



ADMINISTRACIÓN-GESTIÓN-CALIDAD

Descripción de eventos adversos en un hospital pediátrico de la ciudad de Santiago, Chile

Description of adverse events in a pediatric hospital of the city of Santiago, Chile

***Riquelme Hernández, Giselle, **Ourcilleón Antognoni, Astrid.**

*Matrona, Magíster en Enfermería, Profesora Asistente Adjunta, Departamento Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. E-mail: gfriquel@uc.cl **Enfermera-Matrona, Magíster en Administración en Servicios de Salud, Académica Escuela de Enfermería, Universidad del Desarrollo, Chile.

Palabras clave: Seguridad del paciente; evento adverso; población pediátrica

Keywords: patient safety; adverse events; pediatric population

RESUMEN

Introducción: Los eventos adversos (EA) son parte de las interacciones humanas que ocurren diariamente en los lugares donde se entrega atención de salud. Su identificación se hace imprescindible, sobre todo en poblaciones de mayor vulnerabilidad, como es el caso de los niños.

Objetivos: Identificar los EA presentes en la atención de usuarios de un hospital pediátrico especializado en la atención de niños con enfermedades respiratorias crónicas.

Metodología: Estudio de carácter descriptivo, correlacional, retrospectivo. Se revisaron 115 fichas clínicas, correspondientes a los ingresos entre los meses de enero del 2006 y julio de 2007, extrayéndose a través de una ficha de recolección de datos los EA notificados, entre otras variables

Resultados: En el 15,7% de los niños se notificó la ocurrencia de EA; en el 6,1% se registró la ocurrencia de dos o más EA. Los EA notificados fueron: EA en administración de medicamentos, caídas y golpes. Se observó asociación entre la ocurrencia de EA y el número de días de hospitalización, jornada del día y mes de año. No se observó asociación con la edad del niño.

Discusión/Conclusión: La monitorización de EA debe ser incorporada en forma sistemática y sostenida dentro del proceso de atención de salud de cada niño, involucrando a cada miembro del equipo de salud. La enfermera juega un rol esencial para lograr el éxito de este proceso.

ABSTRACT

Introduction: adverse events (AE) are part of human interactions that occur daily in the places where health care is delivered. Their identification is essential, especially in more vulnerable populations, as is the case of children.

Objectives: Identify the AE present in the attention of users of a pediatric hospital specializing in the care of children with chronic respiratory diseases.

Methodology: this study is descriptive, correlational and retrospective. We reviewed 115 medical records, income for the months between January 2006 and July 2007, extracted through a data collection form the EA reported, among other variables.

Results: in 15.7% of the children reported the occurrence of AE, in the 6.1% recorded the occurrence of two or more AE. AEs reported were: AE in medication administration falls and blows. Association was observed between the occurrence of AE and the number of days of hospitalization, time of day and month of the year. No association with age of the child.

Discussion: AE monitoring should be incorporated in a systematic and sustained in the process of health care for each child, involving every member of the health team. The nurse plays a vital role to achieve.

INTRODUCCIÓN

La Calidad de Atención se ha convertido en los últimos años en un tema relevante en las agendas de Gobierno en materia de salud. Bajo las actuales exigencias en salud, las instituciones se han visto obligadas a incorporar este aspecto en la planificación de sus actividades, enfocadas principalmente a mantener un alto nivel en el continuum del cuidado de las personas ⁽¹⁾.

Para la Organización Mundial de la Salud [OMS] una atención de calidad, es aquella capaz de identificar las necesidades de salud de los individuos y la población, destinando los recursos humanos y materiales a estas necesidades en forma total, precisa, oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite ⁽²⁾. Involucra a toda la institución de salud y debe ser considerada en la planificación y mejora constante que se lleva a cabo en los distintos niveles de la organización como parte de todo proceso ⁽³⁾.

