



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA



Reducción de riesgos en el paciente asociado a la gestión de enfermería en centros hospitalarios

Tesis para optar al grado de:

Maestro en Gestión Hospitalaria

Autor:

Lic. Eduardo Antonio Jacinto Cortez

Asesor:

Dr. Msp. Oscar Alexis Linares Flores

Ciudad Universitaria, San Salvador diciembre de 2022

Universidad de El Salvador
Autoridades período 2019-2023

Rector

MSc. Roger Armando Arias Alvarado

Vicerrector Académico

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga López

Vicerrector Administrativo

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Autoridades de la Facultad de Medicina

Decana

Msc. Josefina Sibrian de Rodríguez

Vicedecano

Dr. Saúl Díaz Peña

Escuela de Posgrado

Director

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

Jefa del Programa de Maestrías

Dra. Blanca Aracely Martínez de Serrano

Coordinación de Maestría En Gestión Hospitalaria

Dr. Msp. Med. Luis Alberto Figueroa Aristondo

Dedicatoria

Al concluir esta etapa maravillosa de mi vida; quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este logro, aquellos que junto a mí caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza.

Resumen

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los eventos adversos en los pacientes en los centros sanitarios. La seguridad del paciente tiene el objetivo de prevenir y reducir los riesgos en los pacientes, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia en salud. La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. Existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros, y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente. Esta investigación documental tuvo como objetivo evaluar la reducción de riesgos paciente asociados a la gestión de enfermería en centros hospitalarios. Se utilizó el método documental para recoger la evidencia en los diferentes estudios relacionados con el tema. Los resultados de esta investigación se pueden deducir que la reducción de infecciones asociadas a la atención de enfermería más frecuentes son flebitis, úlceras por presión seguido por neumonías asociadas a la ventilación mecanizada y de vías aéreas, los accidentes físicos en el paciente asociados a la atención de enfermería se asocian a prácticas asistenciales poco seguras, incumplimiento de protocolos establecidos y problemas estructurales del entorno. Los eventos adversos prevenibles en el paciente asociados al cuidado de enfermería son caídas y úlceras por presión. Se puede concluir que los eventos adversos en los pacientes producen lesiones o complicaciones involuntarias durante la atención en salud, 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 hospitalaria. La seguridad del paciente se ve afectada de acuerdo con la falta de aplicación de protocolos de enfermería muchos de los eventos adversos son prevenibles mediante la aplicación de medidas de prevención y prácticas de enfermería seguras de igual forma dando continuidad y seguimiento a indicadores de gestión de enfermería.

Palabras claves:

Calidad de atención, eventos adversos, úlceras por presión, caídas, riesgos hospitalarios.

INDICE

INTRODUCCION.....	7
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.1 Situación problemática.....	8
1.2 Justificación.....	12
1.3 Objetivos.....	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
CAPITULO II MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 Bases teóricas.....	16
2.1.1 Calidad de atención.....	16
2.1.2 Indicadores de calidad.....	17
2.1.3 Seguridad del paciente.....	21
2.1.4 Cuidado de enfermería.....	26
2.2 Estado de la cuestión del arte.....	27
CAPITULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	31
3.1 Método de la investigación.....	31
3.2 Tipo de estudio: investigación documental.....	31
3.3 Criterios de inclusión para la selección de documentos.....	31
3.3.1 Tipo de fuentes de información.....	32
3.3.2 Periodo de publicación.....	32
3.3.3 Tipo de participantes.....	32
3.3.4 Tipo de medidas de desenlace.....	32
3.4 Métodos de búsqueda para la identificación de los estudios.....	33
3.5 Descripción de variables.....	33
3.6 Técnicas e instrumentos.....	33
3.7 Extracción y análisis de los datos.....	34
3.8 Plan de tabulación y análisis de datos.....	34
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
4.1 Resultados.....	37

4.2 Discusión de los resultados.....	52
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1 Conclusiones.....	56
5.2 Recomendaciones	58
PROPUESTA TÉCNICA.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXO N°1 Lista de cotejo evaluación de la reducción de riesgos en el paciente asociado a la gestión de enfermería.....	68
ANEXO N° 2 Matriz de obtención de la información	70
ANEXO N°3 Modelo de matriz de análisis de contenido	73

INTRODUCCION

La Seguridad del paciente, es un componente esencial de la calidad asistencial que reciben los pacientes hospitalizados en todos los centros de salud; para la OMS (Organización Mundial de la Salud) este tema ha tomado relevancia para la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable.

La atención sanitaria es cada vez más compleja: los procesos asistenciales suponen una combinación de actuaciones, implementación de tecnologías e interacciones humanas de un gran número de profesionales de la salud. Esto se asocia a un riesgo creciente de efectos adversos y perjuicio involuntario para el paciente. Los efectos adversos son los daños, o lesiones que acontecen durante el proceso asistencial y, al no estar directamente producidos por la enfermedad en sí, se pueden considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión.

Los errores y las lesiones son comunes o a menudo muy graves, en la prestación de la asistencia médica. Los riesgos hospitalarios en relación con la atención que se brinda a los pacientes se han convertido en un grave problema de salud afectando la calidad de atención que reciben; ya que generan costos a las instituciones hospitalarias. Por esta razón, los hospitales han creado estructuras organizativas y comités para la gestión de la calidad del servicio y seguridad del paciente. Sin embargo, en muchas instituciones de salud estas estructuras funcionan de forma independiente y sin comprender que la seguridad es solo una de las dimensiones de la calidad y sus indicadores de la atención médica, así como el acceso, oportunidad, eficacia, eficiencia, adecuación al paciente y aceptabilidad.

La gestión del riesgo en salud constituye una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos, que permite contrarrestar el elevado riesgo y la incertidumbre de las actividades propias de este sector con el fin de generar valor, mejorar el desempeño y garantizar la supervivencia de la empresa en tiempos adversos, minimizando las pérdidas y maximizando las ganancias. La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la evaluación de riesgo es un proceso por el cual se analiza la probabilidad de ocurrencia y posibles consecuencias del daño o del evento que surge como resultado de la exposición a determinados riesgos. El termino riesgo implica probabilidad y en general se utiliza para referirse a la posibilidad de que acontezcan sucesos o desenlaces negativos o desfavorables. (OPS, Informe sobre evaluacion de riesgo, 2005)

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Hoy en día la seguridad del paciente es un tema altamente analizado y cuyo objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. (OPS, Seguridad del paciente , 2019)

El daño asociado a la atención sanitaria es un problema de salud pública que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

La gestión de riesgos asociados a la seguridad del paciente radica en la calidad de atención que se le brinda el personal sanitario, así como la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) úlceras por presión, así como la prevención del riesgo de caídas que pueden ser los problemas más notorios en el ámbito sanitario.

Un informe del Instituto Salvadoreño Del Seguro Social (ISSS) muestra estudios realizados alrededor del mundo que documentan que las infecciones asociadas a la atención sanitarias (IAAS) son una importante causa de morbilidad y mortalidad. Afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Una encuesta de prevalencia realizada en 1996, bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de 14 países representativos de 4 Regiones de la OMS (Europa, el Mediterráneo Oriental, el Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental) mostró que un promedio de 8,7% de los pacientes hospitalizados presentaba IAAS. (ISSS, 2018)

“Las infecciones asociadas a la atención sanitaria: se estima que, en cualquier momento, aproximadamente 1,4 millones de personas padecen infecciones causadas durante la prestación de atención sanitaria. En los países desarrollados la proporción de los pacientes hospitalizados afectados oscila entre un 5% y un 10%, mientras que en algunos países en desarrollo hasta la cuarta parte de los pacientes pueden sufrir alguna infección asociada a la atención sanitaria” (Organización Mundial de la Salud).

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud.

La OPS estima que, en América latina, a pesar de que la infección hospitalaria es una causa importante de morbilidad y mortalidad, se desconoce la carga de enfermedad producida por estas infecciones. Los datos de que se dispone son de trabajos puntuales, que reflejan situaciones específicas de los servicios de salud o, en el mejor de los casos, de algunos países. La experiencia en la región muestra que en algunos países hay muy buena vigilancia de IAAS en los servicios de salud, pero no hay datos nacionales; otros tienen datos de los servicios de salud y datos nacionales; y otros no realizan vigilancia estructurada de las IAAS en los servicios de salud ni en el nivel nacional. Esta diversidad de la información no permite evaluar el impacto de las acciones en la región.

“En América latina, las IAAS generan un aumento importante de los costos de la atención médica. Por ejemplo, los costos de la atención en unidades de cuidados intensivos por concepto de día cama atribuibles a infecciones nosocomiales en diversos nosocomios de la región se estimaron en \$1.233.751 y \$1.741.872 en dos hospitales de Argentina (2006); \$40.500, \$51.678 y \$147.600 en tres hospitales diferentes de Ecuador (2006); \$1.090.255 en un hospital de Guatemala (2005); \$443.300 en un hospital de Paraguay (2006), y \$607.200 en un hospital de Uruguay (2005), para el año indicado entre paréntesis” (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Las IAAS más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. En diversos estudios se ha demostrado también que la máxima prevalencia de IAAS ocurre en unidades de cuidados intensivos, pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de

enfermedades agudas. Las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes con mayor vulnerabilidad por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia

Otro factor importante de mencionar relacionado a los riesgos hospitalarios son los eventos adversos definidos como: lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a la atención en salud 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.

Además plantea “el evento adverso no solo tiene impacto en el paciente y su familia, dado por las lesiones físicas o el daño psicológico que producen, sino que además generan “estrés postraumático, depresión, inicio de ejercicio profesional a la defensiva, costos en el patrimonio y en el buen nombre” en los profesionales de la salud responsables de estas situaciones, además repercuten en el factor económico y financiero de los sistemas de salud por los costos que representan la atención de los mismos (entre 17 y 29 billones de dólares al año) y finalmente influye en la pérdida en la credibilidad de la sociedad en la calidad de los servicios cuando estas situaciones se hacen públicas” (Parra DI, octubre 2012).

Los accidentes relacionados con intervenciones están causados por profesionales sanitarios y consisten en errores de administración de medicación y líquidos, aplicación incorrecta de dispositivos externos, y accidentes relacionados con una ejecución incorrecta de intervenciones como cambio de apósitos o inserción de sondas urinarias. Los profesionales de enfermería pueden prevenir muchos de estos accidentes cumpliendo los protocolos y procedimientos de la organización y los estándares de la práctica enfermera.

Las caídas son un problema importante al que se enfrentan los pacientes hospitalizados, y afecta al 12 % del total de admisiones en los hospitales de rehabilitación; cuando se ajustan por edad, las caídas se producen en el 18-20 % de los ingresos. Los costes asociados a las caídas son significativos debido a una prolongación de la estancia, sin importar el grado del daño. A las caídas también se le suman otros aspectos relacionados con las condiciones del entorno, los factores extrínsecos, siendo: suelos resbaladizos, insuficiente iluminación, superficies irregulares, espacios reducidos, altura inadecuada de las camillas y camas, ausencia de

dispositivos de anclaje para las ruedas, altura y tamaño de las barandillas, entorno desconocido para el paciente, ropa y calzado inapropiados, carencia de ayudas técnicas para caminar o desplazarse cuando se necesitan, barreras arquitectónicas. (Laguna, 2011)

Otro problema relacionado a la seguridad del paciente son las úlceras por presión son un problema que se desencadena por la presión continua sobre el tejido blando que cubre una protuberancia ósea. Las caderas/glúteos o el talón son localizaciones habituales. Las úlceras por presión van desde un enrojecimiento leve de la piel hasta la pérdida del grosor total del tejido y la exposición del hueso. Las infecciones son las complicaciones más comunes de las úlceras por presión y pueden ir desde una infección localizada, alrededor de la úlcera, hasta la osteomielitis (infección del hueso). Los factores de riesgo más importantes para desarrollar una úlcera por presión son inmovilidad, desnutrición, perfusión reducida y pérdida sensorial.

Los riesgos para la seguridad del paciente pueden estar relacionados con la práctica clínica, con los productos, con los procedimientos o con el mismo sistema de atención en salud. (OPS, Marco Conceptual de la clasificación internacional de la seguridad del paciente, 2009)

Es por ello por lo que la mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema de salud y todos los que formamos parte del cuidado de la salud, es un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

Ante lo expuesto, la presente investigación evaluó la reducción de riesgos en la seguridad del paciente asociados a la gestión de enfermería en centros hospitalarios, se obtuvieron resultados que permitieron implementar acciones encaminadas a la mejora de la calidad del cuidado que brinda enfermería. Por lo que se planteó la siguiente pregunta: ¿Cómo es la reducción de riesgos en el paciente asociado a la gestión de enfermería en centros hospitalarios?

1.2 Justificación

La presencia de riesgos, junto con la posibilidad de producirse errores en sistemas complejos, hace necesaria una adecuada gestión de riesgos, que implica un compromiso, por parte de los profesionales y gestores sanitarios, para adoptar una actitud proactiva orientada al uso de metodologías que permitan identificar los problemas, y las causas que los originan, con el fin de desarrollar estrategias que los prevengan o reduzcan su repetición.

En un informe de la OMS del 2019 plantean que los eventos adversos debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo; así mismo plantea que en los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria además el daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles. evidentemente la seguridad del paciente es prioridad para el sistema de salud evitando eventos adversos dicho informe plantea que cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes.

Los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a US\$ 42,000 millones anuales. Además, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan a 7 y 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios, respectivamente. (OMS O. M., 2019)

Esta investigación tubo como propósito evaluar la reducción de riesgos en la seguridad del paciente asociados a la gestión de enfermería en centros hospitalarios. El estudio del tema seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Muchas prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes y contribuyen significativamente a la carga daños por atención poco segura la seguridad del paciente es un objetivo consolidado y común a todos los sistemas de

atención sanitaria, y una dimensión clave de la calidad asistencial que se ha de impulsar desde las instituciones públicas, organizaciones y sociedades científicas.

Esta investigación surgió en el contexto mejorar la seguridad de los pacientes ingresados en centros hospitalarios lo que permitirá incrementar la calidad asistencial en todas sus dimensiones. En la actualidad, la seguridad de los pacientes durante el proceso de atención en salud ha alcanzado una relevancia prioritaria, determinando la necesidad urgente de garantizar que sus necesidades de salud sean satisfechas en las mejores condiciones posibles, sin verse complicadas por eventos adversos ocurridos durante el proceso de la atención.

El estudio de esta temática fue de gran importancia, ya que facilita la retroalimentación, lo que permite conocer la situación, en cuanto a la cultura de la seguridad. El daño asociado a la atención sanitaria deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente. La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente. Así como la planificación de estrategias de seguridad del paciente, permitir plantear políticas claras, con capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en el tema de seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención.

