. (Hoyos, 2013)

Salud.

El concepto de salud según la autora Nightingale, define a la salud como la sensación de sentirse bien, estar con los cinco sentidos orientados y buen nivel de recepción de estímulos, mantener el nivel de respuesta para todas las posibles reacciones que pueda tener una persona ante cualquier tipo de estímulo. Admitía que para mantener la salud se tiene que prevenir enfermedades incrementando la prevención orientada hacia mejorar la inspección controladora del entorno y diversos agentes causales de enfermedades, sin descuidar la responsabilidad social que debe de tener cada miembro de la familia en función de la prevención de enfermedades. Describió la enfermería de salud pública moderna y el concepto de promoción de salud (Hoyos, 2013).

Entorno.

Según Nightingale menciona consejos para el personal de enfermería dentro de los cuales destaca el implementar y poner en funcionamiento un ambiente de recuperación terapéutica el cual incrementa los niveles de comodidad dando origen a una mejoría evolutiva de la salud de los propios pacientes, se puede identificar de esta manera el nivel de beneficio que pueden recibir los pacientes por parte del personal de enfermería al mejorar las características del entorno, ya que las enfermeras podrían ser el elemento para cambiar el estatus social de los necesitados, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas. (Ortega, 2014)

Esclarece el perfil del profesional de enfermería en brindar una atención integrada a todos los individuos, estableciéndose tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores donde la enfermera sustituye al individuo;

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores donde el personal de enfermería otorga autocuidado y sistemas de enfermería de apoyo-educación donde la enfermera

interviene ayudando a los pacientes para que sean capaces de desarrollar tareas de autocuidado, pero que no podrían realizar sin esta ayuda. (Amaro, 2004)

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

La investigación se realizará en un hospital nacional, Lima-Perú, desarrollando su actividad dentro de la jurisdicción asignada por la Dirección de Salud Lima – Este, nivel III en la atención a los pacientes. El hospital tiene una trayectoria de años de vida institucional, brindando servicios de salud.

En el Servicio de Cuidados Intensivos de este hospital, las actividades cotidianas con el transcurrir del tiempo son cada día más complejos, por las diferentes enfermedades que presentan los distintos pacientes y aquellos procedimientos invasivos y no invasivos, siendo los pacientes susceptibles a mayores riesgos de ocasionar hechos fortuitos que ocasionen efectos no deseados que en otros servicios. En el Servicio de UCI tiene 5 camas y en el servicio de Intermedios hay 7 camas, con 10 enfermeras en cada servicio.

Población y muestra

Población.

Estará constituida por todos los registros de eventos adversos de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos e intermedios pediátricos. Esta unidad tiene una ocupabilidad mensual de un promedio de 40 pacientes por mes. El tiempo de duración de la aplicación de la investigación será de dos meses por lo que se tendría una población de 80 registros de pacientes aproximadamente, considerados dentro del criterio de inclusión, que al menos hayan presentado un tipo de Evento Adverso derivado del Cuidado de Enfermería.

Muestra.

La muestra de estudio de investigación estará constituida por 40 registros de eventos adversos de los pacientes hospitalizados. El tipo de muestreo será no probabilístico, por conveniencia.

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

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

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

Quejas y denuncias de los pacientes que llegan al Servicio de Calidad.

Criterios de exclusión.

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

Tipo y diseño de investigación

El estudio de investigación es de carácter descriptivo, con enfoque cuantitativo y de diseño no experimental de corte transversal. En esta investigación, se describe de forma explicativa las múltiples situaciones en las cuales están presentes diversos tipos de eventos adversos; es decir, se detalla de forma explicativa cuales son las características y cuál es el comportamiento de los diversos eventos adversos, “los estudios de investigación de carácter descriptiva buscan determinar diversas propiedades importantes de las personas, grupos o comunidades o cualquier otro fenómeno que sea expuesto a análisis” (Hernandez, 2014). Es cuantitativo, porque se recogen y analizan datos cuantitativos sobre las variables (Fernandez, 2007). El diseño es no experimental de corte transversal, porque se realiza sin manipular deliberadamente la variable de estudio. (Hernandez, 2014)

Identificación de variables:

Evento adverso frecuente asociado al cuidado de enfermería.

“Es una situación o perjuicio fortuito en la cual el daño hacia el paciente es totalmente inesperada e indeseada por parte del personal de salud de enfermería debido a los riesgos presentes en la labor asistencial sanitaria ocasionado a la salud del paciente, producto de una práctica o procedimiento rutinario que puedan llevar a equivocaciones no intencionadas más que por la propia evolución de la enfermedad del paciente”.