Bajo este concepto, el cuidado de la persona debe ser en todo momento el eje central de la calidad de atención ⁽³⁾ y considerar las distintas dimensiones que la componen, definidas como atributos o componentes esenciales de ella ⁽⁴⁾.

La seguridad es una de las dimensiones de la calidad de atención. Su significado está orientado a un balance positivo entre riesgos y beneficios, reduciendo los peligros asociados a la atención de salud ^(3,5,6)

La seguridad no es un tema a incorporar en forma mecánica dentro de una cultura ya existente, o tratar de aplicarla automáticamente en la práctica clínica; debe constituir una orientación, una guía y un proceso continuo de aprendizaje que envuelve íntegramente a la organización, incorporando las iniciativas en términos de sistemas ^(7,8,9).

La seguridad en términos generales, puede ser entendida como la ausencia de perjuicios accidentales durante la atención de salud. Sin embargo, los usuarios, especialmente los hospitalizados, son vulnerables, y por lo tanto, existen diversas dificultades para distinguir entre aquellos eventos relacionados con los cuidados de salud de aquellos factores de riesgo intrínsecos y/o extrínsecos, y que no son las complicaciones esperables de una enfermedad ⁽⁸⁾.

Bajo la dimensión de seguridad surge el concepto de evento adverso (EA), entendiéndose por éste *“el daño no intencionado o complicación que produce discapacidad al momento de la salida del paciente, la muerte, o una estancia hospitalaria prolongada, y que es fruto del manejo médico más que debido al proceso patológico subyacente del paciente”*⁽¹⁰⁾.

En los países en vías de desarrollo la ocurrencia de EA es mucho mayor que en los países desarrollados, ya sea por el mal estado del equipamiento, la deficiente infraestructura, la calidad de los medicamentos, las deficiencias en temas de precauciones estándar, la escasa capacitación y motivación del personal de salud, y la falta de financiamiento para cumplir las funciones básicas de un centro de salud⁽¹¹⁾.

En términos generales, se considera que la probabilidad a nivel mundial de que ocurra un EA ha aumentado considerablemente. Se estima que por cada proceso o actividad que se incorpora en la atención del paciente se incrementa en un 1% la posibilidad de ocurrencia de un EA⁽⁹⁾.

El Estudio Nacional Sobre Efectos Adversos Ligados a la Atención Hospitalaria [ENEAS]⁽¹²⁾, realizado en España el año 2005, reportó una incidencia del 8,4% de ocurrencia de EA en sus pacientes hospitalizados, valor concordante con investigaciones realizadas previamente en países como Estados Unidos, Australia y Reino Unido. Del total de pacientes en los que se notificó la ocurrencia de EA en este estudio, el 17.7% presentó más de un EA durante su hospitalización⁽¹²⁾.

El EA se debe a una serie de sucesos que en ningún caso son responsabilidad de un solo individuo, ya que no debemos olvidar que cada actividad del proceso de atención en salud tiene por sí mismo un riesgo intrínseco^(12,13). No obstante, es importante considerar que factores tales como la estancia prolongada en el hospital y el grado de vulnerabilidad del usuario, pueden ser factores decisivos en la ocurrencia de un EA⁽¹²⁾, y por lo tanto, su identificación se hace imprescindible, sobre todo en poblaciones de mayor vulnerabilidad, como es el caso de los niños, en los que si bien no producen necesariamente muerte, sí generan incapacidad posterior, mermando de este modo la calidad de vida en su adultez⁽¹⁴⁾.

Existen pocos estudios sobre EA en pediatría. La mayoría describen lo que sucede en medicación o bien extrapola a los niños lo que sucede en los adultos, aún cuando existen diferencias sustanciales entre ambas poblaciones (epidemiológicas, demográficas, de desarrollo y tipo de cuidado requerido)^(14,15).

Son más frecuentes los EA en pediatría en niños hospitalizados que en otros escenarios de salud, debido principalmente a las condiciones de susceptibilidad y la intensidad de las actividades que se desarrollan en este ámbito⁽¹⁴⁾.

