

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**MANUEL HUMAN GUERRERO**



**EVALUACION DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES  
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE  
EN EL AÑO 2018**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER**

JUDITH TINEO MALLQUI

**PARA OPTAR POR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO**

**ASESOR DE TESIS**

MG. SONIA INDACOCHEA CECADA

**LIMA-PERU**

**2019**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco infinitamente a Dios, por brindarme perseverancia para conseguir mis objetivos.

A mis padres, hermanos y a mi querida tía Luz porque a lo largo de mi vida y de mi carrera me han brindado su amor infinito y apoyo incondicional.

## **DEDICATORIA**

*A mi madre quien me acompaño en este largo camino, mostrándome su amor incondicional, dedicación, apoyo, ejemplo y comprensión además de proporcionarme palabras de aliento en los momentos difíciles.*

*A mi padre, por su infinito amor y comprensión, por enseñarme el camino del éxito con dedicación y empeño.*

*A mis hermanos quienes estuvieron presentes en este recorrido, siempre con palabras motivadoras y colmar mi vida de felicidad. A mi tía Luz por sus enseñanzas, preocupación, amor y confianza brindada a lo largo de mi carrera.*

## RESUMEN

**Objetivo principal:** Determinar el tipo de eventos adversos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018 en todos los servicios.

**Materiales y Métodos:** El método de recolección de datos será por medio de los registros de eventos adversos según las fichas de Oficina General de Comunicaciones (OGC) y reporte de enfermedades intrahospitalarias del HNHU en el año 2018. Se usará el formato de consolidado de incidentes y eventos adversos para agrupar los eventos según las categorías descritas por en MINSA.

**Resultados:** El total de egresos fue 21 469 pacientes y la cantidad de Eventos Adversos reportados fue 368. La tasa de eventos adversos fue 1.71%, la de incidentes fue 0.14% y eventos centinela 0.05%. Los eventos adversos más frecuentes son las neumonías intrahospitalarias (21.20%), de las cuales asociadas a ventilador mecánico son el 50%; infecciones de herida operatoria por cesárea 10.60%; caídas de pacientes con y sin daño 9.78%; Fractura de Clavícula durante la atención del parto 8.97%; infección del torrente sanguíneo por uso de catéter venoso central 7.07%; úlceras por presión 7.07%; maniobra de Kristeller durante la atención del parto 5.71%, entre otros que tienen porcentajes mínimos. Se encontró además que los eventos adversos ocurrieron en el turno diurno en su gran mayoría 64.32%.

**Conclusión:** Los eventos adversos más frecuentes son las neumonías intrahospitalarias, siendo el 50% de ellas asociadas a ventilador mecánico, infecciones de herida operatoria por cesárea y caídas de paciente con y sin daño; teniendo en ello posibilidad de adquirir medidas preventivas.

**Recomendaciones:** Promover y brindar en el personal de salud el conocimiento de los eventos adversos más frecuentes encontrados en este estudio y su importancia en la seguridad clínica del paciente y la calidad de la atención sanitaria.

**Palabras Clave:** Evaluación, eventos adversos

## ABSTRACT

**Main Purpose:** To determine the type of adverse events in patients treated at the Hipolito Unanue National Hospital in 2018 in all services.

**Materials and Methods:** The data collection method will be by means of the adverse event records according to the files of the General Communications Office (OGC) and the HNHU intrahospital diseases report in 2018. The consolidation format of incidents and adverse events will be used to group the events according to the categories described by the MINSA.

**Results:** The total of discharges was of 21 469 patients and the number of Events reported was of 368. The rate of adverse events was 1.71%, that of incidents was 0.14% and sentinel events 0.05%. The most frequent adverse events are intrahospital pneumonias (21.20%), of which they have a mechanical ventilator are 50%; operative wound infections by caesarean 10.60%; Falls of patients with and without damage 9.78%; Clavicle fracture during delivery care 8.97%; bloodstream infection due to use of central venous catheter 7.07%; pressure ulcers 7.07%; Kristeller maneuver during delivery care 5.71%, among others that have minimal percentages. It was also found that the adverse events occurred during the day shift, the vast majority of which was 64.32%.

**Conclusion:** The most frequent adverse events are in-hospital pneumonias, 50% of which are associated with a mechanical ventilator, operative wound infections by caesarean section and falls of patients with and without damage; having in it possibility of acquiring preventive measures

**Recommendations:** Promote and provide health personnel with knowledge of adverse events and their importance in the patient's clinical safety and the quality of health care.

**Key Words:** Evaluation, adverse events

## INTRODUCCION

La seguridad del paciente viene definida por la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producida como consecuencia de la atención recibida

La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

La OMS estima que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención inseguras. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados.

Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes. Esto conlleva un ciclo de investigación que comprende las siguientes facetas: 1) determinar la magnitud del daño y el número y tipo de eventos adversos que perjudican a los pacientes; 2) entender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes; 3) encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura, y 4) evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real.

Gran parte de las investigaciones en materia de seguridad del paciente se han concentrado hasta ahora en la atención hospitalaria en países desarrollados, mientras que es imperioso desarrollar más la investigación en otros entornos sanitarios y en los países en desarrollo, así como el estudio IBEAS en México del 2010 que tomó en cuenta países latinoamericanos: Perú, México, Costa Rica, Argentina y Colombia; el cual servirá como referencia para este estudio.

Actualmente los hospitales son parte de esta moderna sociedad para proteger, curar y rehabilitar a sus miembros, que por causa de trastornos de importancia en la salud lo requieran. Debido a que los riesgos de enfermar son diversos,

complejos y dinámicos, muchos son también los procesos involucrados para recuperar el bienestar de los afectados y, por tanto, muchas las posibilidades de error.

En la literatura contemporánea “evento adverso” ha sido una de las denominaciones más frecuentemente usadas para nombrar errores de los procesos de atención, que causan algún tipo de daño en pacientes. La prevalencia de estos eventos adversos ha ido en incremento con un gran impacto sobre la morbilidad y mortalidad de la población; a pesar de ello no se ha registrado un estudio en el Hospital Nacional Hipólito Unanue que reafirmen estos datos, por lo tanto se ha desarrollado esta investigación que cuenta de seis capítulos, nueve anexos, 11 tablas, 5 gráficos y 49 referencias bibliográficas con un total de 90 páginas.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCION.....	6
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	9
1.1 Planteamiento del problema.....	9
1.2 Formulacion del Problema .....	15
1.3 Justificacion de la Investigacion .....	15
1.4 Delimitacion del problema .....	20
1.5 Objetivos de la investigacion.....	20
Objetivo general.....	20
Objetivos específicos .....	20
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	21
2.1 Antecedentes de la investigación .....	21
2.2 Bases teóricas .....	25
Evento adverso en salud a nivel mundial .....	25
Evento adverso en salud en Perú .....	27
2.3 Definicion de Conceptos Operacionales.....	31
CAPITULO III: METODOLOGIA .....	35
3.1 Tipo y diseño de investigacion .....	35
3.2 Poblacion y Muestra.....	35
Poblacion .....	35
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	36
3.4 Recoleccion de datos.....	36
3.5 Tecnicas de procesamiento y análisis de datos .....	37
3.6 Aspectos Éticos .....	37
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	38
4.1 Resultados.....	38
4.2 Discusión de resultados .....	49
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	56
5.1 Conclusiones .....	56
5.2 Recomendaciones .....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	63

# CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

## 1.1 Planteamiento del problema

El término “seguridad del paciente” lo define la Agencia para la Calidad y la Investigación de la Salud (Agency for Healthcare Quality and research) como el “conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.

Con lo expuesto, se deduce que la seguridad del paciente depende de varios factores. Es posible empezar por la estructura, con la que se brinda atención; dicho en otras palabras, los recursos materiales, humanos e infraestructura. Todos ellos son importantes para otorgar una atención médica segura, no obstante, contrario a lo que se piensa solo representan 35% de las causas de eventos adversos <sup>26</sup>, por lo tanto, hay otros factores. También se deben considerar los procesos organizacionales, es decir, la manera en que se otorga la atención, la manera en la que está diseñado cada proceso de atención médica para obtener el resultado deseado y como se entrelazan unos con otros dentro del hospital, desde que ingresa el paciente hasta que se le da de alta.

La seguridad del paciente es una preocupación universal, dado que a diario se producen en los Hospitales fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo, así mismo es un indicador que refleja la calidad de atención realizada por los diferentes profesionales del área de salud, ya que hace parte importante de la gestión de las entidades de salud, generando impacto en los resultados de la calidad en cada institución.

“La atención en salud ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja efectiva, pero potencialmente peligrosa”, como consecuencia de esto la atención hospitalaria va haciéndose más compleja, a que en dicha atención interactúan factores determinantes que pueden desencadenar un evento adverso si no se manejan con una buena capacidad humana, tecnológica y profesional. Hay que resaltar que esos eventos adversos son consecuencia de la interacción de estos factores, no

siempre son de forma voluntaria, pero, aun así, representan un grave problema para la institución hospitalaria. Los eventos adversos constituyen un problema para la salud pública de cualquier sistema de salud del mundo.

#### Factores humanos y errores clínicos

Históricamente la condición humana ha estado ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. Incluso en industrias totalmente automatizadas como la aviación, las investigaciones en accidentes han demostrado que el error humano ha sido un factor determinante entre el 70% y el 80% de los casos<sup>27</sup>. En el cuidado de la salud, el riesgo de error asociado a factores humanos se incrementa debido a que cada persona que interviene en la interacción esta rodeada de un entorno bio-psicosocial el cual afecta su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos, etc. Por lo anterior, considerar la perfección traducida en cero errores en el ejercicio medico es imposible.

Existen diferentes tipos de actividades humanas y en todas ellas se pueden cometer errores, Según Rasmussen algunas se hacen inconscientemente mientras que otras se hacen basadas en reglas o requieren un alto nivel de conocimiento. En las primeras, factores tales como la fatiga, la somnolencia, la distracción y el estrés de quien realiza la actividad favorecen la aparición de conocimiento. En las primeras, factores tales como la fatiga, la somnolencia, la distracción y el estrés de quien realiza la actividad favorecen la aparición de errores. Aunque esta asocacion ha sido imposible de evidenciar científicamente, es aceptado heurísticamente de manera universal que las organizaciones tomen medidas tendientes a evitar estos factores en el personal que cuida directamente a los pacientes. En las actividades que requieren conocimiento o basadas en reglas, los errores aparecen porque se hacen elección inapropiada de una regla o simplemente porque se toma una decisión equivocada.

#### El Error clínico y su Relacion con los procesos

Los errores clínicos en la atencion de pacientes se producen no solamente por errores humanos, ellos también son debidos a fallas en los procesos

generalmente porque los sistemas de atención están diseñados de tal manera que no han sido consideradas las posibilidades.

Los errores clínicos pueden ser técnicos y no técnicos. Los primeros se entienden como resultados adversos que se presentan durante la realización de cualquier procedimiento. Por ejemplo la ligadura del colédoco durante una colecistectomía. Los segundos son errores no asociados a procedimientos. Como por ejemplo se puede citar el diagnóstico inapropiado de una apendicitis que lleva a la producción de una peritonitis generalizada. Como consecuencia de su presentación, los pacientes objeto de error o pueden sufrir daño graves e incluso morir. Por tanto, es permitido afirmar que los errores clínicos son causa de morbilidad y mortalidad prevenibles.

Existen procesos de atención donde el resultado adverso no es debido a error o desviaciones en los procesos, sino a que el paciente llega al proceso con unas condiciones clínicas particulares que hacen que el resultado no sea el mejor. Esto es a lo que los Battles le llama en su modelo de atención “condiciones incompatibles con la vida”<sup>28</sup>. En estos casos nada de lo que haga cambiara el resultado. Sin embargo, el esfuerzo debe continuarse dirigido a mitigar los efectos de las condiciones sobre las cuales el personal de salud no tiene control.

El origen de los errores

En términos generales, la calidad de atención en salud en la mayoría de los hospitales del mundo es esencialmente buena y en muchos casos excelente.

Esto está representado en el número infinitamente mayor de buenos resultados que satisfacen a los pacientes y sus familias versus el número mínimo de insatisfacciones. Sin embargo, diariamente se conoce que aun en aquellos hospitales donde la búsqueda de la calidad total es la rutina del día a día, suceden errores de atención. Infortunadamente a pesar de ser mínimos en su frecuencia, sus efectos pueden ser catastróficos no solo para los pacientes, sino también para sus familias, el médico, el personal de salud y las instituciones. Es por estas razones que a pesar de esta baja frecuencia, se debe ocupar de ellos tratando de disminuir su ocurrencia y sabiendo de antemano que nunca será posible desaparecerlos en su totalidad.

Tradicionalmente la comunidad ha confiado “ciegamente” en el conocimiento científico del personal de salud y ha entendido en sentido lógico, que su alto conocimiento y pericia son condiciones suficientes para garantizar el éxito de un procedimiento, es decir, sin errores y con el mejor resultado. Sin embargo, los resultados clínicos en el día a día muestran una realidad diferente. Una explicación a este fenómeno está dada en la complejidad de la atención en salud. Esta cambia constantemente de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente, a la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, al diseño del proceso actual o del siguiente al cual el paciente será sometido, a las condiciones humanas relacionadas con la atención como son las competencias y habilidades individuales de quienes entran en contacto directo con los pacientes, su concentración, su estado de ánimo, al estado actual de los equipos y tecnología a utilizar, etc. Estos cambios constantes que suceden en la atención en salud le dan a la misma, las características de ser un sistema adaptivo complejo como lo son otras industrias mucho más controladas a la salud.<sup>29</sup>

Si se entiende el cuidado de la salud como un sistema adaptativo complejo se podrá entender porque suceden los errores. Como sistema, conoce el conjunto de procesos que suceden entre elementos independientes en el espacio, pero interdependientes funcionalmente, para generar un todo el cual no necesariamente es equivalente a la sumatoria de las partes. Ser adaptivos implica la capacidad de cambio y por tanto de aprendizaje de experiencias previas, y complejo hace relación con la diversidad y la naturaleza y conocimiento propios de cada componente.

El componente más importante de este complejo y adaptivo sistema de interacciones es la relación personal. En su forma más simple (entre dos personas: médico-paciente). Cada uno de ellos llega a la relación con su carga psicológica, social y biológica. La primera está representada por su estructura de personalidad, sus temores, miedos, su autoestima, su confianza en sí mismo y su conocimiento formal e informal. La carga social se refiere a la manera como esa persona se relaciona con las demás personas y la carga biológica está representada en su enfermedad y grado de estrés. Se puede por tanto afirmar, que el producto de esa simple interacción está dado por la

sumatoria de las cargas de cada individuo en particular, en este caso de los dos que interactúan, pero que en algún momento se mezclan afectando de alguna manera la relación<sup>28</sup>. En situaciones que requieren la intervención de múltiples personas como son la realización de un procedimiento quirúrgico o el cuidado de un paciente en la unidad de cuidado intensivo, este componente se hace mucho más complejo porque quien interactúa no solo debe estar atento a su labor y a la relación personal con una sola persona o varias a la vez, sino también al funcionamiento adecuado de los demás agentes involucrados como son la tecnología y los equipos. Esto resulta usualmente difícil de mantener por largos periodos de tiempo haciendo que en cualquier momento pueda llegar otro error.

#### Factores Latentes

Además de los factores humanos en la génesis del error, existen embebidos en los procesos otros factores que no han sido considerados en el diseño de los mismos y que cuando se alinean con cualquier otro factor situacional producen el error. A este fenómeno Reason lo describió en su ya famoso esquema del queso suizo, que se representa en la Figura N°1, como aquellos factores latentes relacionados con un proceso determinado y que, en cualquier momento, cuando se alinean, pueden llevar a la aparición del error<sup>37</sup>.

Se presenta por ejemplo, cuando se le coloca un medicamento a un paciente distinto del que debería ser, porque ambos pacientes comparten el mismo nombre, o son pacientes gemelos. Puede suceder también porque el medicamento comparte la misma presentación física con otro totalmente distinto, etc. Aunque parece poco probable que ocurran (por eso es que no son tenidos en cuenta) estos factores se hacen evidentes cuando se realiza el análisis de error que se acaba de presentar y deben ser tenidos en cuenta para el rediseño del proceso que acaba de fallar.

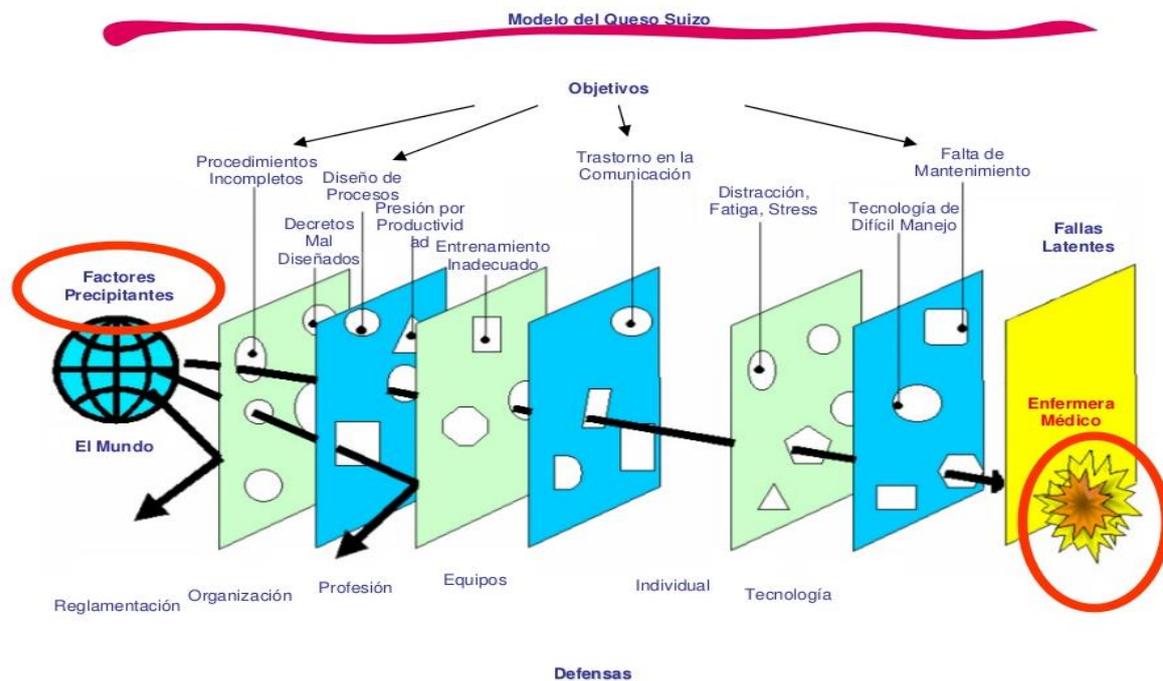


Figura 1 Modelo del Queso Suizo

Por lo tanto se sabe que existen fallas en los procesos clínicos de las instituciones de salud que colocan en riesgo la integridad física y psicológica de los pacientes llegando, incluso en afortunadamente muy pocos casos, a causar la muerte. En algunas ocasiones estas fallas son inadvertidas por el personal de salud favoreciendo que la misma falla se repita en el futuro y posiblemente se repita también el resultado adverso. En otras, la falla es advertida pero ninguna acción correctiva o preventiva es hecha para evitar su recurrencia, o si se hace no se verifica el impacto. Las instituciones de salud tienen la obligación ética y moral de desarrollar a su interior programas de mejoramiento continuo de la seguridad clínica de sus actos, buscando disminuir al mínimo posible los errores asociados al acto clínico. El análisis continuo y rutinario de los múltiples factores que intervienen en la producción del error, deben ser considerados en el diseño de los procesos para el mejoramiento continuo de la calidad de atención, y debe ser parte integral de una cultura institucional en seguridad del paciente

## 1.2 Formulacion del Problema

¿Ocurren con frecuencia eventos adversos que afectan a la seguridad de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?

## 1.3 Justificacion de la Investigacion

En los últimos años en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas que llevan a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud, solo hasta el año 2000 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se empezó a analizar e más detalle el tema y buscar eventos adversos prevenibles. La OMS<sup>36</sup> lanzó recientemente la “Alianza Mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores. En mundo real no es ideal ni perfecto, para ello hay que estar atento, porque en cualquier momento aparece el evento adverso que puede ser ocasionado por un Factor Humano, Factor en la Organización o Factor Técnico, de ahí la política de seguridad del paciente que desarrolla este país mediante el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de Salud para ser implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud las cuales propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución de del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de calidad y proteger al paciente con riesgo evitables que se derivan de la atención en salud.

Se sabe que los errores en la atención clínica suceden a diario en todos los hospitales del mundo, tanto en procesos clínicos básicos como prescribir un medicamento o canalizar una vena, como en procesos complejos. Ej, Una cirugía cardiovascular<sup>38</sup>. Afortunadamente de manera muy poco frecuente, estos errores pueden generar daño adicional a los pacientes. En la mayoría de los casos, ocurre el error pero no se produce daño al paciente. En ambos casos, la institución de salud tiene la obligación ética de realizar acciones tendientes a prevenirlos o evitar su recurrencia.

En ocasiones y de acuerdo a su severidad, los errores trascienden a los medios públicos generando gran escándalo y pánico entre la comunidad, por lo que adicional al daño al paciente y su familia, se produce gran daño a la institución, a las personas involucradas y al sector salud, por la desconfianza y el temor que se genera entre los usuarios. Paradójicamente estos casos han servido para que estas instituciones hayan realizado importantes acciones de mejoramiento continuo y desarrollado programas de seguridad para los pacientes que son hoy ejemplo a seguir. Cuando el error no se traduce en una complicación o una condición clínica adicional, puede pasar inadvertido, inclusive para la persona que lo cometió.

Un requerimiento básico para evitar repetir un error es tener conciencia del error cometido. Esto hace necesario que las organizaciones comprometidas con la calidad implementen de manera sistemática mecanismos que permitan el conocimiento de los errores. La manera tradicional como los hospitales han conocido sus errores es el reporte de complicaciones y muertes a comités de morbi-mortalidad<sup>30</sup>. Sin embargo, investigaciones hechas en los servicios clínicos han demostrado que no todas las complicaciones y muertes que se presentan son reportadas. El colegio americano de cirujanos estima que este reporte captura solamente del 5% al 30% de los eventos adversos que se presentan<sup>31</sup>.

Entre las principales causas por las cuales los trabajadores de la salud son reacios al reporte de sus errores se pueden mencionar:

Miedo personal al castigo laboral que se puede generar por parte del empleador

Miedo a la acción jurídica posterior.

Miedo al señalamiento público de haber cometido un error que haya podido terminar incluso con la muerte del paciente.

Miedo a quedar marcado como “el que comete los errores”

Por lo anterior se hace necesario que al interior de los hospitales y centros de atención de pacientes con cualquier nivel de complejidad se implementen estrategias y planes de acción que estimulen el reporte de eventos adversos. Si tenemos en cuenta que por cada evento adverso que sucede se presentan al menos trescientos “near miss”, el reporte de estos últimos años se convierte en

materia prima fundamental para tener una aproximación a la real dimensión del problema y poder establecer verdaderas acciones preventivas<sup>32</sup>.

Industrias donde los errores pueden ser catastróficos por la cantidad de víctimas que cobran, tales como aviación, la industria minera, la industria nuclear, etc. Han desarrollado una cultura de necesidad de reporte y su sistema de reporte tiene las siguientes características<sup>36</sup>:

- Es auto-reporte
- Es voluntario
- El reporte se centra en los hechos y no en las personas
- Se hace énfasis en reportar errores sin daño (near miss) y eventos adversos potenciales más que los errores que producen daño (estos son detectados en el servicio)
- Se hace una narración descriptiva de los hechos (como si estuvieran contando una historia). De esta manera se tiene más elementos de discusión y aporte en el análisis de los posibles factores contribuyentes.
- Se hace una narración descriptiva de los hechos (como si estuvieran contando una historia). De esta manera se tiene más elementos de discusión y aporte en el análisis de los posibles factores contribuyentes.
- El análisis del evento se enfoca en los procesos, su diseño y su implementación.
- El aprendizaje obtenido del análisis se comparte con los demás integrantes del grupo de personas pares de la organización

Teniendo en cuenta la importancia fundamental de conocer los eventos adversos, el carácter de auto-reporte y voluntariedad merecen consideraciones específicas.

- A pesar de que la literatura americana recomienda el auto-reporte partiendo de la base de que es la persona misma quien detecta sus errores, sucede con frecuencia, por la naturaleza misma del trabajo clínico donde múltiples personas interactúan separada o simultáneamente con un mismo paciente, que un error potencial o real sea detectado por varios empleados. Por lo tanto, resulta poco inteligente no estimular el reporte externo como fuente de aprendizaje para ofrecer mayor seguridad a los pacientes.

El reportar un error de otra persona debe vencer otra barrera el cual es que ningún trabajador de un servicio clínico quisiera ser visto por sus compañeros de trabajo como un “delator”. Esto puede afectar negativamente al clima laboral del servicio puesto que si no es manejado adecuadamente por el líder, podría llevar a la generalización de la práctica de delación, simplemente para tomar venganza del delator previo. Es aquí donde el líder del servicio y del programa de seguridad, debe tener el tacto y conocimiento general suficientes para obtener el reporte sin alterar las relaciones interpersonales y el clima laboral.

- Para instituciones que no tiene cultura en seguridad del paciente, el carácter de voluntariedad puede llevar a retraso en la implementación de la práctica, como sub-registro de los eventos realmente ocurridos reportándose solo aquellos eventos no muy graves. Por esta razón en algunos estados americanos el reporte de eventos y complicaciones por parte de los hospitales es obligatorio.<sup>33</sup>

#### Estrategias para el reporte

Para estimular el reporte voluntario y vencer las barreras arriba mencionadas las industrias con experiencia en este campo han sugerido algunas estrategias que buscan incrementar la confianza del empleado y la pérdida del miedo al reporte. Estas estrategias han sido tomadas por la industria de la salud y recomendadas a hospitales y clínicas para su aplicación. En resumen, ellas recomiendan:

- Que se implemente estímulos tangibles para incrementar el reporte. Para esto se han sugerido incluso estímulos económicos. Sin embargo, si bien los estímulos pueden no significar un gasto importante adicional al presupuesto, se debe tener en cuenta que este sistema podría llevar a la perversidad de reportar errores no producidos solo para obtener el beneficio. Esta decisión debe ser considerada al interior de la institución de acuerdo a su cultura y liderazgo en el tema<sup>36</sup>.
- Que haya confidencialidad, es decir, que en lo posible el evento sea tratado solamente entre el líder del programa de seguridad del paciente y las personas implicadas. Cuando se trata del reporte voluntario de un evento adverso potencial o de un error sin daño, esto no es difícil de cumplir. Sin embargo, en ocasiones, el evento es conocido por más de una persona, por

lo que en este caso se sugiere tratar al máximo que el error no trascienda por fuera del servicio<sup>36</sup>.

- Que haya inmunidad, es decir, que no se castigue a las personas implicadas en el error. Una causa frecuente de los errores es que los procesos no están claramente definidos y disponibles para consulta en los servicios, bien sea porque no existen o porque aunque existen, son ambiguos y se prestan para mala interpretación. Por lo tanto, cuando las personas deben obligatoriamente recurrir a su propio criterio y este no es el adecuado, se presenta el error. En este caso podríamos afirmar que el error individual es “justificable”.

Otorgar inmunidad inicial no significa generar impunidad. El análisis del evento reportado debe traducirse en actividades tendientes a evitar que el mismo evento se repita. Una de dichas actividades debe ser revisar el procesos con enfoque sistémico, identificar los estándares, enunciarlos de manera clara, y dejarlos disponibles para consulta, de tal manera que cada persona no tenga duda de lo que debe hacer. A partir de ese momento la repetición del error previos considerada un acto irresponsable e injustificable.

Según lo expuesto, el reporte de eventos adversos asociado a error debe ser una práctica rutinaria en los servicios de salud para el mejoramiento continuo de la calidad y seguridad de la atención, y de alguna manera su cumplimiento debe ser estimulado y supervisado. A pesar de que se quisiera que el reporte fuera voluntario, aun no se tiene en el personal hospitalario esta cultura, por lo cual no es aconsejable limitarse solo a este tipo de reporte, es por eso que el reporte debe de ser notificado por cualquier individuo que conozca de un evento adverso potencial o real, aprovechando que usualmente más de una persona los detecta.

Es importante, por lo tanto determinar en nuestra población, los tipos de eventos adversos y las causantes de estas, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de pacientes y determinar los posibles problemas dentro de la institución para planear métodos de prevención y control de eventos adversos.

## **1.4 Delimitación del problema**

Cuáles son los eventos adversos más frecuentes en el programa de Seguridad del Paciente en el Hospital Nacional Hipólito Unanue dentro de todos los servicios de hospitalización entre enero y diciembre del 2018.

El presente trabajo de investigación se encuentra en la línea de investigación Número “19 Políticas y Gestión en Salud” de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021, Instituto Nacional de Salud.

## **1.5 Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

- Determinar el tipo de eventos adversos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018 en todos los servicios.

### **Objetivos específicos**

- Identificar la frecuencia de eventos adversos por servicio reportados en las diferentes áreas de la institución.
- Identificar los tipos de eventos adversos ocurridos en el período de estudio.
- Identificar las causas de los tres eventos adversos más frecuentes mediante la elaboración del diagrama de Ishikawa.

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

- **Bañeres J; Cavero E, López L; Orrego C; Suñol R. Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2006**

Según esta publicación, la descripción de los sistemas de registro y notificación de eventos adversos nos va a permitir tener una primera aproximación de la amplia variabilidad de sistemas, con objetivos y características diferentes; se hizo un estudio de cómo se abordan los eventos adversos en diferentes países y cuál es el método que se usa para su notificación, teniendo en cuenta que existen 2 tipos de notificaciones (voluntaria y obligatoria) se llegó al consenso de la necesidad de la implantación de sistemas voluntarios de notificación de eventos adversos, los cuales han resultado ser muy exitosos para el manejo de los errores en diferentes industrias incluidas aviación, energía nuclear y petroquímicas. En los Estados Unidos los principales sistemas de notificación a nivel nacional de errores de medicación y eventos adversos son voluntarios: Medication Error reporting program (ISMP and USP), MedMARx (USP), National Nosocomial Infection Survey (CDC), Sentinel Events reporting program (JCAHO).<sup>15</sup>

- **Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010.**

Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios. El estudio de prevalencia IBEAS realizado en América Latina, es el único estudio multicéntrico internacional realizado hasta la fecha, en el cual se considera evento adverso a todo incidente imprevisto o inesperado recogido en la historia clínica o informado por un profesional responsable de la asistencia directa al

paciente, que hubiera causado muerte, daño/lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia derivado de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente. El desarrollo del estudio IBEAS ha proporcionado oportunidades añadidas de aprendizaje, ha representado un elemento “en si mismo” de capacitación. Los resultados en términos de datos no son lo más relevante. Lo destacado de este estudio ha sido la inclusión de la seguridad del paciente en la agenda política de los países participantes y de otros países de la región, incluso antes de conocer los resultados.<sup>16</sup>

- **D. M. Woods, J. L. Holl, J. D. Klein, E. J. Thomas. Patient safety problems in adolescent medical care. Journal of Adolescent Health 38 (2006) 5–12**

Este estudio estima la incidencia anual y describe la naturaleza, los tipos y los factores contribuyentes que intervienen en los problemas de seguridad de los pacientes en la atención médica de los adolescentes. Este estudio utiliza datos de la población Colorado y el Estudio de Práctica Médica de Utah para describir la incidencia de eventos adversos hospitalarios y eventos adversos prevenibles en adolescentes y los datos de "análisis de incidencia crítica" informados por los médicos pediátricos para dilucidar la naturaleza, tipos y Factores que contribuyen a los problemas de seguridad de los pacientes adolescentes. Los eventos diagnósticos fueron más frecuentes, seguidos por eventos de medicación. Los servicios asociados con la mayor frecuencia de eventos fueron la farmacia y la medicina familiar. Los adolescentes experimentan tasas relativamente altas de problemas de seguridad de los pacientes en comparación con otros grupos de edad de los niños. Los adolescentes representan una población definida con un perfil de riesgo para la seguridad del paciente que difiere de los adultos y los niños más pequeños. La contribución sustancial de los factores específicos de los adolescentes sugiere que las mejoras en la seguridad de los pacientes, para ser eficaces, deben abordar los riesgos específicos de los adolescentes.<sup>17</sup>

- **R. Limon-Ramirez, J. García-Rubio, J.J. Miralles-Buenoa, I. Eleanor-Canoc, et al. Estudio de eventos adversos en sanidad privada. Proyecto Confianza de seguridad del paciente. Rev Calid Asist. 2012;27(3):139-145**

Este estudio tiene como objetivo investigar e identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente y analizar las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de eventos adversos (EA). Fue un estudio de cohorte retrospectivo en el que para identificar los EA se revisó la historia clínica (HC) de los pacientes hospitalizados en ocho centros comprometidos con el proyecto. Se recogió información de todos los pacientes atendidos entre el 15 y el 30 de noviembre de 2009.

De los 927 pacientes, en 40 pacientes se detectó alguna lesión, y en 23 de ellos la asistencia sanitaria estaba relacionada. Así, el porcentaje de pacientes con algún EA relacionado con la asistencia sanitaria fue el 2,48% (intervalo de confianza del 95%, 1,43%-3,54%). La edad, la comorbilidad y los dispositivos invasivos explican la aparición de EA. Se consideró leves al 33,3 (8 EA), moderados al 33,3% (8) y graves al 33,3% (8). Se consideró evitable al 50% de los EA. La frecuencia de EA hallada en el estudio Confianza, es significativamente menor que la encontrada en el ENEAS, estudio de los EA en hospitales públicos en España, donde se halló una incidencia de un 8,4% de EA hospitalarios y de 9,3% de EA relacionados con cualquier nivel del atención.<sup>18</sup>

- **M.L. Lancis-Sepulveda, C. Asenio-Araya. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clinica privada en Chile. Rev Calid Asist. 2014;29(2);78-83**

Este estudio tiene como objetivo determinar la incidencia y tipos de eventos adversos (EA) en pacientes hospitalizados en la Clínica Vespucio, describir sus causas inmediatas, definir los EA evitables y determinar los servicios con mayor tasa. Fue un estudio retrospectivo de cohortes en pacientes dados de alta entre el 16 y el 31 de enero de 2012. Para la identificación de EA se revisan las fichas clínicas y se les aplica la guía de cribado de efectos adversos adaptada del estudio de Harvard. A los pacientes con cribado positivo se les aplicó a la versión española del Formulario modular para revisión retrospectiva de casos (Modular Review Form; MRF2) del Estudio Eneas de 2005. Se incluyeron en el estudio 500 pacientes, de los que 31 presentaron EA relacionados con la asistencia sanitaria, los procesos asociados fueron: cuidados 32,4%, procedimientos 32,4%, medicación 13,5%, infecciones

nosocomiales 10.8% y diagnóstico 8,1%. Los servicios con mayor tasa por cada 100 altas fueron: unidad de pacientes críticos (21,4), obstetricia y ginecología (7) y médico quirúrgico (6). Se concluyó que es el primer estudio realizado en un hospital privado en Chile y que permitió identificar la incidencia y tasa global y por servicios de EA, su gravedad, evitabilidad y sus factores causales.<sup>19</sup>

- **J. Requena, J.M. Aranaz, M.T. Gea, R. Limon, et al. Evolución de la prevalencia de eventos adversos relacionados con la asistencia en hospitales de la Comunidad Valenciana. Rev Calidad Asistencias 201;25:244-9**

Este estudio tiene como objetivo mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente por medio de la aproximación a la magnitud, a la trascendencia y al impacto de los eventos adversos (EA) analizando las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de estos. Fue llevado a cabo durante una semana de mayo entre los años 2005-2008 en hospitales de la Comunidad Valenciana. La prevalencia de EA en los hospitales participantes se mantuvo constante (en torno al 6%) durante los 4 años del estudio. La edad media y la distribución por sexos también se mantuvieron constantes. Los factores causales de eventos adversos predominantes en los 4 años fueron la infección nosocomial, los procedimientos y la medicación, en ese orden, aunque apreciamos un aumento de los EA debidos a infección nosocomial en el periodo de estudio.

Respecto a la gravedad, se observó una disminución del porcentaje de EA graves (el 31,5 en 2005 vs el 17,8% en 2008), así como un aumento de la proporción de evitables desde un 50,8 a un 63,2 en 2008. Este estudio pone de manifiesto como el grado de vulnerabilidad de los pacientes es un factor decisivo en la aparición de EA ligados a la hospitalización, al haber podido medir los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos del conjunto de los pacientes incluidos en el estudio, tuvieran o no EA.<sup>20</sup>

- **R.M. Paredes J.I. Garrido, A. Ruiz, G. Guerrero, F. Vasquez, M.J. Berenguer, et al. Implementación de un Plan de Seguridad del Paciente en un servicio de Cirugía Pediátrica. Primeros resultados. España. Cir Pediatr 2015; 28: 11-117**

Se uso como medicion de eventos adversos a una modificacion del Global Trigger Tool del Institute for health care improvement. La poblacion en analisis fueron pacientes intervenidos quirurgicamente con hospitalizacion, con una periodicidad mensual. Se revisaron un total de 95 historias clinicas registrandose un total de 43 eventos adversos teniendo como eventos adversos mas frecuente al vomito, prurito y dolor. Se midio el estado de gravedad de los eventos adversos mediante la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Se obtuvieron 28 eventos adversos de gravedad leve y 3 moderadas ninguno fue grave.<sup>21</sup>

## **NACIONALES**

- **N. Espiritu, G. Lavado, L. Pantoja, C. Lam, M. Barriento, R. Centeno. Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima. Perú, Rev Calidad Asistencial. 2007;22(6):335-41**

Es una investigación operativa, centrada en la puesta en funcionamiento de un nuevo sistema de notificación voluntaria, confidencial y con vigilancia activa entre el 1 de oct del 2005 y el 31 de marzo de 2006. Se crearon modelos de reporte de eventos adversos, usando el último de ellos mediante el cual se pudo obtener registros de eventos adversos más frecuentes en el Hospital Nacional 2 De Mayo. Se obtuvo como resultado una tasa general estimada de eventos adversos del 3,9% que es menor a la de países desarrollados cuyas condiciones sanitarias son mejores.<sup>22</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

### **Evento adverso en salud a nivel mundial**

En los últimos años en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas que lleven a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud.

Solo hasta el año 2000 con la publicación “Errar es Humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se empezó a analizar en más detalle el tema y buscar eventos adversos prevenibles, hoy la seguridad del paciente es una preocupación universal, dado que a diario se producen

en los Hospitales fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo.

Estudios en otros países

- Harvard (1991)
  - 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital
  - El 70% de los eventos adversos provocan una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales.<sup>7</sup>
- El Departamento de Salud del Reino Unido:
  - En su informe de 2000, An organization with a memory: se ocasionan eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones.<sup>7</sup>
- Australia:
  - El Quality in Australian Health Care Study (QAHCS) publicado en 1995: Se ocasionan eventos adversos del 16,6% en pacientes hospitalizados.<sup>7</sup>
- Europa:
  - El Grupo de Trabajo sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa en 200:
  - Uno de cada diez pacientes de los hospitales europeos sufre daños que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos.
  - Los eventos adversos cobran altas cifras por concepto de pérdidas financieras.<sup>7</sup>
- Reino Unido
  - Las estancias hospitalarias que se provocan, cuestan cerca de 2000 millones de Euros al año, y el pago de indemnizaciones cuesta al Servicio Nacional de Salud un torno a los 400 millones de Euros al año.<sup>7</sup>
- Estados Unidos de America:
  - El costo nacional de los eventos medicos adversos evitables, incluidos el lucro cesante y la discapacidad, se estima entre US\$ 17 y 29 millones al año.

- Los eventos adversos llevaron a la muerte a los pacientes entre 6.6 y 13.6% de los casos.
- Extrapolado a un total de 33.6 millones de ingresos hospitalarios en 1997, podrían morir entre 44,000 y 98,000 pacientes.
- Los eventos adversos ocupan el octavo lugar como causa.
- Sin mencionar la desconfianza la inseguridad y la insatisfacción del usuario y de los proveedores de atención.
- <<Errores médicos>> causan entre 44 000 y 90 000 defunciones cada año en los hospitales de los Estados Unidos de América, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA.<sup>7</sup>

### **Evento adverso en salud en Perú**

El carácter sistémico de los eventos adversos (EA) requiere una visión de conjunto difícilmente alcanzable mediante experiencias fragmentadas. Es necesario contar con sistemas de notificación que profundicen en la epidemiología y pongan en evidencia la cadena de eventos contribuyentes a los EA. Así, las recomendaciones y experiencias sobre sistemas de notificación de EA disponibles se basan en su mayoría en la notificación voluntaria. Estos sistemas otorgan especial énfasis a la aplicación de un enfoque sistémico que considera los errores como consecuencias y no como casusas, anclando sus orígenes básicamente en factores sistémicos y no solo en el error humano y la culpabilización.

En Perú, si se cuenta con estudios de notificación de EA, siendo esta información fundamental para iniciar una acción política, de regulación y de gestión en salud en pro de la seguridad del paciente. Se espera alcanzar el objetivo final de instaurar un sistema de vigilancia de EA sostenible, que sea útil para diseñar e implementar prácticas más seguras y prevenir los EA y sus consecuencias. Además, se espera que esta experiencia novedosa en el país informe al Ministerio de Salud

(MINSA) sobre la factibilidad de introducir sistemas de vigilancia de EA en el sistema nacional de salud, y contribuya a la difusión de una cultura de seguridad y calidad.

El Hospital Nacional 2 de Mayo, dio a conocer esta versión de un formulario que incluye la valoración del nivel de impacto, siguiendo un sistema de clasificación con cinco categorías que abarcaba desde el impacto mínimo (no requiere intervención médica) a un máximo con resultado catastrófico o letal (para detalle de las categorías, véase la figura 2)

Según los resultados obtenidos, se vieron una serie de eventos adversos, los cuales tienen 10 causas que fueron las más resaltantes en ese periodo de tiempo. (Ver tabla 1)



<b>Causas de evento adverso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Neumonía por infección hospitalaria	61	17,6
Reacción medicamentosa	49	14,1
Infección herida operatoria	39	11,2
ITU por catéter	27	7,8
Diarrea por infección hospitalaria	24	6,9
Úlcera de decúbito	24	6,9
Sepsis neonatal por infección hospitalaria	19	5,5
Neumonía por uso de ventilador	16	4,6
Infección zona inserción	15	4,3
Flebitis	14	4,0
Conjuntivitis por infección hospitalaria	12	3,5
Otros	47	13,5
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>100</b>

\*Del 1 de octubre de 2005 al 31 de marzo de 2006.

Figura 3. Eventos adversos más frecuentes en el HN2DM

En la actualidad todavía falta evidencia para decidir que estrategias son más eficaces en la mejora de la calidad de la atención sanitaria <sup>9,10</sup>. Las limitaciones metodológicas para establecer una relación causal entre intervención y resultados es la causa de esta falta de evidencia, pero también la falta de reporte de experiencias sencillas llevadas a cabo con pocos medios o en entornos de practica asistencial cotidiana. Esto es especialmente relevante en el caso de las intervenciones dirigidas a países en desarrollo.

Actualmente el Ministerio de Salud del Perú ha diseñado todo un programa de carácter nacional para implementar estrategias para la seguridad del paciente, incluyendo un plan nacional y una propuesta de norma nacional. Al menos 10 hospitales están desarrollando sistemas de vigilancia comparables. Entre ellos, es importante mencionar los avances del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati del Seguro de Salud (ESSALUD).<sup>23</sup>

Originalmente, el sistema de vigilancia de notificación de EA fue orientado hacia la notificación voluntaria, pero probablemente el hospital todavía no está en el momento cultural ni organizacional para que este sea el abordaje principal. Es probable que poco a poco la notificación voluntaria mejore si se fortalece la

capacitación y se desarrolla institucional y sistemáticamente un ambiente de mayor confianza.

Se debe destacar la participación de Perú en el estudio IBEAS, así denominado por proximidad con el Estudio español ENEAS, Estudio Nacional sobre los efectos Adversos ligados a la Hospitalización<sup>11</sup>. IBEAS aportará una estimación de la magnitud y las características de la prevalencia de los EA en más de 60 hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, cuyos resultados se espere que estén disponibles en 2008. La experiencia y las herramientas de IBEAS podrán ser aplicables en estudios posteriores en estos y otros países de la región. IBEAS es un estudio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, posible gracias a la colaboración de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, las autoridades de Salud de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, y bajo la coordinación operativa del Programa Regional de Calidad de Servicios de Salud de OPS/OMS. Se espera que el estudio IBEAS acompañado de iniciativas locales como el proyecto descrito en este artículo, represente iniciativas germinales para el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente en América Latina<sup>12</sup>.

### **2.3 Definición de Conceptos Operacionales**

- **Indiccedente**

Es una circunstancia que podría haber ocasionado u ocasiono un daño innecesario un paciente. Es frecuente que un evento adverso sea confundido con un incidente, pero este se trata de un suceso que no ha causado daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que favorece la ocurrencia de un evento adverso

- **Evento Adverso**

Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente.<sup>13</sup>

- **Evento Centinela**

Es un incidente o suceso que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de estas. Se incluye específicamente entre las injurias serias, la perdida de una parte o función del cuerpo. Es un evento que no debería ocurrir.<sup>13</sup>

Para que un acontecimiento se considere evento adverso tiene que cumplir los siguientes criterios:

- Daño en el paciente: Los cuales pueden ser clasificados según su gravedad en:
  - a) Leve: El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia. Por ejemplo, en este tipo de daño también pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.
  - b) Moderado: Cualquier evento adverso que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una perdida funcional permanente o de larga duración.
  - c) Grave: En este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o medica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una perdida funcional importante y permanente o de larga duración.
  - d) Muerte: En este caso el evento causo la muerte o la propicio a corto plazo
- Daño producido de la atención en salud.

Un evento adverso es el daño causado por la atención en salud y no por patología de base.<sup>13</sup>

- Daño no intencional

Ausencia de injuria accidental ya que el daño al paciente es involuntario.<sup>13</sup>

- Atención segura

Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.<sup>24</sup>

- Barrera de Seguridad

Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el efecto negativo o la producción del error.<sup>24</sup>

- Complicación

Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.<sup>24</sup>

- Error

Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.<sup>24</sup>

- Error de Medicación

Es cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.<sup>24</sup>

- Error Asistencial

Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que forma parte del proceso asistencial y que origina la ocurrencia de un evento adverso, pudiendo generarse desde la planeación de la atención ya sea por acción u omisión.<sup>25</sup>

- Falla Activa

Es la que se produce, cuando la equivocación la comete directamente el (la) operador(a).

- Falla latente

Es aquella falla que se produce en el sistema y que no involucra al operador.<sup>25</sup>

- Near Miss

Término dado en la literatura internacional al error sin daño. Son aquellos errores que ocurren en los procesos de atención pero que afortunadamente no afectan negativamente al paciente bien sea por la naturaleza de la fisiología humana o por suerte.

- Gestión de Riesgos

Actividad destinada a la mejora de la calidad de atención en salud mediante la disminución de las circunstancias que pueden ocasionar daño al paciente en relación con los servicios prestados.<sup>25</sup>

- Riesgo

Definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.<sup>25</sup>

- Seguridad del paciente

Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.<sup>25</sup>

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

Se recolectara información de la Unidad de Seguridad del Paciente de los eventos adversos a través de un instrumento de recolección de datos, el cual incluirá el tipo de evento adverso, fecha del evento adverso, personal que lo registra, fecha de ingreso al servicio, fecha de la notificación, numero de historia clínica, sexo, edad, diagnostico principal del paciente, fecha, hora y tipo de evento adverso.

El presente trabajo se ha desarrollado en el contexto de IV CURSO TALLER DE TITULACION POR TESIS según enfoque y metodología publicada<sup>34</sup>

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

Es un trabajo de tipo descriptivo transversal; observacional porque no presentara intervencion o no se manipulara variables; retrospectivo, porque se tomara datos del primer trimestre del presente año, y cuantitativo porque se expresara numericamente y hara uso de estadísticas.

### **3.2 Poblacion y Muestra**

#### **Poblacion**

Todo tipo de evento adverso ocurrido en pacientes hospitalizados registrado en el programa de Seguridad del Paciente en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante su estadía entro del año 2018.

Se excluirán a los pacientes que hayan sufrido incidentes de todo tipo y los ambulatorios.

El tamaño de la muestra se obtiene según la estimación de una prevalencia poblacional con una precisión absoluta especificada. Se obtiene la prevalencia según el Estudio AMBEAS-OPS/OMS: 5.6%

Tamaño de la muestra: 412 pacientes

### **3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El método de recolección de datos será por medio de las Historias Clínicas de los pacientes en general, así como los registros de eventos adversos según las fichas de Oficina General de Comunicaciones (OGC) o reporte intrahospitalario del HNHU.

Para el control de calidad de los datos se verifico la firma del personal de salud responsable del registro de dicho evento adverso.

El método para el control de calidad de datos será la elaboración de una base de datos creada en el software R. v. 2.15.3

Del mismo modo, se usará el programa Excel 2013 para el análisis de los datos estadísticas.

Se realizará los cruces de variables en tales programas y se evaluarán los resultados

Para recolectar la información de los eventos adversos se utiliza:

- Ficha de registro de incidentes y eventos adversos (OGC)
- Ficha de notificación para la seguridad del paciente.

Se usará el formato de consolidado de incidentes y eventos adversos para agrupar los eventos según las categorías descritas (ver anexo 8)

### **3.4 Recoleccion de datos**

Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Hipólito Unanue, así como al jefe de servicio de la Oficina de Estadística e Informática. Se realizó la revisión de las fichas de registro de incidentes y eventos adversos, y las fichas de notificación para la seguridad del paciente. Se corroboraron los datos con la revisión de las Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue, se trasladaron los datos correspondientes al instrumento de investigación para el procesamiento de la información

### **3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

El análisis estadístico de los datos recolectados se realizará utilizando los programas Office Excel 2013

Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizarán las técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

Mediante el diagrama de Ishikawa, el cual es una herramienta de calidad que ayuda a levantar las causas-raíces de un problema, se analizará todos los factores que involucran la ejecución del proceso en el evento adverso más frecuente

### **3.6 Aspectos Éticos**

El presente trabajo cumple con los principios ético-morales puesto que nos aseguraremos de obtener primero la adecuada información y capacitación sobre el tema a investigar.

Por no ser un estudio experimental, se procederá a extraer la información de las historias clínicas así como de las fichas de reporte de evento adverso y base de datos.

Se protegerá la identidad de los pacientes incluidos en el estudio mediante el uso de código, a fin de mantener su anonimato y de esa forma proteger el derecho de autonomía

Finalmente en el procesamiento, obtención de resultados y presentación de los mismos se tendrá un control adecuado de la información para presentarla tal y como fue obtenida

## CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Resultados

Se obtuvo un total de 412 eventos, de los cuales 268 son eventos adversos, se realizaron tablas y gráficos de acuerdo a todos los datos recolectados, según datos generales a los específicos.

#### TABLAS Y GRAFICOS DE LOS EVENTOS EN GENERAL OCURRIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE EN EL AÑO 2018

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje del total de reportes de Eventos según servicio en el año 2018

SERVICIO	NÚMERO	PORCENTAJE
Neonatología	138	33.50%
Medicina	60	14.56%
Ginecología y Obstetricia	58	14.08%
Pediatría	34	8.25%
UCI	29	7.04%
Cirugía General	20	4.85%
Cirugía Tórax y CV	14	3.40%
Neurocirugía	14	3.40%
Infectología	11	2.67%
Neumología	10	2.43%
Traumatología	8	1.94%
Anestesiología	6	1.46%
Cirugía Plástica	3	0.73%
Farmacia	2	0.49%
Urología	2	0.49%
Medicina-Psiquiatría	1	0.24%
Sala de Operaciones	1	0.24%
Nefrología	1	0.24%
<b>TOTAL</b>	<b>412</b>	<b>100%</b>

Interpretación: Del total de eventos reportados, el 33.50% son reportes del Servicio de Neonatología, siendo ésta el mayor porcentaje, seguido del servicio de Medicina con un 14.56%, luego con un 14.08% se encuentra el servicio de Ginecología y Obstetricia.

Los servicios con menor porcentaje de eventos reportados son Sala de operaciones, Psiquiatría, ambos con 0.24%

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de reporte de Eventos según etapa de vida en el año 2018

ETAPA DE VIDA	NÚMERO	PORCENTAJE
<b>RN A 12 meses</b>	147	36%
<b>60 años a mas</b>	89	22%
<b>30 - 59 años</b>	82	20%
<b>18 -29 años</b>	60	15%
<b>1 -17 años</b>	34	8%
<b>TOTAL</b>	<b>412</b>	<b>100%</b>

Interpretación: Del total de 412 eventos reportados se encontró 147 casos representando un 36% del total ocurridos en la primera etapa de vida, RN a 12 meses, seguidos de un 22% de eventos reportados de pacientes mayores de 60 años, en un menor porcentaje, 8%, reportes de eventos de pacientes de 1 a 17 años.

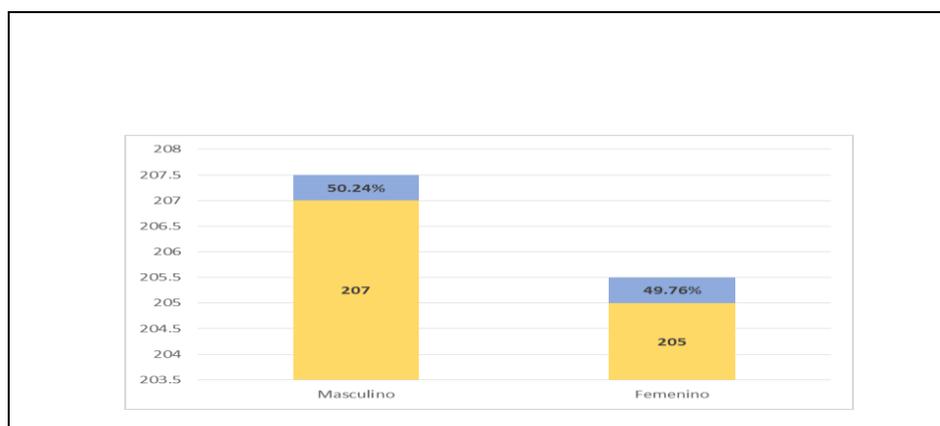


Gráfico 1. Frecuencia y porcentaje de reporte de eventos según sexo en el año 2018

Interpretación: Del total de eventos reportados se obtuvieron 49.76% eventos registrados en pacientes mujeres y un 50.24% de eventos reportados en pacientes varones.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de reporte de eventos según ocurrencia en el año 2018

TIPO DE EVENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
<b>Adverso</b>	368	89.32%
<b>Incidente</b>	32	7.77%
<b>Centinela</b>	12	2.91%
<b>Total general</b>	<b>412</b>	<b>100.00%</b>

Interpretación: Según frecuencia de ocurrencia se encontró que el 89.32% reportados durante todo el año fueron eventos adversos, con 368 pacientes afectados. En cuanto a eventos incidentes un 7.77% representando a 32 eventos reportados y eventos centinela un 2.91% con 12 reportes.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de reporte de eventos según meses y tipo de eventos en el año 2018

MES	TIPO DE EVENTO			TOTAL	PORCENTAJE
	ADVERSO	CENTINELA	INCIDENTE		
<b>MARZO</b>	45	0	4	49	11.89%
<b>SEPTIEMBRE</b>	44	2	0	46	11.17%
<b>ABRIL</b>	32	0	7	39	9.47%
<b>NOVIEMBRE</b>	37	0	0	37	8.98%
<b>OCTUBRE</b>	35	1	0	36	8.74%
<b>DICIEMBRE</b>	31	1	0	32	7.77%
<b>MAYO</b>	25	1	4	30	7.28%
<b>JUNIO</b>	27	2	0	29	7.04%
<b>AGOSTO</b>	22	3	4	29	7.04%
<b>ENERO</b>	22	1	5	28	6.80%
<b>FEBRERO</b>	19	1	7	27	6.55%
<b>JULIO</b>	25	0	1	26	6.31%
<b>JUNIO</b>	4	0	0	4	0.97%
<b>TOTAL</b>	<b>368</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>412</b>	<b>100.00%</b>

Interpretación: El mes de Marzo tuvo el mayor número de reporte de eventos (11.89%), registrando 49 eventos adversos reportados, 4 incidentes y ningún evento centinela, seguido del mes de Septiembre (11.17%) en el que reportaron 44 eventos adversos reportados y 2 eventos centinelas.

En algunos meses no se reportaron eventos centinelas e incidentes.

Los meses con menor reporte de eventos fueron julio y junio con 6.31% y 0.97% respectivamente.

Tabla 5 Frecuencia y porcentaje de reporte de eventos según tipo de evento en el año 2018

TIPO DE EVENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Neumonía intrahospitalaria asociado a VM	42	10.19%
Neumonía intrahospitalaria	41	9.95%
Infección de Herida operatoria por cesárea	39	9.47%
Maniobra de Kristeller en atención de parto	35	8.50%
Úlcera por Presión	35	8.50%
Fractura de clavícula durante atención de parto	33	8.01%
Infección del Torrente Sanguíneo por CVC	31	7.52%
Caída con Daño	27	6.55%
ITU asociado a CUP	15	3.64%
Extravasación de vía EV	14	3.40%
Caída sin Daño	10	2.43%
Lesión Plexo Braquial durante atención de parto	10	2.43%
Cefalohematoma durante atención de parto	8	1.94%
Endometritis por Cesárea	7	1.70%
Infección del Torrente Sanguíneo por CVP	6	1.46%
Suspensión de Cirugía	6	1.46%
Equimosis miembro superior	5	1.21%
FUGA	4	0.97%
Flebitis MSD	4	0.97%
Retiro de CAF	4	0.97%
Retiro de CVC	4	0.97%
Dermatitis de contacto	3	0.73%
Reacción medicamentosa	3	0.73%
Trauma obstétrico: equimosis general	3	0.73%
Alumbramiento incompleto	2	0.49%
Neumotórax post toracocentesis diagnóstica	2	0.49%
Quemadura química	2	0.49%
Reacción al contraste yodado	2	0.49%
Retención de restos placentarios	2	0.49%
Revisión de cavidad por parto domiciliario	2	0.49%
Confusión en la expendición del medicamento	1	0.24%
Endometritis por parto vaginal	1	0.24%
Episiotomía vaginal	1	0.24%
Fractura miembro superior durante atención de parto	1	0.24%
Herida cortante en cuello	1	0.24%
Infección de Herida operatoria por parto vaginal	1	0.24%
Infección de herida operatoria por toracotomía exploratoria	1	0.24%
Lesión pie izq. ampollas	1	0.24%
Muerte Súbita	1	0.24%
Nacimiento en cama de hospitalización	1	0.24%
Retiro de tubo de drenaje	1	0.24%
<b>TOTAL</b>	<b>412</b>	<b>100%</b>

Interpretación: Del total de eventos reportados los que han tenido un mayor porcentaje han sido las neumonías intrahospitalarias con un total de 20.14%, incluyendo sobre todo a las asociadas a ventilador mecánico con un 10.19% que equivalen a 42 casos. Seguido de los reportes de infecciones de herida operatoria por cesárea que equivalen a 39 casos reportados, como tercero en frecuencia encontramos a la maniobra de Kristeller durante la atención de parto con 35 reportes, que equivalen a 8.50% así como las úlceras de presión que

tienen igual porcentaje; Los demas eventos reportados con un porcentaje de 0,24% equivalen a solo 1 caso reportado.

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de reporte de eventos según origen de datos en el año 2018

<b>ORIGEN</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Reporte OGC</b>	224	54.37%
<b>Reporte IIH (OE y SA)</b>	188	45.63%
<b>Total general</b>	<b>412</b>	<b>100.00%</b>

Interpretación: Se encontro un 54.37% de casos reportados mediante la ficha de reporte de la oficina de gestion de calidad (OGC) representando a 224 reportes. Los casos reportados mediante la ficha de reporte de infecciones intrahospitalarias de la oficina de epidemiologia y salud ambiental (OE y SA) fueron 45.63% representando a 188 casos.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de reporte de eventos según turno de ocurrencia en el año 2018

<b>TURNO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Diurno</b>	265	64.32%
<b>Nocturno</b>	147	35.68%
<b>Total general</b>	<b>412</b>	<b>100.00%</b>

Interpretacion: Se encontró que el 64.32% de los casos reportados fueron en el turno diurno, representando a 265 casos, mientras que solo el 35.68% de los casos reportados fueron en el turno nocturno representando a 147 casos.

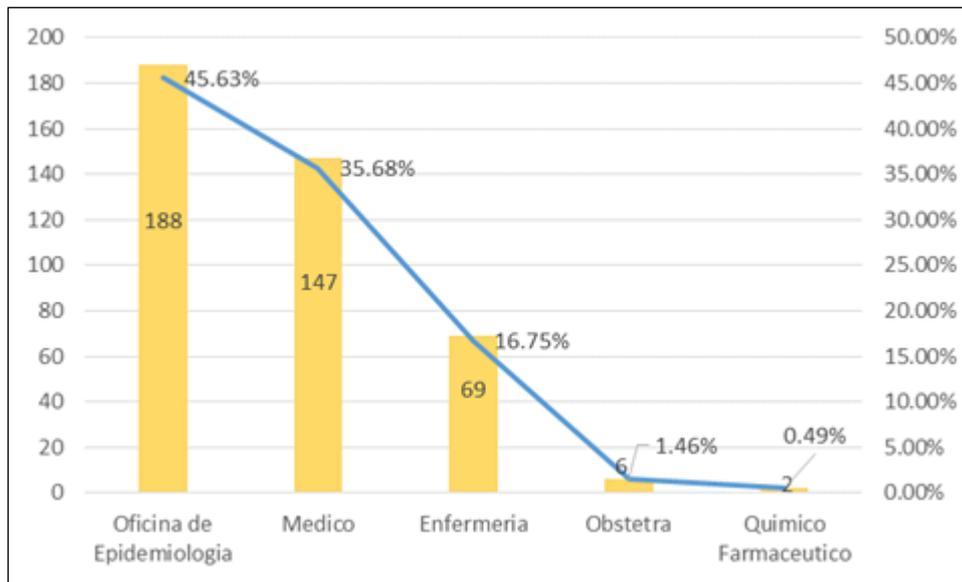


Gráfico 2. Frecuencia y porcentaje de eventos según personal que reporta en el año 2018

Interpretación: La oficina de epidemiología reportó un total de 188 casos, representado por un 45.63%, siendo el mayor servicio que reporta, seguido del personal médico que reportó 147 casos representado por un 35.68%. El personal químico farmacéutico tiene un 0.49% representado por 2 reportes.

TABLAS Y GRAFICOS DE LOS EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE EN EL AÑO 2018

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de reporte de Eventos adversos según servicio en el año 2018

SERVICIO	NÚMERO	PORCENTAJE
Neonatología	110	29.89%
Medicina	58	15.76%
Ginecología y Obstetricia	53	14.40%
Pediatría	31	8.42%
UCI	29	7.88%
Cirugía General	20	5.43%
Neurocirugía	14	3.80%
Cirugía Tórax y CV	13	3.53%
Infectología	11	2.99%
Neumología	10	2.72%
Traumatología	8	2.17%
Cirugía plástica	3	0.82%
Anestesiología	2	0.54%
Farmacia	2	0.54%
Urología	2	0.54%
Medicina-psiquiatría	1	0.27%
nefrología	1	0.27%
<b>TOTAL</b>	<b>368</b>	<b>100.00%</b>

Interpretación: Del total de Eventos adversos reportados que fueron 368, el servicio de Neonatología reporto el mayor porcentaje, siendo 29.89% del total, seguido de 15.76% del servicio de Medicina y 14.40% de Ginecología y Obstetricia.

Los servicios con un menor porcentaje de reportes de eventos adversos fueron Psiquiatría y Nefrología ambos con un 0.27%.

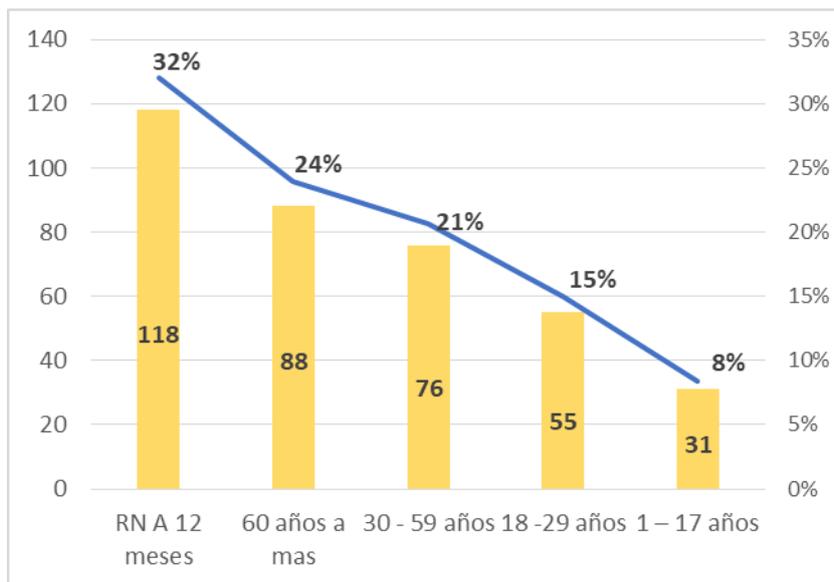


Gráfico 3 Frecuencia y porcentaje de reporte de Eventos Adversos según etapa de vida en el año 2018

Interpretación: Se encontró que del total de reportes de eventos adversos, el 32% fue en el rango de edad de RN a 12 meses de edad, representando a 118 pacientes; seguido del 24% de reportes en pacientes e 60 años a más. El menor porcentaje corresponde al rango de edad de 1 a 17 años con un 8%.

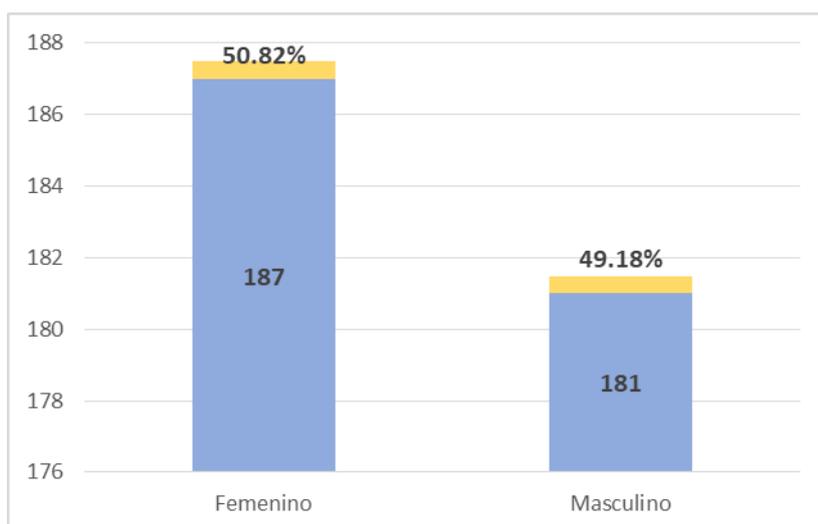


Gráfico 4. Frecuencia y porcentaje de reporte de eventos adversos según sexo en el año 2018

Interpretación: Del total de eventos adversos reportados se obtuvieron 49.18% eventos registrados en pacientes varones, representando a 181 pacientes y un 50.82% de eventos reportados en pacientes mujeres, representando a 187 pacientes.

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de reporte de eventos adversos según tipo de evento en el año 2018

TIPO DE EVENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Neumonía intrahospitalarias (bacteriana y asociada a VM)	78	21.20%
Infección de Herida operatoria por cesárea	39	10.60%
Caída con y sin daño	36	9.78%
Úlcera por presión	34	9.24%
Fractura de Clavícula en atención de parto	33	8.97%
Infección del Torrente Sanguíneo por CVC	26	7.07%
Maniobra de Kristeller durante atención de parto	21	5.71%
Extravasación de vía EV	14	3.80%
ITU asociado a CUP	14	3.80%
Lesión plexo braquial por atención de parto	10	2.72%
Endometritis por cesárea	7	1.90%
Cefalohematoma en atención de parto	6	1.63%
Infección del Torrente Sanguíneo por CVP	6	1.63%
Flebitis MSD	4	1.09%
Retiro de CAF	4	1.09%
Dermatitis de contacto	3	0.82%
Equimosis Miembro superior	3	0.82%
FUGA	3	0.82%
Retiro de CVC	3	0.82%
Trauma obstétrico: equimosis general	3	0.82%
Neumotórax post toracocentesis dx	2	0.54%
Quemadura química	2	0.54%
Reacción al contraste yodado	2	0.54%
Reacción medicamentosa	2	0.54%
Suspensión de Cirugía	2	0.54%
Confusión en la expendición del medicamento	1	0.27%
Endometritis por parto vaginal	1	0.27%
Episiotomía vaginal	1	0.27%
Fractura miembro superior en atención de parto	1	0.27%
FUGA	1	0.27%
Herida cortante en cuello	1	0.27%
Infección de Herida operatoria por parto vaginal	1	0.27%
Infección de herida operatoria por toracotomía exploratoria	1	0.27%
Reacción medicamentosa	1	0.27%
Retiro de tubo de drenaje	1	0.27%
Revisión de cavidad por parto domiciliario	1	0.27%
<b>TOTAL</b>	<b>368</b>	<b>100.00%</b>

Interpretación: Los eventos adversos que tuvieron mayor reporte fueron Neumonías intrahospitalarias con un 21.20%, siendo el 50% de estas asociadas a ventilador mecánico; las siguientes en frecuencia son las infecciones de herida operatoria por cesarea con un 10.60%; seguidas de las caídas con y sin daño con un 9.78%; las otras con solo 1 reporte tienen 0.27%.

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de reporte de eventos adversos según tipo de agrupación en el año 2018

<b>RELACIONADOS CON</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Infección asociada a la atención sanitaria</b>	194	52.72%
<b>Procesos o procedimientos asistenciales</b>	111	30.16%
<b>Accidentes del paciente</b>	40	10.87%
<b>Comportamiento del paciente</b>	13	3.53%
<b>Medicación o su administración</b>	8	2.17%
<b>Dispositivos y equipos médicos</b>	2	0.54%
<b>Errores en la documentación</b>	0	0.00%
<b>La administración clínica</b>	0	0.00%
<b>La sangre o sus derivados</b>	0	0.00%
<b>La nutrición</b>	0	0.00%
<b>Administración de oxígeno o gases medicinales</b>	0	0.00%
<b>Comportamiento del personal</b>	0	0.00%
<b>Infraestructura</b>	0	0.00%
<b>Recursos/ gestión del establecimiento</b>	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>368</b>	<b>100.00%</b>

Interpretación: Se agruparon solo los eventos adversos según una guía del MINSA (Ver anexo 5), encontrando un 52.72% de eventos relacionados con infecciones asociadas a la atención sanitaria, seguido de los eventos adversos relacionados con procesos o procedimientos asistenciales con 30.16%, los eventos relacionados con dispositivos y equipos médicos tuvo un 0.54% equivalente a solo 2 reportes.

Tabla 11 Porcentaje de eventos adversos con respecto a la población total de hospitalizados en el año 2018

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
<b>TOTAL DE EGRESOS</b>	<b>21469</b>	<b>100%</b>
<b>EVENTOS ADVERSOS</b>	<b>368</b>	<b>1.71%</b>

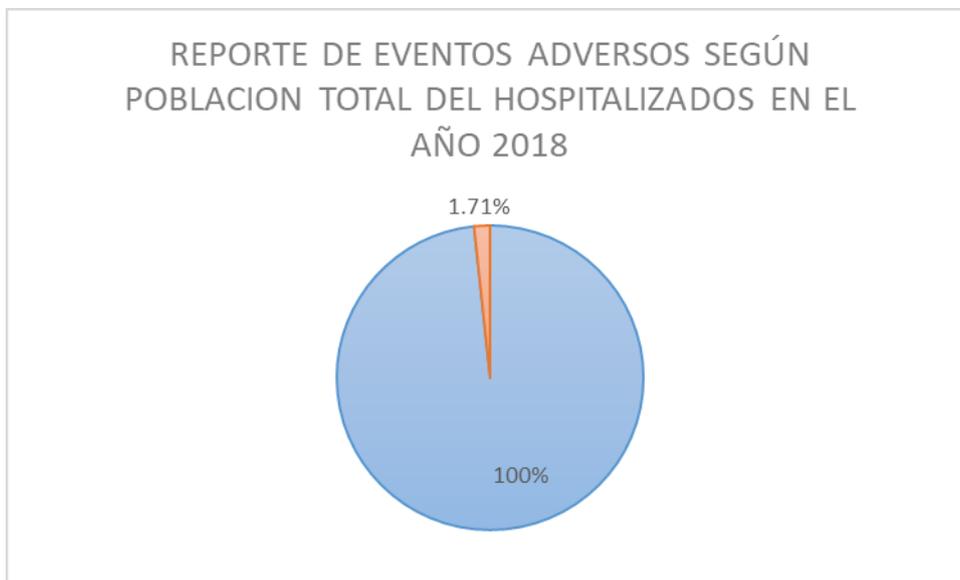


Gráfico 5. Porcentaje de eventos adversos con respecto a la población total de hospitalizados en el año 2018

Interpretación: Con respecto a la población total de pacientes hospitalizados durante el año 2018, se encontró que el 1.71% de estos pacientes han sufrido eventos adversos y han sido reportados.

#### 4.2 Discusión de resultados

Hoy en día, el sistema de salud es muy complejo, debido a la cantidad de personas y de recursos como los medicamentos, los insumos y los equipos

biomédicos, que interaccionan entre si y con el paciente durante el proceso de la atención sanitaria. El riesgo creciente de eventos adversos se asocia a los propios procesos asistenciales, por la combinación del uso de tecnologías complejas con la interacción de profesionales no siempre coordinados. El primer elemento que constituye la esencia del concepto evento adverso es el daño en el paciente, el segundo elemento es la no intencionalidad y un tercer elemento es el papel de la atención en salud en ese daño. Se ha distinguido el error médico del evento adverso, considerando a este último como la injuria producida por error médico.<sup>35</sup>

El estudio de los eventos adversos se puede abordar desde dos perspectivas: la primera, la médica legal, donde se busca determinar si hubo o no negligencia en el personal de salud, que surge frente al exceso de demandas presentadas a los profesionales; y la segunda de mejora de la calidad asistencial, donde se valora como evitar el evento adverso.

Una práctica clínica segura tiene tres objetivos: identificar que procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente. La detección y prevención de los eventos adversos es un paso primario para alcanzar un sistema de los eventos adversos es un paso primario para alcanzar un sistema de atención en salud seguro. El análisis de sus causas y resultados debe generar cambios en el sistema para prevenirlos. Desafortunadamente, la mayoría de los hospitales y sistemas de salud tiene un acercamiento rudimentario para identificar los eventos adversos. Estos acercamientos incluyen el uso del reporte voluntario, la revisión de tablas y análisis de datos o información administrativa. Cada uno de estos métodos tienen limitantes importantes como: falla en el reporte, revisión de expertos inconsistente y pobre especificidad para los problemas de seguridad del paciente.

En el presente estudio se obtuvo un total de 433 reportes de eventos de pacientes atendidos en el hospital Hipólito Unanue en todos los rangos de edad de los cuales un 87.07% fueron eventos adversos, que equivalen a 377 casos, se encontró un 9.93% de incidentes reportados y solo un 3% de eventos centinela.

El total de pacientes hospitalizados durante el año 2018 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en todos los servicios fue de 21 469, teniendo como eventos adversos el 1,71% de la población, en comparación con el estudio IBEAS del 2010<sup>16</sup> el cual reportó que en Perú se encontró una prevalencia de 11.6% de una población de 2 474 y según el estudio en general de los 5 países (México, Perú, Colombia, Argentina y Costa Rica) se obtuvo un 10,5% de prevalencia de eventos adversos; Los valores de este estudio muestra un porcentaje por debajo muy significativo lo que nos hace pensar que existe un subregistro de los eventos adversos; al igual que el estudio de “Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima”<sup>22</sup> realizado en el HN2DM en donde la prevalencia de eventos adversos fue 3,9% que al igual que este estudio está por debajo del estudio IBEAS. Además en 1992 se realizó un estudio sobre lesiones por iatrogenia en Australia y Estados Unidos, en el estudio australiano se encontró que el 16.6% de los ingresos tuvieron eventos adversos, sin embargo en el estudio estadounidense se obtuvo una tasa de 3.2%, como se encontró una gran diferencia se buscó la causa probable, encontrándose que en Australia cuentan con una atención de muy baja calidad y que la confiabilidad de los datos dependía de los revisores<sup>39,40</sup>; en nuestro estudio la prevalencia de nuestros datos también puede estar siendo afectada por el personal asistencial que completan las fichas de reporte de eventos adversos. El número total de eventos adversos encontrados en este periodo de tiempo fue de 368, siendo los más frecuentes: neumonías intrahospitalarias, 50% asociados a ventilador mecánico, que tiene un porcentaje de 21.20%. Según la OMS la neumonía intrahospitalaria (NIH) es la segunda infección más frecuente de origen hospitalario, con una incidencia de 4 a 7 casos por cada 1.000 altas hospitalarias. Debido a su elevada morbilidad y mortalidad, y a las peculiaridades de su patogenia y a que los microorganismos causales son diferentes a los que causan las neumonías adquiridas en la comunidad, la NIH constituye (junto a la NAVM) un subgrupo aparte dentro de las infecciones del aparato respiratorio<sup>36</sup>. El estudio Confianza realizado en España en el año 2011 en el que evalúan a un total de 927 encontró que los eventos adversos relacionados con un procedimiento (33.3%) eran los más frecuentes, seguido de los relacionados con infección nosocomial (20,8%) siendo las infecciones

intrahospitalarias las predominantes 8.3%<sup>18</sup>. Estos resultados discrepan con el nuestro debido a la diferencia del periodo de estudio ya que el estudio Confianza solo tomo en cuenta 15 días de evaluación y se usaron dos tipos de formularios diferentes al nuestro; además el estudio que la población incluía tanto a pacientes de hospitales públicos como clínicas privadas. El estudio IBEAS<sup>16</sup> si va de la mano con nuestro estudio ya que tiene como principal evento adverso a las neumonías nosocomiales (12.7%) al igual que el estudio del HN2DM<sup>22</sup> que su principal evento adverso es neumonía intrahospitalaria (17.6%).

La neumonía intrahospitalaria es multifactorial y Farreras y Rozman<sup>41</sup> mencionan 3 mecanismos: primero y más frecuente la micro aspiración a las vías aéreas de contenido ya sea oro faríngeo y/o gástrico colonizado por bacterias, la inoculación directa de microorganismos a las vías aéreas a través de aerosoles, en su mayoría causadas por contaminación bacteriana de equipos de terapia respiratoria y las infecciones pulmonares causadas por la diseminación hematógena de focos infecciosos localizados en otras partes del cuerpo. En nuestro medio ocurre con más frecuencia por contaminación de equipos por ejemplo de intubación traqueal<sup>8</sup>, debido a un mal control de infecciones por el precario empleo de medidas de bioseguridad como una buena técnica de lavado de manos, el cambio de guantes, el aislamiento correcto de los pacientes; además entre otros factores causales tenemos que tener en cuenta las enfermedades crónicas subyacentes que el paciente pueda tener que agravan el cuadro, la malnutrición que existe actualmente en nuestro país y la inmunodepresión. Díaz E, Lorente L, et al. En el texto Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica. Med Intensiva, la define como “la segunda complicación infecciosa, que se presenta con frecuencia en el medio hospitalario y ocupa el primer lugar en los servicios de medicina intensiva, cuyo riesgo está aumentado más de 20 veces por la presencia de la vía aérea artificial. La Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAVIM) afecta hasta un 50% de los pacientes, según la patología de ingreso, presenta una incidencia que varía entre 10-20 episodios por cada mil días de ventilación mecánica con un riesgo diario de entre 1-3%. Este riesgo es mayor en los primeros días y es especialmente alto en pacientes ingresados en coma, con

enfermedades de base y condiciones que aumentan el riesgo de presentar la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)<sup>42</sup>. Como ya se mencionó existen defectos en la manipulación del ventilador que terminan convirtiéndose en acciones inseguras que conllevan a la presencia de Neumonías Asociada a la Ventilación Mecánica (NAVIM) éstas son: “No lavado de manos antes y después de examinar a cada paciente, contaminación del ventilador por mala manipulación, no uso de guantes para la manipulación de fluidos corporales, secreciones de infecciones”<sup>43</sup>

Las infecciones de Herida operatoria por cesárea ocuparon un segundo lugar en nuestro estudio (10.60%). Según Ali Akbari Sari, Leila Doshmangir en su estudio realizado en Irán se encontraron infecciones post operatorias en segundo lugar de frecuencia de eventos adversos (19.53%) en una población de 1200 pacientes en hospitales generales de Teherán<sup>44</sup>. En el Proyecto confianza también se encontró que las infecciones de herida operatoria ocupan un segundo lugar (4.2%) dentro de los relacionados con infección nosocomial<sup>18</sup>. En Portugal se realizó un estudio de incidencia de eventos adversos, teniendo a las infecciones relacionadas a procedimientos quirúrgicos en primer lugar de frecuencia (27%)<sup>45</sup>. El evento adverso más común en pacientes quirúrgicos es la infección de herida operatoria, según Ortiz en su estudio del 2009 en México<sup>46</sup>. Al igual que en el estudio de Espíritu N et. Al en Lima<sup>22</sup> la infección de herida operatoria está en tercer lugar de frecuencia (11.9%). Los causantes de estas infecciones de herida operatoria por cesárea según un estudio realizado en el Hospital de Vitarte<sup>47</sup> es el tiempo quirúrgico prolongado (79.31%), seguido de cesárea por emergencia (65.52%) y multiparidad (62.07%), sin embargo esta causalidad está ligada a si la paciente retorna a su primera cita post cesárea para evaluación de herida operatoria, así como a la higiene de la región supra púbica.

Las caídas con y sin daño tuvieron una frecuencia de 9.78% equivalente a 36 reportes; En un estudio realizado en Brasil<sup>48</sup> se reportó un 4.4% de caídas siendo esta una de las de menor frecuencia, a diferencia de nuestro estudio, esto debido a que para obtener los datos se basaron a en los apuntes de las enfermeras lo cual es muy subjetivo. El estudio IBEAS no toma en cuenta las caídas en su estudio. Las caídas no han sido reportadas como uno de las 3

primeros eventos adversos como en el estudio del HN2DM<sup>22</sup> en donde las caídas de pacientes equivalen al 0.6% con solo 2 reportes. Según un estudio en el Hospital de Jaen<sup>49</sup> refiere que las principales causantes de caídas son las funcionales y/o motoras (41.7%) que incluyen alteración de la marcha del paciente, mareos, inmovilización prolongada y ausencia de colaboración; seguido de alteraciones cognitivas (38.9%) que incluía confusión, desorientación, sedación, hipo/hiperglicemia. En nuestro entorno debido a la gran población el personal asistencial no es suficiente para la atención de todos los pacientes descuidando de esa manera una previa valoración física del paciente; además debemos de tener en cuenta el tipo de medicamento que el paciente recibe por ejemplo los psicofármacos, importante también es ver las causas relacionadas al entorno, si el freno de la cama esta puesto, el uso de barandillas, mala iluminación, suelo mojado, calzado inadecuado etc.

Con relación al reporte de eventos por etapa de vida, hubo un mayor porcentaje en la etapa de recién nacidos a 12 meses de vida con un 36%, seguido del rango de 60 años a más (24%). En el estudio IBEAS se encontró mayor cantidad de eventos adversos en mayores de 65 años con un 12.2%, seguido de los menores de 1 año con un 11.2%; En el estudio de Portugal<sup>45</sup> el 59.2% de pacientes que sufrieron eventos adversos estaban en el rango de más de 65 años. Según Villanueva Egan LA, Rodríguez Suarez J, Lucero Morales J J. existe un aumento de eventos adversos en personas mayores de 65 años, vinculados a intervenciones terapéuticas<sup>49</sup>. Los rangos de edad más vulnerables siempre son los RN y lo adultos mayores, se sabe que las personas mayores tienen más probabilidad de sufrir problemas de salud, por ende recibir múltiples tratamientos y tener un estancia más larga en el hospital, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones.

No hubo mayor diferencia en cuanto al sexo de los pacientes, la diferencia fue mínima.

De acuerdo a lo expuesto se determina que ni la edad, ni el sexo de los pacientes parecen estar asociados a la prevalencia de los EA, indicando que el papel que juega la propia vulnerabilidad del paciente puede deberse al número de procedimientos a los que se les someten.

La presente investigación denota la pertinencia de reconocer y detectar de manera oportuna la causa de los eventos adversos para que de esa manera se puedan evitar y mejorar la calidad de la seguridad del paciente en cualquier nosocomio.

Constituye fortaleza del presente estudio, ser el primero en el espacio y tiempo acontecido que permite conocer la realidad de la seguridad del paciente en los centros hospitalarios cuyos resultados servirán para poder realizar un plan de trabajo y hacer posible que los eventos adversos sean evitables.

# CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 5.1 Conclusiones

1. Se identificaron un total de 368 eventos adversos reportados por el personal de salud durante el año 2018 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue que corresponde al 1.71% del total de egresos para el año 2018.
2. El evento adverso mas frecuente fue Neumonía intrahospitalaria, de las cuales el 50% fueron asociadas a ventilador mecanico.
3. Otros eventos adversos encontrados en el estudio son: ulcera por presion (9.24%), fractura de clavícula durante atención de parto (8.97%), Infección torrente sanguíneo por CVC (7.07%), maniobra de kristeller durante atención de parto(5.71%), Extravasación de vía EV (3.80%), ITU asociado a Cateter urinario permanente (CUP) (3.80%), lesión del plexo braquial por atención de parto (2.72%), endometritis por cesarea (1.90%), cefalohematoma por atención de parto (1.63%), entre otros.
4. Las causas de los eventos adversos mas frecuentes son: un probable subregistro de eventos adversos, falta de concientización del personal asistencial del nosocomio sobre el uso de las medidas de bioseguridad, probable déficit de personal, comorbilidades que empeoran el cuadro de fondo, Factores del entorno dentro de la estadia del paciente en el hospital, Higiene por parte del paciente.

## 5.2 Recomendaciones

1. Como prevención de Neumonías intrahospitalarias se debe promover y brindar en el personal de salud el conocimiento de las medidas de bioseguridad y su importancia en la seguridad clínica del paciente y la calidad de la atención sanitaria; así también realizar cursos de actualización en cuanto a tratamiento de pacientes con comorbilidades.
2. Las medidas de prevención de infecciones de herida operatoria son: Actualizar e implementar las guías de buenas prácticas clínicas y de procedimientos, de tal manera que el personal de salud tenga uniformidad

en los criterios de diagnóstico y tratamiento a seguir. Así como, el entrenamiento correspondiente en los procedimientos invasivos que se realizan en el servicio.

3. Un método preventivo para las caídas de pacientes es disponer de personal asistencial de acuerdo al requerimiento del servicio que este organizado con la licenciada en enfermería para el cuidado del paciente, además se debe incidir en la concienciación de los mismos pacientes y en la autorresponsabilidad como instrumento para la prevención de esta evento adverso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luengas S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adverso. Centro de gestión hospitalaria. Rev. Número 48. Julio de 2009
2. Santacruz Varela J, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. Rev. Volumen 78, No. 6, Noviembre-Diciembre 2010
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. Estrategia De Seguridad Del Paciente Del Sistema Nacional De Salud. Período 2015-2020.
4. Disponible en:  
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
5. Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad Del Paciente. Dirección General De Salud de las personas. Dirección de Calidad en Salud. Lima Perú 2008
6. Alarcón Ruiz A, Gil Vargas L. Evaluación de las causas de los Eventos Adversos o Incidentes que afectan la Seguridad del Paciente, en el Hospital Central de la Policía de Enero 2012 A Diciembre 2013. Bogotá 2015.
7. Disponible:  
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12202/1022340367-2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Resolución ministerial. Documento técnico: Plan Nacional para la seguridad del paciente 2006-2008
9. Programa de Seguridad del paciente, evaluación y seguimiento de Eventos Adversos en el Hospital Serafin Montaña Cuellar E.S.E. De San Luis Tolima. Ibagué-Tolima 2010
10. Espíritu N, Lavado G, Pantoja L, Lam C, et al. Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima. Rev Calidad Asistencial. 2007;22(6):335-41
11. The Quality conundrum: a global perspective on healthcare quality. PriceWaterhouseCoopers' Health Research Institute. Disponible en: [www.pwc.com/health](http://www.pwc.com/health)

12. John Ovretveit. What are the best strategies for ensuring quality in hospitals  
Geneva: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network; 2003.
13. Aranz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos  
Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. General Técnica.  
Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
14. Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención  
sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. Washington: OPS; 2007.
15. Disponible en: [http://www.paho.org/  
spanish/gov/csp/csp27-16-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-16-s.pdf)
16. OFICIO CIRCULAR N° -2008- DGSP/MINSA
17. Norma Técnica Sanitaria Para La Seguridad Del Paciente. Dirección  
General De Salud De Las Personas Dirección De Calidad En Salud. Lima  
Perú 2008
18. Bañeres J; Cavero E, Lopez L; Orrego C; Suñol R. Sistema de Registro y  
Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Ministerio de Sanidad y  
Consumo. Madrid 2006
19. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de  
Latinoamérica. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010.
20. Woods D.M, Holl J. M, Klein J. D, Thomas E. J. Patient safety problems in  
adolescent medical care. Journal of Adolescent Health 38 (2006) 5–12
21. Limón-Ramírez R, García-Rubio J, Miralles-Buenoa J. J, Eleanor-Canoc I, et  
al. Estudio de eventos adversos en sanidad privada. Proyecto Confianza de  
seguridad del paciente. Rev Calid Asist. 2012;27(3):139-145.
22. Lancis-Sepúlveda M. L, Asenjo-Araya C. Estudio de incidencia de eventos  
adversos en una clínica privada en Chile. Rev Calid Asist. 2014;29(2):78-83
23. Requena J, Aranz J. M, Gea M. T, Limón R, et al. Evolución de la  
prevalencia de eventos adversos relacionados con la asistencia en  
hospitales de la Comunidad Valenciana. Rev Calidad Asistencial  
2010;25:244-9
24. Paredes R. M, Garrido J. I, Ruiz A, Guerrero G, Vásquez F, Berenguer M.  
J, et al. Implementación de un Plan de Seguridad del Paciente en un  
Servicio de Cirugía Pediátrica. Primeros resultados. España. Cir Pediatr  
2015; 28: 111-117

25. Espíritu N, Lavado G, Pantoja L, Lam C, Barriento M, Centeno R. Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima. Perú, Rev Calidad Asistencial. 2007;22(6):335-41
26. Directiva N°-GG-ESSALUD-2012 “Prácticas seguras para la prevención y reducción de riesgo de caídas”
27. Ministerio de Salud (MINSA) Plan de Seguridad del Paciente INSN -San Borja – 2016.
28. Ministerio de Salud (MINSA) Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Vítarte – 2018
29. Ruelas B. Enrique; Saravia G. Odet; Tovar V. Walter; Seguridad del paciente hospitalizado. 2da ed. Mexico: Editorial Medica Panamericana, 2007.
30. Rasmussen J. The concept of human error: Is it useful for the design of safe systems? Safety Science Monitor; Special Edition, Vol 3, July 2009.
31. Battles JB. Patient safety: research methods for a new field. Quad Saf Health Care 2003; 12(Suppl II) ii1
32. Zimmerman B, Lindberg C, Pisek P. (eds) Edge Ware: Insights from complexity science for health care leaders. VHA Inc. Irving, Texas 2001
33. Studdert D, Thomas E, Zbar B, Orav J, Brennan T. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. Medical Care 2000; 38:250-260.
34. Surgeons A Co, editor. Patient safety manual. Rockville, MD: Bader and associates inc. 2005.
35. Barach P. Small S. Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from nonmedical near miss reporting system. BMJ 2000; 320:759-763
36. ([www.health.state.ny.us/nysdoh/commish/2001/nyports/nyports.htm](http://www.health.state.ny.us/nysdoh/commish/2001/nyports/nyports.htm)). New York State Department of health – The New York patient occurrence and tracking system) Febrero 15 de 2004
37. De la Cruz Vargas JA, Correa Lopez LE, Alatrística Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de titulación por Tesis. Educ Medica [Internet]. 2 de Agosto del 2018 [citado 16

de enero de 2019]. Disponible en <http://www.Sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>

38. Garbutt J, Brownstein DR, Klein DJ, et al. Reporting and disclosing medical errors : Pediatricians'attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161: 179-85
39. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
40. Reason J. The organizational accident. New York: Ashgate; 2000.
41. Brennan T A, Leape L L, Laird N M. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 2010; 324: 370-6
42. Thomas DJ, Studdert DM, Runciman WB et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and USA I: context, methods, case mix, population patient and hospital characteristics. *Int J Qual Health Care* 2000; 12:371-378.
43. Runciman W, Webb RK, Helps SC, et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and USA II: reviewer behavior and quality of care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12:379-388.
44. Farreras Rozman. *Medicina Interna*. 18ªed. España: Elsevier; 2016
45. Diaz E, Lorente L, et al. Neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Med Intensiva* [internet] 2010; 34 n.5 [Consultado 2014 Abril 15]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912010000500005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912010000500005&script=sci_arttext)
46. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Paquetes Instruccionale; Detectar, Prevenir y Reducir el Riesgo de Infecciones Asociadas con la Atención en Salud [internet]. [Consultado 2014 Julio 18]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/detectar\\_infecciones.pdf](http://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/detectar_infecciones.pdf)
47. Akbari Sari A, Doshmangir L, Torabi F, Rashidian A, Sedaghat M, Ghomi R, Prasopa-plaizier N. The Incidence, Nature and Consequences of Adverse Events in Iranian Hospitals. *Arch Iran Med.* 2015; **18(12)**: 811 – 815.

48. Sousa P, Sousa U A, Serranheira F, Nunes C, Leite S E. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. BMC Health Services Research. Portugal 2014: 14:311
49. Ortiz A. Factores Contribuyentes Y Determinantes De Infección De Herida En Un Periodo De 6 Meses, Del 9 De Enero Al 9 De Julio Del 2009. Mexico.
50. Richter Soto L. Factores de riesgo asociados a infección de herida operatoria post cesarea en el hospital de vitarte, periodo 2013 a junio 2015. Repositorio URP 2016.
51. Paranagua T, Braga Q, Bezerra A, Bauer de Camargo AE, Azevedo F, Gomes de Sousa M. Eventos Adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Rev Scielo.2014, vol 13 n°14 Brasil.
52. Villanueva Egan LA, Rodriguez Suarez J, Lucero Morales J J. Analisis por edad y genero de eventos adversos hospitalarios en personas adultas. Rev CONAMED. 2012; Vol 17(3)

## ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS (Generales y específicos)	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	VARIABLES
<p>¿Ocurren con frecuencia eventos adversos que afectan la seguridad de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la frecuencia de los eventos adversos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018 en todos los servicios del nosocomio.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar la frecuencia de eventos adversos por servicio reportados en las diferentes áreas de la institución.</li> <li>2. Identificar los tipos de eventos adversos ocurridos en el período de estudio.</li> <li>3. Identificar las causas de los tres eventos adversos más frecuentes mediante la elaboración del diagrama de Ishikawa.</li> </ol>	<p>Transversal, Descriptivo, Observacional, Retrospectivo, Cuantitativo</p>	<p><b>Dependientes</b> Evento Adverso Tipo de evento adverso Historia Clínica Personal que reporta</p> <p><b>Independientes</b> Sexo Edad Turno Servicio Mes</p>

## Anexo 2: Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable relación y naturaleza	Categorización o unidad
Evento adverso	Lesión o daño no intencional hacia el paciente	Instituto de gestión de servicios de salud	Ordinal	Dependiente Cualitativa	0=leve 1=moderado 2=grave 3=muerte 4=no específico
Tipo de evento adverso	Clasificación de evento adverso según especialidad	Evento adverso señalado dentro de la ficha de recolección de datos	Ordinal	Dependiente cualitativa	1= Relacionados con la medicación o su administración 2= Relacionados con la sangre o sus derivados 3= Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales 4=Relacionados con los dispositivos y equipos médicos 5=Relacionados con el comportamiento del personal 6=Relacionados con el comportamiento del paciente 7=Relacionados con accidentes del paciente 8= Relacionados con la infraestructura 9=Relacionados con los recursos/ gestión del establecimiento
Historia clínica	Documento privado, técnico, clínico, legal obligatoria y sometido a reserva	Número de historia clínica	Ordinal	Dependiente Cuantitativa	Número de historia clínica
Edad	Número de años del paciente en el momento de su hospitalización	Número de años indicado en la historia clínica	Razón discreta	Independiente cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Genero orgánico	Genero señalado en la historia clínica	Nominal. Dicotómica	Independiente cualitativa	0=femenino 1=masculino
Turno	Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio.	Momento del día en el que fue notificado el evento adverso	Ordinal, razón	Independiente cualitativa	0=mañana 1=tarde 2=noche
Servicio	Servicio del hospital donde se encontraba el paciente	Servicio donde se encontraba el paciente consignado en la historia clínica	Nominal. politómica	Independiente Cualitativa	0=neonatología 1= gineco-obstetricia 2=UCI 3=nefrologia 4=medicina 5=cirugia general 6=neurocirugia 7=pediatria 8=traumatologia 9= cirugia plástica
Mes	Periodo de tiempo, de entre 28 y 31 días,	Calendario	Nominal	Cualitativa	0=enero 1=febrero 2=marzo 3=abril 4= mayo 5=mayo 6=junio 7= julio 8=agosto 9=septiembre 10 = octubre 11=noviembre 12=diciembre
Personal que reporta	Personal de salud que reporta alguna eventualidad ocurrida en cada servicio del hospital	Tipo de personal registrado en la ficha de recolección de datos	Nominal	Cualitativo	0=personal de enfermería 1=médico

### Anexo 3: Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE NOTIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Servicio	Fecha de ingreso al servicio
N° de historia	Fecha de notificación
Edad:	sexo: hombre ( ) mujer ( )
Diagnóstico de ingreso	
GENERALES	
Caída del paciente	Intoxicación alimentaria
Úlcera por presión	Colación frusta de catéter
Reacción adversa a medicamentos	Catéter mal insertado
Reingreso antes de los 7 días de alta	Retiro accidental del catéter, tubo, sonda
Quemadura	Neumotórax por catéter venoso o arterial
Flebitis por venoclisis	Neumotórax por ventilación mecánica
Hematoma post venopunción	Punción lumbar frusta
Traslado no planeado a UCI	Cefalea post punción lumbar
Error en la identificación del paciente	Espujo hemoptoico post fibrobroncoscopia
Error en la prescripción	Sangrado digestivo post endoscopia
Error en la dispensación del medicamento	Hemorragia post procedimiento médico o de cirugía menos
Error en la administración del medicamento: paciente equivocado, dosis errónea, vía de administración errónea (subraye evento)	Enfisema subcutáneo post procedimiento
Error en el grupo sanguíneo o Rh	Diagnóstico clínico errado
Reacción adversa al grupo de sangre	Resultado erróneo de los exámenes auxiliares
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	CIRUGIA
Endometritis	Lesión de órgano durante el procedimiento
Neumonía	Suspensión de cirugía por instrumental no estéril
Neumonía asociada a ventilador	Cirugía en el lugar errado
Infección de la herida quirúrgica	Olvido de cuerpo extraño en curso de la intervención
Infección del torrente sanguíneo	Dehiscencia de la herida operatoria y/o evisceración
Infección por catéter urinario	Disfunción de ostomía y/o anastomosis
Otras: especifique	Embolia pulmonar post operatoria
	Trombosis venosa profunda post cirugía
	Hemorragia interna post cirugía
	Consolidación ósea defectuosa por mal afrontamiento
GINECO OBSTETRICIA	PEDIATRIA
Trauma obstétrico en madre y/o neonato	Neumonía aspirativa
Desgarro perianal III, IV	Punción lumbar frusta
Dehiscencia de episiorrafía	Colocación frusta de catéter umbilical
Perforación uterina	Cefalohematoma
Histerectomía post o cesaría +A16	Hemorragia interventricular del neonato
Rotura uterina en trabajo de parto	Cefalohematoma
Muerte materna	Fractura
Fisura post quirúrgica	
Retención de secundinas	
ANESTESIOLOGIA	ODONTOESTOMATOLOGIA
Hipotensión arterial	Hemorragia post exodoncia
Arritmia cardiaca	Fractura radicular durante procedimiento
Cefalea post punción de la dura madre	Inflamación post trauma pulpar
Anestesia subaracnoidea total	Obturación de endodoncia insuficiente
Paro cardiorrespiratorio en SOP o recuperación	Alveolitis post endodoncia

FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

N° DE FICHA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

NOMBRE DE LA IPRESS

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° DE HISTORIA CLINICA

SEXO DEL PACIENTE

EDAD

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

B. UBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

UPSS

C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)

INCIDENTE\*

EVENTO ADVERSO\*\*

EVENTO CENTINELA\*\*\*

\* Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente

\*\* Daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente

\*\*\* Es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función

D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE /EVENTO ADVERSO

D. EJEMPLOS DE EVENTOS ADVERSOS:

EVENTOS ADVERSOS GENERALES (PUEDEN SUCEDER EN CUALQUIER SERVICIO)	
Caida de paciente con daño	
Error en la identificación del paciente	
Extravasación de vía endovenosa	
Error en la medicación (Prescripción, Dispensación y Administración)	
Flebitis asociada a Catéter Venoso Periférico	
Neumonía Intrahospitalaria	
Úlcera por presión	

EVENTOS ADVERSOS OBSTETRICOS	
Dehiscencia post cesárea	
Dehiscencia de sutura en episiorrafia	
Desgarro perineal III, IV	
Hematoma post parto	
Hemorragia intra y/o post operatoria	
Hemorragia post cesárea	
Hemorragia intra y post parto	
Muerte materna inesperada	
Perforación uterina	
Retención de membranas	

EVENTOS ADVERSOS QUIRURGICOS	
Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo	
Lesión en un órgano durante intervención quirúrgica	
Olvido de cuerpo extraño durante intervención	
Dehiscencia de herida operatoria	
Hemorragia intra y/o post operatoria	

EVENTOS ADVERSOS ANESTESICOS	
Hipotensión arterial	
Alteración del ritmo o actividad eléctrica cardiaca	
cefalea post punción de duramadre	
Muerte súbita de paciente no esperada	

EVENTOS ADVERSOS PEDIATRICOS	
Cefalohematoma	
Caput succedaneum	
Fractura durante atención del recién nacido	
Lesión de plexo braquial de recién nacido	
Muerte súbita de paciente no esperada	
Error en la identificación del paciente	
Error en la entrega de paciente a padres o tutores	
Asfixia	

#### Anexo 4: Lista de palabras clave y glosario

- Evento adverso: todo incidente imprevisto o inesperado recogido en la historia clínica o informado por un profesional responsable de la asistencia directa al paciente.
- Incidente: suceso que no produce daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias.
- Evento centinela: es un evento que produce muerte o secuelas físicas o psicológicas de gravedad, es un evento que no debería de presentarse.
- Notificación obligatoria: reporte de lesiones severas o muertes con la finalidad de acceder a información para investigar casos específicos. Se pueden reportar también sucesos que no resultaron en lesiones o daño con el fin de descubrir los puntos vulnerables del sistema antes de la repetición del suceso o del daño.
- Notificación voluntaria: Se reportan sucesos que no resultaron en lesiones o daño o bien el mismo fue leve y que intentan descubrir los puntos vulnerables del sistema antes de la repetición del suceso
- Reporte confidencial: Se mantendrá en anonimato el personal que reporto el evento adverso para de esa manera proteger el derecho de la autonomía y evitar cualquier tipo de
- Enfoque de atención centrado en el usuario: significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- Vulnerabilidad del paciente: son aquellos sectores o grupos de la población que, por edad, sexo, estado civil, religión, discapacidad, estrato social y origen étnico, se encuentran en condición de riesgo a ser herido o dañado física o psicológicamente

Anexo 5. Formato de consolidado de incidentes y eventos

CATEGORIA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN CLÍNICA	No se realiza cuando está indicado		
	Incompleto o inadecuado		
	No disponible		
	Paciente erróneo		
	Proceso o servicio erróneo		
<b>SUBTOTAL</b>			
RELACIONADOS CON PROCESOS O PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES	No se hizo cuando estaba indicado		
	Incompleto o inadecuado		
	No disponible		
	Paciente erróneo		
	Proceso/ tratamiento/ procedimiento erróneo		
	Parte/lado/lugar del cuerpo erróneo		
<b>SUBTOTAL</b>			
RELACIONADOS CON ERRORES EN LA DOCUMENTACIÓN	Documentos ausentes o no disponibles		
	Demora en el acceso a los documentos		
	Documentos para un paciente erróneo o documento erróneo		
	Información en el documento poco clara/ambigua/ilegible/incompleta		
<b>SUBTOTAL</b>			
RELACIONADOS CON UNA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA	Torrente sanguíneo		
	Sitio quirúrgico		
	Absceso		
	Neumonía		
	Cánulas intravasculares		
	Sonda/drenaje urinario		
	Tejidos blandos		
<b>SUBTOTAL</b>			
RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN O DE SU ADMINISTRACIÓN	Paciente erróneo		
	Medicamento erróneo		
	Dosis o frecuencia incorrecta		
	Prescripción o presentación errónea		
	Vía errónea		
	Cantidad errónea		
	Información/ instrucciones de dispensación erróneas		
	Contraindicación		
	Omisión de medicamentos o de dosis		
	Medicamento caducado		
	Reacción adversa al medicamento		
<b>SUBTOTAL</b>			

CATEGORIA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS CON LA SANGRE O SUS DERIVADOS	Paciente erróneo		
	Sangre / Producto sanguíneo erróneo		
	Dosis o frecuencia errónea		
	Cantidad incorrecta		
	Información/instrucciones de dispensación erróneas		
	Contraindicación		
	Condiciones de conservación inadecuadas		
	Omisión de medicación o la dosis		
	Sangre / derivado sanguíneo caducado Efecto adverso		
<b>SUBTOTAL</b>			
RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN	Paciente erróneo		
	Dieta errónea		
	Cantidad errónea		
	Frecuencia errónea		
	Consistencia errónea		
	Condiciones de conservación inadecuadas		
<b>SUBTOTAL</b>			
RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO O GASES MEDICINALES	Paciente erróneo		
	Gas/vapor erróneo		
	Velocidad/concentración/caudal erróneo		
	Modo de administración erróneo		
	Contraindicación		
	Condiciones de conservación inadecuadas		
	Ausencia de administración		
	Contaminación		
<b>SUBTOTAL</b>			
RELACIONADOS CON LOS DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS	Presentación/envasado deficiente		
	Falta de disponibilidad		
	Inadecuación a la tarea		
	Sucio/no estéril		
	Aveña/mal funcionamiento		
	Desplazamiento/conexión incorrecta/retirada		
Error del usuario			
<b>SUBTOTAL</b>			

CATEGORIA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL	<i>Incumplidor/no colaborador/obstruccion</i>		
	<i>Descarado/grosero/hostil/inapropiado</i>		
	<i>Ariesgado/imprudente/peligroso</i>		
	<i>Problema de uso/abuso de sustancias</i>		
	<i>Acoso</i>		
	<i>Discriminacion/prejuicio</i>		
	<i>Vagabundeo/fugas</i>		
	<i>Autolesion deliberada/suicidio</i>		
	<i>Agresion verbal</i>		
	<i>Agresion fisica</i>		
	<i>Agresion sexual</i>		
	<i>Agresion a objeto inanimado</i>		
<i>Amenaza de muerte</i>			
<b>SUBTOTAL</b>			
RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE	<i>Incumplidor/no colaborador/obstruccion</i>		
	<i>Descarado/grosero/hostil/inapropiado</i>		
	<i>Ariesgado/imprudente/peligroso</i>		
	<i>Problema de uso/abuso de sustancias</i>		
	<i>Acoso</i>		
	<i>Discriminacion/prejuicio</i>		
	<i>Vagabundeo/fugas</i>		
	<i>Autolesion deliberada/suicidio</i>		
	<i>Agresion verbal</i>		
	<i>Agresion fisica</i>		
	<i>Agresion sexual</i>		
	<i>Agresion a objeto inanimado</i>		
<i>Amenaza de muerte</i>			
<b>SUBTOTAL</b>			

CATEGORIA		PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
	Caídas	Tipo de caídas	Tropezón	
			Resbalón	
			Desmayo	
			Pérdida de equilibrio	
<b>SUBTOTAL</b>				
<b>RELACIONADOS CON LA INFRAESTRUCTURA</b>	Inexistente/inadecuado			
	Dañado/ defectuoso/ desgastado			
<b>RELACIONADOS CON LOS RECURSOS/GESTION DEL ESTABLECIMIENTO</b>	Excesiva carga de trabajo			
	Disponibilidad/idoneidad de camas/servicios			
	Disponibilidad/idoneidad de recursos humanos/personal			
	Organización de equipos/personas			
	Disponibilidad/idoneidad de protocolos/políticas/procedimientos/directrices			
<b>SUBTOTAL</b>				
<b>TOTAL</b>				