

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GHROMANN - TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de enfermería

Sección de Segunda Especialidad

**“EVENTOS ADVERSOS Y FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN
DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EMERGENCIA,
MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA - 2011”**

TESIS

Presentada por:

Lic. Judith Claritza Zela Salazar

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en
Paciente Critico - mención en Adulto**

Tacna– Perú

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GHROMANN - TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Sección de Segunda Especialidad

**“EVENTOS ADVERSOS Y FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN
DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EMERGENCIA,
MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA - 2011”**

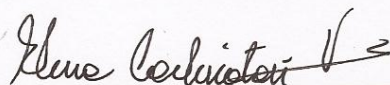
TESIS

Presentada por:

LIC. JUDITH CLARITZA ZELA SALAZAR

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en
Paciente Critico con mención en Adulto**

Aprobado con; _____ ante el siguiente jurado



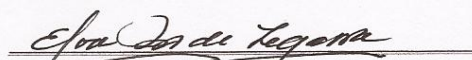
Mgr. Elena Cachicatari Vargas

Presidenta



Lic. Esp. Elsa Ninaja Sanga

Miembro del Jurado



Mgr. Eiva Maldonado Pimental

Miembro del Jurado



Lic. Blanca Raquel Zevallos Delgado

Asesora

DEDICATORIA

A Dios por la vida, por las oportunidades y por
su cuidado

A mi madre por su guía, su consejo, y apoyo
siempre

A mi padre por su ejemplo y optimismo

A mis pacientes por permitirme ser

JUDITH

AGRADECIMIENTOS

- *A la Lic. Blanca Raquel Zevallos Delgado por su guía y orientación en la ejecución de la presente tesis.*
- *Al Dr. Gerson Zapana por aportar inteligencia y buen criterio en los aspectos más controvertidos de este trabajo.*
- *A la jefa de enfermeras del Hospital Regional Moquegua año 2011 por su colaboración en la ejecución de la tesis.*
- *A mi familia por estar siempre presente, por su ánimo y optimismo*
- *A Eron por ser mi apoyo incondicional*
- *A la Dra. Guisele Dávalos por su amistad en todo momento.*

CONTENIDO

| | Pág. |
|---------------------|------|
| DEDICATORIA..... | i |
| AGRADECIMIENTO..... | ii |
| RESUMEN..... | ix |
| ABSTRACT..... | xi |
| INTRODUCCION..... | 1 |

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | |
|--|---|
| 1.1.- DETERMINACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION..... | 4 |
| 1.1.1.- Planteamiento del Problema..... | 4 |
| 1.2.- JUSTIFICACION..... | 6 |
| 1.3.- OBJETIVOS..... | 7 |
| 1.3.1.- Objetivo General..... | 7 |
| 1.3.2.- objetivos Específicos..... | 8 |

CAPITULO II

MARCO TEORICO

| | |
|---------------------------------------|----|
| 2.1.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA | 9 |
| 2.2.- BASE TEORICA | 13 |

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

| | |
|--|----|
| 3.1.- TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION..... | 44 |
| 3.2.- UNIDAD DE ANALISIS..... | 44 |
| 3.3.- POBLACION Y MUESTRA..... | 44 |
| 3.4.- AMBITO DE INTERVENCION | 45 |
| 3.5.- INSTRUMENTO Y RECOJO DE NFORMACION | 52 |
| 3.6.- PROCEDAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS..... | 53 |

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

| | |
|------------------------|----|
| 4.1.- RESULTADOS | 54 |
| 4.2.- DISCUSION..... | 74 |

| | |
|---------------------------------|----|
| CONCLUSIONES | 89 |
| RECOMENDACIONES..... | 90 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 92 |
| ANEXOS | 96 |

CONTENIDO DE TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA 1. N° de personal que labora en los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y emergencia..... | 54 |
| TABLA 2. Tipo de Evento adverso más frecuente en los servicios de Uci, medicina, Cirugía y Emergencia | 55 |
| TABLA 3. Ocurrencia de eventos adversos en los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y Emergencia | 56 |
| TABLA 4. Tipo de Evento adverso más frecuente en los servicios de Uci, medicina, Cirugía y Emergencia durante el año 2011 | 57 |
| TABLA 5. Frecuencia de presentación de eventos adversos en los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y Emergencia durante el año 2011..... | 58 |
| TABLA 6. Distribución de Resultados ante evento adverso | 59 |
| TABLA 7. Condiciones que influyen para que se presenten eventos adversos en los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y Emergencia durante el año 2011 | 60 |
| TABLA 8. Tipo de pacientes con mayor frecuencia de presentación de Eventos adversos | 61 |
| TABLA 9. Disposición del personal de los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y Emergencia a notificar EA que se presenten | 62 |

| | |
|---|----|
| TABLA 10. Presencia de normas y protocolos aprobados | 63 |
| TABLA 11. Disposición del MOF en los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y Emergencia | 64 |
| TABLA 12. Registro de EA en los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y Emergencia durante el año 2011 | 65 |
| TABLA 13. Relación entre el número de pacientes y el número de personal que labora por turno | 66 |
| TABLA 14. Capacitación por parte de la institución al personal de los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y Emergencia durante el año 2011 | 67 |
| TABLA 15. Capacitación y actualización del personal en el área de trabajo..... | 68 |
| TABLA 16. Existencia de un programa de capacitación continua destinada al personal de los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y Emergencia durante el año 2011 | 69 |
| TABLA 17. Local adecuado para los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y Emergencia durante el año 2011 | 70 |
| TABLA 18. Implementación e insumos suficientes para brindar una atención de calidad | 71 |
| TABLA 19. Funcionamiento adecuado de los equipos en los servicios de UCI, Medicina, Cirugía y emergencia durante el año 2011 | 72 |

| | |
|--|----|
| TABLA 20. Funcionamiento adecuado de los sistemas de conexión eléctrica en los servicios de Uci, Medicina, Cirugía y Emergencia durante el año 2011 | 73 |
|--|----|

RESUMEN

El presente estudio titulado **“Eventos adversos y factores de riesgo que influyen durante la atención de enfermería en los servicios de la unidad de cuidados intensivos, emergencia, medicina y cirugía del hospital regional Moquegua - 2011”** de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo; tiene como objetivo determinar los eventos adversos y los factores de riesgo durante la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Medicina y Cirugía del Hospital Regional Moquegua. La población estuvo conformada por el 100% de personal de Enfermería de los servicios antes mencionados (21 enfermeras, 21 tec. De enfermería). El análisis y procesamiento de los datos se hizo con el programa Excel utilizando para la prueba de confiabilidad el alfa de Crombach. Se llegó a la conclusión que el Evento adverso con mayor prevalencia en los servicios de UCI, Emergencia, Medicina y Cirugía es la extravasación de vía venosa, (19.5% así lo identifica) y como consecuencia ha sido el dolor e incomodidad del paciente con un 54.76% de personal que así lo refiere. Los principales factores de riesgo que influyen para que se generen eventos adversos durante la atención de enfermería son las características propias del

paciente seguido de los limitados equipos e implementos, que no reúnen las condiciones adecuadas; así mismo un profesional de enfermería con déficit de conocimientos, inexperiencia, demotivación y sobrecarga laboral.

ABSTRACT

The present study entitled "Adverse events and risk factors influencing nursing care during services in the intensive care unit, emergency, medicine and surgery of the regional hospital Moquegua-2011" descriptive, observational, retrospective, has aimed to determine adverse events and risk factors for nursing care in the Intensive care Unit, Emergency, Medicine and Surgery Regional Hospital Moquegua. The population consisted of 100% of the nursing staff of the above services (21 nurses, 21 tec. Nursing). The analysis and data processing was done with the Excel program using test Cronbach's alpha reliability. They concluded that the most prevalent adverse event in UCI services, Emergency Medicine and Surgery is the venous extravasation (19.5% identified) and as a result has been the pain and discomfort of the patient with a 54.76% of staff so concerned. The main factors that influence risk for adverse events are generated for nursing care are the patient's own definitive characteristics followed by the limited equipment and tools, which do not meet the right conditions, likewise a professional nursing knowledge deficits, inexperience and overwork demotivation.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la enfermería como disciplina profesional tiene por naturaleza y por paradigma el cuidado, entendiendo este como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”. Su aplicación constituye el objetivo principal del ejercicio y exige para su correcta consecución el que se tenga en cuenta un entramado de factores que incluyen la teoría, la ética, la técnica, los recursos, el conocimiento científico, las personas, sus relaciones y el medio ambiente.

Cuando se brinda cuidado, todos los actos que en él se incluyen deben estar enfocados hacia brindar calidad, sin embargo, se pueden presentar situaciones en las que la calidad y por ende el cuidado se impactan de manera negativa debido a errores, incidentes, confusiones o eventos adversos como hoy se denomina a la lesión resultante de la intervención de los servicios de salud y que en el entramado proceso de atención son derivados del manejo y distribución de los recursos, los conocimientos, la preparación, las personas objeto de trabajo y las relaciones

interpersonales, todo lo que propicia una atención irregular e inapropiada y lo que a su vez pone en peligro la seguridad y bienestar de las personas, conceptos clave dentro de la caracterización y puesta en marcha de servicios con calidad.

Garantizar la calidad demanda de los profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario y tienen contacto con el paciente y su familia, una reflexión continua sobre su desempeño, una constante evaluación de sus actos, de tal manera que se reconozcan falencias, inexactitudes y equivocaciones como parte de un plan de análisis, prevención y adecuado manejo si se presentase la ocasión de los eventos adversos.

Dentro de este marco, el trabajo que se presenta a continuación pretende proporcionar un sustento teórico que brinde la oportunidad de reconocer los eventos adversos y los factores de riesgo que influyen en el proceso de atención al paciente hospitalizado en los servicios de Cuidados intensivos, Emergencia, Cirugía y Medicina del Hospital Regional Moquegua; información que intenta constituir una herramienta con la que los profesionales de enfermería den un primer paso en la retroalimentación y construcción de procesos de transformación que incluyan el desarrollo de habilidades, actitudes, conocimientos y aptitudes que propicien el cambio, la

excelencia, el empoderamiento y el liderazgo que enfermería tiene y debe fortalecer frente a la seguridad de los pacientes y brindar así cuidado con calidad al paciente en estado crítico.

Está estructurada en cinco capítulos: Capítulo I Referida al planteamiento del problema; capítulo II Marco teórico; Capítulo III marco metodológico; Capítulo IV Resultados y Discusión, continúan las Conclusiones y Recomendaciones; finalmente se citan las referencias Bibliográficas y Anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DETERMINACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.1. Planteamiento del problema

El departamento de Medicina, cuidados críticos y emergencia constituyen parte del servicio que brindan los hospitales Nacionales, Essalud y clínicas los cuales por su misma naturaleza de atención deben estar debidamente implementados, con el recurso humano altamente preparado, equipado de acuerdo a las normas y protocolos establecidos, que permita la disminución del factor riesgo muerte.

A nivel Nacional desde el gobierno central, en cumplimiento a los principios emanados por la constitución política del Perú de preservar la vida y conservar la salud, se ha venido dictando una serie de medidas para implementar y mejorar el servicio en los hospitales Nacionales mediante Proyectos de

inversión Pública y otras gestiones; es así que Los Departamentos de Medicina, cuidados críticos y Emergencia de los Hospitales Nacionales se han venido implementando y Capacitando al Recurso Humano que brinda el servicio, lo cual ha permitido que los pacientes puedan ser atendidos de Manera oportuna en mejoras condiciones y así el factor riesgo Disminuya de forma gradual.

Debemos mencionar que nuestro país ha crecido en base a un centralismo, donde los mejores servicios han estado siempre concentrados en la Capital de la Republica y/o ciudades con mayor población, lo cual, ha influido también a que los servicios de salud de las regiones al interior del país no cuenten con los servicios acorde a los estándares internacionales de Atención.

En el Hospital Regional de Moquegua con nivel II-2 , con fecha de inauguración 25 de noviembre de 1966, siendo Presidente de la República el Arq. Fernando Belaunde Terry, estando a la actualidad con 45 años de funcionamiento, se evidencia una infraestructura donde ha cumplido con su vida

útil no estando acorde con las demandas y exigencias actuales de los principales servicios que se brinda hacia la población, personal nuevo con poco adiestramiento, los cuales son factores predisponentes a la ocurrencia de eventos adversos; así mismo ocurren diversos eventos adversos que limitan un servicio adecuado y de calidad los cuales no han sido identificados, registrados y analizados, este hecho va en desmero de la función esencial en la atención de enfermería que va directamente relacionada con la calidad de servicio.

