

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



TITULO:

“Conocimientos básicos, actividades y actitudes del personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud con respecto al reporte de eventos adversos hospitalarios, Febrero 2015”

Autor:

José Ignacio Vargas Postigo

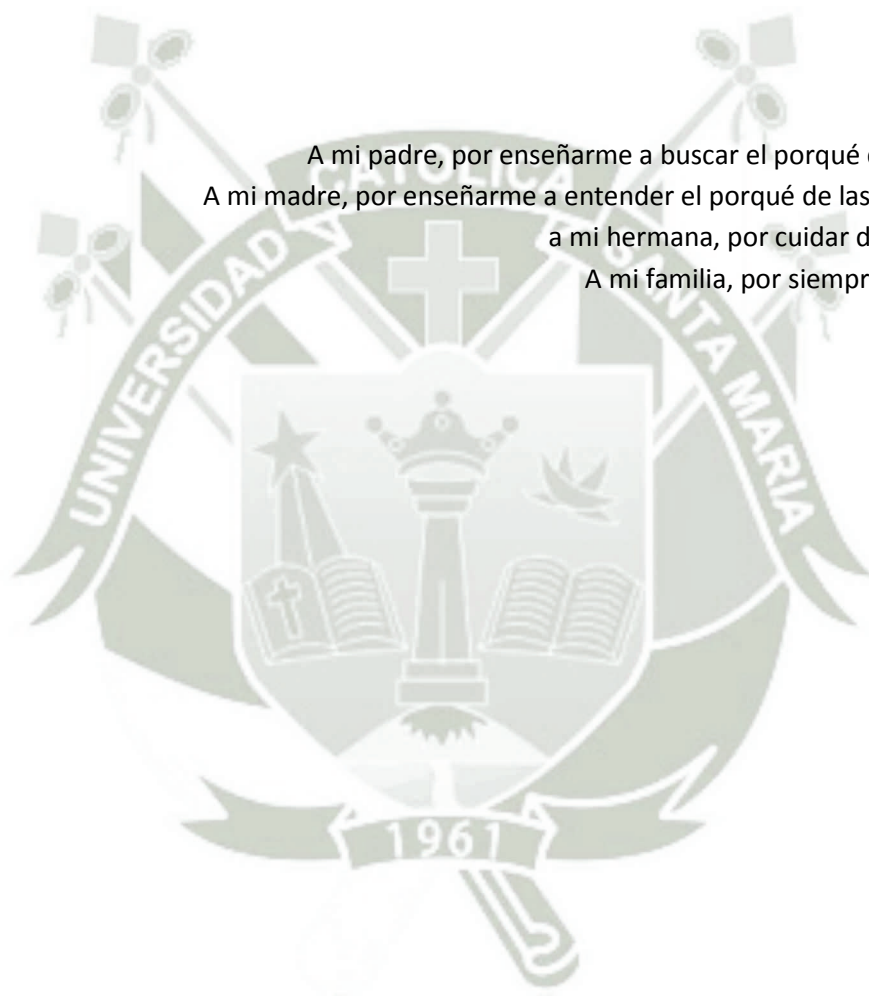
Para obtener el título
profesional de Médico
Cirujano

Arequipa- Perú

2015

DEDICATORIA

A mi padre, por enseñarme a buscar el porqué de las cosas,
A mi madre, por enseñarme a entender el porqué de las emociones,
a mi hermana, por cuidar de mi mente.
A mi familia, por siempre estar ahí...



AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis no habría visto la luz de no ser por el apoyo de muchas personas; entre ellos mis padres, que siempre me apoyaron durante mis años de estudio universitario, mi familia, que siempre estuvo en los momentos buenos y malos y finalmente a mis maestros, los cuales inculcaron en mí el interés científico.

Debo destacar también el apoyo del Director del Hospital III Yanahuara EsSalud GRAA, el Dr. Javier Gutiérrez por permitirme realizar la investigación en dicho establecimiento, y la ayuda invaluable del Dr. Sergio Ancasi, el cual me ayudó a entender el proceso mediante el cual debía acreditar los instrumentos utilizados en la presente investigación.

A mi Asesora, la Dra. Gladys Núñez, mi maestra de Patología en la Universidad, la cual me enseñó tantas cosas valiosas, no sólo sobre patología, sino sobre la vida del médico.

A todos ellos, MUCHAS GRACIAS.



RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue Determinar los conocimientos básicos, actividades y actitudes del personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud con respecto al reporte de eventos adversos hospitalarios, en el mes de Febrero de 2015

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de campo en el que se aplicó un cuestionario al personal asistencial del Hospital III Yanahuara, con el fin de determinar sus conocimientos, actividades y actitudes con respecto al reporte de eventos adversos. Se excluyó del estudio a las personas que no deseaban participar del mismo.

Resultados: La población estudiada se caracteriza por estar entre los 50 a 60 años (aproximadamente el 31%), donde el 67% pertenece al sexo femenino. Además la mayor parte de los encuestados cuenta con una experiencia laboral entre 11 y 20 años, donde los médicos componen el grupo más numeroso. En la población estudiada se encontraron 38 docentes (16%) donde los médicos cuentan con la mayor cantidad de docentes encuestados, seguidos por el grupo de enfermería. Con respecto a las actividades realizadas por el personal sobre el reporte de eventos adversos, se encontró que solamente el 41% recibió capacitación sobre el tema en los últimos tres años; además el 55% respondió que sí realiza reporte de eventos adversos en su área de trabajo; y finalmente, solamente el 6% del personal encuestado pertenece al comité de seguridad del hospital. Los resultados de conocimientos dieron a conocer que solamente el 52% de los encuestados poseen un conocimiento completo del concepto de eventos adversos, entre otras preguntas relacionadas con el reporte y características de los mismos. Finalmente, en las preguntas sobre opinión personal sobre el reporte de eventos adversos, se encontró que la mayoría (un 60%) de encuestados considera la ignorancia de que se ha cometido un evento adverso como una de las causas principales de no reporte, entre otras causas que fueron evaluadas. Con respecto a las actitudes relacionadas con el reporte de eventos adversos, se encontró que hay un marcado rechazo a las actitudes negativas y que llevan a evitar el reporte de eventos adversos activamente, encontrándose resultados parecidos en el caso que sea un evento adverso propio o ajeno.

Conclusiones: Existe una buena parte de la población (más de la mitad) que no recibió capacitación alguna sobre el reporte de eventos adversos en los últimos tres años, a pesar de lo cual el conocimiento sobre estos, más de la mitad de los encuestados poseen un conocimiento completo del concepto de los eventos adversos, lo cual muestra que se deben realizar eventos de capacitación a las poblaciones que menor puntaje han obtenido con respecto a los conocimientos sobre los eventos adversos y su reporte.

Palabras clave: *Eventos adversos, reporte de eventos adversos, actitudes, conocimientos*



ABSTRACT

The objective of this work was to determine the basic knowledge, activities and attitudes of the assistance personnel from Hospital III Yanahuara EsSalud regarding the report of hospitalary adverse events in the month of February, 2015.

Methods: This is a field and descriptive study, where a survey was applied to the assistential personnel from Hospital III Yanahuara, to determine their knowledge, activities and attitudes regarding the report of hospitalary adverse events. Subjects who refused to fill in the survey were excluded from the study.

Results: The studied population was between the 50 and 60 years old, (approximately 31%), where about the 67% were female. Also, the majority of the survey respondents has between 11 and 20 years of laboral experience, where the physicians form the bigger group. In the studied population, 38 teachers were found (16%) where the physicians count with the most of them, followed by nursery group. Regarding the activities accomplished by the personnel, it was found that only the 41% received training about the report of adverse events in the last 3 years, also the 55% responded that they perform the report of adverse events in their work place, and finally only the 6% of the personnel belongs to the security committee. The knowledge results showed that only the 52% of the survey respondents possess a complete knowledge about the concept of adverse events, among some other related questions. The questions about personal opinion we found that about 60% of the survey respondents believe that the ignorance of committing and adverse event as one of the main causes of no-report, among some others evaluated. Regarding the attitudes related to the report of adverse events, we found that exists a very noticeable reject to the negative attitudes that include actively avoiding the report of the adverse event, whether it's their own or someone else's

Conclusions: Most of the population didn't receive training at all about the report of adverse events in the last 3 years, but more than 50% of the survey respondents have a complete knowledge about these, which shows us that training events should be performed, specially to the laboral groups with the lower scores about this subject.

Keywords: *Adverse events, Adverse events report, Attitudes, Knowledge.*



INTRODUCCION

El presente proyecto se plantea con el fin de evaluar los conocimientos básicos y las actitudes del personal asistencial del Hospital III Yanahuara – GRAAR - EsSalud con respecto a los eventos adversos.

La vigilancia de eventos adversos es una de las recomendaciones de las “Pautas de Auditoría”, para el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, con lo cual se aporta información a la institución para definir hacia dónde debe enfocar su auditoría (1). Es decir, la vigilancia de los eventos adversos permite evaluar la calidad de la atención brindada por la institución y así lograr un proceso de atención seguro, y de esta manera evitar eventos adversos e incidentes, que no son otra cosa que la manifestación de las acciones inseguras en el proceso de atención.

Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública. Se estima que en los países desarrollados, aproximadamente uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños derivados de la atención recibida en el hospital, siendo en los países en desarrollo (como el nuestro) una cifra algo mayor.

En ese contexto, el reporte de los eventos adversos constituye un paso fundamental de la gestión de los mismos, la que debe tener como producto recomendaciones orientadas a corregir aquellos elementos de los procesos de atención que predisponen a errores, no conformidades y otras prácticas riesgosas que de no modificarse conducirán finalmente a la aparición de eventos adversos.

El sistema de notificación de eventos adversos en el Hospital III Yanahuara está normado mediante normas internas, proceso que en los últimos años no ha mostrado el desarrollo y consolidación que se esperaba pese a los esfuerzos del comité de seguridad del paciente del establecimiento, el mismo que ha implementado en los principales servicios del hospital el material y la logística necesaria para facilitar el reporte. Además el mismo comité junto con el comité

de gestión de calidad ha realizado algunas actividades de capacitación sobre el tema, especialmente dirigida al grupo laboral de los médicos y personal en formación de medicina y enfermería. Ante tal comprobación se hace necesario conocer los motivos por los cuales el personal asistencial del establecimiento no reporta de manera regular los eventos adversos que se producen en sus servicios, teniendo en cuenta que según el estudio IBEAS del año 2010 (21) la frecuencia de eventos adversos en Iberoamérica se encuentra, como mencionábamos en el párrafo anterior, alrededor del 10% de las atenciones y la frecuencia de eventos adversos reportados en el Hospital III Yanahuara es, en el mejor de los casos, inferior al 1%. La diferencia entre lo esperado y lo reportado sólo puede ser explicada de dos maneras: a) Existe un subregistro o b) La calidad de la atención del establecimiento es de un nivel tan alto que la frecuencia de eventos adversos es inusualmente baja. Si se tiene en cuenta que el resultado de la autoevaluación realizada en octubre del año 2013 no alcanzó los resultados que permitieran una evaluación externa (80% o más de desempeño), no es de esperar que la verdadera frecuencia de eventos adversos en el establecimiento sea la que muestran los reportes. Siendo así, se hace necesario acercarse a las razones del subregistro observado. Si se tiene en cuenta que la bibliografía actualizada sobre el tema da cuenta de razones relacionadas con conocimientos insuficientes y con actitudes de indiferencia o rechazo al reporte motivadas por temores muchas veces infundados, se plantea el presente trabajo de investigación, que nos permita acercarnos a los motivos por los que el personal asistencial del Hospital III Yanahuara no reporta los eventos adversos ocurridos en sus servicios.

La existencia de eventos adversos provoca mayor mortalidad y morbilidad en los pacientes, además de gastos para las instituciones de salud, por lo tanto, el conocimiento de éstos se vuelve de vital importancia para la elaboración de indicadores de calidad de la atención en salud del paciente, y para lo cual el primer paso es que el personal de salud sea capaz de definir qué es un evento adverso y conocer las causas que lo producen.

Finalmente es esencial que se cree una cultura entre los profesionales de salud donde los errores existen, pero pueden ser prevenidos a futuro, impartiendo conocimientos sobre seguridad del paciente en el personal asistencial. Además, un ambiente de trabajo libre de culpas y que promueva el reporte sistemático de los eventos adversos, tendrá valor posteriormente para aplicarlo en la prevención.





CAPITULO I

MATERIAL Y METODOS

1) Técnicas, instrumentos, y materiales de verificación.

- a) **Técnica:** Se ha realizado la aplicación de un cuestionario al personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud; que aceptó llenar el mismo previa autorización de la Dirección del Hospital, informando al participante que los resultados se utilizarían para un trabajo de investigación. Se informó que el cuestionario era anónimo y se solicitó que la devolución del mismo se hiciera en bloque al personal de secretaría para eliminar el temor de los participantes de que sus respuestas puedan ser identificadas si fueran entregadas directamente al investigador.
- b) **Instrumento:** Ver Anexo 1
- c) **Materiales de Verificación:**
 - i. Ficha de recolección datos
 - ii. Material de escritorio.
 - iii. Computadora portátil con Sistema Operativo Windows 8, Paquete Office 2013 para Windows y Programa SPSS v.22 para Windows.

2) Campo de Verificación:

a) **Ubicación Espacial:**

El estudio se llevará a cabo en el Hospital III Yanahuara EsSalud GRAA, ubicado en la ciudad de Arequipa.

b) **Ubicación Temporal:**

La información será recolectada corresponderá al periodo de Febrero de 2015

c) **Unidades de Estudio**

Las unidades de estudio estarán conformadas por el instrumento aplicado a la población objetivo del estudio.

i. **Población y muestra:**

Población: Se trata de una población de tamaño conocido cuyo número total es de 571 trabajadores asistenciales del

establecimiento, la cual está estratificada de acuerdo al grupo laboral según la siguiente distribución:

GRUPOS	NUMERO	PORCENTAJE
DENTISTAS	13	2,28%
ENFERMERAS	174	30,47%
INTERNOS	18	3,15%
MEDICOS	197	34,50%
RESIDENTES	31	5,43%
OBSTETRICES	26	4,55%
TECNICOS ENF	95	16,64%
TECNOLOGOS	17	2,98%
TOTAL	571	100%

Muestra: Se calcula el tamaño de la muestra aplicando la fórmula para poblaciones de tamaño conocido con un nivel de confianza de 95%, margen de error de 5%, $p=q=0.5$, dando como resultado una muestra de 230 casos.

$$n = \frac{0.25N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N-1) + 0.25}$$

-Donde: N es el tamaño de la población

alfa es el valor del error tipo 1

z es el valor del número de unidades de desviación estándar para una prueba de dos colas con una zona de rechazo igual alfa.

0.25 es el valor de p^2 que produce el máximo valor de error estándar, esto es $p = 0.5$

n es el tamaño de la muestra.

d) Criterios de inclusión:

Personal asistencial activo del Hospital III Yanahuara EsSalud.

e) Criterios de exclusión:

Personal que no acepta participar

Personal que no llena los datos referentes a Edad, Sexo y Grupo Laboral.

Personal que sólo llena una cara del cuestionario.

3.- Estrategias de recolección de datos:

3.1. Organización

1. Enviar el proyecto a la facultad de Medicina Humana, para las correcciones e indicaciones dadas por el revisor y su correspondiente aprobación.
2. Solicitar autorización a la dirección del Hospital III Yanahuara para aplicar el instrumento al personal asistencial que actualmente trabaja en el establecimiento.
3. Aplicar el Instrumento al personal asistencial
4. Tabular, procesar y analizar los datos recolectados.
5. Elaborar el borrador de la tesis y presentarlo a la Facultad de Medicina Humana.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: José Ignacio Vargas Postigo

Asesor: Dra. Gladys Nuñez

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.21
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

3.3. Validación de los instrumentos

Diseño del Cuestionario

En primer lugar se diseñó el cuestionario a partir de la revisión de la bibliografía y a continuación se validó mediante la discusión con expertos, la realización de pre-tests y una prueba preliminar

Definición de dimensiones y atributos

Se partió del marco conceptual del trabajo, que evalúa tres dimensiones:

- a) Variables relacionadas con actividades de eventos adversos.
- b) Variables relacionadas con conocimientos sobre eventos adversos.
- c) Variables relacionadas con actitudes sobre el reporte de eventos adversos.

Selección de preguntas y confección del cuestionario

1. Validez Cualitativa o de contenido

Para evaluar la validez de contenido se convocó un grupo de expertos en el tema de investigación, conformados por un médico magister en salud pública y responsable del comité de seguridad del paciente y eventos adversos del Hospital III Yanahuara EsSalud, una enfermera a cargo de la oficina de gestión de calidad y control interno de la gerencia de red asistencial Arequipa EsSalud, una enfermera magíster especialista en epidemiología integrante del equipo de la oficina de gestión de calidad y planificación del Hospital III Yanahuara, un médico presidente del comité de gestión de calidad del Hospital III Yanahuara, y una enfermera encargada de la estrategia del reporte de eventos adversos de la oficina de calidad y control interno de la gerencia de la Red Asistencial Arequipa, quienes analizaron el cuestionario y establecieron las respuestas correctas de la dimensión relacionada con conocimientos y definieron qué actitudes descritas en el cuestionario corresponden a actitudes positivas o negativas respecto del reporte de eventos adversos. Las preguntas relativas a actividades no requirieron

validación puesto que sólo constituyen una herramienta para recoger información

2. Pretests

Se realizaron 25 pre test (piloto) con el fin de valorar el cuestionario y entrevistas cognitivas para analizar la comprensión de las preguntas. Basándose en los resultados se realizaron los cambios oportunos en el cuestionario. Luego de sucesivas reevaluaciones se aprobó el cuestionario que consta de 21 preguntas en 3 secciones, la mayoría de carácter cerrado de tal forma que el participante tenía que seleccionar una o más opciones según el contenido de la pregunta.

3. Comprensión de las preguntas del cuestionario

En el pretest se comprobó que el instrumento tiene un buen ritmo en la sucesión de los temas, reflejándose en el tiempo promedio de llenado de 8 minutos durante la aplicación, siendo el mínimo de 5 minutos y el máximo de 10 minutos; permitiendo la reproducibilidad entre dicho rango de tiempo. El encuestador no detectó dificultad en los interrogados para contestar los ítems de la escala que estaban formulados en negativo.

4. Fiabilidad de la escala

Se calculó el valor alfa de Cronbach para los apartados de conocimientos y actitudes. La consistencia interna de las subescalas estudiadas fue buena, en ambos casos con valores de 0.7 para los conocimientos (aceptable) y 0.9 para las actitudes (excelente)

5. Cuestionario definitivo

En la primera parte del cuestionario se eliminaron 2 preguntas, en la segunda y tercera se modificaron 3 preguntas que no ofrecían información adicional. Adicionalmente, se realizaron cambios en el orden para reducir el tiempo de aplicación del cuestionario, puesto que su formulación daba lugar a largas explicaciones por parte de algunos encuestados.

Validez de constructo

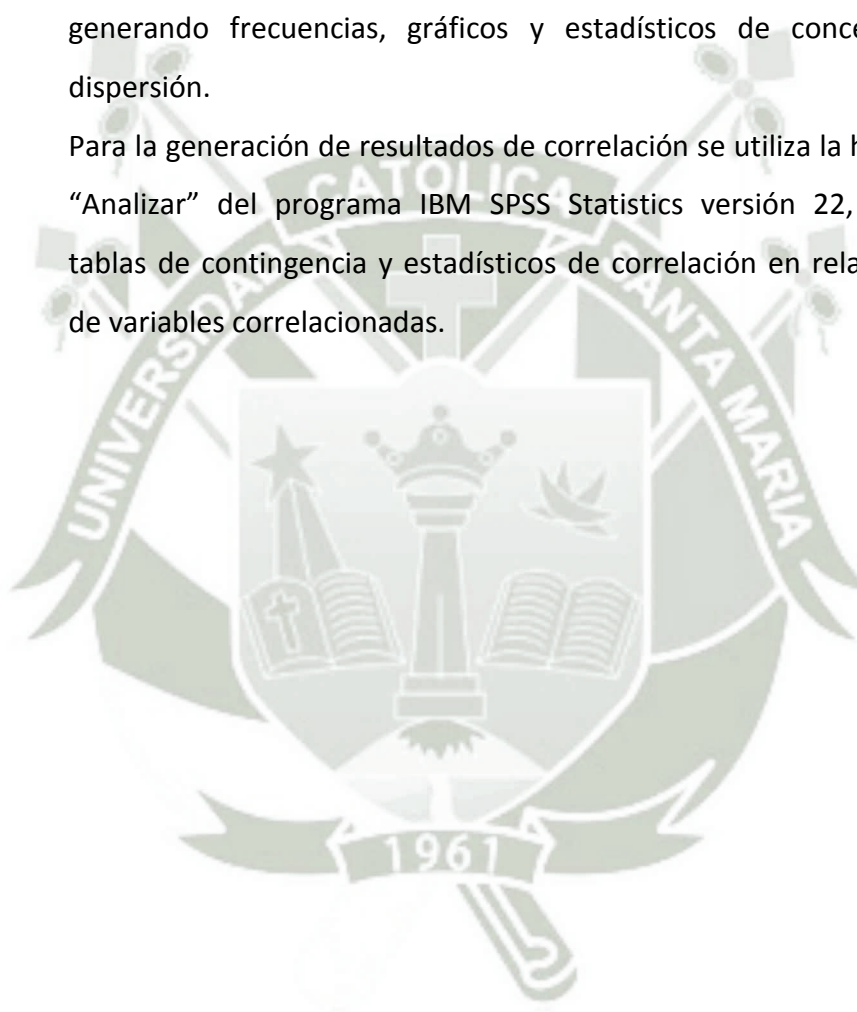
Los resultados obtenidos del análisis de correspondencias múltiples muestran unos valores aceptables en todas las subescalas, es decir, la agrupación de las variables siguió un patrón similar al que sería de esperar desde la perspectiva teórica subyacente. Los principales resultados de los análisis de correspondencias múltiples, son el coeficiente de correlación promedio de 0,9 (IC 95% = 0,89 – 0,91), y con una significación estadística es de 0,0001 entre los ítems del cuestionario autoaplicable.

