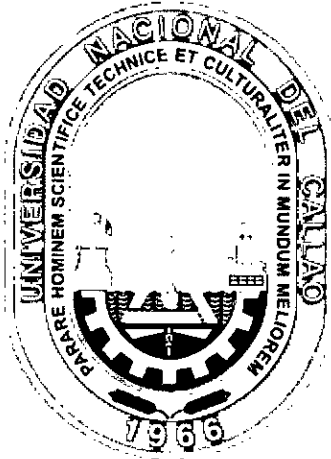


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES
POSOPERADOS CON COLICISTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DEL HNAGV ESSALUD CUSCO 2016-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

AYDE HURTADO QUINTANILLA

Callao, 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES | SECRETARIO |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA | VOCAL |

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 244

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 15/04/2018

Resolución Decanato N° 946-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción de la Situación Problemática	3
1.2. Objetivo	5
1.3. Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Marco Conceptual	9
2.3. Definiciones de términos	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
3.1 Recolección de datos	21
3.2 Experiencia Profesional	21
3.3. Procesos realizados del tema del Informe	22
IV. RESULTADOS	24
IV. CONCLUSIONES	27
V. RECOMENDACIONES	28
VI. REFERENCIALES	30
ANEXOS	33

INTRODUCCION

Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles. Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de Eventos Adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.

Los datos disponibles demuestran que al menos la mitad de esos eventos son prevenibles si se cumplen las normas de atención pertinentes y se utilizan herramientas específicamente ideadas para garantizar la seguridad, como las listas de comprobación.

Sin duda los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental debido al contacto directo con los pacientes siendo los primeros en detectar e intervenir tales "complicaciones" como la salida de catéter, caídas, administración de la medicación, y otras con baja frecuencia que se presenta, por ello la importancia de prevenir los eventos adversos que se presentan en las unidades de cirugía, teniendo en cuenta que la seguridad del paciente post operado es crucial para otorgar una asistencia con calidad.

En el presente informe detallo mi experiencia profesional, lo cual consta de siguiente esquema: Capítulo I: Planteamiento del problema; Capítulo II: Marco Teórico; Capítulo III Experiencia Profesional; Capítulo IV Resultados; Capítulo V: conclusiones; Capítulo VI: Recomendaciones; Capítulo VII: Referenciales.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

En Latinoamérica, en el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos, desarrollado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), señala que la incidencia de los eventos adversos fue de 11.85% y la evitabilidad de 65%. En el Perú se identificó según el mismo estudio una prevalencia de 11.6% de eventos adversos, dentro de los cuales los servicios de especialidades quirúrgicas alcanzan una prevalencia de 9,6%. (1)

Según BAÑERES, Joaquim. y Cavero Elisa. "Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos". Chile 2011, Se estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir, quedan ocultos; nos encontramos ante la punta del iceberg. La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad, y sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición. (2)

La ocurrencia de un error en la atención de Enfermería puede convertirse en un evento adverso serio, que amenaza la vida del usuario y prolonga la estancia hospitalaria produciendo como resultado, una incapacidad o invalidez. Los pacientes hospitalizados no solo pueden verse beneficiados sino en ocasiones resultan afectados, involuntariamente cuando no se cumplen los requerimientos técnicos y éticos deseables al atenderlos. Cualquier profesional de la salud puede cometer un error en alguna intervención, a las enfermeras corresponde prevenir cometer actos de mala práctica, que son específicas para sus competencias.

Durante el proceso quirúrgico, la seguridad del paciente conlleva prácticas seguras por parte de todo el equipo quirúrgico mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, eliminando los evitables y previendo los que hay que asumir de forma inevitable, planteando objetivos alcanzables en todos los niveles de la organización sanitaria, para así disminuir los efectos adversos derivarlos del mismo. El proceso quirúrgico comprende aquellas actividades asistenciales y de apoyo encaminadas a la realización de un acto quirúrgico, desde el momento en que el paciente acepta una indicación de intervención quirúrgica hasta la recuperación post operatoria, en un entorno adecuado de información, confort y seguridad. (2)

El ejercicio responsable de la Enfermería está delimitado por el cumplimiento estricto de las normas morales y legales, la calidad y la eficiencia son responsabilidad de los profesionales de Enfermería, pues constituyen factores protectores en la prevención de los eventos adversos.

En el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, durante el año 2017 se presentó un reporte de 58.49% del total de pacientes sometidos a colecistectomía presentaron eventos adversos, muchos de ellos debido a un error en la medicación.

Es por ello por lo que las funciones asistenciales de los profesionales de Enfermería deben cumplirse en base a los lineamientos de ética bioética y protocolos de atención, para evitar eventos adversos más frecuentes; errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones intrahospitalarias, etc.

1.2. Objetivo

Describir mi experiencia profesional en las medidas preventivas en los eventos adversos presentes en pacientes post operados con colecistectomía en el servicio de cirugía del HNAGV EsSalud Cusco 2016.2017.