Algunos de los estudios realizados en población pediátrica, encontraron que la tasa de EA en niños fluctuaba entre el 0.6 y 1%, siendo los más frecuentes los que afectan a los recién nacidos o neonatos en el momento del nacimiento⁽¹⁵⁾.

Junto con los EA relacionados a la administración de medicamentos, los EA derivados del diagnóstico (ej. diagnóstico realizado por profesional no calificado) son los más comunes en pediatría^(16,17). También se ha observado la ocurrencia de EA durante el traslado del niño a otro hospital, con una frecuencia de 13,2% del total,

observándose, por ejemplo, error en la administración de medicamentos durante el traslado y extravasación de la vía venosa ⁽¹²⁾.

A pesar de los esfuerzos, los estudios siguen siendo escasos y frente a tales diferencias con la población adulta, la monitorización de estos eventos, y el fortalecimiento de la seguridad del paciente se hace prioritario a la hora de realizar mejoras en la calidad de atención de los servicios destinados a atender a la población infantil.

Por lo anteriormente expuesto, el propósito de este estudio fue contribuir al cuidado de los pacientes hospitalizados en áreas de pediatría, a través de la identificación de los eventos adversos presentes en la atención en un hospital especializado en la atención de niños con enfermedades respiratorias crónicas.

METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio de carácter descriptivo, correlacional y retrospectivo, realizado en un hospital pediátrico especializado en la atención de niños con enfermedades respiratorias crónicas, de la Ciudad de Santiago, Chile.

El tiempo de estudio fue de 18 semanas, periodo que demoró la aplicación de la pauta de recolección de datos, comprendido entre los meses de octubre del año 2007 a febrero del año 2008.

El universo estuvo constituido por la totalidad de niños ingresados al hospital entre los meses de enero del 2006 hasta julio del 2007, lo que correspondió a un total de 130 niños. Debido al número reducido, la muestra a analizar correspondió al universo mencionado, sin embargo no fue posible acceder a 15 de las 130 fichas, por lo que se obtuvo finalmente un universo de 115 niños para el estudio, correspondiente al 88% de la población.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, número de días de hospitalización, diagnóstico de ingreso, profesional que realiza el diagnóstico de ingreso, tipo de alimentación, número de medicamentos, tipo de oxigenoterapia, notificación de EA en ficha clínica, mes del año en que ocurrió EA, jornada laboral en la que ocurrió el EA.

La fuente de información fue la ficha clínica y la recolección de datos se realizó a través de un formulario de recolección creado por las investigadoras conformado por 3 ítems (aspectos generales, procedimientos y eventos adversos notificados en la ficha clínica) que agrupó las variables involucradas en el fenómeno a estudiar, basado en la revisión de literatura respecto al tema. Fue revisado en primera instancia por expertos, realizándose ajustes en algunas variables. Posteriormente, se realizó una prueba piloto aplicando el formulario a diez fichas, eliminándose o reestructurándose algunas de las variables.

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa computacional EXCEL y el paquete estadístico SPSS 15 (versión español), aplicándose estadística descriptiva para el análisis de todas las variables. Posteriormente, para conocer la existencia de relación entre algunas variables se utilizaron pruebas no paramétricas, debido a que la distribución de éstas no era normal. Para establecer correlación entre variables nominales (evento adverso v/s jornada del día; evento adverso v/s mes del año) se utilizó la prueba V de Cramer; para la correlación en que al menos

una de las variables era de tipo ordinal, se utilizó el coeficiente de rho de Spearman (evento adverso v/s N° días de hospitalización; evento adverso v/s edad del niño).

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, de la Ciudad de Santiago, Chile.

RESULTADOS

El 82,6 % de la población se encuentra en el intervalo de edad de 1 mes a 5 años; el promedio de edad fue de 31 meses, equivalente a 2 años y 7 meses. El 40,8% de la población es de sexo femenino, mientras que el 59,13% es de sexo masculino.

