

Tema de investigación:

“Incidencia de eventos adversos en el cuidado del paciente hospitalizado en una Institución de tercer nivel durante el año 2019”.

Pasantes de enfermería:

Castillo García Joselin Lizbeth

Olvera Olvera Liliana Guadalupe

Asesor interno: M. de C. Luis Fernando Rivero
Rodríguez

Asesor externo: Dr. Martín Pantoja Herrera

CDMX, Enero 2021

INDICE

INTRODUCCION	3
JUSTIFICACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL:	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	6
MARCO TEÓRICO	7
GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD	7
Política de Salud en el siglo XX	7
Los Sistemas de Salud.....	10
ENFERMERIA Y SUS FUNCIONES	12
SEGURIDAD DEL PACIENTE	20
SEGURIDAD DEL PACIENTE VS CALIDAD DE ATENCIÓN	20
EVENO ADVERSO Y REPERCUSIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	21
CLASIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	23
INCIDENTES ADVERSOS: ESQUEMA PARA LA COMPRESIÓN DE LOS INCIDENTES ADVERSOS	26
INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. UNA PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN ENFOCADA EN LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL	33
METODOLOGÍA	35
1. TIPO DE ESTUDIO	35
□ DISEÑO DE ESTUDIO	35
2. POBLACION Y MUESTRA	36
3. CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION, Y ELIMINACION	36
4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	37
5. INSTRUMENTO	37
6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	39
7. ANÁLISIS DE LOS DATOS	39
8. FACTIBILIDAD SOCIALES Y ECONOMICAS	39
9. Leyes y Normas Nacionales, de México Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México.....	40
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
12. CONCLUSIONES	58
13. RECOMENDACIONES	59
14.BIBLIOGRAFIA	62

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es fundamental para que los hospitales cumplan su papel social, ofreciendo una asistencia sanitaria de calidad con el mínimo de riesgos hacia el paciente, es indispensable saber que dicha atención incluye tanto los cuidados como también el proceso administrativo que conlleva al ingresar a un hospital, es decir desde su recepción hasta su ingreso satisfactorio del paciente.

Cuando no se cumplen con estos indicadores de calidad en salud, se define como eventos indeseables, eventos adversos o error administrativo derivados del cuidado, que comprometen la seguridad del paciente, lo cual traducido a palabras más claras puede perjudicar o alargar su estancia hospitalaria del paciente.

Este presente trabajo tiene la finalidad de dar a conocer la incidencia de los eventos adversos reportados durante el año 2019 en el Instituto Nacional de Rehabilitación y resaltar la importancia de mecanismos de control que deben de existir para prevenir errores y de esta manera contribuir a disminuir y mitigar la gran cantidad de actos inseguros dentro de los sistemas de salud considerando que la seguridad es un principio fundamental en el cuidado del paciente y un elemento crítico de los procesos de gestión de calidad, sobre todo cuando nuestros esfuerzos se enfocan en el mejor resultado para el paciente, favoreciendo así el desarrollo de una cultura de seguridad.

JUSTIFICACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad clínica del paciente es primordial para toda práctica asistencial, en los últimos años se ha tomado conciencia de los eventos adversos que ocurren durante el cuidado. Estos eventos adversos se consideran factores extrínsecos que pueden o van a ocasionar alguna repercusión en la atención a la salud del paciente. Los eventos adversos pueden clasificarse en tres categorías: de diagnóstico, de tratamiento, de servicios preventivos, administrativos y de comunicación. Y a su vez son clasificados por la CONAMED-OPS según su tipo de origen en: aspectos administrativos, procedimientos clínicos, cuidados hospitalarios, de medicación, otros tratamientos, proceso de comunicación, deficiencias diversas, recursos o gestión de la organización. Obteniendo como consecuencia algún tipo de repercusión al paciente durante su atención de la salud, dejando secuelas psicológicas y físicas en el paciente¹.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En las últimas décadas, en distintas instituciones de tipo públicas y privadas se está realizando un esfuerzo para conocer cuáles son los eventos adversos que se encuentran en el entorno de la atención médica, con el propósito de conocer la causa y la incidencia con la finalidad de diseñar y poner en práctica soluciones efectivas a estas situaciones que afectan tanto la salud y la seguridad del paciente. Por tal motivo la presente investigación pretende aportar información al personal de salud con la finalidad de ver objetivamente lo que ocurre dentro de la institución y la gravedad de ello para poder diseñar a mediano plazo alguna estrategia que pueda ayudar al personal de la salud a desempeñar mejor sus funciones sin poner en peligro al paciente y mejorar la atención otorgada dentro de la Institución en general. La siguiente pregunta nos ayudará a recabar dicha información. ¿Cuál es la incidencia de eventos adversos registrados y reportados en el año 2019 originados del cuidado al paciente hospitalizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la incidencia de eventos adversos ocurridos en los pacientes reportados en el registro anual del año 2019 de los diferentes servicios que constituyen al Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los tipos de eventos adversos registrados en la atención a la salud del paciente hospitalizado del año 2019.
- Analizar la incidencia de los eventos adversos cometidos en la atención al paciente durante el año 2019.
- Determinar en qué servicio se origina la mayor incidencia de eventos adversos que repercute en la atención a la salud.
- Detectar al responsable principal del evento adverso que repercute en la atención a la salud.
- Distinguir el turno en el cual se cometen más eventos adversos durante el año 2019.

MARCO TEÓRICO

GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Política de Salud en el siglo XX

Durante el siglo XX los Estados incorporaron los derechos sociales, en distintas medidas, con el objeto de garantizar que los ciudadanos pudieran acceder a condiciones que les permitieran vivir en forma civilizada, de acuerdo con los criterios prevalecientes en las distintas sociedades. La instalación de estos derechos contribuyó a aminorar los efectos sociales y políticos de las desigualdades existentes en las sociedades y, por ende, a otorgar mayor estabilidad social².

Los distintos países, de acuerdo con sus propios valores e ideologías, fueron optando por la incorporación de estos derechos en diversas medidas, en una gama que abarcó desde las políticas de derechos universales íntegramente aplicados por los distintos gobiernos en los que había máxima protección de los ciudadanos en aspectos relativos a educación, previsión social y salud; hasta su opuesto en países como Estados Unidos, los que optaron por modelos selectivos que cubrían sólo parcialmente estos derechos, principalmente en aspectos como los accidentes del trabajo o las jubilaciones, pero que no incorporaron la salud, la educación superior ni otros.

A fines de la década de 1980 se produjo la denominada crisis de los estados de bienestar, y los países comenzaron a derivar hacia una modalidad más selectiva. Los sistemas sanitarios no escaparon al debate que surgió en torno a este aspecto; por el contrario, forman parte importante en dicho debate, pero agregan a éste elementos propios de su realidad que hacen más complejo aún el enfrentamiento del tema.

Para resumir este contexto de la crisis sanitaria, podríamos decir que ella se manifestó en tres aspectos centrales:

- **La crisis financiera**, consecuencia del enorme incremento del gasto sanitario. Este mayor gasto se relaciona con diversos factores, entre ellos los siguientes:
 - a) **Cambios demográficos**. Los cambios que acontecieron en el siglo XX causaron el mejoramiento de las condiciones de vida, la mayor disponibilidad de alimentos y otros artículos de consumo, la educación más extendida, etcétera; y tuvieron como consecuencias la prolongación de las expectativas de vida, la disminución de las tasas de mortalidad y, por ende, el envejecimiento de la población, junto con la prolongación de la vida de personas portadoras de enfermedades crónicas e invalidantes.
 - b) **Incorporación de nuevas tecnologías**. Tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. La disponibilidad de tecnología y de fármacos e insumos en la actualidad permite tratar oportunamente patologías que antes causaban la muerte inminente; pero esta incorporación de tecnología presenta aspectos complejos si se toma en cuenta la presión por el uso indiscriminado de ella que ejercen tanto la industria farmacéutica como la de equipamiento e insumos.
 - c) **Incremento de la oferta de prestaciones**. De acuerdo con las legítimas demandas ciudadanas por más acceso a ellas y mayor cobertura de patologías.
 - d) **Insuficiente aplicación de técnicas de organización y gestión en la prestación de servicios sanitarios**. Debido a la dificultad que muestran las estructuras asistenciales clásicas para adecuarse a las necesidades actuales de modernización del sector.
- **La crisis de racionalidad**. Relacionada con la forma de entregar la asistencia, su consecuencia inmediata es la disminución de la eficacia y eficiencia de los sistemas sanitarios, la que se manifiesta en aspectos como:

- a) Falta de coordinación de sus servicios en los diferentes niveles y entre las unidades de un mismo servicio ante la demanda de cuidados más complejos y variados.
 - b) Insuficiente atención a los aspectos preventivos y de promoción de la salud.
 - c) Ausencia de políticas intersectoriales.
 - d) Falta de evaluación para la incorporación de tecnología de alto costo.
 - e) Falta de evaluación del impacto que ejercen las acciones de salud.
 - f) Inadecuada oferta de servicios frente a los cambios y condiciones sociales.
 - g) Inadecuación de los sistemas de pago a los prestadores que se transforma en desincentivo a la eficiencia y pagar, independiente del mejor o peor resultado.
- **La crisis de legitimación del sector salud**, caracterizada por la progresiva insatisfacción de los ciudadanos con sus sistemas de salud, debido a la falta de oferta adecuada de prestaciones y la forma de contactarse con las realidades y necesidades de los ciudadanos, a la despersonalización de los individuos en el sistema sanitario, a la conciencia creciente del aporte económico que los ciudadanos realizan al sector mediante impuestos o por cotizaciones, y por ello la exigencia del derecho a ser escuchados en sus expectativas respecto de los servicios.

La mayor educación e información de los ciudadanos también les ha ido permitiendo vincular la calidad de los servicios que reciben, como parte de las políticas públicas, con su voto en la elección popular de autoridades; en consecuencia, sus exigencias adquieren un mayor protagonismo y son elementos de presión para exigir mejores servicios.

Los factores mencionados han sido muy relevantes al momento de explicar la ola mundial de reformas a los Sistemas de Salud que han vivido numerosos países y de la que América Latina y Chile no han escapado.

Los Sistemas de Salud

Existen tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país: sus políticas de salud, el estado o situación de salud de la población, y el sistema de salud².

I. Las políticas de salud. Son parte integrante de las políticas sociales y se las puede definir como una iniciativa sistemática para reducir los problemas de salud. Una política de salud lleva implícita la aceptación de la salud de las personas como un problema público en el cual el Estado asume un papel activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir qué papel desempeña el Estado en salud. Son de desarrollo reciente y en la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de la década de los '50.

II. El estado de salud. El estado de salud de la población constituye una dimensión de su calidad de vida. En él se expresan múltiples interacciones de una serie de factores, como las condiciones económicas, sociales, educativas, los estilos de vida, el ambiente, la genética y por último, en una parte menos relevante de lo que se pensó durante largo tiempo, están los sistemas de salud. La salud de la población se puede medir por medio de indicadores como las tasas de mortalidad y morbilidad, la esperanza de vida al nacer, y de indicadores epidemiológicos más avanzados, como los AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos) o los indicadores de calidad de vida asociada con salud (AVISA).

III. El sistema de salud. El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede definirse como una respuesta social organizada a los problemas de salud. La definición de este último concepto evidencia su conexión con los dos anteriores y, al mismo tiempo, de él se desprende que puede haber una respuesta social a los problemas de salud de la población en que no participe el Estado.

El término “sistema de salud” hace alusión a un conjunto de actores y actuaciones más amplio que el sistema de atención médica. En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud. Todo sistema de salud, se puede pensar como la articulación de tres componentes:

- **Político**, que llamaremos modelo de gestión en el análisis del sector salud;
- **Económico**, que llamaremos modelo de financiamiento; y
- **Técnico**, que llamaremos modelo de atención o modelo asistencial.

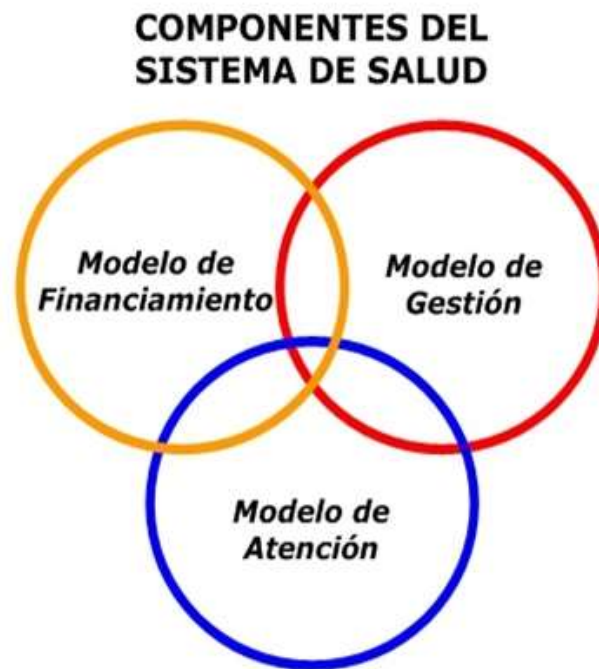


Figura 1. Componentes del sistema de salud.
Modificado de Tobar F. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires, 2002.