Con frecuencia, se afirma que la seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención. Efectuar la medición del riesgo que conllevan los cuidados hospitalarios es de suma importancia para el sistema de salud por el impacto que esto representa en diversas esferas de la vida, no solo desde el punto de vista sanitario sino también económico, jurídico, ético, social e incluso mediático. Así mismo es necesaria la participación ciudadana para velar por la seguridad del paciente, por lo que se debe promover una cultura de seguridad, con empoderamiento en la igualdad de derecho a la salud universal. Por otra parte, tiene fundamental importancia el desarrollo de investigaciones científicas en la línea de seguridad del paciente,

que permita recoger evidencia y proponer alternativas de mejora, de manera que cada vez sea menor la brecha que nos separa de una garantía de la seguridad sanitaria.

La problemática implica la necesidad de desarrollar estrategias continuas para prevenir, reducir y controlar el daño asociado a la atención sanitaria en el ámbito que esta se desarrolle: a nivel profesional, aplicando prácticas clínicas y procedimientos seguros para reducir la probabilidad de dañar al paciente, a nivel institucional, adecuando los centros asistenciales de acuerdo con normas y estándares que reduzcan los posibles riesgos para los pacientes, profesionales y ciudadanos en general y a nivel político, planificando estrategias que sitúen a la SP en el centro de las políticas sanitarias nacionales e internacionales.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Evaluar la reducción de riesgos paciente asociados a la gestión de enfermería en centros hospitalarios

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la reducción de infecciones asociadas a la atención sanitaria de enfermería en instituciones hospitalarias
- Identificar la disminución de los accidentes físicos en el paciente asociados a la atención de enfermería de centros hospitalarios
- Analizar la nulidad de eventos adversos prevenibles en el paciente asociados al cuidado de enfermería

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas

Un modelo citado en la literatura científica para los servicios de salud es la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de la calidad en: estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla. (INFOcalSER, 2011). Para esta época, la relación entre métodos de proceso y resultado, así como la sistematización de los criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad en dicho servicio.

2.1.1 Calidad de atención

Donabedian (1994) menciona que para poder evaluar la calidad de la atención en salud es necesario especificar desde un principio los objetivos por seguir y los medios legítimos o más deseables para alcanzar dichos objetivos. En la atención a la salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover esta, por tanto, la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. (Sociedad española de calidad asistencial , 2001)

Para Avedis Donabedian la calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial para tener en cuenta.

1. El componente técnico; el cuál es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.
2. El componente interpersonal: el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
3. El Componente aspectos de confort: los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

Para garantizar la calidad de atención es necesario plantear indicadores en salud ya que son parte de una metodología que permite evaluar, medir u objetivar en el tiempo, comportamientos o resultados relacionados con el proceso de atención de salud.

2.1.2 Indicadores de calidad

Los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería corresponden a una eficiente estrategia para alcanzar la cobertura universal de salud, permitiendo una evaluación de la estructura, proceso, resultado e impacto del cuidado. Estos indicadores informan sobre las condiciones mínimas que deben observarse en la práctica de enfermería, necesarias para el acceso y cobertura universal de las necesidades de salud. En consecuencia, los(as) enfermeros(as) disponen de herramientas para evaluar e intervenir en cobertura universal de salud, cuando definen y validan indicadores de calidad en las diversas dimensiones de esta cobertura. Algunas de las dimensiones corresponden a cobertura poblacional, cobertura de prestación de servicios, protección financiera, determinantes sociales de la salud, equidad en salud y carga de enfermedad. (Núñez, 2018)

Aunque los países han fortalecido sus sistemas de salud para implementar la política pública de cobertura universal de salud, enfermería debe integrar los esfuerzos realizados, desarrollando investigaciones para la construcción de un marco conceptual de monitoreo, y la implementación de indicadores de calidad, principalmente, en enfermedades de mayor prevalencia poblacional.

De manera general, los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos, los indicadores de la calidad del proceso o indicadores de proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente y los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. (Paneque, 2004)

Según el diccionario de la Real Academia Española, un indicador es aquello que indica o sirve para dar a entender o que ayuda a conocer. (Española). En el caso de los servicios sanitarios, los indicadores son datos, preferentemente cuantitativos, que proporcionan información sobre la estructura, el funcionamiento y los resultados de los servicios sanitarios, con el fin de facilitar

la toma de decisiones en la gestión de los servicios sanitarios. Un buen indicador debe reunir una serie de cualidades, tales como utilidad, facilidad de obtención e interpretación, validez para medir lo que realmente pretende, capacidad discriminante, comparabilidad y reproducibilidad. (Paneque, 2004)

2.1.2.1 Tipos de indicadores

En función de la metodología de evaluación utilizada, los indicadores pueden clasificarse en dos grandes clases:

1. Aquellos que miden la aparición de sucesos infrecuentes, de manifiesta gravedad, con un marcado componente de evitabilidad, y que, por tanto, requieren una investigación puntual de cada caso que aparezca. Son los llamados sucesos centinelas.
2. Aquellos que evalúan la frecuencia de sucesos sobre los que se espera, de forma mantenida, una cierta frecuencia; pero que requieren seguimiento continuo o monitorización a fin de valorar su evolución, la influencia que tienen decisiones encaminadas a su mejora y comparar sus valores con los de otros centros. Estos suelen basarse en índices.

Por otra parte, dependiendo del aspecto que pretenden evaluar, los indicadores suelen clasificarse en tres categorías:

1. Indicadores de estructura, cuya finalidad es evaluar la cantidad y previsiblemente, la adecuación de los recursos a las necesidades (Ej. Razón de personal asistencial por cama hospitalaria).
2. Indicadores de proceso, dirigidos a valorar las actividades desarrolladas (Ej: Porcentaje de pacientes de alto riesgo que reciben quimioprofilaxis antibiótica adecuada en intervenciones de colecistectomía laparoscópica).
3. Indicadores de resultados, cuya finalidad es considerar si se han conseguido los fines perseguidos con las actividades realizadas, con los recursos disponibles y los procesos utilizados (Ej. tasa de infección en el sitio quirúrgico, tasa de mortalidad intraoperatoria).

Una vez identificados los riesgos de nuestra organización, actividad o proceso, y dado que nuestros recursos para gestionarlos son limitados, nos deberíamos cuestionar el enfoque será una combinación de análisis reactivo (análisis de causa raíz, posterior a un evento adverso) y

proactivo a partir de dos estrategias complementarias de prevención de eventos adversos y de la mejora de la cultura de la seguridad:

1. El análisis proactivo de los riesgos tiene por finalidad analizar aquellas áreas, servicios, procesos, productos etc. en los que es previsible que se pueden producir sucesos adversos, con el fin de modificar los aspectos que pueden ocasionarlos. La herramienta que dará soporte a este análisis es el análisis modal de fallos y efectos (AMFE).
2. El análisis retrospectivo o estudio de las causas raíz (ACR) es un procedimiento para la investigación de eventos adversos graves (incidentes y sucesos centinelas) que han acontecido en un determinado centro, servicio o proceso. Dicho análisis consiste en identificar qué factores contribuyeron a la aparición del suceso con el fin de evitar que vuelva a ocurrir.

2.1.2.2 Indicadores de calidad de la estructura

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación). (Ortells Abuye & Paguina Marcos, 2020).

Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria.

En otras palabras, está claro que ni el proceso ni los resultados pueden existir sin estructura, aunque ésta puede albergar distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y calidad dimana sobre todo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas de estructura. Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.

2.1.2.3 Indicadores de la calidad del proceso

Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importante en las evaluaciones de calidad. De hecho, el proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico (como exponente del personal que brinda atención) sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, deben jugar un papel relevante.

También se analizan aquí variables relacionadas con el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que los médicos realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismos. Por otro lado, es en el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia de modo que, los indicadores de eficiencia en cierto sentido son indicadores de la calidad del proceso. (Paneque, 2004)

2.1.2.4 Indicadores de calidad basados en los resultados

Los indicadores basados en los resultados han sido el eje central de la investigación para la monitorización de la calidad pues tienen la enorme ventaja de ser fácilmente comprendidos; su principal problema radica en que para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado. El resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida.

De manera amplia, Donabedian define como resultados médicos “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”. Pero también apunta que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como por ejemplo el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes. A esta última se le otorga gran importancia ya que, además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida tiene una influencia directa sobre los propios resultados. El análisis de los resultados de la atención de salud ofrece oportunidades

para valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, tanto en el aspecto de la evaluación de las tecnologías como de la evaluación de los propios proveedores de servicios asistenciales. (Paneque, 2004)

2.1.3 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos.

Seguridad del paciente consiste en la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención.

2.1.3.1 Riesgos más frecuentes a la seguridad del paciente

a) Infecciones asociadas a la atención sanitaria

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud.

Las IAAS, antes conocidas como infecciones nosocomiales, se definen como infecciones asociadas a la atención en salud, cualquiera sea su contexto (por ejemplo, en hospitales, centros para hospitalizaciones prolongadas, instalaciones comunitarias/ ambulatorias o instancias de cuidado en el hogar o centros comunitarios).

Una IAAS es una infección localizada o sistémica que se desencadena a partir de una reacción adversa a la presencia de uno o varios agente(s) infeccioso(s) o sus toxina(s), sin que haya evidencia de su presencia previa a la admisión en el centro de atención en salud respectivo. Usualmente, se considera que una infección corresponde a una IAAS si se manifiesta al menos 48 horas después de la admisión. (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Principales tipologías de IAAS

Hay cuatro tipos principales de IAAS, todas asociadas a procedimientos invasivos o quirúrgicos. Ellos son:

- Infección de tracto urinario asociada al uso de catéter.
- Neumonía asociada al uso de ventilador
- Infección de sitio quirúrgico
- Infección del torrente sanguíneo asociada al uso de catéter.

b) Eventos adversos

Evento Adverso es definido como todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente. (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2015)

Conceptos de importancia relacionados con los eventos adversos. (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, 2012)

Daño asociado a la atención sanitaria: es aquél que deriva de los planes o medidas adoptados durante la provisión de la atención sanitaria o que se asocia a ellos. La atención sanitaria se refiere a cualquier factor relacionado con la provisión del servicio, factores de la organización, del profesional, del paciente, del ambiente, de los equipos y en definitiva del sistema.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente, es el evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente. Se acepta que la atención sanitaria se asocie a cierto tipo de daño “necesario” para mantener o mejorar la salud del paciente.

Los eventos adversos pueden ser clasificados desde varias perspectivas, según su condición de evitabilidad, el nivel de severidad del daño producido y su tipología siguiendo el carácter y el ámbito de ocurrencia. Según condición de evitabilidad. Los eventos adversos deben clasificarse según se haya revisado si estos pudieron ser evitables o no. Se ha determinado que, si bien la gran mayoría de dichos eventos eran prevenibles, en algunos casos no lo eran, debido a que

fueron resultado de lo que se denomina riesgo inherente, sea del padecimiento o del procedimiento realizado.

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

- a) Es un evento adverso denominado como grave, si ocasiona la muerte o incapacidad de la persona (o si contribuye a ello) o que implique una nueva intervención quirúrgica;
- b) Es un evento adverso moderado, si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración o más;
- c) Se clasificará un evento adverso como leve, si ocasiona alguna lesión o complicación mínima, sin prolongación de la estancia hospitalaria.

Úlceras por presión

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la presencia de úlceras por presión iatrogénicas un indicador de la calidad asistencial, es decir un indicador de la calidad de los cuidados ofertados, tanto a los pacientes que las presentan como a los que corren riesgo de presentarlas. Este tipo de heridas constituyen un importante problema porque repercuten en el nivel de salud y calidad de vida de quienes las presentan; en sus entornos cuidadores y en el consumo de recursos del sistema de salud.

Conocer la situación de un determinado problema de salud es, sin duda, el paso previo para poder gestionar posteriormente los recursos necesarios de la forma más eficiente posible.

Las úlceras por presión (UPP) suponen un gran problema de salud, que poco a poco va saliendo del anonimato y que con el paso de los años está pasando de ser un fenómeno considerado tradicionalmente inherente a la edad avanzada de los pacientes o a situaciones de inmovilidad.

Este tipo de lesiones aparece principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tiene una baja tendencia a la cicatrización espontánea. Constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería. (Pollo, 2004)

Reacción adversa a medicamentos

Según el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define a los errores de medicación como: "cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización". (Instituto para el uso seguro de los medicamentos).

Una reacción adversa a medicamentos (RAM) es: cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una reacción adversa a medicamentos es «cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas. (Martín Güemes Artiles, 1999)

Flebitis post punción (catéter periférico)

La cateterización intravenosa periférica: es el procedimiento invasivo más común entre pacientes hospitalizados y exige, para su realización, además de la competencia técnica y destreza manual, conocimientos de anatomía y fisiología del sistema vascular y de farmacoterapéutica. La cateterización, por tener diferentes finalidades y períodos de utilización, puede representar un riesgo potencial para varios incidentes de seguridad, incluyendo la diseminación microbiana. Entre tanto, independientemente del factor generador, las

complicaciones locales son expresadas por medio de hematoma, infiltración, extravasación, obstrucción del catéter y flebitis. La flebitis es la “inflamación de una vena, que puede ser acompañada de dolor, eritema, edema, endurecimiento y/o un cordón palpable”. Existen diversos factores capaces de influenciar el desarrollo de la flebitis, como: técnica inadecuada de inserción del catéter intravenoso periférico (CIP); condición clínica del paciente; características de la vena; incompatibilidad entre medicamentos; tonicidad y pH del medicamento o solución; filtración inefectiva; calibre, tamaño, ancho y material del catéter; y tiempo prolongado de inserción. (Urbanetto, 2016)

La flebitis puede ser clasificada en cuatro tipos:

a) **Mecánica**, la que ocurre cuando el movimiento de la cánula en el interior de la vena causa fricción y una subsecuente inflamación de esta, ocurriendo también cuando el tamaño de la cánula es muy grande para la vena seleccionada.

b) **Flebitis química**, que es causada por el tipo de droga o fluido infundido a través del catéter, factores como pH y osmolaridad de las sustancias tienen un efecto significativo en la incidencia de flebitis;

1. **Bacteriana**, que ocurre por la entrada de bacterias en el interior de la vena, comenzando como una respuesta inflamatoria por la inserción del catéter, con posterior colonización por bacterias en el local. La flebitis bacteriana puede generar significativas complicaciones para el paciente debido a su potencial de desarrollo de sepsis sistémica.

