

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“EVENTOS ADVERSOS, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATAL DE UN HOSPITAL DE
SEGUNDO NIVEL DEL SURESTE DE MÉXICO”**

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Enfermería Pediátrica**

Presenta:

L.E Gabriel Miguel Pérez Brito

Directores:

M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue

DE. Verónica Guadalupe Carrera Paz

Villahermosa, Tabasco.

Agosto 2022


Of. No. 0729/DACS/JAEP
12 de octubre de 2022

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Gabriel Miguel Pérez Brito
Especialidad en Enfermería Pediátrica
Presente


Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores, Dra. Laura Guillermina Tejero Pérez, M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez, M.C.E. Amelia Hernández de la Cruz, M.C.E. María Eugenia Sánchez Gómez y el M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue, impresión de la tesis titulada: "EVENTOS ADVERSOS, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DEL SURESTE DE MEXICO", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Enfermería Pediátrica, donde funge como Director de Tesis la M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue y la M.T.E. Verónica Guadalupe Carrera Paz.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue.- Director de tesis
C.c.p.- M.T.E. Verónica Guadalupe Carrera Paz.- Director de tesis
C.c.p.- Dra. Laura Guillermina Tejero Pérez.- Sinodal
C.c.p.- M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez.- Sinodal
C.c.p.- M.C.E. Amelia Hernández De la Cruz.- Sinodal
C.c.p.- M.C.E. María Eugenia Sánchez Gómez.- Sinodal
C.c.p.- M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue.- Sinodal

 C.E.P. Archivo
COMUNICACIONES



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA FEDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 23 del mes de septiembre de 2022 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"EVENTOS ADVERSOS, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DEL SURESTE DE MÉXICO"

Presentada por el alumno (a):

Pérez	Brito	Gabriel Miguel
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matrícula

2	1	2	E	1	7	0	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Enfermería Pediátrica

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue	D.E. Verónica Guadalupe Carrera Paz
Directoras de Tesis	

Dra. Laura Guillermina Tejero Pérez

M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez

M.C.E. Amelia Hernández De la Cruz

M.C.E. María Eugenia Sánchez Gómez

M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

ESTUDIO EN LA DEUDA. ACCIÓN EN LA FE



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Coordinación de
Difusión Cultural,
Extensión y
Servicio Social



Villahermosa, Tabasco 20 de Septiembre de 2022

Asunto: Carta de cesión de derechos

El que suscribe Gabriel Miguel Pérez Brito alumno del programa de la Especialidad en Enfermería Pediátrica con el número de matrícula 212E17007 adscrito a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco manifiesto que es el autor intelectual del trabajo de tesis titulado **"Eventos Adversos en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal de un Hospital de segundo nivel Sureste de México"** bajo la dirección de la MCE M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue y M.C. Verónica Guadalupe Carrera Paz, conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI, artículo 31; el alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines Académicos y de investigación

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráfico o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección gabrielmiguelperezbrito@gmail.com si el permiso se otorgó al usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Se firma la presente autorización en la ciudad de Villahermosa, Tabasco a los 20 días del mes de Septiembre del año 2022.

AUTORIZO

Gabriel Miguel Pérez Brito
Especialidad en Enfermería Pediátrica



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi alma mater, a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud, Coordinación de Estudios de Posgrado de la Especialidad en Enfermería Pediátrica por abrirme sus puertas y enriquecer más en los conocimientos y habilidades para ser un mejor enfermero Pediátrico.

A mis profesores de la Especialidad Enfermería Pediatría, ciclo escolar Septiembre 2021-Agosto 2022, a cada uno de ustedes que nos aportó mucho conocimiento, y experiencias en la práctica clínica formar un personal altamente capacitado que es lo que somos hoy.

A mis nuevas amigas de la especialidad de Enfermería Pediatría Stephani Jiménez (Tefi), Verónica Bocanegra(ama), Karla Sánchez (Karlita), Zaira Santos (Zaidita) Elizabeth Catillo (Eli), y Janet Osorio (Janecita).

A la M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue y la Doctora en E. Verónica Guadalupe Carrera Paz, por adquirir el compromiso de ser mi guía en el inicio y final en este camino de aprendizaje, siempre positiva, con mucha paciencia y comprensión hacia mi persona para lograr el cumplimiento de esta meta.

A la DCE. Aralucy Cruz León por el apoyo brindado para el logro y culminación de mi tesis, por estar siempre pendiente ahí haciendo las correcciones necesarias, y por sus buenas palabras de aliento, un ejemplo a seguir.

A mi hermano José del Carmen por su apoyo incondicionalmente económicamente por apoyarme en esta etapa de mi vida.

A mi amiguita chula Stephani Jiménez por su apoyo incondicional por estar ahí, aconsejándome y nuestra bonita amistad que tenemos te quiero mucho amigo, Dios bendiga tú hermosa familia.

A mi amiga Fabi Mozo, por estar ahí, ¡dándome siempre un consejo que necesitaba y por las buenas palabras de aliento gracias amiga te quiero mucho MAPS!!!

A mi sobrina Xóchitl por estar siempre pendiente de mí. gracias mi niña TE AMO



DEDICATORIAS

A Dios por permitirme culminar una de las metas que me he propuesto. si!! ¡Su bendición siempre me ha acompañado en por el buen camino! ¡¡¡¡TE AMO MÍ DIOS VIVO!!!!

A mis bellos Ángeles que están en el cielo mí Abuelita Petrona Jiménez y Carmen Brito, mis Niños María Pérez Brito y Ramón Pérez Brito que siempre y me guía y me cuidan, por estar siempre conmigo en todos los proyectos que me propongo†, siempre los llevare en mí corazón. *Virgen del Monte Carmelo por tú, escapulario Santo lléalos contigo al cielo y cúbrela con tú, ¡Santísimo manto para que descanse en Paz así sea!*

A mis Padres por ser siempre ese motivo, para darle lo mejor de lo mejor los amo mucho Miguelina Brito Jiménez “TE AMO MUCHO TELITA, OLLITA”, y Sebastián Pérez Hernández.

A mis hermanas y hermano Charito, Lupita, Aminta y José Pérez Brito.

Gabriel Miguel Pérez Brito



Índice

Tabla de contenido	Pág.
AGRADECIMIENTOS	I
DEDICATORIAS	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
GLOSARIO	VIII
ABREVIATURAS	XI
Capítulo I	1
Introducción	1
Planteamiento del Problema	1
Marco de Referencia	6
Definición de Términos	6
Estudios Relacionados	9
Objetivo General	17
Objetivos Específicos	17
Capítulo II	18
Metodología	18
Diseño del Estudio	18
Población y Muestra	18



Criterios de Inclusión.....	19
Criterios de Exclusión.....	19
Instrumentos.....	19
Procedimiento de la Recolección de la Información	21
Consideraciones Éticas	22
Estrategias para el Análisis de Datos	24
Capítulo III.....	25
Resultados.....	25
Capítulo IV.....	29
Discusión	29
Conclusiones.....	31
Recomendaciones	33
Referencias Bibliográficas.....	34
Apéndice	39
A Cédula sociodemográfica.....	40
B Programa de Trabajo.....	43
C Recursos Humanos.....	45
D Recursos Materiales	46



Tablas

Tablas	Paginas
1. Personal de enfermería según Variables Sociodemográficas	25
2 Personal de enfermería según datos laborales	26
3 Personal de en según conocimiento sobre definición de Evento Adverso	26
4. Ocurrencia de Eventos Adversos	27
5. Personal de enfermería según ocurrencia de EA a otros miembros del equipo de salud	27
6 Tipo de EA y Servicio del ocurrencia	28

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Resumen

INTRODUCCION: La seguridad del paciente se ve afectada principalmente por la ocurrencia de los eventos adversos. Un evento adverso (EA) es un acontecimiento imprevisto e inesperado que produce una lesión al paciente como resultado de una intervención sanitaria en cualquier nivel de atención a la salud. Zárate, et al (2015). **OBJETIVO** Conocer la perspectiva de la ocurrencia de eventos adversos del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel en el Sureste de México **MATERIAL Y MÉTODO** descriptivo, transversal y prospectivo Polit (2018), **RESULTADOS:** La muestra estuvo conformada por 26 enfermeras de la institución; la media de edad fue de 38.19 años con una desviación estándar 8.23, de género femenino 96.2%, masculino con 3.8%, de religión católica el 92.3%, con nivel académico de licenciatura 61%, posgrado de 23%, el 84% es personal de base, sólo trabaja en una institución el 96.2%, en cuanto los años de antigüedad laboral del personal de Enfermería con una media de 11.81 y desviación estándar de 6.06 años **CONCLUSION:** Los eventos adversos con relación a procedimiento se producen con más frecuencia y, son más a menudo prevenibles y sus consecuencias son más graves. Por lo tanto, los eventos adversos tienen un impacto importante durante las hospitalizaciones. Sin embargo, en la actualidad existen soluciones basadas en la evidencia para reducir los EA. Los resultados apuntan a las causas humanas para mejorar la seguridad de la atención neonatal.