ENFERMERIA Y SUS FUNCIONES

La enfermería al igual que otras profesiones ha experimentado cambios importantes en su formación, asociados al acelerado avance tecnológico de los servicios de salud del país. Hoy día se constituye en un factor imprescindible para el mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida en el proceso salud - enfermedad por su participación como integrante del equipo multidisciplinario de salud. Esta participación está determinada según los roles profesionales que asume según su posición dentro de la estructura organizacional: proveedor y gestor de cuidados, educador para la salud o investigador de su práctica. Todos estos roles tienen como eje el proceso de atención de enfermería, a través de intervenciones generales y específicas que son determinadas por el nivel de dominio con el que se actúa. El nivel de dominio a su vez se deriva del grado de conocimientos, del juicio crítico y de las competencias que se adquieren según el avance en la formación y del cultivo de los valores éticos, aspectos que requieren considerarse para determinar los límites de la responsabilidad que debe asumir cada integrante como garantía tanto de seguridad como de calidad para quien recibe los servicios. Con la intención de precisar el nivel de desempeño, funciones y salario del personal de enfermería, las instituciones cuentan con los catálogos de puestos y profesiogramas que de éstos se derivan, no obstante, estos documentos no se han orientado a establecer una clara diferenciación entre las responsabilidades que debe asumir quien posee un título profesional de quien no lo tiene; las atribuciones más bien han respondido a necesidades por cubrir la insuficiencia de personal o a compromisos laborales, en los que ha sido evidente, no se ha considerado prioritaria la atención calificada de enfermería. Por ello se ha identificado la necesidad de definir perfiles que delimiten las funciones, acciones y responsabilidades que cada quien debe asumir y que motiven el desarrollo del potencial del personal profesional de enfermería.³

Se conoce como perfil al conjunto de cualidades y características que de acuerdo a los conocimientos, habilidades, aptitudes y valores le permiten a una persona asumir las actitudes y competencias requeridas en una responsabilidad definida. Toda profesión requiere definir dos tipos de perfiles; el de egreso y el laboral. El de perfil de egreso es definido como el resultado de un proceso formal y planeado en una institución educativa con el propósito de satisfacer determinadas necesidades sociales.

El perfil laboral, describe las características requeridas por el mercado laboral en respuesta a las diferentes formas de organización y funcionamiento de las instituciones. Ambos perfiles deberían coincidir en su aplicación, no obstante, en muchos casos se aprecia que el profesional no encuentra en el mercado laboral la respuesta a sus expectativas de formación pues el perfil que le requieren en las instituciones lo deja en desventaja con otros profesionales de su mismo nivel académico o bien es substituido por personal no profesional. Por esta razón la Comisión Interinstitucional de Enfermería propone un perfil denominado académico profesional y lo define como la:

- **Conjunción del nivel de dominio disciplinar**, resultado de una formación académica y del grado de competencia para el ejercicio laboral, traducido en una categorización de funciones, intervenciones y acciones que puede y debe realizar el personal de enfermería”

Esta definición incluye tanto el conocimiento de la disciplina como los requerimientos de la práctica, traducidos en responsabilidades de enfermería. La precisión y aplicación de perfiles para el ejercicio de la enfermería significa una oportunidad para las instituciones de utilizar adecuadamente las competencias y el potencial profesional de enfermería, ya que precisan las capacidades y aptitudes que debe poseer y desarrollar el personal que labora o se contrata. El rol de la enfermería profesional debe cambiar, de un rol pasivo y dependiente, a un rol que

proyecte la capacidad intelectual, habilidad y actitud con la que enfermería puede contribuir en la solución de los problemas de salud.

Para cumplir con este propósito, el de diferenciar el trabajo profesional del no profesional, esta definición de perfiles, incluyó cinco niveles de dominio en orden de menor a mayor en función de la preparación académica. Así mismo, cada nivel contiene una descripción general, los requisitos de formación académica, las aptitudes que definen su participación en la atención de los individuos sanos o enfermos en un medio hospitalario o comunitario; la ubicación laboral correspondiente, así como las funciones clasificadas en asistenciales, administrativas, docentes y de investigación mismas que pueden ser calificadas como sustantivas o adjetivas dependiendo de la prioridad que tienen para cada uno de los niveles.

- La FUNCIÓN ASISTENCIAL comprende acciones relacionadas con la atención directa a los usuarios de los servicios de enfermería.
- La FUNCIÓN DOCENTE, se refiere principalmente a las actividades de educación para la salud y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.
- La FUNCIÓN DE INVESTIGADOR describe las habilidades para aplicar la metodología científica de la investigación, los conocimientos prácticos que de ellas se derivan así como las acciones que permiten contribuir a la definición o desarrollo del ejercicio profesional.
- La FUNCIÓN ADMINISTRATIVA corresponde al rol de gestor de recursos necesarios y complementarios para el logro de los objetivos de los usuarios, de la organización y de los prestadores de los servicios.

Esta función se debe llevar a cabo con la ayuda del proceso administrativo, el cual está compuesto por dos fases: Fase mecánica (Planeación y Organización) y Fase dinámica (Dirección y Control)⁴.

La Planeación, es el primer paso del proceso administrativo, es la función que implica el proceso de definir los objetivos de la organización, establecer una estrategia general para lograr dichos objetivos y desarrollar una serie completa de planes para integrar y desarrollar el trabajo de la organización.

La Organización, es el segundo paso del proceso administrativo, esta función implica el proceso de crear la estructura de una organización determinando las tareas que se realizaran, quienes las harán, como se agruparan las tareas, quienes informaran a quienes, y donde y quienes tomaran las decisiones.

La Dirección, es la tercera etapa del proceso administrativo, implica mandar, influir y motivar a los empleados para que realicen tareas esenciales. La dirección llega al fondo de las relaciones de los gerentes con cada una de las personas que trabajan con ellos.

Control, Es el último paso del proceso administrativo, es el proceso que consiste en supervisar las actividades para garantizar que se realicen según lo planeado y en corregir cualquier desviación significativa.

Con forme a este proceso la enfermera puede desarrollar diversas funciones tales como:

- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería.
- Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Vigilar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
- Vigilar por el cumplimiento de los principios éticos.
- Participar en las reuniones del servicio que sean programadas.
- Participar en pase de visita conjunto médico y enfermería.

- Participar en el pase de visita de enfermería.
- Participar en la entrega y recibo de turnos del servicio.
- Realiza normas y técnicas administrativas en los procedimientos de enfermería.
- Participa en la definición de funciones y responsabilidades del personal de enfermería.
- Organiza los cuidados humanos en enfermería.
- Organiza y controla el sistema de informes y registro de enfermería.
- Dirige y toma decisiones.
- Delega funciones y asigna actividades.
- Participa en la evaluación del servicio o unidad del paciente y de los cuidados humanos.
- Lleva el control del material y equipos necesarios para los procedimientos de los cuidados humanos.
- Calcula el personal necesario en las áreas de salud.

Las funciones a su vez se desglosan en intervenciones; consideradas como el tratamiento basado en el conocimiento y juicio que genera un profesional de enfermería en beneficio de los usuarios. Las intervenciones incluyen tanto cuidados directos como indirectos dirigidos a la persona, familia y comunidad que tienen una connotación diferente, según el grado de responsabilidad y de toma de decisiones o autonomía en el cuidado que tiene el sujeto que las realiza, por lo que se denominan como dependientes, interdependientes e independientes.

- a) Dependientes. Son aquellas que deben ser llevadas a cabo generalmente por personal no profesional o en formación y se realizan bajo supervisión del profesional de enfermería o por prescripción de otro profesional del área de la salud.
- b) Interdependientes. Son aquellas que el profesional de enfermería realiza en coordinación con otros profesionales del área de la salud.

- c) Independientes. Son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional y son asumidas exclusivamente por personal profesional.

Las actividades son acciones específicas que se realizan para operar una intervención, por tanto cada actividad de enfermería se convierte en una acción concreta, necesaria para llevar a la práctica una intervención, a través de una serie de actividades.

Nivel I.- Enfermera no profesional

DESCRIPCIÓN GENÉRICA. Es el personal de enfermería que colabora directamente con el profesional de nivel técnico o licenciatura en la atención del paciente, familia o comunidad. Se caracteriza por una formación incompleta en enfermería o por acreditar estudios mínimos no profesionales, por ello su nivel de dependencia técnica.

UBICACIÓN LABORAL: Auxiliar de enfermería

FUNCIÓN SUSTANTIVA: Asistencial

ACTIVIDADES: Dependientes

Nivel II.- Enfermera Técnica

DESCRIPCIÓN GENÉRICA. Es el personal de enfermería que, por su formación teórico-práctica, es responsable de ejecutar procedimientos derivados de la prescripción médica y de la aplicación del proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas. Su nivel de competencia está determinado principalmente por la realización de intervenciones dependientes e interdependientes en ambiente hospitalario o comunitario.

FUNCIÓN SUSTANTIVA: Asistencial

FUNCIONES ADJETIVAS: Administrativa y docente

INTERVENCIONES: Interdependientes y dependientes

Nivel III.- Enfermera Técnica Especializada

DESCRIPCIÓN GENÉRICA. Es el personal de enfermería que por su formación teórico-práctica en un área de especialidad médica o quirúrgica efectúa intervenciones interdependientes derivadas de la prescripción médica e intervenciones independientes como resultado de la aplicación del proceso de enfermería del área médica o quirúrgica.

FUNCIÓN SUSTANTIVA: Subordinada a la especialidad; asistencial, administrativa o docente.

FUNCIONES ADJETIVAS: Secundarias a la función sustantiva; administrativa, asistencial o docente.

INTERVENCIONES: Interdependientes e independientes

Nivel IV.- Enfermera General

DESCRIPCIÓN GENÉRICA. Es el profesional de enfermería formado con estudios de nivel superior que en el desarrollo de sus intervenciones aplica el pensamiento crítico y los conocimientos técnico-científicos y humanísticos. Sus decisiones son producto de la reflexión, análisis, interpretación de las relaciones causa – efecto. Su juicio clínico le permite prever y actuar anticipadamente ante cualquier situación que ponga en riesgo al paciente, familia o comunidad. Tiene aptitudes y habilidades para inducir a las personas hacia el mantenimiento de un estado de bienestar físico, mental y social.

FUNCIÓN SUSTANTIVA: Asistencial.

FUNCIONES ADJETIVAS: Secundarias a la función sustantiva; administrativa, docente o de investigación.

INTERVENCIONES: Independientes e interdependientes

Nivel V.- Enfermera Especialista

DESCRIPCIÓN GENÉRICA. Es el personal de enfermería con estudios de especialidad de nivel superior en un área específica de la práctica profesional, que en sus intervenciones aplica el proceso lógico y reflexivo para desempeñarse competentemente en situaciones que demandan de la aplicación razonada del conocimiento técnico-científico y humanístico. Toma decisiones con base en la aplicación del proceso de enfermería y promueve la utilización de modelos innovadores y de nuevas técnicas en su especialidad para mejorar el cuidado, así como de la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos; tiene la capacidad para concertar cada una de sus intervenciones con otros profesionales que participan en el plan terapéutico. La especialista en administración gestiona los servicios de enfermería y desarrolla modelos administrativos innovadores tendientes a incrementar la calidad del cuidado en unidades hospitalarias o comunitarias.

FUNCIÓN SUSTANTIVA: Determinada por el área de especialización; asistencial, administrativa, docente o de investigación.

FUNCIONES ADJETIVAS: Secundarias a la función sustantiva; administrativa, asistencial, docente o de investigación.

INTERVENCIONES: Independientes e Interdependientes

SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

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

Para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios calificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención.

SEGURIDAD DEL PACIENTE VS CALIDAD DE ATENCIÓN

Se afirma que la seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención. Efectuar la medición del riesgo que conllevan los cuidados hospitalarios es de suma importancia para el sistema de salud por el impacto que esto representa en diversas esferas de la vida, no solo desde el punto de vista sanitario sino también económico, jurídico, ético, social e incluso mediático. Esto implica llevar al campo de la salud pública el análisis de los riesgos y las probabilidades de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, así como la aparición de discapacidades, la ocurrencia de accidentes y otro tipo de eventos inesperados.⁵

EVENTO ADVERSO Y REPERCUSIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, se define el evento adverso como todo incidente imprevisto e inesperado que surge como consecuencia de un tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o ambas cosas.

Este tipo de incidentes constituye un resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error, y el cual surge durante la atención clínica, causando lesiones físicas o psicológicas a un paciente, es decir, el Evento Adverso es el daño ocasionado al paciente a partir de la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente.⁶

Principales conceptos vinculados a los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente	
Daño aportado a la atención sanitaria	Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
Incidente relacionado con la Seguridad del Paciente	Es un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que si bien no le genera un daño directo a su salud, sí le afecta en la medida que al ocurrir fallas en los procesos de atención, afectan en cierta medida a la persona, generalmente debido a que se prolongue su estancia hospitalaria.
Evento Adverso	Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.

Evento Adverso Grave	Evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica.
Evento Adverso Moderado	Si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.
Evento Adverso Leve	Si ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.
Evento Adverso Predecible	Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión.
Incidente con daños	Denominado también como Evento Adverso, que es un incidente que causa algún daño al paciente.
Incidente sin daños	Es aquél en que un evento alcanza al paciente, pero que no le causa algún daño apreciable.
Error	Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error de omisión), ya sea en la fase de planificación o de la ejecución.
Cuasierror	Es un incidente que no alcanza al paciente, pero que evidentemente debe ser considerado para estudio.

CLASIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Los eventos adversos pueden ser clasificados desde varias perspectivas, según su condición de evitabilidad, el nivel de severidad del daño producido y su tipología siguiendo el carácter y el ámbito de ocurrencia.