3.4 Criterios de procesamiento de información:

La información recogida mediante el instrumento es digitalizada en el programa IBM SPSS versión 22, creando una base de datos tomando como referencia el formato del cuestionario tal cual fue aplicado. Para la generación de los resultados se reordena, reagrupa y recalculan las variables teniendo como referencia la operacionalización de las mismas mostrada en la sección anterior.

Para la generación de los resultados descriptivos se utiliza la herramienta “Analizar” del programa IBM SPSS Statistics versión 22, generando frecuencias, gráficos y estadísticos de concentración y dispersión.

Para la generación de resultados de correlación se utiliza la herramienta “Analizar” del programa IBM SPSS Statistics versión 22, generando tablas de contingencia y estadísticos de correlación en relación al tipo de variables correlacionadas.





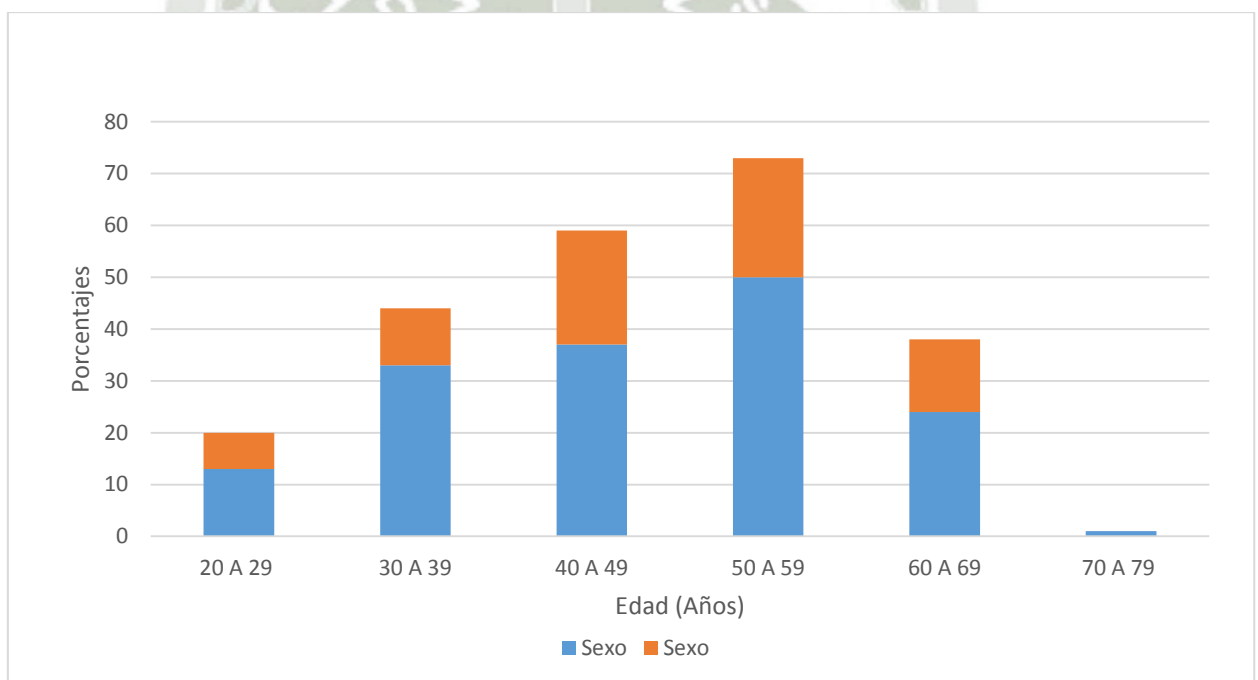
CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015TABLA 1.
DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

EDAD (Años)	Sexo		Total	Porcentajes
	FEMENINO	MASCULINO		
20 A 29	13	7	20	8,5
30 A 39	33	11	44	18,7
40 A 49	37	22	59	25,1
50 A 59	50	23	73	31,1
60 A 69	24	14	38	16,2
70 A 79	1	0	1	0,4
TOTAL	158	77	235	100,0

Se aprecia que en la muestra existe una mayor cantidad de mujeres, la mayoría entre los 50 a los 59 años. La mayor cantidad de varones también se encuentra en ese mismo rango de edad.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 1.
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 2.
DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GRUPO LABORAL

EDAD (Años)	GRUPO LABORAL								TOTAL
	Médico	Residente	Interno	Enfermera	Tecnólogo médico	Personal Técnico	Dentista	Obstetriz	
20 A 29	1	5	9	0	0	2	1	2	20
30 A 39	12	8	1	10	2	8	0	3	44
40 A 49	25	1	0	20	4	5	3	1	59
50 A 59	26	0	0	25	1	16	2	3	73
60 A 69	15	0	0	15	0	6	0	2	38
70 A 79	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	79	14	10	70	7	38	6	11	235
PORCENTAJE	34	6	4	30	3	16	3	5	

Se puede observar que en los grupos laborales de Médicos y Enfermeras hay más cantidad de personas entre los 40 y 60 años de edad.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE EXPERIENCIA Y GRUPO LABORAL

GRUPO LABORAL

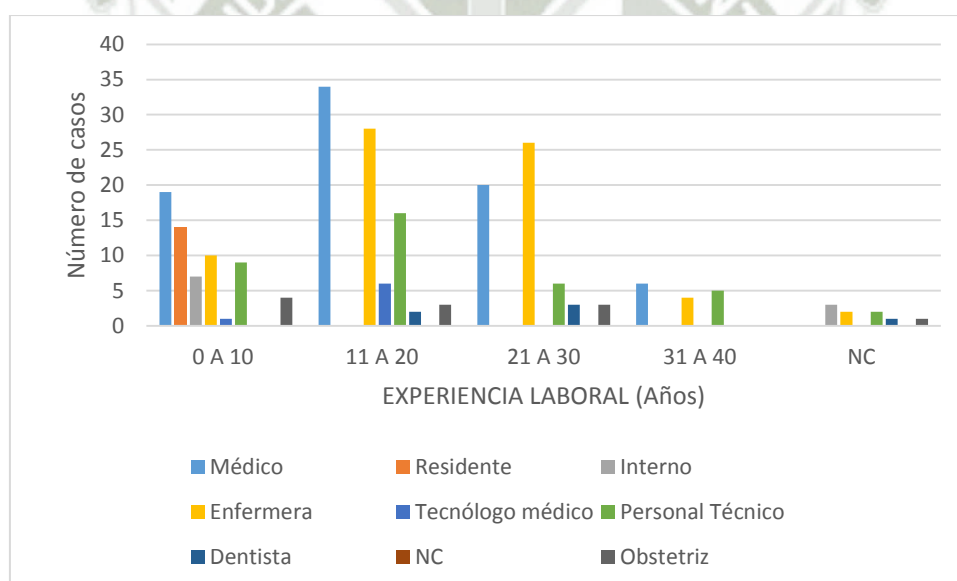
EXP.LAB. (Años)	Médico	Residente	Interno	Enfermera	Tecnólogo médico	Personal Técnico	Dentista	NC	Obstetriz	TOTAL
0 A 10	19	14	7	10	1	9	0	0	4	64
11 A 20	34	0	0	28	6	16	2	0	3	89
21 A 30	20	0	0	26	0	6	3	0	3	58
31 A 40	6	0	0	4	0	5	0	0	0	15
NC	0	0	3	2	0	2	1	0	1	9
TOTAL	79	14	10	70	7	38	6	0	11	235

Resalta el hecho que el grupo que cuenta con más cantidad de personal que tiene entre 21 y 40 años de experiencia laboral es el de los médicos.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 3.

DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE EXPERIENCIA Y GRUPO LABORAL



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 4

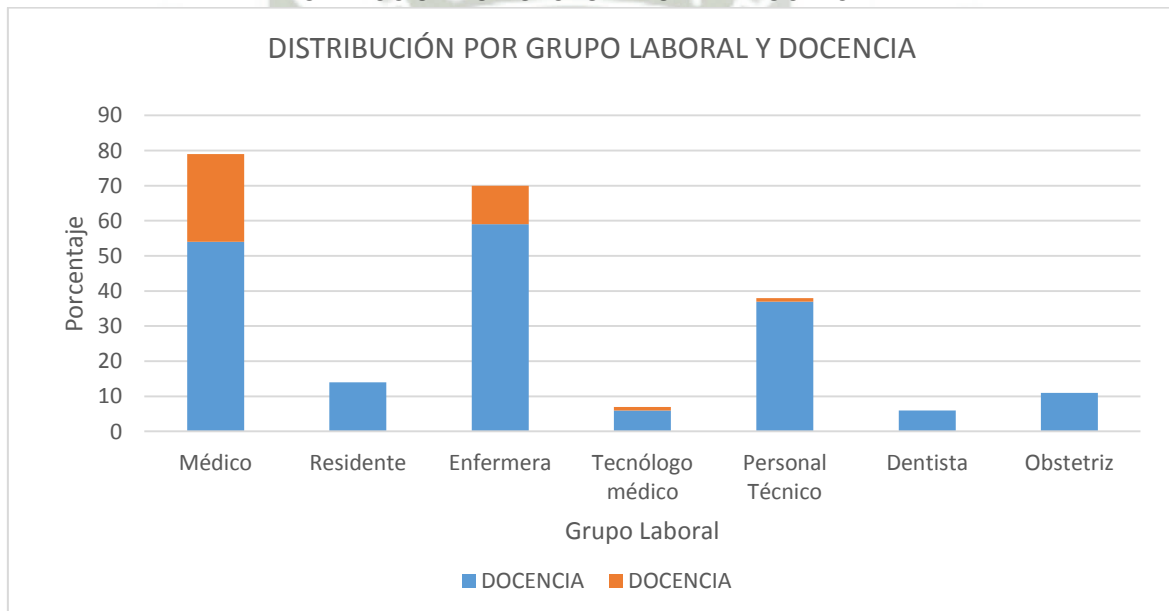
DISTRIBUCION POR GRUPO LABORAL Y DOCENCIA

GRUPO LABORAL	DOCENCIA		Total
	NO	SI	
Médico	54	25	79
Residente	14	0	14
Enfermera	59	11	70
Tecnólogo médico	6	1	7
Personal Técnico	37	1	38
Dentista	6	0	6
Obstetriz	11	0	11
TOTAL	197	38	235

Se puede apreciar que la mayor cantidad de docentes se encuentran en el grupo laboral de médicos

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 4
DISTRIBUCION POR GRUPO LABORAL Y DOCENCIA



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

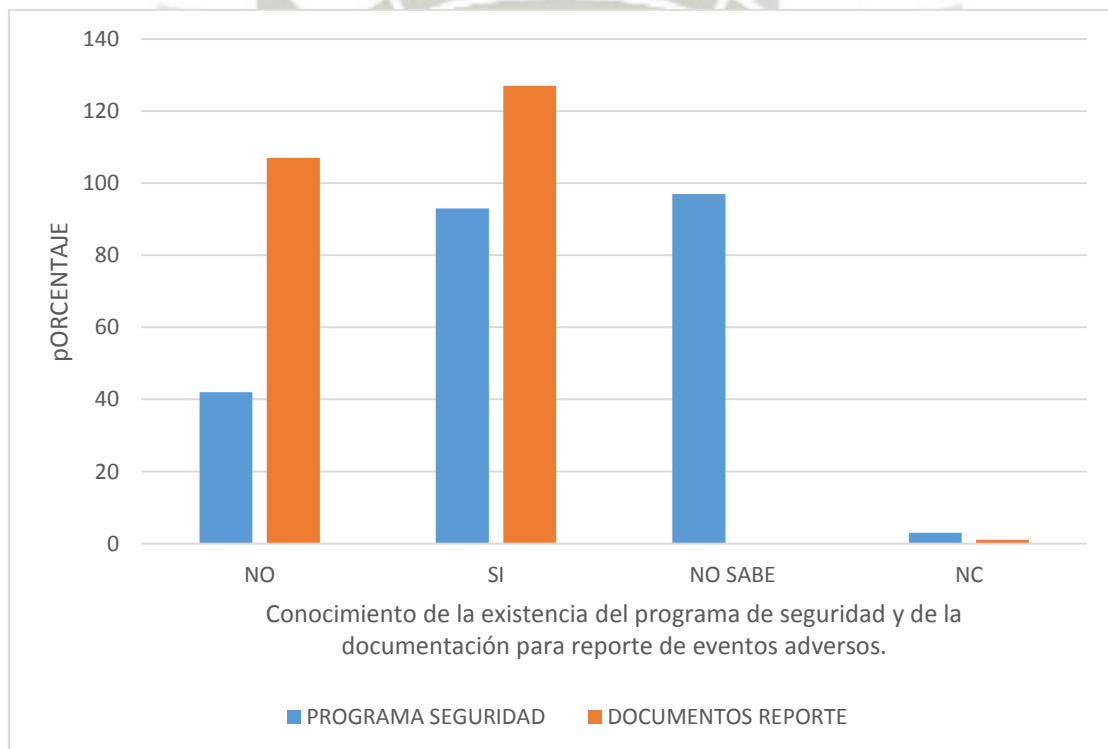
TABLA 5

INFORMACIÓN SOBRE EVENTOS ADVERSOS Y SEGURIDAD

RESPUESTAS	CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE DOCUMENTACIÓN PARA REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NO	42	17,9	107	45,5
SI	93	39,6	127	54,0
NO SABE	97	41,3	0	0
NC	3	1,3	1	,4
Total	235	100,0	235	100,0

Como se puede apreciar, la mayoría del personal asistencial no conoce de la existencia del programa de seguridad ni de la documentación para el reporte de eventos adversos

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD
CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015
TABLA GRAFICO 5.
INFORMACIÓN SOBRE EVENTOS ADVERSOS Y SEGURIDAD



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 6.

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

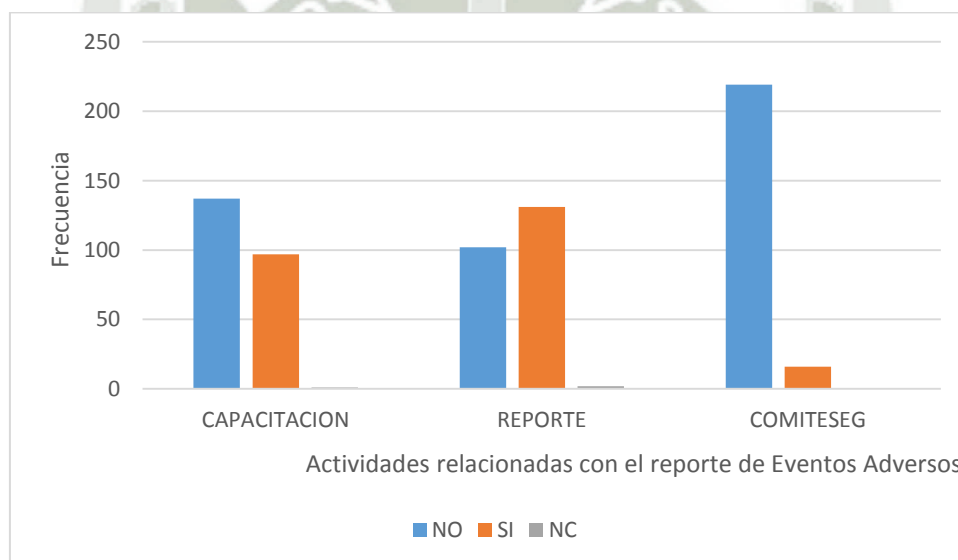
RESPUESTAS	CAPACITACION		REPORTE		COMITASEG	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NO	137	58,3	102	43,4	219	93,2
SI	97	41,3	131	55,7	16	6,8
NC	1	,4	2	,9	0	0
Total	235	100,0	235	100,0	235	100,0

La mayor parte del personal (58.3%) no ha recibido capacitación sobre el tema, no realiza reporte de eventos adversos en su área (43.4%) ni pertenece al comité de seguridad (93%)

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 6.

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

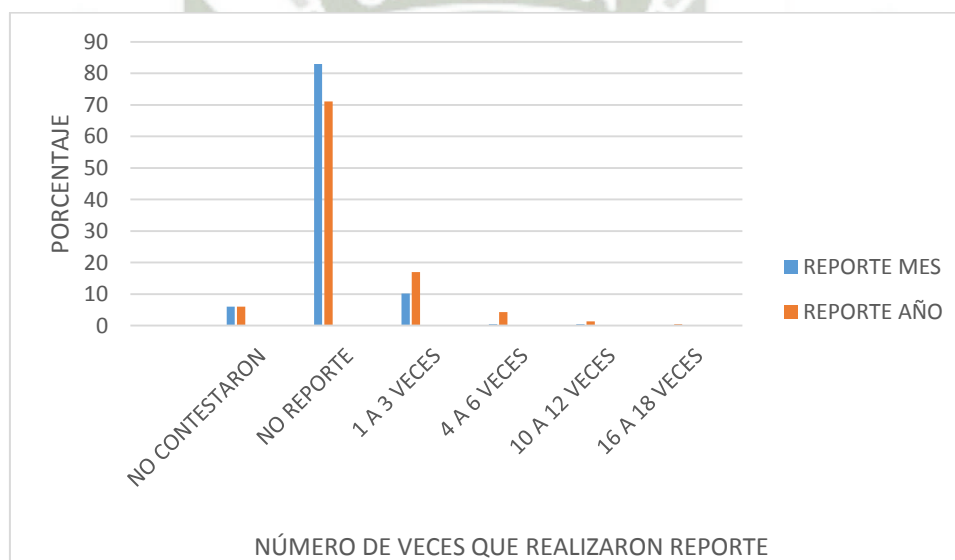
TABLA 7.
NUMERO DE REPORTE EN ÚLTIMO MES Y AÑO

NUMERO DE REPOTES	REPORTES ULTIMO MES		REPORTES ULTIMO AÑO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NO CONTESTARON	14	6,0	14	6,0
NO REPORTE	195	83,0	167	71,1
1 A 3 VECES	24	10,2	40	17,0
4 A 6 VECES	1	0,4	10	4,3
10 A 12 VECES	1	0,4	3	1,3
16 A 18 VECES	0	0	1	0,4
Total	235	100,0	235,0	100,0

Aproximadamente el 83% de los encuestados no realizaron ningún reporte en el último mes, y el 71% no realizaron ningún reporte en el último año.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL
DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS
ADVERSOS HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 7.



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 8.
NUMERO DE REPORTES Y GRUPO LABORAL

GRUPO OCUPACIONAL	REPORTE ULTIMO MES					ULTIMO AÑO					
	0	1 A 3	4 A 6	10 A 12	NO CONTESTO	0	1 A 3	4 A 6	10 A 12	16 A 18	NO CONTESTO
Médico	68	8	0	1	2	60	12	3	2	0	2
Residente	14	0	0	0	0	9	4	1	0	0	0
Interno	9	1	0	0	0	9	1	0	0	0	0
Enfermera	54	8	1	0	7	45	12	5	0	1	7
Tecnólogo médico	6	1	0	0	0	6	1	0	0	0	0
Personal Técnico	30	5	0	0	3	27	6	1	1	0	3
Dentista	4	0	0	0	2	3	1	0	0	0	2
Obstetriz	10	1	0	0	0	8	3	0	0	0	0
TOTAL	195	24	1	1	14	167	40	10	3	1	14

El grupo laboral que más reportes realizó en el último mes fue el de los médicos, igualado por el grupo laboral de las enfermeras. En el último año, el grupo laboral que realizó más reportes fue el de las enfermeras, seguido del grupo laboral de médicos.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 9.

