ANTEPROYECTO

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE LA DISMINUCION DE EVENTOS ADVERSOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL EDUARDO SANTOS DE LA UNION NARIÑO DURANTE EL AÑO 2014

TUTOR

RICHARD NELSON ROMAN MARIN

ALVARO LOPEZ

VANESA RIVERA

INVESTIGACION II

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

ESPECIALIZACION ADMINISTRACION DE LA SALUD

POPAYAN

2015

T E M A

E V E N T O A D V E R S O

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Recopilar la cantidad exacta de eventos adversos que se pueden llegar a presentar en una institución de salud, implica grandes esfuerzos y por lo tanto no es una tarea fácil. Cada instituto por su parte debe reportarlos y así mismo adecuar de la mejor forma su registro y control para abarcar la totalidad o la mayor parte de los eventos que ocurran.

Para el año 2014 el Hospital Eduardo Santos dentro de sus labores administrativas y bajo el concepto de seguridad del paciente viene realizando un seguimiento al reporte de eventos adversos, es así como se genera un informe del total de ocurridos en el mencionado año. Es preciso resaltar que a partir de estos resultados se encuentran unas variaciones muy significativas en el reporte de eventos adversos mes a mes, y más aún cuando se observa que en el primer trimestre contiene aproximadamente el 90% del total reportados en todo el año, esto genera una serie de inquietudes del porque sucede esta variación, tanto positivas como negativas, es decir, la Institución podría estar pasando por una zona de confort en la que posiblemente se deba a un adecuada gestión del programa de seguridad del paciente en la que los reportes de eventos adversos están en cero para el fin de año, o por otro lado quizás se deba a capacitaciones al personal asistencial con una nueva metodología en este campo o por el contrario un error humano cuando no se tiene clara la información ya sea porque se trate de personal antiguo siendo reticentes al cambio o falta de inducción a los nuevos y por ende no podría clasificarlos de una manera adecuada.

La institución cuenta con un formato establecido para los eventos adversos que es diligenciado por el mismo personal asistencial, e inclusive por el directamente implicado en el hecho, convirtiendo esto en un posible sesgo con el riesgo de no obtener un consolidado veraz.

Sin embargo, se debe tener una visión más amplia y resaltar el hecho de que el reporte de un evento adverso se debe tomar como un medio de mejora continua en el que se acepta el error y que se reconoce como una oportunidad para fortalecer aquel concepto ya mencionado, "seguridad del paciente".

P R E G U N T A

¿P o r qué h u b o u n a r e d u c c i ó n t a n s i g n i f i c a t i v a e n l a c a n t i d a d d e e v e n t o s a d v e r s o s

r e g i s t r a d o s e n e l H o s p i t a l E d u a r d o S a n t o s d e L a U n i ó n N a r i ñ o e n e l t r a s c u r s o d e l a ñ o 2 0 1 4 ?

JUSTIFICACION

Dadas las condiciones actuales en las que un evento adverso genera implicaciones de toda índole como lo menciona Rafael Gutiérrez en su artículo *Eventos adversos y seguridad del paciente*, es así como la seguridad del paciente ha evolucionado y se ha convertido en un punto muy importante dentro del concepto de calidad de atención en salud, además es importante resaltar la necesidad de realizar un reporte apropiado de los mismos. Gutiérrez señala las cifras elevadas de defunciones producto de un evento adverso con cifras entre 44.000 y 98.000 muertes por año, tanto así que pueda superar índices de mortalidad de sucesos como los accidentes de tránsito entre otros. Estas cifras generan unas implicaciones financieras por falta de estrategias que hagan frente a eventos adversos que si hayan sido reportados adecuadamente. Aunque dichas implicaciones no solo son de aspecto monetario como lo dice este autor, también hay costos en los que *"se afecta la seguridad del paciente: pérdida de la confianza, de la seguridad, de la satisfacción de los usuarios y afectación de la relación médico-paciente"* (1).

A partir de esto es claro que la seguridad del paciente es determinante en la calidad de la atención, por lo cual es imperativo que las instituciones de salud cuenten con sistemas eficientes para captar y reportar los eventos adversos que se presenten. Si bien es cierto los avances científicos y tecnológicos son benéficos e inherentes a la evolución constante de la calidad de atención en salud, se hace más riguroso su análisis y reporte, esto los hacen más susceptibles de incurrir en errores y así mismo encontrar más fallas en el sistema, generando riesgo para el paciente y ocasionando daños que pueden llegar a ser fatales, situaciones que se pueden evitar si tomamos en cuenta que muchos de estos errores son prevenibles y que como seres humanos no estamos exentos de cometerlos, sin embargo el reconocerlos y aprender de ellos va hacer que se desarrolle una profesión más integra y segura a su vez, formando parte integral de una cultura

organizacional en el tema de seguridad del paciente con el único objetivo de ofrecer una atención segura y oportuna, procurando que estos hechos se deban simplemente a la condición clínica del paciente y no a errores del personal asistencial. Es así, como se hace necesario realizar un análisis completo sobre el reporte de eventos adversos para el Hospital Eduardo Santos, enfatizando en la causa del cambio tan abrupto en el año 2014 si se compara que inicia con un reporte entre 16 y 23 casos para enero y febrero respectivamente, y finalizando el año se reportan cero casos.