Con respecto al número de días de hospitalización se observó que el 57,4% de los niños estuvieron hospitalizados entre 1 y 30 días, mientras que 20,9% se hospitalizaron por más de 180 días. El promedio de días de hospitalización fue de 90, con un mínimo de 2 y un máximo 529.

El diagnóstico de ingreso más común fue el síndrome obstructivo bronquial (34,8%) seguido por displasia broncopulmonar (30,4%), neumonía (20,9%) y bronquitis obstructiva (14,8%). En el 90,4% de los casos, el diagnóstico de ingreso fue realizado por médico con especialidad de broncopulmonar, mientras que en el 9,6% restante, fue realizado por médico pediatra. No observándose errores diagnósticos.

Según el tipo de alimentación recibida durante la hospitalización, el 79,1% de los niños recibieron alimentación enteral (por boca o sonda nasogástrica), mientras que en el 2,6% de los niños se utilizó alimentación parenteral. Cabe destacar que el 18,3% de los niños eran alimentados por gastrostomía (GTT). No se notificaron eventos adversos en el procedimiento de alimentación.

El 35,7% de los niños tuvieron tratamientos compuestos por tres medicamentos distintos. En el 28,8%, los tratamientos estaban compuestos por más de cuatro medicamentos diferentes, y en un caso el tratamiento estuvo compuesto por siete medicamentos distintos.

No se notificó ocurrencia de EA en un 84,3% de las fichas clínicas revisadas. En el 15,7% de las fichas clínicas se notificó la ocurrencia de EA.

En aquellos niños donde se reportó la ocurrencia de EA, en el 9,6% se notificó la ocurrencia de un EA y en el 6,1% de dos o más.

En la tabla 1. se presenta el desglose de los EA notificados.

Tabla 1. Desglose de eventos adversos notificados.

<i>Evento adverso</i>	<i>Frecuencia absoluta</i>	<i>Frecuencia relativa porcentaje %</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
EA en vía venosa periférica	2	7,7 %	7,7%
EA en punción arterial / venosa para examen de laboratorio	3	11,5 %	19,3%
EA en traslado de paciente a otra institución	1	3,8 %	23,1%
EA en oxigenoterapia	2	7,7 %	30,7%
Caídas	8	30,8 %	61,5%
EA en administración de medicamentos	5	19,2 %	80,7%
Golpe	5	19,2 %	100 %
Total de EA notificados	26	100 %	

El 88,5% de los EA ocurrieron en el transcurso del día, ya sea jornada mañana o tarde, mientras que el 11,5% ocurrieron en la noche. Con respecto a los meses en que fueron notificados los EA, el 19,2% ocurrieron en el mes de septiembre; 15,4% en el mes de enero. En los meses de mayo, agosto y noviembre se presentaron un 11,5% de eventos adversos para cada mes mencionado. El 46,1% de los eventos adversos ocurrió en el primer semestre del año, mientras que el 53,9% restante en el segundo semestre. Cabe destacar que todos los EA notificados ocurrieron durante el año 2006, en los meses señalados.

Al indagar sobre las características del EA se observó que en los dos casos en que fue notificado un EA en vía venosa periférica, este correspondió a la extravasación de la misma con compromiso de la piel circundante.

En el caso de los EA en la punción venosa/arterial para toma de toma de exámenes de laboratorio, los tres EA reportados correspondieron a multipunción con compromiso de la zona (presencia de hematomas).

De 18 niños que fueron trasladados, uno de ellos presentó EA durante el procedimiento, que correspondió a la extravasación de la vía venosa periférica con compromiso de la piel circundante.

De un total de 8 niños, en 3 de ellos (2,6%) se notificaron caídas desde la cama, en un niño desde la cuna y en 4 niños (3,5%) en deambulación.