- **Condición de evitabilidad:** Los eventos adversos deben clasificarse según se haya revisado si estos pudieron ser evitables o no. Se ha determinado que si bien la gran mayoría de dichos eventos eran prevenibles, en algunos casos no lo eran, debido a que fueron resultado de lo que se denomina riesgo inherente, sea del padecimiento o del procedimiento realizado.
- **Nivel de severidad del daño producido:** Se mencionó que un evento adverso es aquel que causa algún daño al paciente; de acuerdo a ello y como consecuencia de lo anterior, los eventos adversos se clasifican como graves, moderados y severos, según los siguientes principios: a) es un evento adverso denominado como grave, si ocasiona la muerte o incapacidad de la persona (o si contribuye a ello) o que implique una nueva intervención quirúrgica; b) es un evento adverso moderado, si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración o más; y c) se clasificará un evento adverso como leve, si ocasiona alguna lesión o complicación mínima, sin prolongación de la estancia hospitalaria.
- **Tipología de la problemática que los originó:** Los eventos adversos e incidentes pueden surgir por múltiples causas, las cuales en un primer agrupamiento se organizan según grandes categorías de análisis; destacándose entre las principales aquellas relacionadas con aspectos de carácter administrativo, con procesos o procedimientos clínicos, con aspectos relacionados con los cuidados hospitalarios, con situaciones vinculadas a procesos de medicación, con tratamientos diversos, como aquellos relacionados con productos sanguíneos, de la nutrición o el oxígeno, gases y vapores; los problemas de comunicación ocupan un lugar particular, por la gran trascendencia de éstos; se considera también un grupo de causas originadas por deficiencias de los establecimientos médicos, incluyendo

cuestiones relativas a recursos humanos y materiales o a problemas de gestión de la organización.⁷

Clasificación de los Eventos Adversos según tipo de origen	
Tipología	Contenidos según los problemas que los originan
Administrativo	<p>En este rubro se incluyen en particular aquellos problemas relativos a la documentación del paciente,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etiquetas, pulseras de identificación, tarjetas. • Documentos ausentes o retraso en su disponibilidad. Documento o historia clínica de otro paciente. • Errores o problemas en el relevo del equipo asistencial. • Errores en la programación de citas, listas de espera, derivación/interconsulta, ingresos y altas, traspaso asistencial, identificación del paciente, consentimiento, datos incompletos o inadecuados, proceso o servicio erróneo.
Procedimientos clínicos	<p>Problemas de diagnósticos o de evaluación, errores en el procedimiento/tratamiento/intervención, no realización cuando estaba indicado, procedimiento incompleto o inadecuado o no disponible, procedimiento en paciente erróneo, parte/lado/lugar del cuerpo erróneo, retraso en el diagnóstico, no empleo de pruebas adecuadas, conducta no adecuada para el resultado de las pruebas complementarias.</p>
Cuidados hospitalarios	<p>Situaciones originadas por infecciones nosocomiales (de la herida quirúrgica, sondajes urinarios, neumonías, infección de cánulas intravasculares, prótesis), extravasación de catéteres, úlceras de decúbito, flebitis, salida accidental de sonda nasogástrica o vesical.</p>

Medicación	Problemas surgidos por Errores de Medicación (EM), son los más frecuentes en la atención médica hospitalaria, se presentan hasta tres veces más en población adulta. En su mayoría provienen del personal de enfermería
Otros procedimientos	Se relacionan con errores vinculados con sangre o productos sanguíneos, con aspectos de la nutrición, con oxígeno/gases/vapores.
Procesos de comunicación	Se originan por fallas de comunicación e interpretación entre el personal de salud y el paciente, pero también entre los diversos miembros del equipo sanitario. Por su importancia destacan los problemas entre el médico-paciente, médico-enfermera y médico-médico.
Deficiencias diversas	Problemas originados por infraestructuras/locales/instalaciones, en los dispositivos/equipos médicos (falta de disponibilidad, inadecuación a la tarea, sucio o no estéril, avería/mal funcionamiento, conexión incorrecta.
Recursos o gestión de la organización	Adaptación de la gestión de la carga asistencial, disponibilidad e idoneidad de camas o servicios, disponibilidad e idoneidad de recursos humanos y materiales, correcta organización de equipos y personas, disponibilidad e idoneidad de protocolos, políticas, procedimientos y directrices.

INCIDENTES ADVERSOS: ESQUEMA PARA LA COMPRESIÓN DE LOS INCIDENTES ADVERSOS.

➤ Impacto

Es el resultado o los efectos de los errores médicos y las fallas de los sistemas, podemos entenderlo como el daño que se le ocasiono al paciente.

Este apartado está constituido por dos vías de reconocimiento según el origen: la médica y la no médica: en la médica encontraremos dos grupos: psicológico y físico, que en ambos grupos se dividen en los resultados o efectos, es decir, el grado del daño que es ocasionado en el paciente basado en el error durante la atención médica, que en sus causas más severas puede llegar hasta daño mental profundo en el caso psicológico o la muerte en el caso físico.

Mientras que la otra subclasificación corresponde a los aspectos no médicos que se subdivide en grupos como el legal, social o económico.

Podemos mencionar que el impacto se va incrementando considerando si el paciente requiere una intervención, una nueva intervención o en su caso: hospitalización de corto o largo tiempo.

El tipo de incidente se puede dividir según la vía de origen: comunicación, manejo del paciente y desempeño clínico.

En la categoría de comunicación se incluyen los inconvenientes de comunicación que se identificaron entre el personal de salud y el paciente, entre el personal de salud y el personal no médico, y entre el resto del equipo de salud.

En la categoría manejo del paciente, se incluyen las situaciones relacionadas con la delegación incorrecta de actividades, la falta de seguimiento o mala referencia o consulta o incluso el uso cuestionable de los recursos.

La categoría de rendimiento clínico, en la que se incluyen fallas que podrían conducir a iatrogenias, a la generación de incidentes adversos en algunas de las etapas de la realización de un procedimiento: antes de la intervención (diagnóstico correcto, diagnóstico impreciso, diagnóstico incompleto, diagnóstico cuestionable, intervención cuestionable), durante su ejecución (procedimiento correcto con complicaciones, procedimiento correcto inoportuno, omisión de un procedimiento esencial, procedimiento contraindicado, procedimiento no indicado, paciente equivocado) y posterior a esta (pronostico correcto, pronostico inexacto, pronostico completo y pronostico cuestionable).

El dominio incluye a los profesionales de la salud que están relacionados con la atención directa al paciente, datos demográficos de los pacientes, y la acción que se realizaría como objetivo de atención como intervención que requiere el paciente

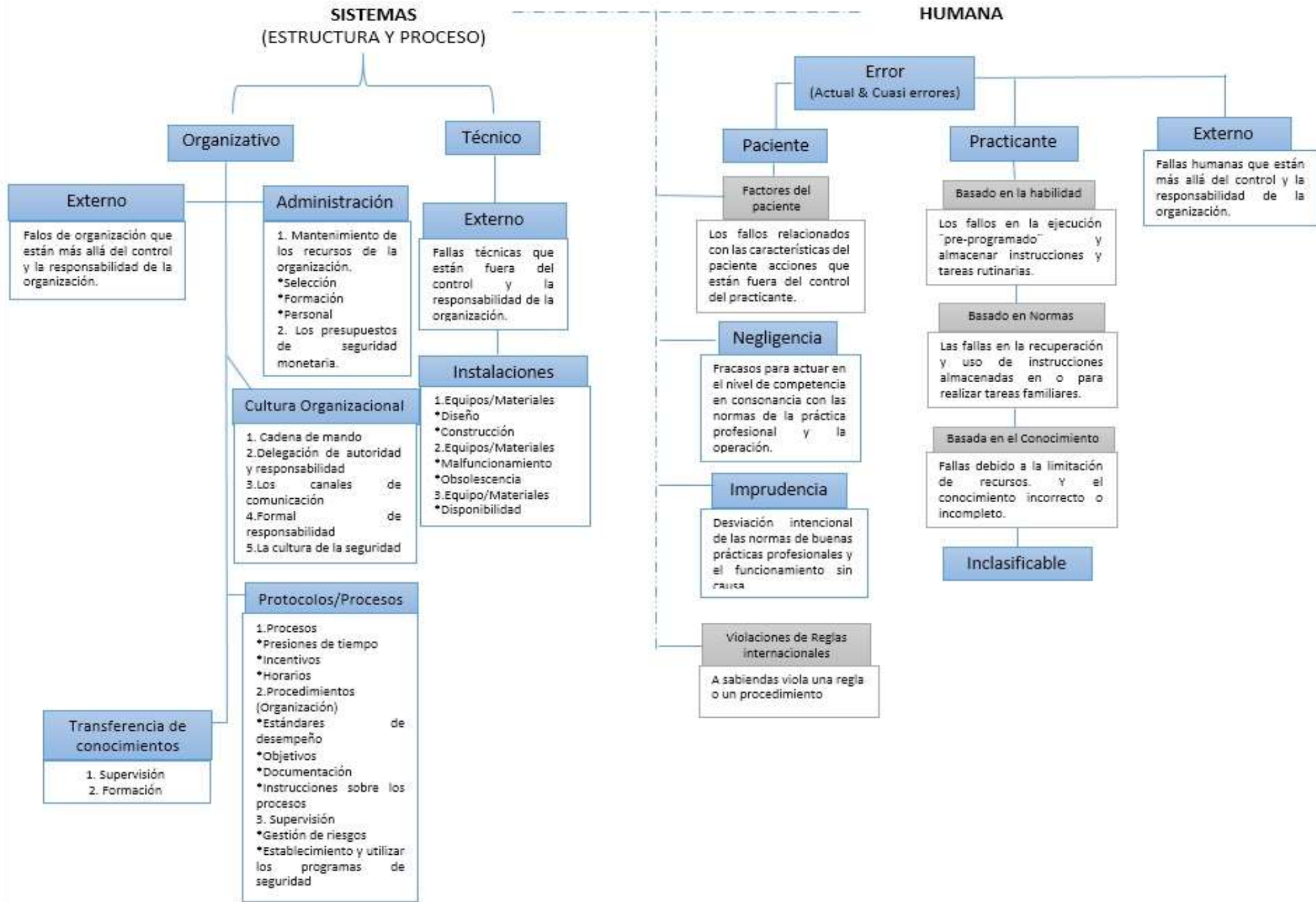
(terapéutica y de diagnóstico, rehabilitadora, preventiva, paliativa y de investigación) considerando el área o servicio del cual se solicita el servicio.

Las causas de los incidentes adversos se dividen en las relacionadas al sistema (proceso y estructura) y las relacionadas a los factores humanos.

En la categoría de sistemas se reconocen dos áreas, la organizacional y la técnica, en la primera se concentraran los inherentes relacionados con la administración, cultura organizacional, protocolos, procesos, transferencia de conocimientos y externos. Las fallas del sistema son errores en el diseño, organización, la formación o mantenimiento que conducen a errores del personal médico a menudo son parte de la causa próxima de un evento.

En el apartado técnico se agruparan, las instalaciones (equipos y materiales) y las externas (fallas técnicas que están más allá del control y responsabilidad de la organización). En el apartado de factores humanos, se consideran los errores (del usuario, del personal médico y externos).

Las acciones que están fuera de control del personal médico inherentes al paciente, habilidades del médico, fracaso en la ejecución de instrucciones y fallas humanas que están más allá del control y responsabilidad de la organización. La combinación de estas dos categorías, pueden generar negligencias, imprudencias, y violaciones de reglamentos, leyes o normas, con mayores repercusiones.⁸



Lezana M. Director General de difusión e investigación. (2016). Esquema de causas de los incidentes adversos. [Esquema 1] Recuperado de: Boletín informativo CONAMED-OPS

La prevención y mitigación de los incidentes se dividen en tres categorías: universal, selectiva e indicada.

En la categoría universal se incluyen las medidas preventiva y correctiva dirigidas a todos los miembros de la institución en la identificación correcta del paciente, mejora de la comunicación ante de los cuidadores o familiares, mejorar la eficacia de los sistemas de alarma clínicos, reducir el riesgo de infecciones adquiridas en el cuidado de la salud.

Las medidas de prevención y mitigación con carácter de selectivas, se dirigen a un grupo de la población cuyo riesgo de acontecimiento adverso está por encima del promedio como eliminar la cirugía en el lugar incorrecto, en paciente equivocado, procedimiento equivocado. Las acciones indicadas son las dirigidas al personal que está en alto riesgo de estar involucrado en la generación de un incidente adverso o con un alto riesgo de sufrirlo.

➤ **Errores de medicación: prescripción médica ambulatoria**

Los más comunes son: la falta de indicación de la vía de administración de un medicamento, es decir, el médico no anoto ese dato en la prescripción médica, limitándose a hacer la señalización de la forma farmacéutica.

➤ **Errores de medicación: prescripción médica hospitalaria**

El error administrativo enfocado a la medicación que se repitió con mayor frecuencia es la falta de la indicación de la forma farmacéutica, cayendo en una prescripción incompleta, que puede llevar a otro error que alcance al paciente provocándole un daño, además de que se sigue incumpliendo la normatividad sobre la prescripción farmacológica señalada en la NOM-004-SSA3-2012.

➤ **Características de las quejas medicas atendidas por la CONAMED 2015**

El lugar donde se generan los errores, se encuentra que se originan en seis especialidades médicas: Traumatología y Ortopedia, Servicio de Urgencias, Medico Quirúrgicas, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Medicina Familiar y Oftalmología.

Las causas o motivos manifestados por la población usuaria como detonantes en la decisión de presentar una queja ante la institución son: por los errores vinculados con el diagnóstico; el motivo de queja se refiere sobre todo a cuando existe desinformación sobre el diagnóstico del paciente, el diagnóstico es erróneo, se da en forma tardía o incluso se omite. El segundo motivo está vinculado al tipo de tratamiento recibido (médico o quirúrgico); durante el tratamiento se llegan a producir accidentes e incidentes, complicaciones secundarias, cuando existe desinformación acerca del propósito del médico, o bien se observó falla de consentimiento, retraso para administrar el tratamiento e incluso la presencia de

secuelas por exceso terapéutico. El tercer motivo se refiere a los problemas vinculados con la comunicación médico-paciente sobre todo por fallas en la comunicación y cuando el paciente o su familiar percibe un trato inadecuado, por parte del médico u otro personal de la salud.

➤ **El error médico como causa de muerte**

El error médico se ha definido como un acto involuntario (ya sea por omisión o comisión), o uno que no ejerza el resultado previsto, el fracaso de una acción planteada para ser complementado según lo previsto (un error de ejecución), el uso de un mal plan para lograr un objetivo (error de planificación) o una desviación del proceso de atención que pueden o no causar daño al paciente. La práctica médica siempre conlleva el riesgo de provocar daño, incluso dentro de las mejores circunstancias por lo que se afirma que la posibilidad de hacer daño es inherente al ejercicio de la medicina.

La comisión de un error médico se puede deber a múltiples factores (directo o indirectos), los cuales se describen de manera somera a continuación:

Directos

- *Formación y destreza del personal médico
- *La introducción de nuevos procedimientos
- *La delegación de responsabilidades en médico en formación
- *Errores de escritura y lectura
- *Ausencia del seguimiento al paciente
- *Aplicación de nuevas tecnologías
- *Cargas excesivas de trabajo, fatiga y estrés

Indirectas

- *Falta de recursos de toda índole
- *Inadecuados métodos de trabajo
- *Demora de la atención
- *Sobredemanda
- *Desorden administrativo
- *Falta de estandarización en los procesos de atención
- *Incumplimiento de normas y procesos de calidad

El error en atención sanitaria originado del sistema

El error es el hecho de no llevar a cabo una acción planeada o de aplicar un plan incorrecto. Representa la diferencia entre lo que se ha hecho y lo que se debería haber hecho.

Los errores pueden ser de comisión (se hace algo erróneo) o de omisión (cuando no se hace lo correcto).

Los errores aumentan el riesgo de que se produzcan incidentes. Los errores humanos básicos, se pueden clasificar en:

- Acción no deliberada como: olvidos o lapsus, despistes o deslices, equivocaciones.
- Acción deliberada como: infracciones

Cuando hablamos de sistema en seguridad del paciente, nos referimos al conjunto de elementos interdependientes que constituyen la organización y que condicionan la atención sanitaria.

Los errores en la atención sanitaria pueden deberse a factores humanos o a factores del sistema.

El principal error relacionado a los factores del sistema es la comunicación.

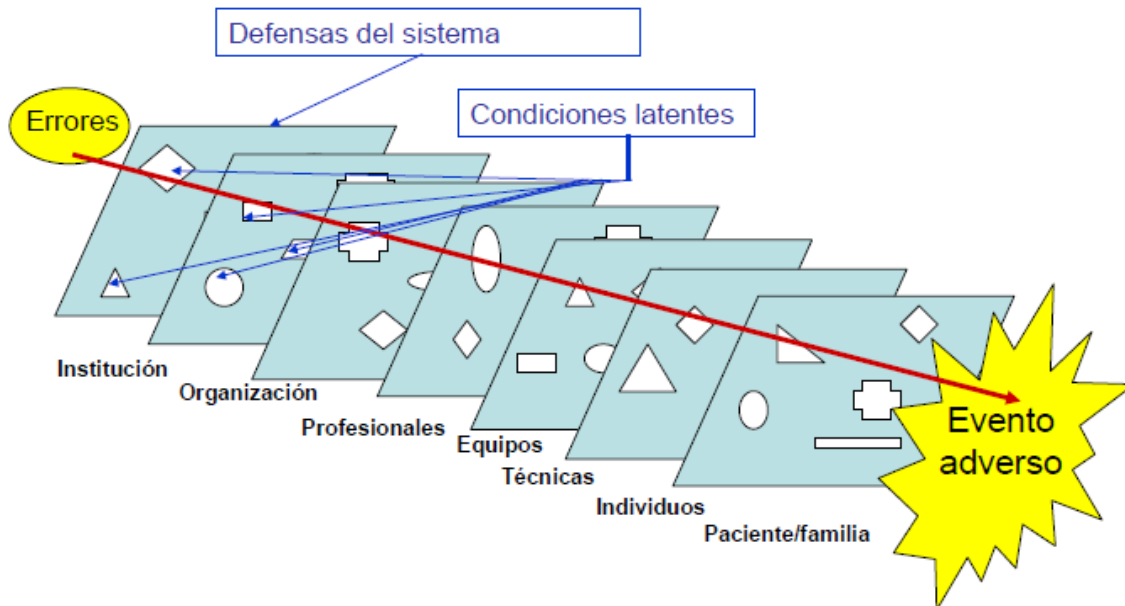
Los errores de la comunicación se pueden producir durante la transición asistencial, en el registro de la documentación clínica o transmitiendo información (oral o escrita).

Una de las técnicas de comunicación es el ISBAR, utilizado para prevenir los errores de comunicación.

A la hora de analizar errores, existen dos aproximaciones contrapuestas: centrarse en la persona (buscando un culpable) o centrarse en el sistema (el ser humano comete errores que pueden derivar en daño por un mal sistema).

Cuando se analiza el error desde el punto de vista sistémico, no se trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en las que trabajan los humanos y preguntar cómo y por qué fallaron las defensas del sistema en lugar de preguntar quién fue el culpable.

Siguiendo el sistema de Reason, las diferentes barreras o defensas del sistema se representan como los agujeros del queso suizo. El evento adverso cuando los agujeros de las diferentes lonchas se alinean, convirtiendo el fallo en daño para el paciente.



Adaptado de: Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-770

Cuando un fallo humano, llamado activo, encuentra alineados los agujeros que son los fallos latentes del sistema, el daño llega al paciente.

Los fallos o errores activos son activos inseguros debidos a los profesionales y ocurren en el punto de contacto con el paciente, suelen ser de corta duración y poco predecibles. Los fallos o errores latentes, son debido al sistema y están influenciados por la cultura de la organización. Suelen ser de larga duración, pueden identificarse y eliminarse antes de que ocasionen problemas de seguridad para el paciente.⁹

INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. UNA PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN ENFOCADA EN LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL

A veces, pueden ocurrir situaciones en las cuales la salud del paciente se ve afectada en algún grado por una acción u omisión que no es intencional, y entonces se requiere tomar medidas, la menor de las cuales es la simple evaluación del estado clínico de ese paciente, por al menos un profesional de salud. Esta segunda situación, es un “evento adverso”.

Clasificación del nivel de impacto de los incidentes y eventos adversos

Nivel	Características	Criterio
1	Riesgo potencial leve que no afecta al paciente (IN)	Circunstancia de riesgo que se identifica, que de ocurrir hubiese provocado un daño mínimo al paciente. Por ejemplo, una omisión de toma de signos vitales.
2	Riesgo potencial moderado que no afecta al paciente (IN)	Circunstancia de riesgo que se identifica, que de ocurrir hubiese provocado un daño no aparatoso o potencialmente letal para el paciente. Por ejemplo, detectar a tiempo la omisión de una dosis indicada, o evitar una caída. Se detecta, pero no se concreta
3	Riesgo potencial severo que no afecta al paciente (IN)	Circunstancia de riesgo que se identifica, que de ocurrir hubiese provocado un daño aparatoso o potencialmente letal para el paciente. Por ejemplo, una aplicación de un fármaco o medicamento no indicada. Se detecta, pero no se concreta.
4	Afectación mínima y transitoria, sin lesiones (EA)	Daño mínimo al paciente. Por ejemplo, una caída u otro trauma que no deja ninguna secuela o amerita tratamiento luego de ser valorado por el personal de salud.

5	Requirió valoraciones clínicas, pero sin secuelas (EA)	Daño mínimo al paciente. Por ejemplo, una caída u otro trauma que no deja ninguna secuela o amerita tratamiento; pero que amerita la valoración de al menos un médico, que es llamado y deja una nota clínica de la atención, por la sospecha de un riesgo potencial.
6	Requirió medidas clínicas con secuelas transitorias (EA)	Daño al paciente. Por ejemplo, una caída u otro trauma, una herida, quemadura o reacción al tratamiento, que no deja ninguna secuela permanente, pero que amerita tratamiento de al menos un médico, que es llamado y deja una nota clínica de la atención.
7	Requirió medidas clínicas con secuelas permanentes (EA)	Daño al paciente. Por ejemplo, una caída u otro trauma, una herida, quemadura o reacción al tratamiento, que deja secuela permanente tal como la pérdida de una parte o función del cuerpo o un grave daño psicológico, y que amerita tratamiento de al menos un médico, que es llamado y deja una nota clínica de la atención.
8	Requirió medidas clínicas, pero hubo fallecimiento (EA)	Daño al paciente que causa su fallecimiento, y que amerita la intervención de al menos un médico, que es llamado y deja notas clínicas de la atención.

Los incidentes y los eventos adversos relacionados con la seguridad de los pacientes forman parte de la realidad en todas las organizaciones y ocurren en todos los países, y a lo largo de todos los tiempos.¹⁰

METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizará bajo un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo) ya que representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio^{11,12}.

- **DISEÑO DE ESTUDIO**

Observacional: Describe un fenómeno (evento adverso) dentro de una población de estudio (Eventos adversos ocurridos en el año 2019 que se encuentran registrados en el reporte anual del Instituto Nacional de Rehabilitación) y su distribución en la misma (eventos adversos, servicios donde se presentan, turno en que se da, quien los ocasiona). En este estudio la intervención de los investigadores se limitará a medir el fenómeno y describirlo, como se encuentra en el reporte anual de eventos adversos 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación. Siendo un estudio observacional de tipo descriptivo, en donde el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno dentro de la población de estudio.

De tipo Retrospectivo, longitudinal en el tiempo que se analizará durante el periodo del mes de noviembre del 2020, con la obtención de datos del registro anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Correlacional, está indicada para determinar el grado de relación y semejanza que pueda existir entre dos o más variables, es decir, entre características o conceptos de un fenómeno. No pretende establecer una explicación completa de la causa – efecto de lo ocurrido, solo aporta indicios sobre las posibles causas de un acontecimiento. Se utilizan cálculos estadísticos, haciendo mediciones de los factores, para relacionarlos entre sí, se puede también incluir el control de variables a fin de obtener resultados más válidos. Se emplea cuando no es posible utilizar el método experimental, dado que las variables a investigar son conceptos hipotéticos y por tanto no pueden ser manipuladas empíricamente¹³.

De campo, se presenta mediante la manipulación de una variable externa no comprobada, en condiciones rigurosamente controladas, con el fin de describir de qué modo o porque causas se produce una situación o acontecimiento particular. Es el proceso que, utilizando el método científico, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social (Investigación pura), o bien estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos con fines prácticos (investigación aplicada). Es también conocida

como investigación in situ ya que se realiza en el propio sitio donde se encuentra el objeto de estudio. Ello permite el conocimiento más a fondo del investigador, puede manejar los datos con más seguridad y podrá soportarse en diseños exploratorios, descriptivos y experimentales, creando una situación de control en la cual manipula sobre una o más variables dependientes (efectos) ¹⁴.

- **Conocimiento que tienen los investigadores de los factores del estudio**

Abierto (Todos los investigadores conocen las variables del experimento)

2. POBLACION Y MUESTRA

- **Universo (Población)**

167 eventos adversos registrados de enero a diciembre del 2019 en el reporte anual de eventos adversos del Instituto Nacional de Rehabilitación. “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”.

- **Tamaño de la muestra**

Por conveniencia: Conformado por los 167 eventos adversos reportados.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, Y ELIMINACIÓN

- **Criterios de inclusión**

1.- Eventos adversos registrados en el reporte anual de eventos adversos del Instituto Nacional de Rehabilitación durante el año 2019.

- **Criterios de exclusión**

1.- Todos los eventos adversos que se encuentren en el reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación que su registro no esté completo o no sea adecuado.

- **Criterios de eliminación**

1.- Aquellos eventos adversos que no fueron registrados en el reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

2. Eventos adversos registrados en el reporte anual que no pertenezcan al año 2019.

4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Todo evento adverso debe analizarse desde un enfoque epidemiológico: tiempo, lugar y persona; el primero es la ocurrencia ya sea mensual, anual, o por periodo o turno; el segundo es el servicio, especialidad, estado, nivel de atención e institución y el tercero es la ocurrencia del error por sexo y edad. También es importante analizar cuál fue el motivo del error¹⁵.

Los eventos adversos a analizar se encuentran registrados en una base de datos elaborada y utilizada por el personal capacitado del Instituto Nacional de Rehabilitación. Esta base de datos cuenta con las siguientes características: número del evento, medio, clasificación del evento según la tipología de la CONAMED, fecha, hora o turno en que ocurrió el evento, momento del evento, tipo del evento, clasificación del evento, tipo de reacción, agente involucrado, factor contributivo, análisis causa-raíz, acciones realizadas, evento que se logró prevenir, como se pudo evitar.

Los datos encontrados en el reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación se recolectaron mediante un instrumento de reporte de eventos adversos avalado por la Norma ISO 9001:2015 elaborada por la Organización Internacional para la Estandarización la cual determina los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad, que pueden utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, sin importar si el producto y/o servicio lo brinda una organización pública o empresa privada, cualquiera que sea su rama, para su certificación, utilizado por el personal que labora en los diferentes servicios. Este instrumento cuenta con las mismas características ya antes mencionadas del reporte anual de eventos adversos y con datos adicionales como son: las iniciales del nombre del paciente, fecha de nacimiento del paciente, número de registro, sexo del paciente y fecha del reporte. El cual se puede encontrar en la página oficial web del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Los datos seleccionados se depositaran en una base de datos electrónica de Microsoft Excel 2010 para su análisis.

5. INSTRUMENTO

Para el desarrollo de esta investigación, se utilizara la base de datos de reportes anuales de eventos adversos del Instituto Nacional de Rehabilitación del año 2019, la cual está constituida por 167 casos de eventos adversos, de diferente tipo. Este instrumento cuenta con dieciséis variables, de las cuales solo se van a considerar 4 de las más relevantes para este estudio, las cuales son: evento adverso, servicio, turno y persona responsable del evento adverso.

- **Variables**

Pacientes involucrados indirectamente en el evento adverso

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición
Evento adverso	Dependiente	Conceptos o juicios basados en rasgos incorrectos o falsos. Diferencia entre el valor previsto y el valor real de una magnitud	Cuidados hospitalarios Medicación Procedimientos clínicos Aspectos administrativos Procedimiento quirúrgico Deficiencias diversas Otros tratamientos
Servicio	Independiente	Es aquella prestación que brinda asistencia sanitaria.	Lesión medular EVC/TCE Agudos Reconstrucción articular cadera y rodilla Cirugía de columna Traumatología Ortopedia pediátrica Infecciones óseas Ortopedia del deporte y artroscopia C.E. Oftalmología Ortogeriatría Subagudos UCI Tumores óseos Urgencias Especialidades múltiples Recuperación ortopédica Rehabilitación pediátrica Medicina del deporte Rehabilitación de amputados DNM Preanestesia Rehabilitación cardiopulmonar Resonancia magnética Reconstrucción ortopédica Quemados Tomografía Choque Cirugía de mano
Turno	Cuantitativa	Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio.	Matutino E.T.M-V Vespertino E.T.V-V Nocturno

			E.T.N-M
Persona Responsable	Independiente	Persona que es consciente de sus obligaciones y actúa conforme a ellas.	Enfermería Anestesiólogo Asistentes médicos Mantenimiento Jefe de piso Laboratorio Afanador Familiar Rehabilitador Camillero Ingeniero biomédico Nutriólogo PSS de enfermería Cirujano Médico

Significado de abreviaciones: EVC; Rehabilitación de Enfermedad Vascolar Cerebral. TCE; Traumatismo Craneoencefálico. DNM; Deformidades Neuromusculares.

6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos serán recolectados del reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto nacional de Rehabilitación, posteriormente se realizara el análisis de las variables elegidas para poder obtener los resultados.

7. ANALÍISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de datos se utilizó el programa Excel 2010, de donde se obtuvieron los porcentajes de nuestra población representados en las tablas y en los gráficos presentados en los resultados.

8. FACTIBILIDAD SOCIALES Y ECONOMICAS

- **Recursos sociales:**

*Humanos: Los pacientes involucrados de manera indirecta en los eventos adversos ocurridos en su atención medica pertenecientes a los servicios del Instituto Nacional de Rehabilitación.

- **Recursos económicos:**

*Materiales: Una computadora para la base de datos en Excel y para la realización de esta investigación. Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

9. Leyes y Normas Nacionales de México, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México

La responsabilidad gubernamental se deriva del derecho constitucional a la protección de la salud. Este derecho se establece específicamente con respecto a la investigación biomédica en la Ley General de Salud, Título Quinto, “Investigaciones para la Salud”, y se complementa con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud. Tanto la Ley General de Salud como el Reglamento establecen, en las instituciones de salud, la regulación y la supervisión de investigación biomédica, bajo el control de comisiones de investigación, ética y de bioseguridad. Dentro de las “Disposiciones Comunes” de este Reglamento se encuentran las siguientes:

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. ¹⁶

Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV. Deberá prevalecer siempre las posibilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.
- VI. Deberá ser realizada por los profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y de Bioseguridad. El Reglamento cubre el consentimiento informado, investigación en comunidades, investigación con menores de edad, personas incapaces e individuos dependientes como estudiantes y militares. Hay un Artículo especial de la investigación en “Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida.” Con respecto al proceso de consentimiento informado, por ejemplo, dice el Reglamento en su Artículo 22:7

El consentimiento informado deberá formularse por escrito y reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría.
- II. Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud.
- III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiera firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

Dicho documento, se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal. Finalmente, un Acuerdo sobre comités de bioética de investigación.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Enfermería se guía por un Código de ética que propuso el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) el cual da a conocer los objetivos principales, los valores y las obligaciones de la profesión en donde el profesional debe ser honesto en la práctica. Todo profesional de enfermería debe de contar con un lado humanista, en donde se brinde respeto por la vida, la salud y la muerte. Respetando las ideas, valores y creencia de la persona y su ambiente, para esto se tienen que aplicar ciertos puntos que son indispensables para una buena práctica de enfermería¹⁷.

- **Beneficencia y no maleficencia**

Se entiende como la obligación de hacer el bien evitando hacer el mal. Los cuales se rigen por los valores universales como: hacer o promover el bien y prevenir daño alguno.

- **Justicia**

Es la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, efectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

- **Autonomía**

Respetar a las personas como individuos libres y tomar en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.

- **Privacidad**

Es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que indirecta o directamente se obtenga sobre la vida y la salud de las personas, reservada a una persona, familiar o grupo.

- **Veracidad**

Es el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. Es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiere.

- **Confiabilidad**

El profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar, enseñar, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicio o ayuda a las personas.

- **Solidaridad**

Es un principio de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación.

- **Tolerancia**

Es admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

11. RESULTADOS

La base de datos del reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación está compuesta por 167 eventos adversos, de los cuales se excluyeron 14 eventos adversos por que se encontraban duplicados y otros 13 eventos adversos porque estaban incompletos en el registro. Quedando 153 eventos adversos registrados con los cuales se procese a hacer el análisis.

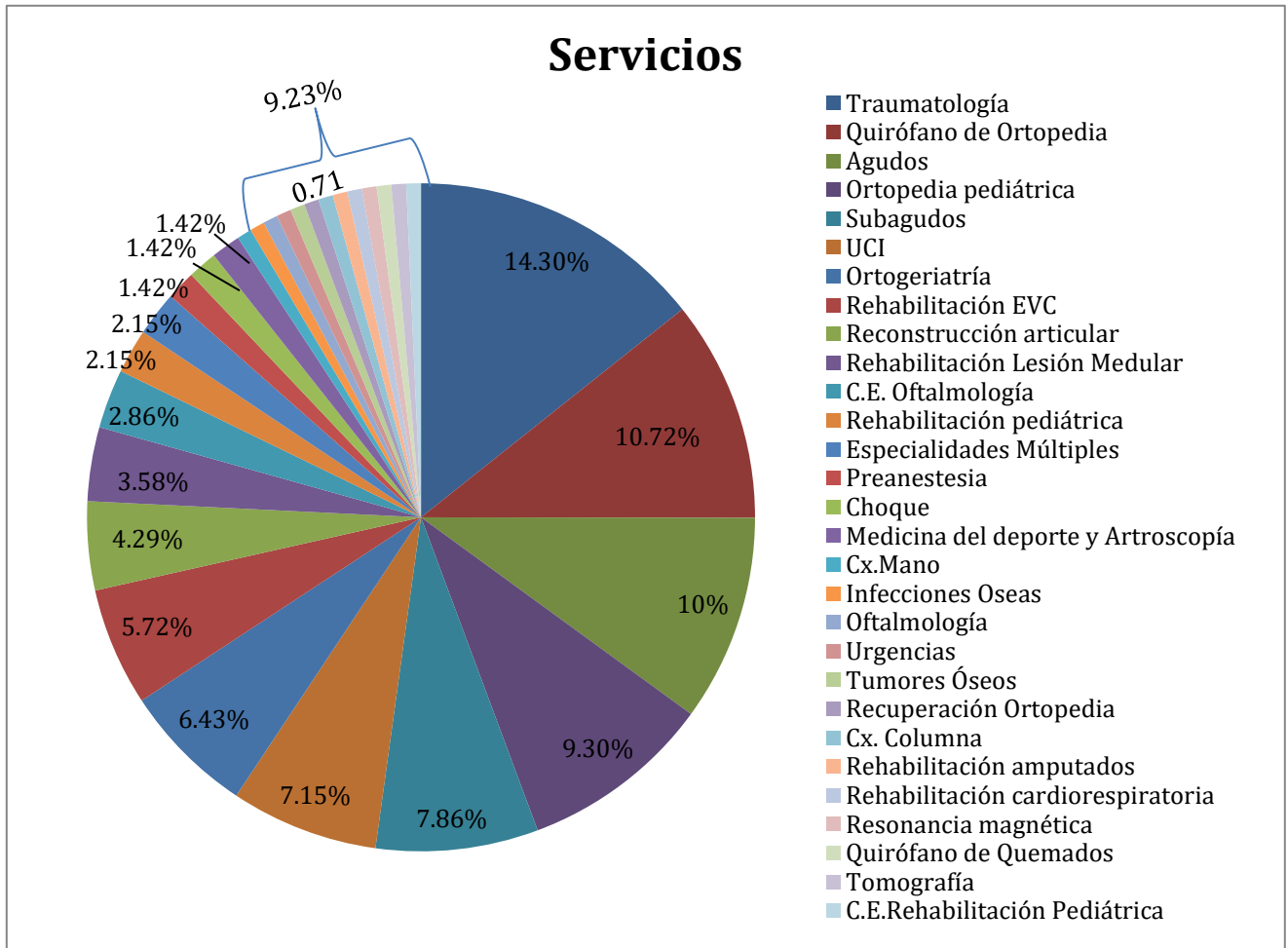
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

TABLA 1.- SERVICIOS

SERVICIOS		
PROCEDENCIA	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Traumatología	20	14.30%
Quirófano de Ortopedia	15	10.72%
Agudos	14	10%
Ortopedia Pediátrica	13	9.30%
Subagudos	11	7.86%
UCI	10	7.15%
Ortogeriatria	9	6.43%
Rehabilitación EVC	8	5.72%
Reconstrucción articular	6	4.29%
Rehabilitación Lesión Medular	5	3.58%
C.E. Oftalmología	4	2.86%
Rehabilitación pediátrica	3	2.15%
Especialidades múltiples	3	2.15%
Preanestesia	2	1.42%
Choque	2	1.42%
Medicina del deporte y Artroscopia	2	1.42%
Cx. Mano	1	0.71%
Infecciones Oseas	1	0.71%
Oftalmología	1	0.71%
Urgencias	1	0.71%
Tumores óseos	1	0.71%
Recuperación Ortopedia	1	0.71%
Cx. Columna	1	0.71%
Rehabilitación amputados	1	0.71%
Rehabilitación cardiorrespiratoria	1	0.71%
Resonancia magnética	1	0.71%
Quirófano de Quemados	1	0.71%
Tomografía	1	0.71%
C.E. Rehabilitación Pediátrica	1	0.71%
TOTAL	140	100%

Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

GRÁFICA 1.- SERVICIOS



Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Gráfica 1. Se muestran algunos de los diferentes servicios que componen al Instituto Nacional de Rehabilitación, en los cuales se presentó algún tipo de evento adverso en el año 2019, encontrándose que el servicio de traumatología reporto 20 eventos adversos (14.30%), el quirófano de ortopedia reporto 15 eventos adversos (10.72%), agudos reporto 14 eventos adversos (10%), el servicio de ortopedia pediátrica reporto 13 eventos adversos (9.30%), subagudos reporto 11 eventos adversos (7.86%), UCI reporto 10 eventos adversos (7.15%), el servicio de ortogeriatria reporto 9 eventos adversos (6.43%), rehabilitación de EVC reporto 8 eventos adversos (5.72%), el servicio de reconstrucción articular reporto 6 eventos adversos (4.29%), rehabilitación de lesión medular reporto 5 eventos adversos (3.58%), consulta externa de oftalmología reporto 4 eventos adversos (2.86%), los servicios de rehabilitación pediátrica y especialidades múltiples reportaron cada uno 3 eventos adversos (2.15%), los servicios de preanestesia, choque y medicina del

deporte y artroscopia reportaron 2 eventos adversos cada uno (1.42%), los servicios restantes solo notificaron 1 evento adverso cada uno (0.71%).

Análisis: En la gráfica anterior se puede observar los distintos servicios que se encuentran involucrados en un evento adverso. Encontrando que la mayoría de los eventos adversos ocurridos en el año 2019 fueron en el servicio de traumatología (14.30%), seguido del servicio de quirófano de ortopedia (10.72%) y del servicio de agudos (10%). Esto debido a que los servicios antes mencionados tienen mayor saturación, hay poco personal al frente y por lo mismo mayor carga de trabajo. En estudios anteriores de diferentes institutos en México en los cuales participo el Instituto Nacional de Rehabilitación se obtuvo que el servicio de quirófano 43 (8%) era donde se presentaban eventos adversos.

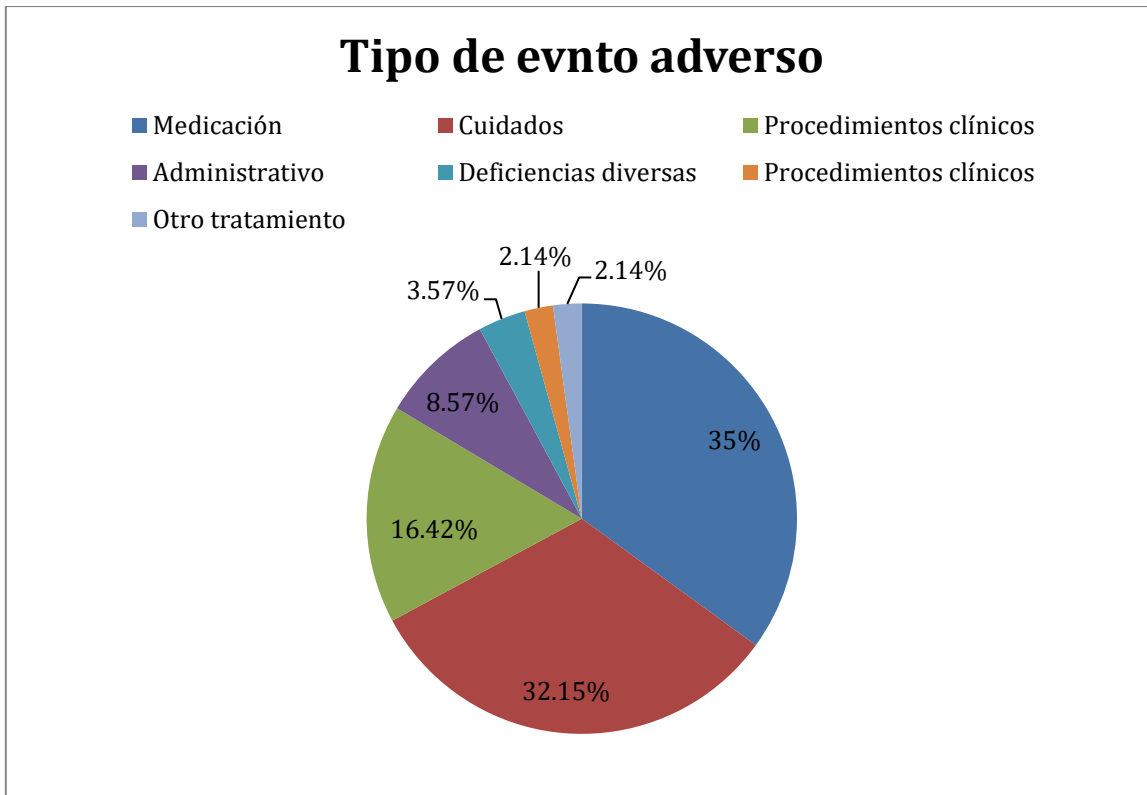
Discusión: Actualmente se siguen presentando eventos adversos en áreas saturadas o áreas críticas de los hospitales e instituciones, encontrándose que algunos servicios o áreas vuelven a aparecer en las columnas de incidencias de eventos adversos aunque con un menor número de reporte, en comparación con los encontrados en el Instituto.

TABLA 2.- TIPO DE EVENTO ADVERSO

TIPO DE EVENTO ADVERSO		
TIPO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Medicación	49	35%
Cuidados	45	32.15%
Procedimientos clínicos	23	16.42%
Administrativo	12	8.57%
Deficiencias diversas	5	3.57%
Procedimientos quirúrgicos	3	2.14%
Otro tratamiento	3	2.14%
TOTAL	140	100%

Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

GRÁFICA 2.- TIPO DE EVENTO ADVERSO



Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Gráfica 2. Nos muestra los tipos de eventos adversos que se presentan en los diferentes servicios del Instituto Nacional de Rehabilitación durante la estancia hospitalaria del paciente los cuales son 8 tipos descritos por la CONAMED: los eventos adversos involucrados en la medicación 49 (35%), los eventos adversos involucrados en el cuidado del paciente 45 (32.15%), los eventos adversos de los procedimientos clínicos 23 (16.42%), los eventos adversos administrativos 12 (8.57%), los eventos adversos de deficiencias diversas 5 (3.57%), los eventos adversos que derivan de otros tratamientos y de procedimientos quirúrgicos reportaron 3 eventos adversos cada uno (2.14%).

Análisis: En la gráfica anterior se observa que el 35% de los eventos adversos derivan de la medicación (almacén, preparación, ministración, vigilancia, etc.), seguida de los eventos adversos ocasionados por la mala práctica del cuidado al paciente durante su estancia hospitalaria y acompañada de la parte administrativa que igual da origen a que se ocasione un evento adverso.

Discusión: Los eventos adversos que pertenecen a la medicación derivan de una serie de procesos que no se llevan a cabo adecuadamente como el almacenamiento adecuado de los medicamentos, ya que algunos requieren de temperaturas establecidas para que no se descomponga o algunos otros son fotosensibles, de la

forma de preparación o dilución, de la ministración en donde involucra la vía de administración, la dosis, la hora y en algunos casos la vigilancia o seguimiento del tratamiento como en la ministración de hemoderivados o algunos antibióticos para evitar que se presente el evento, también la aplicación de los 6 correctos y la doble verificación en medicamentos de alto riesgo, no todos los procesos se llevan a cabo por la carga de trabajo, por distracción del personal o por falta de comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario de la salud, el familiar y el paciente. En un estudio realizado en el año 2017 por la UNAM se encontró a la medicación como la segunda causa de evento adverso en los hospitales, poniendo en primer lugar el cuidado del paciente como causa de un evento adverso. A diferencia de nuestro estudio el cuidado del paciente hospitalizado es la primera causa de evento adverso seguida de la medicación.

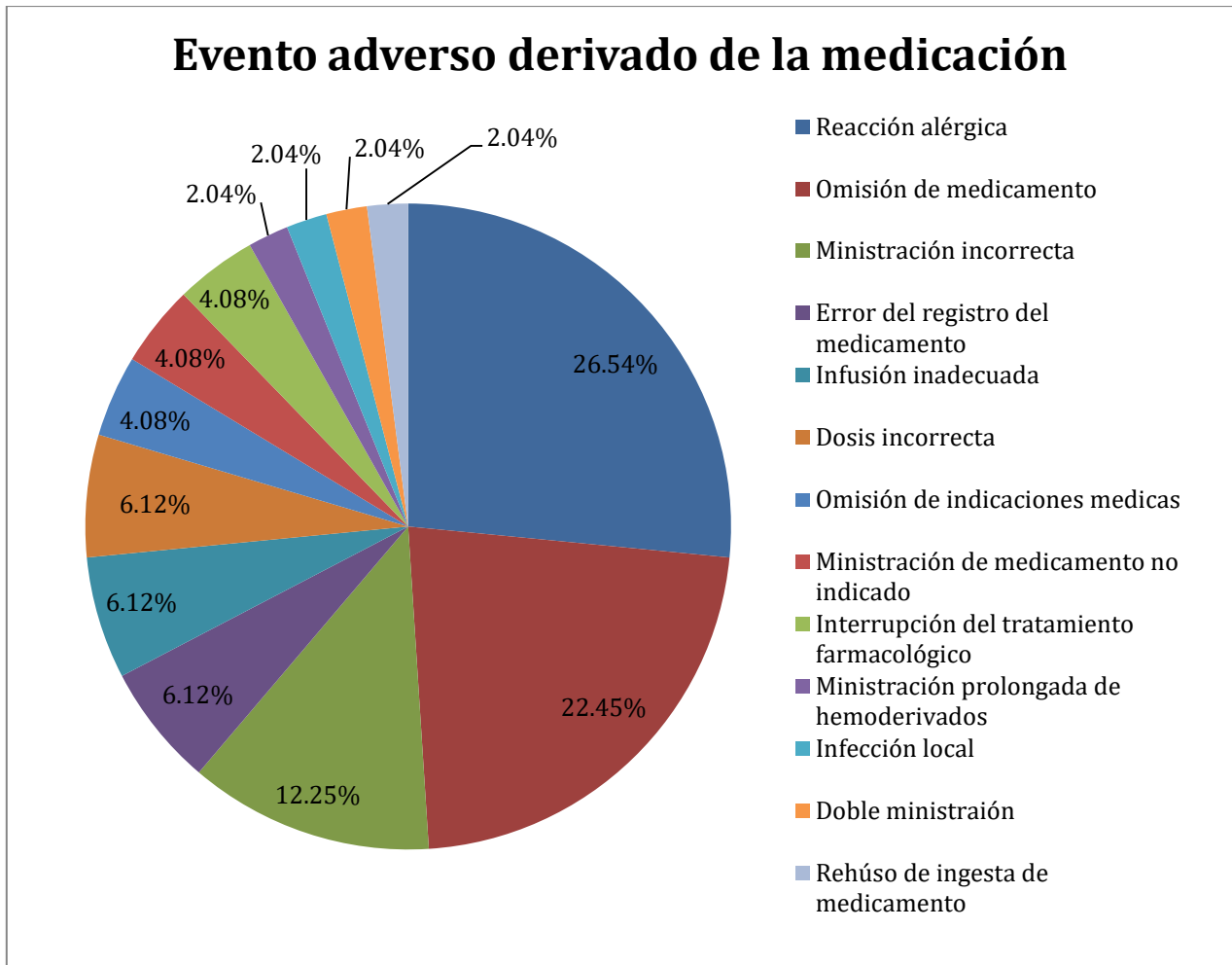
Se realizó un análisis específico para determinar el tipo de evento adverso que se deriva de la clasificación de los eventos adversos, de los cuales se analizaron 4 de los más relevantes. Obteniendo lo siguiente:

TABLA 3.- EVENTO ADVERSO DERIVADO DE LA MEDICACIÓN

EVENTO ADVERSO DERIVADO DE LA MEDICACIÓN		
EVENTO ADVERSO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Reacción alérgica	13	26.54%
Omisión de medicamento	11	22.45%
Ministración incorrecta	6	12.25%
Error de registro del medicamento	3	6.12%
Infusión inadecuada	3	6.12%
Dosis incorrecta	3	6.12%
Omisión de indicaciones medicas	2	4.08%
Ministración de medicamento no indicado	2	4.08%
Interrupción del tratamiento farmacológico	2	4.08%
Ministración prolongada de hemoderivados	1	2.04%
Infección local	1	2.04%
Doble ministración	1	2.04%
Rehúso de ingesta de medicamento	1	2.04%
TOTAL	49	100%

Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

GRÁFICA 3.- EVENTO ADVERSO DERIVADO DE LA MEDICACIÓN



Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Análisis de la gráfica 3: Nos muestra los tipos de eventos adversos que se dan derivados de la medicación en el Instituto Nacional de Rehabilitación encontrándose que el 26.54% se dan como reacción adversa inherente al tratamiento o al medicamento, seguido de la omisión de medicamento 22.45% por olvido o distracción del personal, ministración incorrecta 12.25% encontrando alguna falla en los 6 correctos, dosis incorrecta 6.12% ya se una dosis mayor o menor, error de registro 6.12%, infusión inadecuada 6.12%, omisión de indicaciones médicas 4.08%, ministración de medicamento no indicado 4.08% por distracción, por omisión de verificación de indicaciones médicas o por acción similar al medicamento prescrito, interrupción de medicamento 4.08% por falta de medicamento en el hospital, por olvido del personal al dar la dosis o por falta de recursos del paciente, ministración prolongada de hemoderivados 2.04%, infección local 2.04% referente a procedimientos inadecuados o poco asépticos de enfermería, doble ministración 2.04% por falta de comunicación efectiva entre el personal o por la ausencia de

registros clínicos de enfermería y el rehúso de ingesta de medicamentos 2.04% por el propio paciente.

TABLA 4.- EVENTO ADVERSO DERIVADO DEL CUIDADO

EVENTO ADVERSO DERIVADO DEL CUIDADO		
EVENTO ADVERSO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Caída	15	33.35%
Extracción de acceso vascular	6	13.34%
Extracción de sonda nasogástrica	4	8.89%
Movilización (lesión por presión)	3	6.67%
Extracción de sonda transuretral	2	4.45%
Extracción de cánula endotraqueal	1	2.22%
Desconexión de equipos de infusión	1	2.22%
Catéter sucio	1	2.22%
Procedimiento de enfermería	1	2.22%
Omisión de cambio de equipos	1	2.22%
Terapia de infusión incorrecta	1	2.22%
Ministración incorrecta	1	2.22%
Vendaje justo	1	2.22%
Sangrado por falta de vigilancia	1	2.22%
Manipulación de drenovack (reflejo vagal)	1	2.22%
Fuga de nutrición enteral	1	2.22%
Posible isquemia cardiaca	1	2.22%
Omisión de constantes vitales	1	2.22%
Ausencia de registros clínicos de enfermería	1	2.22%
Lesión asociada a dependencia	1	2.22%
TOTAL	45	100%

Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

GRÁFICA 4.- EVENTO ADVERSO DERIVADO DEL CUIDADO



Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Análisis de la gráfica 4: Nos muestra los tipos de eventos adversos que se dan derivados del cuidado al paciente hospitalizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación encontrándose que el 33.35% es por caídas causadas por falta de vigilancia, por obstrucción del paso del paciente, por falta de las barreras de

seguridad, por mala iluminación, por pisos húmedos, por la discapacidad del paciente o por falta de aditamentos de apoyo para el paciente. Seguido de la extracción de acceso vascular 13.34% y la extracción de sonda nasogástrica 8.89%, ocasionando algún tipo de lesión en piel y mucosas. Las lesiones por presión son un problema derivado de que el paciente no se moviliza o no tiene protecciones óseas 6.67%, la autoextracción de sonda transuretral 4.45% puede ocasionar hematuria.

TABLA 5.- EVENTO ADVERSO DERIVADO DE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

EVENTO ADVERSO DERIVADO DE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS		
EVENTO ADVERSO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Multipunciones	4	17.39%
Ministración de medicamento incorrecto	3	13.04%
Movilización	2	8.69%
Colocación no indicada de STU	2	8.69%
Alergia al látex	2	8.69%
Infiltración de acceso vascular	1	4.35%
Ministración incorrecta de líquido parenteral	1	4.35%
Pérdida de muestra sanguínea	1	4.35%
Plauquetopenia	1	4.35%
Error de etiquetado de muestra	1	4.35%
Reflejo vagal	1	4.35%
Omisión de ministración de medicamento	1	4.35%
Preparación de medicamento inadecuada	1	4.35%
Colocación de vendaje incorrecto	1	4.35%
Mala técnica de curación de catéter	1	4.35%
TOTAL	23	100%

Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

GRÁFICA 5.- EVENTO ADVERSO DERIVADO DE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS



Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Análisis de la gráfica 5: Nos muestra los tipos de eventos adversos que se dan derivados de los procesos clínicos encontrándose que el 17.39% es por multipunción al querer colocar acceso vascular esto a causa de venas de difícil manejo o por falta de habilidad del personal. El 13.04% por ministración de medicamento incorrecto, omisión de cambios posturales y colocación de sonda transuretral 8.69%. Otros eventos que se presentan son el membretado incorrecto de muestras, extravió de muestras, vendajes muy justos que pueden comprometer

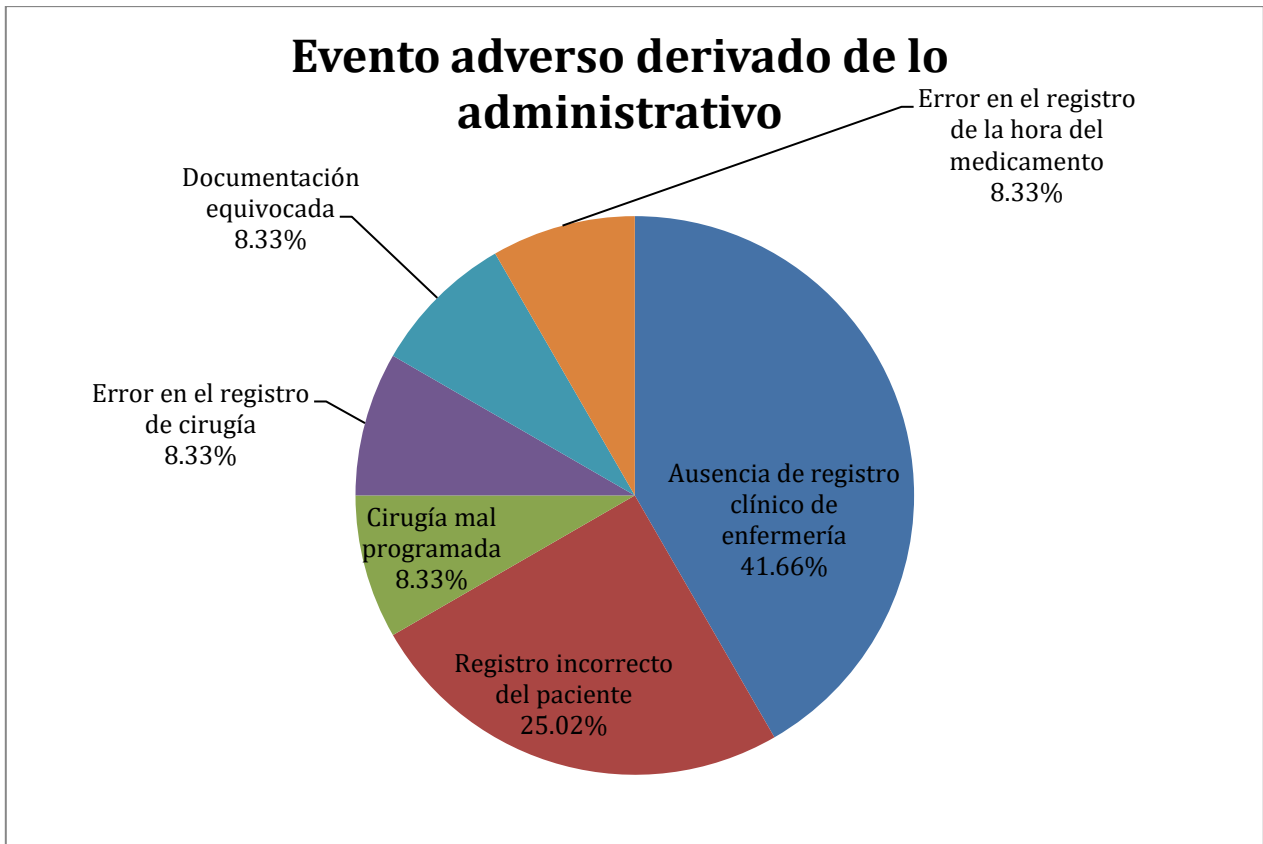
el estado neurovascular distal o recibir un diagnóstico y/o tratamiento a tiempo y adecuado.

TABLA 6.- EVENTO ADVERSO DERIVADO DE LO ADMINISTRATIVO

EVENTO ADVERSO DERIVADO DE LO ADMINISTRATIVO		
EVENTO ADVERSO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Ausencia de registro clínico de enfermería	5	41.66%
Registro incorrecto del paciente	3	25.02%
Cirugía mal programada	1	8.33%
Error en el registro de cirugía	1	8.33%
Documentación equivocada	1	8.33%
Error en el registro de hora del medicamento	1	8.33%
TOTAL	12	100%

Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

GRÁFICA 6.- EVENTO ADVERSO DERIVADO DE LO ADMINISTRATIVO



Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

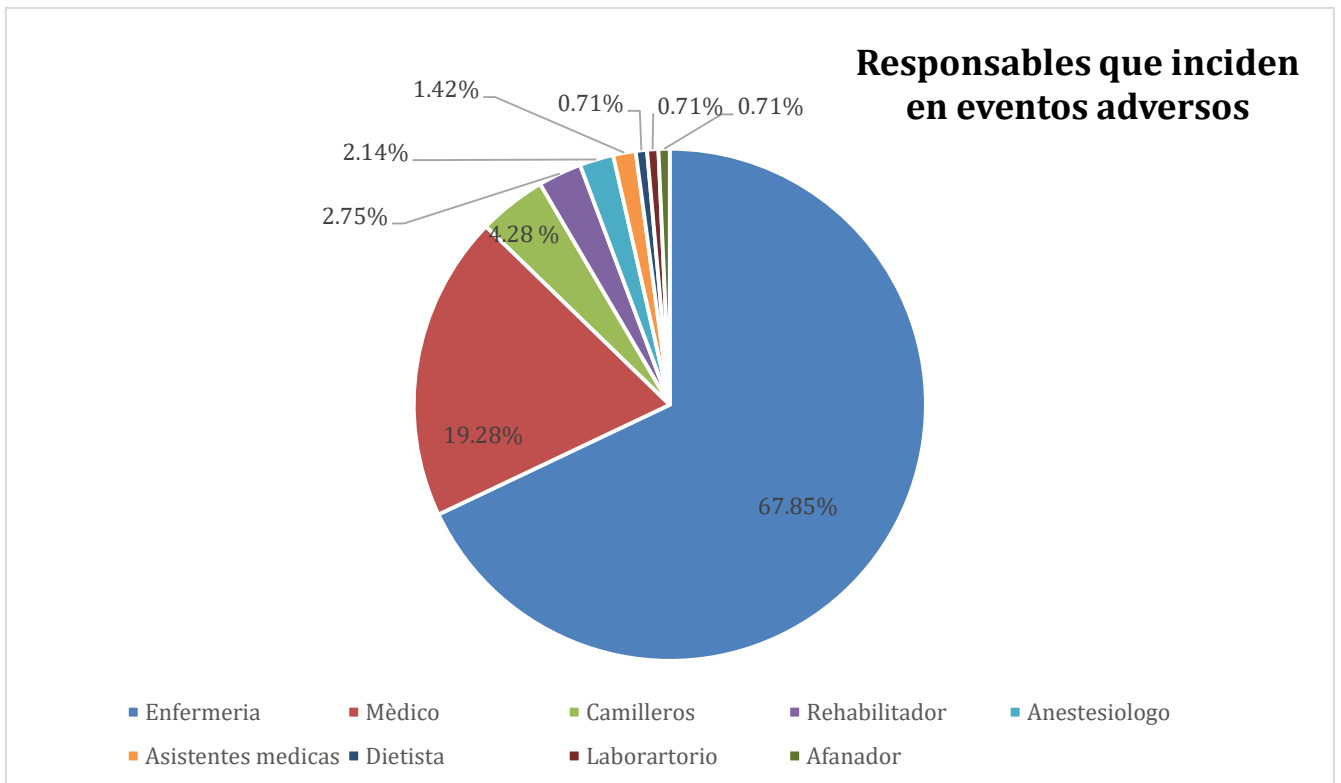
Análisis de la gráfica 6: Nos muestra los tipos de eventos adversos que se dan derivados de lo administrativo encontrándose que el 41.66% enfermería omite u olvida registrar, por lo cual hay ausencia de registros clínicos de enfermería, el 25.02% se registra de manera incorrecta al paciente desde archivo, encontrándose errores en el nombre, falta de algún apellido, fecha de nacimiento incorrecta y diagnóstico erróneo, el 8.33% representa los errores en las programaciones de cirugía o documentación equivocada debido a traspapelación de los expedientes clínicos, en algunos casos se extravía la documentación.

TABLA 7. RESPONSABLES QUE INCIDEN EN EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO

Responsables que inciden en eventos adversos en el instituto		
Responsable	Población	Porcentaje
Enfermería	95	67.85 %
Médicos	27	19.28 %
Camilleros	6	4.28 %
Rehabilitadores	4	2.25%
Anestesiólogos	3	2.14 %
Asistentes medicas	2	1.42%
Dietista	1	0.71 %
Laboratorio	1	0.71 %
Afanador	1	0.71 %

Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación

GRAFICA 7. RESPONSABLES QUE INCIDEN EN EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO



Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación

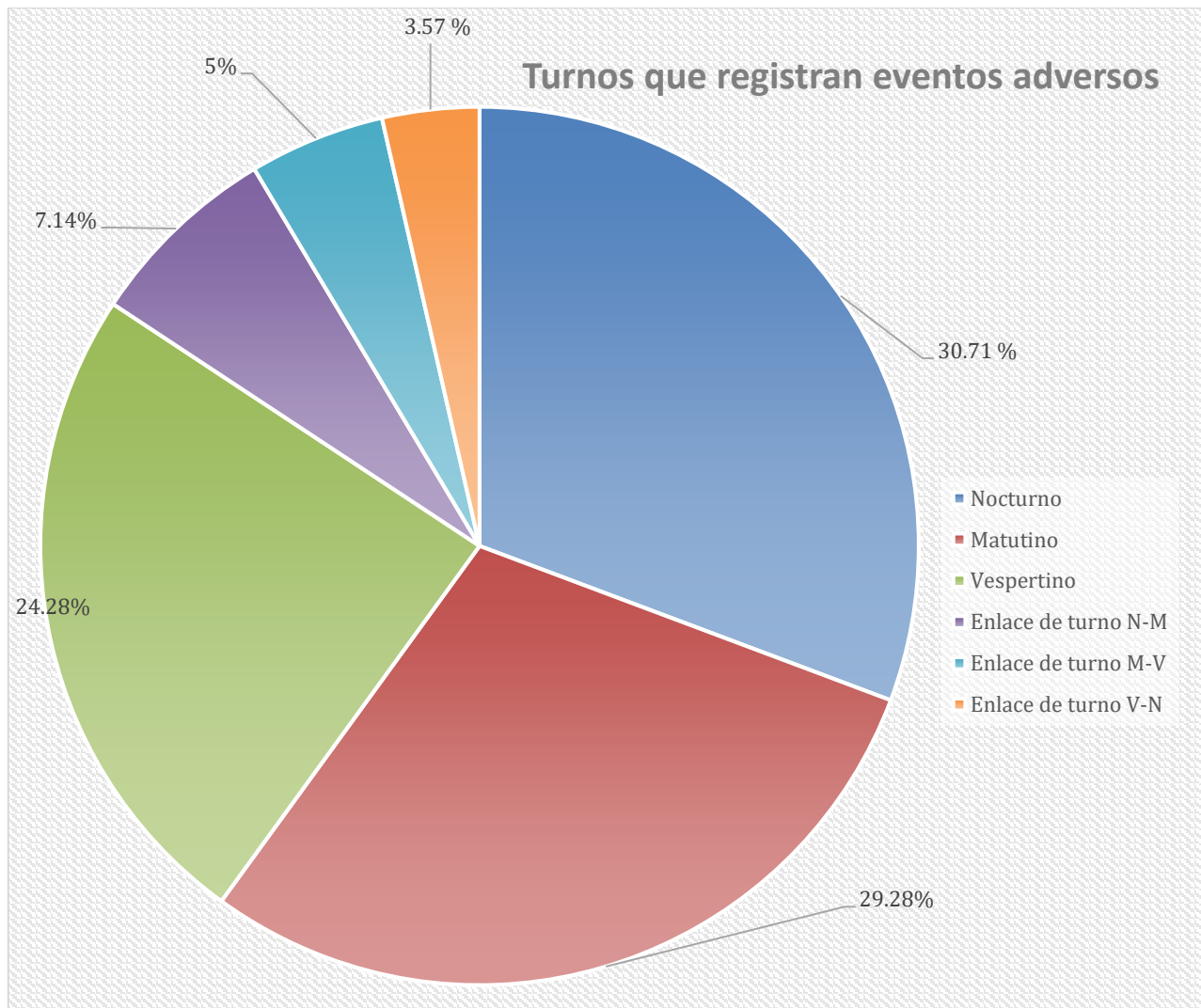
Análisis de grafica 7. Nos muestra que el 67.85 % de los eventos adversos fueron cometidos por el servicio de enfermería. El personal de enfermería son quienes permanecen mayor tiempo con los pacientes y pueden detectar fácilmente situaciones adversas, sin embargo la sobrecarga de trabajo en el hospital debido a la demanda de pacientes y cuidados que se necesitan brindar, alteran la calidad del cuidado de enfermería, ocasionando que incidan a cometer eventos adversos.¹⁸ Por el otro lado 19.28% de los errores son cometidos por el personal médico, que en ocasiones a la demanda de paciente y la presión que existe en el hospital, no prestan atención en lo que hacen provocando un evento adverso. El 4.28% de estos eventos adversos son cometidos por los camilleros, en ocasiones por el poco personal que se cuenta para movilizar al paciente provoca que dicha movilización se realice de manera rápida, sin tomar las precauciones necesarias. Así mismo el 2.75% de los eventos adversos ocurren por los rehabilitadores que no tienen las medidas adecuadas para realizar la terapia. El 2.14% de los eventos adversos reportados son cometidos por los anestesiólogos en el área del quirófano. Mientras que un 1.42 % de estos eventos son realizados por las asistentes médicas. Por ultimo un porcentaje de 0.71% cada uno de estos eventos registrados son llevados a cabo por el personal de la dieta, afanador y el laboratorio

TABLA 8. TURNOS QUE REGISTRAN EVENTOS ADVERSOS

Turnos que registran eventos adversos		
Turnos	Población	Porcentaje
Nocturno	43	30.71 %
Matutino	41	29.28 %
Vespertino	34	24.28 %
Enlace de turno Nocturno-Matutino	10	7.14 %
Enlace de turno Matutino- Vespertino	7	5 %
Enlace de turno Vespertino-Nocturno	5	3.57%

Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

GRAFICA 8. TURNOS QUE REGISTRAN EVENTOS ADVERSOS



Fuente: Reporte anual de eventos adversos del año 2019 del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Análisis de gráfica 8. Nos muestra que el turno con mayor incidencia es el Nocturno con 30.71% lo cual es un punto preocupante ya que no hay personal suficiente. El turno Matutino representa un 29.28% siendo el turno con mayor personal, factores predisponentes que repercuten son: cantidad de trámites, cuidados y cantidad de paciente que provoca que exista mayor incidencia en eventos adversos, así mismo es importante mencionar que el personal no alcanza para cubrir todas las necesidades del paciente. El turno Vespertino se posiciona con 24.38 % lo cual es un factor alarmante, ya que existe menor cantidad de tareas y el porcentaje refleja que no existe la atención necesaria para cubrir con las necesidades del paciente. Mientras tanto en el enlace de turno nocturno-matutino cuenta con un 7.14% ya que

El personal especialmente el de enfermería está más centrado en otras tareas. Durante el enlace de turno matutino- vespertino se presenta con un 5%, dando a demostrar que existe falta de atención y concentración en la hora de salida del turno Matutino. Por ultimo tenemos al enlace de turno vespertino-nocturno con un 3.57% donde también existe mayor preocupación por salir puntual y no se presta la atención requerida.

12. CONCLUSIONES

Los eventos adversos se derivan de factores intrínsecos, extrínsecos (ya mencionados anteriormente en el marco teórico) y parte del sistema que se encuentra en el instituto, usualmente los eventos adversos ocurren durante la estancia hospitalaria afectando de manera directa o indirecta la salud del paciente, provocando principalmente afecciones ortopédicas y musculo esqueléticas, que a su vez perjudican el bienestar y calidad de vida del paciente.

Con este trabajo de investigación se concluye que los diferentes tipos de eventos adversos se presentan en cualquier servicio del instituto, sin embargo servicios como: traumatología, quirófano de ortopedia y agudos, debido a la gran demanda de pacientes y procedimientos que se realizan recaen con mayor incidencia al cometer eventos adversos. Por otra parte este trabajo menciona que el turno nocturno se perfila en primer lugar con un porcentaje de 30.71% ante el registro de eventos adversos, lo cual podría ser un punto alarmante debido a que no hay factor único que respalde dicho resultado, es cierto que la falta de personal en los diferentes turnos afecta la seguridad del paciente provocando la presencia de eventos adversos que pueden repercutir en la salud del paciente. Así mismo también se encontró que el personal más involucrado con el paciente como son: el personal médico y enfermería, cometen eventos adversos principalmente en áreas del cuidado y medicación.

Para finalizar la información plasmada en este trabajo de investigación aporta información para la toma de decisiones basadas en evidencia en la gestión, el cuidado directo, la formación y la capacitación de recursos humanos, así como para la infraestructura en salud, ya que se describen los factores presentes en las áreas de hospitalización de unidades médicas de alta especialidad, y considerarlo como una contribución para la política de calidad en salud. En distintos lugares del mundo se están realizando esfuerzos organizados para conocer cuáles son los principales riesgos de la atención a la salud, identificar sus causas, así como desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas, lo cual plantea un reto significativo para la enfermería en los próximos años.¹⁸

Para asegurar la calidad de la atención y la seguridad del paciente se debe de cumplir de manera estricta la aplicación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente para reducir la incidencia de eventos adversos en las instituciones que brindan servicios de salud.

13. RECOMENDACIONES

Las instituciones de salud y sus dirigentes deben asegurar oportunidad y efectividad en los cuidados para que estos sean considerados de calidad y libres de riesgo, ya que la realización de ellos determina en gran medida el éxito o fracaso en la recuperación de los pacientes. Para la OMS lo más importante en materia de seguridad del paciente es evitar que estos sufran daños durante la atención, por ello asegurar la calidad de la atención y la seguridad del paciente es el mayor reto al que se enfrentan las enfermeras. Para poder prevenirlos es necesario conocer sus causas a partir de sistemas de notificación de reportes y gestionar estrategias encaminadas a garantizar la calidad en la atención dirigida al personal, al paciente y a la organización de salud en su conjunto.

Por otra parte ante la exigencia reciente de la sociedad ante un evento adverso no solo incluye la reparación del daño “sino también la comunicación abierta y franca, muestras de empatía, soporte y apoyo para pacientes, familiares y profesionales, asunción de responsabilidad, y un proceso posterior de aprendizaje y mejora” por ese motivo se han implementado algunas recomendaciones para preservar las acciones esenciales para la seguridad del paciente, y de esta manera tener un mejor manejo ante un evento adverso. ¹⁹

Con todo lo anterior falta mencionar que cada institución tiene su protocolo de acción ante la notificación de un evento adverso, por lo cual este presente trabajo de investigación sugiere las siguientes recomendaciones.

1. RESPUESTA INMEDIATA ANTE UN EVENTO ADVERSO

Dicha respuesta implica el reconocimiento del principal responsable, posteriormente el daño que se ocasiono en el paciente y finalmente notificar el tipo del evento adverso ocasionado. Es importante mencionar que la notificación del evento adverso debe ser con transparencia en la gestión, la capacidad de disculpa y la asunción de responsabilidad.

2. COMUNICACIÓN A PACIENTE Y FAMILIARES

La comunicación sincera y veraz de resultados inesperado. La comunicación de un evento adverso no es un elemento aislado dentro del proceso asistencial, durante la notificación del evento adverso debe existir una comunicación constante y fluida. La información al paciente debe incluir referencias sobre los hechos, las posibles causas, las consecuencias para

su proceso médico, la investigación realizada, las medidas adoptadas para mejorar y la petición de disculpas.

El objetivo principal de la comunicación no es lograr que el paciente o la familia desistan de iniciar acciones legales o reclamaciones. El fin esencial por parte del profesional es la información sincera y continua para conseguir el bienestar, la recuperación y la satisfacción del paciente

3. APOYO A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS

En muchas ocasiones no se notifican los eventos adversos debido al miedo de salir perjudicado. El plan de actuación frente a la notificación de un evento adverso debe ser flexible atendiendo a las circunstancias del evento adverso, y se ejecutará escalonadamente en los 3 estamentos organizativos: el servicio clínico implicado, la institución sanitaria y la organización sanitaria.

Los profesionales involucrados deben estar “acompañados y apoyados” por el responsable del servicio y sus colegas, además de ser alentados a hablar, discutir y reflexionar sobre los acontecimientos. Es primordial el apoyo emocional desde un primer momento.

4. DOCUMENTACIÓN Y NOTIFICACIÓN

DOCUMENTACIÓN: Es esencial para el cuidado apropiado del paciente, para facilitar el aprendizaje a partir del incidente y para tener un registro exhaustivo y veraz en caso de que se iniciaran acciones legales. Debe ser lo más objetiva posible, evitando juicios de valor y, muy especialmente, comentarios despectivos sobre otros profesionales o comentarios que favorezcan intereses propio.

NOTIFICACIÓN: Debe incluir los hechos, las medidas adoptadas y los datos de la comunicación al paciente y/o a los familiares. No debe contener juicios de valor, especulaciones ni atribución de causalidad no comprobada o de culpabilidad. El paciente y/o los familiares deben conocer a quién y a qué instituciones se ha informado del evento adverso. La notificación se realizara de manera responsable y honesta al informar al paciente.

5. INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LA PROPABLE REPERCUSIÓN ANTE EL EVENTO ADVERSO

INVESTIGACIÓN: Permitirá prevenir recurrencias de eventos similares en futuros pacientes. Identificar y corregir los factores que han contribuido al incidente es el primer paso para mejorar la seguridad de un sistema que ha fallado.

ANÁLISIS: Permite aprender de los errores, cambiar la práctica clínica y mitigar el impacto negativo de estos incidentes sobre los profesionales.

Las recomendaciones dadas son opcionales, cada institución maneja de manera diferente la notificación ante un evento adverso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández S. Los eventos adversos y la seguridad del paciente: Boletín informativo CONAMED-OPS. 2015; 3-9 pp.
2. Román A. Modelos de gestión en las organizaciones de salud. Rev. Biomédica revisada por pares: Med Wave. 2012; 12(3).
3. Mora Dr. J, Barajas Dr. E, De cordero G, et al. Perfiles de enfermería. Secretaria de Salud. México. 2005: 5-18 pp.
4. Infomed: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Funciones y técnicas asistenciales del personal de enfermería técnico [Internet]. Cuba: 2015 (Actualizado 2 de junio 2020; Consultado 4 de junio 2020). Disponible en: <http://enfermeriacubana.sld.cu/funciones-y-tecnicas-asistenciales-del-personal-de-enfermeria-tecnico>.
5. Moreno M. Calidad y seguridad de la atención. Ciencia y Enfermería XIX (1), 2013, 7-9 pp.
6. Ibidem, 3-4 pp.
7. Ibidem, 5-6 pp.
8. Rizo J, Rodríguez R, Ochoa J, et al. Boletín informativo; CONAMED-OMS-OPS: Incidentes adversos. 2016: 3-39 pp.
9. Agra Y. Seguridad del paciente y gestión del riesgo; Principios básicos sobre seguridad del paciente. Conceptos, herramientas y recursos para la ayuda en la mejora de la seguridad en la atención sanitaria [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado 20 abril 2020]. Tema 14.9; 1-40 pp.
10. Rodríguez R. Mora E. Incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad de los pacientes. Una propuesta de clasificación enfocada en la gestión organizacional. CONAMED-OPS. Febrero 2019. 31-33 pp
11. Rodríguez V, Cristina M, Pérez C. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. México. Enferm. Universitaria UNAM. 2007; 4(1): 35-38 pp.
12. Hernández R, Collado C, Lucio P. Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana. México, CDMX. 2003: 1-18 pp.
13. INTER. Investigación correlacional [Internet]. Centro Universitario Interamericano (Consultado 1 de junio 2020). Disponible en: http://metodologiainter.weebly.com/uploads/1/9/2/6/19268119/investigacion_correlacional.pdf.
14. Graterol R. Metodología de la investigación. Universidad de Los Andes. Facultad de Ciencias Jurídicas, Políticas y Criminológicas. Escuela de Derecho. Mérida. 2011: 1-10 pp.
15. Alba A, Papaqui J, Zarza MD, et al. Errores de enfermería en la atención intrahospitalaria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011; 19(3): 149-154 pp.
16. Salvador, J. Hernández, J. Ética de la investigación científica. Universidad Autónoma de Querétaro. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010

17. Jaramillo, M. Paola, D. María C. Consideraciones éticas del rol de la enfermería en la coordinación de estudios clínicos. Rev. Cuidarte; 2011: 2 (1). Disponible en: <https://revistacuidarte.org/index.php/cuidarte>
18. Zárate R, Salcedo R, Olvera S, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. Rev. Univer. 2017; 14(2): 284 pág.
19. ELSEVIER. Recomendaciones para la respuesta institucional a un evento adverso. Volumen 31. Número 1. 42-54 pág. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-recomendaciones-respuesta-institucional-un-evento-S1134282X15001098>