Es indiscutible que todas las instituciones de salud incurren en eventos adversos ya sea por falla humana o del sistema, y que el reporte oportuno es de suma importancia para la corrección de los mismos, sin embargo posiblemente no se registren todos los reportes ya sea por desconocimiento de su diligenciamiento y también por temor frente a las medidas que se vayan a tomar. Es relevante comprender porque el equipo de trabajo cae en estos errores para de esta forma aprender de ellos con el objetivo de corregirlos y prevenirlos y generar un impacto positivo para los índices de seguridad del paciente.

Anticipar los posibles eventos adversos que se puedan presentar en la atención del paciente, actuar y corregirlos a tiempo y además reportarlos para aprender de ellos es imprescindible para implementar un ambiente de seguridad que lleve a mejorar la calidad en la atención. Por lo tanto existe una necesidad apremiante de encontrar herramientas que lleven a la identificación y reporte de los errores humanos en la atención en salud y como lo menciona Ornelas: "*Los errores forman parte de la condición humana y ocurren en todas las profesiones, sin embargo, son más evidentes en el área de la salud por estar llena de incertidumbre y en juego vidas Humanas"* (2). Por lo cual se debe generar compromiso por parte del personal en

salud y hacerlos conscientes de que el objetivo de estos reportes más que tener un carácter punitivo tiene carácter preventivo, creando un sistema de vigilancia que permita monitorear la existencia de eventos adversos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas de la disminución de eventos adversos registrados en el hospital Eduardo Santos de La Unión Nariño durante el año 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar una caracterización de los eventos adversos registrados en el año 2013.

Identificar posibles eventos adversos no reportados en el año 2014 a través de una muestra aleatoria simple.

Realizar una caracterización sociodemográfica de los eventos adversos encontrados.

Establecer si hay omisión en el reporte de eventos adversos, brindando pautas que le permitan al hospital Eduardo Santos diseñar estrategias para mejorar este proceso.

ANTECEDENTES

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es uno de los pilares más importantes de la atención en salud en la actualidad (3); siendo el reporte de eventos adversos una parte relevante de seguridad del paciente, si tomamos en cuenta que uno de cada diez pacientes, se ve involucrado en un evento adverso según un reporte de la organización mundial de la salud (4).

Se estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos. Nos encontramos ante la punta del iceberg. La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición. (5)

APARTADOS BIBLIOGRAFICOS

Eventos adversos en pacientes de un hospital pediátrico (2).

Este estudio muestra que es un hecho que la complejidad de la práctica clínica, en la que interactúan múltiples personas y procesos, incrementa la probabilidad de errores durante la atención, que puede dañar la salud de las personas. Es importante advertir que los errores se pueden presentar por fallas en la estructura o en los procesos de atención; entre las fallas por estructura se puede mencionar el equipo insuficiente, las fallas y la falta de mantenimiento del equipo y el personal insuficiente o de mala calidad. En las fallas de los procesos de atención puede mencionarse la cultura organizacional, los procesos del cuidado, la competencia profesional insuficiente y los factores inherentes al paciente. También recalca que la búsqueda de

errores no debe tener una función punitiva. Estudios previos han demostrado que la búsqueda de culpables no soluciona los problemas ya que numerosos errores están vinculados con el estrés, la fatiga, la insatisfacción, las condiciones de trabajo y la inapropiada selección o conducción del personal. Concluyendo que reconocer los errores es el primer paso para su prevención. En nuestro caso, se deberá continuar la vigilancia y el registro de los eventos adversos ocurridos, para que se genere una respuesta encaminada al diseño, difusión y aplicación de protocolos de atención basados en guías de práctica clínica, la integración de una mejor cultura organizacional con la transferencia del conocimiento a todo el personal de salud, así como la implementación de estrategias que permitan el manejo adecuado de estándares de seguridad en todo los procedimientos, con el equipamiento adecuado y el personal capacitado.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [en línea]. 2010. (6)

La finalidad de las instituciones de salud debe ser ofrecer servicios con la mayor calidad posible garantizando al paciente una atención segura buscando el mejor resultado, sin embargo en este proceso se puede llegar a cometer errores y eventos adversos, donde su conocimiento será la base para crear las medidas que lleven a evitarlos; por lo que el interés por los riesgos de la asistencia sanitaria, aun siendo materia de plena actualidad, no resulta novedoso. En 1955 Barr vio en ellos el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia, y Moser3 en 1956 los denominó "las enfermedades del progreso de la medicina".

En 1964 Schimmel4 llamó la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia y la quinta parte eran casos

graves. Steel et al5 en 1981 situaron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves. En ambos estudios la principal causa era el error en la medicación.

El estudio más importante de este tipo fue el que se desarrolló en 1984 en Nueva York y se conoce como el Harvard Medical Practice Study (HMPS), que estimó una incidencia de EA de 3,7%. En el 70% de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte. El motivo de la revisión era principalmente establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos EA y no tanto medir la posibilidad de prevención de los mismos. El EA más frecuente fueron las reacciones a los medicamentos (19%), seguido de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%)

Burbano Valdés H. M. y cols. Causas del no Reporte de Eventos Adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia. Sección Artículos Originales Revista Universidad y Salud. Pasto, 2013. (7)

Se realizó un estudio en una IPS en Pasto Nariño con el fin de describir las causas del no reporte de eventos adversos, a través de la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas que permitió identificar que existen causas "invisibles" como el temor, el cual al estar en el entretejido subjetivo del personal de la salud, tiene la capacidad de influir y determinar el reporte de los mismos, se encontró que El 75% de los participantes afirmó que en su área de trabajo se levanta plan de mejora ante el reporte de un evento adverso; reconocen que una opción empleada después de un reporte es la búsqueda de culpables. La mayoría de los participantes están de acuerdo en que si reportan un evento adverso en la institución se lograría acciones de mejora; sin embargo algunos creen que habría llamados de atención y observaciones públicas e incómodas.

De la muestra participante el 72% cree que no se realiza reporte de evento adverso por temor; sin embargo el 80% de los participantes está de acuerdo con que la mejor opción para la institución es el aumento en el reporte.

Otálvaro Ospina A.M. y cols. Caracterización de Eventos Adversos en una E.S.E de primer nivel en caldas 2007 – 2009. Hacia la Promoción de la Salud. Caldas, 2011. (8)

Un estudio realizado en una E.S.E de primer nivel en caldas que tiene como objetivo la caracterización de eventos adversos durante los años 2007-2009 donde se evaluaron 49 historias clínicas correspondientes a 38 mujeres y 11 hombres, encontraron que en relación con el servicio al que pertenecían los pacientes, se encuentra un alto volumen correspondiente a urgencias (12 pacientes) y ginecoobstetricia (24 pacientes), es de resaltar que del servicio de consulta externa no fueron reportados eventos adversos.

Manrique D. M. Factores Asociados al Tiempo de Ocurrencia de los Eventos Adversos, en 2 Instituciones de Tercero y Cuarto Nivel, Bogota, D.C. Universidad del Rosario - Universidad CES. Bogotá. (9)

Un estudio realizado por la Universidad de Rosario en Bogota encontró que hay un riesgo relativo mayor de presentar evento adverso en relación con la distribución de tiempo cuando un sujeto tiene una edad correspondiente entre 5 y 44 años de edad, pertenece a una especialidad Quirúrgica y se encuentra en el servicio de Urgencias

Eventos adversos en los pacientes ambulatorios de una IPS de primer nivel en la ciudad de Medellín en el periodo de junio a diciembre de 2009 (10).

Consideran que el fenómeno de que no se presenten eventos adversos, está más asociado a un gran subregistro de ellos al interior de la IPS, quizás por falta de sensibilización del personal que labora en la institución con respecto al tema o el temor que siente una persona a ser juzgada o señalada y culpada de un hecho que afecte negativamente la evolución de un paciente. Por eso plantean dos idea fundamentales que son necesarias para desarrollar una política de seguridad del paciente: sensibilizar a todo el personal acerca de la importancia que tiene realizar el reporte de todos y cada uno de los eventos adversos, enfatizando en que al realizar los reportes está libre de señalamientos o castigos por parte de los directivos y demás trabajadores; como segunda idea, crear conciencia que el cuidado de los pacientes es responsabilidad de todos y no solo de la persona que lo tiene bajo su cuidado en un determinado momento, debido a que el área o servicio en el cual el paciente puede sufrir un evento adverso es cualquiera dentro de la IPS.

Diseño de un programa de vigilancia y reporte de eventos adversos centrado en la seguridad del paciente para la clínica metropolitana de Bucaramanga S.A (5). (11)

En su estudio proponen el Diseño de un Programa de Vigilancia y Reporte de eventos adversos centrado en la seguridad del paciente para la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A., en base a las experiencias implementadas en otras instituciones. Esperan que con el estudio se pueda diseñar un formato sencillo para el reporte de los eventos adversos que será utilizado con mayor frecuencia por el personal y se incrementará la notificación de estos, además de diseñar un programa de vigilancia en la seguridad del paciente que oriente a la institución a realizar prácticas seguras y minimizar la ocurrencia de eventos adversos.

Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud (12).

Este artículo discute que uno de los tópicos más relevantes tiene que ver con aspectos relacionados con el contexto organizacional. Se ha encontrado que este influye en la ocurrencia del evento adverso. Los datos que arroja este estudio muestran aspectos que tienen que ver con el ambiente físico de trabajo, así como con distracciones en el desempeño de las funciones. Esto es de especial importancia pues las prácticas diarias para la solución de problemas, muchas veces en el ejercicio de múltiples roles, traen como resultado las deficiencias en el sistema o en el proceso de trabajo. Las condiciones de infraestructura, las áreas, los equipos y la organización de procesos típicos, como los relacionados con la administración de medicamentos, pueden colaborar o entorpecer el trabajo. Por lo que concluyen que reconocer la importancia del contexto organizacional donde se desarrollan los cuidados, es un aspecto importantes a tener en cuenta, además afirman que es necesario profundizar en el tema mediante investigaciones y desarrollo de intervenciones que promuevan la cultura de seguridad en la atención sanitaria.

Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina (13).

Este estudio recalca que el análisis de los elementos que pueden llevar a una atención insegura en un establecimiento de salud dado, puede contribuir a reducir el número de incidentes capaces de ocasionar daños a los pacientes. Se puede aprender de cada incidente ocurrido, ya sea un evento adverso o un incidente sin daño, utilizando la propia experiencia para reducir el riesgo de que ocurra uno nuevo. Sin embargo, la gestión del conocimiento generado por este tipo de análisis solo es posible si se cuenta con sistemas de notificación funcionales que garanticen la recolección de los datos relacionados con los incidentes sin daño y los evento adversos de forma estructurada y según pautas que permitan su codificación, el análisis de los elementos vulnerables del sistema y la diseminación de la información a los profesionales. Para el éxito de

los sistemas de notificación se recomienda que los profesionales reciban la información de forma ágil y clara, tanto sobre las condiciones de participación en el sistema de notificación como de los resultados del análisis de los casos notificados. Los sistemas de notificación deben adaptarse a las características y necesidades de cada hospital y no se deben importar los sistemas de otros centros o de otros países. Se recomienda que la participación en el sistema de notificación sea voluntaria y que se ofrezcan garantías a los profesionales de que la notificación de eventos adversos no tendrá consecuencias negativas para ellos.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo de carácter retrospectivo con un universo constituido por toda la población atendida en los servicios de urgencias, hospitalización y quirófano durante el año 2014. El estudio se realizó en un hospital de segundo nivel, obteniendo una población total de 15.094 pacientes, se tomó una muestra aleatoria simple conformada por 375 personas con un nivel de confianza del 95% con su respectiva caracterización.

En primera instancia y cumpliendo con las normas éticas se solicitó la aprobación de esta investigación por la gerencia de la institución. Posteriormente fue preciso indagar el registro de eventos adversos en años previos al objeto del estudio y así identificar la población en busca de características que infieran una homogeneidad de sus eventos, es así como se accedió al informe trimestral y consolidado anual de 2013. Así mismo al informe trimestral y anual de los eventos adversos que reporta el hospital durante 2014. Surge así, la caracterización sociodemográfica con la información obtenida de los años anteriores. Fueron incluidos en el estudio todos los pacientes que ingresaron a algunos de los servicios de urgencia, hospitalización o quirófano durante el año 2014. Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que durante el año 2014 no ingresaron al servicio de urgencias, hospitalización o quirófano, pacientes sin datos completos en la historia clínica, además de pacientes con datos incoherentes. Posteriormente se aplicó a la muestra de selección aleatoria una guía de cribado adaptada de la guía de cribado para efectos adversos del estudio IBEAS (6) donde se indaga si el paciente muestra factores de riesgo para presentar un evento adverso, dados por factores intrínsecos propios de cada individuo y extrínsecos tales como dispositivos médicos invasivos. Además de los factores de riesgo, se registra si habían sufrido circunstancias que sean el producto o que conlleven a un evento adverso. A excepción de

los factores intrínsecos que deben estar acompañados por otra de las características, los pacientes que contaran con alguna característica establecida en la guía de cribado sugieren una mayor posibilidad de presentar un evento adverso, por lo cual se debe continuar con la revisión de su historia clínica. Para la aplicación de esta primera guía se contó con la ayuda de 4 auxiliares de enfermería que laboran en el hospital y una fisioterapeuta colaboradora.

Basado en el paso anterior, se obtuvo 169 individuos susceptibles de encontrar un evento adverso, a quienes se les aplico un segundo instrumento de recolección de datos con el propósito de explorar con mayor detenimiento sus historias clínicas, donde se tuvo en cuenta fechas de ingreso y egreso, naturaleza de la enfermedad y descripción de algún suceso adicional anormal. Este paso permitió encontrar datos más confiables para llegar a eventos adversos.

Para el procesamiento de la información inicialmente se organizó en una base de datos, su consolidado y análisis respectivo se realizó a través del software Microsoft Excel versión 14.0.4760.1000 del paquete de Microsoft office profesional plus 2010.

ASPECTOS ÉTICOS

Se pasó solicitud a gerencia y subdirección científica del Hospital Eduardo Santos para aprobación del estudio y obtener acceso a la información contenida en historias clínicas y archivos en estadística; con el compromiso de que cada revisión se sujetaría a principios éticos y de confidencialidad.

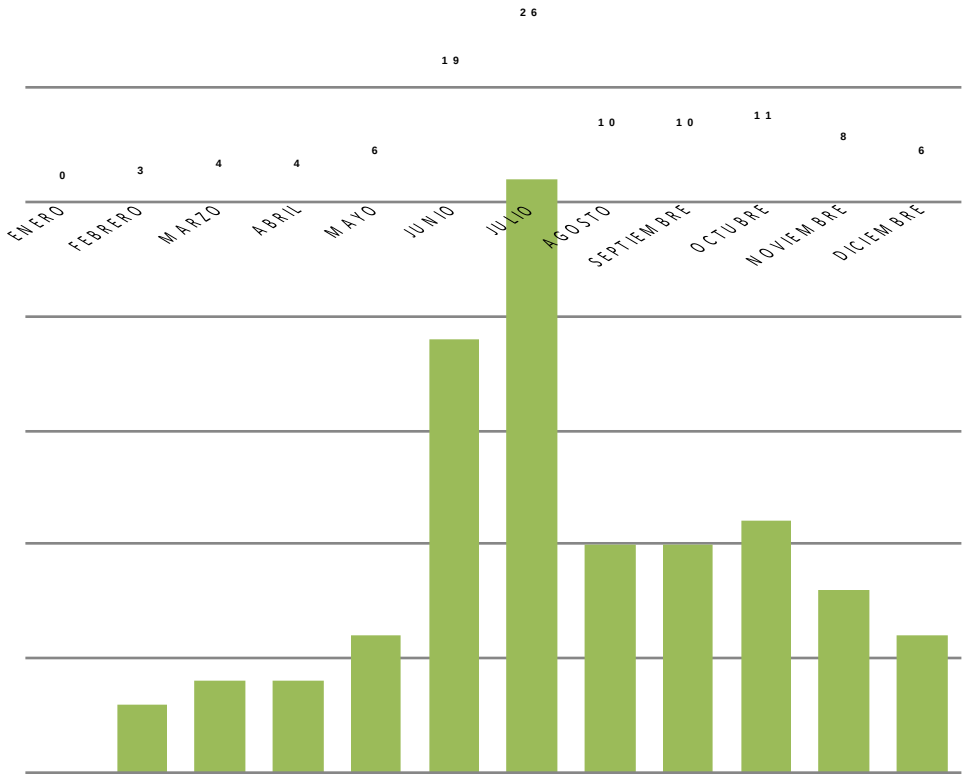
CRONOGRAMA 2015

ACTIVIDAD		Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Presentación de propuesta		X					
Trabajo de campo	Revisión sociodemográfica eventos adversos 2013				X		
	Revisión de muestra aleatoria de HC de pacientes atendidos en el año 2014					X	
	Caracterización sociodemográfica de la población encontrada					X	
Resultados							X
Conclusiones							X
Observaciones							X
Presentación							X

RESULTADOS

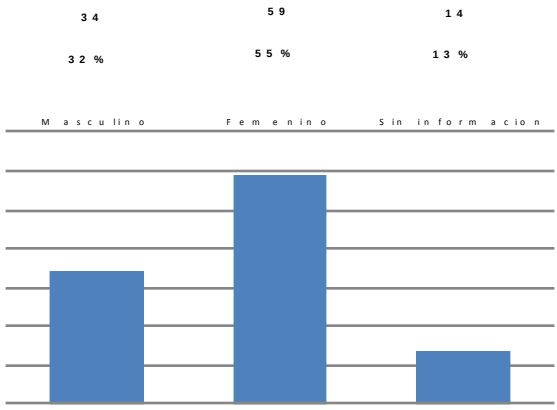
El análisis retrospectivo llevado a cabo para la caracterización de los eventos de 2013 recopila a 107 eventos adversos presentados durante todo el año distribuidos por mes como se muestra en el grafico 1:

Gráfico 1. Reporte mensual de eventos adversos del año 2013 del hospital Eduardo Santos.



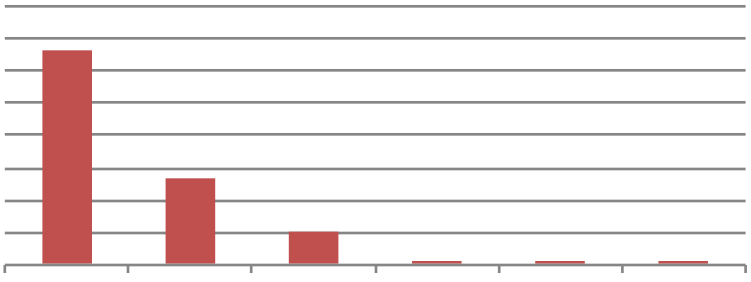
Presenta un mínimo en enero con cero reportes y un máximo de reportes en julio con 26 registros seguido por junio con 19 casos.

Gráfico 2. Distribución según género de eventos adversos del año 2013 en el hospital Eduardo Santos.



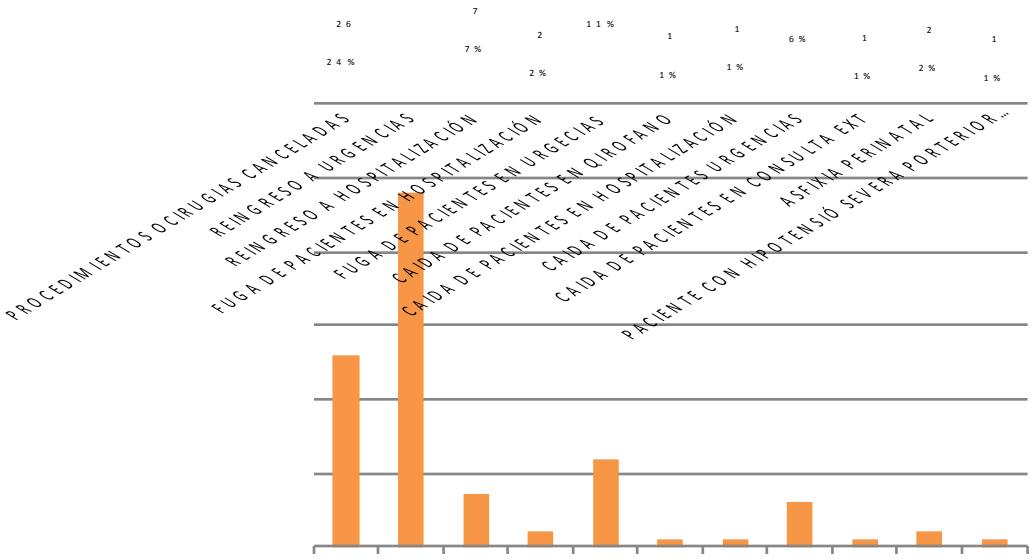
Durante el año 2013 se observo una distribución del 32% correspondiente al género masculino y del 55% al femenino, es importante destacar que por falta de información sociodemografica el informe anual 2013 obtuvo un 13% sin datos del género.

Gráfico 3. Distribución por servicio de eventos adversos del año 2013 en el hospital Eduardo Santos.



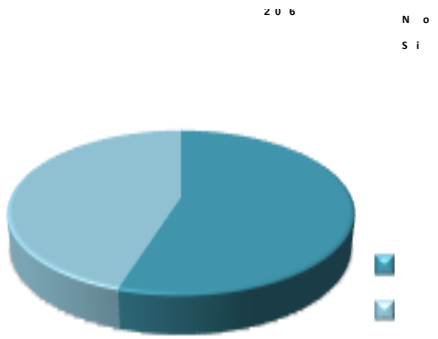
Los servicios que presentaron mayor reporte de eventos adversos para el año 2013 fueron para urgencias, quirófano y hospitalización con un 63%, 25% y 9% respectivamente de los 107 eventos adversos totales de dicho año.

Gráfico 4. Tipos de eventos adversos presentados en el año 2013 en el hospital Eduardo Santos.



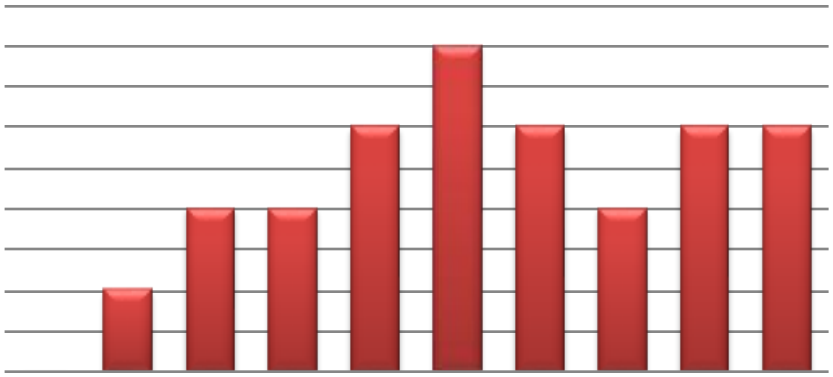
El reingreso a urgencias sin especificar si fue por la misma causa de su primer ingreso, posee la cifra más alta con el 45% seguido por cirugías canceladas con 24% y con 11% la fuga de pacientes en el servicio de urgencias.

Gráfico 5. Aplicación de la guía de cribado a la muestra obtenida en el año 2014 en el hospital Eduardo Santos.



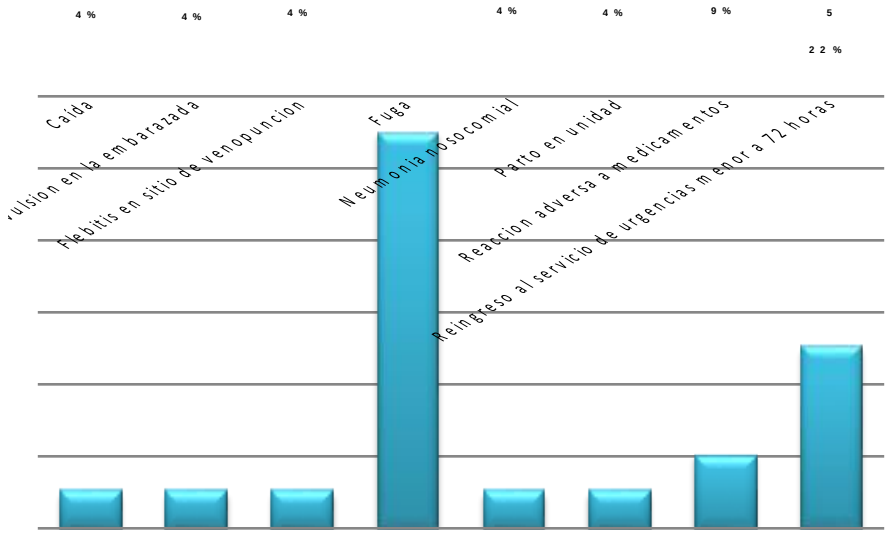
Empleando la guía de cribado adaptada a este estudio se obtuvo que de la muestra el 45% tienen mayor susceptibilidad de presentar un evento adverso.

Gráfico 6. Eventos adversos sin registrar en el año 2014 en el hospital Eduardo Santos.



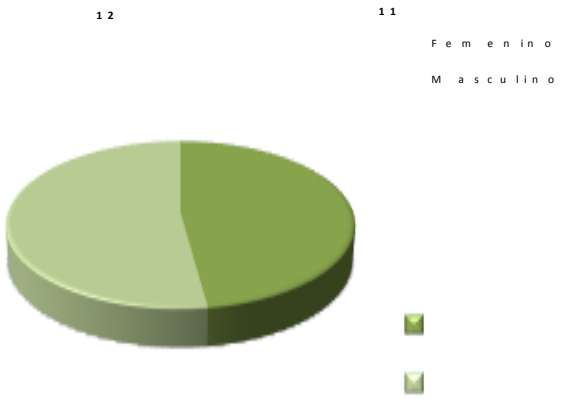
Se obtuvo una distribución mes a mes de los datos obtenidos de los eventos adversos sin registrar en el cual julio representa el 17%, seguido por junio, agosto, octubre y diciembre con 13%.

Gráfico 7. Tipos de eventos adversos sin registrar en el año 2014 en el hospital Eduardo Santos.



Según los datos obtenidos es la fuga el evento que más se presenta con un 48%, a quien le sigue el reingreso a urgencias por el mismo motivo de consulta previo con un 22%.

Gráfico 8. Género en la población con eventos adversos sin registrar en el año 2014 en el hospital Eduardo Santos.



La proporción en cuanto a género se encuentra en valores similares con 52% para el grupo masculino y 48% para mujeres.

Gráfico 9. Eventos adversos según servicio de atención intrahospitalaria en el año 2014 en el hospital Eduardo Santos.

Los servicios en los cuales se presentó eventos adversos sin registrar fue en urgencias con una representación del 78% y en hospitalización con 22%.