CONOCIMIENTOS BASICOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS Y SU REPORTE

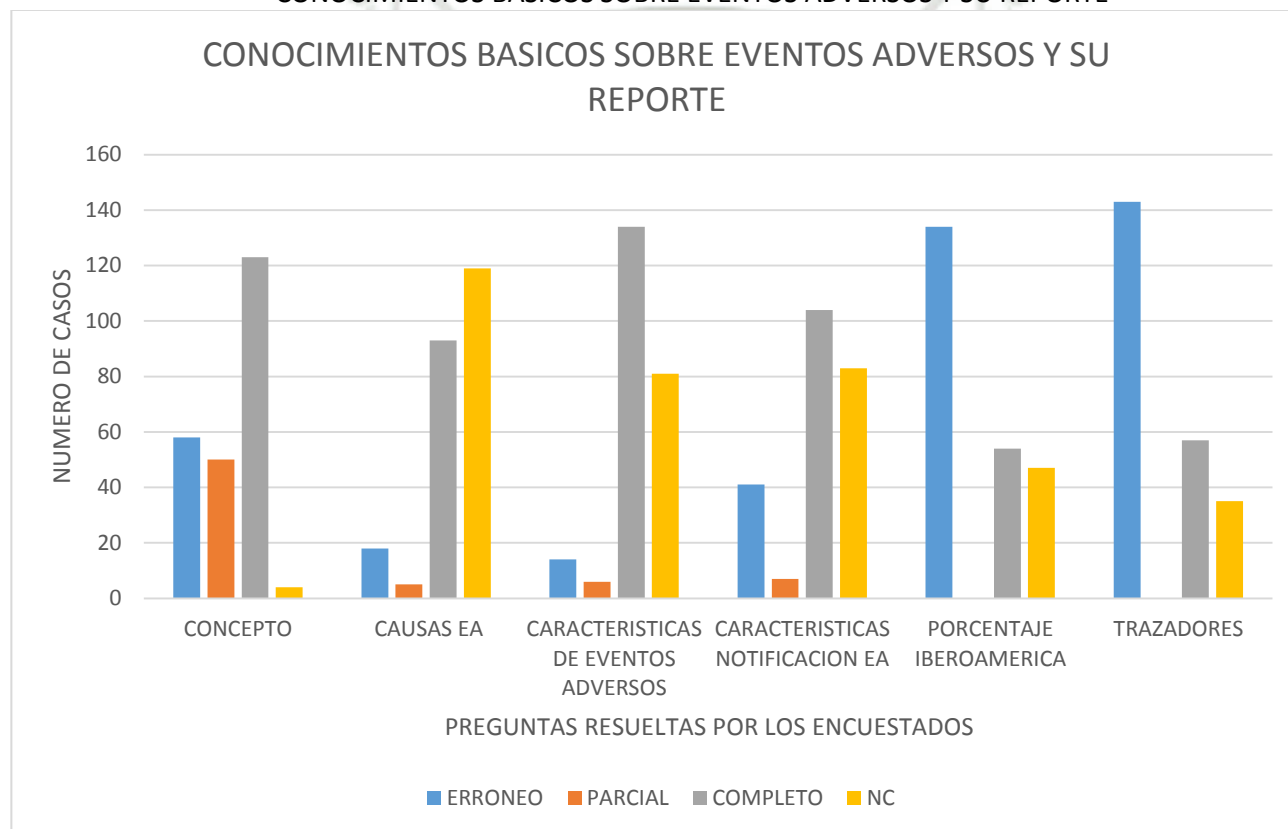
PREGUNTAS		ERRONEO	PARCIAL	COMPLETO	NC	Total
CONCEPTO	NRO	58	50	123	4	235
	%	24,7	21,3	52,3	1,7	100,0
CAUSAS EA	NRO	18	5	93	119	235
	%	7,7	2,1	39,6	50,6	100,0
CARACTERISTICAS DE EVENTOS ADVERSOS	NRO	14	6	134	81	235
	%	6,0	2,6	57,0	34,5	100,0
CARACTERISTICAS NOTIFICACION EA	NRO	41	7	104	83	235
	%	17,4	3,0	44,3	35,3	100,0
PORCENTAJE IBEROAMERICA	NRO	134	0	54	47	235
	%	57,0	0,0	23,0	20,0	100,0
TRAZADORES	NRO	143	0	57	35	235
	%	60,9	0,0	24,3	14,9	100,0

Aproximadamente la mitad de los encuestados posee un conocimiento completo del concepto de eventos adversos y de las causas que los provocan. Se observan menores porcentajes cuando se trata de conocimientos de las características, notificación, el porcentaje en Iberoamérica y el conocimiento del concepto de eventos adversos trazadores.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 9.

CONOCIMIENTOS BASICOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS Y SU REPORTE



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 10.

IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR SU GRAVEDAD

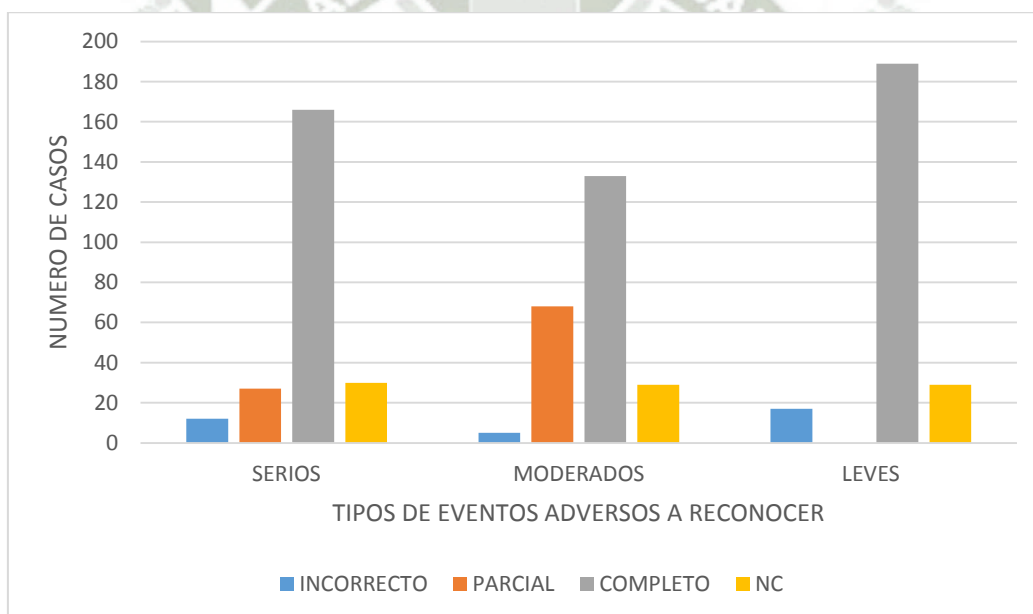
TIPO DE CONOCIMIENTO	SERIOS		MODERADOS		LEVES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
INCORRECTO	12	5,1	5	2,1	17	7,2
PARCIAL	27	11,5	68	28,9	0	0
COMPLETO	166	70,6	133	56,6	189	80,4
NC	30	12,8	29	12,3	29	12,3
TOTAL	235	100,0	235	100,0	235	100,0

Aproximadamente el 70% de los encuestados poseen un conocimiento completo de los eventos adversos serios, un 56% tienen conocimiento completo de los eventos adversos serios, y un 80% identifica adecuadamente a los eventos adversos leves.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 10.

IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR SU GRAVEDAD



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 11

OPINION SOBRE CAUSAS DE NO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

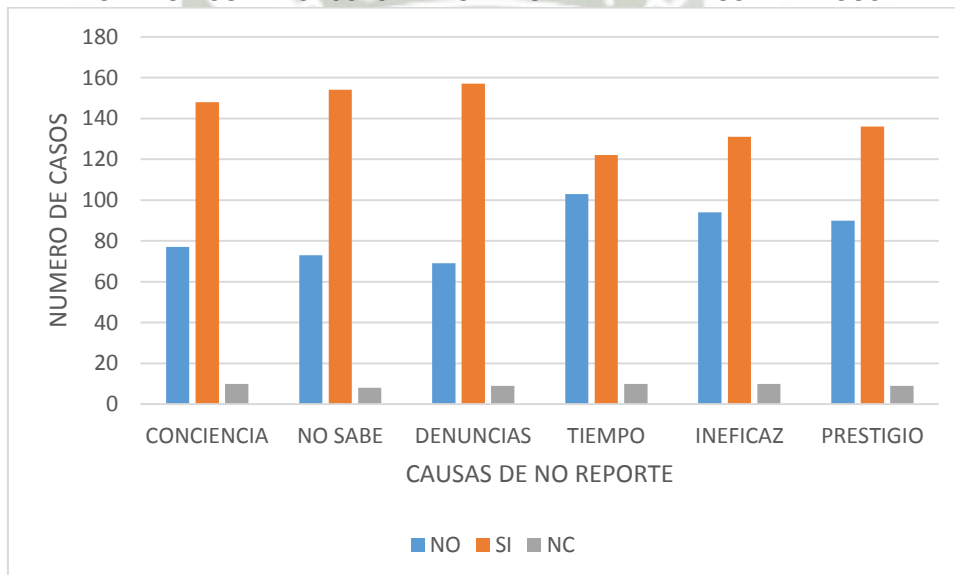
		NO	SI	NC	Total
FALTA DE CONCIENCIA	NRO	77	148	10	235
	%	32,8	63,0	4,3	100,0
NO SABE	NRO	73	154	8	235
	%	31,1	65,5	3,4	100,0
MIEDO A DENUNCIAS	NRO	69	157	9	235
	%	29,4	66,8	3,8	100,0
FALTA DE TIEMPO	NRO	103	122	10	235
	%	43,8	51,9	4,3	100,0
CREEN QUE ES INEFICAZ	NRO	94	131	10	235
	%	40,0	55,7	4,3	100,0
AFECTA AL PRESTIGIO	NRO	90	136	9	235
	%	38,3	57,9	3,8	100,0

Existe una clara tendencia a determinar todas las causas propuestas como causas del no reporte de eventos adversos en el hospital.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 11.

OPINION SOBRE CAUSAS DE NO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 12
ACTITUDES POSITIVAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS PROPIOS

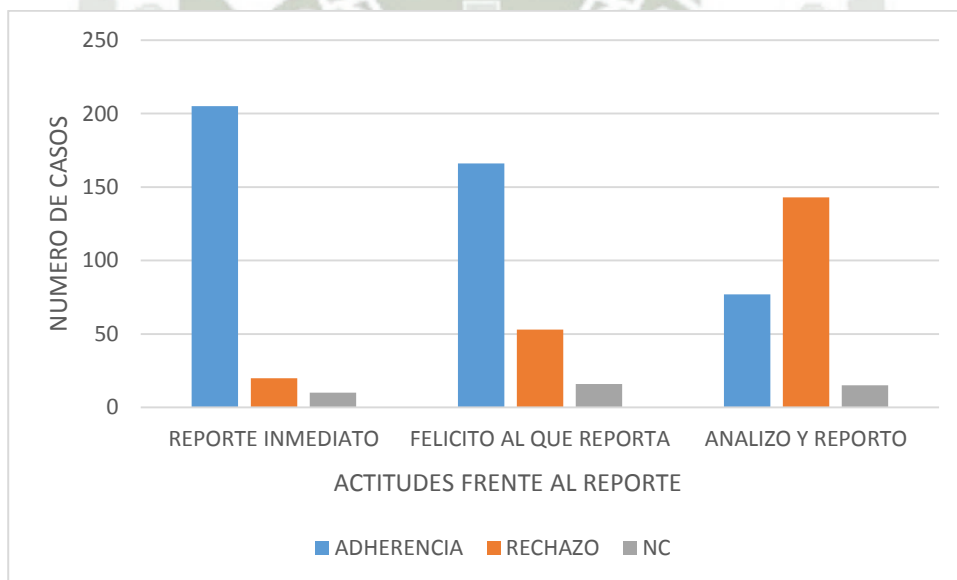
ACTITUD FRENTE AL REPORTE		ADHERENCIA	RECHAZO	NC	Total
REPORTE INMEDIATO	NRO	205	20	10	235
	%	87,2	8,5	4,3	100,0
FELICITO AL QUE REPORTA	NRO	166	53	16	235
	%	70,6	22,6	6,8	100,0
ANALIZO Y REPORTO	NRO	77	143	15	235
	%	32,8	60,9	6,4	100,0

Existe una marcada adherencia a las actitudes positivas frente al reporte de eventos adversos propios

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 12.

ACTITUDES POSITIVAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS PROPIOS



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 13.

ACTITUDES NEUTRAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS PROPIOS

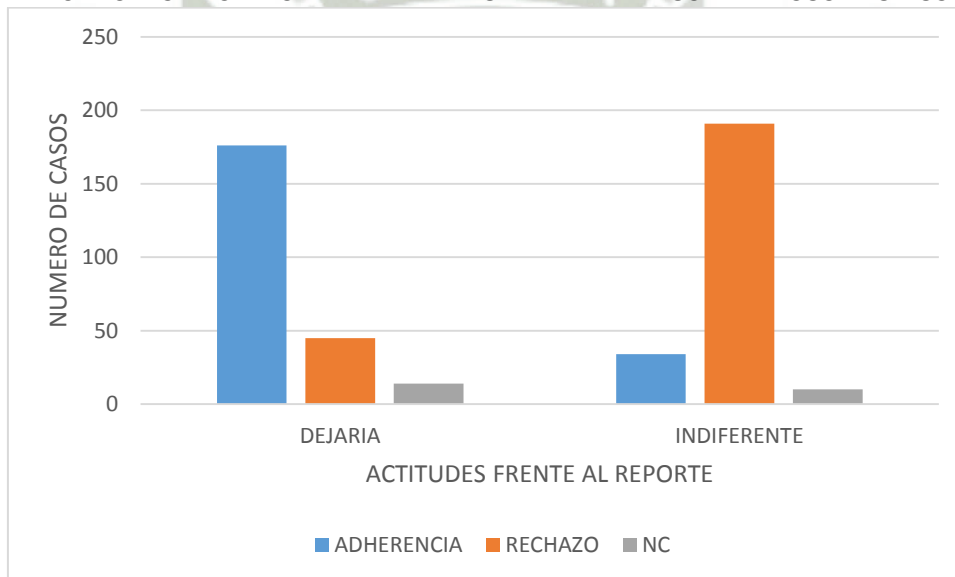
ACTITUDES FRENTE AL REPORTE		ADHERENCIA	RECHAZO	NC	Total
DEJARÍA QUE REPORTEN	NRO	176	45	14	235
	%	74,9	19,1	6,0	100,0
INDIFERENTE	NRO	34	191	10	235
	%	14,5	81,3	4,3	100,0

Frente a las actitudes neutras, existe una marcada adherencia al hecho de permitir que otra persona reporte el evento adverso, pero hay un rechazo marcado a la actitud de permanecer indiferente.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 13

. ACTITUDES NEUTRAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS PROPIOS



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 14.

ACTITUDES NEGATIVAS PASIVAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS PROPIOS

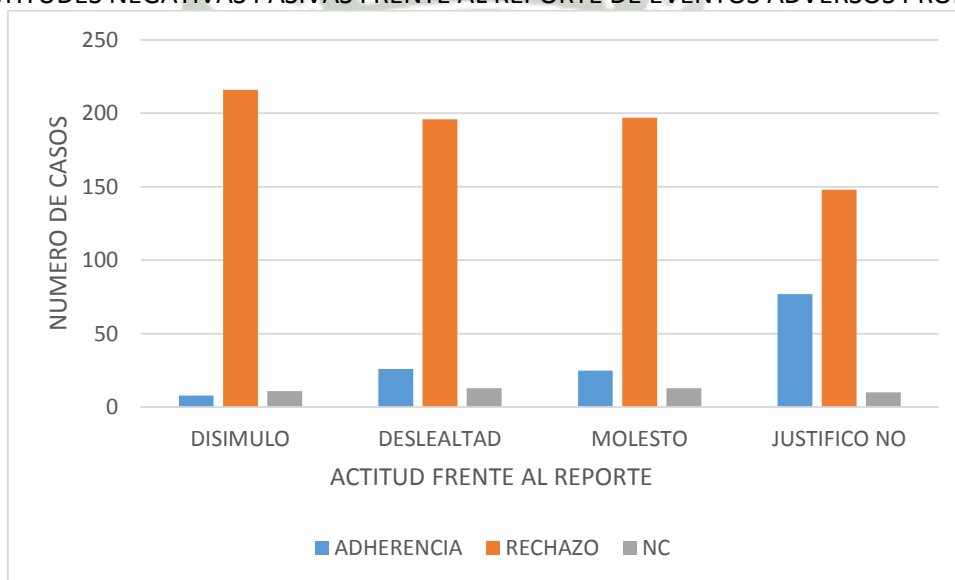
ACTITUDES FRENTE AL REPORTE		ADHERENCIA	RECHAZO	NC	Total
DISIMULO	NRO	8	216	11	235
	%	3,4	91,9	4,7	100,0
DESLEALTAD	NRO	26	196	13	235
	%	11,1	83,4	5,5	100,0
MOLESTO	NRO	25	197	13	235
	%	10,6	83,8	5,5	100,0
JUSTIFICO NO	NRO	77	148	10	235
	%	32,8	63,0	4,3	100,0

Existe un marcado rechazo frente a las actitudes negativas pasivas frente al reporte de eventos adversos propios.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 14.

ACTITUDES NEGATIVAS PASIVAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS PROPIOS



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 15.

ACTITUDES NEGATIVAS ACTIVAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS PROPIOS

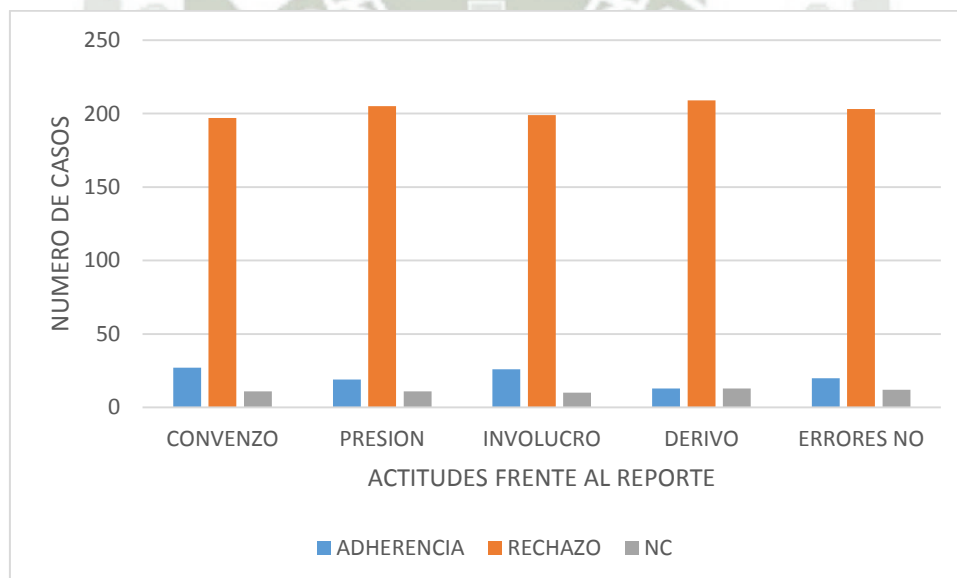
ACTITUD FRENTE AL REPORTE		ADHERENCIA	RECHAZO	NC	Total
CONVENCER DE NO REPORTAR	NRO	27	197	11	235
	%	11,5	83,8	4,7	100,0
HACER PRESION PARA EVITAR REPORTE	NRO	19	205	11	235
	%	8,1	87,2	4,7	100,0
INVOLUCRAR A UNA PERSONA INOCENTE	NRO	26	199	10	235
	%	11,1	84,7	4,3	100,0
DERIVAR LA RESPONSABILIDAD A OTRO	NRO	13	209	13	235
	%	5,5	88,9	5,5	100,0
BUSCAR ERRORES Y NO REPORTAR	NRO	20	203	12	235
	%	8,5	86,4	5,1	100,0

Existe un rechazo marcado frente a las actitudes negativas activas frente al reporte de eventos adversos propios.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 15.

ACTITUDES NEGATIVAS ACTIVAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS PROPIOS



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 16.

ACTITUDES POSITIVAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS AJENOS

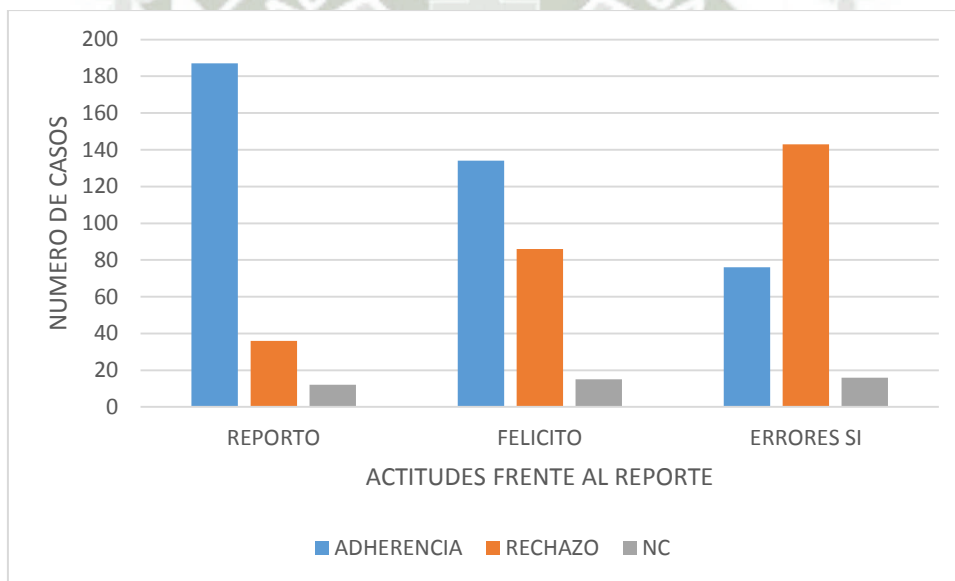
ACTITUD FRENTE AL REPORTE		ADHERENCIA	RECHAZO	NC	Total
REPORTE INMEDIATO	NRO	187	36	12	235
	%	79,6	15,3	5,1	100,0
FELICITO AL QUE REPORTA	NRO	134	86	15	235
	%	57,0	36,6	6,4	100,0
BUSCO ERRORES Y REPORTO	NRO	76	143	16	235
	%	32,3	60,9	6,8	100,0

Existe una gran adherencia a las actitudes positivas frente al reporte de eventos adversos ajenos

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 16.