Palabras Claves: **Eventos Adversos**



ABSTRACT

INTRODUCTION: Patient safety is mainly affected by the occurrence of adverse events. An adverse event (AE) is an unforeseen and unexpected event that causes injury to the patient as a result of a health intervention at any level of health care. Zarate, et al (2015). **OBJECTIVE** To know the perspective of the occurrence of adverse events of the nursing staff in a second level hospital in the Southeast of Mexico **MATERIAL AND METHOD** descriptive, cross-sectional and prospective Polit. (2018), **RESULTS:** The sample consisted of 26 nurses from the institution the mean age was 38.19 years with a standard deviation of 8.23, 96.2% female, 3.8% male, 92.3% Catholic, 61% undergraduate academic level, 23% postgraduate, 84% personal. As a base, only 96.2% work in an institution, in terms of the years of work seniority of the Nursing staff with a mean of 11.81 and a standard deviation of 6.06 years. **CONCLUSION:** Adverse events related to the procedure occur more frequently and, they are more often preventable and their consequences are more serious. Therefore, adverse events have an important impact during hospitalizations. However, there are now evidence-based solutions to reduce AEs. The results point to human causes to improve the safety of neonatal care.

Keywords: adverse event



GLOSARIO

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015) define los siguientes conceptos relacionados con los eventos adversos en los siguientes términos:

Seguridad del paciente: Es la disminución del riesgo o daño asociado a la atención sanitaria.

Reacciones adversas: Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

Efecto adverso: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.

Eventos adversos: son incidentes inesperados e indeseables relacionado directamente con la atención; es decir, el daño causado es resultante del manejo del personal de salud y no de una enfermedad subyacente. (Llerena, 2015).

Cuasi evento: es un evento o situación que podría haber causado un accidente, lesión o enfermedad en el cliente, pero que no ocurrió, bien sea por azar o por intervención oportuna. Existe factores en la relación de la salud que contribuye a que sucedan eventos adversos evitables: falibilidad humana, complejidad, deficiente en los sistemas de vulnerabilidad de las barreras defensivas.

Daño asociado 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 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 prevenible: 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.

Infracción: Es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producir un incidente.



Cuasierror: Es un incidente que no alcanza al paciente, pero que evidentemente debe ser considerado para estudio.

Evento adverso prevenible: Es el que se genera por una atención inadecuada que se brinda al paciente, resultado no deseado, no intencionado que se habría evitado con el cumplimiento de los estándares o protocolos establecidos, este evento prevenible repercute en la recuperación del paciente (Rodríguez, 2015).

Factores de riesgo intrínsecos: Son aquellos relacionados directamente con el paciente, las condiciones clínicas del paciente, (factores sociales mentales, psicológicos e interpersonales).

Factor extrínseco: Los cuales están relacionados con el tratamiento y el cuidado y el cuidado intrahospitalario, a través de dispositivos y manejo terapéuticos.

Los errores de medicación: Son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende. (Aitken & Gorokhovich, 2019).



ABREVIATURAS

EA: Evento adverso

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

UCIA: Unidad de Cuidados Intensivos Adultos

M.I: Medicina Interna

C: Cirugía

UA: Urgencias Adultas

UP: Urgencias Pediátricas

f: Frecuencia.

%: Porcentaje

DE: Desviación Estándar

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Capítulo I

Introducción

Planteamiento del Problema

La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, con especial énfasis en quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento de eventos adversos por el personal de salud constituye un instrumento de mejora para establecer medidas preventivas en los sistemas de salud, ya que permite conocer el problema, su magnitud y los factores que lo condicionan. De ahí la importancia de explorar los factores que contribuyen u obstaculizan la notificación de eventos adversos.

El cuidado de la salud de la persona es el principal objetivo de la enfermería, dentro de estos cuidados el profesional de enfermería realiza un sinnúmero de procedimientos para prevenir, curar o reestablecer la salud. En cualquier nivel de atención a la salud la seguridad del paciente es una de las principales metas de la calidad, la seguridad es pues garantizar al usuario que no se causará ningún daño a su situación actual de salud, aunque se tiene que recordar que algunos procedimientos siempre implican un nivel de riesgo que se debe de informar al usuario o en su defecto a los familiares, en las unidades de cuidados críticos es dónde se presentan con más frecuencia las situaciones de riesgo.

La seguridad del paciente se ve afectada principalmente por la ocurrencia de los eventos adversos. Un evento adverso (EA) es un acontecimiento imprevisto e inesperado que produce una lesión al paciente como resultado de una intervención sanitaria en cualquier nivel de atención a la salud. Se conoce que los procesos de atención en la salud llevan implícitos una serie de riesgos, derivados de un sin número de factores que



favorecen la aparición de los eventos adversos, por lo que es importante identificarlos oportunamente, así como clasificarlos según su naturaleza definida.

En algunos estudios se menciona factores intrínsecos y extrínsecos del sistema sanitario, los factores intrínsecos se relacionan directamente con el paciente, como edad, sexo, antecedentes patológicos, entre otros. Los extrínsecos hacen referencia al tratamiento, y cuidado intrahospitalario que se brinda a través del manejo terapéutico y dispositivos, los del sistema se refieren al recurso humano, nivel de preparación (adestramiento, conocimiento, destrezas), errores de procesos, (características propias del sistema, líneas institucionales), comunicación y equipo de trabajo (Zárate, Olvera, Hernández, Hernández, Sánchez, Valdez, Pérez y Zapién ,2015).

La Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012 señala que uno de cada diez pacientes presentó algún daño al recibir atención de la salud en el mundo. Frente a esta situación, la OMS creó la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, así prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria, para disminuir la incidencia de eventos adversos que presenta.

Las instituciones sanitarias tienen la finalidad de prevenir, detectar oportunamente o curar enfermedades, sin embargo, es frecuente que se cause daño a los usuarios por la atención de salud proporcionada. La mayoría de los estudios se han realizados en países desarrollados para evitar estos incidentes y mejorar la atención; es importante ampliar este conocimiento para conocer la realidad de los países subdesarrollados y dar una propuesta. El estudio Iberoamericano de eventos adversos [IBEAS, 2010] es el primer estudio sobre incidentes adversos que se realizó en Latinoamérica, el objetivo consistió en valorar la seguridad del paciente en hospitales latinoamericanos, uno de los resultados de su



investigación fue, que de cada 10 pacientes ingresados uno ha sufrido daño producido por los profesionales de la salud.

De acuerdo con Parellada, Hidalgo, Cruz y González (2018), un indicador importante de seguridad de paciente, es el índice de EA ocurridos en los hospitales. Los efectos indeseables derivados de la atención médica son, en muchos casos, causa de enfermedad, traumatismos, discapacidad o muerte. En países como el Reino Unido, Australia, Canadá y los Estados Unidos de América se han desarrollado investigaciones sobre la magnitud, características y secuelas de los EA, y se reporta entre un 3,7 % y un 16,6 % de EA en relación con el número total de pacientes hospitalizados.

En la unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN), es prioritario identificar los EA y los factores desencadenantes, para establecer estrategias de mejoramiento al cuidado de la salud. Estos factores se clasifican en, a) intrínsecos (relacionados directamente con el paciente), b) extrínsecos (relacionados con el tratamiento y el cuidado intrahospitalario, según el manejo terapéutico y uso de dispositivos) y, c) del sistema institucional (constituidos por el recurso humano, nivel de formación y capacitación, determinados por errores en los procesos, el equipo de trabajo, los equipamientos (Achury, Rodríguez, Díaz, Cavallo, Zarate, Vargas Salas, 2016).

Según Rodríguez, Mora y Gómez (2018), el nivel de impacto de incidente y de los EA en el modelo de reporte de gestión y diseñado en Hospital Nacional de Niños de Costa Rica se clasificó en ocho categorías o niveles, que permiten una descripción y jerarquización práctica en relación con la prioridad de atención del caso, se clasificaron los cuatro primeros, como incidente riesgo potencial leve que no afecta al paciente, riesgo potencial moderado que no afecta al paciente, riesgo potencial severo que no afecta al



paciente, afectación mínima y transitoria sin lesiones, EA requirió valoraciones clínicas, pero sin secuelas, requirió medidas clínicas con secuelas transitorias, requirió medidas clínicas con secuelas permanentes y requirió medidas clínicas, pero hubo fallecimiento.

En México reportan Zárate, Salcedo, Olvera, Hernández, Pérez y Terrazas (2017) que los servicios con mayores EA fueron, cuidados coronarios (18.1%), unidad de terapia intensiva (14.4%), urgencias con (8.9%), pediatría (7.2%), infectología (6.1%), neurología (4.6%), unidad de terapia intensiva pediátrica con (4.4%), quirófano (4.1%), cirugía general (3.9%), neonatología (3.7%) y otros servicios (24.4%); los autores reportan un índice enfermera paciente variado, que fue desde 11 pacientes por enfermeras en algunas unidades de cuidados críticos, hasta 1.5 pacientes por enfermeras en los servicios de hospitalización.