El 65,2% de los niños recibieron oxigenoterapia por naricera. En el 29,6% el método de oxigenoterapia empleado fue ventilación mecánica no invasiva en su modalidad de CPAP (4,4%) o BIPAP (25,2%). En un caso se utilizó ventilación mecánica invasiva. En el 4,4% de los niños se utilizó HALLO. En la oxigenoterapia se registraron 2 EA; uno de ellos en la oxigenoterapia con hallo y el otro en ventilación mecánica no invasiva (VMNI), específicamente en la modalidad de

CPAP. Los EA notificados correspondieron a: desconexión del sistema ventilatorio y conexión incorrecta del sistema de humidificación del oxígeno.

Se notificaron 5 EA en medicación, correspondiente al 4,4% del total de niños que recibió terapia medicamentosa, observándose que dos ellos correspondieron a omisión, es decir, la no administración del medicamento. También se observaron otros tipos de eventos adversos relativos a la administración de medicamentos, como error en la vía de administración del medicamento y equivocación en la dosis. En 5 niños, correspondiente al 4,3% de la población se notificaron golpes contra otro niño ⁽²⁾, contra cama o cuna ⁽¹⁾ y golpe contra muralla ⁽²⁾.

Del total de EA notificados, 12 ocurrieron en la jornada de la mañana, 11 en la jornada de tarde y 3 en la jornada de la noche.

Aplicando coeficiente de correlación de Spearman, no se encontró correlación entre la edad del niño y la ocurrencia de un EA, observándose bajo este mismo análisis, correlación entre las variables número de días de hospitalización y ocurrencia de EA.

Por su parte, al aplicar V'Cramer para variables nominales, se observó correlación entre las variables ocurrencia de EA y jornada del día en que ocurrió el EA; y ocurrencia de evento adverso y mes del año en que ocurre dicho EA.

DISCUSIÓN

Toda organización como un sistema en sí mismo requiere de una constante evaluación de sus procesos con el fin de mejorar la calidad de éstos. Una institución de salud debe continuamente buscar las herramientas necesarias para otorgar la mejor atención posible a sus usuarios, destinando los recursos humanos y materiales necesarios para que la atención sea total, precisa y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permita ⁽²⁾.

Una de las dimensiones fundamentales a considerar en dicha mejora es la búsqueda que cada atención otorgada sea segura para el paciente, minimizando al máximo posible EA que se puedan presentar, y que si bien son esperables al tratarse de la interacción entre seres humanos, son factibles de ser prevenidos. Para tales efectos, la monitorización de los EA es una herramienta útil que contribuye a mejorar la calidad de atención ⁽¹⁴⁾.

En distintas áreas de la medicina, se han realizado estudios para conocer la frecuencia, tipos y características generales de los EA en la población general, sin embargo, no existen estudios amplios sobre lo que ocurre en la población pediátrica, y específicamente, en poblaciones vulnerables como son los niños con enfermedades crónicas, que por su condición, requieren cuidados especializados y de gran demanda.

Si se considera la ocurrencia de EA en población general que ha sido reportada en distintos estudios cercano al 8% ⁽¹²⁾, el presente estudio encontró un porcentaje mayor de ocurrencia (15,7%), sin embargo, no es posible llevar a cabo la comparación, ya que la población infantil posee características propias que la hacen diferente a la adulta. Por su parte, los estudios realizados en población infantil, reportan valores cercanos al 1%, pero estimados en términos de tasa ⁽¹⁵⁾ y de 3,4%

en una unidad de cuidados intensivos ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, ambiente que no presenta condiciones tales como la deambulaci3n del ni1o y por ende el riesgo de caídas y golpes. Por su parte, en otros estudios se notific3 ocurrencia de m1s de un EA por paciente, lo que es coincidente con los hallazgos de este estudio ^(12,16,21).

Es importante recordar que el EA se debe a una serie de sucesos, pudiendo estar asociado a la comunicaci3n, equipos o sistemas ⁽¹²⁻¹³⁾. En el estudio se encontr3 la existencia de relaci3n entre la ocurrencia de EA con factores tales como el n1mero de dıas de hospitalizaci3n, la jornada del dıa y el mes del a1o; mientras que la edad del ni1o, no tuvo influencia en la ocurrencia de 3stos.