ACTITUDES POSITIVAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS AJENOS



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 17.

ACTITUDES NEUTRAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS AJENOS

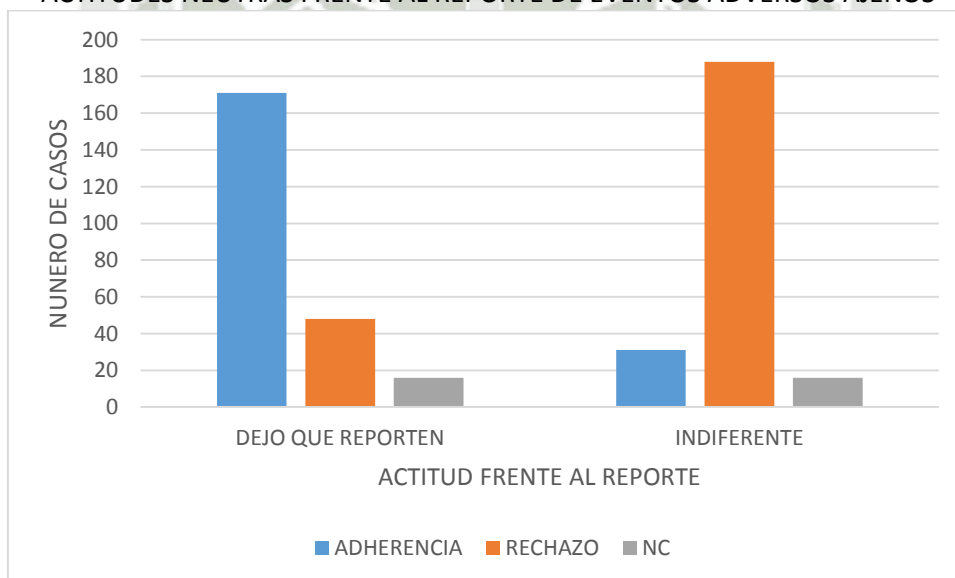
		ADHERENCIA	RECHAZO	NC	Total
DEJO QUE REPORTEN	NRO	171	48	16	235
	%	72,8	20,4	6,8	100,0
INDIFERENTE	NRO	31	188	16	235
	%	13,2	80,0	6,8	100,0

Se aprecia una gran adherencia al hecho de permitir que otro reporte el evento adverso, pero también existe rechazo a permanecer indiferente.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 17.

ACTITUDES NEUTRAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS AJENOS



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 18.

ACTITUDES NEGATIVAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS AJENOS

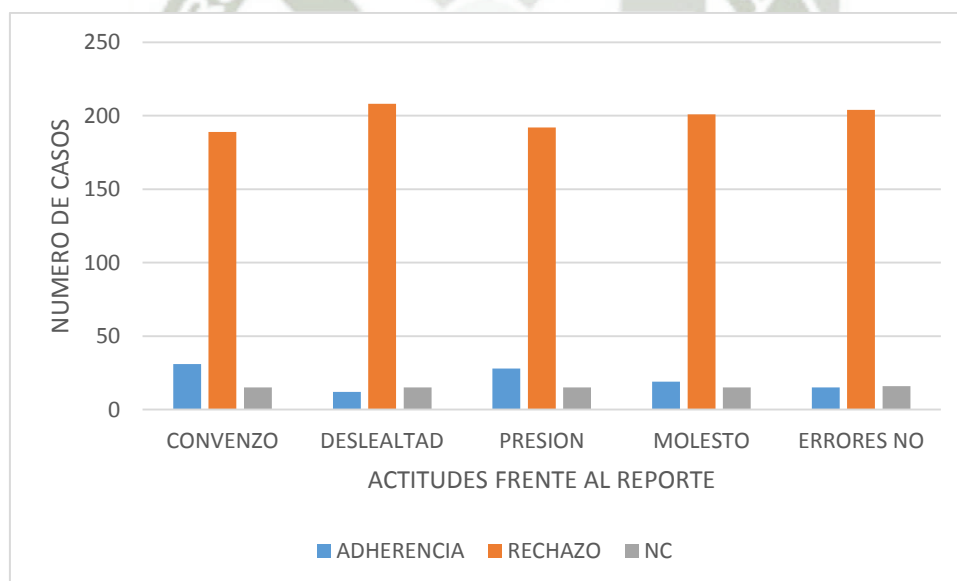
		ADHERENCIA	RECHAZO	NC	Total
CONVENCER DE NO REPORTAR	NRO	31	189	15	235
	%	13,2	80,4	6,4	100,0
CONSIDERARLO UNA DESLEALTAD	NRO	12	208	15	235
	%	5,1	88,5	6,4	100,0
HACER PRESIÓN PARA QUE NO SE REPORTE	NRO	28	192	15	235
	%	11,9	81,7	6,4	100,0
MOLESTARSE SI SE REPORTA	NRO	19	201	15	235
	%	8,1	85,5	6,4	100,0
BUSCAR ERRORES Y NO REPORTARLO	NRO	15	204	16	235
	%	6,4	86,8	6,8	100,0

Existe un gran rechazo a las actitudes negativas frente al reporte de eventos adversos ajenos.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 18.

ACTITUDES NEGATIVAS FRENTE AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS AJENOS



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 19.
GRUPO LABORAL Y CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE EVENTOS ADVEROS

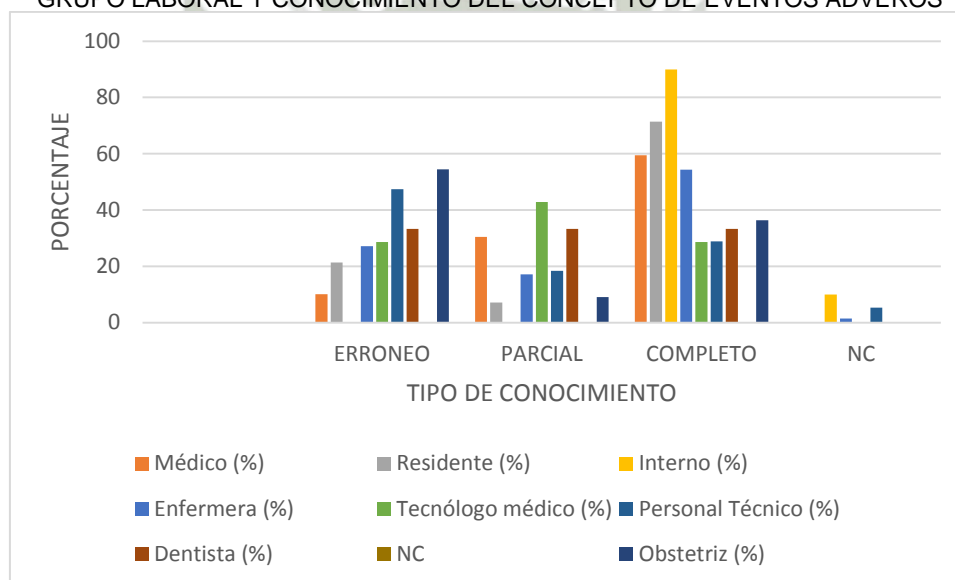
TIPO DE CONOCIMIENTO	Médico (%)	Residente (%)	Interno (%)	Enfermera (%)	Tecnólogo médico (%)	Personal Técnico (%)	Dentista (%)	NC (%)	Obstetriz (%)
ERRONEO	10,1	21,4	0,0	27,1	28,6	47,4	33,3	0,0	54,5
PARCIAL	30,4	7,1	0,0	17,1	42,9	18,4	33,3	0,0	9,1
COMPLETO	59,5	71,4	90,0	54,3	28,6	28,9	33,3	0,0	36,4
NC	0,0	0,0	10,0	1,4	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0

El grupo con un mejor conocimiento del concepto de eventos adversos es el de los internos, seguido por el grupo de los residentes.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 19.

GRUPO LABORAL Y CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE EVENTOS ADVEROS



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

TABLA 20.
PROMEDIO DE PUNTAJES DE CONOCIMIENTOS POR GRUPOS LABORALES

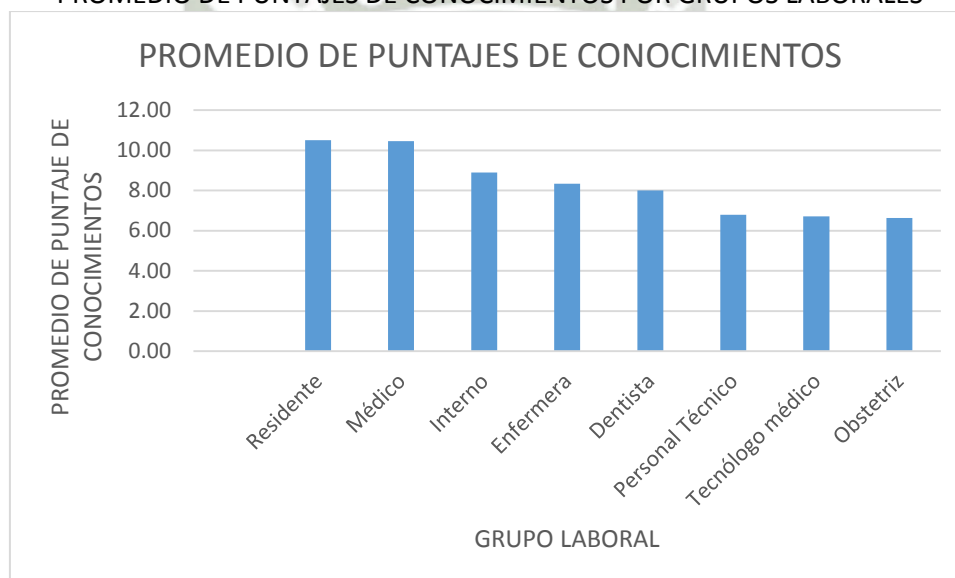
Residente	10,50
Médico	10,46
Interno	8,90
Enfermera	8,34
Dentista	8,00
Personal Técnico	6,79
Tecnólogo médico	6,71
Obstetriz	6,64

El mejor promedio de conocimientos fue en el grupo laboral de los residentes, seguido por el grupo laboral de los médicos

CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 20.

PROMEDIO DE PUNTAJES DE CONOCIMIENTOS POR GRUPOS LABORALES



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

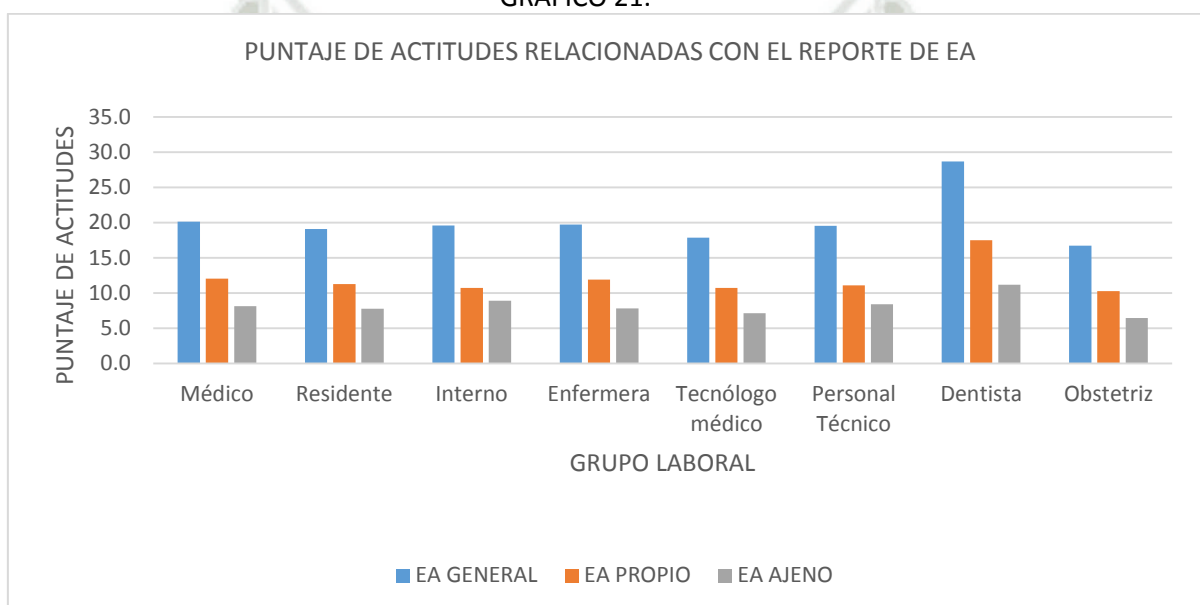
TABLA 21.

PUNTAJE DE ACTITUDES RELACIONADAS CON EL REPORTE DE EA

	EA GENERAL	EA PROPIO	EA AJENO
Médico	20,2	12,0	8,1
Residente	19,1	11,3	7,8
Interno	19,6	10,7	8,9
Enfermera	19,7	11,9	7,8
Tecnólogo médico	17,9	10,7	7,1
Personal Técnico	19,5	11,1	8,4
Dentista	28,7	17,5	11,2
Obstetriz	16,7	10,3	6,5

El mejor puntaje de actitudes relacionadas con el reporte de eventos adversos, fue obtenido por el grupo laboral de los odontólogos, seguido por el grupo laboral de los médicos

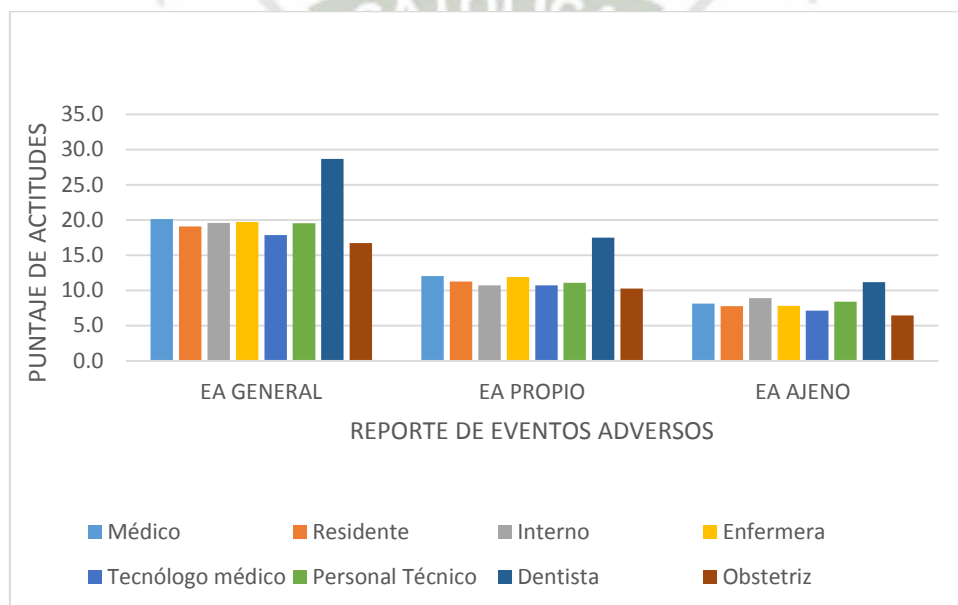
CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015
GRAFICO 21.



CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD CON RESPECTO AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
HOSPITALARIOS, FEBRERO 2015

GRAFICO 22.

PUNTAJE DE ACTITUDES RELACIONADAS CON EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS





CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Dentro de las características generales de la muestra podemos ver la edad y sexo de los encuestados descritos en la **tabla 1 y gráfico 1** que el grupo mayoritario se encuentra entre los 50 a 60 años, siendo del 31.1%, seguido por el grupo de 40 a 50 años con el 25.1%. El grupo de 70 a 80 años es el más pequeño con sólo un integrante que representa el 0.4%. Esto quiere decir que la mayoría de los sujetos de estudio se encuentra en la sexta década de la vida.

La mayoría de los encuestados fueron de sexo femenino, con 158 mujeres encuestadas, representando el 67.2%. Esto se puede explicar porque se hizo la encuesta a todos los grupos laborales, incluyendo enfermeras y personal técnico, en los cuales la presencia femenina es mucho mayor que en otros grupos. En el trabajo de *Anacona e Imbacuán* se utilizó una muestra en la cual había un 44% de personal de sexo masculino, y un 56% de personal de sexo femenino, lo cual concuerda con nuestro estudio. (22)

En la **tabla 2 y gráfico 2** se muestra la distribución por edad y grupo laboral, donde se ve que las poblaciones mayoritarias son las de los médicos y enfermeras, las cuales se encuentran alrededor de la quinta y sexta décadas de la vida, y siendo las poblaciones minoritarias las de los integrantes son más jóvenes, como los residentes e internos, que solamente llegan a sumar el 10% de la muestra. *Anacona e Imbacuán* encontraron en su estudio una mayor cantidad de personas jóvenes, entre la tercera y cuarta décadas de la vida. (22)

Otra característica importante de la muestra evaluada es la distribución por años de experiencia y grupo laboral. En la **Tabla 3 y gráfico 3** se observa que mayor número de encuestados se encuentra entre los 11 a 20 años de experiencia, donde los médicos conforman el grupo más numeroso, con 34 encuestados, seguido del grupo de enfermería que cuenta con 28 encuestados.. La menor cantidad de encuestados se encuentra entre los 31 a 40 años de experiencia laboral. *Gómez Vásquez* encontró en su estudio que el 98% de su población tenían entre 1 y 10 años de experiencia laboral. (1)

Con respecto a la **tabla 4 y el gráfico 4**, se muestra la distribución por grupo laboral y docencia, en la cual se observa un total de 38 docentes en toda la muestra, que representa el 16.2% de la población estudiada, siendo el grupo de médicos el que cuenta con la mayor cantidad de docentes encuestados (66%), seguido por el grupo de enfermería (29%).

Entrando en el tema principal de la investigación, pasamos a discutir los resultados relacionados con la información referida al reporte de eventos adversos. Como podemos ver en la **tabla y gráfico 5**, a la pregunta sobre si saben si existe un programa de seguridad del

paciente en su institución, 17.9% respondieron que no existe, 39.6% respondieron que sí existe, y un 41.3% respondieron que no saben si existe o no, siendo la realidad que sí existe tal programa de seguridad del paciente en el establecimiento. Un 1.3% no contestó la pregunta. Estos resultados podrían significar una falta de comunicación interna, por lo cual se podría sugerir iniciar actividades de información al personal sobre los programas de seguridad del paciente que funcionan actualmente en el hospital. Esto podría ser considerado como una barrera o elemento crítico que debería ser trabajada en el objetivo de mejorar el reporte de eventos adversos. Así lo mencionan *Hazell y Waring* (15, 18) cuando mencionan que existen barreras comunes en el reporte de los EA tales como limitaciones de tiempo, procesos insatisfactorios, normas culturales, creencias previas acerca del riesgo, inadecuada retroalimentación y percepción de escaso valor del proceso.

A la pregunta sobre si su servicio cuenta con la documentación adecuada para el reporte de eventos adversos, el 45.5% responde que no existe, el 54% respondió que sí existe tal documentación, y uno de los encuestados no respondió la pregunta. En este caso, el hecho de que casi la mitad de los encuestados hayan respondido que la documentación para el reporte de eventos adversos no existe también nos da señales de una mala comunicación interna.

Con respecto a las actividades relacionadas con el reporte de eventos adversos, **en la tabla y gráfico 6** podemos apreciar los resultados de tres preguntas.

La primera es sobre si recibieron capacitación sobre el reporte de eventos adversos en los últimos tres años, donde el 58% respondió que no, mientras que un 41.3% respondió que sí lo hizo. Siendo que más de la mitad del personal no recibió capacitación alguna sobre el tema en los últimos tres años, se podría sugerir tomar medidas para que la totalidad del personal se encuentre capacitado y actualizado sobre el tema del reporte de eventos adversos.

La segunda pregunta es sobre si el encuestado realiza el reporte de eventos adversos en su área de trabajo, donde el 55.7% respondió que sí, el 43.4% respondió que no y dos encuestados no respondieron la pregunta. Como vemos, no hay demasiada diferencia entre el resultado de ésta pregunta con la anterior, lo que nos hace inferir que la falta de capacitación sobre el tema podría estar influyendo en el reporte de eventos adversos por parte del personal.