1.3. Justificación

El presente estudio ayudaría a contribuir aportando medidas preventivas en la presentación de eventos adversos en pacientes post operados de los servicios de cirugía.

Por lo cual, mi propuesta probaría dentro de la asistencia de enfermería como es la manera correcta de evitar la incidencia de eventos adversos en paciente post quirúrgico en el servicio de hospitalización del área de cirugía.

Actualmente no existen protocolos de medidas preventivas para eventos adversos disponibles que apoyarían la comunicación del equipo y alcanzar los objetivos nacionales de seguridad del paciente. Estas herramientas pueden adaptarse fácilmente a cualquier institución y servirían como un trampolín para impulsar el trabajo en equipo, la comunicación y la consciencia situacional en el cuidado quirúrgico.

De esta manera conseguiríamos que el personal de enfermería trabaje con responsabilidad y así reduciría las fallas durante el cuidado, de esta manera este informe contribuirá en la mejora y calidad de cuidado de enfermería.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

DONOSO, F. Alejandro y FUENTES R. Iris. (2004) "Eventos adversos en UCI". Chile. Su objetivo de la investigación fue determinar los eventos adversos en pacientes de UCI, en que concluye que el conocer y reportar los eventos adversos es útil, pues es un paso absolutamente necesario para su corrección y así obtener una mejoría en la seguridad del paciente. Recomienda que esta sea una política permanente en las UCI que no cuenten con ella, incorporándolos a los indicadores de salud en búsqueda de una permanente mejoría de la calidad de ésta. (3)

BERNAL, R. Diana y ZEA G. Natalia. (2008), "Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos" Bogotá D.C, su estudio tuvo como objetivo: Determinar cuáles son los eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos (UCI). Concluye: La unidad de cuidados intensivos por sí misma es un factor predisponente para la ejecución y realización de eventos adversos. La ocurrencia de un evento adverso resulta en situaciones que ponen en peligro la vida del paciente, que empeoran su condición de salud, que genera sobrecosto para las instituciones tratantes y que para el profesional inmiscuido genera sobrecarga laboral y afectiva. Los profesionales de enfermería para minimizar e incluso abolir la aparición de eventos adversos durante la atención al paciente en estado crítico deben capacitarse de manera periódica, elaborar guías, protocolos sumado a mantener buenas y productivas relaciones con su equipo de trabajo. (4)

JUDEZ, Legaristi Diego. 2010) "Incidencia de efectos adversos en un servicio de cirugía general". España. Su objetivo fue determinar la

incidencia de efectos adversos en los servicios de cirugía en la concluye que el cuestionario de cribado ha sido útil para la valoración de eventos adversos. Los eventos adversos son frecuentes en pacientes quirúrgicos y repercuten en la utilización de los recursos hospitalarios. Los factores asociados más relevantes fueron la estancia, la intervención quirúrgica y los factores extrínsecos. De los eventos adversos, destacó la infección de herida quirúrgica. Por su impacto, dos tercios fueron moderados y se consideró evitables la mitad de todos los Eventos Adversos. (5)

BUSTOS, Carrera Diego y otros, (2014), “Caracterización de eventos adversos durante la sesión de hemodiálisis, unidad renal Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo”. República Dominicana. Su estudio tuvo como objetivo caracterizar los eventos adversos durante la hemodiálisis en la concluyeron que en el 83,3% de los pacientes se presentaron eventos adversos. Se demostró asociación estadísticamente significativa en siete de los nueve eventos adversos identificados y sus factores de riesgo. Respecto a los aspectos sociodemográficos los pacientes han presentado la tendencia general de las patologías crónicas como la diabetes tipo II, HTA, enfermedades cardiovasculares, edades avanzadas, con predominio de los estratos bajos y medios bajos, 1,2; distribución respecto a su procedencia urbana y con una importante presencia de un bajo o ningún nivel educativo. La Coagulación del sistema fue uno de los principales eventos adversos presentados asociado a bajo flujo del acceso vascular, lo cual obliga a QB bajos que, aunque no debieran ser menores de 200ml/min si se presentó durante las terapias supervisadas, de igual forma las interrupciones frecuentes fue otro factor con una gran asociación a la coagulación. La hipertensión arterial intradiálisis presentó asociación significativa con los factores de riesgo desequilibrio hidroelectrolítico, no peso del paciente antes de su terapia situación sujeta en gran proporción a la condición clínica del

momento. La hipoglicemia se asocia a tres principales factores de riesgo: ingesta de hipoglucemiantes orales, la administración de insulina de 6 a 8 horas antes de la terapia y el ayuno prolongado. Estos factores de riesgo totalmente intervenibles lo que hace de este un evento adverso prevenible, de igual forma el sangrado excesivo como evento adverso asociado en esta investigación a la ingesta previa de antiagregantes plaquetarios. El síndrome de desequilibrio en diálisis estuvo siempre relacionado con el factor de riesgo uremia severa, este predominante en las condiciones clínicas del paciente agudo o subdializado, de manera similar los calambres como evento adverso estuvo ligado a la hiponatremia. (6)