2. **Post infusión**, la que se manifiesta entre 48 a 96 horas después de retirar el catéter. Su ocurrencia está relacionada especialmente, al material del dispositivo y al tiempo de permanencia de este.

c) **Accidentes físicos**

- **Caídas de pacientes**

Las consecuencias de las caídas son especialmente importantes en la evolución de los pacientes. Los factores situacionales influyen en las lesiones desarrolladas al caer los pacientes. Así, las caídas desde la posición vertical o caídas laterales con impactos directos sobre la cadera son las que se asocian con mayor riesgo de fractura, que también se ve influido por factores ambientales,

como la superficie de impacto y factores intrínsecos, como la mineralización ósea. La mayoría de las caídas producen lesiones traumáticas leves. Aun así, las lesiones leves de partes blandas pueden tener repercusiones funcionales importantes y precipitar discapacidades. Pueden ocurrir lesiones menores en partes blandas y fracturas que son más frecuentes en la cadera, el fémur, el húmero, las muñecas y las costillas; también se debe considerar la posibilidad de un hematoma subdural, después de un deterioro cognitivo no explicable. (OMS, 2021)

– **Fracturas**

A nivel físico las consecuencias más graves van a ser las fracturas, la mayoría son cerradas, de baja energía (el 90% de las fracturas de cadera, pelvis y muñeca en ancianos se asocian a caídas de bajo impacto), con mínima afectación de tejidos blandos.

– **Traumatismo craneoencefálico (TCE)**

Las caídas suelen ser la causa de la mayoría de los traumas cráneo encefálicos (TCE) que requieren ingreso hospitalario. Es de tener en cuenta el hematoma subdural en casos de deterioro cognitivo no explicable. (OPS O. P., 2018)

– **Síndrome post caída.**

Se refiere a aquellas consecuencias, a corto y largo plazo, no derivadas directamente de las lesiones físicas producidas en el momento de la caída. Es la falta de confianza del paciente por miedo a volver a caerse y restricción de la deambulaci3n, ya sea por 3l mismo o por sus cuidadores, llegando al aislamiento y a la depresi3n por la p3rdida de auto confianza.

Fundamentalmente se trata de cambios en el comportamiento y actitudes de la persona que ha sufrido una ca3da y en su familia. Esto va a provocar una disminuci3n en la movilidad y p3rdida de las capacidades para realizar las actividades b3sicas e instrumentales de la vida diaria, primero por el dolor por las contusiones, que actúa como elemento limitante de la movilidad, y posteriormente por la ansiedad y el miedo a presentar una nueva ca3da. (Rodr3guez, 2015)

2.1.4 Cuidado de enfermería

Hoy en día un gran número de enfermeras est3n comprometidas con una pr3ctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados espec3ficos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud. (Jesús Molina Mula, 2016)

De manera general podemos decir, el centro de interés de la disciplina de enfermería indica aquello que se orienta a la práctica de la enfermera, sobre lo que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales. "La práctica se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud". (Grajales, 2004).

Por lo tanto, la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona. La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas.

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue. Por lo tanto, la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

2.2 Estado de la cuestión del arte

Los pacientes hospitalizados están expuestos a riesgos implícitos de la práctica médica y de enfermería por lo que la identificación y gestión de éstos aumenta la posibilidad de lograr beneficios y seguridad para los pacientes.

La seguridad sanitaria es la garantía de una protección mínima contra las enfermedades y un elemento fundamental en ella es la seguridad del paciente, este último se ha convertido en uno de los mayores retos para los sistemas de salud y un compromiso ético para los diferentes

profesionales del área de salud. En ese sentido, se puede entender la seguridad del paciente como la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, potenciales o producidas como consecuencia de la atención a la salud recibida.

La dimensión de salud, desde el punto de vista de la seguridad humana, tiene dos objetivos prácticos para la población, uno cuantitativo y otro cualitativo; el primero consiste en proporcionarle seguridad de acceso a los servicios de salud y el segundo, en darle seguridad de una atención con calidad. La medida en que se cumplen ambos objetivos es indicativa del grado en que un sistema de salud proporciona seguridad humana en salud a la población. (Commission on Human security, 2003)

Para OMS la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. El objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos. (OMS O. M., 2019)

En el proceso de atención en salud existe cierto grado de riesgo inherente a dicho proceso, sin embargo, es responsabilidad de los proveedores de los servicios de salud velar por minimizar dichos riesgos, así como también es responsabilidad de los sistemas de salud garantizar las condiciones adecuadas para brindar un cuidado de calidad, con calidez y libre de riesgo a la persona, familia y comunidad.

Los riesgos para la seguridad del paciente pueden estar relacionados con la práctica clínica, con los productos, con los procedimientos o con el mismo sistema de atención en salud. Es por ello por lo que la mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema de salud y todos los que formamos parte del cuidado de la salud, un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente. (Alianza Mundial para la seguridad del paciente , 2008)

Muchas prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención poco segura.

La prevención de riesgos asociados a la seguridad del paciente durante la prestación de servicios de salud seguros y de alta calidad es un requisito previo para fortalecer los sistemas de atención de la salud y avanzar hacia una cobertura sanitaria universal y a un cuidado de enfermería óptimo con fundamento teórico y científico.

El Sistema de Salud en El Salvador no está excepto a esta problemática, es por ello que a través del tiempo se han realizado diferentes acciones para garantizar la calidad del cuidado y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y es así como en el 2012 se crea e implementa la estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios hospitalarios, cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención en los servicios hospitalarios que permita aportar al funcionamiento eficiente y eficaz del establecimiento de salud, enmarcado dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS), Implementando un liderazgo organizado y coherente con el enfoque de Derecho a la Salud. (MINSAL, 2012)

Por otra parte, en el 2015 se implementan los Lineamientos Técnicos Para La Prevención Y Control De Las Infecciones asociadas A La Atención Sanitaria, que tiene por objeto establecer las directrices en la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. (MINSAL, 2015).

La situación anterior se puede representar gráficamente con el Modelo de Queso suizo de Reason, en donde la asistencia sanitaria está integrada por varios elementos que si fallan se convierten en factores predictores para la ocurrencia de un evento adverso.

Todos esos fallos deben alinearse de tal manera que el peligro eminente progrese hasta convertirse en un daño para el paciente. Pero si todos los involucrados en el proceso de atención sanitaria se esfuerzan para evitar los errores humanos y los gestores del sistema sanitario se esfuerzan por reducir los fallos del sistema, la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso asociado a la asistencia sanitaria será mucho menor.

A pesar de los avances en los últimos 15 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, por lo que se debe seguir avanzando en la seguridad del paciente; es por ello necesario que los sistemas de salud y todos los involucrados en la provisión de servicios en salud unifiquen esfuerzos para garantizar una asistencia sanitaria segura y de calidad, para ello deben existir políticas y estrategias regionales y nacionales que garanticen la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente y un sistema de registro e información que permita recopilar datos útiles en el proceso de toma de decisiones.

CAPITULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Método de la investigación

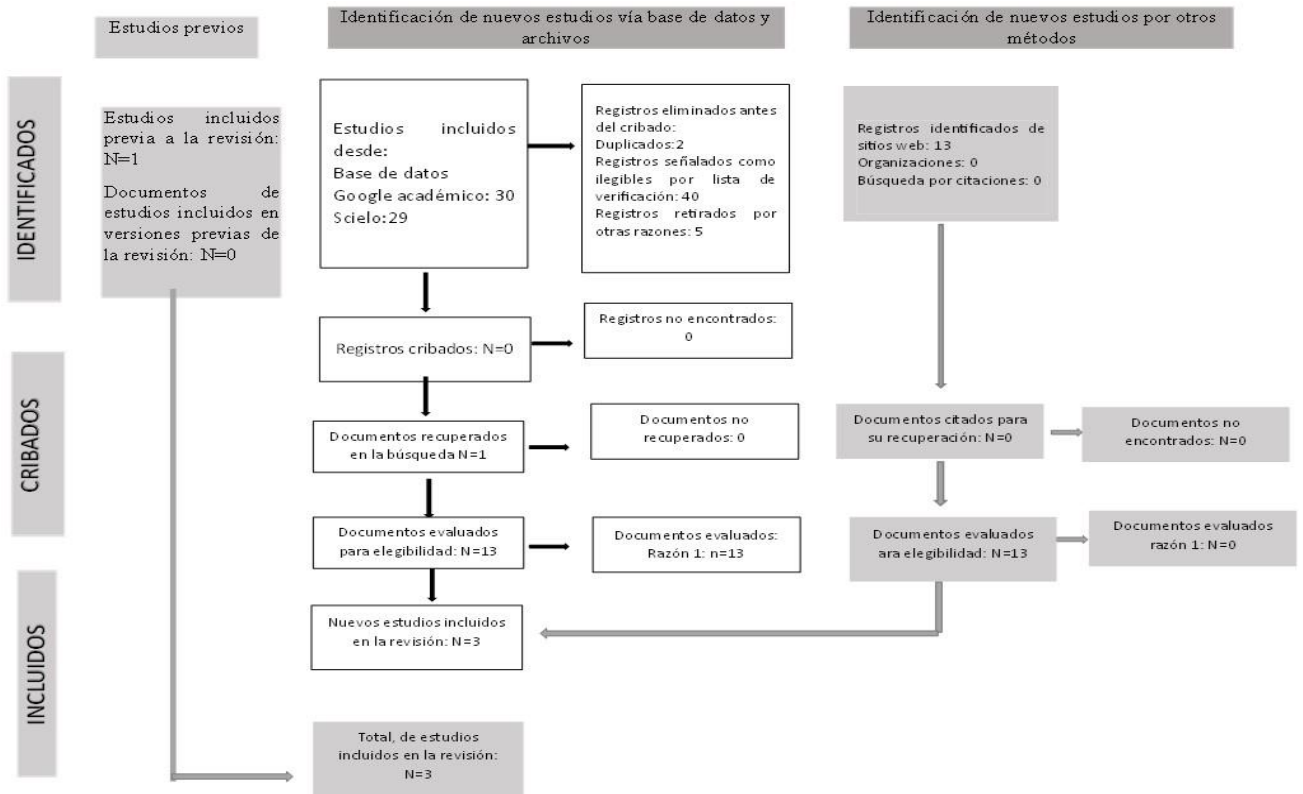
Se utilizó el método documental para recoger la evidencia en los diferentes estudios relacionados con el tema, lo que permitió evidenciar los eventos adversos asociados a la atención de enfermería, así mismo determinar la reducción de riesgos en centros hospitalarios.

3.2 Tipo de estudio: investigación documental

El tipo de estudio que se realizó fue una revisión narrativa y sistemática de documentos publicados, acerca del tema investigado, permitió realizar un análisis de cada uno de los estudios, ubicando específicamente las variables de estudio como: seguridad del paciente, eventos adversos, accidentes físicos y IAAS. Es una técnica de investigación cualitativa que se encarga de recopilar y seleccionar información a través de la lectura de documentos, libros, revistas, grabaciones, filmaciones, periódicos y bibliografías.

3.3 Criterios de inclusión para la selección de documentos

Para la selección de los artículos científicos que se analizaron se aplicaron las directrices de la declaración PRISMA 2020, según se detalla a continuación:



3.3.1 Tipo de fuentes de información

Para la obtención de la información se tomó en cuenta fuentes primarias las cuales estuvieron conformadas por libros de texto, artículos científicos y publicaciones de tipo revista indexada nacionales e internacionales, además documentos oficiales de instituciones públicas, informes técnicos y de investigación de instituciones públicas o privadas de la red de salud.

También, se tomó en cuenta aquellas publicaciones de sitios oficiales como Organización Mundial de La Salud, Organización Panamericana De La Salud, Ministerio de Salud de El Salvador, publicaciones en páginas oficiales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. También se tomó en cuenta publicaciones o investigaciones de tipo impreso o digitales de universidades reconocidas de país (El Salvador) como Universidad de El Salvador (UES), Universidad Evangélica de El Salvador (UEES), Universidad Doctor José Matías Delgado, Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer.

3.3.2 Periodo de publicación

Para este estudio se tomó en cuenta artículos científicos publicados en sitios oficiales y otros de fuentes confiables y que hayan sido publicados en el periodo de 2011 al 2021.

3.3.3 Tipo de participantes

Para este estudio se tomó en cuenta publicaciones de artículos científicos de páginas oficiales en los cuales instituciones que prestan servicios de salud reportaran pacientes con eventos adversos asociados a la atención de enfermería.

3.3.4 Tipo de medidas de desenlace

Se realizó la evaluación de magnitud los resultados haciendo un análisis sistemático del comportamiento de las variables a través de los documentos revisados, donde se determinó el comportamiento de las variables en el periodo que se realizaron las publicaciones, en el cual se evaluó la mejora de la calidad en la atención que brinda el personal de enfermería la cual radico en la aplicación de indicadores de calidad como herramientas para evaluar la calidad, así como la disminución o el aumento de los riesgos hospitalarios en el paciente, estos últimos asociados a índices de infecciones asociadas a la atención sanitaria, caídas, úlceras por presión y accidentes en la atención de enfermería.

3.4 Métodos de búsqueda para la identificación de los estudios

Para la elaboración de la estrategia de búsqueda, se realizó de la siguiente forma: primero se realizó una búsqueda inicial que permitió identificar la tendencia y determinar la incidencia y prevalencia de forma general de los estudios en este campo, posteriormente a partir de la pregunta PICO se establecieron las palabras claves para la búsqueda, pasando de lenguaje natural a lenguaje controlado. Se identificaron en el Portal Regional de la BVS los descriptores DeCS, después se traducidos a descriptores MeSH para la construcción de la ecuación de búsqueda de los artículos científicos, para lo cual se utilizó la combinación de términos boléanos AND, OR y NOT. La búsqueda sistemática se realizó en las bases de datos Google Académico, PubMed y Scielo.

3.5 Descripción de variables

Matriz de la descripción de variables

Variable	Tipo de variable	Definición operacional
Infecciones asociadas a la atención sanitaria	Cuantitativa/independiente	Fue definida como una infección localizada o sistémica que se desencadena a partir de una reacción adversa a la presencia de uno o varios agente(s) infeccioso(s) o sus toxina(s), sin que haya evidencia de su presencia previa a la admisión en el centro de atención en salud.
Accidentes físicos	Cuantitativa/independiente	Se definido como un suceso que surge o sucede de manera inesperada y que provoca una lesión física
Eventos adversos	Cuantitativa/independiente	Fue definido como todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.

3.6 Técnicas e instrumentos

Una vez seleccionado los artículos científicos y publicaciones que reunían los criterios de inclusión mediante la técnica de la revisión documental se obtuvieron datos de acuerdo con las variables del estudio de cada uno de los documentos revisados, lo que permitió exponer con el

mayor rigor metodológico, la información significativa sobre la realidad en estudio con los criterios establecidos para la interpretación de la información.

El instrumento que se utilizó en esta investigación bibliográfica es una lista de cotejo: la cual consistió en un instrumento de observación y verificación ya que permitió la revisión de documentos que cumplieron con los criterios de inclusión, así como las variables de investigación para luego hacer el cálculo de los Indicadores según las variables. Una vez seleccionados los artículos, se vaciaron en una matriz de obtención de información se ubicó el nombre del motor de búsqueda, la fecha, la ecuación de búsqueda utilizada, el número de resultados en el período establecido y los resultados más relevantes de cada uno de los artículos (anexo 1).