La estancia prolongada en el hospital, puede ser un factor decisivo en la ocurrencia de un EA ⁽¹²⁾. Se estima que por cada actividad o proceso que se incorpora a la atenci3n de un paciente, la posibilidad de que ocurra un EA se incrementa en un 1% ⁽⁹⁾, y por lo tanto, un ni1o con enfermedad cr3nica, que requiere periodos de hospitalizaci3n mayores a 30 dıas ⁽¹⁸⁾, cuidados especializados e intervenci3n constante, podrıa tener mayor predisposici3n a la posibilidad de verse afectado por EA.

La ocurrencia de EA seg1n jornada del dıa estarıa relacionada con las actividades que se realizan durante el proceso de atenci3n del ni1o ^(16,17), y por lo tanto, durante la jornada de dıa, existirıa una mayor posibilidad de que ocurran EA, ya que gran parte de los procedimientos envueltos en una hospitalizaci3n son realizados durante el turno de dıa, como traslado del ni1o a otra instituci3n, toma de ex1menes de laboratorio, o por ejemplo, la realizaci3n de actividades cotidianas, como la deambulaci3n del ni1o.

En relaci3n al mes del a1o, septiembre fue el mes que present3 la mayor frecuencia de EA en este estudio, que seg1n estacionalidad, no corresponderıa a los meses de mayor demanda, no obstante, no es posible determinar la situaci3n especial que haya estado experimentando el hospital para tal hallazgo, ya que no fue objetivo de este estudio indagar en tales razones. Adem1s, no se encontr3 en la literatura menci3n a la relaci3n entre este factor y la ocurrencia de evento adverso.

Tanto la jornada del dıa como el mes del a1o son factores importantes de ser considerados, ya que no se debe olvidar el factor humano. Los profesionales de la salud deben enfrentar largas jornadas de trabajo en turnos, y meses del a1o donde se incrementa la demanda, por situaciones de salud especıficas de cada 3poca (ej. camp1a de invierno por infecciones respiratorias agudas), debiendo atender muchas veces un n1mero considerablemente mayor de ni1os en el mismo tiempo.

Con respecto al tipo de EA, en pediatrıa los m1s comunes son los derivados del diagn3stico ⁽¹⁵⁾, situaci3n que contrasta con los hallazgos de este estudio, donde las caídas fueron el EA de mayor frecuencia, aspecto que tambi3n es referido en estudios realizados en poblaci3n adulta ^(21,22). Junto a 3ste se encuentran los EA en administraci3n de medicamentos ^(15,16,17,22), aspecto que coincide con lo encontrado en este estudio, y los golpes.

La literatura no registra el reporte de golpes como un EA, sin embargo, 3sta es una situaci3n com1n entre los ni1os por su condici3n de desarrollo (menor estabilidad al andar), o bien por su necesidad de exploraci3n, que los coloca en una situaci3n de mayor riesgo. En este estudio fue considerado como un EA, porque responde a la

descripción del mismo, al ser un daño no intencionado, resultado desfavorable por acción u omisión durante la atención (ej. vigilancia del niño), y que puede ser evitado con el establecimiento de normas o procedimientos ^(10,14,20).

Por otra parte, es importante considerar aquellos EA que se puedan producir por las características propias de nuestro sistema de salud, ya que al existir hospitales de distinta complejidad, en muchas ocasiones los niños deben ser trasladados a otros hospitales para la realización de procedimientos de mayor complejidad, con el consiguiente riesgo de ocurrencia de EA durante éste. En esta investigación se encontró un EA durante el traslado del niño, frecuencia bastante menor a la reportada en otro estudio ⁽¹⁹⁾, pero similar en relación al tipo de evento, ya que en ambos casos, correspondió a la extravasación de la vía venosa.