Operacionalización de Variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala de medición
Eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico.	Es una situación o perjuicio fortuito en la cual el daño hacia el paciente es totalmente inesperada e indeseada por parte del personal de salud de enfermería debido a los riesgos presentes en la labor asistencial sanitaria ocasionado a la salud del paciente, producto de una práctica o procedimiento rutinario que puedan llevar a equivocaciones no	El profesional de enfermería demuestra su comportamiento individual y de la organización, brindando apoyo, seguridad y bienestar así como un ambiente libre de riesgos a los pacientes, basado en creencias y valores compartidos, garantizando continuamente reducir o mitigar al mínimo el daño que podría sufrir el paciente en el transcurso del proceso de atención en referencia a prevenir, minimizar y	Medicación o de su administración	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente erróneo • Medicament o erróneo • Dosis o frecuencia Incorrecta • Prescripción o presentación errónea • Vía errónea • Cantidad errónea • Información/ instrucciones de dispensación erróneas • Contraindicación • Omisión de medicamentos o de dosis • Medicament o caducado Reacción adversa al medicamento Efecto adverso 	Razón Si= 1 No: 0

intencionadas más que por la propia evolución de la enfermedad del paciente.	eliminar los efectos adversos originados por dicho ejercicio.	Caídas	<ul style="list-style-type: none"> • Tropezón • Resbalón • Desmayo 	Razón Si= 1 No: 0
	Se medirá la frecuencia de eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. La escala de respuesta es: Si= 1 No: 0	Relacionado con los procesos o procedimientos asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> • No se hizo cuando estaba indicado • Incompleto o inadecuado • No disponible • Paciente erróneo • Proceso/ tratamiento/ procedimiento erróneo • Parte/lado/lugar del cuerpo erróneo 	Razón Si= 1 No: 0
	De acuerdo a la norma técnica del MINSA el estándar es menor a 1%.	Relacionado con una infección asociada a la atención sanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Torrente sanguíneo • Sitio quirúrgico • Absceso • Neumonía • Cánulas intravasculares • Sonda/drenaje urinario • Tejidos blandos. 	Razón Si= 1 No: 0

Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos será mediante la encuesta estructurada. El instrumento a utilizar será el Formato de Consolidado de Incidentes y Eventos del MINSA de Lima- Perú, que fue implementado en los servicios de salud por el cumplimiento de la 8va Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante R.M N° 727 – 2009/MINSA, la cual menciona como estrategia la “Implementación de Mecanismos de información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos”. Este instrumento consta de 122 ítems, dividido en diferentes dimensiones, del cual para el siguiente proyecto se ha considerado 28 ítems, que son los que se asocian al cuidado de enfermería, dividido en 4 dimensiones: Medicación o su administración, infecciones asociadas, relacionadas a procedimientos asistenciales y accidentes del paciente (caídas). Ver apéndice A.

Las respuestas serán de dos alternativas, que son Sí y No, otorgando el siguiente valor:

No=0

SI=1

La validación del Formato de Consolidado de Incidentes y Eventos del MINSA de Lima - Perú, del cual para el siguiente proyecto se ha considerado 28 ítems, que son los que se asocian al cuidado de enfermería. Se realizó mediante el juicio de expertos, que contó con la participación de 05 peritos en el tema a quienes se les entregó el resumen del proyecto, el instrumento a utilizar junto con la hoja de apreciación de juicio de expertos, los cuales son 05 enfermeros especialistas en UCI pediatría quienes evaluaron el formato.

Los resultados de la valoración fueron procesados estadísticamente mediante la prueba V de Aiken determinándose que a un valor de 0.97 existe una alta congruencia entre los jueces evaluadores, confirmando así la validez del instrumento.

Para evaluar la fiabilidad se analizó inicialmente el instrumento, dado que las respuestas son dicotómicas (sólo 2 opciones) no puede usarse el clásico Alfa de Cronbach, ya que esta prueba es ideal para escalas politómicas (más de 2 respuestas). Por tal, se optó aplicar el coeficiente K 20 de Kuder Richardson. Para ello, se eligió un grupo piloto del área de UCI adulto, en el cual se realizó la aplicación del instrumento durante 20 días; los resultados obtenidos se procesaron con la prueba elegida, determinándose que el instrumento tiene una muy alta fiabilidad (0.8404), por lo que puede ser aplicado eficazmente en la ejecución del presente proyecto.

Proceso de recolección de datos

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

Análisis de la información de los datos

Para el procesamiento de datos obtenidos y para facilitar el uso de la información se procederá a vaciar los datos en la matriz estadística y serán codificados y luego vaciados a una hoja de cálculo Excel 2016, los cual serán trasladados al programa SPSS versión 23 (paquete estadístico para las Ciencias Sociales), donde serán ingresados los datos previa codificación del instrumento. Los datos serán presentados en cuadros con frecuencias absolutas, porcentajes y promedios. Se utilizarán los gráficos de barras y circulares.

Para el análisis se empleará la estadística descriptiva presentando los datos en tablas de contingencia o gráficos haciendo uso de la estadística descriptiva (porcentajes y

proporciones para variables cualitativas, medias y desviación estándar para variables numéricas).

Consideraciones éticas

Los criterios éticos de la profesión de enfermería están orientados hacia investigar las diversas conductas durante el desarrollo práctico de la profesión ya que se manejan diversos principios los cuales son los responsables de ejercer una correcta regulación en todas las conductas profesionales y es importante porque cultiva las razones de las conductas en la práctica diaria de la vida profesional, asumiendo con responsabilidad y capacidad de servicio para atención del paciente aplicando las normas y principios éticos. Una de las normas éticas que tenemos como profesionales de enfermería es mantener el secreto profesional y la confidencialidad. Las fuentes de información sanitarias de pacientes son propiedad física de la Institución donde aplicaré el proyecto, la información que estas contienen son propiedad del paciente según lo señalado en la Ley General de Salud y es nuestro deber velar por la protección de los derechos de privacidad y confidencialidad del paciente. Para el acceso a la información que se recolectará, se solicitará un permiso al Área de Capacitación y Docencia del Hospital y al Departamento de Enfermería.

Presupuesto

ID	PARTIDAS Y SUBPARTIDAS	CANTIDAD	COSTO	TOTAL
1	PERSONAL			
1.1	Honorarios del investigador	1	500.00	500.00
1.2	Honorarios revisor lingüística	1	300.00	300.00
1.3	Honorarios revisor APA	1	100.00	100.00
1.4	Honorarios estadista	1	400.00	400.00
1.5	Honorarios ponentes	2	100.00	100.00
1.6	Honorarios encuestadores (pre, post)	4	50.00	50.00
2	BIENES			
2.1	Formato de solicitud	3	2.00	6.00
2.2	CD	6	1.50	9.00
2.3	Otros	1	300.00	300.00
3	SERVICIOS			
3.1	Inscripción y dictaminación de anteproyecto	1	300.00	300.00
3.2	inscripción del proyecto y asesor de tesis	1	1000.00	1000.00
3.3	Dictaminación e informe final de tesis	1	450.00	450.00
3.4	Derecho de sustentación, documentación y derecho de graduación	1	1628.00	1628.00
3.5	Impresión y anillado ejemplares de la investigación	3	10.00	30.00
3.6	Fotocopias y anillado ejemplares de la investigación	9	10.00	90.00
3.7	Fotocopia pretest, post test	100	0.10	10.00
3.8	Viaticos	1	300.00	300.00
	TOTAL			5823.00

Nota: Presupuesto estimado en base a costos actuales.

Referencias bibliográficas

- Achury & Rodriguez. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global*, 325-326. Obtenido de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/>
- Aguirre, H. (2006). El error Médico, Eventos Adversos. *Medigraphic*, 497 - 501. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc066n.pdf>
- Aibar, C. (2006). La seguridad del paciente :Un reto del sistema sanitario. *Ministerio de Sanidad y Consumo*, 5 . 7.
- Amaro. (2004). El método científico de enfermería, el proceso de atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Revista cubana de enfermería*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- Astursalud. (2010). *Astursalud*. Obtenido de <https://www.astursalud.es>
- Avirama, M. (2012). Universidad en especializacion en auditoria y gestion de la calidad con énfasis en epidemiologia, Popayan. 64.
- Bautista, L. (2011). Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. *Revista ciencia y cuidado - Universidad Francisco de Paula Santander*, 76. Obtenido de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/485>
- Bernal, D. (2011). Eventos adversos durante la atencion de enfermeria en unidades de cuidados intensivos. Pontificia Universidad Javeriana.
- Betancourt, C. (2010). Prevenir Eventos Adversos para alcanzar la Excelencia. *Revista Cubana de Enfermería*, 1-2. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100001
- Bravo, C. C. (2018). *Eventos adversos relacionados con catéter venoso periférico*. Santa Marta. Obtenido de <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/5217/1/EVENTOS%20ADVERSOS%20RELACIONADOS%20CON%20CATETER%20VENOSO%20PERIFERICO.pdf>

- Choque. (2018). *Eventos adversos durante la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, tercer trimestre, 2017*. La Paz. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/handle/>
- CIE. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4057/5714>
- Fernandez, P. (2007). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Investigacion: Investigacion cauntitativa y cualitativa*, 1.
- Gallesio. (2014). Efectos adversos, errores y seguridad del paciente. *Instituto tecnico para la acreditacion de instituciones de salud*. Obtenido de <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/efectosadversos.pdf>
- Garcia & Munar. (2012). *Peculiaridades del paciente pediatrico. Hospital materno infantil Vall de Hebron*. Barcelona. Obtenido de http://www.scartd.org/arxius/pedia1_2012.pdf
- Gomez, A. (2006). Dilemas eticos frente a la seguridad del paciente. cuidar es pensar. *Universidad de la Sabana Aquichan*, 14-18. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid
- Hernandez. (2014). *Metodologia de la Investigacion 6th edicion.*, 31-32. Obtenido de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hoyos, L. (2013). *Teoria del entrono de Nithingale*. Obtenido de www.plagscan.com/highlight?doc=116167041&source=4050.
- IBEAS. (2010). Prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamerica. *Ministerio de Sanidad y Politica Social. Madrid*, 1. Obtenido de <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/ibeas/>
- JCI. (2013). Eventos centinela notificados a la Joint Commission. *Boletin informativo periodico de la fundacion para la Acreditacion y el Desarrollo Asistencial*, 1-4. Obtenido de http://www.acreditacionfada.org/uploads/documentosJCI/Boletin_JCI_FADA_6_diciembre_2013.pdf

- Lady. (27 de Julio de 2017). *Repositorio de tesis UPEU*. Obtenido de Universidad Peruana Union: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/773>
- Luengas. (2009). Seguridad del paciente: Conceptos y Analisis de eventos adversos. *Centro de Gestion Hospitalaria - Via Salud*, 6-12. Obtenido de http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/23-2/analisis_conceptual_de_los_eventos_adversos.pdf.pdf
- Mariner. (2007). Teorias y tendencias de enfermeria. *Modelos y teorías en enfermería*.
- Mendoza. (2014). Conocimiento de seguridad del paciente y prevencion de eventos adversos de los profesionales de la salud. *Tesis de Maestria, Universidad "Rafael Maria Baralt" - Maracaibo - Venezuela*, 15-16.
- Merchante, J. (2010). Analisis de los indicadores de seguridad del paciente de la Agency For Health care Research and Quality de los hospitales publicos de la comunidad de Madrid. *Medician Clinica*, 1: 3-11. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310700142>
- MINSA. (2010). Resolucion Ministerial N° 308 - 2010/MINSA. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/245412-308-2010-minsa>
- MINSA. (2010). Magnitud y naturaleza de los eventos, Direccion de calidad en Salud.
- MINSA. (2016). *Sistema de registro y notificaciones de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas*. Obtenido de <https://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/infecciones/IH1.pdf>
- Moreno. (2011). Efectos adversos, intercomunicacion, gestion del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermeria intensiva. *Medicina Intensiva*, 35. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000100002
- Mori, N. (2017). Cultura de seguridad del paciente y prevencion de eventos adversos por el profesional de enfermeria en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. Obtenido de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/12905>
- Navas, J. (2014). Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermeria. *Revista Cubana de Enfermeria*. Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/171/80>

- OMS. (2004). *Los eventos adversos y lo relacionado con la seguridad del paciente* Ministerio de Salud, 4-12. Obtenido de https://www.who.int/topics/patient_safety/es/
- OMS. (2008). *Redes integradas de servicios de salud. El desafío de los hospitales. Ministerio de salud*. Obtenido de https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/86422/mod_resource/content/1/Modulo_II/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud_1_.pdf
- OMS. (2010). https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/. Obtenido de Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- OMS. (2015). *Documento Tecnico: Lineamientos para la Vigilancia, Prevencion y Control.*, 4-15. Obtenido de <https://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/infecciones/IH1.pdf>
- OMS. (16 de Enero de 2018). OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/falls>
- OMS. (13 de Setiembre de 2019). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patient-safety>.
- OMS. (2008). *Redes integradas de servicios de salud. El desafío de los hospitales. Ministerio de Salud* , 217.
- Ortega. (19 de Agosto de 2014). *Prezi*. Obtenido de <https://prezi.com/urnf67dbrmw7/teoria-de-la-enfermeria-de-fitzpatrick/>
- Otero, P. (2000). Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. 2-3. Obtenido de <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero26.pdf>
- Parra, D. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Revista de Enfermería Global.*, 160-162. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- Queiroz, T. (2012). Reacciones adversas: indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un Hospital Centinela. *Revista trimestral de Enfermería Brasil*, 186-187. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300011

- Requena, J. (2011). Seguridad clinica de los pacientes durante la hospitalizacion en pediatria. *Calidad Asistencial*, 353-58. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3769462>
- Riquelme, H. (2013). Descripcion de eventos adversos en un hospital pediatrico de la ciudad de Santiago de Chile. *Rev. Enfermeria Global.*, 262-264. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- Robles, M. (2016). Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente critico. *Revista Elsevier.*, 49-50. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-frecuencia-eventos-adversos>
- Tosta, V. (2001). Los errores en administracion de medicamentos. *Red de revistas cientificas de America Latina y el Caribe, España y Portugal.*, 3-4. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105218301002.pdf>
- Urbano. (11 de Abril de 2014). *Evento Adverso Generalidades*. Obtenido de Slideshare: <https://es.slideshare.net/>
- Vaca, A. (2016). Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermeria en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura. *Enfermeria Investiga, Investigacion, Vinculacion, Docencia y Gestion*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194257>
- Velázquez, G. (2009). *Prevalencia e Incidencia de Efectos Adversos Ligados a la Asistencia en el Paciente Pluripatologico en un Hospital De Atencion a Cronicos de larga Estancia*". Alicante - España. Obtenido de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1724/1/TESIS%20Gea%20Vel%C3%A1zquez%20de%20Castro.pdf>
- Vergara, F. (2017). *Universidad Cesar Vallejo*. Obtenido de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/7050>
- Villareal, C. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Cientifica Salud Uninorte*, 1. Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4057/5714>
- Wolfe. (2018). Incidence, causes, and consequences of preventable adverse drug reactions occurring in inpatients: A systematic review of systematic reviews. *Plos/One*.

Obtenido de

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205426>

Yachas. (2012). Agencia para la investigacion y calidad de la salud. *Seguridad de los pacientes*.

Zarate, A. (2015). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermeria en Unidades de Cuidados Intensivos. *Proyecto multicentrico.*, 63-64. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/pdf>

Apéndices

Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos.

CATEGORÍA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN O DE SU ADMINISTRACIÓN	1.	Paciente erróneo	
	2.	Medicamento erróneo	
	3.	Dosis o frecuencia incorrecta	
	4.	Prescripción lo presentación errónea	
	5.	Vía errónea	
	6.	Cantidad errónea	
	7.	Información instrucciones de dispensación erróneas	
	8.	Contraindicación	
	9.	Omisión de medicamentos o de dosis	
	10.	Medicamento caducado	
	11.	Reacción adversa al medicamento	
SUBTOTAL			
RELACIONADOS CON UNA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA	12.	Torrente sanguíneo	
	13.	Sitio quirúrgico	
	14.	Absceso	
	15.	Neumonía	
	16.	Cánulas intravasculares	
	17.	Sonda/drenaje urinario	
	18.	Tejidos blandos	

SUBTOTAL

19. No se hizo cuando estaba indicado
- RELACIONADOS CON PROCESOS O PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES**
20. Incompleto o inadecuado
21. No disponible
22. Paciente erróneo
Proceso/ tratamiento/ procedimiento erróneo
23. Parte/lado/lugar del cuerpo erróneo

SUBTOTAL

- RELACIONADOS CON ACCIDENTES DEL PACIENTE: CAIDAS**
24. Tipo de caídas
25. Tropezón
26. Resbalón
27. Desmayo
28. Pérdida de equilibrio

SUBTOTAL

NOTA : Formato de Consolidado de Incidentes y Eventos del MINSA de Lima- Perú, implementado en los servicios de salud en cumplimiento de la 8va Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante R.M N° 727 – 2009/MINSA

Lima, 18 enero del 2019

Estimado (a):

Mg.

Presente:

Nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar su valiosa colaboración en calidad de JUEZ para validar el contenido del Instrumento que lleva por título:

“Eventos adversos asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019”.

Para dar cumplimiento a lo anteriormente expuesto se hace entrega formal de la operacionalización de variables involucradas en el estudio, las tablas de especificaciones respectivas, el cuestionario y los formatos de validación, el cual deberá llenar de acuerdo a sus observaciones, a fin de orientar y verificar la claridad, congruencia, adecuado uso de palabras para el contexto y dominio de los contenidos para los diversos ítems del cuestionario.

Agradecemos de antemano su receptividad y colaboración. Su apoyo nos permitirá adquirir habilidades y competencias profesionales y científicas que forman parte del proceso de investigación.

Quedamos de Ud. en espera del feedback respectivo para mejorar el presente trabajo.

Muy Atentamente:

Lic. Shareen Avalos Pérez

Apéndice B. Validación de instrumento

Instrumento para la Validez de Contenido

(Juicio de Expertos)

El presente instrumento tiene como finalidad medir los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios en un hospital nacional de Lima, 2019

Instrucciones

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

Juez N°: 01

Fecha actual: 11/07/19

Nombres y Apellidos de Juez: Marina Pillaca Mendoza

Institución donde labora: H.R.A.

Años de experiencia profesional o científica: 16 años



Martina Pillaca Mendoza
Licenciada en Enfermería
C.F.P. N° 30345

Firma y Sello

Criterios Generales para Validez de Contenido del Instrumento

Dictaminado por el Juez

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI ()

NO

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI ()

NO

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....
.....

Validación de Instrumento

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

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: 11/07/19

Maria
 Marina Pillaca Mendoza
 Licenciada en Enfermería
 C.F.P. N° 30345

Valido por:

Instrumento para la Validez de Contenido

(Juicio de Expertos)

El presente instrumento tiene como finalidad medir los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios en un hospital nacional de Lima, 2019

Instrucciones

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

Juez N°: 02

Fecha actual: 12/07/19

Nombres y Apellidos de Juez: Lovana Acori Tinoco

Institución donde labora: H.N.H.U.

Años de experiencia profesional o científica: 15 años


Lovana Acori Tinoco
LIC. EN ENFERMERÍA
C.E.P.: 30170

Firma y Sello

Criterios Generales para Validez de Contenido del Instrumento

Dictaminado por el Juez

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI ()

NO

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI ()

NO

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

Validación de Instrumento

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

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: 12/07/19

Valido por:


 Iovana Acosta Tinoco
 Lic. EN ENFERMERÍA
 C.E.P.: 30170

Instrumento para la Validez de Contenido

(Juicio de Expertos)

El presente instrumento tiene como finalidad medir los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios en un hospital Nacional de Lima, 2019

Instrucciones

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

Juez N°: 03

Fecha actual: 13/07/19

Nombres y Apellidos de Juez: Doris Morales Muñoz

Institución donde labora: H.N.H.U.

Años de experiencia profesional o científica: 6 años



Doris Morales Muñoz
LIC. EN ENFERMERIA.
C.P. 70879

Firma y Sello

Criterios Generales para Validez de Contenido del Instrumento

Dictaminado por el Juez

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

SI)

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI)

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI ()

NO)

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI ()

NO)

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI)

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI)

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

Validación de Instrumento

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

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: 13/07/19

Valido por:


 Mons. Morales Muñoz
 LIC. EN ENFERMERIA.
 C.P. 70878

Instrumento para la Validez de Contenido

(Juicio de Expertos)

El presente instrumento tiene como finalidad medir los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios en un hospital nacional de Lima, 2019

Instrucciones

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

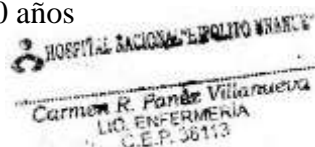
Juez N°: 04

Fecha actual: 15/07/19

Nombres y Apellidos de Juez: Carmen Panez Villanueva

Institución donde labora: H.N.H.U.

Años de experiencia profesional o científica: 10 años



Firma y Sello

Criterios Generales para Validez de Contenido del Instrumento

Dictaminado por el Juez

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

SI)

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI)

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI ()

NO)

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI ()

NO)

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI)

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI)

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

Validación de Instrumento

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

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 (100)

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: 15/07/19

Valido por:

HOSPITAL NACIONAL "POLITO VILLALBA"
 Carmen R. Paniz Villanueva
 LIC. ENFERMERIA
 C.E.P. 38113

Instrumento para la Validez de Contenido

(Juicio de expertos)

El presente instrumento tiene como finalidad medir los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios en un hospital nacional de Lima, 2019

Instrucciones

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

Juez N°: 05

Fecha actual: 16/07/19

Nombres y Apellidos de Juez: Hellen Salazar Balvin

Institución donde labora: H.N.H.U.

Años de experiencia profesional o científica: 9 años



Hellen J. Salazar Balvin
LIC. ENFERMERÍA
C.O.P. 59236
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNZUETA

Firma y Sello

Criterios Generales para Validez de contenido del Instrumento

Dictaminado por el Juez

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI ()

NO

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI ()

NO

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

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

SI

NO ()

Observaciones:.....
.....

Sugerencias:.....
.....

Validación de Instrumento

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

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: 16/07/19

Valido por:


 Hellen J. Salazar Balvín
 LIC. ENFERMERÍA
 C.E.P. 59216
 HOSPITAL NACIONAL HÉROLES DÍAZ VIAL

Criterios Generales para la Validez de Contenido del Instrumento Dictaminado por el
Juez

Segunda Especialidad Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Eventos adversos asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019”

A continuación presento a Ud., la lista de cotejo, con los criterios para el análisis de los ítems de los instrumentos de recolección que se adjunta.

Criterios	Si	No	Observaciones / sugerencias
1. ¿Los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?			
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?			
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?			
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?			
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?			
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?			
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de datos?			
8. ¿Agregaría algún ítem al instrumento de recolección de datos?			
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población de sujeto de estudio?			
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?			

Atentamente

.....
Firma

V de Aiken Para validez de contenido de los ítems del formato de consolidado de incidentes y eventos

ITEM	CALIFICACIONES DE LOS JUECES					SUMA	V
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5		
1	1	1	1	1	1	5	1.00
2	1	1	1	1	1	5	1.00
3	1	1	1	1	1	5	1.00
4	0	1	1	1	1	4	0.80
5	1	1	1	1	1	5	1.00
6	1	1	1	1	1	5	1.00
7	1	1	1	1	1	5	1.00
8	1	1	1	1	1	5	1.00
9	1	1	1	1	1	5	1.00
10	1	1	1	1	1	5	1.00
11	1	1	1	1	1	5	1.00
12	1	1	1	1	1	5	1.00
13	1	1	1	1	0	4	0.80
14	1	1	1	1	1	5	1.00
15	1	1	0	1	1	4	0.80
16	1	1	1	1	1	5	1.00
17	1	1	1	1	1	5	1.00
18	1	1	1	1	1	5	1.00
19	1	1	1	1	1	5	1.00
20	1	1	1	1	1	5	1.00
21	1	1	1	1	1	5	1.00
22	1	1	1	1	1	5	1.00
23	1	1	1	1	1	5	1.00
24	1	1	1	1	1	5	1.00
25	1	1	1	1	1	5	1.00
26	1	1	0	1	1	4	0.80
27	1	1	1	1	1	5	1.00
28	1	1	1	1	1	5	1.00
V DE AIKEN GENERAL							0.97

Apéndice C. Confiabilidad de los Instrumentos

Coefficiente kr-20 de Kuder Richardson para determinar la confiabilidad del formato de consolidado de incidentes y eventos

El KR-20 de Kuder Richardson es una prueba de fiabilidad aplicable a instrumentos con respuestas dicotómicas (2 opciones de respuesta). Para el presente estudio, se determinó el KR – 20 mediante la siguiente fórmula:

$$R_{20} = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(\frac{\sigma - \sum pq}{\sigma} \right)$$

Donde:

K	=	Número de ítem del instrumento
P	=	Porcentaje de respuestas correctas de cada ítem
Q	=	Porcentaje de respuestas incorrectas de cada ítem
σ	=	Varianza total del instrumento

Reemplazando con los datos obtenidos en la prueba piloto:

$$R_{20} = \left(\frac{28}{28-1} \right) \left(\frac{23.9275 - 4.5375}{23.9275} \right)$$

$$R_{20} = \mathbf{0.8404}$$

Interpretación: El instrumento tiene una **muy alta confiabilidad**, dado que el coeficiente R20 es mayor a 0.8. Esto en base a que los valores del R20 oscilan entre 0 y 1, donde los valores se agrupan en la siguiente escala:

0	=	Nula
0.01 – 0.20	=	Muy baja
0.20 – 0.40	=	Baja
0.41 – 0.60	=	Moderada o Sustancial
0.61 – 0.80	=	Alta
0.81 – 0.99	=	Muy Alta
1	=	Perfecta

Seguidamente se adjunta la base de datos que fundamenta el resultado indicado:

	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10	ITEM 11	ITEM 12	ITEM 13	ITEM 14	ITEM 15	ITEM 16	ITEM 17	ITEM 18	ITEM 19	ITEM 20	ITEM 21	ITEM 22	ITEM 23	ITEM 24	ITEM 25	ITEM 26	ITEM 27	ITEM 28	SUMA TOTAL	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	27	
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	27
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27
5	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	25
6	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	25
7	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	24
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	27
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	24
10	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	24
11	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	23
12	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	22
13	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	21
14	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	18
15	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	17
16	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	16
17	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	15
18	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	17
19	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	13
20	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	13
p	0.65	0.7	0.55	0.9	0.75	0.85	0.8	0.75	0.85	0.85	0.9	0.6	0.9	0.9	0.85	0.6	0.65	0.75	0.8	0.85	0.9	0.95	0.9	0.8	0.55	0.7	0.7	0.7	23.9275	
q	0.35	0.3	0.45	0.1	0.25	0.15	0.2	0.25	0.15	0.15	0.1	0.4	0.1	0.1	0.15	0.4	0.35	0.25	0.2	0.15	0.1	0.05	0.1	0.2	0.45	0.3	0.3	0.3		
p*q	0.23	0.21	0.25	0.09	0.19	0.13	0.16	0.19	0.13	0.13	0.09	0.24	0.09	0.09	0.13	0.24	0.23	0.19	0.16	0.13	0.09	0.05	0.09	0.16	0.25	0.21	0.21	0.21	4.5375	

Donde:

0 = No

1 = Sí

Apéndice D. Consentimiento Informado

Título:

“Eventos adversos asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019”.

Propósito y procedimiento:

Esta investigación está a cargo de Shareen Cleidia Avalos Pérez, estudiante de la especialidad de cuidados intensivos pediátricos, asesorada por Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas, docente de la institución.

El propósito de esta investigación es determinar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios un hospital nacional de Lima, 2019.

Beneficios

Es importante este estudio porque profundiza el conocimiento de los eventos adversos que constantemente se presentan al realizar diversos cuidados e intervenciones de enfermería en paciente críticos dentro del servicio de pediatría, cuidados intensivos pediátricos y cuidados intermedios a través de la recopilación de información objetiva y científica actualizada

Derechos del participante y confidencialidad

Una de las normas éticas que tenemos como profesionales de enfermería es mantener el secreto profesional y la confidencialidad.

DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo..... He leído de
este documento de consentimiento informado dado por la investigadora y quiero colaborar
con este estudio, por esta razón firmo el documento

Firma..... Fecha.....

Apéndice E. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico relacionados a la medicación o de su administración en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019? • ¿Cuáles son los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en relación a accidentes (Caídas) en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019? • ¿Cuáles son los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en relación a una infección asociada a la atención del paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019? • ¿Cuáles son los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería relacionados con procesos o procedimientos asistenciales, en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019? 	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios un hospital nacional de Lima.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico relacionados a la medicación o de su administración en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios un hospital nacional de Lima. • Identificar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en relación a accidentes (Caídas) en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional de Lima. • Identificar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en relación a una infección asociada a la atención del paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional de Lima. • Identificar los eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería relacionados con procesos o procedimientos asistenciales, en el paciente pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional de Lima. 	<p>Eventos adversos frecuentes asociados al cuidado de enfermería en el paciente pediátrico</p>	<p>Tipo: Descriptivo</p> <p>Diseño: no experimental</p> <p>Nivel: De corte transversal</p> <p>Población: Estará constituida por todos los registros de eventos adversos de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos e intermedios pediátricos. El tiempo de duración de la aplicación de la Investigación será de dos meses por lo que se tendrá una población de 80 registros de pacientes aproximadamente.</p> <p>Muestra. Estará constituida por todos los registros de los pacientes considerados dentro del criterio de inclusión, que al menos hayan presentado un tipo de Evento Adverso derivado del Cuidado de Enfermería.</p> <p>Validez: Procesado de manera estadística mediante la V de Aiken</p> <p>Confiabilidad : Coeficiente k20 de Kuder Richardson</p>

Apéndice F. Carta de presentación del docente asesor

Lima, 04 de Junio de 2019

Señor Decano**Facultad de Ciencias de la Salud**

Previo saludo me presento a su despacho para hacer de su conocimiento que como docente de la asignatura, asumo el compromiso de brindar asesoría y acompañamiento en la estructuración y desarrollo del proyecto de tesis que lleva por título **“Eventos Adversos Asociados al Cuidado de Enfermería en el Paciente Pediátrico de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital nacional de Lima, 2019”**, el cual está siendo desarrollado por la licenciada Shareen Avalos Pérez, para aspirar al título de especialista en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Asimismo, doy fe de tener pleno conocimiento de las responsabilidades como asesora, las cuales son:

- Asesorar a la estudiante en la elaboración del proyecto de tesis.
- Dirigir y brindar asesoría a la estudiante en la construcción de la tesis.
- Asesorar la recolección y el análisis de la información.
- Revisar y corregir el contenido, la metodología, la redacción, el estilo y la presentación del proyecto y del informe final de tesis.
- Velar para que el estudiante en su desempeño se ajuste a los principios de la ética profesional, la calidad y la eficiencia.
- Asistir a la sustentación pública del informe final de tesis.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Asesora de Tesis