La tercera y última pregunta tiene que ver con el hecho de si pertenecen o no al comité de seguridad del Hospital III Yanahuara. Como se aprecia en la tabla 5, solamente el 6.8% de los encuestados pertenecen al comité de seguridad de su servicio o del hospital. Siendo que en el

Hospital III Yanahuara existen 16 servicios asistenciales, y si cada uno de ellos tuviera un comité de seguridad del paciente con por lo menos dos miembros cada uno, por lo menos debería haber 32 encuestados que pertenezcan a dichos comités. El resultado encontrado nos revela que sólo la mitad de ellos pertenece a un comité de seguridad, lo que nos demuestra que por lo menos la mitad de los servicios no cuenta con un comité de seguridad.

Con respecto a la **tabla y gráfico 7**, encontramos dos tipos de datos, los que tienen que ver con el reporte de eventos adversos en el último mes y los que corresponden al reporte de eventos adversos en el último año. Se encontró que en el reporte del mes, 195 de los encuestados no hicieron reporte alguno, 24 reportaron de 1 a 3 eventos adversos, un encuestado reportó haber reportado entre 4 a 6 veces, así como uno reportó haber reportado entre 10 a 12 veces. También se encontró que los grupos laborales que más reportes de eventos adversos producen al mes, es el de los médicos y enfermeras, seguidos por el grupo del personal técnico. Con respecto al reporte en el último año se encontró que 167 de los encuestados no hicieron reporte alguno, mientras que 40 reportaron de 1 a 3 veces, 10 reportaron entre 4 y 6 veces, 3 reportaron de 10 a 12 veces, y solamente un encuestado hizo entre 10 y 12 reportes en el último año.

Los conocimientos básicos sobre eventos adversos y su reporte se evalúan en 6 preguntas, en las cuales se explora si el encuestado presenta una respuesta completa, parcial o errónea. Ver los resultados en la **tabla y gráfico 8**.

La primera pregunta tiene que ver con el concepto de evento adverso, donde el 52.3% tiene un conocimiento completo, 21.3% tiene un conocimiento parcial y el 24.7% tiene un conocimiento erróneo. Según estos resultados, se puede inferir que la mayoría de los encuestados tiene conocimiento por lo menos parcial de lo que es un evento adverso. Aun así aproximadamente la cuarta parte de los encuestados no tiene claro el concepto de evento adverso, lo cual podría ser causa de subregistro del mismo. En el trabajo publicado por *Anacona e Imbacuan* en 2011 (22) se encontró que el 27% del personal de salud no conoce el concepto de eventos adversos.

La segunda pregunta se relaciona con las causas por las cuales se produce un evento adverso, en la cual el 50.6% no marcó respuesta alguna, 39.6% de los encuestados tiene un conocimiento completo, 2.1% presenta un conocimiento parcial, y 7.7% de los encuestados no tiene idea de las causas por las cuales se puede producir el evento adverso. Cuando se analiza qué proporción de los encuestados que conoce las causas de los eventos adversos, falló en la pregunta sobre el concepto, encontramos que corresponde al 25%. Esto nos indica que puede

haber error al momento de definir el evento adverso, pero a pesar de esto, el personal intuye qué situaciones pueden causarlo. Tengamos en cuenta que la mitad de los encuestados no marcó ninguna respuesta, y si asumimos que ésta falta de respuesta está motivada por la falta de conocimiento sobre el tema, tendremos que si sumamos el número de respuestas erróneas a las que no fueron contestadas, encontramos que casi un 60% de los encuestados desconoce las causas por las que se producen los eventos adversos. *Anacona e Imbacuan* encontraron en su estudio que aproximadamente un 60% de sus encuestados tampoco conocían adecuadamente las causas de los eventos adversos, lo cual es consistente con el presente estudio (22). También, es importante señalar que menos de la mitad conoce las causas de los eventos adversos de forma adecuada, y puede ser un factor para la aparición de los mismos. Las causas de los eventos adversos pueden ubicarse en numerosas situaciones, desde la posibilidad de fallas en la estructura, fallas en el proceso que incluyen: la cultura de la organización, el proceso mismo de la atención médica, la competencia profesional y los factores inherentes al paciente. (4)

La tercera pregunta tiene que ver con las características de los eventos adversos. Una vez más llama la atención que una tercera parte de los encuestados dejaron en blanco la respuesta, (34.5%), lo cual, puede interpretarse como una manifestación del desconocimiento de la respuesta, que sumado al 6% de los que respondieron erróneamente nos muestra que casi el 40% no conoce las características de los eventos adversos hospitalarios. Por otro lado, podemos apreciar que un 57% de los encuestados sí tienen un conocimiento completo y adecuado sobre las características de los eventos adversos, un 2.6% tiene un conocimiento parcial. *Anacona e Imbacuan* también encontraron en su estudio que un 44% del personal de salud de su estudio sí conoce las características de los eventos adversos (22), lo cual en comparación con nuestro estudio, resalta el hecho de que nuestra población tiene un mejor conocimiento de las características de los eventos adversos hospitalarios.

Sobre las características de notificación de los eventos adversos, una vez más tenemos un buen porcentaje de encuestados que dejaron la pregunta en blanco (35.3%). Solamente el 44.3% de los encuestados presentan un conocimiento completo de las características de la notificación, un 3% tiene un conocimiento parcial y un 17.4% tiene un conocimiento erróneo.

En la pregunta relacionada con el porcentaje de eventos adversos hospitalarios ocurridos en hospitales de Iberoamérica (*Estudio IBEAS (21)*), se encontró que el 20% de los encuestados no marcaron respuesta alguna, que sumado al 57% que respondieron erróneamente tenemos que

caso el 80% no conoce la magnitud del problema de los eventos adversos en Iberoamérica. Sólo el 23% demostró tener un conocimiento adecuado del tema.

Sobre la pregunta relacionada a los eventos adversos trazadores, se obtuvo los siguientes resultados. 14.9% no marcaron ninguna respuesta, 24.3% de los encuestados tenía un conocimiento completo, y un 60.9% tenía un conocimiento erróneo sobre el tema. Sin embargo en la **tabla y gráfico 9** se evalúa la capacidad de los encuestados para reconocer los eventos adversos según su gravedad, donde se encuentra que el 80.4% de los encuestados reconoce los eventos adversos leves correctamente, un 56.6% de los encuestados puede reconocer los eventos adversos moderados y un 70% de los encuestados puede reconocer los eventos adversos serios. El contraste entre la baja capacidad de reconocer los eventos adversos trazadores y la mejor capacidad para reconocer los eventos adversos serios nos puede revelar que probablemente el personal desconoce la terminología con la cual se nombran los eventos adversos que se clasifican por su gravedad.

Como se puede ver, hay una marcada deficiencia en los conocimientos del personal asistencial del Hospital III Yanahuara sobre las cuestiones teóricas relacionadas con los eventos adversos, desde su concepto, a sus características y la notificación de los mismos. Con estos resultados se pueden planificar programas de capacitación dirigidos a subsanar estas deficiencias en el conocimiento del personal asistencial, así como informar a los trabajadores de manera adecuada para disminuir el rechazo que podría haber hacia el tema del reporte de eventos adversos

En la **tabla y gráfico 18** se muestra el conocimiento del concepto de evento adverso en cada grupo laboral. Los resultados muestran que el personal que tiene un mayor conocimiento completo sobre el tema son los internos de medicina (90%), seguidos por los residentes (71.4%) y donde los médicos asistentes y enfermeras tienen un conocimiento parecido, alrededor del 60%. También se encontró que los que obtuvieron más respuestas de conocimiento parcial fueron los tecnólogos médicos (42.9), seguidos por los odontólogos (33.3%). En el caso de las respuestas erróneas sobre el concepto de eventos adversos, se encontró que las obstétricas son el grupo más numeroso (54.4%). Esto nos brinda información para saber qué grupos laborales tienen más necesidad de capacitación sobre el tema del reporte de eventos adversos.

En la **tabla y gráfico 19** se muestran los promedios obtenidos por los grupos laborales acerca del conocimiento general de los eventos adversos y su reporte. Se encontró que el mayor promedio de puntaje lo obtuvieron los residentes (10.5 puntos), seguidos por los médicos

(10.46 puntos). Los grupos laborales formados por internos de medicina, enfermeras y odontólogos, oscila entre 8 y 9 puntos, y dentro de los promedios más bajos obtenidos sobre el tema, se encuentran el personal técnico, los tecnólogos médicos y las obstetrices, todos ellos entre 6.5 y 7 puntos. Una vez más se muestra qué grupos laborales no presentan un buen conocimiento sobre el tema, lo cual nos debe guiar para realizar programas de capacitación sobre el tema de eventos adversos hospitalarios. (1)

Preguntas de opinión personal sobre las causas del no reporte de eventos adversos.

En la encuesta realizada se dio la opción a los encuestados para marcar las que en su opinión serían las causas principales del no reporte de eventos adversos. Los resultados (que se pueden observar en la **tabla y gráfico 10**) arrojaron que alrededor de un 60% de los encuestados opina que las causas del no reporte de evento adverso se relacionan con el hecho de que la persona que lo causó no tiene conciencia de haber causado un evento adverso, o no sabe cómo reportarlo o tiene miedo a las denuncias o a represalias por parte de sus superiores. Las investigaciones sobre el tema realizadas en varias partes del mundo coinciden plenamente con lo encontrado en nuestro trabajo (12).

Un porcentaje menor de los encuestados (alrededor del 50% a 60%) opinaron que la falta de tiempo o la idea de que el reporte resulte ineficaz también son causas del no reporte de eventos adversos. También se encontró que la pérdida de prestigio es una causa de no reporte, pero no fue marcada tantas veces como las tres primeras causas descritas más arriba, lo cual también se encontró en otros estudios como causa de no reporte de eventos adversos. (12)

La sección sobre las actitudes del personal asistencial frente al reporte de eventos adversos está dividida en dos partes: en la primera se explora las actitudes que se generan en caso que el encuestado haya sido el autor del evento adverso en cuestión. En la segunda parte se investiga sobre las actitudes que se generan cuando el encuestado es testigo de la ocurrencia de un evento adverso en el hospital.

Respecto de la primera situación (el encuestado es autor del evento adverso), en la **tabla y gráfico 11** se muestran aquellas actitudes consideradas como positivas frente al reporte de eventos adversos. El reporte inmediato por parte del autor del evento adverso, la actitud de felicitar a quien lo reportara y la de buscar errores en los procesos involucrados y subsecuentemente reportar el evento adverso; son conductas calificadas como positivas. Los resultados de las encuestas indican que hay una buena adherencia a la actitud de reportar de

inmediato (87.2%) y a la de felicitar a alguien que conozca del evento adverso y lo reporte inmediatamente (70.6%). Sin embargo encontramos que más del 60% rechaza la opción de analizar los procesos y reportar, probablemente porque estos encuestados desconocen la forma de analizar procesos en busca de errores por lo cual no se sienten atraídos a elegir esta opción frente a la situación planteada.(12)

Respecto a las actitudes neutras frente al reporte de eventos adversos propios, que se pueden visualizar en la **tabla y gráfico 12**, se encuentran dos actitudes, la de permitir que otra persona enterada de la ocurrencia del evento adverso lo reporte, o la actitud de indiferencia a si alguien lo reporta o no. Se obtuvo como resultado un 74.9% de adherencia a la primera, mostrando que el personal sí permitiría el reporte por otra persona; sin embargo, hay un marcado rechazo (81.3%) a la otra actitud neutra de indiferencia ante el hecho que el evento adverso sea reportado. Esto podría significar que el personal no está de acuerdo con que los eventos adversos queden sin reportarse.

Pasamos a discutir las actitudes negativas pasivas frente al reporte de eventos adversos propios, que se encuentran en la **tabla y gráfico 13**. En todos los ítems relacionados con las actitudes negativas pasivas se encontró rechazo. En la actitud de disimular el evento adverso y no reportarlo, se encontró un rechazo de 91.9%, en la actitud de considerar deslealtad el hecho que alguien enterado del evento adverso lo reporte, también se encontró rechazo en un 83.4%, en la actitud de molestarse con la persona que lo reporte también hay un rechazo bastante alto, de aproximadamente el 84%. También se encontró que el hecho de que se justifique la falla que produce el evento adverso y no reportar tuvo menos rechazo que las demás opciones, pero aun así, el rechazo es mayor que la adherencia hacia esta actitud. Esto podría indicar una buena calidad ética del personal que trabaja en el Hospital III Yanahuara.

Acerca de las actitudes negativas activas frente al reporte de eventos adversos propios, las cuales se pueden encontrar en la **tabla y gráfico 14**, podemos decir que también en todos los ítems hay un alto grado de rechazo, todos marcando alrededor del 85%. Sin embargo, podemos ver que en cada una de las actitudes hay un pequeño porcentaje (alrededor del 10%) en todos los ítems que muestra adherencia a tales actitudes negativas. Esto nos da a entender que casi la totalidad del personal está en contra de las actitudes negativas dedicadas a evitar activamente que se reporten los eventos adversos, y también nos da señales de una buena calidad ética en el personal evaluado.

En el trabajo realizado por Burbano Valdéz en el año 2013, se encontró que la cultura de la culpa, traducida como búsqueda de culpables como causa de no reporte. También encontró

otras causas como creer que el reporte es innecesario, incremento de la carga de trabajo, miedo al castigo y el temor a un litigio (14)

De una manera similar a lo trabajado en el caso de los eventos adversos propios, se indagó sobre las actitudes respecto de un evento adverso ajeno, es decir en el supuesto que el encuestado tuviera conocimiento de la ocurrencia de un evento adverso causado por otra persona. En tal caso se ha analizado la adherencia o rechazo a actitudes calificadas como positivas, neutras o negativas respecto del reporte de los eventos adversos.

Cuando se estudió el nivel de adherencia o rechazo a actitudes positivas (tabla y gráfico 15), se encontró que la adherencia al reporte inmediato del evento adverso fue cercana al 80%; que la adherencia a la felicitación a quien lo reportara también fue cercana al 60%, pero la adherencia a la idea de buscar errores en los procesos y luego reportar el evento adverso fue más bien rechazada mayoritariamente con más del 60% de los encuestados. Estos resultados concuerdan con los encontrados respecto del caso en que se considere un evento adverso propio, es decir, que el encuestado tiene adherencia a la idea de reportar de inmediato el evento adverso tanto si él mismo es el autor como si lo fuera otra persona, y tiene una adherencia similar en el caso de felicitar al que reportara un evento adverso. También es coincidente el rechazo a la idea de buscar errores en los procesos y luego reportar en ambas situaciones. Esto último probablemente por el desconocimiento de la metodología de análisis asociado a la necesidad de buscar errores en los procesos.

La **tabla y gráfico 16**, siempre en el supuesto de un evento adverso ocasionado por otra persona, muestran cómo la adherencia a la idea de dejar que una tercera persona reporte el evento adverso es superior al 70%. En cambio se encuentra un rechazo mayoritario a la idea de permanecer indiferente ante esta situación (80%). Tales resultados muestran que el personal asistencial del Hospital estudiado se muestra favorable a la posibilidad de que otra persona reporte, pero contraria ante la idea de mantenerse indiferente, es decir expresan su inclinación que el evento adverso sea finalmente reportado.

Es interesante considerar la adherencia a la idea de reportar de inmediato el evento adverso **propio** (87.2%) respecto de la misma idea en caso de un evento adverso **ajeno** (79.6%); así como también comparar lo que responden los encuestados respecto a la idea de felicitar al que reporte en el caso de un evento propio (70.6%) versus el caso de un evento adverso ajeno (57%). Finalmente cuando comparamos las respuestas frente a la posibilidad de analizar los procesos y luego reportar el evento, la tendencia al rechazo es igual, entre el caso de un evento propio (60.9%) como ajeno (60.9%).


De otro lado, cuando se estudia la adherencia o rechazo a ciertas actitudes calificadas como negativas, respecto del reporte de eventos adversos ajenos (**tabla y gráfico 17**), se encuentra que hay un coincidente rechazo a todas ellas, tanto en el sentido de intentar convencer al que conoce del evento adverso para que no lo reporte (80.4%), como en el caso de considerar como una deslealtad el reporte de un tercero (88.5%), así como a la posibilidad de ejercer presión sobre la persona que conoce del evento adverso (81.7%), tanto como ante la idea de sentirse molesto con la persona que reportara (85.5%). Similar rechazo se encuentra ante la posibilidad de buscar errores en los procesos y finalmente no reportar el evento adverso (86.4%).

En general se aprecia una coincidente adherencia a las actitudes calificadas como positivas y rechazo a las opciones relacionadas con actitudes negativas tanto en el caso de eventos adversos propios como ajenos; sin embargo esto contrasta con lo que los mismos encuestados revelan al informar sobre la frecuencia con que reportaron los eventos adversos en el último mes y en el último año, en que se encuentra que solo 26 de los 235 encuestados (11%) realizaron por lo menos un reporte de eventos adversos en el último mes y 54 de 235 (23%) hicieron por lo menos un reporte de eventos adversos en el último año. Estos resultados probablemente muestran como la adherencia intelectual a las actitudes positivas y el rechazo a las negativas está clara en la mente de los encuestados, pero ello no se traduce en la acción concreta de realizar el reporte tanto en el caso de eventos adversos propios como ajenos.

Para tener una apreciación global respecto a la adherencia a las actitudes positivas y rechazo a las negativas del personal asistencial del Hospital III Yanahuara (**Tabla y gráfico 20**), se asignó puntajes a éstas, para poder determinar las tendencias globales. Las tendencias encontradas en los diferentes grupos laborales, mostró que los odontólogos poseen un puntaje superior a todos los demás (28,7), y que los médicos ocupan el segundo lugar con un puntaje de 20.2. Los residentes, internos de medicina, enfermeras y personal técnico tienen puntajes parecidos, entre 19.5 y 18 puntos. Los puntajes más bajos con respecto a las actitudes frente al reporte de eventos adversos se encontraron en los grupos de tecnólogos médicos (17.9) y el grupo de obstetricia con 16.7 puntos. Probablemente esté bajo puntaje en las actitudes en los grupos laborales de obstetricia y tecnólogos médicos se deba al bajo nivel de conocimiento sobre el reporte de eventos adversos (**ver tabla 18**). Similar tendencia existe tanto para el caso de eventos adversos propios como ajenos.

En el **gráfico 21** se puede ver que los odontólogos tienen el mejor puntaje en actitudes, y todos los demás grupos laborales se encuentran en un nivel parecido, menos el grupo de obstetras, que tiene un puntaje un poco más bajo. Sin embargo, en cuadros anteriores destaca el hecho que los odontólogos no realizaron ningún tipo de reporte, ni en el mes ni en el año, lo cual muestra un contraste marcado. Se podría observar que a pesar de tener un buen nivel de conocimientos y aparentemente tener una buena disposición a las actitudes positivas, en la realidad no realizan reporte de eventos adversos en su área de trabajo, lo cual podría darnos a conocer que en una situación hipotética, sí realizarían reporte, pero en la realidad, poseen los mismos miedos y prejuicios contra el reporte que la población restante.





CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

- 1.- Se han determinado las características generales del personal asistencial del Hospital III Yanahuara. Se determinó que la mayoría de los sujetos estudiados se encuentran entre la sexta década de la vida, y existe un predominio de personas de sexo femenino.
- 2.- Se ha encontrado un porcentaje notable de personal (58%) que no ha sido capacitado adecuadamente en los últimos tres años acerca de los eventos adversos y su reporte, a pesar de lo cual, más del 50% de los encuestados posee un conocimiento adecuado del concepto de eventos adversos.
- 3.- Existe un bajo número de personas involucradas con los comités de seguridad del paciente, lo cual podría explicar la baja cantidad de reportes efectuados por el personal cuando ocurre un evento adverso.
- 4.- En cuanto a la opinión personal de los encuestados sobre las causas de no reporte, se encontró que la mayoría piensa que la ignorancia de haber cometido un evento adverso es una de las causas de no reporte, entre otras, como la pérdida de prestigio, miedo a represalias o al hecho de no saber cómo reportarlo.
- 5.- Se encontró un notable rechazo a las actitudes destinadas a evitar activamente el reporte de eventos adversos, y se encontró una buena disposición de los encuestados a tener actitudes que favorezcan el mismo.

SUGERENCIAS

- 1.- Se sugiere a las Facultades de Biomédicas de la Universidad Católica de Santa María que se incluya en las currículas de todas las profesiones relacionadas con la atención en salud el concepto de eventos adversos, así como las características de su reporte.
- 2.- Recomendar al Director del Hospital III Yanahuara que se realicen cursos y capacitaciones orientados a todo el personal, sobre los eventos adversos hospitalarios y su reporte.
- 3.- Aconsejar también que se informe de manera adecuada al personal asistencial del Hospital III Yanahuara, para que sepan que el reporte de eventos adversos es un acto anónimo, que no busca la sanción, y que sirve para mejorar la calidad del servicio que brindamos a nuestros pacientes.