El establecimiento de normas se transforma en herramientas claves a la hora de entregar un cuidado de calidad y son aplicables a cualquier etapa dentro del proceso de atención.

Cada institución debería incorporar actividades que permitan el desarrollo de normas, para vigilar y mejorar los procesos, o también llamado garantía de calidad, utilizando la información que tienen disponible para analizar la forma en que entregan sus servicios, manteniendo en todo momento un enfoque de trabajo en equipo. No obstante, las instituciones deben considerar la incorporación de la seguridad como un eje principal en sus lineamientos, no debe ser en forma mecánica, sino de manera paulatina, incorporando a cada uno de sus componentes e iniciando con una evaluación de los esfuerzos ya realizados, como de los que vendrán, y socializando los cambios, en cada uno de los estamentos.

La notificación de EA no debe constituirse en una barrera que agregue complejidad al proceso de atención de la persona, ni mucho menos en una forma punitiva de evaluar el desempeño, transformando la cultura de seguridad en cultura del horror o castigo. Debe existir un énfasis en que cada componente del equipo de salud se haga parte de todo el proceso y lo considere como propio.

Si bien, como se ha mencionado, es responsabilidad de cada componente del equipo asegurar que la atención de cada usuario tenga el menor riesgo posible, la enfermera juega un rol fundamental, al ser el profesional a cargo de la gestión del cuidado de las personas, lo que implica que su atención debe ser eficiente, de tal forma de garantizar la calidad del cuidado a entregar para satisfacer tanto al usuario como su familia ⁽²²⁾.

La gestión de la calidad de atención se aplica en cada una de sus dimensiones, y por lo tanto la seguridad del paciente no es un tema ajeno al desempeño de la enfermera. Como se ha mencionado, los EA se relacionan en la atención de la salud con diversos factores, como por ejemplo, la vulnerabilidad del paciente o los días de estancia en el hospital. No obstante, existen factores directos, tales como problemas en la comunicación con el usuario y el equipo de salud, falta de información y deficiencia en la destreza de los profesionales y personal de apoyo, exceso de confianza, inadecuada delegación de actividades, fatiga del personal, ausencia de seguimiento, entre otros; y factores indirectos como son el tipo de sistema de salud, sobredemanda de servicios y excesiva estandarización del proceso de atención ⁽¹³⁾.

El EA por tanto puede producirse ante la falta de un elemento tan central como es la comunicación del personal de salud y el usuario, situación que se produce generalmente por la dependencia de los usuarios de equipos multidisciplinarios que puede producir discontinuidad y fragmentación de la atención ⁽¹³⁾. La función de la enfermera tiene un papel fundamental en evitar estas situaciones al ser el profesional más cercano al usuario, que le permite obtener y compartir información con éste y el equipo de salud, pudiendo de esta forma observar, registrar y monitorizar los eventos adversos, y por lo tanto garantizar que la dimensión de seguridad del paciente se cumpla de forma efectiva en la mejora de la calidad.

No se debe olvidar que algunos de los elementos a ser monitorizados y que son indicadores de seguridad del paciente tales como las infecciones, errores de medicación, caída de pacientes y úlceras de decúbito, tienen relación directa con enfermería y la forma en que se desarrolla un proceso de gestión óptimo.

Es por esto que la seguridad del paciente debe ser un tema prioritario en el quehacer de enfermería al ser a este profesional al que se le entrega la responsabilidad de gestionar el mejor cuidado para cada persona.