De todo lo expuesto se formula la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los eventos adversos y factores de riesgo durante la atención de enfermería en los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Medicina y Cirugía del Hospital Regional Moquegua 2011?

1.2. JUSTIFICACION

La importancia está orientada principalmente a la disminución de la inseguridad del paciente, teniendo en cuenta que en el Hospital

Regional de Moquegua no existe una información base relacionada con la intervención en el campo de enfermería; así mismo hay que tomar en cuenta que el profesional de enfermería es el encargado del cuidado continuo de salud del paciente en los servicios de emergencia, cuidados intensivos, medicina y cirugía del Hospital regional del Moquegua, los cuales deben ser capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad y libre de toda clase de riesgo; por otro lado la información a obtener servirá de base a futuras investigaciones que se puedan desarrollar en ese ámbito con la finalidad de optimizar o profundizar el tema en beneficio de la comunidad.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar los eventos adversos y los factores de riesgo durante la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Emergencia, Medicina y Cirugía del Hospital Regional Moquegua – 2011.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los eventos adversos prevenibles durante la atención de enfermería en los servicios de la unidad de cuidados intensivos (UCI), Emergencia, Medicina y Cirugía del Hospital Regional Moquegua.
- Identificar los factores de riesgo humanos y del sistema durante la atención de enfermería en los servicios de la unidad de cuidados intensivos (UCI), servicio de Emergencia, Medicina y Cirugía del Hospital Regional Moquegua.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del problema

A Nivel Mundial

El Consejo ejecutivo de la OMS en su informe secretarial N° 109 con fecha 5 de diciembre del 2001 denominado “calidad de la atención – seguridad del paciente” han revelado que en el mundo 1.4 millones de muertes son causadas por eventos adversos. Sin importar los contextos todos los sistemas de salud no han resuelto aún la coyuntura de la seguridad del paciente.

Varios estudios han investigado la magnitud de los eventos adversos. El estudio de Harvard concluyó que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de los eventos adversos provoca una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales. El informe del Instituto de Medicina estimó que los «errores médicos» causan entre 44 000 y

98 000 defunciones cada año en los hospitales de los Estados Unidos de América, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA. El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe de 2000, *An organization with a memory*, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones, o alrededor de 850 000 eventos adversos al año. El Quality in Australian Health Care Study (QAHCS) publicado en 1995 halló una tasa de eventos adversos del 16,6% entre los pacientes de los hospitales. El Grupo de Trabajo sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa en 2000 estimó que uno de cada diez pacientes de los hospitales europeos sufre daños que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos.

Internacionales

En un trabajo de investigación en el año 2006 denominado “Efectos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos” realizado en la Universidad de Zaragoza – España; por Isabel Gutiérrez Cia. Se concluyó que hubo 172 eventos adversos a 121 pacientes; 53 Eventos adversos relacionados con el ingreso el paciente a UCI, 119 ocurrieron durante su hospitalización.

Los problemas que con mayor frecuencia dan lugar a los eventos adversos son los procedimientos (implicados en el 42 %) y al uso de medicamentos el 29.6% Así mismo se identificó que un 36.5% son eventos adversos evitables.

En el 2000 un Grupo de trabajo sobre la calidad de la atención hospitalaria en hospitales de Europa estimó que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufrió daños evitables y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos. (RESTREPO Francisco 2007)

En el informe de “Una organización con memoria” del 2000 del departamento de salud del Reino Unido, reveló que cerca del 10% de las hospitalizaciones sufren eventos adversos, así mismo en Australia la tasa es de 16.6% según un estudio realizado en 1995 QAHCS (Estudio australiano en la calidad de atención).

A Nivel Nacional

En el Perú según estudios del IBEAS (Proyecto iberoamericano de eventos adversos) realizado en el año 2010 se concluyó que:

- La gravedad de los eventos adversos que se presentan en Perú es de 17% gravedad leve, 65.3% de gravedad moderada y el 16.8% de gravedad muy grave.
- Se estudiaron 2478 pacientes hospitalizados de los cuales la prevalencia de pacientes con alguna lesión o complicación durante la hospitalización, relacionados con la asistencia sanitaria fue de 11.6% (286).
- El grupo etario con mayor presentación de EA fue de 16 - 45 años (PEA).
- Las mujeres fueron más afectadas
- Los servicios de mayor prevalencia fueron Obstetricia y UCI
- Los tipos de eventos adversos más frecuentes estuvieron relacionados con Infecciones Nosocomiales, procedimientos y diagnósticos.
- El EA más frecuente fue la Neumonía Nosocomial
- El 58.8% de los eventos adversos son evitables tales como las flebitis post veno punción, úlceras por presión, caída de pacientes, extubación de paciente, fuga de pacientes, etc.

2.2. BASE TEORICA

Conceptos relacionados con el evento adverso

Enfermería debe propiciar el enriquecimiento y excelencia del cuidado, teniendo en cuenta esto y partiendo de la importancia que tiene el conocimiento, a continuación se presenta una revisión teórica sobre los principales conceptos y definiciones que existen alrededor de calidad, calidad en enfermería, evento adverso, iatrogenia y error. Dicha revisión centrada en el saber y discernimiento pretenden ser el sustento que fundamente y permita dar discusión alrededor de la incidencia de los eventos adversos durante el proceso de atención de enfermería.

El evento adverso

Para el entendimiento de los conceptos que describen un evento adverso es importante reconocer que estos ocurren con mucha frecuencia, que son derivados no solo de fallas humanas sino de los sistemas, este reconocimiento y entendimiento es el primer paso para la prevención y corrección de los mismos, también es importante saber cuáles son las causales que llevan a que el equipo de salud cometa errores, sin embargo y para tener en

cuenta, la mayoría de los eventos adversos no son producidos por negligencia, inadecuada atención, educación o entrenamiento, sino que más bien ocurren en los servicios de salud debido al diseño del sistema o factores de organización, reconociendo que estos eventos son multifactoriales y raramente suceden por falta de cuidado o de un solo individuo.

Se define como evento adverso a la “situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente. Ocurren debido a que algo que fue planificado como parte de la atención médica no funcionó como era deseable o porque esa planificación fue la equivocada. No debe entenderse como error médico los cometidos por los médicos, sino las situaciones adversas que se presentan por la prestación de salud”. Todo el sistema es el involucrado en los errores médicos, profesionales y personal no profesional de la salud, infraestructura, procesos desarrollados dentro de la institución, entre otros.

“Todo incidente que hubiera causado daño al paciente o hubiera podido causar, ligado a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente” (FRANCO, Astolfo, 2005)

“Situación que ocurre durante el cuidado clínico y que resultan en daño físico o psicológico secundario a iatrogenia y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del paciente, diferente de aquellos eventos adversos que no se pueden prevenir llamado complicaciones o reacciones adversas” (FRANCO, Astolfo, 2005)

Evento adverso son lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención de salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no – calidad.(Ministerio de protección social, anexo técnico 1446, 2006)

Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica. (AGUIRRE Hector, 2006)

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

Un evento adverso es una situación inesperada, lesiva, no intencional como producto del cuidado brindado al paciente, más que como consecuencia de la dolencia que lo aqueja.

Afecta negativamente en la calidad del cuidado.

Recordemos que la seguridad del paciente se considera un indicador importante en la calidad de la atención.

Clasificación de los eventos adversos

Para enfermería se creó recientemente una taxonomía de los errores, clasificada así:

- Falta de atención de las condiciones clínicas y reacción a los tratamientos instaurados
- Pérdida del rol de representante de los mejores intereses del paciente
- Inapropiado criterio clínico
- Error de tratamiento
- Falta de intervención sobre la evolución clínica del paciente
- Falta de prevención en el cuidado: aquí se incluyen los siguientes eventos adversos:
 - ✓ Caída de pacientes
 - ✓ Extravasación de vía venosa
 - ✓ Flebitis en sitios de venopunción
 - ✓ Fuga de pacientes
 - ✓ Hematomas post venopunción
 - ✓ Reacción anafiláctica.
 - ✓ Úlceras por presión
 - ✓ Neumonía aspirativa
 - ✓ Extubación accidental de tubo endotraqueal
 - ✓ Transfusión inadecuada

- Equivocación en la ejecución de la prescripción médica y errores en la documentación. Aquí encontramos el siguientes eventos adversos:

- ✓ Error en la administración de medicamentos debido al no cumplimiento de los 5 correctos para la administración de medicamentos (medicamento, dosis, vía, paciente y fecha correcta).

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

Dentro del equipo de salud el profesional juega un papel protagónico no sólo por su trabajo de cuidar al paciente sino porque por su misma condición es el puente conector entre el paciente y el resto del equipo de modo que un error en la

comunicación debe considerarse ya un evento adverso por lo que este fallo puede generar.

Al respecto Gómez y Espinosa (2006), en su libro dilemas éticos a la seguridad del paciente, dice que existen múltiples formas de clasificar el evento adverso, una de las más útiles respecto a la definición de la responsabilidad ética, penal, civil y administrativa, es aquella que lo divide en :

Evento adverso no prevenible; es la complicación que no puede ser prevenida dado el estado actual del conocimiento; el evento adverso prevenible es el mal resultado de la atención que puede ser prevenido con el estado del conocimiento.

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

dormidos en el sistema por largos periodos de tiempo) e incidente (situación que podría haber generado un mal resultado que no se produjo por azar o por una intervención oportuna).

Evento adverso prevenible; resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento Adverso Medicamentoso

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

- “Cualquier signo no intencionado o desfavorable o enfermedad asociada temporalmente con el uso de un producto medicinal... provocada como respuesta a cualquier dosis usada”, (COUISNS Calnan,1999), definición que se asemeja a la de reacción adversa al medicamento, con la diferencia que la reacción adversa se puede prever por las

descripciones técnicas y no tiene que ver con error en la prescripción, solicitud y administración del mismo.

- “Cualquier evento previsible que puede causar o conducir el uso inadecuado de medicamento o riesgo al paciente, mientras el medicamento se encuentre bajo el control del profesional de la salud, paciente o consumidor. Tales eventos puede estar relacionados a la práctica profesional, a los productos de salud, a los procedimientos y sistemas, incluyendo: prescripción; comunicación de la orden; rótulo, embalaje y nomenclatura de los productos; preparación; almacenamiento; distribución; educación; monitoreo y uso” (COUISNS Calnan,1999).

Son múltiples las causas en la aparición de un evento adverso medicamentoso. Tomado del informe: “Desarrollo de indicadores en el uso de la medicación” por la Joint Comisión an Accreditation of Health Care Organizations, en 1991, se enuncian a continuación los pasos susceptibles de error en el proceso de medicación:

- Prescripción:
 - o Necesidad del medicamento y uso correcto
 - o Individualización del régimen terapéutico
 - o Obtención de la respuesta terapéutica deseada
- Distribución:
 - o Revisión de la orden
 - o Procesamiento de la orden
 - o Composición y procesamiento del medicamento
 - o Entrega a tiempo
- Administración:
 - o Administración de la droga correcta al paciente correcto
 - o Administración en el momento indicado
 - o Información al paciente acerca de la administración del medicamento
- Seguimiento:
 - o Seguimiento y documentación de la respuesta del paciente
 - o Identificación y reporte de las reacciones adversas a medicamentos

- o Reevaluación de la selección del medicamento, el régimen, la frecuencia y duración
- Control de los sistemas y el manejo
 - o Colaboración y comunicación entre proveedores del servicio
 - o Revisión y manejo del régimen terapéutico del paciente

Factores Que Favorecen Los Eventos Adversos

Para argumentar el primer objetivo trazado, se considera importante la explicación de diversos enunciados que soporten y permitan identificar los factores de riesgo que inciden en la aparición/ ejecución de EA durante la atención brindada por enfermería.

Es de rescatar que todas las actividades a las que está sometido el individuo, bien sean realizadas por enfermeras o por cualquier otro profesional del equipo de salud, conllevan implícitamente un riesgo en la ocurrencia de un EA ya que es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda acción humana sobrelleva un margen de error, es por esto que enfermería tiene como labor esencial hacer una correcta

evaluación de los posibles riesgos en la realización de todas y cada una de sus actividades ya sean estas independientes, dependientes, interdependientes o delegadas. (ROBLE María, 2002)

La ocurrencia de los EA no es de origen exclusivo del error humano, según la literatura se encuentra que la mayoría de los eventos adversos son originados por errores en los sistemas que llevan a una mala práctica o que no tienen los mecanismos incluidos en los procesos, que eviten la ocurrencia de los mismos.