JAVIER, A. Lucia, (2016). "Experiencia en el estudio de efectos adversos en un servicio de cirugía general" España. Su objetivo fue: Describir los efectos adversos tras la cirugía de la pared abdominal, y analizar las asociaciones entre estos resultados y determinadas características del paciente y del ingreso hospitalario, cuyo resultado fue: El 16,3% de los pacientes desarrolló alguna complicación posquirúrgica, entre las que destacan las relacionadas con la herida quirúrgica, que se presentaron en un 9,3% (seroma, 4%; hematoma, 3,7%, e infección, 1,5%). Los fallos orgánicos afectaron al 1,1% de los pacientes y las complicaciones intraabdominales, a menos del 0,5%. El 0,6% de los pacientes requirió reintervención durante el ingreso, el 0,3% precisó ingreso en la UCI y 4 (0,4%) fallecieron durante el ingreso. La presencia de complicaciones se asoció a los grupos de edad superior a 46 años (46-65 años, odds ratio [OR] = 2,06; 66-79 años, OR = 3,11); a los varones (OR = 2,06); al ingreso urgente (OR = 1,85), y a la anestesia locorregional (OR = 1,81) y general (OR = 1,99). (8)

2.2. Marco Conceptual

La seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud. En la Asamblea número 55 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Ginebra en el año 2002, se manifestó la importancia del tema y la necesidad de definir normas y patrones en ese campo; en el año 2004 la Asamblea número 57 de la OMS aprobó la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, y se definieron pautas para reducir los errores en la atención en salud. En ese marco de acción, en junio de 2008, la Alianza lanzó su segundo reto de seguridad: la campaña "Cirugía segura salva vidas", cuyo propósito era mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país. (8)

2.2.1 Definición de seguridad del paciente según la OMS

La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o dispensar otro. (9)

Las enfermeras se ocupan de la seguridad de los pacientes en todos los aspectos de los cuidados que prestan. Esto incluye informar a los pacientes y otras personas del riesgo y del modo de reducirlo, defender la seguridad de los pacientes y comunicar los acontecimientos adversos. (10)

Se estima que de los 234 millones de intervenciones quirúrgicas que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen alguna complicación incapacitante y un millón termina en muerte. Las complicaciones más frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria. (11).

El Perú, en su calidad de país miembro de la Asamblea Mundial de la Salud, a través del Ministerio de Salud como ente rector crea e implementar estrategias y mecanismos para brindar mayor seguridad al paciente durante el proceso de atención de salud. Es a partir de esta iniciativa que en noviembre de 2004 se asume, concretándose mediante la Resolución Ministerial No 143- 2006 /MINSA, el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente con carácter sectorial. Este comité elaboro un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente (2006), el cual se viene implementado en los diversos hospitales (12). El 30 de julio del 2008 el Ministerio de Salud emite la Resolución 533- 2008/MINSA aprobando los criterios mínimos de la “Lista de Chequeo de Cirugía Segura” y promueve en los hospitales adicionarlos a sus prácticas locales con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención en los distintos sectores que comprenden el Sistema Nacional de Salud en el Perú (13).

Calidad de salud del paciente:

Es regulada por la Dirección de Calidad en Salud del ministerio de salud cuyo objetivo es conocer los eventos adversos e incidentes, identificar los factores que los desencadenan.

Seguridad del paciente en el quirófano: comprende el manejo del personal para una cirugía segura y contar con el equipamiento adecuado.

Cirugía segura:- Conocer datos reales de los procedimientos quirúrgicos.

- Introducir proyectos de mejora.
- Deben ser prospectivos y fáciles de medir.
- Los proveedores mejoran solo por el hecho de medir.
- Detectar las mejores prácticas.
- Establecer estándares de acreditación externa de servicios.
- Mejorar la información a los pacientes.

Equipo en el quirófano:

- Evita operar al "paciente equivocado" y la cirugía en el "sitio inadecuado"
- Familiariza al personal con el "caso".
- Acto educativo que permite formar equipo entre varios proveedores.
- Permite saber el material que será necesario para que esté disponible.
- Permite asegurar que los antibióticos se administren el momento adecuado.

2.2.2 Definición de Eventos Adversos.

Aunque son diversas las definiciones de eventos adversos, tanto la de BUSTOS en la que lo define como "el daño causado por el manejo médico más que por la enfermedad de base, el cual prolonga la hospitalización, produce discapacidad durante esta o en el momento de la salida o en ambos" (10). Hernando Gaitán lo define como "aquel que genera daño al paciente, después de que éste ingresa a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proveído que con la enfermedad de base" (14) El estudio IBEAS lo define como "todo daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier tipo provocados por un suceso aleatorio imprevisto e inesperado. Puede ser debido al manejo del paciente por parte de la asistencia o a las condiciones que le son propias o a su enfermedad", igualmente los diferentes conceptos tienen

agregados como: Que el daño no sea intencional; La asociación de este a pérdidas económicas tanto para las instituciones como el paciente y también la afectación psicosocial del individuo y la familia. (15)

A. Tipos de Eventos Adversos:

- **Evento adverso prevenible.** Resultado no deseado, asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema. Proviene de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

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

- **Evento centinela.** Evento no deseado que señala que algo serio ocurrió y requiere una investigación más profunda. (10)

Las causas de la aparición de eventos adversos están relacionadas con cada actividad del proceso de atención que tiene un riesgo intrínseco que depende de problemas en las prácticas, los productos, procedimientos y sistemas; el evento adverso se debe a una serie de sucesos que ocurren sin que exista un único responsable, resultado de la interacción de las personas, la tecnología y los procesos. Se puede presentar en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento, y asociado con problemas de comunicación, equipos y sistemas, entre otros. Como la atención en salud es un acto realizado por personas para personas, existe la posibilidad de que se cometan errores; por esta razón, las instituciones que proveen

servicios deben contar con defensas o barreras que prevengan la ocurrencia de daño o que, en el caso de presentarse, mitiguen adecuadamente sus consecuencias.

Las barreras defensivas idealmente deberían permanecer intactas de manera continua, pero en la realidad, éstas están en continuo movimiento, y cuando estos orificios en las defensas momentáneamente se alinean en una misma trayectoria se puede presentar el evento adverso (teoría del Queso Suizo). Las fallas en las defensas de la seguridad del paciente pueden ser activas o latentes. Son barreras defensivas: las barreras tecnológicas (alarmas, medios físicos, apagadores automáticos), las conformadas por los proveedores (enfermeras, médicos) y los controles administrativos (auditoría en salud, uso de protocolos). Se debe resaltar que el cuidado de enfermería es la primera barrera de seguridad de los pacientes, se consideran los centinelas primarios del cuidado del paciente. (16)

Los eventos adversos se relacionan con factores directos e indirectos. Son factores directos los problemas en la comunicación con el paciente y el equipo de salud, la falta de formación y destreza de los profesionales, el exceso de confianza, la inadecuada delegación de responsabilidades, la fatiga del recurso humano y la ausencia de seguimiento, entre otros. Son factores indirectos el tipo de sistema de salud, la sobredemanda, la falta de recursos y la estandarización en los procesos de atención (17).

Son causas de los errores asociados con el cuidado de enfermería:

- Sobrecarga de pacientes bajo la responsabilidad de una enfermera (que limitan el alcance y la calidad del trabajo, dilatando la realización de procesos terapéuticos, causando problemas en la identificación de los pacientes, monitorización en

los cambios del estado de salud, detección oportuna de complicaciones y registro de éstos).

- Fatiga laboral: en Estados Unidos la relación de sobrecarga laboral semanal y evento adverso se ha documentado, por lo cual algunos han propugnado por limitar el trabajo de cada enfermera a no más de 12 horas al día y 60 horas a la semana, aunque algunos estudios reportan que el límite se debe fijar en 40 horas a la semana.
- Inadecuada orientación y entrenamiento, ausencia de monitoreo de la capacidad de atención.
- La complejidad del trabajo en equipo.
- El fracaso en crear una cultura organizacional que fomente la responsabilidad compartida y la comunicación abierta entre las personas de distintas disciplinas.
- El miedo al castigo.
- La falta de análisis sistemático de los errores. (18)

La existencia de eventos adversos puede provocar en nuestros pacientes morbilidad y mortalidad como también un incremento en los gastos hospitalarios, aumentando considerablemente los costos de atención médica. Considerando solamente hospitales, las infecciones asociadas a los cuidados de la salud afectaron a un estimado de 1,7 millones de estadounidenses, incluyendo 500.000 pacientes de unidades de cuidados intensivos (UCI), lo que resultó en un estimado de 99.000 muertes y entre \$ 4.5 mil y 5.7 mil millones en costos anuales de atención médica. (19)

Otros factores que influyen para el riesgo de infección y que además se pueden modificar están en la técnica quirúrgica. Los más mencionados son: tiempo quirúrgico, a mayor tiempo mayor riesgo de infección porque aumenta el tiempo de exposición a microorganismos del medio ambiente o porque se reduce el lapso en el que el antibiótico profiláctico ejerce su

acción sobre el sitio operatorio. El manejo de la herida quirúrgica, la cual debe tener bordes nítidos, con adecuados capilares, sin tejido necrótico y con el mínimo de cuerpos extraños, como son sutura y drenajes. (20)
El conocimiento de ellos es de importancia capital en la elaboración de indicadores de calidad de la atención. (3)

B. Efectos adversos que pueden acontecer

Cada efecto adverso puede ser debido a varias causas o fallos y éstos, a su vez, se deben prevenir adoptando una serie de medidas preventivas.

EFFECTOS ADVERSOS	FALLA CAUSAS	MEDIDAS PREVENTIVAS
Transmisión de enfermedades víricas	Mal aislamiento del paciente	Comprobar serología vírica siempre, antes de ubicar al paciente en la sala
	No aplicar las medidas de precaución universales	Difusión periódica del protocolo de las medidas universales de precaución
Embolia gaseosa	dejar abierto el catéter durante la conexión/desconexión	Realizar todas las maniobras de comprobación, purgación y utilización del catéter.
	Colocación incorrecta del catéter	Elegir adecuadamente las venas que tengan buen calibre, no tortuosas y en zonas idóneas
Infección del acceso vascular	Falta de asepsia en la manipulación	Utilizar siempre guantes estériles, mascarillas y medidas generales de asepsia.
	Falta de higiene por parte del	Informar al paciente de las medidas higiénicas para prevenir las infecciones

	paciente	
	Excesiva manipulación de catéter por mal funcionamiento	Utilizar siempre guantes estériles, mascarillas y medidas generales de asepsia. Retirar la vía y colocar otra
Errores en la administración de medicación	Error u omisión en la administración de la medicación prescrita	Comprobar la administración de la medicación prescrita post operatoria Anotar correctamente la medicación administrada
	Falta de transcripción de la prescripción medica	Transcripción adecuada a la hoja de tratamiento Kardex por parte del enfermero(o) y de los cambios de medicación prescrito
	Falta de comunicación. Órdenes verbales	Evitar las prescripciones verbales, escribir en la historia clínica por parte del medico
	Alergia no reflejada por el médico o no percibida por enfermería	Que estén reflejadas de una forma clara y con realce las alergias conocidas. El enfermero debe comprobar siempre la existencia de alergias, antes de administrar la medicación
Caidas durante la movilización	Movilización incorrecta de los pacientes que requieran ayuda	Tomar todas las precauciones de seguridad en los pacientes dependientes. Informar de la actuación que se va realizar, por parte del manipulador al paciente Instruir al personal en la forma más adecuada de movilizar al paciente Usar dispositivos de ayuda para la

		<p>adecuada manipulación del paciente.</p> <p>Detectar a los pacientes con riesgo de caídas.</p> <p>Acompañar al paciente con alto riesgo de caída, hasta dejarlo en manos del cuidador</p>
	Hipotensión postoperatoria	Asegurarse de que el paciente no presenta cifras de presión arterial bajas, antes de movilizar o levantarlo de la cama
Salida del catéter	Mala fijación de la vía	<p>Comprobar la adecuada fijación de la vía.</p> <p>Fijar bien los esparadrapos.</p> <p>Colocar la vía de forma que el paciente pueda moverse.</p> <p>Revisar durante la administración de tratamiento la vía.</p>
Bacteriemias	Incorrecta manipulación de herida operatoria	<p>Utilizar siempre guantes estériles, mascarillas y medidas generales de asepsia.</p> <p>Utilizar material estéril para la limpieza de herida. Observar signo de infección.</p>

2.2.3 Infección de Herida Operatoria:

El quirófano es el lugar donde se producen más Eventos adversos 47%, a ello se suman los factores:

FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS

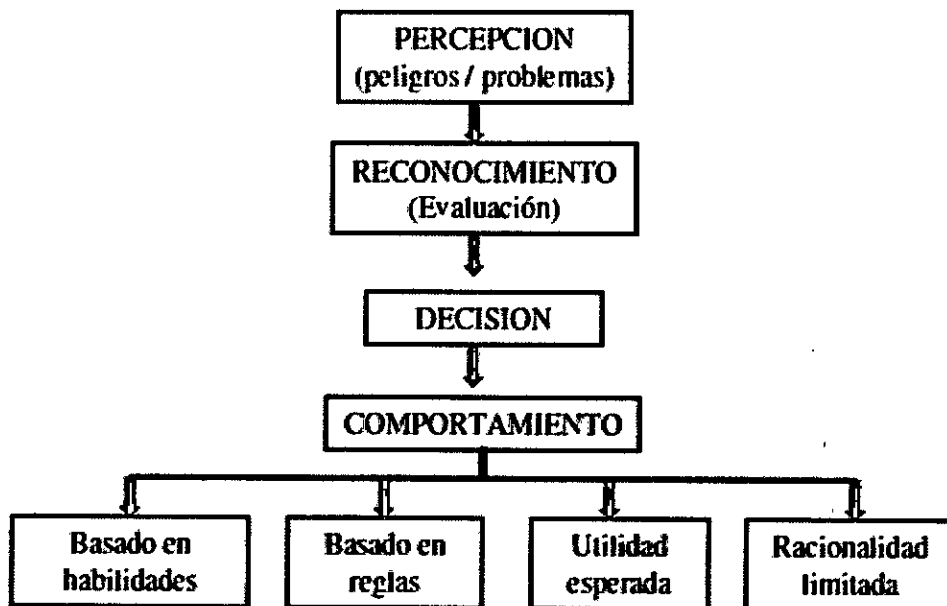
- Adecuada técnica quirúrgica
- Preparación higiénica del paciente
- Quimioprofilaxis preoperatoria

FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS

- Edad
- Comorbilidad
- Tipo cirugía: Limpia, contaminada, limpia-contaminada, sucia.
- Circunstancias de la intervención: Urgente, programada.

2.2.4 Teoría del Modelo general de comportamiento:

James Reason señala que "el error humano es una consecuencia, no una causa. Los errores están determinados y provocados por factores organizacionales y puestos de trabajo inadecuados". En consecuencia, los denomina "accidentes organizacionales". Sostiene que los accidentes organizacionales implican la interacción de condiciones latentes con eventos disparadores. Añade: "no podemos cambiar la condición humana, pero podemos cambiar las condiciones en que los humanos trabajan. La posición de Reason propone a la cultura como práctica colectiva. Recomienda el desarrollo de una cultura de la información, una cultura justa, una cultura con capacidad de aprendizaje, y finalmente, una cultura flexible. (21)



FUENTE: Reason, 1996; Rasmussen 1994)

El cuidado del paciente es parte del proceso de recuperar la salud. Unos buenos cuidados de enfermería llevarán al paciente al restablecimiento de su salud o a afrontar más dignamente su condición actual. Pero una mala práctica del cuidado puede llevar no solo a no recuperar la salud, sino a lesionar la ya de por sí vulnerable situación de aquel que se confía a los cuidados del profesional. (22)

2.3. Definiciones de términos

- a. **La seguridad del paciente:** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.
- b. **Factores de riesgo:** es cualquier rasgo característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

- c. **Incidente;** Es una circunstancia que podría haber ocasionado daño al paciente. Es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que favorece la ocurrencia de un evento adverso.
- d. **Eventos adversos:** deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente, que ha causado lesión y/ o incapacidad y/o progresión de la estancia y/o defunción.
- e. **Evento adverso prevenible.** Resultado no deseado, asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema. Proviene de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- f. **Evento adverso no prevenible.** Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- g. **Evento centinela.** Evento no deseado que señala que algo serio ocurrió y requiere una investigación más profunda.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

El que hacer a diario se ha observado los eventos adversos sin embargo con fines de presentación para la sustentación de la experiencia profesional.

- Primero se solicitó a la Institución permiso para tener acceso a datos estadísticos y extraer información sobre los reportes de eventos adversos.
- Seguido de ello realicé las coordinaciones con la jefe de servicio para hacer uso de los libros de reporte de eventos adversos y el de las historias clínicas
- Se elaboró una ficha de recojo de datos, la misma que se utilizó para plasmar información extraída de las historias clínica de los pacientes, así como el del libro de atención y de reporte de eventos adversos

3.2 Experiencia Profesional

Tengo 19 años de labor asistencial en las áreas quirúrgicas del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD-Cusco, iniciando mi labor profesional en el año 1995 al realizar mi SERUMS en el Hospital de Abancay, desempeñándome en los servicios de emergencia, cirugías y neonatología hospitalización, durante todo el año. Al culminar mi SERMS acepte la oferta de trabajar en una ONG llamada "MEDICO SI FRONTERA" durante 2 años, realizando la labor de capacitación y selección de promotores de salud en las comunidades de la sede de LIRCAY- departamento de Huancavelica, llegando a los lugares más

lejanos donde no existía ningún establecimiento de salud, una vez seleccionados los promotores de salud se les capacitaba en tratamiento de EDA e IRA en niños menores de 5 años, luego se les implementaba el botiquín comunal de tal manera se brindaba atención de salud a la población infantil.

Para el año 1999 en el mes de febrero, mediante un proceso de selección CAS ingreso a laborar en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud-Cusco, brindando atención en el programa de chequeo de niño menor de 10 años, programa preventivo captando niños de las diferentes escuelas del departamento de cusco a quienes se les realizaba el pesado y tallado, recolectaba muestras de heces, orina, dosaje de hemoglobina, de tal manera brindar una atención integral con la evaluación del pediatra, después de laborar en dicho servicio rote al servicio cirugía general en la especialidad de traumatología, desde aquel entonces hasta la fecha continuo laborando en el área de cirugía especialidades.

3.3. Procesos realizados del tema del Informe

Como profesional de Enfermería en el hospital de Adolfo Guevara Cusco (EsSalud) mi labor ha sido con como enfermera asistencial en los servicios de medicina interna y cirugías, brindando cuidados a pacientes post operados, durante años en los servicios de cirugía general en los que evidencie la presencia de eventos adversos que quedan sub registrados es decir que no se notifica que pero sin embargo durante la entrega de turno las colegas reportan la salida de catéter de drenaje, no de administrado algunos medicamentos , porque farmacia no entrego los medicamentos o por que el paciente se quejaba frecuentemente por la administración de medicamentos, algunos presentaban alergias, y otros que durante el llamado de paciente uno no podía acudirlos por que paralelamente nos encontramos atendiendo a otro paciente en otra

unidad, ellos se levantan o se lo retiran los drenes por que se quedaron dormidos, etc. Sin embargo, en las reuniones de servicio para mejoras todas tienen miedo de comunicar sobre los eventos adversos observados durante nuestro turno porque tienen miedo a ser sancionados o ser rotadas de servicio.

Para analizar la información se procedió a desarrollar la base de datos en Excel donde se desarrolló la tabla de frecuencias y obtener información

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1
RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL SEXO DE LOS USUARIOS
POSOPERADOS DE COLECISTECTOMIA EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA GENERAL DEL HNAGV 2017.

EDAD	SEXO		N°	%
	FEMENINO	MASCULINO		
18-29	11	10	21	39.6
30-39	13	2	15	28.3
40-49	6	2	8	15.1
50- a mas	7	2	9	17
TOTAL	37	16	53	100%
	69.8%	30.2%	100%	

FUENTE: reporte estadístico HNAGV.

El cuadro N° 4.1 nos muestra que el 39.6% de pacientes post operados de Colecistectomía tienen edades entre 18 a 29 años seguido de pacientes cuyas edades se encuentran entre 30 y 39 años, asimismo se observa que el mayor porcentaje de paciente post operados son de sexo femenino, teniendo una cifra del 69.2% y un 30.2% de pacientes de sexo masculino.

CUADRO N° 4.2
PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS POST OPERADOS DE
COLECISTECTOMIA EN ELSERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL
HNAGV 2017.

PROCEDENCIA	N°	%
Urbano	46	86.8
Rural	7	13.2
TOTAL	53	100

FUENTE: reporte estadístico HNAGV.

Según los reportes por lugar de procedencia se tiene que el 86.8% de pacientes post operados con colecistectomía son procedentes de zonas urbanas.

CUADRO N° 4.3
CANTIDAD DE EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS EN LOS
USUARIOS POSOPERADOS DE COLECISTECTOMIA EN ELSERVICIO
DE CIRUGIA GENERAL DEL HNAGV 2017.

EVENTOS ADVERSOS	N°	%
SI	31	58.49
NO	22	41.51
TOTAL	53	100%

FUENTE: reporte estadístico HNAGV.

Basándonos en los reportes estadísticos se obtuvo que el 58.49 % de pacientes post operados con colecistectomía presentaron algún tipo de evento adverso.

TABLA N° 4.4
FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS DE LOS USUARIOS
POSOPERADOS DE COLECISTECTOMIA EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA GENERAL DEL HNAGV 2017.

EVENTO ADVERSO	N°	%
Transmisión de enfermedades víricas	0	0
Embolia gaseosa	1	3.2
Infección del acceso vascular	9	29
Errores en la administración de medicación	2	6.5
Caídas durante la movilización	0	0
Salida del catéter	16	51.6
Bacteriemias	3	9.7
TOTAL	31	100%

Los eventos adversos reportados con mayor frecuencia fue la salida de catéter con el 51.6 % del total de pacientes post operados de colecistectomía, seguido de infección del acceso vascular con un porcentaje de 29% y el 6,5% fue por errores en la administración de medicación.

IV. CONCLUSIONES

- a) Según rango de edades se obtuvo que el mayor porcentaje de pacientes post operados de colecistectomía fueron de edades entre 18 y 29 años (39.6%), en su mayoría de sexo femenino (69.2%) y procedentes de zonas urbanas (86.8%).

- b) El 58.49 % de pacientes post operados con colecistectomía presentaron algún tipo de evento adverso, siendo las más frecuentes, la salida de catéter con el 51.6 %, seguido de infección del acceso vascular con un porcentaje de 29% y el 6,5% fue por errores en la administración de medicación.

- c) En mi experiencia profesión concluyo que factores intrínsecos y extrínsecos definen el grado de vulnerabilidad de los pacientes, lo cual es un factor decisivo en la aparición de un evento adverso ligado a la atención de pacientes quirúrgicos, de tal forma conforme aumenta el número de factores de riesgo, se incrementa el riesgo de un evento adverso.

V. RECOMENDACIONES

- a) Propiciar espacios institucionales multidisciplinarios, que permitan la generación de alternativas y propuestas para la generación de estrategias tendientes a la prevención de eventos adversos y la creación y difusión de una cultura institucional de seguridad del paciente.

- b) Incentivar la notificación y el análisis de eventos adversos inicialmente de manera anónima, a través de buzones u otros medios destinados para tal fin. De esta forma se podría tener un registro que permita la toma de decisiones frente a los eventos más frecuentes y fomentar actividades que permitan la consolidación de una cultura de seguridad del paciente, en un marco de calidad institucional.

- c) Generar acciones que permitan la identificación de usuarios con riesgo de caída y la prevención de estas, gestionando la adecuación de elementos de protección de los pacientes, como barandas para las camas y soportes en paredes y baños, que permitan una movilización segura, además de brindar educación a los familiares y acompañantes.

- d) Incentivar el control, reporte y registro de infecciones intrahospitalarias, reforzando la importancia del lavado de manos, el manejo de catéteres endovenosos, cuidado y prevención de heridas y el uso correcto de antibióticos, a través de protocolos de preparación, conservación y administración correcta.

- e) Fomentar la motivación por la educación continua, a través de jornadas de capacitación y participación en congresos, jornadas de aprendizaje, incluyendo a todos los miembros académicos de la institución y aprovechando la condición de Hospital y las universidades.

- f) Profundizar en el estudio y realización de protocolos de administración de medicamentos y los eventos adversos relacionados con esta práctica. Organizar grupos de trabajo multidisciplinario, que permitan análisis de información y actualización constante de dichos protocolos, propiciando encuentros de grupos de Enfermería para el análisis de acciones que permitan una administración segura de medicamento.

VI. REFERENCIALES

1. Leininger, M; McFarland, M.R. Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practice. McGraw-Hill: 2002 SSALUD. Manual de Eventos Adversos. Lima: Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno; 2009. Uni.net. [Internet] .España: Uninet; 2012[actualizado 08 Jul 2012; citado 11 ago. 2015]. Disponible en: <http://www.samiuc.es/index.php/libros-en-la-web.html>.
2. Bañeres, Joaquim. Y Cavero Elisa. "Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos". Chile 2011.
3. Donoso, F. Alejandro Y Fuentes R. Iris. "Eventos adversos en UCI". Chile, 2004.
4. Bernal, R. Diana y ZEA G. Natalia. "Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos" Colombia. 2008.
5. Judez, Legaristi Diego. "Incidencia de efectos adversos en un servicio de cirugía general". España, 2010.
6. Bustos, Carrera Diego y otros, "Caracterización de eventos adversos durante la sesión de hemodiálisis, unidad renal Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo". República Dominicana, 2014.
7. Javier, A. Lucia, "Experiencia en el estudio de efectos adversos en un servicio de cirugía general" España, 2016.
8. World Alliance for Patient Safety WHO Guidelines for Safe Surgery World Health Organization, Geneva, 2008.
9. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación internacional para la seguridad del paciente. Enero. pág. 15. 2009.
10. Weiser, T. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. The Lancet. 2008; Volume 372: 139 – 144.
11. Ministerio de Salud. Dirección de Salud de las Persona. II Curso Taller: Seguridad del paciente. Lima: MINSA; Junio 2006.

12. MINSA. Cirugía segura salva vidas [internet]. Campana por la calidad de la atención y seguridad del paciente. Lima: MINSA; 2008. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidadsalud/archivos/Cirugia_Segura.pdf
13. Organización Mundial de la Salud Resolución WHA55.18 Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2002)
14. Gaitán-Duarte, H., et al., "Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias". Colombia, 2006.
15. Andrés, J.M.A., Estudio IBEAS "Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica". Ministerio de Sanidad y Política Social: Madrid.2010.
16. Pernerger, T. El queso suizo, modelo de incidentes de seguridad: ¿Hay agujeros en la metáfora? BMC Health Services Research. 2005.
17. Flores, G. Responsabilidad profesional en enfermería. La perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense. En: Med. leg. Costa Rica 2003
18. Caparachin Gonzales, Eliana Lucia. HENOSTROZA Inga Rosa María. "Eventos adversos durante el traslado del paciente post operado inmediato en sala de operaciones en la Clínica Stella Maris", Perú 2016.
19. Nicho Chávez Carlos Alberto. "Factores que se asocian a infección de sitio operatorio en pacientes post operados por apendicetomía convencional en el Hospital Nacional Hipólito Unanue". Perú 2016.
20. Valderrama Gutiérrez María Rubí. "Complicaciones en pacientes postoperado de apendicectomía con manejo ambulatorio en el Hospital General De Ecatepec Las Américas". México 2014.
21. Reason JT. Human error. New York: Cambridge University Press; 1990.

22. ORE Rodríguez María Del Rosario. "Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico". Perú 2010.

ANEXOS

**PACIENTE POSOPERADO DE COLICISTECTOMIA EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HNAGV ESSALUD**