CONCLUSIÓN

La identificación de los EA es fundamental para lograr una atención de calidad y es responsabilidad de cada integrante del equipo de salud, velar por su cumplimiento. A su vez, dicha responsabilidad no sólo debe limitarse a la notificación de los eventos, sino que también debe contribuir al conocimiento, desarrollando nuevas investigaciones en torno al tema. Ante lo expuesto, se hace fundamental la realización de futuros estudios, que permitan complementar la información necesaria y que contribuyan, fundamentalmente, a mejorar la atención que día a día se le entrega a los usuarios.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones del estudio tuvieron relación con la fuente de información empleada para este estudio (ficha clínica), entre las que podemos mencionar: falta de orden cronológico en las evoluciones de los distintos profesionales a cargo de la atención del niño; distintos tipos de registros, es decir, no existía el mismo tipo de hojas de registro entre las fichas de los primeros meses del año 2006 versus las del segundo semestre, siendo las del segundo período, más completas en datos que las primeras, y dificultad al leer los registros, por la existencia de distintos tipos de letras, algunas de ellas prácticamente ilegibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tena C, Juárez N. Error y conflicto en el acto médico. Revista Médica IMS. 2003; 6: 461-463.
2. Luaces C, Benito J, Ferrés F, González A, Sebastián V. Indicadores pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid: Autor; 2004. 68 p.
3. Urroz O, Allen P. Introducción a la calidad en los servicios de salud en el nivel local [dissertation]. Escuela de Salud Pública: Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica; 2004.

4. Jiménez L, Báez R, Pérez B, Reyes L. Metodología para la evaluación de la calidad de atención primaria de salud. *Revista Cubana Salud Pública*. 1996 Jun; 22(1): 37-43.
5. Brown L, Miller L, Rafeh N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención en salud en los países en desarrollo. En DiPrete L, Miller L, Rafeh N, Hatzell T, editors. *Serie de perfeccionamiento de la metodología de la garantía de calidad* (2a. ed.). 2004.
6. Molina M, Quesada L, Ulate J, Vargas S. La calidad en la atención médica. *Med Leg Costa Rica*. 2004; 2(1).
7. Safety Curriculum [Internet]. Michigan: Patientsafety c. 2002. Available from: www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit
8. Aranaz J. Experiencias nacionales e internacionales en la gestión de riesgos: Pasado, presente y futuro. Available from: <http://www.dsp.umh.es>. 2005
9. De Luca M. "Error y Seguridad de atención en perspectiva: Una mirada panorámica". Available from: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>, Abril 2005. CIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.
10. Gaitán H, Eslava J, Garzón C, Rubio J, Forero J, Valbuena L. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el instituto materno infantil de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2005 Abr-Jun; 1(56): 18-26.
11. Seguridad de los pacientes [Internet]. Madrid: Alianza Mundial de las Profesiones de la Salud.; c 2005. Available from: http://www.icn.ch/matters_ptsafety.htm
12. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005[Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.; c2005. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.
13. Gómez A, Espinosa A. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. *Cuidar es pensar*. Aquichan. 2006; 6(1): 54-67.
14. Fernández N. Los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2004; 102(5): 402-410.
15. Woods D, Thomas J, Hall Y, Altman S, Brennan T. Adverse events and presentable adverse events in children. *Pediatrics*. 2005; 115: 155-160.
16. Donabedian A. Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de atención. *Revista de Salud Pública de México*. 1993; 35(1): 94-97.
17. Donabedian A. Calidad de la atención de salud. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Revista ITAE*. 1995. 2: 19-24.
18. Navarro S, Briceño L, Villalobos J. Asistencia a la familia de un niño con enfermedad crónica: un desafío de enfermería. *Neumología Pediátrica*. 2007; 2(1): 34-37.
19. Bustos B, Villagrán V, Rocha M, Riquelme C, Muñoz R, Baeza R. Transporte interhospitalario de pacientes pediátricos. *Revista Chilena de Pediatría*. 2001; 72(5): 430-436
20. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colombia Médica*. 2005: 36(2); 130-136.
21. Parra DI, Camargo-Figuera FA, Rey Gómez R. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global*. 2012;11(4); 159-169.
22. Queiroz Bezerra AI, Queiroz E, Weber J, Tanferri de Brito T. Reacciones adversas: indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un hospital centinela. *Enfermería Global*. 2012;11(3); 187-197.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia