

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ENTRE 2021-2022

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH INCIDENTS AND ADVERSE EVENTS IN SAN JUAN DE DIOS HOSPITAL MATERNITY BETWEEN 2021-2022

Orellana Cole, Rodrigo Andres¹; de Requeséns Herr, Almendra Pamela²; Parra Silva, Catalina Verónica³

¹*Licenciado en Obstetricia y Puericultura. Matrón. Magister en Salud Pública. Magíster en Gestión de la Calidad. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. C.P: 8380453 +56 9 90779803 rodorellana@uchile.cl*

²*Licenciada en Obstetricia y Puericultura. Escuela de Obstetricia. Universidad de Chile.*

³*Licenciada en Obstetricia y Puericultura. Escuela de Obstetricia. Universidad de Chile.*

Participación de los autores

¹Guía de la investigación como máximo académico de esta. Planteación de problema, corrección del instrumento con el cual se llevó a cabo la investigación, aporte en el escrito, corrección del documento y evaluación final de la investigación.

²Confeción y aplicación del instrumento con el cual se llevó a cabo la investigación. Digitación y análisis de los datos. Escritura y corrección del documento final.

³Confeción y aplicación del instrumento con el cual se llevó a cabo la investigación. Digitación y análisis de los datos. Escritura y corrección del documento final.

Agradecimientos

A todas las mujeres que participaron en este estudio e hicieron posible que fuera llevado a cabo, gracias. A nuestras familias, cercanos y seres queridos que nos apoyaron en cada etapa de construcción de este proyecto, aún en medio de una pandemia que complejizó mucho más el proceso, nuestro sincero agradecimiento. Gracias a nuestro profesor y tutor, Rodrigo Orellana Cole, quién guío la investigación y cuyas propuestas y experiencia hicieron, de una idea, este producto final tangible.

Conflicto de interés

No se declaran conflictos de interés en la presente investigación, ya que ninguno de los involucrados ha formado o forma parte de la administración y/o directiva del Hospital San Juan de Dios.

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ENTRE 2021-2022

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH INCIDENTS AND ADVERSE EVENTS IN SAN JUAN DE DIOS HOSPITAL MATERNITY BETWEEN 2021-2022

RESUMEN

Introducción: El pilar fundamental de la calidad de atención en Chile es la seguridad. Las faltas a la seguridad en los establecimientos asistenciales pueden incurrir en eventos adversos (EA), provocando un desmedro en la experiencia asistencial. El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia y los factores asociados a la generación de incidentes y EA en la unidad de Puerperio del Hospital San Juan de Dios (HSJD) entre los años 2021-2022. **Material y Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal que mediante un instrumento de construcción propia recopiló información de 199 puérperas de la unidad de Puerperio del HSJD, durante los años 2021-2022. **Resultados:** Se pesquisaron 23,1% EA y 41,2% incidentes. Un 70,4% de la muestra eran múltiparas, la tasa de cesáreas fue de 42,2%, mientras que un 66,8% presentaba patologías de base o concomitantes al embarazo. **Discusión:** Se encontró una mayor cantidad de EA en comparación con otros estudios, en cambio no se pudo comparar la prevalencia de incidentes dada la falta de investigación en torno a ellos. Los EA se concentraron mayoritariamente en múltiparas y cesareadas, resultados que difieren a lo descrito en la literatura. La patología más prevalente en pacientes afectadas por EA fue la obesidad, afirmando la asociación obesidad-factor de riesgo determinante en salud. **Conclusión:** Existe una necesidad imperante de profundizar en el tema y pulir las bases del presente estudio, para así generar herramientas que complementen planes futuros de mejora en la atención y calidad en salud en Chile.

Palabras clave: *calidad, seguridad, obstetricia, maternidad, Chile.*

ABSTRACT

Background and aim: In Chile, the fundamental basis of the quality of health care is safety. Lack of safety in healthcare facilities can lead to adverse events (AE), causing a detriment to the care experience. The aim of this research was to determine the prevalence and the factors associated with the generation of incidents and adverse events in the Puerperium unit of the San Juan de Dios Hospital between 2021-2022. **Material and Methods:** Quantitative, observational, descriptive and cross-sectional study that used an instrument of its own construction to collect information from 199 puerperal women from the Postpartum Unit of the San Juan de Dios Hospital, during the years 2021-2022. **Results:** 23.1% AEs and 41.2% incidents were found. 70.4% of the sample were multiparous, the caesarean section rate was 42.2%, while 66.8% had underlying or concomitant pathologies to pregnancy. **Discussion:** A greater number of AEs was found compared to other studies, however, the prevalence of incidents could not be compared given the lack of research on them. The AE were mainly concentrated in multiparous and caesarean women, results that differ from those described in the literature. The most prevalent pathology in patients affected by AE was obesity, confirming the association obesity-determining risk factor in health. **Conclusion:** There is a pressing need to delve into the subject and refine the foundations of this study, in order to generate tools that complement future plans to improve health care and quality in Chile.

Key words: *quality, safety, obstetric, maternity, Chile.*

INTRODUCCIÓN

La calidad en salud puede ser entendida como el proveer del mayor beneficio posible en la atención médica, en conjunto con otorgar el menor riesgo para el paciente¹. Este concepto está conformado por diferentes dimensiones, de entre las cuales destaca la seguridad¹, dado que se entiende que el imperativo del trabajo en salud es no hacer daño, sino que, por el contrario, es velar por la salud y el bienestar de las personas². Es por esto, que se enfatiza en la seguridad como un elemento base en la prevención del daño y, por consecuencia, de los eventos adversos (EA).

Un incidente puede definirse como una falla inesperada o no deseada en la atención de salud, que podría llegar a generar un daño³, mientras que podemos enmarcar un EA como aquel suceso que surge durante la atención clínica producto del tratamiento, una complicación médica o, inclusive, de la misma atención, causando lesiones físicas o psicológicas a un paciente⁴.

Los EA pueden causar diferentes grados de daño en el usuario, pudiendo ser clasificados según el grado de daño que producen desde leve, pasando por moderado, hasta llegar a grave. Sumado a esto, la literatura describe también el evento centinela, categoría en donde se catalogan los eventos que generan muerte o la pérdida permanente de una función que no tiene relación con la evolución natural de la enfermedad⁴.

Se ha visto que los EA causan también costos asociados, los cuales han sido estimados mediante diversos estudios, uno de ellos fue *‘To Err Is Human’*, que concluyó que estos causan costos de entre 17 y 29 billones de dólares anuales². Otros estudios, que también han estimado los costos anuales, arrojaron que el exceso de días de hospitalización por estos eventos rodea el gasto de 2 millones de libras; por otra parte las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) originan un desembolso de 100 millones de libras; mientras que los gastos por el pago de indemnizaciones a los usuarios por EA están cerca de los 400 millones de libras⁵. Una revisión de la literatura realizada en los Estados Unidos en el año 2009 estimó que se perdieron 22,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debido a eventos adversos⁶.

A nivel mundial se estima que todos los años 134 millones de EA ocurren a causa de atenciones poco seguras, tratándose, casi en el 50% de las oportunidades, de eventos de carácter prevenible⁷. Esta estimación se concentra en los países de bajos y medianos ingresos, y constituye la causa de 2,6 millones de muertes anualmente, lo que sitúa a los EA en una de las diez primeras causas de muerte y discapacidad a nivel mundial⁷.

A nivel latinoamericano, en obstetricia, al año 2010 se estimó que la prevalencia de EA era de un 8.4%⁸.

En nuestro país, los primeros esfuerzos que se dieron para instaurar medidas de seguridad ocurrieron a inicios de la década de los noventa, cuando las instituciones de salud comenzaron a acreditarse en materia de infecciones intrahospitalarias, diez años más tarde empezó a desarrollarse el Programa de Evaluación de Calidad de la Atención Hospitalaria, el cual elaboró estándares de calidad y seguridad en conjunto con los servicios de salud⁹, años en los que, además, se creó la Ley 19.966 de Garantías Explícitas en Salud (GES), la cual habla, entre muchos otros tópicos, de

la regulación en temas de calidad en salud¹⁰.

Asimismo, el Sistema Nacional de Acreditación estableció estándares mínimos que obligan a los recintos asistenciales a tener un sistema de vigilancia de EA asociados a la atención, el cual debe identificar a los EA y centinelas, y especificar cuáles serán los métodos de vigilancia, reporte y registro¹¹. Según este sistema, algunos de los posibles eventos a ocurrir en el área obstétrica que se vigilan y notifican son: enfermedad tromboembólica, cuerpo extraño olvidado, muerte materna, muerte fetal tardía, asfixia neonatal, transfusión del paciente equivocado, caída de pacientes y úlceras por presión.

Sin embargo, a pesar de las normativas para vigilar los EA, la realidad de hoy en Chile es que existe una subnotificación de estos, debido al miedo a las medidas punitivas, y aun así, los eventos que sí logran ser notificados apuntan netamente a la esfera física, dando paso a una inexistente notificación de daños indirectos, tales como el daño moral o psicológico, dificultando de esta forma la cuantificación integral de dicho impacto, lo cual ha provocado, además, que los prestadores de salud dejen de lado esta área de la atención y que una de las dimensiones de la calidad en salud se vea desatendida; la satisfacción y experiencia de los usuarios^{12 13}.

Hoy en día, en Chile, no contamos con estudios estructurados que permitan conocer la prevalencia de EA en obstetricia en atención intrahospitalaria, ni tampoco con estudios que relacionen eventos adversos con experiencia o daño psicológico, siendo estos indicadores un elemento crucial para gestionar mejoras en las políticas de salud pública.

Es por lo anteriormente comentado, que el objetivo de la siguiente investigación es determinar la prevalencia y factores asociados a incidentes y eventos adversos en la unidad de Puerperio del Hospital San Juan de Dios (HSJD) entre los años 2021-2022; de esta manera, buscamos poder identificar los factores que favorecen la generación de incidentes y EA en las púerperas de este hospital y clasificar los EA según gravedad. Esperamos poder contribuir y aportar en mejorar el estado del arte de este campo, ya que “una vez que conocemos el daño y entendemos las causas, podemos identificar y probar soluciones”¹⁴.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en 199 púerperas hospitalizadas en el Hospital San Juan de Dios, de 18 o más años de edad, durante el período Diciembre 2021 - Junio 2022. Se excluyeron aquellas pacientes que no hablaran español, y quienes no contaran con ficha clínica o que tuvieran una ficha clínica sin antecedentes de la hospitalización. La recolección de datos se llevó a cabo mediante un instrumento de construcción propia que permitió la recopilación, en primer lugar, de datos demográficos y epidemiológicos y, en segunda instancia, la pesquisa de incidentes, eventos adversos y experiencia usuaria. Las investigadoras fueron capacitadas para la aplicación del instrumento por el investigador principal del proyecto, Magíster en Gestión de la Calidad, quien también fue el criterio de expertos del mismo. Además, este instrumento fue previamente piloteado en cinco pacientes del servicio, con lo cual pudieron ser corregidos problemas de redacción y comprensión del mismo. El análisis de los datos fue realizado mediante medidas de tendencia central, previa tabulación de los mismos en el programa Excel.

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios (resolución exenta n°: 07214). Las mujeres incluídas en este proyecto expresaron su voluntad de participar mediante la firma de un consentimiento informado.

RESULTADOS

Por medio de la realización de este estudio podemos observar, en primer lugar, que el 52,3% de las mujeres entrevistadas se encontraba en el grupo etario entre 27-35 años (*Tabla 1*). La cantidad de mujeres multíparas fue mayor (70,4%) que la de primíparas (29,6%) (*Tabla 1*).

Un 66,8% de la muestra presentaba patologías de base o concomitantes al embarazo, siendo la obesidad la patología con mayor incidencia (38,2%) seguida por la diabetes en todas sus variantes (17,6%) (*Tabla 2*). Un 55,3% de las pacientes tuvieron su parto vía vaginal y 42,2% fueron intervenidas por cesárea (*Tabla 1*). El 93% de la muestra recibió al menos un tipo de anestesia, mientras que en el 33,2% de las mujeres se utilizó más de un tipo (*Tabla 2*).

Al 99% de las encuestadas se le administró algún tipo de medicamento, de estos, los de uso más frecuente fueron los *Analgésicos* (92%) y la *Oxitocina* (82,9%) (*Tabla 2*).

Al momento de la recopilación de los datos, el 61,3% de las púerperas tenía instalada una vía venosa periférica (VVP), mientras que el 39% no presentaba ningún tipo de dispositivo invasivo.

En cuanto a los días de hospitalización, el 50,3% de las entrevistadas cursaba su segundo día, mientras que el 27,2% de las pacientes llevaban más de 2 días de hospitalización (*Tabla 1*).

	% (199)
Edad	
18-26 años	30,2% (60)
27-35 años	52,3% (104)
>35 años	17,6% (35)
Paridad	
Multípara	70,4% (140)
Primípara	29,6% (59)
Patologías presentes	
Obesidad	38,2% (76)
Ninguna	33,2% (66)
Diabetes pregestacional / gestacional	17,6% (35)
Otra	13,6% (27)
Síndrome hipertensivo del embarazo / Hipertensión arterial crónica	12,6% (25)
Hipotiroidismo	12,1% (24)
Anemia	8,5% (17)
Colestasia intrahepática del embarazo	3,5% (7)

Infección del tracto urinario	3,5% (7)
Drogadicción	1,5% (3)
Virus de inmunodeficiencia humana	1% (2)
Vía del parto	
Vaginal	55,3% (110)
Cesárea	42,2% (84)
Fórceps	1,5% (3)
Vacuum	1% (2)

Tabla 1: Caracterización de la muestra

		% (199)
Uso de anestesia		
Epidural		62,8% (125)
Raquídea / Espinal		41,2% (82)
Otra		19,1% (38)
Local		7,5% (15)
Ninguna		7% (14)

	General	1% (2)
Medicamentos administrados a usuarias		
		99% (197)
	Analgésicos	92% (183)
	Oxitocina	82,9% (165)
	Antibióticos	57,8% (115)
	Otros	57,3% (114)
	Uterotónicos	13,1% (26)
	Corticoides	10,1% (20)
	Prostaglandinas	8% (16)
	Sulfato de Magnesio	2,5% (5)
	Ninguno	1% (2)
Días de hospitalización		
	1	22,6% (45)
	2	50,3% (100)
	3	18,1% (36)
	4	5,5% (11)
	5	2% (4)
	6	1,5% (3)

Tabla 2: Uso de anestesia en el trabajo de parto y parto, medicamentos administrados y días de hospitalización del total de la muestra

Mediante la aplicación del instrumento se pesquisaron 23,1% eventos adversos (EA) y 41,2% incidentes, también llamados errores de atención para efectos de esta investigación.

La mayor incidencia de EA ocurrió en torno a la instalación y manejo de VVP, tratándose del 19,1% de los casos, en donde se encontró: extravasación (8%), multipunción (8%) y flebitis (3%).

En cuanto a infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), se consideraron como EA las infecciones en la herida operatoria, desgarros o episiotomías, además de las infecciones en el tracto urinario (ITU); dentro de este último grupo fueron pesquisadas un 1% de infecciones, asociándose a retención urinaria y a ITU a repetición durante el embarazo.

Fue pesquisado un 0,5% de EA asociados a medicación, específicamente la ausencia de administración de un anticoagulante.

Un elemento de baja frecuencia pero de alta importancia, fue la pesquisa de un 0,5% de caídas sin lesiones, que fue consecuencia del mal estado de una camilla.

En cuanto a problemas relacionados con el parto, una paciente (0,5%) debió regresar a la unidad de parto por la necesidad de drenar un hematoma vulvar causado durante el expulsivo. Asimismo, un 0,5% de la muestra debió regresar a pabellón tras el término de su cesárea debido al extravío de un elemento extraño, lo que obligó a la toma de radiografías para evidenciar finalmente que se trataba de un error de conteo de compresas.

Un 0,5% de la muestra tuvo que ser transfundida con dos unidades de glóbulos rojos debido al corte accidental de la arteria uterina durante una cesárea.

Finalmente, un último 0,5% de la muestra debió ser sometida a una cesárea de urgencia, debido a la detención del descenso de la presentación en el parto, y fue en medio de la operación donde se evidenció que había ocurrido una rotura uterina.

Gran parte de estos últimos eventos relacionados con el parto, si bien fueron aislados y poco prevalentes, sí son graves y pudieron llegar a convertirse en eventos centinelas.

	23,1% (46)
Edad	\bar{X} = 31,6 años
18-26 años	23,9% (11)
27-35 años	50% (23)
>36 años	26,1% (12)
Paridad	
Múltipara	87% (40)
Primípara	13% (6)
Tipo de parto	
Cesárea	60,9% (28)
Vaginal	39,1% (18)
Fórceps	0% (0)
Vacuum	0% (0)
Patologías	
Obesidad	52,1% (24)
Sin patologías	19,6% (9)
Diabetes pregestacional / Diabetes gestacional	13% (6)
Hipotiroidismo	13% (6)
Síndrome hipertensivo del embarazo	8,7% (4)
Virus de inmunodeficiencia humana	6,5% (3)
Días de estadía	
1 día	15,1% (7)
2 días	45,7% (21)
3 días	21,7% (10)
4 días	13% (6)
5 días	2,2% (1)
6 días	2,2% (1)

Tabla 3: Caracterización de pacientes que presentaron eventos adversos

Un elemento importante es poder observar que las pacientes son susceptibles a verse afectadas por más de un evento adverso o más de un incidente, tal como ocurrió en el 15,4% y 14,6% del total de EA e incidentes, respectivamente (*Tabla 4*).

Cantidad de EA por paciente		
	1	84,6% (33)
	2	12,8% (5)
	3	2,6% (1)
Cantidad de incidentes por paciente		
	1	85,4% (70)
	2	14,6% (12)

Tabla 4: Cantidad de eventos adversos e incidentes ocurridos por cada paciente afectada

En cuanto a incidentes, se pesquisaron un **22,1%** relacionados al manejo de prevención de la enfermedad tromboembólica, siendo los más prevalentes la ausencia de medias antiembólicas (MAE) según indicación médica (**14,6%**) y la ausencia de la aplicación pauta de riesgo tromboembólico (7,5%) (*Tabla 5*).

Se registró incidentes en el manejo de la prevención de caídas en el 11,6% de la muestra, encontrándose que casi la totalidad de ellos estaban asociados a la ausencia de barandas en alto (11,1%) y solo se pesquisó 1 paciente a la cual no se le asistió en su primera levantada (0,5%) (*Tabla 5*).

Finalmente, en el **7,5%** de la muestra se evidenció errores asociados al manejo de VVP donde se encontraron la ausencia de rotulación (5,5%) y tiempo prolongado de permanencia (2%) (*Tabla 5*).

		41,2% (82)
Edad		
	18-26 años	28% (23)
	27-35 años	53,7% (44)
	>36 años	18,3% (15)
Paridad		
	Múltipara	70,7% (58)
	Primípara	29,3% (24)
Tipo de parto		
	Vaginal	62,2% (51)
	Cesárea	37,8% (31)
	Fórceps	0% (0)
	Vacuum	0% (0)
Patologías		
	Sin patologías	34,1% (28)
	Obesidad	30,5% (25)

Diabetes pregestacional / Diabetes gestacional	15,9% (13)
Hipotiroidismo	13,4% (11)
Síndrome hipertensivo del embarazo	12,2% (10)
Colestasia intrahepática del embarazo	6,1% (5)
Días de estadía	
1 día	20,7% (17)
2 días	54,9% (45)
3 días	12,2% (10)
4 días	4,9% (4)
5 días	3,7% (3)
6 días	3,7% (3)

Tabla 5: Caracterización de pacientes que presentaron incidentes

Del total de EA pesquisados un 34,8% resultó en ningún grado de daño, 52,2% en daño leve, 6,5% resultó en daño moderado y otro 6,5% en daño grave.

DISCUSIÓN

En la actualidad, no contamos con estudios nacionales relacionados a eventos adversos o incidentes en el área de Obstetricia a nivel país, y sólo es posible encontrar datos a partir de estudios realizados en hospitales o clínicas privadas que muestran la prevalencia de los eventos adversos (EA) ocurridos en sus instalaciones y, en muy pocas ocasiones, enfocados solo a la obstetricia.

La prevalencia de EA del presente estudio fue de un 23,1%, valor mayor si es contrastado con la prevalencia obtenida en otros estudios como el de Francia y Neyra el año 2015 en Perú con un 18,2%¹⁵, el de Gaitán et al. el año 2005 en Colombia con un 12,02%¹⁶, y el realizado en el año 2020 en Argentina por Morales et al. con un 2,19%¹⁷, respectivamente, o bien, con el estudio latinoamericano IBEAS donde la prevalencia fue de un 8,45%⁸. Asimismo, otro estudio realizado por Lancis y Asenjo en Chile el año 2014 muestra una incidencia de un 7%¹⁸.

Este estudio pesquisó una mayor cantidad de EA en multíparas (87%) en comparación con primíparas (*Tabla 3*), hecho que no se correlaciona con datos hallados en la literatura como lo es la prevalencia mayor en primíparas de EA (56,9%) en el ya nombrado estudio de Francia y Neyra¹⁵.

Las intervenciones de cesárea fueron asociadas a una mayor cantidad de EA (60,9%), cifra también discordante con el estudio de Francia y Neyra¹⁵ en Perú, donde el grueso de EA se vieron asociados a partos vaginales (80,7%), sin embargo, esta discordancia puede verse explicada por la mayor tasa de cesáreas en Chile (43,87%)¹⁹, en comparación con la del país vecino (36,3%)²⁰. Es necesario destacar que la naturaleza de una intervención quirúrgica mayor como lo es la cesárea, involucra intrínsecamente un mayor riesgo que un parto vaginal.

El grupo etario que presentó más EA fue el de 27-35 años, en el cual se hallaron la mitad de los EA pesquisados en el total de este estudio (*Tabla 3*), resultando ser un dato de difícil comparación dados los diferentes rangos etarios expuestos en las diversas investigaciones. En el estudio realizado por Francia y Neyra el rango etario donde se concentraron el 52,3% de los EA fue en el de 20-30 años¹⁵. En el estudio realizado por Lancis y Asenjo, mostró que la edad media en la que ocurrían EA era de 28,75 años¹⁸, mientras que la edad media arrojada en nuestro estudio fue de 31,6 años. Si consideramos, ahora, el factor nacionalidad, se tornaría aún más compleja la comparación de estos datos, ya que estadísticamente, la edad media en la que se embaraza la mujer chilena difiere a la de sus pares latinoamericanos²¹, razón por la que creemos prudente que esta variable sea considerada en estudios posteriores, para determinar si los factores culturales tienen realmente un impacto en la generación de estos eventos.

Se observó una mayor cantidad de EA en pacientes que llevaban 2 días hospitalizadas (45,7%), en comparación al estudio realizado por Gaitán et al. donde se encontró mayor cantidad de EA en pacientes con una media de hospitalización de 4 días¹⁶. Entendiendo que la mayor cantidad de procedimientos en la mujer obstétrica, en su mayoría invasivos, ocurren durante el primer o segundo día de hospitalización, es esperable que la mayor proporción de estos eventos se vean distribuidos durante dichos días.

Un 80,4% de las pacientes con presencia de una patología de base o concomitante al embarazo presentaron un EA, no concordando con la literatura que asevera que las patologías previas tienen una prevalencia de un 33,9%¹⁵. Sin embargo, es posible afirmar que hoy en día la población residente en Chile presenta una alta tasa de morbilidad²², sumado a que la obesidad, conocido factor de riesgo para EA²³, fue parte de más de la mitad de los EA pesquisados en este estudio. No obstante, creemos que sería relevante considerar la evaluación del estado nutricional como variable en próximos estudios, ya que si bien la obesidad es, en este caso, la categoría descrita de riesgo más importante, no descartamos la necesidad de que se estudie el posible riesgo asociado en las otras categorías de estadios nutricionales.

En relación a los EA asociados al manejo de vías venosas periféricas, se evidenció una proporción mayor en el presente estudio (19,1%), en contraste con datos descritos por Aibar et al. en España (6,02%)²⁴. No obstante, es relevante destacar que el manejo de este dispositivo suele ser poco estudiado, razón por la cual creemos importante prestar atención a estos eventos y al impacto que pueden llegar a causar.

Los EA graves presentados en la presente investigación: rotura uterina, posible olvido de elemento en proceso operatorio y transfusión por corte de arteria uterina, son descritos como tal en el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS⁸. En relación a estos, es importante clarificar que todos fueron errores humanos, prevenibles, de haber seguido adecuadamente los protocolos tanto internos, nacionales e internacionales recomendados para el manejo obstétrico. Tanto la rotura uterina como el corte de la arteria uterina, significaron una pérdida de funcionalidad temporal o permanente para las usuarias afectadas.

Se ha estudiado el beneficio que ciertas indicaciones, como por ejemplo el uso de medias antiembólicas o la aplicación de la pauta de riesgo tromboembólica, pueden tener en los pacientes, pero se pudo evidenciar que no es habitualmente estudiado el cumplimiento de estas indicaciones en la población hospitalizada. Consideramos relevante la realización de una mayor cantidad de estudios con este enfoque, los que, al igual que el presente, podrían dirigirse a demostrar la

asertividad de la pirámide de Bird la cual describe que, de 600 incidentes basados en condiciones inseguras, pueden llegar a surgir 10 accidentes graves, y de estos, 1 accidente fatal.

Si bien en este estudio nos planteamos conocer la experiencia usuaria respecto a los EA, debido a la disparidad de los relatos obtenidos es que creemos necesario profundizar en este tema en estudios sucesivos, ya sea cuali-cuantitativos o mixtos, dada la importancia y caracterización en la literatura del relato de las usuarias, como la última barrera de pesquisa de EA, pudiendo conocer así el real impacto de la atención clínica sobre la expectativa y/o experiencia usuaria, y poder de esta manera proponer mejoras en la atención y condiciones en las que se trabaja en salud, reduciendo los riesgos al mínimo.

Dentro de las limitaciones del estudio encontramos principalmente la posible subnotificación de EA en la ficha clínica, así como la ilegibilidad de la letra en las evoluciones de esta misma, al tratarse de registros no digitales. Además, la negación por parte de las pacientes en ahondar en incidentes ocurridos durante la atención podría haber causado sesgos en los resultados obtenidos.

Consideramos que también fue una limitación el no haber contado con el acceso a la base de datos de EA manejada en el hospital, ya que habría sido interesante y de gran utilidad poder acceder a ella para haber comparado y evaluado la sensibilidad de nuestro instrumento con el utilizado a nivel local, para además lograr caracterizar los eventos adversos en virtud a su propia base de datos, motivo por el cual proponemos que estudios futuros puedan contar con el acceso a dicha fuente.

CONCLUSIÓN

Si bien la Revista Chilena de Salud Pública no plantea la necesidad de desarrollar una conclusión, nos parece importante detallar que en Chile hay escasos estudios en torno a eventos adversos y casi nula evidencia de estos mismos en Obstetricia, por lo que existe una necesidad imperante de profundizar en el tema, y pulir las bases que nuestro estudio pretende sentar, desde estandarizar un instrumento de pesquisa de eventos adversos aplicable a nivel país, hasta el planteamiento de nuevas variables atingentes que no fueron consideradas en la presente investigación, como lo son la nacionalidad, raza, estados nutricionales, experiencias previas, entre otras. Así, futuras investigaciones y estudios de análisis e implementación de inferencia estadística, podrían generar herramientas que complementen planes de mejora en la atención y calidad en salud en Chile.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Salud Pública México. Reseña de “La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación” de Donabedian A. [Internet]. [citado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632217>
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. THE NATIONAL ACADEMIES PRESS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. 2000 [citado 27 de agosto de 2020]; Disponible en: <http://nap.edu/9728>

3. Vera Benavides L, Kraemer Gómez P. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Metodología para la Prevención y el Manejo de Incidentes Críticos en Seguridad de la Atención. [Internet]. 2009 [citado 11 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/32-1.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo [Internet]. 2009 [citado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
5. MINSAL, Vera Benavides L. Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente [Internet]. 2008 [citado 10 de septiembre de 2020]. p. 10. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71a8aa81f28d41ece04001011f010aa1.pdf>
6. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: Analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 1 de octubre de 2013 [citado 10 de septiembre de 2020];22(10):809–15. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/10/809>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente [Internet]. 2019 [citado 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
8. Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. 2010 [citado 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user_upload/documentos/Marco_conceptual_de_la_clasificacion_internacional_para_la_seguridad_del_paciente.pdf
9. Vidal YC. Introducción a la Calidad en Salud [Internet]. 2006 [citado 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: www.enfermeraspaellonyesterilizacion.cl
10. Calderón EN. Marco normativo garantía de calidad [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0030520.pdf>
11. Intendencia de Prestadores de Salud, Unidad Técnica Asesora. Sistemas de vigilancia y notificación de Eventos Adversos [Internet]. 2011 [citado 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6921_recurso_1.pdf
12. Zamora Chávez SC. Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. *Scielo Perú* [Internet]. 2016 [citado 10 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v16n1/a06v16n1.pdf>
13. Revista Peruana de Medicina Integrativa, Infantes Gómez F. Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016 [Internet]. 2017 [citado 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876793/calidad-de-atencion-y-grado-de-satisfaccion-de-los-usuarios-de- e4Vf9y6.pdf>
14. Marzal ES. El problema de la seguridad de la atención obstétrica. *Rev Peru Ginecol Obs* [Internet]. 2019 [citado 10 de septiembre de 2020];65(1):31. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2149>
15. Francia Minchola, C., & Neyra Ascorbe, J. D. R. Incidencia y características epidemiológicas de los eventos adversos durante el parto y puerperio de las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo. 2011-2013. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2015 [citado el 10 de julio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/1241>

16. Gaitán, H., Eslava, J., Garzón, C., Rubio, J., Forero, J. y Valbuena, L. et al. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia. 2002 -2003. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. Marzo de 2005 [citado el 10 de julio de 2022]; 56(1): 18-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000100003&lng=en
17. Morales, B., Gerometta, R., Cialzeta, R. & Rivero, M. Identificación y análisis de eventos adversos ocurridos durante la atención de embarazadas en un hospital de nivel IIIB. Rev Argent Salud Pública [Internet]. 2020 [citado el 10 de julio de 2022]; Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rasp/v12/1853-810X-rasp-12-10.pdf>
18. Lancis-Sepúlveda, M. L., & Asenjo-Araya, C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2014 [citado el 10 de julio de 2022]; 29(2), 78-83. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estudio-incidencia-eventos-adversos-una-S1134282X13001486>
19. MINSAL, SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. Informe GLOSA 04. Primer trimestre de 2021 [Internet]. Minsal.cl. 2021 [citado el 13 de agosto 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/ORD-1643-DIGERA-Glosa-04.pdf>
20. Instituto nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Internet]. Cdn.gob.pe. 2021 [citado el 13 de agosto 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3098343/Salud%20materna%20%28Parte%20%29.pdf>
21. Instituto Nacional de Estadística (INE). Boletín de Estadísticas Vitales [Internet]. Ine.cl. 2020 [citado el 13 de agosto 2022]. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/estad%C3%ADsticas-vitales-cifras-provisionales-2020.pdf?sfvrsn=3f5da8b1_6
22. Pontificia Universidad Católica de Chile, Observatorio del Envejecimiento. Envejecimiento, enfermedades crónicas y factores de riesgo: una mirada en el tiempo [Internet]. Observatorioenvejecimiento.uc.cl. 2021 [citado el 13 de agosto 2022]. Disponible en: <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2021/06/Reporte-Envejecimiento-enfermedades-cro%CC%81nicas-y-factores-de-riesgo.pdf>
23. F. Feldman, V. Alonso, V. López Radcenco, S. Viroga, G. Viturera. Obesidad y sobrepeso como factores de riesgo para eventos adversos obstétricos-perinatales [Internet]. Ginecotologicab.hc.edu.uy. 2018 [citado el 13 de agosto 2022]. Disponible en: https://www.ginecotologicab.hc.edu.uy/images/Obesidad_y_sobrepeso.pdf
24. Aibar C, Rabanaque M, Aibar L, Aranaz J, Mozas J. Patient safety and adverse events related with obstetric care [Internet]. MATERNAL-FETAL MEDICINE. 2014 [citado el 13 de agosto 2022]. Disponible en: <https://link-springer-com.uchile.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007/s00404-014-3474-3.pdf>

ANEXOS

INSTRUMENTO PARA LA DETECCIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN MATERNIDADES

Sección A

I. Antecedentes

Revisor: _____

Hospital: _____
N° historia clínica: _____
Fecha de ingreso: _____
Servicio: _____
Fecha de revisión: ___/___/___
Edad: _____
N° de días de hospitalización: _____
Vía del parto: vaginal/cesárea/fórceps/vacuum

Sección B:

I.

Paridad

- Primípara (1)
- Multípara (2)

Dispositivos Invasivos

- Vía venosa periférica (1)
- Sonda urinaria permanente o intermitente (2)
- Otro (3)
- Ninguno (4)

Uso de anestesia

- Epidural (1)
- Raquídea/Regional/Espinal (2)
- Local (3)
- General (4)
- Ninguna (5)
- Otra (6) _____

Patología asociada

- HTA/Preeclampsia/Eclampsia (1)
- DG/DM (2)
- Hipotiroidismo (3)
- Anemia (4)
- CIE(5)
- Obesidad (6)
- ITU (7)
- Drogadicción (8)
- VIH (9)
- Ninguna (10)
- Otro (11) _____

II. Tipo de incidente o evento adverso

A. Relacionados con la medicación

Indique medicamentos recibidos por la usuaria:

- Oxitocina (1)
- Prostaglandinas (2)
- Antibióticos (3)
- Sulfato de magnesio (4)
- Corticoides (5)
- Analgésicos (6)
- Uterotónicos (methergin, duratocin, etc) (7)
- Otro (8)

Indique cuál: _____

A.1 ¿Existieron errores en la prescripción/preparación de medicación, fluidos, sangre o hemoderivados?

Sí (1) No (2)

En caso afirmativo, dé detalles: _____

A.2 ¿Existieron errores en la administración de medicación, fluidos, sangre o hemoderivados? (ej: falla del horario, vía de administración, medicamento, otro)

Sí (1) No (2)

En caso afirmativo, dé detalles: _____

B. Relacionados con infección asociada a la atención sanitaria

B.1 ¿Existieron infecciones asociadas a la atención en salud?

Sí (1) No (2)

B.2 En caso afirmativo ¿en qué sitio ocurrió la infección?

- Herida operatoria (1)
- Herida de desgarro (2)
- Tracto urinario (3)
- Otro (4)

Indique cuál: _____

B.3 ¿Cuál fue la naturaleza de la infección?

- Herida contaminada (1)
- Sonda urinaria (2)
- Retención urinaria (3)
- Vía intravenosa (4)
- Asociados a la retención u olvido de cuerpos extraños en el sitio quirúrgico (5)
- Otro (6)

Indique cuál: _____

C. Relacionados con procedimientos clínicos

C.1 ¿Existieron errores en el manejo de vías intravenosas?

Sí (1) No (2)

C.1.1 En caso afirmativo, indique origen del error:

- Ausencia de rotulación de fecha y hora de inserción (1)
- Prolongación del catéter por más del tiempo recomendado (2)
- Examen físico no riguroso (3)
- Otro (4):

Indique cuál: _____

C.1.2 ¿Existieron consecuencias para la paciente?

Sí (1) No (2)

C.1.3 En caso afirmativo, indique cuales:

- Extravasación vía venosa (1)
- Flebitis (2)
- Multipunción (3)
- Otro (4):

Indique cuál: _____

C.2 ¿Existieron errores en el manejo de prevención de enfermedad tromboembólica?

Sí (1) No (2)

C.2.1 En caso afirmativo, indique origen del error:

- Ausencia de evaluación de riesgo (pauta de riesgo tromboembólico) (1)
- Ausencia de MAE según indicación (2)
- Ausencia de levantada precoz a la 6 hrs (3)
- Otro (4):

Indique cuál: _____

C.2.2 ¿Existieron consecuencias para la paciente?

Sí (1) No (2)

C.2.3 En caso afirmativo, indique cuales:

- Trombosis venosa profunda (1)
- Trombosis venosa superficial (2)
- Tromboembolia pulmonar (3)
- Otro (4):

Indique cuál: _____

D. Relacionados con accidentes de los pacientes

D.1 ¿Existieron errores en el manejo de prevención de caídas?

Sí (1) No (2)

D.1.1 En caso afirmativo, indique origen del error:

- Ausencia de evaluación de riesgo (pauta de riesgo de caídas) (1)
- Ausencia de primera levantada asistida (2)
- Ausencia de barandas en alto (3)

- Ausencia de freno de la cama (4)
- Otro (5):
Indique cuál: _____

D.1.2 ¿Existieron consecuencias para la paciente?

Sí (1) No (2)

D.1.3 En caso afirmativo, indique cuales:

- Caída sin lesiones (1)
- Caída con lesiones (2)

E. Relacionados con el parto

E.1 ¿Existieron problemas en la atención del parto?

Sí (1) No (2)

E.2 En caso afirmativo, indique cuales:

- Transfusión sanguínea (1)
- Desgarro perineal grado 3 o 4 en parto vaginal (2)
- Retorno no planeado a la unidad de preparto o pabellón (3)
- Otro (4)

Indique cuál: _____

F. En el caso de ocurrencia de un evento adverso: En no más de 4 líneas, relate la situación asociada al evento adverso (en caso de no ocurrir ningún evento, omita esta pregunta).

Sección C:

I. En el siguiente ítem la usuaria deberá responder de forma breve las siguientes preguntas:

Aclarar que todas las preguntas hacen referencia a la hospitalización actual que usted está cursando.

A. Eventos adversos relacionados con el comportamiento del personal

1. ¿Existió algún error en la administración de medicamentos que usted haya identificado? Por ejemplo, hora equivocada, tipo de medicamento, forma de administración, entre otros.

Sí (1) No (2) No lo sé (3)

¿Cuál? _____

2. ¿Recuerda cuántas vías venosas (dispositivo plástico corto y pequeño que se coloca a través de la piel dentro de una vena, usualmente en la mano o antebrazo para administrar o extraer fluidos) le han puesto durante su estadía?

- Sí (1) ¿Cuántas? _____ No (2)
3. **¿Sabe por qué se la cambiaron la última vez?**
 Sí (1) ¿Por qué? _____ No (2) No aplica (3)
4. **¿Alguna vez ha sufrido dolor, inflamación, enrojecimiento y/o hematomas (moretones) en la zona de inserción de la vía venosa?**
 Sí (1) Especifique _____ No (2)
5. **¿Recuerda cuánto tiempo lleva con la misma vía venosa?**
 Sí (1) ¿Cuánto tiempo? _____ No (2)
6. **¿La ayudaron a levantarse por primera vez después de su parto/cesárea?**
 Sí (1) No (2)
7. **¿Se ha caído en algún momento de su hospitalización?**
 Sí (1) No (2)
8. **¿Tiene puestas o ha usado en esta hospitalización medias de compresión** (medias blancas que aprietan suavemente las piernas hasta sobre las rodillas, para que la sangre circule hacia arriba)?
 Sí (1) No (2)
9. **¿Entró a su cesárea usando las medias de compresión?**
 Sí (1) No (2) No aplica (tuve parto normal) (3)

B. Experiencia durante la estadía hospitalaria

1. **¿El trato que usted ha recibido ha sido bueno y respetuoso tanto físico como verbal, durante el trabajo de parto, parto y puerperio?**
 Sí (1) No (2)
2. **¿Le explicaron de forma verbal o escrita en qué consistían los procedimientos que se le realizaron durante el trabajo de parto, parto y puerperio?**
 Sí (1) No (2) ¿Cuál no? _____
3. **¿Ha aceptado, de forma verbal y/o escrita, todos los procedimientos que le han realizado?**
 Sí (1) No (2) ¿Cuál no? _____
4. **¿Le administraron anestesia cuando usted la solicitó, durante el trabajo de parto y parto?**
 -Sí (1) - No (2) -No recuerdo (3)

Si su primera respuesta fue sí

¿Cuántas dosis se administraron? _____

¿Le informaron si le fue administrado algún otro fármaco, en conjunto con la anestesia? ¿cuál? _____

Si su primera respuesta fue no (si respondió sí, omita esta pregunta)

¿Le dieron algún motivo por el cual **no** se administró? _____

- 5. ¿Le administraron y/o realizaron medidas de analgesia (alivio del dolor), ya sea musicoterapia, aromaterapia, uso de balón kinésico (de yoga), guateros de semilla, etc, cuando usted lo solicitó, durante el trabajo de parto, parto y puerperio?**

Sí (1) No (2) No recuerdo (3)