A continuación se describe algunos de los factores que favorecen los EA:

Factores humanos:

Ocasionados por el profesional debido a su formación académica, experiencia previa, condición laboral (nombrada, contratada), presión del entorno, congestión del servicio, procedimientos complejos, estrés, número de medicamentos a administrar, influencia del horario... errores medicación

(órdenes verbales, celulares, mala letra, órdenes médicas ...)

Error en comunicación: personal paciente , personal – personal

Ausencia de trabajo en equipo

Factores Del Sistema O Carencia De Elementos Tangibles

- Falta de material e insumos
- Planta física insuficiente e inadecuada
- Restricciones presupuestarias.
- Condiciones de trabajo: escasa información del paciente, acceso de HC, interrupciones, distracciones, condiciones de trabajo inadecuadas,

Condiciones Propias Del Paciente

- Tipo de paciente y gravedad.

Modelo del queso suizo

Modelo ideado por el Profesor James Reason (1997), del Departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, en su trabajo titulado: “Gestión de los riesgos

en los accidentes en una organización” “Managing the Risks of Organizational Accidents”, con el que explica que los errores y las fallas están latentes en todos los sistemas y que por lo mismo son susceptibles de cometer faltas, para lo que los sistemas y las personas involucradas deben crear y mantener ciertas barreras que eviten el curso de una acción hacia un evento adverso.

En el desarrollo del concepto del queso suizo existen dos abordajes contribuyentes en la aparición de estos errores, se pueden dividir en factores centrados en la persona y factores centrados en el sistema.

Los factores centrados en las personas tienen en cuenta que la ocurrencia de un error tiene su origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. Bajo este abordaje las estrategias que se generan para disminuir el riesgo se encaminan a campañas de difusión a través de carteles y

mensaje, y en muchas ocasiones a sanciones a los individuos comprometidos.

El modelo centrado en el sistema, que es más sano y práctico, tiene en cuenta que “ todas las personas cometen errores pero que estos errores son consecuencias de falencias en el sistema, por lo tanto estas debe ser buscadas y corregidas intentando modificar las condiciones para evitar los errores o mitigar sus consecuencias” es decir que los seres humanos son falibles y que los errores son de esperar, aun en las mejores organizaciones. (ORTIZ Zulma, 2004)

De tal forma que el sistema debe crear barreras de defensa para evitar que los errores sucedan. Cuando un evento adverso tiene lugar lo importante no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron.

Idealmente estas barreras defensivas deberían permanecer intactas, pero en la práctica cada una de estas barreras son como rebanadas de un queso suizo que tiene varios orificios, estos se encuentran en continuo movimiento (a diferencia de

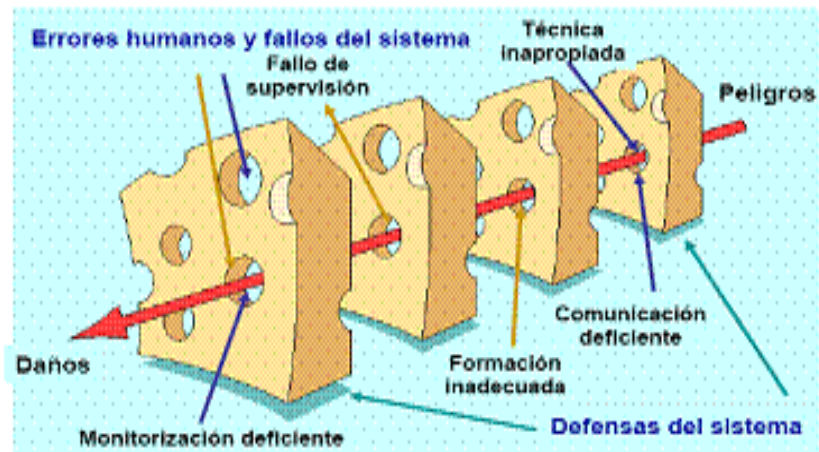
un queso suizo), los cuales se abren y cierran a destiempo, pero no es la sola presencia de estos orificios la causa de los errores, cuando en un momento dado estos orificios alinean dejando espacio para una misma trayectoria se crean todas las posibilidades para que un evento adverso sobrevenga.

“Hay pruebas cada vez más claras de que los niveles inadecuados de la dotación de personal de las instituciones guardan relación con el aumento de acontecimientos tales como las caídas de los pacientes, las heridas causadas por la permanencia en cama, los errores de medicación, las infecciones contraídas en los hospitales y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o a índices más elevados de mortalidad en los hospitales” (AIKEN I, 1993).

“La escasez y los pobres rendimientos del personal por su baja motivación o la insuficiencia de sus capacidades técnicas son también importantes factores determinantes de la seguridad de los pacientes” (CIE, 2002-

DECLARACION DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS)

Modelo explicativo



Boozon J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM^a Aranz, C. Aibar ©

Incidencia de los eventos adversos

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

En unidades de cuidado intensivo la incidencia que se registra puede llegar a ser de 1.7 EA por paciente por día.

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

A nivel mundial se tiene importantes datos acerca de la incidencia de los EA, entre ellos quizás el más importante y contundente es el informe antes “To err is human: building a safer system” – “Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro” (Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias de EEUU, 1999) arrojado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1999, que reporta que los EA causan entre 44.000 y 98.000 muertes al año en EUA, cifra más importante que las muertes causadas por cáncer de mama, SIDA y accidentes de

automóvil, con un costo de pérdidas calculadas entre 17 y 29 millones de dólares por año, que incluye, los sobre costos adicionales generados por los errores (mas insumos, medicamentos, días de hospitalización, mas tecnología, demandas, entre otros), pérdida de ingresos y de productividad en los hogares y las discapacidades que se pueden derivar de estos, sumado a los costos en términos de pérdida de confianza en el sistema de salud.

Aunado a estos altos “precios” que se “pagan” por la ocurrencia de los errores, queda en los profesionales de salud implicados, un derrumbe moral y frustración además de acarrear con las consecuencias legales de tal acontecimiento.(INST. DE MEDICINA DE LOS EEUU DE AMERICA, 1999)

“El problema de la seguridad clínica de los pacientes pertenece al mundo de la salud y no sólo a los hospitales de los países desarrollados que informan en la literatura médica internacional. Múltiples factores no sólo institucionales y humanos, sino también gubernamentales, académicos y tecnológicos relacionados con la atención de pacientes no son tenidos en cuenta durante el proceso de atención y se traducen en fallas latentes que cuando se alinean

producen el error. La construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras, es el punto de partida para disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos” (OPUS Cit 15)

Consecuencias de un evento adverso en la atención de enfermería

Toda acción tiene una repercusión y como tal esto extrapolado al proceso de cuidado toda actividad que se hace dentro de la atención de las personas, genera un resultado que de manera positiva o negativa afecta, cambia o modifica una situación, un estado de salud.

Como enfermeros trabajamos para instaurar actividades que permitan identificar y resolver necesidades de las personas, de las comunidades en lo que respecta a los procesos de prevención, curación de la enfermedad y restauración o fortalecimiento de la salud y del bienestar.

Sin embargo, dentro de este contexto se presenta el evento adverso como acto inesperado que genera condiciones que repercuten de manera negativa según la revisión hecha, en el individuo objeto de trabajo, en quien brinda el cuidado y en las instituciones.

Las referidas luego de su ocurrencia dentro del contexto de cuidado brindado por enfermería al paciente en estado CRÍTICO muestran un resultado compatible con lo descrito en la teoría: los eventos adversos causan entre 44.000 y 98.000 muertes al año en Estado Unidos, con un costo de pérdidas calculadas entre 17 y 29 millones de dólares por año. Es por esto, que para el individuo enfermo los eventos adversos repercuten de manera negativa en su estado de salud comprometiéndolo desde una manera leve hasta incapacitante. (INSTITUTE OF MEDICINA TO ERR IS HUMAN, 2000)

Acciones ante eventos adversos en la atención de enfermería

Como las causas para que ocurra un evento adverso son multifactoriales las soluciones también deberían plantearse de

manera que se abarque todos los ámbitos y de una u otra forma se pueda condicionar de manera positiva todas las variables para logra la disminución e incidencia. El error durante la atención de enfermería es responsabilidad de todos: del profesional, de las instituciones, de las políticas, de los gobiernos y de la academia, agentes susceptibles de modificación, característica principal en la evitación de la ocurrencia de eventos adversos, no siendo así la situación de salud del paciente las cuales son invariables.

En lo que respecta a las personas la bibliografía coinciden en la necesidad de educarlas, de proveerles un conocimiento, una teoría, una información de acuerdo con su campo de acción y con el rol que desempeñan de manera que les forme para ser más coherentes, para tener mayores bases, mayor criterio y mayor racionalidad al actuar lo que permita su vez mayor veracidad y eficiencia.

Instruir es tal vez es una de las principales estrategias lo que puede responder primero a que no siempre se posee toda la información, no todo lo sabemos y segundo a que el campo de la salud y lo que este compete está en constante evolución, cambio y avance, cada día hay nuevos productos, nuevas formas de hacer algo, cada día

hay un nuevo diseño una nueva herramienta lo que justifica la necesidad de aprender y de actualizar periódicamente lo que se sabe.

Las instituciones por su parte para que ese saber no sea disperso y sea aplicado de acuerdo al bien parecer de cada persona, a su razonamiento, a lo que puede alcanzar en un momento determinado, a lo que entiende o considera, deben acompañar la educación de cada profesional con la creación de protocolos de manera tal que mediante la descripción detallada de actividades que deben cumplirse a cabalidad y que previamente se encuentran fundamentadas, estudiadas, analizadas y validadas en función de resultados y expectativas se guíen los actos, se asegure una misma atención, un mismo actuar, un mismo idioma que permita unificar, estandarizar criterios, procesos, pautas y así reducir el riesgo de cometer errores.

Incorporado a esto debe haber un seguimiento del funcionamiento calidad, de proceso de atención de enfermería al paciente en cuidado crítico, lo anterior en relación con que si no hay problema que discutir o resolver como ocurre con la no notificación del

evento, tampoco hay solución y tampoco hay condiciones a mejorar, a cambiar estableciéndose así una brecha de gran magnitud entre la teoría y la práctica, entre el deber ser y lo que realmente se hace.

Cuando ocurre un evento adverso, es importante mitigar los efectos de este, para lo que debe ser informado el equipo de salud que está a cargo del paciente, intensificar controles y modificar tratamientos. Las sanciones tomadas frente al persona inmiscuido, en un evento adverso, lejos de ser formativas y ejemplarizantes generan un ambiente de temor que se suma a todos los factores estresantes a los que se encuentran sometidos los profesionales de enfermería, que no contribuyen a la divulgación del mismo contribuyendo así a la recurrencia del mismo

Poner de manifiesto los eventos, hacerlos más visibles, discutirlos y analizarlos sin conductas punitivas alrededor tal como es enunciado por los autores, permite no solo conocerlos, tipificarlos y caracterizar las condiciones por la que ocurre, en las que se encuentra envuelto, sino que también permite hacer miradas reflexivas, retroalimentación, aprender del error, de sus causas, investigar, formar, enseñar, identificar áreas con dificultad,

debilidades, fortalezas, lo que permita actuar frente a problemas específicos, cambiar procesos, implementar nuevos esquemas, nuevos o mejores modos de actuar, de trabajar.

Modelo de enfermería relacionado a eventos adversos

Teoría de Dorothea Orem

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí :

Teoría del Autocuidado : En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia : "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos , orientada hacia un objetivo . Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida , salud o bienestar".

Teoría del déficit de autocuidado : En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit . Los individuos

sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella , no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente

. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermería :En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos , identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidado
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación : la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado , pero que no podrían hacer sin esta ayuda .

Esta teoría se aplica al presente trabajo de investigación ya que D. Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, evitado cualquier

situación de riesgo que pueda conllevar a presentarse un evento adverso que dañe la salud del paciente o prolongue la estancia hospitalaria, asimismo ayudar a recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

CALIDAD

Desde la perspectiva de labor, usuario, producción, tecnología o estrategia teniendo en cuenta que para todas las anteriores, el punto en común es el que describe el término como la condición o indicador por el que un servicio o producto recibido/ofrecido con sus características, constitución y comportamiento cumple, complace y resuelve de manera oportuna, adecuada y excelente las expectativas, deseos, y exigencias explícitas o implícitas de una persona o grupo de personas.

La Sociedad Americana para el Control de Calidad (A.S.Q.C) define el mismo término como "el conjunto de características de un

producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente". La norma ISO 9000, concibe la calidad como "el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos, necesidades o expectativas establecidas, que suelen ser implícitas u obligatorias".

Edwards Deming para quien "la calidad no es otra cosa más que una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua. Es satisfacción del cliente." Philip Crosby quien afirma que "calidad significa conformidad con las necesidades, cumplimiento de los requisitos"

Finalmente y en relación con las exigencias y demandas del mundo moderno el concepto se ha transformado hasta llegar a lo que hoy en día se conoce como calidad total término acuñado por Armad Feigenbaum y que se refiere a todas las formas a través de las cuales las organizaciones no solo aseguran y procuran la calidad, si no que la entienden e incorporan como filosofía, como meta sin fin que pretende la obtención de la excelencia, de los niveles más altos de perfección y la plena satisfacción de los clientes y de la organización misma.

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

Los primeros datos relacionados con la calidad en la atención se remontan a la época de Florence Nightingale, quien introduce importantes principios que desde entonces favorecían la calidad, el primero fue la formación de enfermeras, es decir, que el cuidado brindado tuviera fundamento científico (requisito primordial en la calidad en salud) y el segundo el estudio que hizo acerca de la tasa de mortalidad en los hospitales en el curso de la guerra de Crimen, donde observo que un mejor seguimiento de las normas de asepsia y una mejor ubicación – hospitalización disminuyo el índice de mortalidad de un 40 al 4%.

A principios del siglo XX con la influencia de Abraham Flexner (1866 - 1959), educador quien dedicó la mayor parte de su labor pedagógica al perfeccionamiento de la educación médica norteamericana con influencia prácticamente universal sobre la enseñanza de la medicina y de Ernest Amory Codman (1869 - 1940) quien desarrollo un método que clasificaba y media los resultados finales de la asistencia hospitalaria, el Colegio Americano de Cirujanos (1913) emprende estudios sobre la normatización de los hospitales, seguido este, años después de la instauración del Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales (1950) y de la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals – JCAH (1951) quienes inician con la creación y generalización de las normas para la acreditación de los hospitales con la consiguiente aparición de las definiciones y parámetros de calidad.

Posteriormente Avedis Donabedian introduce y desarrolla en 1966 conceptos que hasta hoy son el pilar del control de la calidad en la prestación de servicios de salud, tales conceptos son:

- Análisis de estructura:

Con esta se hace un estudio la capacidad de los medios materiales, los medios humanos y la estructura organizativa

- Análisis del proceso:

Con este se valora la calidad de los métodos, que se hace, como se hace y su funcionamiento, teniendo como base el estudio de la historia clínica, haciendo un muestreo de las mismas observando un método de trabajo para establecer un diagnóstico y su plan terapéutico y de enfermería.

- Análisis de resultados:

Se valora la calidad del producto o resultado final de la asistencia.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

Por los objetivos planteados el tipo de investigación que se aplicó es descriptivo, observacional y retrospectivo.

3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo conformada por el personal de Enfermería de los servicios de Medicina, Cirugía, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se trabajó con el 100% del Personal de Enfermería (21 enfermeras y 21 técnicas de enfermería) que labora en la unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Medicina y Cirugía del Hospital Regional de Moquegua.

3.4 AMBITO DE INTERVENCION

La investigación se realizó en el Hospital Regional de Moquegua, en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Medicina Y Cirugía.

El Hospital Regional de Moquegua, antes denominada Hospital Central de salud, fue inaugurada el 2 de noviembre de 1966 siendo presidente de la República el Arquitecto Fernando Belaunde Terry, posteriormente el 05 de octubre de 1996 se establece una Red de establecimientos de salud una plana de especialistas para la atención integral a cargo de la Sub Región de Salud Moquegua con la intención de suplir la falta de un Hospital a cargo del Ministerio de salud. Actualmente con 45 años el Hospital es creada como unidad ejecutora con Resolución N° 0101-2011-GR/MOQ siendo primer Director el Dr. Daniel Reynoso Rodríguez y hoy asumiendo el cargo el Dr. Javier Moscoso Moscoso. Hoy se encuentra en espera que se inicien las obras de Ampliación y Remodelación del Hospital que es el único Hospital de Referencias de la Región y de necesidad imperativa.

La Unidad de Cuidados Intensivos, formaba parte del Servicio de Medicina como UCE (Unidad de Cuidados Especiales), desde el año 2003. La UCE funcionaba en un ambiente de 7x4 m², contaba con 01 cama, equipos que se prestaba del servicio de Medicina y Emergencia. El personal de enfermería atendía a los pacientes de Medicina, UCE en ocasiones Cirugía y Traumatología simultáneamente, trabajando una enfermera y un técnico de enfermería por turno.

En el año 2006 el Gobierno Regional de Moquegua implementa el Hospital Regional de Moquegua con equipos biomédicos y mobiliario, beneficiándose el servicio de UCE con 02 monitores cardiacos, 02 bombas de infusión, 02 camas eléctricas, 01 desfibrilador y 01 aspirador de secreciones. A partir del año 2010, durante la gestión del Dr. Miguel Rodríguez Martínez como director del Hospital Regional Moquegua, Dr. Abelardo Martínez Plata medico Jefe de Emergencia y Cuidados Críticos, Lic. Rosario Flores Romero Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería; se contrata a 04 profesionales de enfermería especialistas en UCI y 05 técnicos de enfermería, habilitándose ese mismo año un ambiente provisional, condicionado y exclusivo

para la UCI, el cual fue nuevamente implementado por el Gobierno Regional de Moquegua con 02 monitores cardiacos, 04 camas eléctricas, 02 ventiladores mecánicos, 02 aspiradores de secreciones.

El presente año la UCI cuenta con 01 ambiente con 02 camas, 01 ambiente para aislados con 01 cama, 01 ambiente para tóxico; el recurso humano con el que cuenta son de 01 medico jefe del servicio, 06 enfermeras intensivistas, 05 técnicos de enfermería.

La Unidad de Cuidados Intensivos por lo tanto es un espacio acondicionado donde la infraestructura no es la adecuada ya que no ha sido construida e instalada en un espacio propio y adecuado, en la actualidad aquí se brinda atención a pacientes críticos de alto riesgo en condición de inestabilidad que requieran cuidados especiales donde el promedio es de 12 ingresos al mes, con un tiempo promedio de estancia en la Unidad de 4 a 5 días, la edad promedio según los ingresos durante este año es de 63 años, número promedio de fallecidos menos de 48 horas es de 02 pacientes, el número de pacientes fallecidos más de 48 horas de estancia hospitalaria, es 1.3 pacientes. Las causas de

morbilidad más frecuentes son Insuficiencia Respiratoria Aguda, Septicemias, Intoxicaciones, Hemorragia Digestiva Alta etc., según los reportes de atenciones del año 2010.

El Servicio de Emergencia, recibe y trata a pacientes que dependiendo de la gravedad de su patología, será hospitalizado y/o derivado a otros hospitales de mayor complejidad así mismo pacientes referidos de otros establecimientos es la primera puerta de entrada para los servicios de hospitalización. Cuenta con las siguientes áreas Pediatría, Medicina, Ginecología , Trauma Shock , Tópico y Triage

Tiene 06 enfermeras una de las cuales cumple la responsabilidad de la Jefatura de Departamento de Enfermería asumiendo labor tanto asistencial como administrativa, 06 técnicos de enfermería. Los pacientes ingresados a este servicio tienen una permanencia máxima de 48 horas después de ello pasan a ser dados de alta o a hospitalización según sea el caso. Diariamente se atiende un promedio 30 a 40 pacientes siendo las primeras causas de morbilidad las infecciones Respiratorias Agudas y Las Enfermedades Diarreicas Agudas.

El Servicio de Medicina, es una unidad orgánica encargada de brindar atención integral a pacientes cuyos ciclos de vida es adolescencia, adulto joven, adulto y adulto mayor en su contexto bio-psico-social, protegiendo, recuperando y rehabilitando su salud. La atención es a diversas patologías no quirúrgicas, siendo las más frecuente: enfermedades diarreicas, intoxicaciones por órganos fosforados, infecciones del tracto urinario, Sepsis, celulitis, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, insuficiencia respiratoria, ACV, mordeduras y picaduras de insectos.

El servicio cuenta con 05 médicos, 05 enfermeras, 05 técnicos de enfermería. La infraestructura es inadecuada por falta de mantenimiento (paredes, ventanas y puertas antiguas y sin pintar), cuenta con 07 ambientes para medicina varones y medicina mujeres, 02 para pacientes que necesiten aislamiento permanente, los mobiliario son insuficientes e inadecuados, malogrados (camas altas sin barandas, falta de mesas para dietas y veladores). El material e insumos de Farmacia y Logística son insuficiente, inadecuados y de mala calidad (equipos de venoclisis y frascos de soluciones vienen con fallas de fábrica),

falta de insumos de bioseguridad, falta de manómetros de oxígeno y un pupinel para la esterilización de material.

En cuanto a las estadísticas anuales del servicio según reportes del Censo diario del año 2010 del servicio de Medicina del Hospital Regional Moquegua se tiene lo siguiente:

| | | |
|---|---|----------|
| Ingresos | : | 653 |
| Egresos | : | 640 |
| Total de fallecidos | : | 25 |
| Promedio diario de camas hospitalarias: | | 10.3 |
| Promedio de permanencia o estadía | : | 4.6 días |
| Promedio diario de ingresos al servicio : | | 1.79 |
| Promedio diario de egresos del servicio: | | 1.76 |

El Servicio de Cirugía, es una unidad orgánica que cuenta con dos áreas: traumatología y cirugía propiamente dicho; se dispone de 02 cirujanos, 01 traumatólogo, 05 enfermeras y 05 técnicos de enfermería, un total de 16 camas para hospitalización (08 camas en cirugía y 08 en traumatología).

El número de ingresos en el año 2011 es de 358 divididos de la siguiente manera:

En el servicio de cirugía 206 ingresos anuales y un promedio de 17.1 ingresos mensuales. En el servicio de traumatología 152 ingresos al año y un promedio de 12.6 ingresos mensuales.

En relación a las causas de morbilidad en el AREA DE CIRUGÍA se registra lo siguiente:

1ª causa: Apendicitis aguda con 75 ingresos en el año 2011

2ª causa: Colecistitis aguda con 58 ingresos en el año 2011

3ª causa: Celulitis con 10 ingresos en el año 2011

4ª causa: Hernias inguinales con 09 ingresos.

5ª causa: Policontusos y hernia umbilical con 04 ingresos cada uno

En el ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA las primeras causas de morbilidad se registra lo siguiente:

1ª causa: Poli contusos por accidente de tránsito con 27 ingresos

2ª causa: Fractura de radio con 08 ingresos

3ª causa: Fracturas expuestas de IIIº con 06 ingresos

4ª causa: Pie diabético con 06 ingresos

5ª causa: Fracturas de cadera con 06 ingresos, etc.

Respecto a la morbilidad solo se ha reportado un fallecido con el diagnóstico de Sepsis, colangitis y cáncer de cabeza de páncreas.

3.5 INSTRUMENTOS Y RECOJO DE INFORMACIÓN

Se elaboró y aplicó Cuestionario de preguntas al personal profesional y Técnico de Enfermería. Para la validez del instrumento se solicitó la opinión de expertos los cuales fueron 04 (01 jefe del departamento del enfermería del Hospital Regional Moquegua (HRM), 02 Enfermeras jefes de servicios del HRM, 01 formulador de proyectos del Gobierno Regional Moquegua.

Se realizó la confiabilidad del instrumento y según los estadísticos de fiabilidad se tiene lo siguiente:

| <i>Alfa de Cronbach</i> | <i>N° de elementos</i> |
|-------------------------|------------------------|
| <i>,842</i> | <i>09</i> |

El Cuestionario aplicado consta de 26 preguntas dividido en 05 partes:

- Datos generales
- Identificación de eventos adversos
- Organización
- Recurso Humano
- Infraestructura, equipamiento e implementación

Para el recojo de información se entregó el cuestionario al 100% del personal de Enfermería objeto de estudio previa firma del documento informado, el que se aprecia en anexos.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS DE INFORMACION

Se procedió a clasificar los datos de cada variable, asignando indicadores numéricos, luego se procedió a crear cuadros estadísticos de una y doble entrada, con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales.

Se empleó la hoja de cálculos EXCEL para el análisis e interpretación de los datos, se utilizó la estadística descriptiva para establecer y mostrar los resultados de cada variable, se utilizó el paquete estadístico SPSS para la evaluación de chi cuadrado.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1.- RESULTADOS

TABLA Nº 1
DISTRIBUCION DE PERSONAL QUE LABORA EN LOS SERVICIOS
DE UCI, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL
REGIONAL MOQUEGUA DEL AÑO 2011

| SERVICIO | ENFERMERAS | TEC. ENFERMERIA | TOTAL | % |
|-----------------|-------------------|----------------------------|--------------|---------------|
| UCI | 6 | 5 | 11 | 26.19 |
| EMERGENCIA | 5 | 6 | 11 | 26.19 |
| MEDICINA | 5 | 5 | 10 | 23.81 |
| CIRUGIA | 5 | 5 | 10 | 23.81 |
| | 21 | 21 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 0,182

GI : 3

p : 0,980

Los servicios de UCI; Emergencia, Medicina, Cirugía del Hospital Regional de Moquegua cuentan con un recurso humano de 42 profesionales de salud distribuidos en 21 Enfermeras y 21 técnicos de enfermería, correspondiendo 26,19% al servicio de UCI y Emergencia, 23,81% a Medicina y Cirugía. Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE EVENTO ADVERSO MAS FRECUENTE EN LOS SERVICIOS DE UCI, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA AÑO 2011

| SERVICIO | UCI | MEDICINA | CIRUGIA | EMERG. | TOTAL | % |
|--|------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|----------|
| TIPO DE EA | | | | | | |
| Extravasación de vía venosa | 3 | 2 | 3 | 1 | 9 | 21.43 |
| Úlcera por presión | 2 | 3 | 2 | 0 | 7 | 16.67 |
| fuga de pacientes | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | 14.29 |
| Flebitis | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 11.90 |
| Hematoma post venopunción | 3 | 2 | 0 | 0 | 5 | 11.90 |
| Caída de pacientes | 0 | 1 | 0 | 3 | 4 | 9.52 |
| Reacción anafiláctica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| Extubación | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| Error en la administración de medicamentos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| N.A | 1 | 1 | 4 | 0 | 6 | 14.29 |
| TOTAL | 11 | 10 | 10 | 11 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 39,108

GI : 18

p : 0,003

Interpretación:

Según la tabla los resultados muestran diversos tipos de eventos adversos que están directamente relacionados a la responsabilidad del recurso humano que esta de turno en el servicio, en primer lugar tenemos Extravasación de vía venosa con 9 casos las que representan el 21,43% las cuales se presentan en los servicios de UCI, MEDICINA, CIRUGIA y EMERGENCIA

En segundo lugar tenemos los casos de úlceras por presión o escaras con un 16,67% estas generalmente se presentan en pacientes del servicio de Medicina En tercer lugar tenemos los casos por fuga de pacientes con un 14,29%, por lo general se presenta en el servicio de Emergencia.

En cuarto lugar tenemos la flebitis y los hematomas post venopunción con un 11.9% En menor proporción se presenta la caída de pacientes con el 9.52%.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que existe diferencia estadística significativa $p < 0,05$

TABLA Nº 3

**OCURRENCIA DE EVENTO ADVERSO EN LOS SERVICIO DE UCI,
EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA AÑO 2011**

| SERVICIO | UCI | MEDICINA | CIRUGIA | EMERG. | TOTAL | % |
|-------------------|------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|----------|
| OCURRENCIA | | | | | | |
| SI | 7 | 6 | 2 | 8 | 23 | 54.76 |
| NO | 4 | 4 | 8 | 3 | 19 | 45.24 |
| TOTAL | 11 | 10 | 10 | 11 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 20<<11

Chi 2 : 6,771

Gl : 3

p : 0,080

Interpretación:

Según la tabla estadística se puede apreciar que el 54% de nuestra muestra unidad de análisis, refieren que se si se les ha presentado en alguna oportunidad un evento adverso, el 45,24% de personal encuestado refiere que no se les ha presentado un evento adverso.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$

TABLA Nº 4

TIPO DE EVENTO ADVERSO MAS FRECUENTE EN LOS SERVICIOS DE UCI, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA DURANTE EL AÑO 2011

| SERVICIO TIPO DE EA | UCI | MEDICINA | CIRUGIA | EMERG. | TOTAL | % |
|--|------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|----------|
| Extravasación de vía venosa | 4 | 1 | 2 | 1 | 8 | 19.05 |
| Caída de pacientes | 0 | 4 | 0 | 2 | 6 | 14.29 |
| fuga de pacientes | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | 14.29 |
| Flebitis en zona de venopunción | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 | 9.52 |
| Hematoma post venopunción | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 4.76 |
| Úlcera por presión | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4.76 |
| Caída de pacientes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| Reacción anafiláctica | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2.38 |
| Extubación | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| Error en la administración de medicamentos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| N.A | 4 | 2 | 7 | 0 | 13 | 30.95 |
| TOTAL | 11 | 10 | 10 | 11 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 45,352 GI : 21 p : 0,002

Interpretación:

Según la tabla los resultados muestran variedad de causas que están directamente relacionados a la responsabilidad del recurso humano que esta de turno en el servicio, en primer lugar tenemos la extravasación de vía venosa; el 19.5% de la población encuestada (08 encuestados) refiere que este es el EA más frecuente, los cuales se presentan en los servicios de UCI, MEDICINA Y CIRUGIA y EMERGENCIA . El 14.29% del personal encuestado refiere que la caídas de pacientes está en segundo lugar de ocurrencia de EA.

En tercer lugar tenemos los casos por fuga de pacientes que se presenta en el servicio de emergencia.

En cuarto lugar tenemos la flebitis en zonas de venopunción conocida como inflamación de las venas ocasionada por Los problemas derivados de la inserción y/o mantenimiento de un catéter endovenoso con un 11.9% de personal que refiere que éste también es un EA que ocurre en los servicios, principalmente en el servicio de Medicina.

Otros EA en menor porcentaje pero sin dejar de ser llamativo a nuestra interpretaciones es la presencia de úlceras por presión conocidas como escaras.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que existe diferencia estadística significativa $p < 0,05$

TABLA Nº 5

FRECUENCIA DE PRESENTACION DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS DE UCI, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA - AÑO 2011

| SERVICIO FRECUENCIA | UCI | MEDICINA | CIRUGIA | EMERG. | TOTAL | % |
|----------------------------------|------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|----------|
| Diariamente | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4.76 |
| Semanalmente | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2.38 |
| Mensualmente | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 | 9.52 |
| Varias veces en últimos 12 meses | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 4.76 |
| 1-2 veces en ult. 12 meses | 5 | 7 | 2 | 6 | 20 | 47.62 |
| Ninguna en los ultim. 12 meses | 3 | 1 | 7 | 1 | 12 | 28.57 |
| No lo se/ no responde | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2.38 |
| TOTAL | 11 | 10 | 10 | 11 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 30,014

Gl:18

p : 0,037

Interpretación:

Para determinar la frecuencia con que se presentan los eventos adversos se puede señalar que un 47,62% del personal encuestado refiere que un evento adverso en los servicios de UCI, Emergencia, Medicina o Cirugía se ha presentado entre 1 - 2 veces en los últimos 12 meses; por otro lado un porcentaje considerable (28,57%) también refiere que no se ha presentado ningún evento adverso en los últimos meses.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que existe diferencia estadística significativa $p < 0,05$

TABLA Nº 6

DISTRIBUCION DE RESULTADOS ANTE EL EVENTO ADVERSO

| SERVICIO | UCI | MEDICINA | CIRUGIA | EMERG. | TOTAL | % |
|--|------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|---------------|
| RESULTADO | | | | | | |
| Dolor , incomodidad del paciente | 4 | 4 | 2 | 6 | 16 | 38.10 |
| Prolongación de estancia del paciente en el servicio | 1 | 4 | 1 | 3 | 9 | 21.43 |
| Complicaciones del paciente | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 9.52 |
| Ninguno | 5 | 1 | 6 | 1 | 13 | 30.95 |
| TOTAL | 11 | 10 | 10 | 11 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 11,434

Gl:9

p : 0,247

Interpretación:

En la presente tabla se observa que el 38.10% del personal refirió que el resultado ante un evento adverso hacia el paciente es dolor y/o incomodidad del paciente; así mismo un considerable porcentaje (21.43%) refiere que es la prolongación de estancia en el servicio; solo un 9.52% considera que puede ocasionar complicaciones del paciente es decir un problema adicional que se presenta luego de un procedimiento o enfermedad y esta es secundaria a ellos.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$

TABLA Nº 7

CONDICIONES QUE INFLUYEN PARA QUE SE PRESENTEN EVENTOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS DE UCI, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA-AÑO 2012

| SERVICIO | UCI | MEDICINA | CIRUGIA | EMERG. | TOTAL | % |
|--|------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|---------------|
| RESULTADO | | | | | | |
| Características propias del paciente | 7 | 5 | 7 | 4 | 23 | 54.76 |
| Limitados equipos e implementos | 1 | 3 | 1 | 2 | 7 | 16.67 |
| Practica insuficiente en ejecutar procedimientos de Enfermería | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 7.14 |
| Demora en los resultado de laboratorio para el diagnóstico y pruebas complementarias | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 7.14 |
| Limitada capacitación de personal | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 4.76 |
| Situación de presión | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2.38 |
| Inadecuada ubicación del servicio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| Estado de animo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| Otro/ no responde | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 7.14 |
| TOTAL | 11 | 10 | 10 | 11 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 20,876

GI : 18

p : 0,286

Interpretación:

Aspecto a las condiciones que influyen para que se presenten los eventos adversos, en primer lugar se observa que el 54.76% de personal encuestado refiere que es por características propias del paciente; por otro lado un 16,67% refiere que es por limitados equipos e implementos. Un 7.14% refiere que se dan por prácticas insuficiente en ejecutar procedimientos de enfermería.

Un 7,14% de personal también refiere que es por demora en los resultados de laboratorio lo cual dificulta una actuación oportuna.

El 4.76% refiere que es por limitada capacitación del personal. La situación de presión al que está expuesta el personal también es un factor predisponente es así que un 2.38% que así lo refiere.

Un 7.14% refiere que podría ser por otras causas como por ejemplo la falta de dotación de personal.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$

TABLA Nº 8

TIPO DE PACIENTES CON MAYOR FRECUENCIA DE PRESENTACION DE EVENTOS ADVERSOS

| SERVICIO | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
|-------------------------|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| TIPO | | | | | | |
| Adultos | 0 | 6 | 5 | 0 | 11 | 26.19 |
| Adultos mayores | 10 | 4 | 1 | 10 | 25 | 59.52 |
| Otros/ no se si hubo EA | 1 | 1 | 4 | 0 | 6 | 14.29 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 27,198 Gl : 6 p < 0,001

Interpretación:

En la tabla se observa que el 59.52% de personal encuestado refiere que el tipo de pacientes que presenta mayor frecuencia eventos adversos es el de los adultos mayores y de mayor predominio en el servicio de medicina. Un 26.19% refiere que es en adultos.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que existe diferencia estadística significativa $p < 0,05$

TABLA Nº 9

**DISPOSICION DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE UCI, EMERGENCIA,
MEDICINA Y CIRUGIA DEL H.R.M. A NOTIFICAR EA QUE SE PRESENTAN
AÑO 2011**

| SERVICIO TIPO | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
|--------------------------|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| Dispuesto | 10 | 6 | 9 | 7 | 32 | 76.19 |
| No dispuesto | 1 | 5 | 1 | 3 | 10 | 23.81 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM-año 2011

Chi 2 : 5,417 Gl : 3 p : 0,144

Interpretación:

En la tabla se aprecia que el 76.19% de personal encuestado refiere que está dispuesto a notificar los eventos adversos que se presenten en el servicio principalmente en el servicio de UCI; sin embargo un considerable 23.81% refirió que no está dispuesto a notificar los EA.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$

TABLA N° 10

PRESENCIA DE NORMAS Y PROTOCOLOS APROBADOS DE ATENCION AL PACIENTE

| SERVICIO Cuenta con normas y protocolos? | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
|---|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| SI | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 11.90 |
| NO | 10 | 10 | 9 | 8 | 37 | 88.10 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM-
año 2011

Chi 2 :0,826

Gl:3

p : 0,843

Interpretación:

En la tabla N° 10 se aprecia que el 88.10% del personal encuestado refieren que los servicios no cuentan con normas y protocolos de atención aprobados; solo un 11.90% refiere que si cuentan con normas y protocolos.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$

TABLA Nº 11

**DISPOSICION DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES EN LOS
SERVICIOS DE UCI, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL
REGIONAL MOQUEGUA AÑO 2011**

| SERVICIO | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
|------------------------|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| DISPONE DEL MOF | | | | | | |
| SI | 1 | 7 | 9 | 4 | 21 | 50.00 |
| NO | 10 | 4 | 1 | 6 | 21 | 50.00 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 14,982

Gl:3

p : 0,002

Interpretación

En la tabla Nº 11 se observa que el 50% de personal encuestado refiere que cuentan con Manual de Organización y funciones en su servicio; siendo el servicio de cirugía donde el personal mayormente así lo refiere; por otro lado otro 50% refiere que no cuenta con Manual de Organización y funciones. Realizando la prueba estadística podemos afirmar que existe diferencia estadística significativa $p < 0,05$

TABLA N° 12

**REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS DE UCI,
EMERGENCIA, CIRUGIA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA - AÑO 2011**

| SERVICIO SE REGISTRA? | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
|----------------------------------|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| SI | 7 | 7 | 6 | 4 | 24 | 57.14 |
| NO | 4 | 4 | 4 | 6 | 18 | 42.86 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del
HRM- año 2011

Chi 2 : 0,059 Gl:3 p : 0,996

Interpretación:

En la tabla N° 12 el 57.14% del personal encuestado refiere que si se registran los eventos adversos ocurridos en cada servicio del Hospital Regional de Moquegua, siendo los servicios de UCI y Emergencias en donde se realiza mayormente esta actividad; mientras que un 42.86% refiere que no se realiza el registro de E.A.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$

TABLA N° 13

RELACION ENTRE EL NUMERO DE PACIENTES Y EL PERSONAL QUE LABORA POR TURNO

| SERVICIO N° de personal q labora por turno es suficiente para el N° de pacientes ? | UCI | EMER | CIRUGIA | MED | TOTAL | % |
|--|------------|-------------|----------------|------------|--------------|---------------|
| SI | 3 | 7 | 0 | 6 | 16 | 38.10 |
| NO | 8 | 4 | 10 | 4 | 26 | 61.90 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 11,778

Gl:3

p : 0,008

Interpretación:

El personal encuestado respondió en mayor porcentaje (61.90%) que el número de personal que labora por turno no es suficiente para atender el número de pacientes que existen en el servicio, solo por turno se cuenta con una enfermera y un técnico de enfermeras para atender hasta 20 paciente, lo cual no permite brindar una atención adecuada a todos los pacientes, por ejemplo no se puede cumplir con el cambio de posición a los pacientes postrados cada 2 horas como dice la norma. Por otro lado solo un 38.10% de personal encuestado respondió lo contrario.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que existe diferencia estadística significativa $p < 0,05$

TABLA N° 14

**CAPACITACION POR PARTE DE LA INSTITUCION AL PERSONAL DE LOS
SERVICIOS DE UCI, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL
REGIONAL MOQUEGUA
AÑO 2011**

| SERVICIO Recibe capacitación por parte de la institución? | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
|--|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| SI | 5 | 8 | 7 | 7 | 27 | 64.29 |
| NO | 6 | 3 | 3 | 3 | 15 | 35.71 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 2,325

GL:3

p : 0,508

Interpretación:

En relación a la tabla N° 14, el 64.29% de personal encuestado refiere que si recibe capacitación por parte de la institución; siendo esta capacitación no necesariamente en el área o actividades que viene realizando; el 35.71% no recibe capacitación por parte de la institución. Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$

TABLA N° 15

CAPACITACION Y ACTUALIZACION DEL PERSONAL EN EL AREA DE TRABAJO DURANTE EL AÑO 2011

| SERVICIO Se capacito o actualizó el año 2011? | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
|--|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| SI | 8 | 8 | 1 | 7 | 24 | 57.14 |
| NO | 3 | 3 | 9 | 3 | 18 | 42.86 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 11,932

GL:3

p : 0,008

Interpretación:

En la presente tabla se observa que el 57.14% de personal refiere que si se capacitó y/o actualizó en el año 2011 en el área de trabajo donde vienen laborando, no necesariamente habiendo recibido esta capacitación por parte de la institución si no más bien con sus propios recursos. Un 42.86% refiere que no se capacitó en el área donde labora actualmente. Realizando la prueba estadística podemos afirmar que existe diferencia estadística significativa $p < 0,05$

TABLA N° 16

EXISTENCIA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACION CONTINUA DESTINADO AL PERSONAL QUE LABORA EN LOS SERVICIO DE UCI, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA EN EL AÑO 2011

| SERVICIO | | | | | | |
|---|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| Existe un programa de capacitación continua? | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
| SI | 3 | 0 | 1 | 2 | 6 | 14.29 |
| NO | 8 | 11 | 9 | 8 | 36 | 85.71 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 3,765

GL:3

p : 0,288

INTERPRETACION

El 85.71% de personal encuestado refiere que el Hospital Regional de Moquegua no cuenta con un programa de capacitación continua destinado al personal que labora en los servicios de Uci, Emergencia, Medicina y Cirugía; el 14.29% refiere que si cuenta con un programa de capacitación continua. Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$

TABLA Nº 17

**LOCAL ADECUADO PARA LOS SERVICIOS DE UCI, EMERGENCIA,
MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA - AÑO 2011**

| SERVICIO | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
|------------------------------|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| El local es adecuado? | | | | | | |
| SI | 0 | 7 | 9 | 2 | 18 | 42.86 |
| NO | 11 | 4 | 1 | 8 | 24 | 57.14 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM-
año 2011

Chi 2 : 21,398

Gl:3

p < 0,001

En la presente tabla se observa que la mayor parte del personal encuestado (57.14%), principalmente el servicio de Medicina; refiere no contar con un local adecuado para los servicios. El 42,86% de personal encuestado refiere que si cuenta con un local adecuado. Se puede apreciar que el personal del servicio de cirugía está satisfecho con la infraestructura que tiene.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que existe diferencia estadística significativa $p < 0,05$.

TABLA N° 18

IMPLEMENTACION E INSUMOS SUFICIENTES PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

| SERVICIO Implementación de insumos son suficientes? | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
|--|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| SI | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 | 9.52 |
| NO | 9 | 11 | 9 | 9 | 38 | 90.48 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 2,120

Gl:3

p : 0,548

Según la presente tabla se aprecia que el 90.48% de personal entrevistado refiere no contar con insumos suficientes para brindar una atención de calidad. Sin embargo solo un 9.52% refiere que si se cuenta con insumos suficientes en los servicios.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$.

TABLA N° 19

FUNCIONAMIENTO ADECUADO DE LOS EQUIPOS EN LOS SERVICIOS DE UCI, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA - AÑO 2011

| Funcionan adecuadamente? | SERVICIO | | | | TOTAL | % |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | | |
| SI | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 | 9.52 |
| NO | 2 | 4 | 3 | 2 | 11 | 26.19 |
| Requieren reparación y/o mantenimiento | 7 | 6 | 6 | 8 | 27 | 64.29 |
| TOTAL | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 3,304

Gl:6

p : 0,770

Respecto al funcionamiento de los equipos en el cuadro N° 19 se observa que el 64.29% de personal encuestado refiere que requieren reparación y/o mantenimiento, principalmente en el servicio de Medicina y UCI, el 26.19% refiere que no funcionan adecuadamente los equipos y solo un 9.52% refiere que si funcionan adecuadamente.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que no existe diferencia estadística significativa $p > 0,05$

TABLA N°20

FUNCIONAMIENTO ADECUADO DE LOS SISTEMAS DE CONECCIÓN ELECTRICA DE LOS SERVICIOS DE UCI, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA - AÑO 2011

| Funcionan adecuadamente? | SERVICIO | UCI | EMERG. | CIRUGIA | MEDICINA | TOTAL | % |
|--|-----------------|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| SI | | 0 | 2 | 6 | 1 | 9 | 21.43 |
| NO | | 5 | 2 | 1 | 2 | 10 | 23.81 |
| Requieren reparación y/o mantenimiento | | 6 | 7 | 3 | 7 | 23 | 54.76 |
| TOTAL | | 11 | 11 | 10 | 10 | 42 | 100.00 |

Fuente: Encuestas aplicadas al personal del HRM- año 2011

Chi 2 : 12,838

Gl:6

p : 0,022

Interpretación:

Respecto al funcionamiento de los sistemas de conexión eléctrica de los servicios, el 54.76% del personal encuestado refiere que los sistemas de conexión eléctrica requieren reparación y/o mantenimiento; es así que algunos sistemas de cableado no funcionan, hay riesgo de cortocircuito, están en mala ubicación, un 23.81% refiere que no funcionan adecuadamente y un 21.43% refiere que si funcionan adecuadamente.

Realizando la prueba estadística podemos afirmar que existe diferencia estadística significativa $p < 0,05$

4.2.- DISCUSION

Con respecto al cuadro N° 01, el personal de Enfermería es el responsable de los servicios con pacientes hospitalizados de mayor grado de dependencia; los cuales conforman nuestra unidad de análisis. La responsabilidad esta compartida entre profesionales egresados de centros universitarios de formación profesional así como técnicos egresados de institutos superiores de estudio. Según la funciones y nivel de responsabilidad son las enfermeras las responsables directas de la atención al paciente y el profesional técnico de enfermería es el soporte de apoyo a la enfermera en el cuidado del paciente crítico.

Un aspecto de relevancia lo constituye los años de experiencia laborando en el sector salud y directamente en la especialidad lo que implica también en la seguridad del personal en la atención a los pacientes.

En relación al tipo de evento adverso más frecuente en los servicios de UCI, MEDICINA, CIRUGIA y EMERGENCIA, la extravasación de vía venosa por lo general estos casos se presentan en pacientes que su cuerpo presenta un deterioro progresivo de su enfermedad y

es difícil ubicar las venas para poder colocar el catéter venoso periférico.

En segundo lugar tenemos los casos de úlceras por presión o escaras, estas generalmente se presentan en pacientes del servicio de Medicina podría deberse a la permanencia prolongada en el servicio, por el grado de deterioro de la enfermedad y asociado a la vigilancia constante y trato a pacientes de esta naturaleza, a la falta de camas adecuadas para poder movilizarlos, causas que de una u otra forma se puede prevenir o tratar de manera oportuna, es necesario tener en cuenta que las escaras pueden contribuir a infecciones que también pueden complicar el estado de salud de los pacientes, por otro lado también es necesario señalar que muchos pacientes ya llegan con escaras de sus domicilios porque los familiares son los que se han descuidado o no han sabido prevenir estas complicaciones.

En tercer lugar tenemos los casos por fuga de pacientes que por lo general se presenta en los servicios de emergencia. El personal encuestado refiere que esta situación se presenta por la demora en la atención del paciente por parte del personal médico que no se

encuentra en el servicio en el momento que el paciente ingresa para hacer atendido, por lo general estas situaciones son motivadas por factores externos en razón a que la institución no cuenta con suficiente personal médico para cubrir la demanda tanto del servicio de emergencia, hospitalización y consulta externa, teniendo estos que estar presentes en las tres áreas al solo estar programado un personal médico por turno.

En cuarto lugar tenemos la flebitis éste también es un EA que ocurre en los servicios, comúnmente conocida como inflamación de las venas ocasionada por Los problemas derivados de la inserción y/o mantenimiento de un catéter endovenoso , la flebitis aguda post veno punción es principal riesgo de la terapia intravenosa. Los síntomas locales son dolor, edema y formación de una cuerda dura roja en el sitio de la vena.En menor proporción se presenta la caída de pacientes, debido a falta de cama adecuadas con barandas para protección y/o descuido por parte del personal siendo insuficiente una enfermera para 20 pacientes en el servicio de Medicina.

En relación a la ocurrencia de eventos adversos el mayor porcentaje de personal encuestado refiere que se si se les ha presentado en

alguna oportunidad, es decir más de la mitad de los profesionales reconoce la existencia de casos de eventos adversos ocurridos en sus servicios de salud en los cuales labora. Situación que demuestra la magnitud de la situación presentada, esto no significa que necesariamente hayan sido reportadas por múltiples factores.

Respecto a los factores que influyen para que se presenten los eventos adversos en primer lugar están las características propias del paciente como la condición de salud, grado de intervención, estancia prolongada, barrera de comunicación, pacientes edematizados que no tengan buenos accesos venosos, pacientes con algún trastorno del conciencia lo cual facilite a la caída de pacientes, pacientes con desnutrición en escala de Norton 4 lo cual favorezca a la posibilidad de formación de úlceras de presión; en segundo por otro lado un 16,67% refiere que es por limitados equipos e implementos como por ejemplo el no contar con camas adecuadas para la movilización de pacientes, para evitar caída de pacientes, no disponer de colchones antiescaras, no contar con equipos adecuados y en buen estado de funcionamiento como son los aspiradores de secreciones para evitar las neumonías aspirativas, no contar con un pronto implementado para actuar

oportunamente ante una emergencia. Un 7.14% refiere que se dan por prácticas insuficiente en ejecutar procedimientos de enfermería; refieren que no se encuentran capacitados en el manejo de los equipos nuevos que llegan al hospital, el hospital no invierte para la actualización permanente del personal, teniendo muchas veces que autocapacitarse con sus propios recursos.

Un 7.14% refiere que podría ser por otras causas como por ejemplo la falta de dotación de personal, Aiken dice según la bibliografía lo siguiente: "Hay pruebas cada vez más claras de que los niveles inadecuados de la dotación de personal de las instituciones guardan relación con el aumento de acontecimientos tales como las caídas de los pacientes, las heridas causadas por la permanencia en cama, los errores de medicación, las infecciones contraídas en los hospitales y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o a índices más elevados de mortalidad en los hospitales.

En relación al cuadro N°9 Notificación de los eventos adversos que se presenten en el servicio un considerable 76.19% está dispuesto a notificarlo, el mayor porcentaje de población encuestada

consideran que el objetivo de notificar es el aprendizaje a través de la experiencia sin embargo un considerable 23.81% refirió que no está dispuesto a notificar los EA , aun no hay una cultura de seguridad introducida en la práctica médica; esto podría deberse a múltiples causas o barreras de notificación como el temor a recibir alguna sanción o crítica por el resto del personal .

Sin embargo es preciso señalar que con una pronta notificación (a través de formularios simples desarrollados a tal propósito) puede servir para reducir daños asociados con dicho evento , puede servir para analizar lo sucedido y desarrollar un cuerpo de conocimientos para identificar tendencias preventivas sobre los cuales desarrollar estrategias que puede evitar eventos tales como errores de medicación, caídas, error en la administración de medicamentos, etc).

La notificación de eventos adversos pueden ser formales o informales es decir si no se quiere implementar un formulario, pueden utilizarse mecanismos más informales como la comunicación franca y frecuente con el personal médico y de enfermería. Una notificación exitosa del E.A debe tener las siguientes características:

Ser No Punitivo es decir quienes notifican no deben temer consecuencias o castigo como resultado del informe. Debe ser Confidencial es decir las identidades del paciente, el informante y de la institución nunca son revelados a terceras partes. Debe ser Independiente de cualquier autoridad con poder de castigo sobre el informante o la organización, y por ultimo debe tener un Análisis Experto; es decir ser evaluada por expertos que comprenden las circunstancias clínicas del evento y que son entrenados para reconocer las causales sistémicas del error.

Finalmente podemos concluir que si se quiere reducir el índice de E.A en la práctica de enfermería es fundamental estimular su notificación para su mejor comprensión y el establecimiento de medidas correctivas. El reporte de incidentes es tan sólo una herramienta de las muchas que existen para mejorar la seguridad de los servicios. El éxito de los sistemas de notificación dependerá de que las Instituciones los utilicen para mejorar calidad más que para medir el desempeño individual.

En relación a la presencia de normas y protocolos de atención aprobados, solo un 11.90% refiere que si cuentan con normas y protocolos en el servicio. Instruir es una de las principales

estrategias para brindar una atención de calidad, las instituciones para que este saber no sea disperso y sea aplicado al bien parecer de cada persona, a su razonamiento, a lo que pueda alcanzar en un momento determinado, a lo que entienda o considere, se debe acompañar la educación de cada profesional con la creación de protocolos de manera tal que la descripción detallada de actividades que deben cumplirse a cabalidad y que previamente se encuentren fundamentadas, estudiadas, analizadas y validadas en función de resultados se guíen los actos, se asegure un misma atención un mismo actuar, un mismo idioma que permita unificar, estandarizar criterios, procesos, pautas y así reducir el riesgo de cometer errores.

En relación a la presencia de Manual de Organización y Funciones (MOF) del servicio el mayor porcentaje refiere que no cuentan con ello. El MOF es un instrumento operativo técnico normativo cuya importancia radica en normar y precisar las funciones del personal que conforman los servicios, delimitando a su vez sus responsabilidades. El Hospital Regional de Moquegua tiene como uno de sus objetivos lograr que los servicios brinden atenciones de calidad, por ello, el MOF es una de las diferentes herramientas, que

permiten fortalecer la capacidad operacional, bajo un Modelo Integral capaz de ofrecer una Metodología para lograr servicios de calidad.

En relación al registro de eventos adversos ocurridos en cada servicio del Hospital Regional de Moquegua, un considerable 42.86% refiere que no lo realiza lo cual podríamos deducir que aun no están concientizados sobre la importancia que tiene evidenciarlos, conocerlos y aprender de ellos. El registro de los E.A contribuye a la existencia de mejora de calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes.

En el HRM se evidencia una falta de política institucional sobre notificación, registro y mitigación de la ocurrencia de eventos adversos y una deficiente cultura de seguridad del paciente.

El personal encuestado respondió en mayor porcentaje (61.90%) que el número de personal que labora por turno no es suficiente para atender el número de pacientes que existen en el servicio, por ejemplo en el servicio de Medicina solo por turno se cuenta con una enfermera y un técnico de enfermeras para atender hasta a 20 paciente, lo cual no permite brindar una atención adecuada a todos

los pacientes, por ejemplo no se puede cumplir con el cambio de posición a los pacientes postrados cada 2 horas como dice la norma.

Según la revisión bibliográfica la dotación y el requerimiento del personal de enfermería, así como su distribución, son competencias de la administración de enfermería, la idoneidad de los cuidados a los pacientes depende del número y de la competencia de enfermería que preste servicios durante todas las horas del día y la noche. Aiken dice: “Hay pruebas cada vez más claras de que los niveles inadecuados de la dotación de personal de las instituciones guardan relación con el aumento de acontecimientos tales como las caídas de los pacientes, las heridas causadas por la permanencia en cama, los errores de medicación, las infecciones contraídas en los hospitales y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o a índices más elevados de mortalidad en los hospitales.

En relación a la capacitación del personal por parte de la institución un considerable 35.71% refiere no recibir capacitación o si lo recibió no ha sido necesariamente en el área o actividades que viene realizando. La educación continua permite elevar la efectividad del

trabajo profesional el tiene como componente fundamental la preparación y superación para que el profesional se perfecciona en la práctica. Las actividades de capacitación no solo deberían aplicarse a los empleados nuevos sino también a los trabajadores con experiencia, ya que capacitar consiste en darles los conocimientos, actitudes y habilidades que requieren para lograr un desempeño óptimo.

La importancia de la capacitación tiene incidencia en varios aspectos como contribuir a elevar la calidad de atención al paciente. Cuando los trabajadores están mejor informados son menos propensos a cometer errores, eventos adversos y/o negligencias.

Los eventos adversos aumentan la morbi mortalidad de los pacientes, generan mayores tiempos de estancia, mayores costos, desconfianza, stress tanto para quien lo recibe como para quien lo produce y deterioro del desarrollo profesional, por esto la seguridad de los pacientes es un deber y una responsabilidad que constituye una prioridad y un indicador de calidad. Haciendo un análisis en lo que respecta a las personas los artículos coinciden en la necesidad de educarlas, de proveerles un conocimiento, una teoría, una

información de acuerdo con su campo de acción y con el rol que desempeñan de manera que les forme para ser más coherentes, para tener mayores bases, mayor criterio y mayor racionalidad al actuar, lo que permita su vez mayor veracidad y eficiencia. Instruir es tal vez es una de las principales estrategias lo que puede responder primero a que no siempre se posee toda la información, no todo lo sabemos y segundo a que el campo de la salud y lo que este compete está en constante evolución, cambio y avance, cada día hay nuevos productos, nuevas formas de hacer algo, cada día hay un nuevo diseño una nueva herramienta lo que justifica la necesidad de aprender y de actualizar periódicamente lo que se sabe.

En relación a los programas de capacitación el mayor porcentaje de personal encuestado que respondió no conocer del programa sea debido a que no hubo una correcta socialización o conocimiento a todos los servicios sobre dicho programa.

Los programas de capacitación es la descripción detallada de un conjunto de actividades de instrucción - aprendizaje tendientes a satisfacer las necesidades de capacitación de los trabajadores y que pueden estar constituidos por temas, subtemas y/o módulos los

cuales servirán para brindar una mejor calidad de atención y así mismo evitar la ocurrencia de eventos adversos ya que estos pueden ser prevenibles. Los errores pueden evitarse si se diseñan sistemas que hagan que sea difícil equivocarse y fácil hacer las cosas bien. Los programas de capacitación de personal van desde el planeamiento hasta la evaluación de tareas.

Exige una planeación que incluya lo siguiente:

- Enfoque de una necesidad específica
- Definición clara del objetivo de la capacitación.
- División del trabajo a ser desarrollado, en módulos, paquetes o ciclos.
- Elección de los métodos de capacitación, considerando la tecnología disponible.
- Definición de los recursos necesarios para la implementación de la capacitación, como tipo de entrenador o instructor, recursos audiovisuales, maquinas, equipos o herramientas necesarias, materiales, manuales, etc.

El relación entorno físico principalmente el servicio de Medicina; refiere no contar con un local adecuado para los servicios, es así se tiene techos con averías, paredes agrietadas producto de sismos

anteriores, espacio insuficiente para la demanda de pacientes, servicio solo acondicionado mas no creado para tal fin (UCI). El 42,86% de personal encuestado refiere que si cuenta con un local adecuado. Se puede apreciar que el personal del servicio de cirugía es el que está satisfecho con la infraestructura que tiene.

En relación a los insumos suficiente en los servicios podemos analizar que la ocurrencia de los E.A no son de origen exclusivo del error humano, según la literatura se encuentra que la mayoría de los eventos adversos son originados por errores en los sistemas que llevan a una mala práctica o que no tienen los mecanismos incluidos en los procesos que eviten la ocurrencia de los mismo como por ejemplo el entorno físico y carencia de equipos e insumos necesarios para brindar atención oportuna y de calidad. El 90.48% de personal entrevistado refiere no contar con insumos suficientes para brindar una atención de calidad (por ejemplo en caso de no contar con guantes).

Respecto al funcionamiento de los equipos en el cuadro N° 19 observamos que el 64.29% de personal encuestado refiere que requieren reparación y/o mantenimiento, la importancia de contar

con equipos adecuados radica en evitar la ocurrencia de E.A por su causa (por ejemplo en caso de tener un paciente con secreciones si no se dispone de un aspirador de secreciones operativo en el servicio se corre el riesgo de presentar una neumonía aspirativa, al no contar con camas adecuadas con barandas y colchonos adecuados se corre el riesgo de darse una ulcera por presión o de caída de pacientes, la no disposición de un coche de paro con llevaría al fallecimiento del paciente por una falta de una actuación oportuna,etc.)

Respecto al funcionamiento de los sistemas de conexión eléctrica los cuales en su mayoría respondieron que requieren reparación y/o mantenimiento; es así que algunos sistemas de cableado no funcionan, hay riesgo de cortocircuito, están en mala ubicación. La importancia de contar con sistema de conexión eléctrica operativos radica en que la mayoría de equipos principalmente en el servicio de UCI y Medicina funcionan a corriente eléctrica por ejemplo aspirador de secreciones, ventiladores mecánicos, monitor cardiaco, nebulizadores, etc., en cada unidad de paciente de requiere contar por lo menos con 05 interruptores (en especial en el servicio de UCI).

CONCLUSIONES

Primero: El Evento adverso con mayor incidencia en los servicios de UCI, Emergencia, Medicina y Cirugía es la extravasación de vía venosa, el 19.5% de la población encuestada (08 encuestados) lo identifica así, y como consecuencia ha sido el dolor e incomodidad del paciente con un 54.76% de personal que así lo refiere.

Segundo: Los principales factores de riesgo que influyen para que se generen eventos adversos durante la atención de enfermería en los servicios de UCI, emergencia, medicina y cirugía del Hospital Regional Moquegua durante el periodo 2011, son las características propias del paciente seguido de los limitados equipos e implementos, infraestructura que no reúnen las condiciones adecuadas; así mismo condiciona la aparición de eventos adversos un profesional de enfermería no actualizado con inexperiencia en procedimientos especiales de enfermería, demotivación y sobrecarga laboral.

RECOMENDACIONES

Primero: El Hospital Regional Moquegua, debe reforzar en el personal de enfermería el cuidado en el tratamiento y cuidados de enfermería, además de otros procedimientos especiales, sensibilizando en el personal que la cultura de la seguridad del paciente, es el producto de los valores individuales y de grupo, las actitudes, percepciones, competencias y objetivos que determinan el grado de compromiso para minimizar el daño al usuario.

Segundo: Mejorar las políticas de calidad del Hospital Regional Moquegua cumpliendo normas y estándares establecidos, asignando recursos para la implementación de los servicios y gestión de la calidad, garantizar competencias y condiciones de trabajo; todo ello basado en 04 políticas que podrían ser: Gestión de riesgos, reducir eventos adversos de mayor incidencia, reporte diario de incidencias y eventos, implementar planes de seguridad. Concientizar a la Dirección del Hospital sobre la importancia de consolidar políticas de abastecimiento logístico y financiero hacia las áreas asistenciales con equipos, materiales, insumos y

ambientes seguros con evaluación y revisión periódica de los bienes, instrumentos y equipos.

Tercero: El profesional de enfermería para minimizar e incluso abolir la aparición de eventos adversos durante la atención al paciente debe capacitarse de manera periódica, elaborar guías y protocolos de atención. El Hospital Regional Moquegua, debe contar con un programa de capacitación continua en el área que viene laborando el personal, que incluya reflexión de la práctica diaria, lo cual determinará el tipo y duración de evento de capacitación.

Cuarto: Realizar más investigaciones, para profundizar y sistematizar información y reflexionar sobre los eventos adversos y factores condicionantes, con el fin de plantear propuestas que permitan minimizar los mismos, evitando situaciones que aumente el grado de sufrimiento del paciente, aumento de estancia hospitalaria y a contribuir que enfermería preste servicios en los que el cuidado sea más continuo, organizado veraz, terapéutico y seguro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **PORTILLA, V.M.**, 1993. Calidad en el Servicio. Cuando la actitud no es suficiente. Primera edición. México

- **VICTOR MANUEL QUIJANO PORTILLA**, "CALIDAD EN EL SERVICIO"...CUANDO LA ACTITUD NO ES SUFICIENTE, 1era edición 1993., México.

- **JAMES REASON**: Seguridad del paciente: panorama desde la dirección, Universidad de Manchester, Chicago 2006.

- **LIC. ESP. MARTHA PATRICIA SÁNCHEZ VICUÑA**: Trabajo de investigación EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AL CUIDADO ENFERMERO, Emergencias y Desastres Hospital Nacional Arzobispo Loayza, FAEN - UPCH 2011

- **Lic. OLGA JANNETH GÓMEZ**: Trabajo de investigación Cultura de Seguridad del paciente en Enfermería, Facultad de Enfermería - Universidad Nacional de Colombia 2011

- **Lic. DIANA CAROLINA BERNAL RUIZ, NATALIA GARZÓN ZEA,**
Trabajo de grado para optar al Título de Especialista en Cuidado Crítico,
Universidad de Javeriana, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia,
BOGOTÁ D.C, 2008

- **ALÍA ROBLEDO MI. ARIAS RIVERA S. CANTOS DE LA CUESTA Y.,**
CÓRCOLES GALLEGRO T. MUÑOZ RUIZ E. PARRA MORENO ML.,
ROBLES RANGIL MP. TORRES LIZCANO M. Frecuencia de efectos
adversos durante el aseo del paciente crítico. Revista Enfermería
Intensiva. Año 2002/ abril - junio / Vol.:13 / Número 2 / Páginas: 47-56

- **BAUTISTA PAREDES Lorena. GUERRERO ESPARZA María Mónica.,**
ORTEGA ANGULO Julia. Las úlceras por presión en pacientes
sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos e
intermedios del INER. Revista Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias. México, Volumen 17, número 2, 2004.

- **COUSINS, Calnan.** Sistema de reporte en errores en la medicación.
Asociación farmacéutica Americana; 1999. Páginas 1811- 1820.

- **DONOSO, Alejandro y FUENTES R, Iris.** Eventos adversos en UCI. Revista chilena de pediatría, mayo de 2004, volumen 75, número.3, paginas 233- 239

- **DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA.** España: Espasa Calpe; 2002

- **ROBLER, R. María.** Frecuencia de eventos adversos durante el aseo paciente crítico. Sociedad española de Enfermería intensiva y Unidades Coronaria; 2002. Vol. 13. Pág. 47-56

- **ORTIZ, Zulma.** Error en medicina: un flagelo oculto. Academia nacional de medicina. Centro de investigaciones epidemiológicas. Argentina. 2004.

- **PASTOR, Luís. M; LEÓN, Francisco, J.** Manual de ética y legislación en enfermería. Página 3. Mosby 1997.

- PLAN DE ACCION PARA REDUCIR LOS EVENTOSADVERSOS DE MAYOR PREVALENCIA EN EL PERU , Estudio IBEAS Perú

INFOGRAFÍA:

- <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>
- http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SEMES_SP_e_n_Urgencias.pdf
- www.who.int/patientsafety
- http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/23-1/11_Seguridad%20de%20los%20pacientes.pdf
- <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario.asp>
- <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
- <http://calidadsaludlima.files.wordpress.com/2009/12/5-ibeas-peru-minsa-decsa.pdf>

Base Legal:

- RM N° 676 - 2006 /MINSa 27 de julio 2006 “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008”.
- Oficio Circular N° 1798 – 2009 – DGSP / MINSa Pautas para la Elaboración del Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2009.
- RM N° 533 – 2008 aprueba criterios mínimos de “Lista de Chequeo de Cirugía Segura”

ANEXOS

ANEXO N° 1

ENCUESTA AL RECURSO HUMANO QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICO, MEDICINA Y CIRUGIA EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA SOBRE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA ATENCION DE ENFERMERIA - AÑO 2011

DATOS GENERALES

1. Especialidad : _____
2. Servicio que labora : _____
3. Modalidad de contrato : _____
a) Nombrado b) contratado

4. ¿Cuánto tiempo de experiencia laboral viene trabajando en un establecimiento de salud?

_____ años _____ meses

5. ¿Cuánto Tiempo viene laborando en el servicio?

- a. Menos de 1 año b. 1 – 5 años c. 5 – 10 años d. más de 10 años

IDENTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS

Considerando que evento adverso es todo accidente que hubiera causado daño al paciente o le hubiera podido causar, ligado tanto a las condiciones asistenciales como a las del propio paciente. Responda Ud. a las siguientes preguntas:

6. ¿Qué tipo de eventos adversos son los más frecuentes **EN SU SERVICIO**? Enumere por orden de Prioridad

- a. Caída de pacientes : _____
b. Extravasación de vía venosa : _____
c. Flebitis en sitios de venopunción : _____
d. Fuga de pacientes : _____
e. Hematomas post venopunción : _____
f. Reacción anafiláctica. : _____
g. Ulceras por presión : _____
h. Extubación accidental de tubo endotraqueal : _____
i. Transfusión sanguínea inadecuada : _____
j. Error en la administración de medicamentos : _____
k. Ninguno : _____

l. Otro: especifique: _____

7. ¿Se le ha presentado a Ud. en su turno, algún evento adverso durante el año 2011?

- a. Si b. No

observaciones-

8. Si la pregunta 7 la respuesta es SI. Marque con una X. ¿Qué evento adverso se le ha presentado a Ud. en su turno durante su ejercicio laboral durante el año 2011?

- | | | |
|---|---|-------|
| a. Caída de pacientes | : | _____ |
| b. Extravasación de vía venosa | : | _____ |
| c. Flebitis en sitios de venopunción | : | _____ |
| d. Fuga de pacientes | : | _____ |
| e. Hematomas post venopunción | : | _____ |
| f. Reacción anafiláctica. | : | _____ |
| g. Ulceras por presión | : | _____ |
| h. Extubación accidental de tubo endotraqueal | : | _____ |
| i. Transfusión sanguínea inadecuada | : | _____ |
| j. Error en la administración de medicamentos | : | _____ |
| k. Ninguno | : | _____ |

l. Otro: especifique:_____

9. Si la pregunta 7 la respuesta es SI. ¿Con que frecuencia **EN SU TURNO** se le han presentado eventos adversos durante el año 2011?

- a. Diariamente
b. Semanalmente
c. Mensualmente
d. Varias veces en los últimos 12 meses
e. 1 0 2 veces en los últimos 12 meses
f. Ninguna en los últimos 12 meses
g. No lo sé /no responde

10. ¿Cuál ha sido el resultado ante el evento adverso?

- a. Prolongación de estancia del paciente en el servicio
b. Fallecimiento del paciente
c. Complicaciones del paciente
d. Otro

Comentarios:_____

11. ¿Cuáles de estos aspectos considera Ud. que generan condiciones o influyen para que se presenten eventos adversos? Enumere por orden de Prioridad

- Limitados equipos e implementos :

- Limitada capacitación del personal : -

- Practica insuficiente al ejecutar procedimientos de enfermería :

- Inadecuada ubicación del servicio :

- Estado de ánimo :

- Situación de presión :

- Demora en los resultados de laboratorio para diagnóstico :
:_____
- Y pruebas complementarias
- Características propias del paciente (personalidad, :
:_____
Capacidad De comunicación, comorbilidades y factores
Sociales)

12. ¿Señale Ud. en qué tipo de Pacientes se presenta en su servicio con mayor frecuencia eventos adversos?

- a. Adultos b. adultos mayores c. otros

13. El personal está dispuesto a notificar eventos adversos que se presenten en el servicio?

- a. Si b. No.

Porque?

ORGANIZACIÓN

14. El servicio cuenta con normas y protocolos de atención al paciente, aprobados?

- a. Si b. No.

Porque?

15. El servicio cuenta con un Manual de organización y funciones, aprobado?

- a. Si b. No.

Porque?

16. Se registra de forma permanente los eventos adversos que se presentan en su servicio?
a. Si b. No.
Porque?

17. Considera que el servicio tiene demasiados pacientes asignados para el número de personal que labora por turno?
a. Si b. No.

RECURSO HUMANO

18. El personal de su servicio ha recibido capacitación por parte de la institución durante el año 2011?

a. Si b. No.

Porque? _____

19. Realizo cursos de actualización y capacitación en atención al adulto, cirugía cuidados Intensivos y/o Emergencia durante el año 2011 ?

a. Si b. No

En caso de ser la respuesta positiva señale que cursos:

20. El servicio cuenta con un programa de capacitación continua destinado al personal que labora?

a. Si b. No.

Porque? _____

21. En el servicio se capacita al personal sobre los nuevo procedimientos o manejo de equipos nuevos que se ponen en marcha?

a. Si b. No.

Porque? _____

22. Considera Ud. Que se le asigna funciones para lo cual no se le ha formado, o no le competen?

a. Si b. No.

INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO E IMPLEMENTACION

23. Considera Ud. que el local donde actualmente funciona sus servicio es el apropiado?

- a. Si b. No.
Porque? _____

24. Los equipos implementos e insumos asignados al servicio son suficientes para brindar una atención de calidad?

- a. Si b. No.
Porque? _____

25. Todos Los equipos del servicio funcionan adecuadamente?

- a. Si b. No. C. Requieren reparación y/o mantenimiento

26. Los sistemas de conexión eléctrica para los equipos funcionan adecuadamente?

- a. Si b. No. C. Requieren reparación y/o mantenimiento

SUS COMENTARIOS

Este espacio está destinado a que pueda expresar cualquier comentario u opinión que tenga sobre la seguridad del paciente o la calidad de la asistencia en su servicio

GRACIAS POR LLENAR LA ENCUESTA

ANEXO Nº 2

VALIDACION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO A UTILIZAR

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... ,
acepto participar voluntariamente en el estudio titulado **“EVENTOS ADVERSOS Y FACTORES DE RIESGO DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EMERGENCIA, MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA - 2011”**, señalo conocer el propósito de la investigación.

Mi participación consiste en responder con veracidad a las preguntas planteadas.

Las investigadoras se comprometen a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

Moquegua.....dedel 2011

.....
DNI N°.....