Al ser los EA unos de los principales problemas del sector salud, es primordial identificar la incidencia de estos en los servicios con mayor riesgo de presencia de EA, como es la UCIN, por lo consiguiente se pretende realizar la investigación en el Instituto Mexicano del seguro social Dr. Bartolo Reynés Berezaluce del Sureste de México. La enfermera pediatra tiene un papel muy importante su gran reto es supervivencia del neonato o del recién nacido, por lo consiguiente enfermería especialista debe de estar a la vanguardia en la capacitación y actualización y en el conocimientos científicos y tecnológicos, para brindar una atención de calidad en el cuidado integral en el paciente pediátrico.

El personal de enfermería en la UCIN realiza diversas intervenciones dirigidas a la atención y restauración de la salud del recién nacido, entre las cuales se encuentra una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Las intervenciones de enfermería son



fundamentales para la mejora de la salud del recién nacido, por lo tanto, el profesional de enfermería debe asumir responsablemente el manejo, cuidado y protección de todos los recién nacidos hospitalizados en la Unidad UCIN, principalmente en los prematuros quienes por su condición presentan mayor vulnerabilidad.

Por lo anterior, la presente investigación tiene plantea resolver la siguiente pregunta: ¿Cuál es la perspectiva del personal de enfermería sobre la ocurrencia de eventos adversos en una unidad hospitalaria de segundo nivel en el sureste de México?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Marco de Referencia

Definición de Términos

Evento adverso: es cualquier suceso médico indeseable que pueda presentarse en un sujeto de investigación durante la etapa de investigación clínica de un medicamento o vacuna pero que no necesariamente tiene una relación causal con el mismo. (La Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, instalación y operación de la farmacología).

Según el Anexo Técnico No. 2 de la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, el evento adverso es todo incidente imprevisto e inesperado que resulta de la consecuencia de un tratamiento, procedimiento o por una complicación médica, no por la enfermedad subyacente, y que resulta en una estancia hospitalaria prolongada, o una discapacidad en el momento del alta médica, o ambas cosas. Es importante aclarar que el daño que se genera no es intencionado y que puede ser o no resultado de un error. 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.

Un evento centinela: Es un evento adverso, que tiene tal magnitud que causa el fallecimiento del paciente, o le provoca lesiones físicas o psicológicas graves si llega a sobrevivir. Es una condición que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida, cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la afirmación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos EA son eventos centinelas, pero todos los eventos centinelas son eventos adversos (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, [CONAMED], 2019).



El evento sin daño: “No harm incident” o “har-mless hit” es un “incidente” que ocurre en el proceso de atención de la salud que, a pesar de haber alcanzado a contactar al paciente, al final no existe evidencia de que le haya causado daño alguno. Este concepto resulta algo confuso ya que la palabra evento está asociada con adverso, mientras que el término sin daño está asociado al concepto de incidente en la cultura organizacional sanitaria. Por tal razón, esta denominación resulta ambigua y creemos que debe ser anulada, ya que está mejor comprendida en el concepto de incidente (CONAMED, 2019).

Módulo de cuidados intensivos neonatales: Al lugar delimitado físicamente con su respectiva área tributaria, donde se ubican el mobiliario y equipamiento necesarios para la atención del neonato en estado agudo crítico. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

Unidad de cuidados intensivos o terapia intensiva: Al área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento, Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

La unidad de cuidados intensivos neonatales: Es un lugar especial donde médicos y enfermeras altamente capacitadas le brindan a tu bebé cuidados durante las 24 horas. La meta del personal de la UCIN es la misma que la tuya, ayudar a que tu bebé crezca y se vuelva lo suficientemente saludable para irse a casa contigo, De costa Prado (2020).

El hospital Como organismo de salud, dirige sus acciones a personas enfermas. Incluye, además, actividades de promoción y protección a la salud. El diccionario define



hospital como: centro de albergue y tratamiento de enfermos Según la OMS, un hospital es una parte integrante de una organización médica y social, cuya misión es proporcionar a la población asistencia médica y sanitaria tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos se irradian hasta el ámbito familiar No siempre las acciones de los hospitales se dirigieron a la atención médica; en un principio fueron centros de hospedaje de viajeros; durante la época colonial en México, también fungieron como escuelas. OMS, (2019).

El Instituto Mexicano del Seguro Social(IMSS): Es un organismo descentralizado del gobierno federal mexicano sectorizado a la Secretaría de Salud dedicada a brindar servicios de salud y de seguridad social a la población que cuenta con afiliación al instituto (denominados derechohabientes); quienes están afiliados al seguro obtienen un número de afiliación (NSS), OMS, (2019).



Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios que dieron el sustento a la presente investigación, se encontró un gran número de artículos del tema a investigar siendo estos de nivel internacional y nacional.

En Colombia, se realizó un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, que determinó la frecuencia de eventos adversos mediante revisión de historias clínicas de un hospital pediátrico de tercer nivel, con el fin de fomentar prácticas seguras encontraron 169 casos clasificados para algún suceso, de los cuales 59 fueron, Eventos Adversos, 57 incidentes, y 53 descartados por falsos positivos. Los autores concluyeron que, el 34,4% de historias clínicas presentaban algún tipo de evento adverso o incidente, revelando que algunos de estos fueron causados por la asistencia hospitalaria (Pareja, Rivas, Guerrero, & Goyes, 2017).

En Brasil, Cossul, Neiva, y Silveira (2015) realizaron un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo, los datos se recolectaron del formulario de notificación de EA, de registros médicos electrónicos, de los registros del Centro de Control de Infecciones Hospitalarias y de la dirección de la UCIN los resultados aproximadamente el 70% de los pacientes sufrió alguna clase de EA. Se registraron IRAS en el 45,6% de la población. La población más afectada fue la de bebés prematuras y con un peso al nacer < 2500 g. La extubación no planificada fue el evento más notificado. Los eventos moderados fueron los más frecuentes concluyeron que el análisis de los EA permitió visualizar su alta incidencia. Los bebés prematuros y con bajo peso al nacer presentaron más probabilidades de sufrir EA. Las IRAS y la extubación no planificada son



los principales efectos adversos que tienen lugar en la UNCI. Descriptores: seguridad del paciente; unidades de cuidado intensivo neonatal; notificación; recién nacidos.

Por otra parte, en Argentina, Davenport, Domínguez, Ferreira, Kannemann, Paganini, & Torres (2017), realizaron un estudio retrospectivo donde describieron la incidencia y la categorización de EA en niños hospitalizados. Se incluyeron 200 historias clínicas de pacientes internados, la variable de resultado del número de EA/100 ingresos y distribución del daño. Se utilizó la prueba de chi cuadrado, la prueba de t y la correlación de Pearson. Nivel de significación de $p < 0,05$. La muestra estuvo conformada por, 289 disparadores, presentaron, al menos, un EA 36 pacientes; 7 pacientes sufrieron más de uno; 45 EA fueron categoría E y F (daño temporal). Los disparadores de cuidados médicos se asociaron con EA (OR 8,1; IC 95%: 3,7-17,3; $p < 0,001$). Encontraron una correlación positiva entre el número de disparadores y el número de EA por paciente ($R = 0,46$; $p < 0,001$). Los usuarios internados en unidad cerrada (OR 2,8; IC 95%: 1,2-6,5; $p = 0,03$) y el mayor promedio de días de internación se asociaron a EA ($p < 0,001$) los autores concluyen que, una frecuencia de 26% EA, la mayoría fue daño temporal, además de que, el internamiento en una unidad cerrada, la mayor cantidad de días de internación, el mayor número de disparadores y los disparadores de cuidados generales se asociaron con la presencia de EA.

En Perú, Chumpitaz, Gutiérrez, Matzumura & Ruíz (2020), realizaron un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, con una muestra conformada por 73 EA, 58% fueron infecciones asociadas a catéter percutáneo o periférico, con frecuencia de *Staphylococcus coagulasa*. Solo el 20.5% de EA fueron reportados. Concluyeron que la prematuridad, el tiempo de hospitalización en una



unidad crítica y de exposición a diversos procedimientos, incrementaron el riesgo de ocurrencia de EA en recién nacidos.

En Ecuador, Morales, Ulloa, Rodríguez, & Parcon (2019), realizaron un estudio transversal con enfoque cuantitativo observacional, descriptivo con el objetivo describir la incidencia de los eventos adversos en los servicios de Cuidados Intensivos y Medicina Interna la muestra estuvo constituida por 125 pacientes. Se diseñó una lista de chequeo validado por un grupo de jueces expertos que recogía datos clínicos, factores de riesgo y el evento adverso asociado. resultados de los 125 pacientes evaluados, el 63 % presentaron al menos un evento adverso. Medicina Interna fue el área donde se evidenció mayor incidencia de estos; con una estancia hospitalaria mayor a siete días; de igual manera en el mismo servicio la flebitis fue el más reportado los autores concluyeron es notorio la elevada incidencia de eventos adversos encontrados en ambos servicios durante la investigación, lo que hace plantear la necesidad vital de revisar la atención que se brinda a los pacientes con la finalidad de lograr la calidad y calidez.