3.7 Extracción y análisis de los datos

Se realizó una lectura crítica a través de las herramientas de CASPe, lo que permitió evaluar de forma crítica los diferentes tipos de evidencia aplicando la plantilla según el tipo de estudio del artículo, dichas herramientas fueron: instrumentos para la lectura crítica. listas de verificación específicamente diseñadas para evaluar: a) ensayos clínicos; b) revisiones sistemáticas; c) estudios cualitativos

Permitió desglosar el tema en objetivos, determinando las variables de estudio, luego en indicadores que permitirán diseñar instrumentos para medir la variable y recolectar la información para luego a partir de los datos obtenidos se realizó un análisis de éstos.

Método de Síntesis: permitió emitir conclusiones y recomendaciones como respuesta al problema investigado.

3.8 Plan de tabulación y análisis de datos

Para la tabulación de los contenidos de cada documento revisado se tomaron en cuenta solo los que cumplieron criterios de inclusión los cuales fueron revisados 59 documentos y validados 13 de los cuales incluían en su título las variables de estudio: riesgos en el paciente, infecciones asociadas a la atención sanitaria, eventos adversos y accidentes físicos, los cuales se presentaron en una matriz planteando: el/los autores de cada publicación, así como el año de publicaciones, también se revisó el tipo de estudio planteado por los autores de cada uno de los documentos

revisados, además del el idioma de la publicación y el año que se publicó en el sitio oficial. (anexo 3)

Los resultados de cada documento revisado se presentaron en la matriz antes mencionada con el propósito de determinar relación de las variables de estudio de dichos documentos, con la finalidad de dar respuesta al problemática planteada y objetivos de la investigación, además de realizar un análisis sistemático del comportamiento de las variables y de la relación y evaluación de la reducción de riesgos en el paciente asociado a la gestión de enfermería en centros hospitalarios.

Para el análisis de los resultados, posterior a la aplicación del instrumento de recolección de datos, se realizó el análisis de estos, a partir del uso de herramientas que facilitaron la interpretación de los resultados de cada documento revisado y la medición de variables, se realizó una comparación entre los documentos tabulados, se utilizó el análisis cuantitativo de cada variable examinándolas por separado con el fin de responder a la interrogante planteada en el estudio. Se realizo un análisis de la información en donde se observó la tendencia y comportamiento descriptivo de las variables en estudio con el objetivo de proporcionar respuesta al problema y a los objetivos planteados.

– Determinar la reducción de infecciones asociadas a la atención sanitaria de enfermería en instituciones hospitalarias para este objetivo se usó la técnica de observación la cual se puso en práctica con el instrumento llamado lista de cotejo en el cual se presentaron una serie de preguntas cerradas y criterios en donde se analizó la reducción de las IAAS así como el comportamiento de estas en cada documento revisado, se retomó de ahí la información necesaria para la investigación y determinar la reducción de IAAS en los centros hospitalarios

– Identificar la disminución de los accidentes físicos en el paciente asociados a la atención de enfermería de centros hospitalarios se puso en práctica la técnica observacional, así como la verificación a través de la lista de cotejo, además con la matriz de recolección de la información permitió hacer un análisis sistemático donde se determinó la disminución de accidentes físicos en relación con la atención de enfermería y su comportamiento.

– Definir la nulidad de eventos adversos prevenibles en el paciente asociados al cuidado de enfermería para este objetivo se puso en práctica la observación, así como la verificación del

comportamiento de las variables planteadas a través de la matriz de recolección de información en donde permitió hacer una comparación en la frecuencia y prevalencia de eventos adversos asociados al cuidado de enfermería

Posterior a obtener estos datos se realizó una descripción con su respectivo análisis y correlación con el marco teórico para respaldar los resultados y análisis realizado.

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

El análisis de la Reducción de riesgos en el paciente asociado a la gestión de enfermería en centros hospitalarios radica en la evaluación del riesgo de sufrir un evento adverso asociado a la atención sanitaria entre ellos, úlceras por presión, flebitis, infecciones asociadas a la atención sanitaria, así como accidentes físicos relacionados a caídas (la síntesis de los resultados se presenta en la tabla 1).

(Diaz Diaz 2015) estudio seguridad de pacientes en la unidad de emergencia del hospital nacional de niños Benjamin Bloom para conocer por medio de una encuesta, la percepción del personal sobre los incidentes y eventos adversos más frecuentes en la Unidad de Emergencia para ello se seleccionó una muestra de Médicos y enfermeras que laboran en la Unidad de Emergencia el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom así como también médicos residentes que estén rotando de planta en esa área en el momento se realizó el estudio (90.7%). Esta investigación reflejo que: los eventos adversos que más a menudo suceden en la Unidad de Emergencia del Hospital son: las indicaciones médicas poco legible (76%), también refleja que hay fallo de la valoración clínica del paciente (61%) afectando el Retraso en el diagnostico medico (61%). El personal encuestado manifestó que 43% hay error en las dosis indicadas.

(Morales-Cangas y otros 2018) estudiaron los Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna para conocer la incidencia de los eventos adversos en los servicios de Cuidados Intensivos y Medicina Interna la muestra estuvo constituida por pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos y servicio de medicina interna del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas la muestra estuvo constituida por 125 pacientes. Esta investigación reflejo que el grupo que presentó mayor frecuencia de eventos adversos fue el comprendido dentro del rango de 31 a 65 años, además se observó que los eventos adversos se presentaron con un mayor porcentaje en aquellos pacientes que tenían una estadía entre siete días y mayor a este. La incidencia de eventos adversos presentes en UCI es del 9,6%, y en el servicio de medicina interna 53,6%.

La flebitis en el servicio de Medicina Interna es del 48%, y las úlceras por presión del 12%. La Unidad de Cuidados Intensivos se reportó flebitis 3.2%, infección de catéter urinario 24%,

neumonía nosocomial 20,8%, úlceras por presión 2.4%. Fueron 125 pacientes evaluados, el 63 % presentaron al menos un evento adverso. El servicio de Medicina Interna fue el área donde se evidenció mayor incidencia de estos; con una estancia hospitalaria mayor a siete días; de igual manera en el mismo servicio la flebitis fue el más reportado.

(Saldaña y otros 2016) estudiaron eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo para determinar los eventos adversos (EA) reportados por enfermería y sus factores en unidades de cuidado intensivo (UCI) adulto, pediátrica o neonatal de tres países participantes (México, Argentina y Colombia). Fue un estudio multicéntrico, descriptivo, correlacional que tuvo como muestra pacientes críticos adultos, pediátricos y neonatales que presentaron eventos adversos (EA), notificados por enfermería. La muestra estuvo conformada por 1163 EA reportados por enfermería de las unidades que participaron, el estudio. estudio mostró que la mayoría de los eventos adversos se presentaron en hombres, con una edad promedio de 65 años.

Los EA que se reportaron con mayor frecuencia en el presente estudio estaban relacionados con el cuidado directo al paciente, seguido de vía aérea, accesos vasculares, infección asociada al cuidado, medicamentos y, por último, procedimientos, la mayoría prevenibles; solo un porcentaje muy bajo era no prevenible. En este estudio se reportaron 1163 eventos adversos, de los cuales: el 34 %, se relacionó con el cuidado, el 19 % con vía aérea y ventilación mecánica, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infección nosocomial y el 11 % con la administración de medicamentos. El 7 % restante correspondió a relacionados con pruebas diagnósticas y equipos. El 94,8% se consideraron prevenibles.

(Di Parra y otros 2012) estudiaron eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas para describir la incidencia de algunos eventos adversos relacionados con las acciones de enfermería en una institución de salud de tercer nivel de atención. Fue un estudio de cohorte con una muestra conformada por 198 pacientes que ingresaron por urgencias. De los 198 pacientes acompañados 32 presentaron eventos adversos y en un total fueron 46 eventos adversos. Los pacientes que presentaron úlceras por presión fueron el 52.2%, además el 43.5% presentó flebitis y el 4.3% Caídas. En el 81.25% de los pacientes con eventos adversos, la gravedad del evento fue moderado y en el 18.75% leve. En

cuanto al servicio donde se originaron los pacientes que presentaron los eventos adversos, especialidades quirúrgicas fue quien presentó la mayor frecuencia con un 75%

(Vásquez y otros 2016) estudiaron la incidencia de infección asociada a la atención de salud en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” para determinar la incidencia de infección asociada a los cuidados de la salud (IAAS) en los pacientes atendidos en el Hospital fue un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico con una muestra de Pacientes que ingresaron al Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, representada por 3 490 infecciones. La incidencia de IAAS en los pacientes atendidos en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, desde enero 2011 hasta junio 2015 tiene un promedio de 6,87 %. Las infecciones más frecuentes asociadas a la atención de salud encontramos: infecciones del sitio operatorio (40,95%), Bacteriemia (19,68%), Infección del tracto urinario (17,22 %). Neurocirugía (6,84 %) y Cirugía Plástica (6,57%) Para este estudio los servicios con alta tasa de infecciones son Medicina Interna (14,84%) Traumatología (13,64%), Cirugía General (12,47%) Terapia Adulto (11,75%)

(Rodríguez Salgado 2018) estudio Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud en los principales sistemas de información de México para presentar la frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) de los dos principales sistemas de información de México la información fue recolectada de Registros hospitalarios reportados por las unidades médicas de la Secretaría de Salud, del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

En 2015, las unidades adscritas a la RHOVE noticiaron 61,969 infecciones asociadas a la atención de la salud, con una tasa global de incidencia de 4.7 por 100 egresos. El número de defunciones asociadas a IAAS fueron 3,624, con una tasa de letalidad de 5.8 por 100 infecciones. El SAEH se registraron 14,317, se estimó una tasa de IAAS de 1.6 por 100 egresos con estancia hospitalaria mayor a dos días. En promedio, los pacientes que presentaron IAAS permanecieron hospitalizados 21.5 días y casi 20% egresó por defunción. La aparición de IAAS prolonga las estancias hospitalarias entre 5.9 y 9.6 días e incrementa la probabilidad de morir (riesgo atribuible) hasta en un 6.9%, lo que implica que los gastos hospitalarios aumenten.

(Álvarez Díaz 2020) estudio Prevalencia y factores asociados a las infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Neiva 2016-

2017 para determinar la prevalencia y los factores asociados a las Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos este estudio utilizó una población de ingresos en UCI desde el 2016-2017.

Este estudio mostró que, de los 157 pacientes, 99 (63,1%) fueron hombres y 58 (36,9%) mujeres, con una edad media de 63 ± 20 (min 18-max 96). Los pacientes se clasificaron de acuerdo con el diagnóstico de ingreso en pacientes clínicos 89,8% (141) e intervenidos quirúrgicamente 10,2% (16). En dicho estudio se encontró que 29 (18,4%) pacientes contrajeron IAAS. Se diagnosticaron las siguientes: infecciones: 27 pacientes, pacientes diagnosticados con neumonía, 13 con infección del tracto urinario, 14 pacientes diagnosticados con bacteriemias, 5 pacientes con infección de herida quirúrgica y 23 pacientes con infección por intubación orotraqueal.

(Cárdenas y otros 2011) estudio Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud para describir la prevalencia de úlceras por presión en una institución de salud de tercer nivel de atención fue un estudio de tipo transversal, la muestra estuvo constituida por 430 pacientes hospitalizadas en los servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos adultos y pediátricos, medicina interna, especialidades quirúrgicas (ortopedia, cirugía plástica y neurocirugía) y cirugía general.

El estudio muestra que el 31,88% de los pacientes presentaron factores de riesgo para desarrollar úlcera por presión según Escala de Braden, la media de edad de las personas evaluadas que presentaban factores de riesgo para desarrollar UPP según Escala de Braden fue de 55 años.

El 43,47% de los casos cursaba con procesos de enfermedad crónica como diabetes, hipertensión arterial (HTA), cáncer, insuficiencia cardíaca (IC) e insuficiencia renal crónica (IRC). La media de edad de las personas que presentaron el evento UPP (n=23) fue de 64 años. el 56,52%, pertenecía al género masculino. El estadio de la UPP se encontró que el estadio III fue el más prevalente con un 47,82%.

El 52% de la muestra presentaban enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, insuficiencia renal e insuficiencia cardíaca), el 59,4% pertenecían al género masculino.

(Stegensek Mejía 2015) estudio las úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención para describir las características epidemiológicas de las úlceras por

presión, de la población que las desarrolla y estimar los costos directos del cuidado de estas lesiones en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención fue un estudio descriptivo transversal, la población estuvo conformada por adultos mayores de edad de los servicios de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva, medicina interna y unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel de atención.

El estudio mostro que se valoraron un total de 218 pacientes, de los Cuales 61 presentaron una o más UPP, se detectó un total de 378 lesiones: 183 prevalentes y 195 incidente. El 51.4% de los individuos valorados fueron hombres y el 48.6% mujeres. La media de edad de la población fue de 48.2 años. La prevalencia de UPP por servicio fue la siguiente: medicina interna 68.0%, unidad de cuidados intensivos 42.3%, cirugía plástica y reconstructiva 25.9% y cirugía general 7.8%. Con respecto a los individuos que presentaron UPP el 52.5% fueron mujeres y el 47.5% hombres. La media de edad de los pacientes afectados fue de 61.4 años. Las enfermedades más frecuentes entre los pacientes con UPP fueron las enfermedades cardiovasculares (14.9%), las heridas traumáticas (13.5%) y las enfermedades metabólicas y respiratorias (12.1% cada uno). El 31.1% de los pacientes con UPP presentó algún tipo de incontinencia. Las localizaciones anatómicas más frecuentes de las UPP prevalentes al ingreso fueron las siguientes: talón (28.4%), sacro (15.8%), maléolo (8.7%), dedos de la mano (8.7%) y omóplato/escápula (7.7%). El lugar de origen de dichas lesiones se distribuyó de la siguiente manera: en la misma institución 73.8%, en el domicilio del paciente 16.9%, en otra institución 3.3% y desconocido: 6.0%. El elemento causal más frecuente fue la presión (82.5%), seguido por la cizalla (12.0%), la fricción (4.4%) y la humedad (1.1%).

En cuanto a la incidencia de UPP el porcentaje fue de 13.3% para toda la población estudiada. La incidencia por servicio fue la siguiente: medicina interna 36.0%, unidad de cuidados intensivos 30.8%, cirugía plástica y reconstructiva 11.1% y cirugía general 0%.

Las localizaciones anatómicas más frecuentes de las UPP incidentes fueron las siguientes: talón (16.9%), omóplato/escápula (14.4%), trocánter (10.3%), codo (10.3%) y sacro (8.7%); la presión fue el elemento causal del 92.3% de estas lesiones.

(Avilez Sánchez 2016) estudio Incidencias de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal

para Determinar la Incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital regional, fue un estudio cualitativo cuya muestra fue 120 pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

El estudio mostro que durante el año 2015 se hospitalizaron en la unidad de cuidados intensivos del hospital antes mencionado 371 pacientes, de las cuales: del 100% (108) de pacientes estudiados, el 52% (56) son de sexo femenino y el 48% (52) son de sexo masculino. El 29.1% (108) fueron adultos mayores de 50 años 45% de los pacientes que conformaron la muestra presentaron diferentes grados de ulceras por presión y el 45 no presento ulceras.

En relación con el grado de severidad de las ulceras por presión el 24.1% (26) presentaron ulceras de primer grado, 15.7% (17) presentaron ulcera de segundo grado, 9.3% (10) presentaron tercer grado y el 5.6% (6) presentó ulceras de cuarto grado.

(Triviño-Ibarra2019) estudio Incidencia de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. Manta, Ecuador del 2019 para Determinar la incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardio centro, Manta, Ecuador, La población estuvo conformada por 12 pacientes que desarrollaron UPP en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardio centro de Manta.

Por ser finita la población no se extrajo muestra el estudio mostro que la incidencia de úlceras por presión fue del 3,16%, el 34%, se presentó en pacientes con edades entre 61–70 años, el 75% de los pacientes del sexo masculino se vio afectado. El 83% de la causa de ingreso fue médica. De acuerdo con la Escala Norton el riesgo era alto en un 58% de los pacientes. Al momento del diagnóstico el 50% presentaba úlceras categoría II y la localización anatómica más afectada fue la región sacra, con el 42%.

(Altamirano Zabala y otros 2018) estudio Flebitis y úlceras por presión en el cuidado enfermero, en el Hospital de Esmeraldas para Medir la frecuencia de eventos adversos relacionados al cuidado enfermero, especialmente aquellos que presentaron flebitis o úlceras por presión. Fue un estudio descriptivo y transversal con una muestra de 42 pacientes que presentaron UPP y/o flebitis. El estudio reflejo que Se presentó el evento adverso (flebitis y ulceras por presión) en el 5.7% de los egresos. Los pacientes que presentaron flebitis y úlceras por presión, en su

mayoría (66,6%) son mujeres, mayores de 50 años. Flebitis en el servicio de cirugía se presentó el 62,5% en los pacientes. UPP en servicio de cirugía 30%. Servicio medicina interna flebitis 37,5%, Servicio de medicina interna UPP 70%.

El estudio también plantea que el 78,57% de los eventos (flebitis y úlceras por presión) pudieron ser evitables y están directamente relacionados con el cuidado y los procedimientos; así como, los eventos de flebitis se observaron que el personal de enfermería no utilizó procedimientos adecuados y protocolos estandarizados para el cuidado de las vías periféricas, se delegó estas actividades a personal no profesional.

(Romano Durán y otros 2016) estudio Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona para Determinar la incidencia y las características de las caídas en los ancianos ingresados en el Hospital de Cuidados Intermedios, este estudio tomo todos los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intermedios durante 2014.

El estudio mostro De los 1560 pacientes ingresados en el HSPV en el primer trimestre del año 2014, un 6,3% ha sufrido caídas. La patología más predominante en los ancianos que sufren caídas en el HSPV es la cardiovascular 57%. Turno donde más se caen los pacientes mañana 51,63%, turno tarde 44,46% y noche 3,9%. Consecuencias de caídas: 62% sin lesión, 35% lesión menos y el 2% lesión mayor. Estado mental al momento de la caída: agitación 21%, desorientación 75% y otros 3%. La mayoría de los pacientes estudiados se encontraban solos en el momento de la caída 79%, 10% con personal sanitario y el 11% con familiares.

La incidencia de las caídas en el HSPV es del 6,9% en el primer trimestre del año 2014, mayor que en otros centros hospitalarios, lo que puede estar justificado por el perfil de anciano frágil ingresado en el PSPV.

Tabla N°1 Características de los estudios revisados sobre la reducción de riesgos en el paciente asociada a la atención de enfermería

Autor- país	Muestra	Metodología	Resultados
[1]Diaz Diaz 2015, El Salvador	Personal médico y enfermeras 90.7% de todo personal de la emergencia	Seguridad del paciente. Incidentes y eventos adversos más frecuentes.	Eventos adversos frecuentes en la Emergencia del Hospital son: indicaciones médicas poco legible (76%), fallo de la valoración clínica del paciente (61%) afectando el Retraso en el diagnostico medico (61%). error en las dosis indicadas 43%
[2]Morales-Cangas y otros 2018, Ecuador	125 pacientes hospitalizados en cuidados intensivos y medicina interna	Eventos adversos. Incidencia de eventos adversos.	<p>El grupo que presentó mayor frecuencia de eventos adversos fue el comprendido dentro del rango de 31 a 65 años.</p> <p>La incidencia de eventos adversos presentes en UCI 9,6%, y servicio de medicina interna 53,6%.</p> <p>La flebitis Medicina Interna 48%, úlceras por presión del 12%.</p> <p>La Unidad de Cuidados Intensivos flebitis 3.2%, infección de catéter urinario 24%, neumonía nosocomial 20,8%, úlceras por presión 2.4%.</p> <p>Fueron 125 pacientes evaluados, el 63 % presentaron al menos un evento adverso.</p>

<p>[3]Saldaña y otros 2016, Colombia</p>	<p>La muestra estuvo conformada por 1163 Eventos Adversos</p>	<p>Eventos adversos. Periodicidad de eventos adversos. Factores de los EA.</p>	<p>Se reportaron 1163 eventos adversos. El 34 %, se relacionó con el cuidado, el 19 % con vía aérea y ventilación mecánica, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infección nosocomial y el 11 % con la administración de medicamentos. El 7 % restante correspondió a relacionados con pruebas diagnósticas y equipos. El 94,8% se consideraron prevenibles.</p>
<p>[4]Di Parra y otros 2012, Colombia</p>	<p>198 pacientes que ingresaron por urgencias.</p>	<p>Eventos adversos. Cuidado de enfermería. Incidencia de eventos adversos.</p>	<p>Fueron 46 eventos adversos. Los pacientes que presentaron úlceras por presión fueron el 52.2%, el 43.5% presento flebitis y el 4.3% Caídas. En el 81.25% de los pacientes con eventos adversos, la gravedad del evento fue moderado y en el 18.75% leve. En cuanto al servicio donde se originaron los pacientes que presentaron los eventos adversos, especialidades quirúrgicas fue quien presentó la mayor frecuencia con un 75%</p>

<p>[5]Vásquez y otros 2016, Venezuela</p>	<p>Historias clínicas reportadas infecciones 3,490</p>	<p>Infecciones asociadas a la atención sanitaria. Incidencia de IAAS.</p>	<p>Las infecciones más frecuentes asociadas a la atención de salud: infecciones del sitio operatorio (40,95%), Bacteriemia (19,68%), Infección del tracto urinario (17,22 %) Neurocirugía (6,84 %) y Cirugía Plástica (6,57%) Para este estudio los servicios con alta tasa de infecciones son Medicina Interna (14,84%) Traumatología (13,64%), Cirugía General (12,47%) Terapia Adulto (11,75%)</p>
<p>[6]Rodríguez Salgado 2018, México</p>	<p>61,969 infecciones asociadas a la atención de la salud unidades adscritas a la RHOVE</p>	<p>IAAS. Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud.</p>	<p>El número de defunciones asociadas a IAAS fueron 3,624, con una tasa de letalidad de 5.8 por 100 infecciones. El SAEH se registraron 14,317, se estimó una tasa de IAAS de 1.6 por 100 egresos con estancia hospitalaria mayor a dos días. En promedio, los pacientes que presentaron IAAS permanecieron hospitalizados 21.5 días y casi 20% egresó por defunción. La aparición de IAAS prolonga las estancias hospitalarias entre 5.9 y 9.6 días e incrementa la probabilidad de morir (riesgo</p>

			atribuible) hasta en un 6.9%, lo que implica que los gastos hospitalarios aumenten.
[7]Álvarez Díaz 2020, Colombia	Historias clínicas de 157 pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos 2016-2017.	IAAS. Prevalencia IAAS. Factores asociados a IAAS.	De los 157 pacientes, 99 (63,1%) fueron hombres y 58 (36,9%) mujeres, con una edad media de 63 ± 20. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con el diagnóstico de ingreso en pacientes clínicos 89,8% (141) e intervenidos quirúrgicamente 10,2% (16). Se encontró que 29 (18.4%) pacientes contrajeron IAAS. Se diagnosticaron las siguientes: infecciones: 27 pacientes, pacientes diagnosticados con neumonía, 13 con infección del tracto urinario, 14 pacientes diagnosticados con bacteriemias, 5 pacientes con infección de herida quirúrgica y 23 pacientes con infección por intubación orotraqueal.
[8]Cárdenas y otros 2011, Colombia	430 pacientes hospitalizadas en los servicios de urgencias, unidades de cuidados	Ulceras por presión (UPP). Prevalencia de UPP.	El 31,88% de los pacientes presentaron factores de riesgo para desarrollar ulcera por presión. Factores de riesgo para desarrollar UPP según Escala de Braden fue de 55 años.

	intensivos adultos y pediátricos, medicina interna, especialidades quirúrgicas (ortopedia, cirugía plástica y neurocirugía) y cirugía general.		<p>El 43,47% de los casos cursaba con procesos de enfermedad crónica La media de edad de las personas que presentaron el evento UPP (n=23) fue de 64 años.</p> <p>El 56.52%, pertenecía al género masculino.</p> <p>El estadio de la UPP estadio III prevalencia del 47,82%.</p> <p>El 52% presentan enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca), el 59,4% pertenecían al género masculino.</p>
[9]Stegensek Mejía 2015, México	218 pacientes	<p>Ulceras por presión (UPP). Características epidemiológicas de las UPP. Incidencia. Prevalencia.</p>	<p>Se detectó un total de 378 lesiones: 183 prevalentes y 195 incidente.</p> <p>El 51.4% hombres y el 48.6% mujeres. La media de edad es de 48.2 años. La prevalencia de UPP: medicina interna 68.0%, UCI 43.3%, cirugía plástica y reconstructiva 25.9% y cirugía general 7.8%.</p> <p>Pacientes mujeres que presentaron UPP el 52.5%, el 47.5% hombres. La media de edad fue de 61.4 años.</p>

			<p>Localización de UPP área anatómicas: talón (28.4%), sacro (15.8%), maléolo (8.7%), dedos de la mano (8.7%) y omóplato/escápula (7.7%).</p> <p>El origen EPP: institución 73.8%, domicilio del paciente 16.9%, en otra institución 3.3% y desconocido: 6.0%.</p> <p>El elemento causal frecuente fue la presión (82.5%), seguido por la cizalla (12.0%), la fricción (4.4%) y la humedad (1.1%).</p> <p>La incidencia por servicio: medicina interna 36.0%, unidad de cuidados intensivos 30.8%, cirugía plástica y reconstructiva 11.1% y cirugía general 0%.</p> <p>Localizaciones anatómicas de las UPP incidentes fueron las siguientes: talón (16.9%), omóplato/escápula (14.4%), trocánter (10.3%), codo (10.3%) y sacro (8.7%); la presión fue el elemento causal del 92.3% de estas lesiones.</p>
[10]Avilez Sánchez 2016, Perú	Muestra 108 pacientes (población 371)	UPP. Incidencia de UPP.	Del 100% (108) de pacientes estudiados, el 52% (56) son de sexo femenino y el 48% (52) son de sexo masculino. El 29.1% (108) fueron adultos mayores

			<p>de 50 años. El 45% de los pacientes presentaron diferentes grados de úlceras por presión y el 45% no presentó úlceras.</p> <p>Severidad de las úlceras por presión el 24.1% (26) presentaron úlceras de primer grado, 15.7% (17) presentaron úlcera de segundo grado, 9.3% (10) presentaron tercer grado y el 5.6% (6) presentó úlceras de cuarto grado.</p>
[11]Triviño-Ibarra2019, Ecuador	12 pacientes	<p>UPP.</p> <p>Incidencia de UPP.</p>	<p>la incidencia de úlceras por presión fue del 3,16%, el 34% se presentó en pacientes con edades entre 61–70 años, el 75% de los pacientes del sexo masculino se vio afectado. El 83% de la causa de ingreso fue médica. De acuerdo con la Escala Norton el riesgo era alto en un 58% de los pacientes. Al momento del diagnóstico el 50% presentaba úlceras categoría II y la localización anatómica más afectada fue la región sacra, con el 42%.</p>
[12]Altamirano Zabala y otros 2018,	42 pacientes que presentaron UPP	<p>Eventos adversos; úlceras y flebitis.</p> <p>Frecuencia de EA.</p>	<p>El estudio reflejó que Se presentó el evento adverso (flebitis y úlceras por presión) en el 5.7% de los egresos. Los pacientes que presentaron flebitis y</p>

			<p>úlceras por presión, en su mayoría (66,6%) son mujeres, mayores de 50 años. Flebitis en el servicio de cirugía se presentó el 62.5% en los pacientes. UPP en servicio de cirugía 30%. Servicio medicina interna flebitis 37.5%, Servicio de medicina interna UPP 70%.</p> <p>El 78,57% de los eventos (flebitis y úlceras por presión) pudieron ser evitables.</p>
[13]Romano Durán y otros 2016, Barcelona	1560 pacientes ingresados en el HSPV	<p>Incidencia de caídas.</p> <p>Características de las caídas.</p>	<p>La patología predominante en los ancianos que sufren caídas en el HSPV es la cardiovascular 57%. Turno donde más se caen los pacientes mañana 51.63%, turno tarde 44.46% y noche 3.9%. Consecuencias de caídas: 62% sin lesión, 35% lesión menos y el 2% lesión mayor. Estado mental al momento de la caída: agitación 21%, desorientación 75% y otros 3%. La mayoría de los pacientes estudiados se encontraban solos en el momento de la caída 79%, 10% con personal sanitario y el 11% con familiares.</p>

4.2 Discusión de los resultados

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica fue evaluar la reducción de riesgos en los pacientes asociado a la gestión de enfermería en centros hospitalarios.

Los eventos adversos tienen gran impacto en la salud de las personas, en los costos institucionales y en el ejercicio profesional, por tal razón es necesario conocer el comportamiento de éstos en las instituciones de salud y especialmente aquellos relacionados con el cuidado de enfermería.

En primer lugar, los eventos adversos son considerados como: lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las 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. Los eventos adversos reportados se encuentran: la flebitis [2, 3, 4, 12], úlceras por presión [2, 4, 8, 9, 10, 11, 12], neumonías asociadas a la ventilación mecánica [2, 3, 7], caídas [4, 13], infección de sitio quirúrgico [5, 7,] infección de vías urinarias por colocación de sonda vesical [2, 5, 7], ISQ [5, 7], otros eventos adversos [1, 3, 5].