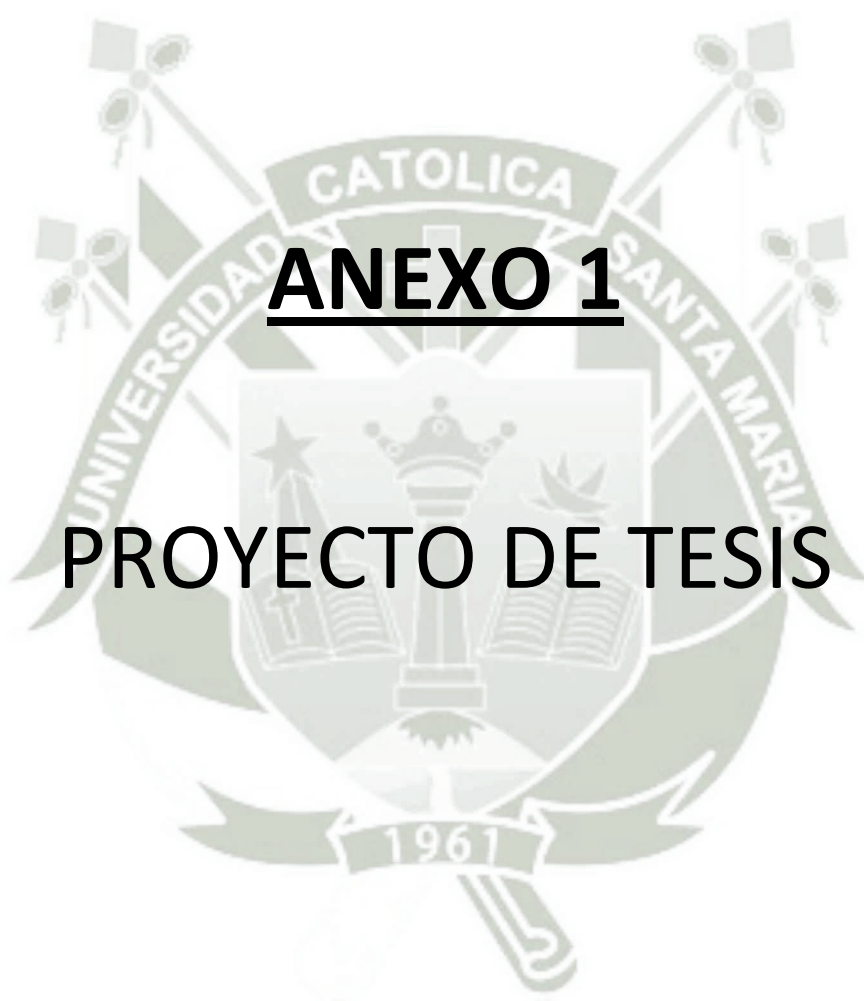
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Gómez Vásquez Beatriz Elena ** Convenio Universidad Santo Tomás e Icontec. Análisis de la percepción respecto al reporte de los eventos adversos y la seguridad del paciente en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Medellín* SIGNOS / ISSN: 2145-1389 / Vol. 3 / No. 2 / 2011 / pp. 15-39
2. OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud. A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría.
3. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. España: Espasa Calpe; 2002.
4. Aguirre-Gas, Héctor Gerardo; Vázquez-Estupiñán Felipe. El error médico. Eventos adversos Cir Ciruj 2006;74:495-503
5. Heinrich HW. Industrial accident prevention: a scientific approach. New York and London: McGraw-Hill; 1941.
6. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320:769
7. Luengas Amaya Sergio MD. Asesor senior, Centro de Gestión Hospitalaria Centro de gestión hospitalaria | víasalud | número 48 | Julio de 2009 Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos
8. Instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos INVIMA subdirección de insumos para la salud y productos varios grupo de tecnovigilancia. Programa nacional de tecnovigilancia. Guía de reporte de eventos adversos a dispositivos médicos
9. Ruiz-López Pedro, Gonzáles Carmen, Alcalde-Escribano Juan. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):71-8. España.
10. Bañeres Joaquim Fundación Avedis Donabedian LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Un análisis de situación Madrid, 11 Mayo 2006 Rev Calidad Asistencial. 2005;20(4):216-22
11. Sirio CA, Keyser DJ, Norman H, Weber RJ, Muto CA. Shared learning and drive to improve patient safety: lessons learned from the Pittsburg regional healthcare initiative. Advances in Patient Safety. Vol: 3. 2005

12. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS Fecha: 1 de diciembre de 2009 Edición: 001 Cod: PTCAL.01.1209
13. Gaitán-Duarte Hernando, Gómez –Sánchez Pió I. y Eslava-Schmalbach Javier Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia Attitudes of personnel monitoring intra-hospital adverse events in Colombia. Rev. salud pública. 11 (5): 745-753, 2009
14. Burbano Valdés Heidy Mabel, Caicedo Eraso Mónica Elizabeth, Cerón Burgos Andrea, Jacho Caicedo Cristina, Yépez Chamorro María Clara. Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia Reasons for not reporting adverse events in an institution provider of health services in Pasto - Nariño – Colombia SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD Año 2013 Vol. 15(2) Págs. 187 – 195
15. WARING JUSTIN J. .International Journal for Quality in Health Care 2004; Volume 16, Number 5: pp. 347–352 10.1093/intqhc/mzh068 International Journal for Quality in Health Care vol. 16 no. 5
16. Gaitán H, Gómez P, Eslava J. Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia Attitudes of personnel monitoring intra-hospital adverse events in Colombia. Rev. Salud Pública. 2009; 11(5):745-753.17
17. Bateman DN, Sander GLS, Rawlins MD. Attitudes to adverse drug reaction reporting in the Northern Region. Br J Clin Pharmacol. 1992;34(5):421-6.
18. Hazell L, Shaki SA. Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. Drug Saf. 2006;29(5):385-6.
19. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851-1857.
20. Campaña, G. Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Cómo prevenirlos. Parte I. Generalidades. En: Revista Chilena de Cirugía, 2006, vol. 58, no. 3, p. 235-238.
21. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica

22. Anacona María Yubely, Imbacuan Muñoz Diana Carolina. Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad. Hospital del tambo cauca, abril – mayo 2011





ANEXO 1

PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Proyecto de Tesis

TITULO:

“Conocimientos básicos, actividades y actitudes del personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud con respecto al reporte de eventos adversos hospitalarios, Febrero 2015”

Autor:

José Ignacio Vargas Postigo

Para obtener el título
profesional de Médico
Cirujano

Arequipa- Perú

2015

I.- Preámbulo

a) Introducción:

El presente proyecto se plantea con el fin de evaluar los conocimientos básicos y las actitudes del personal asistencial del Hospital III Yanahuara – GRAAR - EsSalud con respecto a los eventos adversos.

La vigilancia de eventos adversos es una de las recomendaciones de las “Pautas de Auditoría”, para el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, con lo cual se aporta información a la institución para definir hacia dónde debe enfocar su auditoría (1). Es decir, la vigilancia de los eventos adversos permite evaluar la calidad de la atención brindada por la institución y así lograr un proceso de atención seguro, y de esta manera evitar eventos adversos e incidentes, que no son otra cosa que la manifestación de las acciones inseguras en el proceso de atención.

Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública. Se estima que en los países desarrollados, aproximadamente uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños derivados de la atención recibida en el hospital, siendo en los países en desarrollo (como el nuestro) una cifra algo mayor.

En ese contexto, el reporte de los eventos adversos constituye un paso fundamental de la gestión de los mismos, la que debe tener como producto recomendaciones orientadas a corregir aquellos elementos de los procesos de atención que predisponen a errores, no conformidades y otras prácticas riesgosas que de no modificarse conducirán finalmente a la aparición de eventos adversos.

El sistema de notificación de eventos adversos en el Hospital III Yanahuara está normado mediante normas internas, proceso que en los últimos años no ha mostrado el desarrollo y consolidación que se esperaba pese a los esfuerzos del comité de seguridad del paciente del establecimiento, el mismo que ha implementado en los principales servicios del hospital el material y la logística necesaria para facilitar el reporte. Además el mismo comité junto con el comité de gestión de calidad ha realizado algunas actividades de capacitación sobre el tema, especialmente dirigida al grupo laboral de los médicos y personal en formación de medicina y enfermería. Ante tal comprobación se hace necesario conocer los motivos por los cuales el personal asistencial del establecimiento no reporta de manera regular los eventos adversos que se producen en sus servicios, teniendo en cuenta que

según el estudio IBEAS del año 2010 (21) la frecuencia de eventos adversos en Iberoamérica se encuentra, como mencionábamos en el párrafo anterior, alrededor del 10% de las atenciones y la frecuencia de eventos adversos reportados en el Hospital III Yanahuara es, en el mejor de los casos, inferior al 1%. La diferencia entre lo esperado y lo reportado sólo puede ser explicada de dos maneras: a) Existe un subregistro o b) La calidad de la atención del establecimiento es de un nivel tan alto que la frecuencia de eventos adversos es inusualmente baja. Si se tiene en cuenta que el resultado de la autoevaluación realizada en octubre del año 2013 no alcanzó los resultados que permitieran una evaluación externa (80% o más de desempeño), no es de esperar que la verdadera frecuencia de eventos adversos en el establecimiento sea la que muestran los reportes. Siendo así, se hace necesario acercarse a las razones del subregistro observado. Si se tiene en cuenta que la bibliografía actualizada sobre el tema da cuenta de razones relacionadas con conocimientos insuficientes y con actitudes de indiferencia o rechazo al reporte motivadas por temores muchas veces infundados, se plantea el presente trabajo de investigación, que nos permita acercarnos a los motivos por los que el personal asistencial del Hospital III Yanahuara no reporta los eventos adversos ocurridos en sus servicios.

La existencia de eventos adversos provoca mayor mortalidad y morbilidad en los pacientes, además de gastos para las instituciones de salud, por lo tanto, el conocimiento de éstos se vuelve de vital importancia para la elaboración de indicadores de calidad de la atención en salud del paciente, y para lo cual el primer paso es que el personal de salud sea capaz de definir qué es un evento adverso y conocer las causas que lo producen.

Finalmente es esencial que se cree una cultura entre los profesionales de salud donde los errores existen, pero pueden ser prevenidos a futuro, impartiendo conocimientos sobre seguridad del paciente en el personal asistencial. Además, un ambiente de trabajo libre de culpas y que promueva el reporte sistemático de los eventos adversos, tendrá valor posteriormente para aplicarlo en la prevención.

II.- Planteamiento teórico

1.-Problema de investigación:

Enunciado del problema

¿Qué conocimientos básicos y actitudes tiene el personal asistencial del Hospital III Yanahuara – EsSalud con respecto al reporte de los eventos adversos?

Descripción del problema

a) Área del conocimiento

Campo: Ciencias de la salud

Área: Medicina Humana

Especialidad: Salud Pública

Línea: Seguridad del Paciente

b) Operacionalización de Variables:

Se plantean cuatro grupos de variables descriptivas:

- a) Variables generales, que son características del personal de salud: Edad, Sexo, Grupo Laboral y Experiencia Laboral
- b) Variables relacionadas con actividades de eventos adversos: capacitación en eventos adversos, información sobre la existencia de un comité de seguridad, pertenencia al comité de seguridad, disponibilidad de material para reporte de eventos adversos, realización de reporte de eventos adversos, cantidad de reportes de eventos adversos en el último mes y cantidad de reportes de eventos adversos en el último año.
- c) Variables relacionadas con conocimientos sobre eventos adversos: conocimientos sobre el concepto de eventos adversos, su causa, características del sistema de notificación, su frecuencia en Iberoamérica, su clasificación según su desenlace y eventos adversos centinela.
- d) Variables relacionadas con actitudes sobre el reporte de eventos adversos: adherencia a causas de omisión en el reporte de eventos adversos, actitudes positivas, neutras y negativas en caso que el interrogado haya causado el evento adverso y actitudes positivas, neutras y negativas en caso que el interrogado conozca de la ocurrencia de un evento adverso.

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA	ESCALA
VARIABLES GENERALES			

Edad	Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha del estudio	Años cumplidos	Razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino/femenino	Nominal
Grupo laboral	Grupo profesional o laboral con que se le clasifica en la oficina de personal del Hospital	Médico/Residente/Interno (de medicina o enfermería/odontólogo/enfermera/tecnólogo médico/personal técnico/otro	Nominal
Experiencia laboral	Tiempo en que se desempeña dentro de su grupo laboral	Años	Razón
Docente universitario	Si es docente en una universidad	Si/no	Nominal
VARIABLES RELACIONADAS CON ACTIVIDADES DE EVENTOS ADVERSOS			
Capacitación en eventos adversos	Si en los últimos 3 años ha recibido alguna capacitación en reporte de eventos adversos	Si/no	Nominal
Información sobre existencia de programa de seguridad del paciente	Si sabe que existe un programa de seguridad del paciente en el establecimiento	Si/no/no sabe	Nominal
Pertenencia al comité de seguridad del hospital o servicio	Si es parte del comité de seguridad de su servicio o del establecimiento	Si/no	Nominal
Disponibilidad de material para reporte de eventos	Si en su servicio existe material para el reporte de eventos adversos	Si/no	Nominal

adversos			
Realización de reportes de eventos adversos	Si el personal cumple con la actividad de reportar eventos adversos	Si/no	Nominal
Cantidad de reporte de eventos adversos en el último mes	Número de veces en que reporto eventos adversos en el último mes	Recuento	Razón
Cantidad de reporte de eventos adversos en el último año	Número de veces en que reporto eventos adversos en el último año	Recuento	Razón
VARIABLES RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS			
Conocimientos sobre el concepto de evento adverso	Capacidad de discriminar las características básicas de un evento adverso: que hubo daño al paciente, que es resultado de la atención, y que haya mediado intencionalidad o no	Completo/parcial/eróneo	Ordinal
Conocimiento sobre la causa de los eventos adversos	Conocimiento sobre cuáles son las causas más frecuentemente relacionadas a la ocurrencia de un evento adverso	Completo/parcial/eróneo	Ordinal
Conocimiento sobre las características de un sistema de notificación de eventos adversos	Conocimiento sobre cuáles son las características más importantes de un sistema de notificación de eventos adversos	Completo/parcial/eróneo	Ordinal
Conocimiento sobre la frecuencia de eventos adversos en Iberoamérica	Si posee la información sobre la frecuencia de eventos adversos en Iberoamérica	Adecuado/inadecuado	Nominal
Conocimientos sobre la clasificación de eventos adversos según la gravedad	Capacidad de discriminar e identificar las principales características de los eventos	Completo/parcial/eróneo	Ordinal

de su desenlace	adversos serios		
Idem	Capacidad de discriminar e identificar las principales características de los eventos adversos moderados	Completo/parcial/eróneo	Ordinal
Idem	Capacidad de discriminar e identificar las principales características de los eventos adversos leves	Completo/parcial/eróneo	Ordinal
Conocimientos sobre las características de los eventos centinela o trazadores	Capacidad de discriminar e identificar las principales características de los eventos adversos centinela o trazadores	Completo/parcial/eróneo	Ordinal
VARIABLES RELACIONADAS CON ACTITUDES FRENTE A EVENTOS ADVERSOS			
Adherencia a causas de omisión en el reporte de eventos adversos	Falta de conciencia de que se cometido un error	Si/no	Nominal
IDEM	No conocer el procedimiento para denunciar el evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Temor a acciones disciplinarias o denuncias	Si/no	Nominal
IDEM	Falta de tiempo	Si/no	Nominal
IDEM	Percepción de que el reporte no tendrá ningún resultado	Si/no	Nominal
IDEM	Temor a pérdida de prestigio profesional	Si/no	Nominal

Actitudes positivas en caso que el interrogado haya causado un evento adverso grave	Reporte inmediato del evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Felicitar al que reporte el evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Buscar errores en los procesos del hospital y reportar el evento adverso	Si/no	Nominal
Actitudes neutras en caso que el interrogado haya causado un evento adverso grave	Dejar que las personas enteradas reporten el evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Indiferencia respecto de si alguien reporta el evento adverso	Si/no	Nominal
Actitudes negativas en caso que el interrogado haya causado un evento adverso grave	Intento de ocultar o disimular el evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Buscar que las personas enteradas no reporten	Si/no	Nominal
IDEM	Ejercer presión para que las personas enteradas no reporten	Si/no	Nominal
IDEM	Considerar deslealtad el reporte del evento adverso que haga alguna persona	Si/no	Nominal
IDEM	Molestarse con la persona que reporte el evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Tratar de justificarse ante su Jefe	Si/no	Nominal

IDEM	Tratar de involucrar a otras personas en el evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Buscar errores en los proceso y no reportar el evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Buscar derivar a otras personas la responsabilidad del evento adverso	Si/no	Nominal
Actitudes positivas en caso que el interrogado conozca de la ocurrencia de un evento adverso grave	Reporte inmediato del evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Felicitar al que reporte el evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Buscar errores en los procesos del hospital y reportar el evento adverso	Si/no	Nominal
Actitudes neutras en caso que el interrogado conozca de la ocurrencia de un evento adverso grave	Dejar que las personas enteradas reporten el evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Indiferencia respecto de si alguien reporta el evento adverso	Si/no	Nominal
Actitudes negativas en caso que el interrogado conozca de la ocurrencia de un evento adverso grave	Buscar que las personas enteradas no reporten	Si/no	Nominal
IDEM	Ejercer presión para que las	Si/no	Nominal

	personas enteradas no reporten		
IDEM	Considerar deslealtad el reporte del evento adverso que haga alguna persona	Si/no	Nominal
IDEM	Molestarse con la persona que reporte el evento adverso	Si/no	Nominal
IDEM	Buscar errores en los procesos y no reportar el evento adverso	Si/no	Nominal

c) Interrogantes básicas:

1.- ¿Cuál es la frecuencia de aciertos del personal asistencial del Hospital III Yanahuara con respecto a conceptos básicos de eventos adversos y su adherencia a actividades y actitudes respecto al reporte de los mismos?

2.- ¿Cuáles son las características generales del personal asistencial del personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud?

3.- ¿Cuál es la frecuencia de aciertos del personal asistencial del Hospital III Yanahuara con respecto a conceptos básicos de eventos adversos, sus causas, clasificación, reporte y gestión?

4.- ¿Cuál es la frecuencia con que el personal asistencial del Hospital III Yanahuara expresa su adherencia a actitudes positivas, neutras o negativas respecto al reporte de eventos adversos?

5.- ¿Cuál es la correlación existente entre características generales del personal asistencial del Hospital III Yanahuara, participación en actividades, aciertos en los conceptos y adherencia a actitudes con respecto al reporte de eventos adversos?

d) Tipo de Investigación: De campo

e) Nivel de investigación: Descriptivo

Justificación del Problema

Relevancia Social: Se estima actualmente que en Iberoamérica, el 10% de pacientes que acuden a un hospital para recibir atención sanitaria, reciben daños de diversa índole, llamados eventos adversos, producto de la atención que reciben. Sin embargo, se ha encontrado en diversos estudios que en la mayoría de hospitales existe un subregistro de los eventos adversos que ocurren. La información que pueda ser obtenida a través de éste estudio, permitirá establecer en qué medida el personal de salud conoce sobre los eventos adversos y las causas posibles para que exista el subregistro de los mismos.

Relevancia Contemporánea: En los últimos años se ha visto muy incrementada la importancia de la Calidad en Salud, y dentro de ésta, lo que implica la seguridad del paciente. Siendo el estudio de los eventos adversos un área esencial de ésta última, este estudio tiene relevancia contemporánea, porque nos dará a conocer el conocimiento que tiene el personal asistencial sobre los eventos adversos en la actualidad, y nos brindará información para saber dónde dirigir los esfuerzos de las autoridades del hospital para capacitar al personal asistencial.

Relevancia Científica: Aportará datos científicos sobre los conocimientos del personal asistencial y sobre sus actitudes con respecto a los eventos adversos como un problema de salud pública, datos que en la actualidad no se conocen.

Relevancia Académica: Este estudio brindará información sobre el nivel de conocimiento sobre eventos adversos en el personal asistencial, revelando la necesidad de brindar estos conocimientos en el pregrado, no sólo de medicina, sino de todo el personal de salud.

Factibilidad: Desde el punto de vista metodológico es factible realizar este estudio, el cual no genera un gasto considerable, y el cual puede ser cubierto fácilmente por el autor.

Originalidad: Hasta la actualidad no se han realizado estudios de este tipo en la institución mencionada, por lo cual éste sería el primer trabajo de investigación realizado en este campo.

2.- MARCO TEÓRICO

La gestión de eventos adversos en el contexto de la gestión de la calidad de la atención de salud

La gestión de calidad en salud incluye dos conceptos básicos, el primero se refiere a lo que se conoce como calidez en la atención, objetivo que se logra a través de brindar al paciente el trato cordial, atento y empático necesario, que se ayuda con el respeto a la privacidad, pudor, cultura, etc. de los pacientes, y que se mide principalmente a través de instrumentos capaces de apreciar la satisfacción del usuario.

La segunda es la calidad técnica, es decir la que tiene que ver con que los procedimientos, decisiones y manejo de los pacientes en todos los momentos de su atención deben estar siempre fundamentados por la evidencia científica. Para ello son necesarias las guías de práctica clínica que conteniendo lo más importante y actualizado del conocimiento relativo al tema de la guía se constituye una herramienta que busca prevenir desviaciones peligrosas pero que al mismo tiempo permite la aplicación del criterio clínico o quirúrgico en búsqueda del mejor resultado para el paciente. En otras palabras, el uso de las guías de práctica clínica permite al médico caminar por “lugares seguros” durante la atención del paciente sin que eso signifique que le impida tomar decisiones para situaciones especiales donde el criterio clínico podría alejarse de lo que recomienda la guía en mayor o en menor medida, pero siempre con la justificación pertinente.

La auditoría médica es otra herramienta orientada a garantizar la calidad técnica puesto que evalúa las actuaciones como decisiones y procedimientos realizados por el personal de salud en la atención de un paciente verificando si estas acciones fueron siguiendo las guías y normas correspondientes o si hubo desviaciones que expliquen resultados no deseados.

La acreditación de establecimientos de salud siguiendo la norma técnica que en el Perú establece los macroprocesos, estándares y criterios que debe cumplir todas las instancias de los establecimientos de salud, garantiza las condiciones en las que los pacientes serán atendidos tanto en lo que respecta a la estructura como a los procesos y los resultados.

Los comités de seguridad del paciente, al gestionar herramientas tales como la lista de verificación de cirugía segura, todos los conceptos relacionados con la atención limpia, todo lo relacionado con la administración segura de medicamentos y la gestión de los eventos adversos, constituyen una instancia estratégica orientada a prevenir la ocurrencia de daño en los pacientes que ingresan al establecimiento y que de haberse producido ya, desarrollan acciones para que tales eventos no se vuelvan a producir generando así un ambiente, poco a poco, más seguro.

Es así que la gestión de los eventos adversos con sus fases de reporte, análisis, emisión de recomendaciones, implementación de las mismas y retroalimentación está enmarcada dentro del concepto de seguridad del paciente, y éste último dentro del concepto de calidad técnica.

Seguridad del Paciente:

Con la perspectiva de la universalización del derecho a la salud, la atención en relación con este servicio se ha ubicado en el centro de debates y críticas, en cuanto a la calidad con que se presta. En este sentido, una de las principales preocupaciones es lo relacionado con la seguridad del paciente, ya que en los hospitales diariamente se producen fallas y errores en el proceso de atención en salud, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, que terminan impactando de manera negativa la salud pública, en términos humanos, políticos, económicos y sociales (1), (2)

Aspectos conceptuales sobre eventos adversos.

En vista de que en la bibliografía sobre el tema se encuentra una terminología variada, se proponen a continuación un conjunto de definiciones, relativas a los conceptos básicos que utilizamos en la presente investigación.

Error: Concepto equivocado. Juicio falso. Acción desacertada. Diferencia entre un valor medido o calculado y el valor real. Equivocación de buena fe (3)

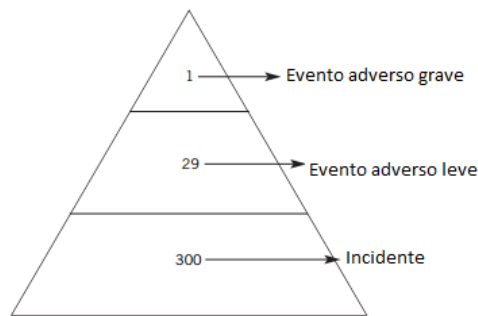
Errar: “acto humano relativo a no acertar o a cometer un error” (3)

Evento Adverso: Evento adverso: “hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica” (4)

Error médico: “conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto” (4)

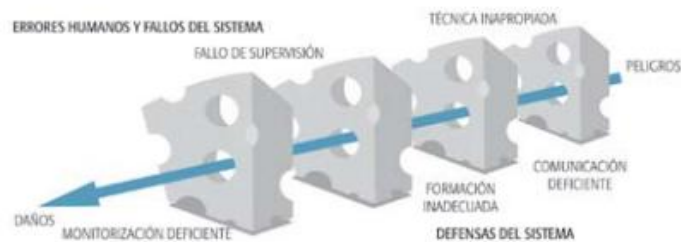
Causas de los Eventos Adversos:

PIRAMIDE DE HEINRICH



En los estudios realizados por Heinrich, pionero de la salud ocupacional y la seguridad, se sugería una razón aproximada de un evento adverso por cada 30 lesiones menores y por cada 300 incidentes sin daño (“near misses”). (5)

MODELO EXPLICATIVO DE LA MULTICASUALIDAD



Fuente: tomado de Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320:769.

Fuente: tomado de Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320:769.

En atención a sus causas, los eventos adversos pueden ser prevenibles y evitables, o bien, inevitables; cuando sus causas no son conocidas, no pueden ser modificadas y pueden estar relacionadas o no con un error. Las causas de los eventos adversos pueden ubicarse en numerosas situaciones, desde la posibilidad de fallas en la estructura, fallas en el proceso que incluyen: la cultura de la organización, el proceso mismo de la atención médica, la competencia profesional y los factores inherentes al paciente. (4) Se enuncian a continuación:

- *Fallas en la estructura*
 - Deficiencias en el entorno: factores ambientales.

- Diseño arquitectónico inadecuado.
- Diseño de servicios inseguros.
- Equipo insuficiente.
- Fallas en el equipo.
- Mantenimiento insuficiente.
- Personal insuficiente.
- Deficiente capacitación del personal.
- Medicamentos insuficientes o de mala calidad.
- *Fallas en el proceso*
- Cultura de la organización.
 - Diseño organizacional inadecuado.
 - Deficiencias en los sistemas.
 - Procesos no estandarizados.
 - Carencia de sistemas de alarma.
 - Deficiencias en la coordinación del personal.
 - Deficiencias en la comunicación entre el personal.
 - Deficiente comunicación con la familia.
 - Deficiente comunicación con el paciente.
 - Falta de supervisión.
 - Vigilancia no profesional o insuficiente.
 - Presencia de personal extraño.
- Proceso de la atención médica.
 - Identificación deficiente del paciente.
 - Relación médico-paciente deficiente.
 - Registros deficientes en el expediente clínico.
 - Disponibilidad de información insuficiente.
 - Riesgos del procedimiento.
 - Medidas de seguridad insuficientes.
 - Protección insuficiente en traslados.
- Competencia profesional insuficiente.
 - Carencia de guías clínicas.
 - Razonamiento clínico inadecuado.
 - Criterios clínicos incorrectos.
 - Desatender a la medicina basada en evidencias.
 - Conocimientos médicos no actualizados.
 - Falta de experiencia.
 - Fatiga.
 - Prisa.
 - Exceso de confianza.
 - Falta de conciencia de los riesgos.
 - Falta de aceptación de las limitaciones propias.
- Factores inherentes al paciente.
 - Falta de información.
 - Desconocimiento de sus problemas.

- Participación insuficiente del paciente y la familia.
- Intolerancia a medicamentos o material de curación.
- Alergia no conocida a medicamentos.
- Idiosincrasia a medicamentos.
- Negativa a colaborar en su atención.

Clasificación de los Eventos Adversos: No existe aún un consenso mundial sobre la clasificación de eventos adversos. Sin embargo numerosos autores los han dividido de la siguiente manera:

Según la posibilidad de prevenirlos

- a. Evento adverso no evitable: lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada. (7,18)
- b. Evento adverso evitable: lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base. (7)

Según la gravedad de su desenlace

Serios: Son aquellos incidentes de características irreversibles en las que se incluyen: la muerte del paciente, una disminución permanente de una función corporal o una pérdida permanente de una estructura corporal. (8)

No Serios

- **Moderados:** Es aquella condición de característica reversible, que requiere una intervención médica o quirúrgica para prevenir una lesión permanente de una función o la pérdida estructural corporal.
- **Leves:** Eventos adversos menores que no requieren tratamiento médico y se incluyen los detectados previamente a su uso. (8)

Eventos Adversos Centinelas o Trazadores:

Concepto de Evento centinela: “hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro” (Joint Commission on Accreditation of Health Organization). (4)

Principales eventos centinela. Dentro de los eventos centinela de mayor trascendencia se presenta los siguientes, clasificados según la disponibilidad de sistemas de registro o su carencia:

- Se cuenta con sistemas de registro para:
 - Muerte materna.
 - Reacciones transfusionales.
 - Transfusión de grupo sanguíneo equivocado.
 - Infecciones intrahospitalarias.
 - Reacciones adversas graves a medicamentos.

- Se carece de sistemas de registro para:
 - Cirugía en paciente, región, lado del cuerpo u órgano equivocado.
 - Complicaciones quirúrgicas graves.
 - Retención de instrumental postcirugía.
 - Suicidios potencialmente evitables.
 - Errores en la prescripción y administración de medicamentos.
 - Retraso en el tratamiento.
 - Sujeción o reclusión inadecuadas.
 - Caída de pacientes.
 - Accidentes anestésicos.
 - Egreso de infante con familia equivocada.
 - Robo de infante.

Gestión de eventos adversos:

El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil, y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta un persona o un equipo grande expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir que tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de los extenso y profundo de la investigación, depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional (9)



Figura 2. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos.

(9)

- Identificación y decisión de investigar. Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, sólo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero sí el ocultamiento. Una vez identificado el incidente, la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda la organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación. (9)
- Selección del equipo investigador. Hay que reconocer que un proceso complejo como éste requiere, además del conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente, un equipo investigador debe estar integrado por 3 ó 4 personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario. Un equipo debe contar con: o Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos. Punto de vista externo (miembro de la Junta Directiva sin conocimiento médico específico). Autoridad administrativa senior (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc.). Autoridad clínica senior (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Servicio o Departamento, especialista reconocido, etc.). Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente. (9)
- Obtención y organización de información. Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible. Estos incluyen como mínimo: o Historia clínica completa. Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente. Declaraciones y observaciones inmediatas. Entrevistas con los involucrados. Evidencia física (planos del establecimiento o centro asistencial, listas de turnos,

hojas de vida de los equipos involucrados, etc.). Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación de personal y disponibilidad de personal bien entrenado. Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas, siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos enfrentaron –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a la supervisión o a soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible, después de ocurrido el incidente. Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible. La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito sea tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos. La tabla 2 ilustra de manera esquemática el protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación. (9)

- Precise la cronología del incidente. Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuando ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar la cronología: Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo que ocurrió que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados. Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente. (9,17)
- Identifique las acciones inseguras. Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente, que de alguna manera participó en el incidente, usualmente es capaz de identificar el

motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas –por acción o por omisión– en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de la atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente” las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras esté completa. (9)

- Identifique los factores contributivos. El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.(9)
- Recomendaciones y plan de acción. La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:
 - Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
 - Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
 - Asignar un responsable de implementar las acciones.
 - Definir tiempo de implementación de las acciones.
 - Identificar y asignar los recursos necesarios.
 - Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
 - Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
 - Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin que se traduzcan en mejoramientos comprobables para toda la organización.

Cuando se plantean, es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen. En ese orden de ideas, se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera, se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el

proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiendo su importancia y se apropia de él. ()

Reporte de eventos adversos: sistemas de notificación

DEFINICIÓN DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN

Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son una parte de la “cultura de seguridad” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar (9)

MARCO CONCEPTUAL DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACION



El sistema debe ser anónimo, voluntario, éticamente obligatorio, no punitivo y confidencial en lo que se refiere al paciente y al notificante. La Recomendación Rec(2006)7 del Consejo de Europa aboga por el establecimiento de sistemas de notificación de naturaleza estrictamente confidencial, al recomendar que los estados deben asegurarse de la confidencialidad del procedimiento de notificación, es decir, vigilar que la identidad de los profesionales de la salud o del paciente que se encuentra al origen de la notificación no sean divulgados a los pacientes o al público. (11)

OBJETIVOS

- Mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.
- El estudio de estos incidentes se realiza para promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro.
- El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje identificando nuevos riesgos, tendencias y factores contribuyentes. La comunicación y registro de casos, por lo tanto, no es una finalidad en sí misma.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL SISTEMA

- Voluntariedad
- No punibilidad
- Confidencialidad
- Notificación anónima o nominativa con anonimización (o de-identificación) de los datos.
- Análisis para el aprendizaje e implementación de mejoras a nivel de centro sanitario
- Orientación sistémica para el análisis (11)

Antecedentes Investigativos.

En la revisión bibliográfica sobre el tema se han encontrado numerosos artículos que hablan básicamente de las causas que originan el no reporte de los eventos adversos, y las formas de concientizar al personal asistencial para que sean más propensos a reportar los eventos adversos.

Primero debemos tener en cuenta la idea de que nadie está exento de cometer un evento adverso. Ya están bien definidos en párrafos anteriores el concepto de error y el concepto de errar, los cuales son inherentes a la condición humana. En el proceso de atención de salud existen diferentes situaciones calificadas como de riesgo, las cuales son consecuencia de factores humanos, tecnológicos y de procesos, y que pueden resultar o no resultar en lo que se denomina “eventos adversos” (12, 20)

Sin embargo debemos tener en cuenta que aún con los errores que se pueden dar en la práctica médica, debemos tener en cuenta los principios

básicos del juramento hipocrático: el principio de no maleficencia “primum non nocere” (Primero no dañar), y el de beneficencia (Haz todo el bien que puedas). Estos dos principios evidencian la complejidad de las prácticas médicas y ponen al descubierto la necesidad de definir dos conceptos que suelen confundirse entre sí: lo que se considera un error y lo que se califica como un evento adverso, los cuales ya se encuentran definidos adecuadamente (1)

La tasa del reporte de eventos adversos en la institución objeto de estudio en cualquier entidad prestadora de servicios de salud en el mundo, debería ir en aumento; pero el personal atemorizado subregistra y en ocasiones hasta oculta los eventos evitando ser los “culpables” que serán señalados por sus jefes de área o por sus mismos compañeros, tal vez por el matiz cultural con el que el ser humano actual ha sido educado para no reconocer “errores” a menos que sea extremadamente necesario (13)

Entre las causas de no reporte destaca, entre otras, la resistencia del personal que surge de considerar el reporte de eventos adversos como una auditoría que posteriormente les podría traer consecuencias negativas. El personal de salud tiene miedo a las sanciones que se les puede aplicar si reportan los eventos adversos que ocurren en su servicio (12). Además se observó que muchas veces el personal trata de minimizar la ocurrencia de un evento adverso, con el fin de que este no se reporte como tal; sobre todo cuando no hubo una consecuencia evidente en el paciente (12).

También se encontró que el nivel de resistencia al reporte es mucho más notable en el grupo de médicos que en el grupo de enfermería, mientras que los grupos de microbiología, química, farmacéutica, los equipos de sala apoyan el proceso desde un principio. (12) Esto probablemente se deba al pensamiento de que los eventos adversos son errores, y a veces ponen en tela de juicio el profesionalismo y el prestigio de los profesionales involucrados (13). Sin embargo, se ha descrito también que el compromiso de los médicos es mayor en las organizaciones en las cuales ellos mismos tienen el control del reporte de incidentes, en relación a aquellas en que el proceso está en manos de sistemas gerenciales de mejoramiento de calidad, ya que los primeros estimulan los sentimientos de colegas y profesionalismo, mientras que los segundos inspiran desconfianza entre el personal. (12, 14)

Básicamente, el miedo a las consecuencias que vienen después del reporte del evento adverso es un factor de gran influencia para reafirmar una actitud frente a esta acción, aunque también se han encontrado causas distintas, como el deseo de evitar errores, el hecho de que el proceso de reporte sea

muy “engorroso”, y también la ineficacia que tiene el reporte para evitar que un evento de similares características vuelva a ocurrir. (13, 16)

Existen barreras comunes en el reporte de los EA tales como limitaciones de tiempo, procesos insatisfactorios, normas culturales, creencias previas acerca del riesgo, inadecuada retroalimentación y percepción de escaso valor del proceso, siendo estos últimos considerados elementos críticos a trabajar para incrementar el reporte (15,18)

Entre las soluciones a este problema de subregistro de eventos adversos, que se da en un gran porcentaje de instituciones de salud alrededor del mundo, se ha encontrado que la creación de una cultura positiva de seguridad del paciente, afectan directamente al número de reportes de eventos adversos, ya que se hace consciente al personal de que el proceso no es punitivo, tratando de buscar y castigar al culpable, sino de encontrar las causas del evento y solucionarlas y crear políticas de prevención basadas en la información brindada por el reporte de eventos adversos. (1, 18)

También se recomienda que la gestión de los eventos adversos debería ir más allá de la gestión administrativa y crear programas en los cuales haya una participación activa del personal, con el fin de que la responsabilidad no se vea relegada a los jefes o al área administrativa, sino que sea asumida como parte de día a día con visión de mejoramiento continuo incentivando el cambio de actitud y trabajando en pro de la calidad y de una atención segura en salud. (15,18)

3.-Antecedentes Teóricos – Investigativos:

3.1.- A nivel local: No se han encontrado estudios similares publicados

3.1.- A nivel nacional: El Perú formó parte del estudio IBEAS, estudio realizado para determinar la prevalencia de Eventos Adversos relacionados a la hospitalización, el cual resultó en un plan de acción para reducir los Eventos Adversos de mayor prevalencia en el Perú.

3.2.- A nivel Internacional:

Título: Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica

Resumen: Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios.

Método:

Diseño: Estudio observacional analítico de corte transversal. Complementariamente, estudio de seguimiento para estimar la incidencia de EA en una muestra de los sujetos del estudio.

Ámbito de estudio: Hospitales de cinco países de Latinoamérica: México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia.

Sujetos de estudio: Todos los pacientes ingresados en el hospital en el momento del estudio (una semana) sea cual sea la causa del ingreso o la especialidad o el servicio (incluyendo niños sanos en programa de protección de menores).

Resultados: La prevalencia global de pacientes con algún EA fue de un 10,5%. La prevalencia de EA fue de 11,85%.

3.- Objetivos:

Objetivo general:

- 1) Determinar los conocimientos básicos, actividades y actitudes del personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud con respecto al reporte de eventos adversos hospitalarios, en el mes de Febrero de 2015

Objetivos específicos:

- 1) Determinar características generales del personal asistencial del personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud.
- 2) Determinar la frecuencia con la que el personal asistencial del Hospital III Yanahuara ha participado en actividades relacionadas con eventos adversos y su reporte.
- 3) Determinar la frecuencia de aciertos del personal asistencial del Hospital III Yanahuara con respecto a conceptos básicos de eventos adversos, sus causas, clasificación, reporte y gestión.
- 4) Determinar la frecuencia con que el personal asistencial del Hospital III Yanahuara expresa su adherencia a actitudes positivas, neutras o negativas respecto al reporte de eventos adversos.

- 5) Establecer la correlación existente entre características generales del personal asistencial del Hospital III Yanahuara, participación en actividades, aciertos en los conceptos y adherencia a actitudes con respecto al reporte de eventos adversos.

4.- Hipótesis

Tratándose de un trabajo de diseño observacional descriptivo no corresponde plantear hipótesis.

III.- Planteamiento Operacional:

3) Técnicas, instrumentos, y materiales de verificación.

- a) Técnica: Se ha realizado la aplicación de un cuestionario al personal asistencial del Hospital III Yanahuara EsSalud que aceptó llenar el mismo previa autorización de la Dirección del Hospital, informando al participante que los resultados se utilizarían para un trabajo de investigación. Se informó que el cuestionario era anónimo y se solicitó que la devolución del mismo se hiciera en bloque al personal de secretaría para eliminar el temor de los participantes de que sus respuestas puedan ser identificadas si fueran entregadas directamente al investigador.
- b) Instrumento: Ver Anexo 1
- c) Materiales de Verificación:
 - i. Ficha de recolección datos
 - ii. Material de escritorio.
 - iii. Computadora portátil con Sistema Operativo Windows 8, Paquete Office 2013 para Windows y Programa SPSS v.22 para Windows.

4) Campo de Verificación:

a) Ubicación Espacial:

El estudio se llevará a cabo en el Hospital III Yanahuara EsSalud GRAA, ubicado en la ciudad de Arequipa.

b) Ubicación Temporal:

La información será recolectada corresponderá al periodo de Febrero de 2015

c) Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por el instrumento aplicado a la población objetivo del estudio.

i. Población y muestra:

Población: Se trata de una población de tamaño conocido cuyo número total es de 571 trabajadores asistenciales del establecimiento, la cual está estratificada de acuerdo al grupo laboral según la siguiente distribución:

GRUPOS	NUMERO	PORCENTAJE	MUESTRA NRO
DENTISTAS	13	2,28%	5
ENFERMERAS	174	30,47%	70
INTERNOS	18	3,15%	7
MEDICOS	197	34,50%	79
RESIDENTES	31	5,43%	13
OBSTETRICES	26	4,55%	11
TECNICOS ENF	95	16,64%	38
TECNOLOGOS	17	2,98%	7
	571	1	230

Muestra: Se calcula el tamaño de la muestra aplicando la fórmula para poblaciones de tamaño conocido con un nivel de confianza de 95%, margen de error de 5%, $p=q=0.5$, dando como resultado una muestra de 230 casos.

$$n = \frac{0.25N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N-1) + 0.25}$$

-Donde: N es el tamaño de la población
alfa es el valor del error tipo 1

z es el valor del número de unidades de desviación estándar para una prueba de dos colas con una zona de rechazo igual alfa.

0.25 es el valor de p^2 que produce el máximo valor de error estándar, esto es $p = 0.5$

n es el tamaño de la muestra.

d) Criterios de inclusión:

Personal asistencial activo del Hospital III Yanahuara EsSalud.

e) Criterios de exclusión:

Personal que no acepta participar

Personal que no llena los datos referentes a Edad, Sexo y Grupo Laboral.

Personal que sólo llena una cara del cuestionario.

3.- Estrategias de recolección de datos:

3.1. Organización

6. Enviar el proyecto a la facultad de Medicina Humana, para las correcciones e indicaciones dadas por el revisor y su correspondiente aprobación.
7. Solicitar autorización a la dirección del Hospital III Yanahuara para aplicar el instrumento al personal asistencial que actualmente trabaja en el establecimiento.
8. Aplicar el Instrumento al personal asistencial
9. Tabular, procesar y analizar los datos recolectados.
10. Elaborar el borrador de la tesis y presentarlo a la Facultad de Medicina Humana.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: José Ignacio Vargas Postigo

Asesor: Dra. Gladys Nuñez

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos

- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.21
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

3.3. Validación de los instrumentos

Diseño del Cuestionario

En primer lugar se diseñó el cuestionario a partir de la revisión de la bibliografía y a continuación se validó mediante la discusión con expertos, la realización de pre-tests y una prueba preliminar

Definición de dimensiones y atributos

Se partió del marco conceptual del trabajo, que evalúa tres dimensiones:

- d) Variables relacionadas con actividades de eventos adversos.
- e) Variables relacionadas con conocimientos sobre eventos adversos.
- f) Variables relacionadas con actitudes sobre el reporte de eventos adversos.

Selección de preguntas y confección del cuestionario

6. Validez Cualitativa o de contenido

Para evaluar la validez de contenido se convocó un grupo expertos en el tema de investigación, conformados por un médico magister en salud pública y responsable del comité de seguridad del paciente y eventos adversos del Hospital III Yanahuara EsSalud, una enfermera a cargo de la oficina de gestión de calidad y control interno de la gerencia de red asistencia Arequipa EsSalud, una enfermera magíster especialista en epidemiología integrante del equipo de la oficina de gestión de calidad y planificación del Hospital III Yanahuara, un médico presidente del comité de gestión de calidad del Hospital III Yanahuara, y una enfermera

encargada de la estrategia del reporte de eventos adversos de la oficina de calidad y control interno de la gerencia de la Red Asistencial Arequipa, quienes analizaron el cuestionario y establecieron las respuestas correctas de la dimensión relacionada con conocimientos y definieron qué actitudes descritas en el cuestionario corresponden a actitudes positivas o negativas respecto del reporte de eventos adversos. Las preguntas relativas a actividades no requirieron validación puesto que sólo constituyen una herramienta para recoger información

7. Pretests

Se realizaron 25 pre test (piloto) con el fin de valorar el cuestionario y entrevistas cognitivas para analizar la comprensión de las preguntas. Basándose en los resultados se realizaron los cambios oportunos en el cuestionario. Luego de sucesivas reevaluaciones se aprobó el cuestionario que consta de 21 preguntas en 3 secciones, la mayoría de carácter cerrado de tal forma que el participante tenía que seleccionar una o más opciones según el contenido de la pregunta.

8. Comprensión de las preguntas del cuestionario

En el pretest se comprobó que el instrumento tiene un buen ritmo en la sucesión de los temas, reflejándose en el tiempo promedio de llenado de 8 minutos durante la aplicación, siendo el mínimo de 5 minutos y el máximo de 10 minutos; permitiendo la reproducibilidad entre dicho rango de tiempo. El encuestador no detectó dificultad en los interrogados para contestar los ítems de la escala que estaban formulados en negativo.

9. Fiabilidad de la escala

Se calculó el valor alfa de Cronbach para los apartados de conocimientos y actitudes. La consistencia interna de las

subescalas estudiadas fue buena, en ambos casos con valores de 0.7 para los conocimientos (aceptable) y 0.9 para las actitudes (excelente)

10. Cuestionario definitivo

En la primera parte del cuestionario se eliminaron 2 preguntas, en la segunda y tercera se modificaron 3 preguntas que no ofrecían información adicional. Adicionalmente, se realizaron cambios en el orden para reducir el tiempo de aplicación del cuestionario, puesto que su formulación daba lugar a largas explicaciones por parte de algunos encuestados.

Validez de constructo

Los resultados obtenidos del análisis de correspondencias múltiples muestran unos valores aceptables en todas las subescalas, es decir, la agrupación de las variables siguió un patrón similar al que sería de esperar desde la perspectiva teórica subyacente. Los principales resultados de los análisis de correspondencias múltiples, son el coeficiente de correlación promedio de 0,9 (IC 95% = 0,89 – 0,91), y con una significación estadística es de 0,0001 entre los ítems del cuestionario autoaplicable.

3.5 Criterios de procesamiento de información:

La información recogida mediante el instrumento es digitalizada en el programa IBM SPSS versión 22, creando una base de datos tomando como referencia el formato del cuestionario tal cual fue aplicado. Para la generación de los resultados se reordena, reagrupa y recalculan las variables teniendo como referencia la operacionalización de las mismas mostrada en la sección anterior.

Para la generación de los resultados descriptivos se utiliza la herramienta “Analizar” del programa IBM SPSS Statistics versión 22, generando frecuencias, gráficos y estadísticos de concentración y dispersión.

Para la generación de resultados de correlación se utiliza la herramienta “Analizar” del programa IBM SPSS Statistics versión 22,

generando tablas de contingencia y estadísticos de correlación en relación al tipo de variables correlacionadas.

IV.- Cronograma de trabajo:

Mes	Diciembre 2014				Enero 2015				Febrero 2015				Marzo 2015			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación del problema de investigación	■	■														
Revisión de bibliografía			■	■	■	■										
Elaboración de proyecto de investigación						■	■	■								
Aplicación de instrumento									■	■	■					
Procesamiento de la información												■				
Elaboración del informe final													■			
Presentación del informe final														■		

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

23. Gómez Vásquez Beatriz Elena ** Convenio Universidad Santo Tomás e Icontec. Análisis de la percepción respecto al reporte de los eventos adversos y la seguridad del paciente en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Medellín* SIGNOS / ISSN: 2145-1389 / Vol. 3 / No. 2 / 2011 / pp. 15-39
24. OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud. A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría.
25. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. España: Espasa Calpe; 2002.
26. Aguirre-Gas, Héctor Gerardo; Vázquez-Estupiñán Felipe. El error médico. Eventos adversos Cir Ciruj 2006;74:495-503
27. Heinrich HW. Industrial accident prevention: a scientific approach. New York and London: McGraw-Hill; 1941.
28. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320:769

29. Luengas Amaya Sergio MD. Asesor senior, Centro de Gestión Hospitalaria
Centro de gestión hospitalaria | víasalud | número 48 | Julio de 2009
Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos
30. Instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos INVIMA
subdirección de insumos para la salud y productos varios grupo de
tecnovigilancia. Programa nacional de tecnovigilancia. Guía de reporte de
eventos adversos a dispositivos médicos
31. Ruiz-López Pedro, Gonzáles Carmen, Alcalde-Escribano Juan. Análisis de
causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev Calidad
Asistencial. 2005;20(2):71-8. España.
32. Bañeres Joaquim Fundación Avedis Donabedian LOS SISTEMAS DE
NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Un análisis de situación
Madrid, 11 Mayo 2006 Rev Calidad Asistencial. 2005;20(4):216-22
33. Sirio CA, Keyser DJ, Norman H, Weber RJ, Muto CA. Sahared learning and
drive to improve patient safety: lessons learned from the Pittsburg regional
healthcare iniciative. Advances in Patient Safety. Vol: 3. 2005
34. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS Fecha: 1 de
diciembre de 2009 Edición: 001 Cod: PTCAL.01.1209
35. Gaitán-Duarte Hernando, Gómez –Sánchez Pió I. y Eslava-Schmalbach Javier
Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad
Nacional de Colombia. Actitudes del personal en la vigilancia de eventos
adversos intrahospitalarios en Colombia Attitudes of personnel monitoring
intra-hospital adverse events in Colombia. Rev. salud pública. 11 (5): 745-753,
2009
36. Burbano Valdés Heidy Mabel, Caicedo Eraso Mónica Elizabeth, Cerón Burgos
Andrea, Jacho Caicedo Cristina, Yépez Chamorro María Clara. Causas del no
reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de
Salud en Pasto - Nariño, Colombia Reasons for not reporting adverse events in
an institution provider of health services in Pasto - Nariño – Colombia
SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD Año 2013
Vol. 15(2) Págs. 187 – 195
37. WARING JUSTIN J. .International Journal for Quality in Health Care 2004;
Volume 16, Number 5: pp. 347–352 10.1093/intqhc/mzh068 International
Journal for Quality in Health Care vol. 16 no. 5
38. Gaitán H, Gómez P, Eslava J. Actitudes del personal en la vigilancia de eventos
adversos intrahospitalarios en Colombia Attitudes of personnel monitoring
intra-hospital adverse events in Colombia. Rev. Salud Pública. 2009;
11(5):745-753.17
39. Bateman DN, Sander GLS, Rawlins MD. Attitudes to adverse drug reaction
reporting in the Northern Region. Br J Clin Pharmacol. 1992;34(5):421-6.
40. Hazell L, Shaki SA. Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic
review. Drug Saf. 2006;29(5):385-6.
41. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851-1857.

42. Campaña, G. Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Cómo prevenirlos. Parte I. Generalidades. En: Revista Chilena de Cirugía, 2006, vol. 58, no. 3, p. 235-238.
43. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica
44. Anacona María Yubely, Imbacuan Muñoz Diana Carolina. Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad. Hospital del tambo cauca, abril – mayo 2011





INSTRUMENTO 1

CONOCIMIENTOS BASICOS, ACTIVIDADES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III YANAHUARA – GRAAR -ESSALUD SOBRE EVENTOS ADVERSOS, FEBRERO 2015
CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario tiene por finalidad realizar una investigación referente a la información y actitudes del personal asistencial del Hospital III Yanahuara con el fin de diseñar estrategias orientadas a mejorar el sistema de gestión de eventos adversos en el establecimiento. Es anónima, por lo cual le exhortamos a responder con máxima sinceridad. Su opinión es muy importante, por lo cual le quedamos muy agradecidos.

1. Edad ____ Sexo F__ M__
2. Grupo Laboral
 - a) Médico ()
 - b) Residente ()
 - c) Interno ()
 - d) Enfermera ()
 - e) Tecnólogo médico ()
 - f) Personal técnico ()
 - g) Otro: especificar _____
3. Experiencia Laboral: Años de experiencia en su grupo laboral: ____ años
4. Docente Universitario: Sí ____ No ____
5. ¿La institución cuenta con un programa de Seguridad del Paciente, para obtener procesos de atención seguros?
Sí ____ No ____ No sabe ____
6. ¿Ha recibido capacitaciones en cuanto a reporte de eventos adversos en los últimos 3 años?
Sí ____ No ____
7. ¿Qué es para usted evento adverso? (Marque la o las respuestas correctas)
 - a) Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
 - b) Es cualquier complicación en el paciente
 - c) Es el resultado de una atención en salud que de manera intencional produjo daño.
 - d) Es el resultado de una atención en salud que estuvo a punto de producir un daño
 - e) Todas las anteriores son correctas.
8. ¿Pertenece al comité de seguridad del paciente de su servicio o del hospital? Sí ____ No ____
9. ¿Usted realiza reporte de los incidentes y/o eventos adversos de su área de trabajo? Sí ____ No ____
10. ¿Su área de trabajo cuenta con la documentación para el reporte de eventos adversos?
Sí ____ No ____

11. Son causas de eventos adversos. (Puede marcar más de una alternativa)
- a) Acciones inseguras b) Factores contributivos c) Condiciones del paciente d) Decisiones y directrices organizacionales e) Sobrecarga de trabajo f) Sobrecarga de pacientes g) Desempeño en soledad en la práctica de sus funciones h) Todas las anteriores i) Ninguna de las anteriores
12. Que se debe tener en cuenta para definir qué es un evento adverso (Puede marcar más de una alternativa)
- a) Que sea producido por el personal de salud b) Que sedé dentro de una institución de salud c) Que produzca daño al paciente d) Todas las anteriores e) Ninguna de las anteriores
13. Son características de un sistema de notificación de eventos adversos:
- a) No punitivo b) Confidencial c) Independiente d) Anónimo e) Todas las anteriores f) Ninguna de las anteriores
14. En su experiencia, se omite la notificación de eventos adversos debido a: (Marque verdadero o falso según corresponda)
- a) Falta de conciencia de que se ha cometido un error (V) (F)
b) No se sabe cómo reportar (V) (F)
c) Temor a acciones disciplinarias o denuncias (V) (F)
d) Falta de tiempo (V) (F)
e) La percepción de que el reporte no ocasionará ningún resultado (V) (F)
f) Temor a la pérdida de prestigio profesional (V) (F)
15. En Iberoamérica las atenciones de salud ocasionan eventos adversos en aproximadamente:
- a) 1% de las atenciones b) 10% de las atenciones c) 20% de las atenciones
d) 25% de las atenciones
e) Ninguna de las anteriores
16. ¿Cuántas veces ha reportado usted un evento adverso en el último mes? _____
17. ¿Cuántas veces ha reportado usted un evento adverso en el último año? _____
18. Si usted hubiera ocasionado un evento adverso grave:
- a) Reporta de inmediato el evento adverso (Sí) (NO)
b) Intentaría ocultarlo o disimularlo (Sí) (NO)
c) Buscaría que las personas enteradas del evento adverso no lo reporten (Sí) (NO)
d) Dejaría que las personas enteradas reporten el evento adverso (Sí) (NO)
e) Ejercería presión sobre las personas enteradas para que no reporten el evento adverso (Sí) (NO)
f) Consideraría como deslealtad si alguna persona reporta el evento adverso (Sí) (NO)
g) Felicitaría a quien reportara el evento adverso (Sí) (NO)
h) Se molestaría con la persona que reportó el evento adverso (Sí) (NO)
i) Trataría de justificarse ante el jefe de servicio u otra autoridad del hospital (Sí) (NO)
j) Le es indiferente respecto de si alguien reporta o no el evento adverso (Sí) (NO)

- k) Buscaría involucrar a otras personas para compartir la responsabilidad (Sí) (NO)
 - l) Buscaría errores en los procesos del hospital para disminuir o eliminar su responsabilidad y reportaría el evento adverso (Sí) (NO)
 - m) Buscaría errores en los procesos del hospital para disminuir o eliminar su responsabilidad y **NO** reportaría el evento adverso (Sí) (NO)
 - n) Buscaría derivar hacia otras personas la responsabilidad del evento adverso (Sí) (NO)
 - o) Otra conducta:
-

19. Si usted supiera de la ocurrencia de un evento adverso grave:

- a) Reporta de inmediato el evento adverso (Sí) (NO)
 - c) Buscaría que las personas enteradas del evento adverso no lo reporten (Sí) (NO)
 - d) Dejaría que las personas enteradas reporten el evento adverso (Sí) (NO)
 - e) Ejercería presión sobre las personas enteradas para que no reporten el evento adverso (Sí) (NO)
 - f) Consideraría como deslealtad si alguna persona reporta el evento adverso (Sí) (NO)
 - g) Felicitaría a quien reportara el evento adverso (Sí) (NO)
 - h) Se molestaría con la persona que reporte el evento adverso (Sí) (NO)
 - i) Se mostraría indiferente respecto de si alguien reporta o no el evento adverso (Sí)(NO)
 - j) Buscaría errores en los procesos del hospital y reportaría el evento adverso (Sí) (NO)
 - k) Buscaría errores en los procesos del hospital y **NO** reportaría el evento adverso (Sí) (NO)
 - l) Otra conducta:
-

20. Los eventos adversos pueden clasificarse en relación a la gravedad de su desenlace como:
(Marcar verdadero o falso según corresponda)

- a) Serios: Si ocasionan la muerte (V) (F)
- b) Serios: Si determinan la pérdida de un miembro (V) (F)
- c) Moderados: Si el daño es irreversible (V) (F)
- d) Leves: Si el daño no requiere tratamiento específico (V) (F)
- e) Moderados: Si el daño requiere tratamiento médico o quirúrgico (V) (F)

21. Los llamados eventos adversos centinela o trazadores son aquellos que:

- a) Marcan la diferencia entre un evento leve y un evento grave
- b) Generalmente están relacionados con fallas en el sistema de vigilancia
- c) Deben ser objeto de reporte obligatorio, análisis y medidas correctivas
- d) Pueden ser leves, moderados o severos
- e) Todas las anteriores son correctas

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 2

INSTRUMENTO 2

Cuestionario dividido por secciones para resolver por expertos en el tema de eventos adversos.

Preguntas sobre conocimientos

¿Qué es para usted evento adverso? (Marque la respuesta correcta)

- a) Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
- b) Es cualquier complicación en el paciente
- c) Es el resultado de una atención en salud que de manera intencional produjo daño.
- d) Es el resultado de una atención en salud que estuvo a punto de producir un daño
- e) Todas las anteriores son correctas.

Son causas de eventos adversos. (Puede marcar más de una alternativa)

- a) Acciones inseguras b) Factores contributivos c) Condiciones del paciente d) Decisiones y directrices organizacionales e) Sobrecarga de trabajo f) Sobrecarga de pacientes g) Desempeño en soledad en la práctica de sus funciones h) Todas las anteriores i) Ninguna de las anteriores

Que se debe tener en cuenta para definir qué es un evento adverso (Puede marcar más de una alternativa)

- a) Que sea producido por el personal de salud b) Que sedé dentro de una institución de salud c) Que produzca daño al paciente d) Todas las anteriores e) Ninguna de las anteriores

Son características de un sistema de notificación de eventos adversos:

- a) No punitivo b) Confidencial c) Independiente d) Anónimo e) Todas las anteriores f) Ninguna de las anteriores

En Iberoamérica las atenciones de salud ocasionan eventos adversos en aproximadamente:

- a) 1% de las atenciones b) 10% de las atenciones c) 20% de las atenciones d) 25% de las atenciones
- e) Ninguna de las anteriores

Los eventos adversos pueden clasificarse en relación a la gravedad de su desenlace como: (Marcar verdadero o falso según corresponda)

- a) Serios: Si ocasionan la muerte (V) (F)
- b) Serios: Si determinan la pérdida de un miembro (V) (F)
- c) Moderados: Si el daño es irreversible (V) (F)
- d) Leves: Si el daño no requiere tratamiento específico (V) (F)
- e) Moderados: Si el daño requiere tratamiento médico o quirúrgico (V) (F)

Los llamados eventos adversos centinela o trazadores son aquellos que:

- a) Marcan la diferencia entre un evento leve y un evento grave
- b) Generalmente están relacionados con fallas en el sistema de vigilancia
- c) Deben ser objeto de reporte obligatorio, análisis y medidas correctivas
- d) Pueden ser leves, moderados o severos
- e) Todas las anteriores son correctas

Preguntas relacionadas con las actitudes del personal asistencial frente a los eventos adversos

Califique usted cada respuesta como una actitud positiva o negativa con respecto a la notificación de eventos adversos. (Marcar con una X)

Si usted hubiera ocasionado un evento adverso grave:

- a) Reporta de inmediato el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- b) Intentaría ocultarlo o disimularlo (Positiva) (Negativa)
- c) Buscaría que las personas enteradas del evento adverso no lo reporten (Positiva) (Negativa)
- d) Dejaría que las personas enteradas reporten el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- e) Ejercería presión sobre las personas enteradas para que no reporten el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- f) Consideraría como deslealtad si alguna persona reporta el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- g) Felicitaría a quien reportara el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- h) Se molestaría con la persona que reportó el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- i) Trataría de justificarse ante el jefe de servicio u otra autoridad del hospital (Positiva) (Negativa)
- j) Le es indiferente respecto de si alguien reporta o no el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- k) Buscaría involucrar a otras personas para compartir la responsabilidad (Positiva) (Negativa)
- l) Buscaría errores en los procesos del hospital para disminuir o eliminar su responsabilidad y reportaría el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- m) Buscaría errores en los procesos del hospital para disminuir o eliminar su responsabilidad y **NO** reportaría el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- n) Buscaría derivar hacia otras personas la responsabilidad del evento adverso (Positiva) (Negativa)

Si usted supiera de la ocurrencia de un evento adverso grave:

- a) Reporta de inmediato el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- c) Buscaría que las personas enteradas del evento adverso no lo reporten (Positiva) (Negativa)
- d) Dejaría que las personas enteradas reporten el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- e) Ejercería presión sobre las personas enteradas para que no reporten el evento adverso (Positiva)(Negativa)
- f) Consideraría como deslealtad si alguna persona reporta el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- g) Felicitaría a quien reportara el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- h) Se molestaría con la persona que reporte el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- i) Se mostraría indiferente respecto de si alguien reporta o no el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- j) Buscaría errores en los procesos del hospital y reportaría el evento adverso (Positiva) (Negativa)
- k) Buscaría errores en los procesos del hospital y **NO** reportaría el evento adverso (Positiva) (Negativa)