En Brasil, Ferreira, Fort, & Chiminelli (2015), realizaron un estudio cualitativo, con enfoque hermenéutico dialéctico, con el objetivo conocer los aspectos significativos que surgen de las enfermeras acerca de la experiencia de haber sido responsables de un evento adverso en salud. muestra de 10 enfermeras que tuvieron al menos una experiencia de responsabilidad ante un evento adverso y cuatro supervisores de enfermería con responsabilidad de supervisión al ocurrir el evento. El análisis de los datos recogidos permitió construir categorías de análisis relacionadas con las necesidades de recursos humanos. Se identificaron aspectos relevantes respecto a la necesidad de fortalecer el sistema de recursos humanos y su selección, surgiendo la dotación de personal, la carga de



trabajo, el trabajo en equipo y la formación permanente como aspectos significativos para las enfermeras. Los datos emergidos permiten visualizar un camino para poner en práctica intervenciones tendientes a colaborar con un sistema seguro de atención.

En Colombia Martínez, Álvarez, Garzón, & Rave (2019), realizó una revisión de artículos científicos publicados entre 2010 y 2017, en las bases de datos NCBI, Lilacs, Redalyc, Scielo, Elsevier, Medigraphic, Google Académico y Science Direct; escritos en español, inglés y portugués que cumplieran con criterios de pertinencia metodológica y temática. Las palabras clave empleadas fueron: eventos adversos, enfermería pediátrica y seguridad del paciente. Los artículos fueron evaluados con las escalas Prisma, Strobe y Coreq. Resultados: Se seleccionaron 14 artículos que analizaban eventos adversos propios del cuidado de enfermería en niños hospitalizados relacionados con: medicamentos, infecciones, flebitis y úlceras por presión, en los cuales se concluía que factores propios del infante, los dispositivos utilizados, el ambiente institucional y el actuar del personal, pueden incidir en la ocurrencia de errores que deterioran la salud del niño. concluyeron Apropiarse de una cultura de seguridad que incluya la adherencia a protocolos y la reafirmación de conocimientos sobre prácticas seguras, basadas en la mejor evidencia científica, son estrategias infalibles en la mitigación y prevención de los eventos adversos en el cuidado de enfermería.

En México, Grajales (2017), elaboró un instrumento conformado por 59 ítems, inmersos en nueve dimensiones y dividido en cinco secciones. El instrumento fue sometido a una evaluación de expertos y a una prueba piloto con una muestra de 30 individuos. Para la validación y el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva y análisis de fiabilidad con alfa de Cronbach 0817 con el objetivo: validar el instrumento “Factores asociados a la



notificación de EA por el personal de salud los resultados de la validación estadística interna obtenida los autores concluyeron que el instrumento cumple con los requerimientos necesarios para ser utilizado en estudios que exploren las barreras o factores asociados que influyen para que el personal de salud notifique la presencia de un EA.

En México, Colombia y Argentina, (Achury, Rodríguez, Díaz, Cavallo, Zarate, Vargas, & de las Salas, 2016), desarrollaron un estudio multicéntrico, descriptivo, correlacional, en 17 UCIS, con una muestra conformada de 1163 eventos, de los cuales el 34 %, se relacionó con el cuidado, el 19 % con vía aérea y ventilación mecánica, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infección nosocomial y el 11 % con la administración de medicamentos. El 7 % restante correspondió a relacionados con pruebas diagnósticas y equipos. El 94,8% se consideraron prevenibles, así como, que los EA podrían estar relacionados con la falta de adhesión a protocolos, problemas de comunicación, formación y entrenamiento inadecuado (Φ 0-1 $p < 0,05$). Concluyeron que, los EA con mayor prevalencia están relacionados, en su mayoría, con el cuidado directo al paciente y el de vía aérea. El posible factor relacionado fue el del sistema.

Zarate et al (2017), realizaron un estudio transversal, multicéntrico, realizado en 5 institutos nacionales de salud y en un hospital de alta especialidad, estudiaron los EA ocurridos durante 18 meses, para lo cual se utilizaron el instrumento seguridad y riesgo del enfermo crítico (SYREC 2007). Encontraron un total de 540 EA, 55.5% en hombres, 58.7% estaban en estado de alerta, el 92.6% de los EA ocurrió en el servicio asignado, el 55.9% no se reportó a la familia, se consideró sin duda como evitable en el 70.5%, los factores del sistema estuvieron presentes en 80.6%, hubo asociación significativa entre



estos y la evitabilidad del suceso. Concluyeron que, los factores relacionados con el sistema tienen un mayor peso en la aparición de EA.

En México, Ozuna, De Jesús, & Guzmán, (2018), realizaron una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal, retrospectiva, la muestra estuvo conformada por 205 eventos centinela analizados, el 82,4 % tuvieron complicaciones o secuelas permanentes, el 22,4 % fueron causantes de la muerte del paciente, el 30,2 % fueron eventos obstétricos, 29,8 % quirúrgicos, 12,2 % eventos de enfermedades metabólicas, 12,2 % eventos de infecciones y 2,4 % eventos hemorrágicos. El 56,1 % de los estudiantes no conocieron cuáles medidas fueron tomadas en los casos pues no tuvieron acceso al informe oficial, ni a las repuestas de la institución. En el 35,4 % se tomaron medidas administrativas correctivas y en el 8,4 % no se tomó ninguna medida. En el reporte de los estudiantes se encontró que, en el 62,25 % recomendaban mejorar los protocolos, la valoración del expediente clínico completo, valoración pre quirúrgica, y seguimiento de los eventos. En el 33,1 % se recomendó mejorar la comunicación del equipo de salud, mejor propedéutica, mejores insumos e instrumental y proveer educación al personal. Solo el 2,6 % recomendó la demanda judicial como medida correctiva y en el 2,1 % no se recomendó ningún cambio. Los autores concluyeron que, los estudiantes de las disciplinas de salud deben comprender e incorporar en su práctica la habilidad de reportar los EA/EC asumiendo su propia contribución a mejorar la seguridad del paciente, y la cultura de calidad de su institución y su profesión.

Barrientos, Hernández & Zárate (2019), realizaron un estudio multicéntrico, transversal, prospectivo, observando todos los eventos adversos reportados en niños hospitalizados de 0 a 18 años, utilizaron el instrumento SYREC para el reporte. Registraron



173 eventos adversos, 55% fueron del sexo masculino, la mayor ocurrencia <1 año (43%), áreas críticas 60%. Los principales eventos: extubaciones no programadas (16%), UPP (14%), flebitis (10%), lesiones (9%), quemaduras (8%) y medicamentos (6%). Los factores del sistema se presentaron en 39% (distracción, sobrecarga, falta de comunicación, falta de habilidad, supervisión). Factores extrínsecos 35% (acceso a la monitorización, manejo terapéutico). Factores intrínsecos 26% (condición clínica del paciente). Concluyeron que, la calidad y seguridad en la atención del paciente, se ve mermada principalmente por factores del sistema, esto debido a la amplia gama de funciones que deben realizar el profesional de enfermería, lo que conlleva a distracciones que diluyen el perfil de su rol y se apartan del objetivo principal que es el cuidado.

Zepeda, Gutiérrez, Villatoro, Pacheco, & Tlacuilo (2016), revisaron los expedientes de pacientes sometidos a cateterismo cardiaco, para determinar la frecuencia de eventos adversos presentados en las primeras 24 horas posteriores al procedimiento, según el tipo de procedimiento se dividieron en: diagnósticos 68 (54%) y terapéuticos 58 (46%). Se presentó algún evento adverso en 13% de los procedimientos, 11.7% durante cateterismo diagnóstico y 14% durante el procedimiento terapéutico. Clasificaron como: serios (5.5%), que ponen en peligro la vida (3.9%) y como catastróficos (0.79%). Los factores que se asociaron con el desarrollo de algún evento adverso fueron: edad menor de un año (OR = 5.45), ingreso a sala de hemodinámico programado (OR = 1.2), y manejo con inotrópico (OR = 7), concluyeron que, el cateterismo cardiaco realizado, es un procedimiento seguro, con un porcentaje de eventos adversos similar a lo reportado a nivel mundial.

Hernández, Hernández, Barrientos & Zárate (2016), identificaron los factores intrínsecos, extrínsecos de los EA, del sistema en un Hospital Público de Tercer Nivel de



Atención. Material y estudio descriptivo, transversal y observacional, utilizaron una ficha de notificación de eventos adversos tomada y adaptada del Proyecto de Incidentes y Eventos Adversos en Medicina Intensiva, Seguridad y Riesgo del Enfermo Crítico (SYREC 2007) la muestra estuvo conformada por un total 105 eventos adversos, 71% en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, 18% en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y 11% en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. 62% de los pacientes presentaron durante su proceso de hospitalización un EA, el 30% presentó dos EA y el 8% más de tres. Más frecuente en el sexo masculino en un 50.5% y en las alteraciones cardiovasculares en un 22%. El 30% de los EA ocurrió dentro de las primeras 48 horas de ingreso a la unidad. Los autores concluyeron que, el conocer este tipo de accidentes permite implantar estrategias para disminuir o controlar las posibles causas.

En Tabasco, Garrido (2014), identificó la frecuencia y características de los eventos adversos de la atención médica en los hospitales de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México. 2004 –2005. Aplicó el formulario denominado “Formato para la búsqueda de eventos adversos”, recabando la información de 4,843 expedientes clínicos de egresos vivos y fallecidos de los servicios de ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna los efectos de la tasa de C fue de 5.6 (IC: 4.3 a 5.8) EA por cada cien egresos. Fueron más frecuentes los EA en los menores de un año y las mujeres, con desventaja para los hospitales pequeños. Las afecciones del período perinatal, enfermedades infecciosas, parasitarias, traumatismos y envenenamientos, fueron los grupos diagnósticos más representados en los EA detectados. La autora concluyó que, que la tasa de eventos adversos en los hospitales de la Secretaría de Salud, se encuentran dentro del rango observado en la experiencia internacional.



Objetivo General

Conocer la perspectiva de la ocurrencia de eventos adversos del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel en el Sureste de México.

Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento sobre la definición de Evento Adverso en el personal de enfermería en una unidad de segundo nivel de atención del Sureste de México.
- Identificar las características de los Eventos Adversos desde la perspectiva del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel en el Sureste de México.



Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se abordará la descripción del diseño del estudio, el tipo de población a estudiar, muestra y muestreo, los criterios de inclusión, exclusión. Las actividades a realizar durante el procedimiento de recolección de datos, el instrumento utilizado para realizar la evaluación y el método para su medición, también se dará a conocer las consideraciones éticas de la misma y finalmente el plan de análisis de datos.

Diseño del Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo Polit (2018). Descriptivo porque, se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a el análisis; transversal, donde se recolectaran datos en un sólo momento, su propósito es describir las variables y su incidencia de interrelación en un momento determinado y prospectivo ya que se produce la información a partir de la aplicación de una cédula. El diseño de la investigación permitió describir el comportamiento de las variables del estudio, donde se presentará la evidencia registrada en 2022 y la perspectiva que el personal de enfermería tiene sobre la ocurrencia de EA, en la UCIN, cunero, urgencias pediátricas y ginecología de una unidad de segundo nivel, así como los datos obtenidos y recolectados en un momento específico de la investigación.

Población y Muestra

La población está constituida por 26 enfermeras y enfermeros de la unidad hospitalaria. Por la naturaleza del fenómeno la muestra fue a conveniencia, constituida por 26 sujetos quienes aceptaron participar en el estudio.



Criterios de Inclusión

Personal de enfermería quienes tuvieran conocimiento de la ocurrencia de un EA en miembros del equipo de salud.

Personal de enfermería con interés en participar en la Investigación.

Criterios de Exclusión

Personal de enfermería quienes deseen abandonar el estudio.

Instrumentos

Para la presente la investigación se utilizó, el instrumento denominado Cédula de Medición de Riesgos dicho instrumento fue validado, por la Secretaria de Salud y Calidad y Seguridad del paciente, la cual cuenta con Alpha de Cronbach de 0.80 fue aceptables de acuerdo a Sampieri (2018).

El objetivo de la cédula de medición de riesgo fue identificar la ocurrencia de EA durante el proceso de atención médica hospitalario en algún miembro del equipo de salud del que el personal de enfermería tuviese conocimiento.

Dicho instrumento está conformado, por once apartados en el primer se anotarán los datos de los sujetos de estudio, como son el nombre, fecha del reporte, número de expediente clínico y fecha del evento adversos, en el siguiente aparatado seleccionara una clasificación del evento adverso que haya ocurrido, como: errores en la medicación, incumplimiento de valoración (interconsulta y/o valoración inadecuada), preeclampsia eclampsia / complicación postparto ,falta de recursos material y humanos, infección nosocomial ,auto extubación / auto retiró de catéteres, carta de decúbito ,complicaciones quirúrgicas postquirúrgicas, conexión de sistema de O2 aire erróneo, caídas de pacientes ,quemaduras físicas y otros.



En el siguiente apartado, se marcará con una X la clasificación del evento adverso estará conformado por los siguientes servicios: urgencias adultas, unidad de cuidados intensivos adultos, gineco obstetricia, medicina interna, urgencias pediátricas, todo el hospital, unidad de tococirugía, neurocirugía, cirugía, unidad de reanimación neonatal, consulta externa, urología, y por últimos otros.

El siguiente apartado se marcará con “X” el turno en el que ocurrió el evento adverso estos estarán conformados por los siguientes turnos: matutino, vespertinos, nocturnos A nocturnos B, jornada acomunadas, fin de semana y sin especificar.

En el siguiente apartado se marcará con una “X” si se les dijo la verdad a los familiares teniendo como opciones de respuesta si o no.

En el siguiente apartado se marcará con una “X” la información del paciente que estará conformado por los siguientes rangos de edad y sexo: mayor o menor a 1 año, 1 a 18 años, 19 a 59 años, mayor o menor a 60 años, sexo, masculino, femenino

En el siguiente apartado sólo realizará la descripción del evento adverso ocurrido en servicio.

En siguiente apartado está conformado por las siguientes opciones donde, se marcará con una “X” el cuadrante que más se ajuste a su opinión que son: medición del riesgo, la severidad se medirá en los siguiente (catastróficos, mayor, moderado y menor), la probabilidad se conformará por (frecuencia, ocasional poco común y remota), y por último se anotara sugerencias para evitar o prevenir el evento adverso.

El siguiente apartado marcara, con una “X” cuáles son la causa atribuible a un evento adverso, que es: la estructura, o el proceso de atención médica.



El siguiente apartado se marcará con “X” la consecuencia del evento adverso para la función y vida del paciente que es: cuasi falla, sin daño, daño mínimo, daño reversible, daño reversible, muerte

El último apartado de instrumento, estará conformado por el impacto de la satisfacción del paciente su familia se marcará con “X” los siguientes apartados como son: satisfactorio, indiferente, insatisfecho, enojado, no se enteró y nombre firma (opcional).

Procedimiento de la Recolección de la Información

Para la realización del presente estudio, se solicitó la autorización de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, así como la autorización de la institución de salud participante (Apéndice A). Una vez que se autorizó realizar el estudio, el investigador principal se presentó ante la jefa de enseñanza de la institución de salud participante de los eventos adversos del servicio de la unidad de cuidados intensivos neonatal, cuneros y pediatría.

Posteriormente, se acudió con la jefa (o) de piso del área, mencionada y se les solicitó el permiso de la revisión de los eventos adversos. Enseguida, se aplicó la cédula de recolección de datos de eventos adversos, Además, se consideró el momento más apropiado para obtener la información y no se interfirió en las actividades de las áreas y al terminar de recolectar el instrumento el autor agradeció su participación en este estudio.

Al final se agradeció a las autoridades por el apoyo brinda de la recolección de los datos del periodo 2022.



Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). En la cual se establece que para el desarrollo de la investigación en salud se consideraron los aspectos éticos, que garantizaron la dignidad y el bienestar de los participantes en esta investigación.

Con base a lo anterior, se consideró lo estipulado en el Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, concerniente a que en cualquier investigación en la que un ser humano participe, deberá prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar. Para cumplir el artículo, se mantuvo el anonimato de la información proporcionada por el personal de enfermería y los pacientes, al no identificar con su nombre ninguno de los instrumentos y se le ofreció un trato respetuoso, con cortesía y profesionalismo en todo el proceso de recolección de la información. Se gestionó un área específica para el personal de enfermería y se le informó que los datos obtenidos serán confidenciales y, asimismo para los pacientes los datos obtenidos se manejarán de manera confidencial y no incluirán en su atención médica. De acuerdo al Artículo 14 en sus Fracciones I, V, VI, VII y VIII se contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética en Investigación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y con la autorización de la institución de salud participante donde se realizó la investigación.

Referente al Artículo 16 establece la protección de la privacidad del participante, por lo que no se le llamó por su nombre para proteger su anonimato y confidencialidad. Así mismo, los instrumentos fueron anónimos y se respondieron de manera individual.

Además, los datos obtenidos fueron confidenciales y los resultados sólo se presentarán de



forma grupal, asegurando al participante que nunca se dará información personal. Las encuestas fueron resguardadas en un lugar seguro asignado por el autor principal del estudio, durante un período de seis meses y al término del lapso de tiempo serán destruidas.

Con base al Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró con riesgo mínimo, ya que para la recolección de los datos se utilizaron encuestas. Sin embargo, éstas pudieran producir emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad temporal, de ser así se suspende la recolección de datos temporalmente hasta que el participante se sintiera cómodo y decidiera reiniciar la recolección de datos.

De acuerdo a lo anterior, se apegó lo estipulado en el Artículo 18, donde se declara que el investigador principal suspenderá temporalmente la investigación de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste. Cabe mencionar que, en este estudio, ningún participante suspendió su participación.

Para cumplir con el Artículo 20 solo participaron las personas que otorgaron su autorización, además se respetó lo estipulado en el artículo 21, Fracciones I, III, V, VI, VII y VIII; y el artículo 22, Fracciones I, II, III y VI, en el cual se les explicó a los participantes el objetivo del estudio, procedimiento, riesgos, beneficios, uso de la información obtenida, de manera clara y sencilla y el derecho que tuvo el participante a retractarse, además se les dio respuesta a cualquier pregunta o aclaración acerca del estudio.

Por último, se consideró de acuerdo a lo establecido el Capítulo V, Artículo 57 y 58 en su fracción I y II de la Investigación en Grupos Subordinados llámese personal de enfermería y pacientes hospitalizados, donde se estipula que la participación fue voluntad en el personal de enfermería y su atención médica hospitalaria en los pacientes.



Estrategias para el Análisis de Datos

Los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico (Statiscal Package for the Social Sciences) SPSS por sus siglas en ingles en la versión 23.0 para Windows en español, en el cual se elaboró una base de datos y se analizó la información recabada, para obtener medidas estadísticas como son las frecuencia y porcentajes, medidas de tendencias central; que se presentan en tablas y figuras para fines de la investigación, se incluyeron en el análisis las variables, se realizaron como apoyo de las estadísticas descriptivas, se describen datos que caracterizan el comportamiento del fenómeno de los eventos adversos, dando a conocer la frecuencias y el porcentaje, realizado cruce de variables para obtener resultados mediante pruebas estadísticas



Capítulo III

Resultados

Características sociodemográficas.

La muestra estuvo conformada por 26 enfermeras de la institución; la media de edad fue de 38.19 años con una desviación estándar 8.23, de género femenino 96.2%, masculino con 3.8%, de religión católica el 92.3%, con nivel académico de licenciatura 61%, posgrado de 23%, el 84% es personal de base, sólo trabaja en una institución el 96.2%, en cuanto los años de antigüedad laboral del personal de Enfermería con una media de 11.81 y desviación estándar de 6.06 años. (Tabla 1).

Tabla 1
Personal de enfermería según Variables sociodemográficas

Religión	f*	%
Católico	24	92.3
Otra	2	7.7
Total	26	100
Género		
Femenino	25	96.2
Masculino	1	3.8
Total	26	100
Nivel académico		
Licenciatura	16	61.5
Posgrado	6	23.1
Técnicos	4	15.4
Total	26	100
Tipo de contrato		
Base	22	84.6
Contrato	3	11.5
Interina	1	3.8
Total	26	100

Nota: cédula sociodemográfica de los participantes, f* = frecuencia, % = porcentaje, n = 26



Con respecto al turno laboral de personal de la muestra el 88.5% son del turno nocturno 7.7% del turno matutino, el 96.2% del personal de enfermería encuestado no trabaja en otra institución y 3.8% si labora en otra institución de salud, con respecto al servicio en que se encuentran asignados actualmente el 31% está en UCIN, el 14% en pediatría. (Tabla 2).

Tabla 2
Personal de enfermería según datos laborales

Turno laboral	<i>f*</i>	%
Nocturno	23	88.5
Matutino	2	7.7
Vespertino	1	3.8
Total	26	100
<i>Trabaja en alguna otra institución de Salud</i>		
No	25	96.2
Si	1	3.8
Total	26	100
<i>Servicio asignado</i>		
Urgencias	12	46%
UCIN	8	31%
Pediatría	4	15%
Ginecología	2	8%
Total	26	100

Nota: cédula sociodemográfica de los participantes, *f** = frecuencia, % = porcentaje, n = 26

Con respecto al conocimiento sobre Evento Adverso el 70% del personal encuestado respondió correctamente a la pregunta sobre la definición de Evento adverso (Una situación desfavorable pero prevenible para el paciente, relacionado con la atención de la salud), y el 30% respondió de manera incorrecta. (Tabla 3).

Tabla 3
Personal de enfermería según conocimiento sobre definición de Evento Adverso

Conocimiento de definición de Evento Adverso	<i>f*</i>	%
Si sabe	18	70%
No sabe	8	30%
Total	26	100

Nota: cédula de medición de riesgos de los participantes, *f** = frecuencia, % = porcentaje, n = 26



Con respecto a la ocurrencia de un EA el 84.6% manifestó no haber estado implicado en alguno y el 15.4% si estuvo implicado, de ellos todos lo notificaron (Tabla 4).

Tabla 4
Ocurrencia de un Evento Adversos

<i>Ha estado implicado en un Evento adverso</i>	<i>f*</i>	<i>%</i>
No	22	84.6
Sí	4	15.4
Total	26	100

<i>Notificó el Evento Adverso</i>	<i>f*</i>	<i>%</i>
No	22	84.6
Sí	4	15.4
Total	26	100

Nota: cédula de medición de riesgos de los participantes, f^* = frecuencia, % = porcentaje, $n = 26$

En lo que respecta a la ocurrencia de EA de los que el personal se ha enterado en su práctica cotidiana manifestaron tener conocimiento de que ocurrieron en algún momento según los tipos de EA: error en la medicación 46.2%, caídas del paciente 42.3% seguida de extubación 7.7%, falta de recursos materiales y humanos 3.8%, ver la tabla (5).

Tabla 5
Personal de enfermería según ocurrencia de EA a otros miembros del equipo de salud

<i>Tipo de Evento Adverso del que ha tenido conocimiento</i>	<i>f*</i>	<i>%</i>
Error en la medicación	12	46.2
Caídas del paciente	11	42.3
Extubación	2	7.7
Falta de Recurso material y humano	1	3.8
Total	26	100

Nota: cédula de medición de riesgos de los participantes, f^* = frecuencia, % = porcentaje, $n = 26$



Al realizar el análisis del tipo de EA y el servicio donde ocurrió se encontró que los errores de la medicación es el EA con más ocurrencia en el servicio de UCIN, seguido de caídas. En otros servicios como UCIA, Cirugía y urgencias adulto se tuvo conocimiento por el personal de otros EA como Autoextubación, falta de recurso material y humano. (Tabla 6).

Tabla 6

Tipo de EA y Servicio de ocurrencia

Servicio de ocurrencia del EA		U. A	UCIA	M.I	U. P	C.	UCIN	
Tipo de evento adverso	Autoextubación	1	0	0	0	0	1	2
	Medicación	4	1	0	1	0	6	12
	Caídas	2	0	1	3	2	3	11
	Falta de recurso material y humano	1	0	0	0	0	0	1
Total		8	1	1	4	2	10	26

Nota: cédula de medición de riesgos de los participantes, f^* = frecuencia, % = porcentaje, $n = 26$



Capítulo IV

Discusión

Los EA pueden deberse a problemas en las prácticas de cuidado, Infecciones Asociadas a la atención de la Salud (IAAS), la dotación de los insumos, el funcionamiento adecuado de los equipos o los procedimientos, entre otros. Los Eventos adversos pueden ser leves (que impliquen alergia leve, pérdida de tiempo para un procedimiento) moderados (que traiga consecuencias moderadas en la salud pero sin un daño permanente o pérdida de un órgano, inadecuada preparación en el preoperatorio) o graves, estos último pueden ocasionar daño permanente o la muerte del paciente, por tanto, conocer lo que implica un EA, para la familia del paciente y para el sistema de salud es sumamente prioritario para identificar, prevenir y notificarlos en tiempo y forma.

En este estudio, la mayoría de los profesionales de enfermería, solo reconoce como EA las caídas, errores en la medicación o la aparición de úlceras por presión, aunque la mayoría del personal de enfermería acertó en la definición del EA. Estos resultados difieren con lo reportado por Céspedes et al, 2019, en Ecuador debido a que reporta que el 88% de los profesionales tienen un déficit del conocimiento de lo que es el EA.

En el Estudio [IBEAS, 2010] de Latinoamérica se relacionaron los factores que influyen en los sucesos con el servicio en el que estaba ingresado el paciente, se observaron resultados congruentes comparados con la investigación, en el cual hubo "mayor frecuencia de sucesos en las Unidades de Tratamiento Intensivo, y en los servicios más críticos; con una frecuencia menor en los servicios médicos.

En cuanto a la notificación del evento adverso, solo una minoría de los profesionales de enfermería lo hacen, este resultado es similar a lo reportado por



Chumpitaz, et al, 2020, en su investigación en Brasil. La ausencia de notificación del EA solo genera retraso en la identificación de los errores frecuentes, así como de las estrategias eficaces para reducir esto al mínimo de frecuencia. De igual forma el resultado de Chumpitaz es similar a lo que se reporta en esta investigación en cuanto al EA más frecuente, que es errores con la medicación, ya sea por medicamento incorrecto o la dosis.

En este estudio los EA relacionados con la medicación se presentaron principalmente durante la administración de esta. Este procedimiento es considerado como una actividad interdependiente del personal de enfermería; su ejecución requiere prescripción médica. Sin embargo, el profesional debe conocer y seguir las normas y protocolos para una administración segura. Existen diversos estudios Zarate et al 2017 que indican que los principales eventos en los hospitales son los relacionados con la medicación, desde la prescripción, dispensación, administración y vigilancia, por lo que es primordial establecer intervenciones y protocolos para un procedimiento efectivo y sin riesgos



Conclusiones

El registro de un evento adverso en la unidad de cuidados intensivos neonatal es de una gran importancia para mejorar, y prevenir o evitar lesionar a una persona, durante su estancia hospitalaria del paciente durante su proceso de enfermería. El personal de enfermería que registran más EA son las licenciadas en enfermería/seguidas de las enfermeras especialistas. El turno que tiene más EA fue el nocturno EA.

Los eventos adversos con relación a procedimiento se producen con más frecuencia y, son más a menudo prevenibles y sus consecuencias son más graves. Por lo tanto, los eventos adversos tienen un impacto importante durante las hospitalizaciones. Sin embargo, en la actualidad existen soluciones basadas en la evidencia para reducir los EA. Los resultados apuntan a las causas humanas para mejorar la seguridad de la atención neonatal.

Los eventos adversos evitables en la atención sanitaria son frecuentes y buscan comprender las condiciones sistémicas en las que se producen los errores pues es de vital importancia mantener la seguridad de los pacientes, la mejora continua de la calidad y la gestión adecuada de los riesgos. La investigación de los incidentes y el análisis de las causas son componentes importantes de una estrategia global para mejorar la seguridad del paciente y reducir los errores.

No obstante, este vacío de investigación en pediatría se considera a su vez, una fortaleza, debido a la posibilidad de generar la apertura en investigación de EA pediátricos, incidentes y caracterización de los mismo.



Por investigaciones futuras, se debe lograr una incorporación sistemática y permanente de programas de monitoreo que contribuyan a la vigilancia epidemiológica de los diferentes sucesos que se presentan durante la prestación de servicios de salud.

La prevención de EA en pediatría debe ser una estrategia prioritaria, por lo tanto, se invita a la realización de investigaciones que logren dar respuesta a: ¿Cuál es la eficacia de los programas de seguridad del paciente que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de los EA?, ¿Cuáles son las actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de sucesos en la prestación de servicios de salud?, ¿Qué tanto afecta el Sistema de salud en México para la incidencia de EA pediátricos?, ¿Cuál es el impacto social y económico de los EA, especialmente en niños con enfermedades crónicas no transmisibles?



Recomendaciones

- Esta revisión actualizada pretende ser el punto de partida de nuevas investigaciones.
- Estar en vigilancia continua en especial en el turno que mostro más EA.
- Para el abordaje en el futuro de nuevas investigaciones se tiene que intentar reducir los sesgos y aumentar la validez al identificar los eventos adversos, conociendo el peligro de hacer juicios de valor que son inherentes a ellos. También se debería enfocar esto en analizar y recopilar las estrategias de mejora y, lo que es aún más interesante, en unificar los registros de declaración de EA, para poner en manos del personal sanitario una herramienta eficaz y consensuada

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Referencias Bibliográficas

- Achury Saldaña, D., Rodríguez, S. M., Díaz, J. C., Cavallo, E., Zarate Grajales, R., Vargas Tolosa, R., & de las Salas, R. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería global*, 15(42), 324-340.
- Barrientos Sánchez, J., Hernández Zavala, M., & Zárate Grajales, R. A. (2019). Factores relacionados con la seguridad y la calidad en la atención del paciente pediátrico hospitalizado. *Enfermería universitaria*, 16(1), 52-62.
- Chumpitaz-Chávez, Y., Gutiérrez-Crespo, H., Matzumura-Kasano, J., & Ruíz-Arias, R. A. (2020). Eventos adversos en recién nacidos hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intermedios. *Enfermería universitaria*, 17(4), 403-414.
- Da Costa Prado, Nanete Caroline, da Costa Santos, Rebecca Stefany, Costa Almino, Romanniny Hévillyn Silva, de Lima, Dhyanine Morais, de Oliveira, Sylvia Silva, & da Silva, Richardson Augusto Rosendo. (2020). Variables asociadas a eventos adversos en neonatos con catéter venoso central de inserción periférica. *Enfermería Global*, 19(59), 36-67. Epub 10 de agosto de 2020. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.387451>
- Davenport, M. C., Domínguez, P. A., Ferreira, J. P., Kannemann, A. L., Paganini, A., & Torres, F. A. (2017). Detección de eventos adversos en pacientes pediátricos hospitalizados mediante la herramienta de disparadores globales Global Trigger Tool. *Arch. argent. pediatr*, 357-363.



El estudio Iberoamericano de eventos adversos (2010) disponible

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>

Ferreira Umpiérrez, Augusto, & Fort Fort, Zoraida, & Chiminelli Tomás, Virginia (2015).

eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(2),310-

315.[fecha de Consulta 31 de Octubre de 2021]. ISSN: 0104-0707. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71442215003>

Garrido Pérez, S. M. G. (2014). Eventos adversos en hospitales de la secretaría de salud tabasco, México. 2004-2005. *Horizonte Sanitario*, 10(3), 29-39.

<https://doi.org/10.19136/hs.a10n3.116>

Hernández, R. S. (2018). *Metodología de la investigación*. (6ª Ed.). Editorial McGRAW Hill Interamericana.

Hernández-Cantoral, A., Hernández-Zavala, M., Barrientos-Sánchez, J., & Zárate-Grajales,

R. A. (2016). Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en Unidades Pediátricas de Cuidados Intensivos. *Revista Mexicana de*

Enfermería Cardiológica, 23(3), 110-117.[https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65363)

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65363](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65363)

<https://www.bing.com/search?q=concepto+Instuto+de+seguro+social+mexicano+seg%C3>

[%BAAn+la+oms&qs=n&form=QBRE&sp=-](https://www.bing.com/search?q=concepto+instuto+de+seguro+social+mexicano+seg%C3%BAAn+la+oms&qs=n&form=QBRE&sp=-)

[1&pq=concepto+instuto+de+seguro+social+mexicano+seg%C3%BAAn+la+oms&sc=1-](https://www.bing.com/search?q=concepto+instuto+de+seguro+social+mexicano+seg%C3%BAAn+la+oms&qs=n&form=QBRE&sp=-1&pq=concepto+instuto+de+seguro+social+mexicano+seg%C3%BAAn+la+oms&sc=1-)

[48&sk=&cvid=05ED96F1E30F4D9FA1ACD03C131EE018&ghsh=0&ghace=0&g](https://www.bing.com/search?q=concepto+instuto+de+seguro+social+mexicano+seg%C3%BAAn+la+oms&qs=n&form=QBRE&sp=-1&pq=concepto+instuto+de+seguro+social+mexicano+seg%C3%BAAn+la+oms&sc=1-48&sk=&cvid=05ED96F1E30F4D9FA1ACD03C131EE018&ghsh=0&ghace=0&g)

[hpl=#](https://www.bing.com/search?q=concepto+instuto+de+seguro+social+mexicano+seg%C3%BAAn+la+oms&qs=n&form=QBRE&sp=-1&pq=concepto+instuto+de+seguro+social+mexicano+seg%C3%BAAn+la+oms&sc=1-48&sk=&cvid=05ED96F1E30F4D9FA1ACD03C131EE018&ghsh=0&ghace=0&ghpl=#)



- Martínez Reyes, C. R., Álvarez Reyes, F., Garzón Martínez, C. A., & Rave Henao, I. C. (2019). Eventos adversos en niños hospitalizados: un desafío para el cuidado de enfermería.: Adverse events in hospitalized children: a challenge for Nursing Care. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 16(1), 111–123. <https://doi.org/10.22463/17949831.154>
- Martínez Reyes, C. R., Álvarez Reyes, F., Garzón Martínez, C. A., & Rave Henao, I. C. (2019). Eventos adversos en niños hospitalizados: un desafío para el cuidado de enfermería.: Adverse events in hospitalized children: a challenge for Nursing Care. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 16(1), 111–123. <https://doi.org/10.22463/17949831.154>
- Morales Cangas, Mirian Ariel, Ulloa-Meneses, Catherine Marisol, Rodríguez-Díaz, Jorge Luis, & Parcon Bitanga, Melynn. (2019). Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 738-747. Epub 19 de noviembre de 2019. Recuperado en 04 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552019000600738&lng=es&tlng=es
- Morales-Cangas, Mirian Ariel, Ulloa-Meneses, Catherine Marisol, Rodríguez-Díaz, Jorge Luis, & Parcon-Bitanga, Melynn. (2019). Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 738-747. Epub 19 de noviembre de 2019. Recuperado en 04 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552019000600738&lng=es&tlng=es
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos



- Organización Mundial de la Salud (2012). Estudios IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Recuperado de <http://new.paho.org/hqdmdocuments/2010%global%ibeas.pdf>
- Ozuna, G. M., de Jesús, C. G., & Guzmán, J. S. (2018). Análisis del contenido de los reportes de eventos adversos registrados por estudiantes de pregrado durante su entrenamiento hospitalario en México. *Revista Médica Sanitas*, 21(2), 58-68.
- Pareja, C. V. P., Rivas, J. S. L., Guerrero, A. H. P., & Goyes, M. L. G. (2017). Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2). DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a12>
- Parellada BJ, Hidalgo SÁO, Cruz LR, et al. Eventos adversos en cuidados intensivos. *Rev Cub Med Int Emerg.* (2018) 17(3):1-16. Cita 7 (Jaime Parellada Blanco Ángela Olga Hidalgo Sánchez Leticia del Rosario Cruz Yoel González Corrales) <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2018/cie183d.pdf>
- Polit, D. F., Beck T. Ch (2018). Investigación En Enfermería. Fundamentos para el uso de la Evidencia en la Práctica de Enfermería 9ª Edición. Capítulo 1. Pag: 3-24, wolters kluwer educación.
- Rodríguez-Herrera, R.; Mora, E. V.; Gómez, L.: Guía para el reporte, análisis y gestión de los incidentes y eventos adversos en el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, HNN, CCSS, 2016-2018
- Rosas-Vargas L, Zárate-Grajales RA. Validación del instrumento "Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud". *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2017;25(3):227-32.