Como se puede determinar los eventos adversos están presentes en varias investigaciones lo que se deduce que es un problema que afecta las instituciones que brindan servicios de salud ya que son el resultado de una atención en salud que produce daño no intencional al paciente, y se clasifican en prevenibles y no prevenibles. Los prevenibles se dan cuando se produce un resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado, y los no prevenibles cuando, a pesar del cumplimiento de los estándares, se presentan estos resultados indeseados y no intencionales.

Dentro de los eventos adversos se encuentran: las infecciones asociadas a la atención sanitaria en la actualidad, las infecciones asociadas a la atención en salud se consideran un problema de salud pública a nivel mundial, su aparición e incidencia es cada vez más frecuentes en las instituciones de salud, lo que ocasiona el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, el

aumento de los costos sanitarios y la disminución de la seguridad y calidad del servicio que se prestan, las IAAS más comunes mencionadas son: flebitis por colocación de accesos venosos periféricos [2, 3, 4, 12], neumonía asociada a la ventilación mecánica y vía aérea [2, 3, 7], infección de vías urinarias asociadas a la colocación de sondajes vesicales [2, 5, 7], infección de sitio quirúrgico [5, 7]. El problema de las IAAS provoca un aumento de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, costes adicionales tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, y muertes innecesarias. La prevención y control de estas infecciones constituyen una línea de actuación prioritaria de las estrategias de seguridad del paciente.

Las úlceras por presión son un importante problema de salud que produce daño en los pacientes y que son evitables en un alto porcentaje de casos [2, 4, 8, 9, 10, 11, 12] la mayoría de estudios revisados plantean una UPP como una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión continua o la combinación de presión y fuerza de fricción, aunque también puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos. Las UPP generan en los pacientes dolor físico y emocional, estrés, incomodidad e incluso rechazo por parte de las personas que los cuidan debido al mal olor derivado de las lesiones que presentan al ser colonizadas por microorganismos. a nivel familiar hay incremento en los gastos por la compra de materiales adicionales para el cuidado de las UPP, el 31.88% de un estudio [8] plantea que los pacientes presentaron factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión dicho problema afecta en la disminución en los ingresos familiares por días no trabajados y mayor estrés por el retraso en la recuperación y presencia de complicaciones, lo cual afecta a la dinámica familiar cotidiana. en tanto que en el sistema de salud también se incrementan los costos, los días de estancia intrahospitalaria y el número de infecciones nosocomiales.

Las caídas constituyen un indicador de calidad asistencial y se clasifican como un evento adverso, donde sus consecuencias pueden ir de leves a graves, e incluso causar la muerte. las caídas generan un daño adicional para el paciente, alteran su proceso de recuperación e incrementan su estancia hospitalaria, con los riesgos que esto implica también para la familia y la institución, ya que como resultado de la caída habrá repercusiones de diferente índole, como son las físicas, psicológicas, sociales y económicas. A nivel bibliográfico no existen bastos

reportes de pacientes que sufren caídas, sin embargo la información revisada manifiesta que los turnos donde hay más frecuencia de caídas es en el turno de día (51.63%) y noche (44.46%) [13] además plantea que la consecuencia de esas caídas, el 62% no sufre lesión, 35% lesión menor y el 2% lesión grave, así mismo plantea que al momento de la caída los pacientes se encontraban desorientados (75%). Las personas mayores de 65 años representan los porcentajes más altos y está claramente evidenciado que a mayor edad aumentan los riesgos para sufrir este tipo de eventos. En diferentes instituciones se ha observado que la prevalencia de factores de riesgo está dirigida a la infraestructura, ya que son ambientes desconocidos para el paciente e inciden negativamente en su deambulación, implica adaptarse a mobiliarios diferentes y genera una gran dependencia para resolver sus necesidades básicas. Por su incidencia, destacan los factores relacionados con los dispositivos de seguridad. Los barandales de las camas proporcionan a los pacientes una barra segura para desplazarse de un lado a otro e indudablemente evitar una caída; sin embargo, en el paciente desorientado pueden aumentar el grado de ansiedad y agitación. Los pacientes con dolor, con necesidad de ir al baño o ansiedad, intentan saltar o salir por la parte inferior de la cama; cualquiera de estos intentos puede terminar en caída. Algunos estudios reportan que las caídas se suscitaron por el uso inadecuado de barandales y de silla de ruedas, con 50 y 46.2%, respectivamente. La ausencia de barras de apoyo de seguridad en el baño y limitación en el espacio físico son otros factores coadyuvantes para las caídas. [13]

Todos los eventos adversos están íntimamente asociados a la atención que brinda el personal de salud y con las medidas de prevención que se apliquen mejorar la seguridad de los pacientes, como se ha comentado, se ha convertido en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales (UE, OMS, OPS) para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

La gestión de riesgos tiene como objetivo el estudio de los efectos adversos derivados de la asistencia mediante su detección y análisis, con el objetivo final de diseñar estrategias para su prevención, generando una cultura de preocupación por la seguridad, ya que ésta es probablemente la dimensión más importante de la calidad asistencial. Toda actividad humana

conlleva un margen de error, controlar y minimizar ese posible daño es la gestión del riesgo. Su práctica debe ser en equipos multidisciplinarios con abordajes epidemiológicos, clínicos y organizacionales, y debe estar integrada en programas de calidad. Las Unidades de Gestión de Riesgos pueden tener distintos objetivos según el medio en el que desarrollen su labor, pero su denominador común es buscar una mejora de la calidad asistencial desarrollando sistemas de notificación de incidentes, investigación de estos, asesoramiento en las reclamaciones, difusión de la cultura de la seguridad, evaluación de las situaciones de riesgo y propuesta de medidas correctoras, que con lleven un seguimiento y evaluación de dichas actuaciones de mejora.

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. La reducción de infecciones asociadas a la atención sanitaria de enfermería en instituciones hospitalarias se ve afectada al no aplicar protocolos de atención establecidos generados IAAS frecuentes como: flebitis, úlceras por presión seguidas por: neumonías asociadas a la ventilación mecánica y de vías aéreas. Son un problema de salud pública mundial dado que incrementan la morbilidad, la mortalidad, los costos hospitalarios y afectan la calidad de la atención. Están ubicadas dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los hospitales. Las IAAS son consecuencia de la calidad de los procesos de la atención sanitaria que reciben evitables mediante la ejecución de procedimientos de acuerdo a los establecidos, dotación de insumos médicos y recurso humano capacitado, además de la supervisión y el monitoreo continuo de los procesos asistenciales de acuerdo con la disciplina que brinde asistencia a los pacientes hospitalizados.
2. Los accidentes físicos en el paciente asociados a la atención de enfermería se asocian a prácticas asistenciales poco seguras, incumplimiento de protocolos establecidos y problemas estructurales del entorno. Los accidentes físicos de los pacientes durante su hospitalización se perfilan como uno de los eventos adversos que más daño causan al individuo de forma directa, y más secuelas y discapacidades producen. Las intervenciones para disminuir la incidencia de caídas son múltiples, dichas intervenciones precisan de una adecuada evaluación del riesgo de identificar a los pacientes en riesgo, para instaurar intervenciones preventivas desde una perspectiva multifactorial e interdisciplinaria. Todos los artículos revisados plantean eventos adversos diversos lo que refleja una deficiencia en la calidad de atención que brindan los centros asistenciales además de factores relacionados al sistema afectando directa e indirectamente, incidentes o accidentes como consecuencia de falta de previsión de las fallas que pueden presentarse en los procesos y por falta de mecanismos de búsqueda para evitarlos, prevenirlos o reportarlos.
3. Los eventos adversos prevenibles en el paciente asociados al cuidado de enfermería son: caídas y úlceras por presión, las cuales son prevenibles mediante la aplicación de medidas de prevención y prácticas de enfermería seguras de igual forma dando

continuidad y seguimiento a indicadores de gestión de enfermería. la prevención de los sucesos adversos que se pueden derivar de la actividad asistencial es en gran medida responsabilidad de la enfermería. La calidad de los cuidados está directamente relacionada con la incidencia de eventos adversos en la asistencia sanitaria, evidenciando por tanto que una menor incidencia de estos eventos se traduce en una mejor práctica enfermera.

5.2 Recomendaciones

A centros hospitalarios:

1. Establecer estrategias de prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados con un sistema de priorización según su frecuencia de aparición, la gravedad de sus consecuencias y su evitabilidad.
2. Establecer un programa de seguridad hospitalaria encaminado a garantizar cumplimiento de normas y protocolos de atención formado por personal multidisciplinario
3. Seguimiento oportuno de los accidentes físicos reportados además de la verificación de protocolos de seguridad del paciente encaminados a la prevención de caídas y evaluación del riesgo de UPP
4. Verificar indicadores de calidad además del seguimiento oportuno de cada uno de los eventos adversos reportados

Al personal de enfermería

1. Establecer un enfoque consistente para conseguir liderazgo, investigación, herramientas y protocolos para potenciar el conocimiento sobre la seguridad de los pacientes
2. Evaluar de acuerdo con los protocolos de prevención de caídas el riesgo inherente a la patología y al factor predisponente de cada paciente.
3. La prevención y el cuidado de UPP es responsabilidad del personal de enfermería, dentro de los cuidados básicos que proporciona a los pacientes está la movilización, la higiene, el cuidado de la piel y la prevención de lesiones.
4. Identificar los problemas de seguridad y aprender de ellos mediante sistemas de registro y notificación de carácter obligatorio o voluntario
5. Formular estándares de mejora de la seguridad por parte de gobiernos, organizaciones, sociedades científicas y profesionales.
6. Implementar prácticas seguras en los niveles de la prestación asistencial.

PROPUESTA TÉCNICA

Aplicación de indicadores de calidad como estrategia para educación de riesgos clínicos en instituciones hospitalarias.

Introducción

Los errores y las lesiones son comunes, y a menudo muy graves, en la prestación de la asistencia médica. Por esta razón, los hospitales han creado estructuras organizativas y comités para la gestión de la calidad del servicio y seguridad del paciente. Sin embargo, en muchas instituciones de salud estas estructuras funcionan de forma independiente y sin comprender que la seguridad es solo una de las dimensiones de la calidad y sus indicadores de la atención médica, así como el acceso, oportunidad, eficacia, eficiencia, adecuación al paciente y aceptabilidad. La gestión del riesgo en salud constituye una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos, que permite contrarrestar el elevado riesgo y la incertidumbre de las actividades propias de este sector con el fin de generar valor, mejorar el desempeño y garantizar la supervivencia de la empresa en tiempos adversos, minimizando las pérdidas y maximizando las ganancias

Los indicadores de calidad son instrumentos de medición de las organizaciones y que utilizan para evaluar la calidad de sus productos y servicios. Son herramientas esenciales que mantienen los estándares de calidad en todos los procesos asistenciales. Cumplir con las expectativas de los pacientes es una tarea imprescindible para que un hospital crezca. Las personas responsables de la calidad pueden lograr la satisfacción total de los usuarios controlando estos indicadores en los procesos empresariales. La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica especialmente la práctica de enfermería y los cuidados que brindan.

La enfermería desempeña un papel fundamental al ser responsable en reducir riesgos y daños, estos indicadores son una herramienta de gestión que permite medir los estándares de calidad en el cuidado de la salud. La seguridad del paciente mejorará estandarizando los procesos e implementando prácticas seguras, así como intervenciones específicas, tendrá como objetivo el estudio de los efectos adversos derivados de la asistencia sanitaria mediante su detección y análisis, con el objetivo final de diseñar estrategias para su prevención, generando una cultura

de preocupación por la seguridad y la prevención de efectos adversos asociados a las úlceras por presión.

Los cuidados de enfermería comprenden una serie de procedimientos y técnicas que requieren una especial precaución, debido no sólo al riesgo intrínseco que algunos de ellos comportan para la seguridad del paciente sino también por el volumen y el alcance de estos en todos los niveles asistenciales. (M, 2004). Por ello es necesario establecer estrategias de prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados con un sistema de priorización según su frecuencia de aparición, la gravedad de sus consecuencias y su evitabilidad.

Objetivo

Establecer un sistema de prevención y control de los procesos asistenciales de salud en relación con la calidad de atención y el cuidado que brinda el personal de enfermería en los centros hospitalarios.

Desarrollo

Implementación de programa de seguimiento y control de indicadores de gestión de enfermería mensual.

Desarrollo de matriz AMFE para el análisis modal de fallos y efectos

Implementación de planes de mejora de acuerdo con los hallazgos mensuales del comportamiento del indicador de enfermería.

Evaluación

El equipo de mejora llevará fichas de seguimiento, creación de indicadores para evaluar sistema y hacer correcciones oportuna

CONSOLIDADO ANUAL DE INDICADORES DE LA GESTION DE ENFERMERIA 2022																
	INDICADOR	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL	%	ESTÁNDAR
	Total de ingresos													-		
	Total de egresos													0		
1	TOTAL IAAS													0		2-5%
	Neumonía asociada a ventilación Mec.													0		
	Neumonía													0		
	Infección de Vías Urinarias relac. A stu													0		
	Infección de Sitio Quirúrgico													0		
	Bacteremias													0		
	Dias cateter periferco													0		
	Flebitis													0		
2	Nº de valoraciones por Enfermería													0		85%
3	Caídas de pacientes													0		0%
4	Úlceras por presión													0		0%
	Total de personal de enfermería															
	Horas laborales en el mes													0		
	Horas laborales en el periodo													0		
5	Horas Ausencias:													0		5%
	a) Incapacidades sin cubrir													0		
	b)Permisos por familiar enfermo													0		
	c) Permiso sin goce de salario sin cubrir													0		
	d)Permiso con goce de salario sin cubrir													0		
	e) Ausencias injustificadas													0		
	f) otros													0		
6	capacitaciones realizadas													0		0%
	capacitaciones programadas													0		100%
7	investigacion en enfermeria realizadas													0		85%
	investigacion en enfermeria programadas													0		
8	Plan de cuidados de enfermeria													0		85%
9	Reuniones administrativas													0		85%
10	Planes de Mejora													0		85%

ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS (AMFE)

Nombre del Sistema (Título):	Fecha del AMFE	
Responsable (Dpto. / Área):	Fecha de revision	
Respnsable de AMFE (persona):		

Función o Componente del Servicio	Modo de Fallo	Efecto	Causas	Método de detección	G r a v e d a d	O c u r r e n c i a	D d e t e c c i ó n	N P R i n i c i a l	Acciones recomenda	Responsable	Acción Tomada	G r a v e d a d	O c u r r e n c i a	D d e t e c c i ó n	N P R f i n a l

PLAN DE MEJORA

DIMENCION:

CRITERIO:

ASPECTOS POR MEJORAR	PLAN DE ACCION	ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCION	INDICADOR DE LOGRO	META	MEDIO DE VERIFICACION	RECURSO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alianza Mundial para la seguridad del paciente . (2008). *La Investigación en Seguridad del Paciente: Mayor conocimiento para una atención más segura*. Obtenido de www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
2. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, d. l. (2012). *Glosario de términos relacionados con la seguridad*.
3. Commission on Human security. (2003). *Human Security Now*. New York.
4. Española, R. A. (s.f.). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/indicador>
5. Grajales, R. A. (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Index de enfermería* . Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
6. INFOcalSER. (2011). *Investigación en Calidad del Servicio, Información y Productividad*. Venezuela. Obtenido de <http://infocalser.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>
7. Instituto para el uso seguro de los medicamentos. (s.f.). *Errores en la medicación*. Delegación española del Institute for safe Medication Practices . Obtenido de <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/19>
8. ISSS. (2018). *Prevención de Infecciones asociadas a la atención sanitaria por el personal de salud*. Obtenido de <http://aps.issv.gov.sv/profesional/publicaciones/Prevenci%C3%B3n%20de%20Infecciones%20asociadas%20a%20la%20atenci%C3%B3n%20sanitaria%20por%20el%20personal%20de%20salud>

9. Jesús Molina Mula, J. V. (2016). Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada en la evidencia científica. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200006
10. Laguna, J. (2011). Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. *Scielo*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400004
11. Martín Güemes Artiles, E. S.-C. (1999). REACCIONES ADVERSAS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA. *Revista española de salud pública*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000400008
12. Ministerio de Salud Pública, M. (2015). *Lineamientos técnicos para la prevención y control de IAAS*. San Salvador, El Salvador.
13. MINSAL. (2012). *Estrategia para la mejora continua de la calidad de los servicios hospitalarios*. Obtenido de file:///C:/Users/abc/AppData/Local/Temp/3216_Estrategia_para_la_mejora_continua_de_la_Calidad_de_los_Hospitales.pdf
14. MINSAL. (2015). *Lineamientos técnicos para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria* . Obtenido de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_infecciones_asociadas_atencion_sanitaria.pdf
15. Núñez, S. G. (2018). INDICADORES DE CALIDAD EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA: ESTRATEGIA PARA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-1.pdf>
16. OMS. (2021). Caidas. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
17. OMS, O. M. (2019). *seguridad del paciente*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

18. OPS. (2005). *Informe sobre evaluacion de riesgo*. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5720:2011-risk-assessment-dva&Itemid=4113&lang=es
19. OPS. (2009). *Marco Conceptual de la clasificacion internacional de la seguridad del paciente*. Obtenido de https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
20. OPS. (2019). *Seguridad del paciente* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
21. OPS, O. P. (2018). *TCE - Traumatismo craneoencefálico*. Mexico. Obtenido de <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/938-tce-traumatismo-craneoencefalico>
22. Organizacion Mundial de la Salud, O. (s.f.). *investigacion en seguridad del paciente*. Obtenido de Alianza mundial para la seguridad del paciente: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
23. Organizacion Panamericana de la Salud, O. (2012). *Vigilancia epidemiologica de las infecciones asociadas a la atencion de la salud* . Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3270/OPS-Vigilancia-Infecciones-Modulo-III-2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Organizacion Panamericana de la Salud, OPS. (2015). *Boletin CONAMED, los eventos adversos y la seguridad del paciente*.
25. Ortells Abuye, N., & Paguina Marcos, M. (2020). Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. *Revista enfermería global*. Obtenido de cielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/administracion3
26. Paneque, R. E. (2004). *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actua*. La Habana, Cuba: Revista Cubana de Salud Pública. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004

27. Parra DI, C. F. (octubre 2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global, revista electronica trimestral de enfermería* .
28. Pollo, M. d. (2004). Prevalencia de úlceras por presión en un centro sociosanitario.
29. Rodríguez, L. M. (2015). *Síndrome de caídas en el adulto mayor*. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA.
30. Sampe, M. R. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001
31. Sociedad española de calidad asistencial . (2001). *Calidad asistencial*. Nexus, S.L. Obtenido de <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
32. Urbanetto, J. d. (2016). Incidencia de flebitis durante el uso y después de la retirada de catéter intravenoso periférico. *RLAE*. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8PXJwx3bN5qNkHd77r3sDBd/?format=pdf&lang=es>

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA

ANEXO N°1 Lista de cotejo evaluación de la reducción de riesgos en el paciente asociado a la gestión de enfermería

Lista de cotejo dirigida a: fuentes primarias y secundarias de información relacionadas a la evaluación de la reducción de riesgos en el paciente asociados a la gestión de enfermería de enfermería.

Objetivo: seleccionar fuentes de información que cumplan con los criterios de inclusión de esta investigación y que evidencien los riesgos en el paciente asociados a la gestión de enfermería.

Indicaciones: marque con una **X** según el criterio planteado

Fuente de información			
Libro de texto	<input type="checkbox"/>	Revista	<input type="checkbox"/>
		Tesis	<input type="checkbox"/>
Artículo científico	<input type="checkbox"/>	Publicación en página oficial <input type="checkbox"/>	
		Otro:	_____
Autores:			
Título: (identificación de la publicación revisión sistemática o metaanálisis)			
Objetivo:			
Variable de estudio	Infecciones asociadas a la atención sanitaria <input type="checkbox"/>	Accidentes físicos <input type="checkbox"/>	Eventos adversos <input type="checkbox"/>
Criterio	Si	No	Observaciones
Publicación no menor a 10 años (2011 al 2021)			
Tipo de estudio Cualitativo			
Tipo de estudio Cuantitativo			

Evaluación de la variable		
Infecciones asociadas a la atención sanitaria	Población afectada Hombres Mujeres Adultos mayores Adultos jóvenes	IAAS más frecuente del estudio Neumonía nosocomial IVU Flebitis post punción Casos nuevos de IAAS Número total de IAAS Complicaciones más frecuentes
Accidentes físicos	Población afectada Hombres Mujeres Adultos mayores Adultos jóvenes	Accidentes físicos más frecuentes Número total de accidentes Incidencia de accidentes Prevalencia de los accidentes hospitalarios
Eventos adversos	Población afectada Hombres Mujeres Adultos mayores Adultos jóvenes	Eventos adversos más frecuentes Número total de eventos adversos Incidencia de eventos adversos Prevalencia de eventos adversos Complicaciones de eventos adversos

ANEXO N° 2 Matriz de obtención de la información

Motor de búsqueda	Fecha de búsqueda	Ecuación de búsqueda	No. de resultados	Los resultados más relevantes
Scielo EVENTOS ADVERSOS	10 diciembre 2021	Eventos adversos And caídas	14	<ul style="list-style-type: none"> – Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. (Autor: Profa. Diana Saldaña, Sandra, Mónica Rodríguez, Prof. Juan Carlos Diaz) – Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas (Autor: Mag. Di Parra, Mag. Camargo Figueroa, Mag. Rey Gómez)
Caídas	Julio 2022	Caídas and incidencia	10	<ul style="list-style-type: none"> – Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona. (Autor: Dra. Elisenda Romano Durán, Dra. Ginés Fco. Rodríguez Camarero, Profa. Elvira Hernández Martínez-Esparza)
EVENTOS ADVERSOS	Julio 2022	“Eventos adversos” and incidencia	10	<ul style="list-style-type: none"> – Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna (Autor: Lic. Mirian Ariel Morales-Cangas, Lic. Catherine Marisol Ulloa-Meneses, MSc. Jorge Luis Rodríguez-Díaz, MSc. Melynn Parcon-Bitanga)

Scielo Ulceras por presión	15 diciembre 2021	Eventos adversos and ulceras	15	<ul style="list-style-type: none"> – Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud (Autor: Dra. Haddiannah Valero Cárdenas, Dra. Dora Inés Parra, Dra. Rocío Rey Gómez) – Ulceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención (Autor: Lic. E.M. Stegensek Mejía, Lic. A. Jiménez Mendoza) – Incidencias de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2016. (Autor: Dra. Mery Avilez Sánchez)
	Julio 2022	"Ulceras por presión" and incidencia	15	<ul style="list-style-type: none"> – Incidencia de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. Manta, Ecuador del 2019 (Autor: Lic. Cristhian Patricio Triviño-Ibarra) – Flebitis y úlceras por presión en el cuidado enfermero, en el Hospital de Esmeraldas (Autor: Geovanna Narcisa de Jesús Altamirano Zabala, Mercedes del Carmen Flores Grijalva, Yu Ling Reascos Paredes, Andrea Verónica Estupiñán Castillo)

Google académico IAAS	16 diciembre 2021	IAAS And incidencia	49	<ul style="list-style-type: none"> – Incidencia de infección asociada a la atención de salud en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” (Autor: Dra. Yrene Vásquez, Dr. José Ilarraza, Dra. Norma Ruiz) – Prevalencia y factores asociados a las infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Neiva 2016-2017 (Autor: Dra. Leidy Johanna Álvarez Díaz)
	Julio 2022	“Infecciones asociadas a la atención de la salud” and frecuencia	3	<ul style="list-style-type: none"> – Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud en los principales sistemas de información de México (Autor: Ing. Marlenne Rodríguez Salgad)
Google académico ACCIDENTES FISICOS	18 diciembre 2021	Accidentes físicos and seguridad del paciente	8	<ul style="list-style-type: none"> – Seguridad de pacientes en la unidad de emergencia del hospital nacional de niños Benjamin Bloom del 20 de octubre 2013 al 20 octubre 2014. (Autor: Dr. Celedonio Enrique Díaz Díaz.)

ANEXO N°3 Modelo de matriz de análisis de contenido

Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Idioma	País
1. Dra. Leidy Johanna Álvarez Díaz	2020	Estudio analítico, observacional de corte transversal y retrospectivo.	Español	Colombia
2. Lic. Cristhian Patricio Triviño-Ibarra	2019	Descriptivo, transversal y retrospectivo	Español/ portugués	Ecuador
3. Ing. Marlenne Rodríguez Salgad	2018	Analítico, observacional descriptivo de corte transversal	Español	México
4. Lic. Mirian Ariel Morales-Cangas, Lic. Catherine Marisol Ulloa-Meneses, MSc. Jorge Luis Rodríguez-Díaz, MSc. Melynn Parcon-Bitanga	2018	estudio transversal con enfoque cuantitativo observacional	Español/ ingles	Ecuador
5. Autor: Geovanna Narcisa de Jesús Altamirano Zabala, Mercedes del Carmen Flores Grijalva, Yu Ling Reascos Paredes, Andrea Verónica Estupiñán Castillo	2018	Estudio descriptivo y transversal;	Español	Ecuador
6. Profa. Diana Saldaña, Sandra Mónica Rodríguez, Prof. Juan Carlos Diaz	2016	Estudio descriptivo y correlacional	Español / ingles	Colombia
7. Dra. Yrene Vásquez, Dr. José Ilarraza, Dra. Norma Ruiz	2016	Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico	Español	Venezuela
8. Dra. Elisenda Romano Durán, Dra. Ginés Fco. Rodríguez Camarero, Profa. Elvira Hernández Martínez-Esparza	2016	Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo	Español / ingles	Barcelona

9.	Dra. Mery Avilez Sánchez	2016	Estudio Cuantitativo	Español	Perú
10.	Dr. Celedonio Enrique Díaz.	2015	Estudio descriptivo	Español	El salvador
11.	Lic. E.M. Stegensek Mejía, Lic. A. Jiménez Mendoza	2015	Estudio descriptivo y transversal	Español	México
12.	Mag. Di Parra, Mag. Camargo Figueroa, Mag. Rey Gómez	2012	Estudio de Cohorte	Español / ingles	Colombia
13.	Dra. Haddiannah Valero Cárdenas, Dra. Dora Inés Parra, Dra. Rocío Rey Gómez	2011	Estudio transversal	Español	Colombia

Título	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>1. Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud (Autor: Dra. Haddiannah Valero Cárdenas, Dra. Dora Inés Parra, Dra. Rocío Rey Gómez)</p>	<p>Describir la prevalencia de úlceras por presión en una institución de salud de tercer nivel de atención</p>	<p>Estudio de tipo transversal</p>	<p>▪ 430 pacientes de ingreso</p>	<p>▪ Personas hospitalizadas en los servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos adultos y pediátricos, medicina interna, especialidades quirúrgicas (ortopedia, cirugía plástica y neurocirugía) y cirugía general.</p>	<p>Lista de verificación de la aplicación de la escala de Braden Guía de observación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El 31,88% presentaron factores de riesgo para desarrollar UPP según Escala de Braden. • La media de edad de las personas evaluadas que presentaban factores de riesgo para desarrollar UPP según Escala de Braden fue de 55 años. • La media de edad de las personas que presentaron el evento UPP (n=23) fue de 64 años. el 56.52%, pertenecía al género masculino. • El 43,47% de los casos cursaba con procesos de enfermedad crónica como diabetes, hipertensión arterial (HTA), cáncer, insuficiencia cardiaca (IC) e insuficiencia renal crónica (IRC). • El estadio de la UPP, se encontró que el estadio III fue el más prevalente con un 47,82% 	<p>La muestra de este estudio presenta que la edad media fue de 47 años, el 52% de la muestra presentaban enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca), el 59,4% pertenecían al género masculino.</p>

Título	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>2. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas (Autor: Mag. Di Parra, Mag. Camargo Figueroa, Mag. Rey Gómez)</p>	<p>Describir la incidencia de algunos eventos adversos relacionados con las acciones de Enfermería en una institución de salud de tercer nivel de atención.</p>	<p>Estudio de cohorte</p>	<p>▪ Muestra conformada por 198 pacientes que ingresaron por urgencias.</p>	<p>• Personas mayores de 18 años que ingresaron por el servicio de urgencias y que presentaron una permanencia entre 6 y 24 horas dentro de la institución de salud.</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>▪ De los 198 pacientes acompañados 32 presentaron eventos adversos y en un total fueron 46 eventos adversos. ▪ UPP conformado por 52.2% ▪ Flebitis 43.5%. ▪ Caídas 4.3%</p>	<p>En el 81.25% de los pacientes con eventos adversos, la gravedad del evento fue moderado y en el 18.75% leve. En cuanto al servicio donde se originaron los pacientes que presentaron los eventos adversos, especialidades quirúrgicas fue quien presentó la mayor frecuencia con un 75%.</p>

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>3. Seguridad de pacientes en la unidad de emergencia del hospital nacional de niños Benjamín Bloom del 20 de octubre 2013 al 20 octubre 2014. (Autor: Dr. Celedonio Enrique Díaz Díaz.)</p>	<p>Conocer por medio de una encuesta, la percepción del personal sobre los incidentes y eventos adversos más frecuentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom</p>	<p>Estudio de tipo Descriptivo retrospectivo</p>	<p>▪ Para la elaboración de este estudio se contó con una muestra de 49 recursos que equivale al 90.7 % de los médicos y enfermeras que labora en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.</p>	<p>▪ Médicos y enfermeras que laboran en la Unidad de Emergencia el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. ▪ Se incluirán en el estudio a los médicos residentes que estén rotando de planta en esa área en el momento se realice el estudio.</p>	<p>Para este estudio se utilizó una encuesta estructurada Con el objetivo de identificar cuáles son los incidentes y eventos adversos más comunes que suceden en esta área de trabajo además conocer los factores inductores que influenciaron para que sucedieran los eventos e incidentes adversos y determinar qué características de una cultura de seguridad se practican en la Unidad de Emergencia.</p>	<p>En esta investigación los eventos adversos que más a menudo suceden en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom son: 1. Indicaciones médicas poco legible (76%). 2. Fallo de la valoración clínica del paciente (61 %). 3. Retraso en el diagnostico (61%).</p>	<p>Para este estudio el principal factor que facilita los eventos adversos observados en el periodo comprendido del 20 de octubre de 2013 al 20 de octubre de 2014 en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom es: no corregir la causas desencadenante de los eventos adversos.</p>

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>4. Ulceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención (Autor: Lic. E.M. Stegensek Mejía, Lic. A. Jiménez Mendoza)</p>	<p>Escribir las características epidemiológicas de las úlceras por presión, de la población que las desarrolla y estimar los costos directos del cuidado de estas lesiones en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención</p>	<p>Estudio descriptivo y transversal</p>	<ul style="list-style-type: none"> La muestra estuvo conformada por la Población total de dichos servicios, integrada por 218 pacientes 	<p>Población mayor de edad de los servicios De cirugía general, Cirugía plástica y reconstructiva, medicina interna y unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel de atención.</p>	<p>Guía de observación</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se valoraron un total de 218 pacientes, de los Cuales 61 presentaron una o más UPP, se detectó un total de 378 lesiones: 183 prevalentes y 195 incidente. El 51.4% de los individuos valorados fueron hombres y el 48.6% mujeres. 	<p>Para este estudio los individuos afectados en mayor medida por UPP en Función de los resultados obtenidos en el presente estudio fueron mujeres, adultos mayores, pacientes con enfermedades cardiovasculares o con algún tipo de incontinencia y personas con sobrepeso.</p>

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>5. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. (Autor: Profa. Diana Saldaña, Sandra Mónica Rodríguez, Prof. Juan Carlos Díaz)</p>	<p>Determinar los eventos adversos (EA) reportados por enfermería y sus factores en unidades de cuidado intensivo (UCI) adulto, pediátrica o neonatal de tres países participantes (México, Argentina y Colombia).</p>	<p>Estudio multicéntrico, descriptivo, correlacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes críticos adultos, pediátricos y neonatales que presentaron eventos adversos (EA), notificados por enfermería. ▪ La muestra estuvo conformada por 1163 EA reportados por enfermería de las unidades que participaron en el estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes críticos adultos, pediátricos y neonatales que presentaron eventos adversos (EA), notificados por enfermería, atendidos por cualquier especialidad médica, ocurridos durante el ingreso, permanencia o traslado. 	<p>Guía de observación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este estudio mostró que la mayoría de los eventos adversos se presentaron en hombres, con una edad promedio de 65 años. • Los EA que se reportaron con mayor frecuencia en el presente estudio estaban relacionados con el cuidado directo al paciente, seguido de vía aérea, accesos vasculares, infección asociada al cuidado, medicamentos y, por último, procedimientos, la mayoría prevenibles; solo un porcentaje muy bajo era no prevenible. 	<p>En este estudio se reportaron 1163 eventos adversos, de los cuales: el 34 %, se relacionó con el cuidado, el 19 % con vía aérea y ventilación mecánica, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infección nosocomial y el 11 % con la administración de medicamentos. El 7 % restante correspondió a relacionados con pruebas diagnósticas y equipos. El 94,8% se consideraron prevenibles.</p>

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
6. Incidencia de infección asociada a la atención de salud en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” (Autor: Dra. Yrene Vásquez, Dr. José Ilarraza, Dra. Norma Ruiz)	Determinar la incidencia de infección asociada a los cuidados de la salud (IAAS) en los pacientes atendidos en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”	Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico.	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que ingresaron al Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, desde enero 2011 hasta junio 2015. • La población del estudio estuvo representada por 3 490 infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes ingresados desde enero 2011 hasta junio 2015. 	Ficha de registro epidemiológico. Para la obtención de los datos se revisó la historia clínica, actas y reportes estadísticos para obtener indicadores como: tasas de infección hospitalaria, tipos de infección hospitalaria, fallecidos.	<ul style="list-style-type: none"> • La incidencia de IAAS en los pacientes atendidos en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, desde enero 2011 hasta junio 2015 tiene un promedio de 6,87 %. • Las infecciones más frecuentes asociadas a la atención de salud encontramos: Infecciones del sitio operatorio (40,95%), Bacteriemia (19,68%), Infección del tracto urinario (17,22 %). 	Para este estudio los servicios con alta tasa de infecciones son Medicina Interna (14,84%), Traumatología (13,64%), Cirugía General (12,47%), Terapia Adulto (11,75%) Neurocirugía (6,84 %) y Cirugía Plástica (6,57%)

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>7. Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona.</p> <p>(Autor: Dra. Elisenda Romano Durán, Dra. Ginés Fco. Rodríguez Camarero, Profa. Elvira Hernández Martínez-Esparza)</p>	<p>Determinar la incidencia y las características de las caídas en los ancianos ingresados en el Hospital de Cuidados Intermedios Parc Sanitari Pere Virgili</p>	<p>Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes mayores de 65 años ingresados en el PSPV 	<p>Pacientes mayores de 65 años ingresados en el PSPV que han sufrido alguna caída en el primer trimestre del año 2014.</p>	<p>Cuestionario</p>	<ul style="list-style-type: none"> De los 1560 pacientes ingresados en el HSPV en el primer trimestre del año 2014, un 6,3% ha sufrido caídas. La patología más predominante en los ancianos que sufren caídas en el HSPV es la cardiovascular 57% Turno donde más se caen los pacientes mañana 51.63%, turno tarde 44.46% y noche 3.9%. Consecuencias de caídas: 62% sin lesión, 35% lesión menos y el 2% lesión mayor Estado mental al momento de la caída: agitación 21%, desorientación 75% y otros 3%. La mayoría de los pacientes estudiados se encontraban solos en el momento de la caída 79%, 10% con personal sanitario y el 11% con familiares 	<p>La incidencia de las caídas en el HSPV es del 6,9% en el primer trimestre del año 2014, mayor que en otros centros hospitalarios, lo que puede estar justificado por el perfil de anciano frágil ingresado en el PSPV.</p>

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>8. Incidencias de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho - 2016</p> <p>(Autor: Dra. Mery Avilez Sanchez)</p>	<p>Determinar la Incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital regional de Ayacucho.</p>	<p>Estudio cuantitativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> 120 pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos 	<p>Pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos</p>	<p>Lista de verificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> Durante el año 2015 se hospitalizaron en la unidad de cuidados intensivos del hospital antes mencionado 371 pacientes, de las cuales <ul style="list-style-type: none"> Del 100% (108) de pacientes estudiados, el 52% (56) son de sexo femenino y el 48% (52) son de sexo masculino. El 29.1% (108) fueron adultos mayores de 50 años 45% de los pacientes que conformaron la muestra presentaron diferentes grados de úlceras por presión y el 45 no presento úlceras En relación con el grado de severidad de las úlceras por presión el 24.1% (26) presentaron úlceras de primer grado, 15.7% (17) presentaron ulcera de segundo grado, 9.3% (10) presentaron tercer grado y el 5.6% (6) presentó úlceras de cuarto grado. 	<p>Las úlceras según este estudio pueden ser debido a las características propias de la edad y a la inmovilización del paciente por tiempo prolongado.</p>

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>9. Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud en los principales sistemas de información de México (Autor: Ing. Marlene Rodríguez Salgado)</p>	<p>Presentar la frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) de los dos principales sistemas de información de México</p>	<p>Estudio de carácter analítico, observacional descriptivo de corte transversal,</p>	<p>Registros hospitalarios reportados por las unidades médicas de la Secretaría de Salud, del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS),</p>	<p>▪ Egresos hospitalarios con registro de presencia de infección nosocomial con estancia hospitalaria mayor de dos días</p>	<p>Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) datos reportados por la Red de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2015, las unidades adscritas a la RHOVE notificaron 61,969 infecciones asociadas a la atención de la salud, con una tasa global de incidencia de 4.7 por 100 egresos. • El número de defunciones asociadas a IAAS fueron 3,624, con una tasa de letalidad de 5.8 por 100 infecciones. • El SAEH se registraron 14,317, se estimó una tasa de IAAS de 1.6 por 100 egresos con estancia hospitalaria mayor a dos días. • En promedio, los pacientes que presentaron IAAS permanecieron hospitalizados 21.5 días y casi 20% egresó por defunción 	<p>La aparición de IAAS prolonga las estancias hospitalarias entre 5.9 y 9.6 días e incrementa la probabilidad de morir (riesgo atribuible) hasta en un 6.9%, 2 lo que implica que los gastos hospitalarios aumenten.</p>

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>10. Incidencia de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. Manta, Ecuador del 2019 (Autor: Lic. Cristhian Patricio Triviño-Ibarra)</p>	<p>Determinar la incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardio centro, Manta, Ecuador, durante el año 2019</p>	<p>descriptivo, transversal y retrospectivo</p>	<p>La población estuvo conformada por 12 pacientes que desarrollaron UPP en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardio centro de Manta. Por ser finita la población no se extrajo muestra</p>	<p>Pacientes que presentaron UPP, en la Unidad de Cuidados intensivos de Cardio centro Manta</p>	<p>Cuestionario especialmente elaborado para la investigación, el cual contenía preguntas abiertas y cerradas, relativas a la incidencia de las úlceras por presión (UPP) en los pacientes atendidos en este servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La incidencia de úlceras por presión fue del 3,16%. • El 34% se presentó en pacientes con edades entre 61–70 años, el 75% de los pacientes del sexo masculino se vio afectado. • El 83% de la causa de ingreso fue médica. • De acuerdo con la Escala Norton el riesgo era alto en un 58% de los pacientes. • El 50% presentaba úlceras categoría II y la localización anatómica más afectada fue la región sacra, con el 42%. 	<p>La incidencia de las UPP en la UCI de Cardio centro, se encuentra dentro de los valores que han sido reportados en otros centros de características similares, por tanto, se considera que la atención y cuidados brindados a los pacientes se encuentran enmarcados en los estándares de calidad establecidos</p>

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>11. Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna Lic. Mirian Ariel Morales-Cangas, Lic. Catherine Marisol Ulloa-Meneses, MSc. Jorge Luis Rodríguez-Díaz, MSc. Melynn Parcon-Bitanga</p>	<p>Describir la incidencia de los eventos adversos en los servicios de Cuidados Intensivos y Medicina Interna.</p>	<p>estudio transversal con enfoque cuantitativo observacional, descriptivo</p>	<p>Pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos y servicio de medicina interna del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas de junio a julio de 2018. La muestra estuvo constituida por 125 pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos y servicio de medicina interna ▪ Tener una estancia hospitalaria mayor a 24 horas ▪ Pacientes mayores de 18 años 	<p>Lista de chequeo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo que presentó mayor frecuencia de eventos adversos fue el comprendido dentro del rango de 31 a 65 años. • Se observó que los eventos adversos se presentaron con un mayor porcentaje en aquellos que tenían una estadía entre siete días y mayor a este • Evento adverso presente en UCI: 9,6%, y en medicina interna 53,6% • La flebitis en el Servicio de Medicina Interna 48%, UPP 12% • La Unidad de Cuidados Intensivos se reportó flebitis 3.2%, infección de catéter urinario 24%, neumonía nosocomial 20,8%, UPP 2.4% 	<p>125 pacientes evaluados, el 63 % presentaron al menos un evento adverso. Medicina Interna fue el área donde se evidenció mayor incidencia de estos; con una estancia hospitalaria mayor a siete días; de igual manera en el mismo servicio la flebitis fue el más reportado.</p>

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
<p>12. Prevalencia y factores asociados a las infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Neiva 2016-2017. (Autor: Dra. Leidy Johanna Álvarez Díaz)</p>	<p>Determinar la prevalencia y los factores asociados a las Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos en la ciudad de Neiva durante los años 2016-2017.</p>	<p>Se realizó un estudio analítico, observacional de corte transversal retrospectivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La población de estudio comprende todos los pacientes ingresados en la UCI durante el tiempo 2016-2017 	<p>Pacientes ingresados en uci desde el 2016-2017</p>	<p>Guía de observación</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se encontró que 29 (18.4%) pacientes contrajeron IAAS. Se diagnosticaron las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Infecciones: 27 pacientes. Diagnosticados con neumonía, 13 con infección del tracto urinario. 14 pacientes diagnosticados con bacteriemias. 5 pacientes con infección de herida quirúrgica. 23 pacientes con infección por intubación orotraqueal. 	<p>Este estudio mostro que de los 157 pacientes, 99 (63,1%) fueron hombres y 58 (36,9%) mujeres, con una edad media de 63 ± 20 (min 18-max 96). Los pacientes se clasificaron de acuerdo con el diagnóstico de ingreso en pacientes clínicos 89,8% (141) e intervenidos quirúrgicamente 10,2% (16).</p>

Titulo	Objetivo	Diseño de la investigación	Características de la muestra	Criterios de inclusión	Instrumentos	Resultados	Comentarios
13. Flebitis y úlceras por presión en el cuidado enfermero, en el Hospital de Esmeraldas (Autor: Geovanna Narcisa de Jesús Altamirano Zabala, Mercedes del Carmen Flores Grijalva, Yu Ling Reascos Paredes, Andrea Verónica Estupiñán Castillo)	Medir la frecuencia de eventos adversos relacionados al cuidado enfermero, especialmente aquellos que presentaron flebitis o úlceras por presión.	Estudio descriptivo y transversal	Pacientes egresados que hayan presentado flebitis o UPP Egresos 740 Población 42 pacientes	Pacientes que egresaron de los servicios de medicina interna y cirugía en un lapso de 6 meses (población 42 pacientes) Se haya presentado el evento adverso: flebitis y UPP	Guía de observación	<ul style="list-style-type: none"> • Se presentó el evento adverso (flebitis y úlceras por presión) en el 5.7% de los egresos. • Los pacientes que presentaron flebitis y úlceras por presión, en su mayoría (66,6%) son mujeres, mayores de 50 años • Flebitis en servicio de cirugía 62.5% • UPP en servicio de cirugía 30% • Servicio medicina interna flebitis 37.5% • Servicio de medicina interna UPP 70% 	En el 78,57% de los eventos (flebitis y úlceras por presión) pudieron ser evitables y están directamente relacionados con el cuidado y los procedimientos; así como, los eventos de flebitis se observaron que el personal de enfermería no utilizó procedimientos adecuados y protocolos estandarizados para el cuidado de las vías periféricas, se delegó estas actividades a personal no profesional