Vaca Aúz AJ, Muñoz Navarro ZP, Flores Grijalba MC, Altamirano Zabala GN, Meneses

Dávila MS, Barahona Cisneros ME, et al. (2016). Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura. Enferm

Invest. Disponible en: <https://uta.edu.ec/v3.0/pdf/revista/EnfermeriaInvestigaVolIN3.pdf#page=9>

Zárate-Grajales, R., Olvera-Arreola, S., Hernández-Cantoral, A., Hernández-Corral, S.,

Sánchez-Angeles, S., Valdez-Labastida, R., Pérez-López, M., & Zapién-Vázquez,

M. (2018). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en

unidades de cuidados intensivos. Proyecto Multicéntrico. Enfermería Universitaria,

12(2). <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.003>

Zárate-Grajales, R.A., Salcedo-Álvarez, R.A., Olvera-Arreola, S.S., Hernández-Corral, S.,

Barrientos-Sánchez, J., Pérez-López, M.T., Sánchez-Ángeles, S., Dávalos-Alcázar,

A.G., Campuzano-Lujano, G., & Terrazas-Ruíz, C.I. (2017). Eventos adversos en

pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en

México. Enfermería universitaria, 14(4), 277-285.

<https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>

Zepeda-Arámbula, A., Gutiérrez-Cobian, L., Villatoro-Fernández, J. L., Pacheco-López, S.

L., & Tlacuilo-Parra, A. (2016). Eventos adversos durante cateterismo cardiaco

diagnóstico y terapéutico pediátrico. Revista Médica del Instituto Mexicano del

Seguro Social, (3), 276-283



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Apéndice



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL ZONA 46 "DR. BARTOLO REYNÉS BEREZALUCE"
JEFATURA DE ENFERMERÍA**

A Cédula sociodemográfica

A continuación, se presenta una serie de preguntas, especifique su respuesta marcada una X la respuesta que corresponde a su situación actual. En la respuesta abiertas, conste en los espacios destinados para ello. La respuesta es anónima y serán usadas para FINES DE CALIDAD EN EL SERVICIO

Edad:

Religión: Católico: _____ Adventista: _____ Sabático: _____ Otra: _____

Género:

Femenino: _____ Masculino: _____

Escolaridad:

Técnica: _____ Licenciatura: _____ Posgrado: _____

Antigüedad laboral: _____

Servicio asignado:

Tipo de contratación:

Base: _____ Interina: _____ Contrato: _____

Turno:

Matutino: _____ Vespertino: _____ Nocturno: _____ Guardia especial

¿Trabaja en alguna otra institución de salud?

Si: _____ No: _____

¿En qué turno trabaja en la otra institución? _____

¿Cuál de los siguientes Servicios del hospital, prefiere evitar? Medicina interna _____ Cirugía _____

Pediatría _____ Cunero _____ Urgencias _____ Ginecología _____ Tococirugía _____

¿Llega cansado a trabajar a la guardia? Si No

¿Tienes preocupaciones en su vida personal que lo distraen en su trabajo? Si No

¿Ha estado implicado en un evento adverso? Si No

¿Notificó el evento adverso? Si No,

Si la respuesta fue no ¿por qué no lo notificó? _____



Evento adverso es:

- a) Una situación desfavorable pero prevenible para el paciente, relacionado con la atención de la salud.
- b) Un resultado catastrófico para la salud del paciente, relacionado con la atención de la salud
- c) Un error que fue detectado a tiempo, que no causó consecuencias a la salud del paciente.

CEDULA DE MEDICIÓN DE RIESGOS

Objetivo de la cedula de medición de riesgo: detectar indecentes desfavorable que ocurran durante el proceso de atención médica hospitalario, para determinar las acciones preventivas y correctivas que impacte en mejorar la calidad y seguridad de los usuarios.

Instructivo de llenado: Le solicitamos llenar esta cédula de manera honesta, tomando en cuenta que esta información es anónima (si usted así lo desea, puede proporcionar sus datos, no es un ejercicio para evidenciar y punificar).

Marque con una X la periodicidad con la que se presentan los eventos adversos

Frecuente: Que es habitual que ocurra
Ocasional: Que es esporádico que ocurra
Poco común: Que rara vez ocurre
Remota: Que casi nunca ocurre

Marcar con una X la severidad del daño del evento adverso de acuerdo a lo siguiente:

Catastrófico: Desastroso con consecuencia fatales e irreversibles
Mayor: Desfavorable, pero con consecuencias reversibles
Moderado: Desfavorable con leves consecuencias
Menor: Sólo lamentable, pero sin consecuencias

Fecha del evento adverso _/_/_

Marque con "X" la clasificación del evento adverso

Errores en la medicación (2)
 Incumplimiento de valoración
 (interconsulta y/o valoración inadecuada)
 Preeclampsia , eclampsia / complicación
 post.parto
 Falta de recursos material y humanos
 Infección nosocomial
 Autoextubación / autoretiro de catéteres
 Caída (3)

Úlcera por decúbito
 Complicaciones quirúrgicas
 postquirúrgicas
 Conexión de sistema de O2 aire erróneo
 Caídas de pacientes
 Quemaduras físicas
 Otros: _____

Marque con "X" lugar donde ocurrió el evento adverso

Urgencias adultas
 Unidad de cuidados intensivos
 adultos
 Gineco-obstetricia
 Medicina interna
 Urgencias pediátricas

Unidad de tococirugía
 Cirugía
 Consulta externa
 Pediatría
 UCIN
 Otros: _____



CÉDULA DE MEDICIÓN DE RIESGOS

Marque con "X" el turno en el que ocurrió el evento adverso:

Matutino	Nocturno A	Jornada acumular	Sin especificar
Vespertino	Nocturno B	Fin de semana	

Marque con "X" si se les dijo la verdad a los familiares Sí No

Marque con "X" la información del paciente

Edad	Sexo.
1 Año	
1 a 18 años	Masculino
19 a 59 años	
60 años	Femenino

Descripción del evento adverso

Marque con una "X" el cuadrante que más se ajuste a su opinión					COLOQUE Sugerencias para evitar o prevenir el evento		
Medición del riesgo		Severidad					
		Catastrófico.	Mayor	Moderado	Menor		
Probabilidad	Frecuencia						
	Ocasional						
	Poco común						
	Remota						

Causa atribuible a:

Marque con "X" la causa atribuible al evento Estructura: Proceso de atención medica:

Marque con "X" la reacción del jefe inmediato al saber del evento adverso

Preocupado	Indiferente	Insatisfecho	Enojado	No se enteró

Marque con "X" el impacto en la satisfacción de la atención del paciente y su familia

Preocupado	Indiferente	Insatisfecho	Enojado	No se enteró

¡Gracias por participar



B Programa de Trabajo

Actividades/ semanas	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Fbr.	Mzo.	Abr.	May	Jun.	Jul.	Ago.
Título y Búsqueda de la información												
Revisión de lectura												
Definición del problema												
Objetivos generales y específicos												
Antecedentes, artículos relacionados y justificación												
Marco conceptual												
Diseño de investigación												
Población, muestra y muestreo												



C Recursos Humanos Especificación de los nombres, cargos y funciones de cada uno de los recursos humanos que participarán en la investigación, así como el tiempo que dedicaron a las actividades de Investigación.

No.	Participantes	Cargo	Función	Actividades
1	Gabriel Miguel Pérez Brito	Licenciado en Enfermería	Autor	Búsqueda de la Información. Análisis de la información. Antecedes. Elaboración de los objetivos. Material/ métodos y diseño del estudio. Instalación de la aplicación SPSS. Recolección de datos. Capturista de datos. Cronograma. Presupuesto. Elaboración de Tablas. Referencias Anexos
2	M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue	Profesora de investigación de la DACS-UJAT, y Trabajadora del IMMS#46	Asesor	Planeación, ejecución e Informarme de los resultados
3	DE. Verónica Guadalupe Carrera Paz	Profesora de investigación de la DACS-UJAT	Asesor	Redacción del informe estilo APA



D Recursos Materiales Descripción de los materiales, aparatos y equipos a utilizarse en la investigación.

Materiales	Equipos	Aparatos	Software
Lapicero	Laptop	Cecular	IBM SPSS Statistics 23
Lápiz	Impresora		Aplicadores de Microsoft 356
Borrador			Adobe Acrobat DC
Regla			Google Chrome
Engrapadora			
Hojas Blancas			
Carpetas			
Calculadoras			