Tabla 1. Relación existente entre tipo de evento adverso y la procedencia

PROCEDENCIA Y TIPO DE EVENTO ADVERSO

COLON (Génova)	**2**
Fuga	2
LA CRUZ	**1**
Reingreso al servicio de urgencias menor a 72 horas	1
LA UNION	**18**
Caída	1
Convulsión en la embarazada	1
Flebitis en sitio de venopuncion	1
Fuga	7
Neumonía nosocomial	1
Parto en unidad	1
Reacción adversa a medicamentos	2
Reingreso al servicio de urgencias menor a 72 horas	4
SAN LORENZO	**1**
Fuga	1
SAN PABLO	**1**
Fuga	1
TOTAL	**23**

Es importante resaltar que la fuga es el evento adverso que más se relaciona con la procedencia, como se describe en la tabla los corregimientos de Colón, San Lorenzo y San Pablo poseen un 17% del total de eventos adversos encontrados.

OBSERVACIONES

La institución debe generar participación activa por parte del personal asistencial en la elaboración de programas y procesos referentes a la seguridad del paciente, sin dejar únicamente la responsabilidad a la parte administrativa, sino que se inculque una cultura de mejoramiento continuo y prestación de servicios de calidad.

Se debe implementar capacitaciones, talleres, plegables sobre la importancia y beneficios que trae un adecuado reporte de eventos adversos, además aclarar conceptos sobre la temática, siendo esto un punto de partida para la minimización de la ocurrencia de los mismos, formando gente con la capacidad y la experiencia necesarias para el correcto desempeño y una práctica segura de los diferentes procedimientos.

Es importante dar a conocer desde la parte administrativa el seguimiento que se realiza a los eventos adversos reportados, además de dar claridad sobre para que se va a utilizar dicha información, ya que el personal no va a reportar si no tiene la confianza de lo que se haga con dichos reportes.

Es preciso que el la orientación no sea de carácter punitivo, que los planes de mejora no se queden simplemente en la intensión, sino que se entablen acciones correctivas y se haga un seguimiento de las mismas.

Es primordial conservar la confidencialidad y anonimato del personal que reporta los eventos adversos, ofreciendo garantías y contando con incentivos que fomenten la notificación de los mismos.

Futuras investigaciones deberán centrarse en la búsqueda de las causas del no reporte de eventos adversos, generando estrategias para contrarrestarlas.

CONCLUSIONES

Se evidencia que el personal no se encuentra reportando la totalidad de los eventos adversos sucedidos, situación que puede encontrarse influenciada ya sea por limitación del tiempo, desconocimiento de conceptos, miedo a las medidas tomadas posterior al reporte, falta de educación con respecto a la importancia de este proceso.

Esta investigación sirve como aporte para estudios futuros que promuevan la elaboración de estrategias para lograr un adecuado reporte de eventos adversos y generen acciones que contribuyan a inculcar al personal la importancia de brindar un servicio seguro, además de encontrar las causas del no reporte.

Identificar los errores es el comienzo para prevenirlos, por lo que implementar una cultura de vigilancia y registro de los eventos adversos ocurridos es primordial para al diseño, difusión y aplicación de protocolos de atención, la fomentación de una mejor cultura organizacional con la transferencia del conocimiento a todo el personal de salud, así como la implementación de estrategias que permitan el manejo adecuado de estándares de seguridad en todo los procedimientos, con el equipamiento adecuado y el personal capacitado.

Este estudio tiene una utilidad exploratoria y proporciona un panorama del comportamiento de los eventos adversos que ocurren en el hospital y sus resultados corroboran la afirmación de que realizar un adecuado reportes es el primer paso para el análisis y seguimiento de los errores ocurridos en un institución. Para disminuir la probabilidad de su aparición, el primer paso es tomar conciencia de que existen problemas, después aceptar que nos podemos equivocar, desarrollar sistemas para detectar los errores, estudiar sus causas sin buscar culpables y rediseñar los procesos asistenciales.

GLOSARIO

ATENCIÓN EN SALUD:

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

COMPLICACIÓN

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

• EVENTO ADVERSO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

• EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos

(falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

INCIDENTE

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Vega R. Eventos adversos y seguridad del paciente. Anales de Radiología México 2007; 3:177.

2. Ornelas Aguirre J M y Cols. Eventos adversos de pacientes de un hospital pediátrico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(6):680-7.

3. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2008. [En línea]. Disponible en Internet: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.

4. Ceriani C. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundialpara la Seguridad del Paciente". Editorial. Arch Argent Pediatr. 2009; 107(5):385-386.

5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Calidad y Evaluación Sanitaria. Madrid, 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf

6. OMS. Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [en línea]. 2010.

7. Burbano Valdés H. M. y cols. Causas del no Reporte de Eventos Adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia. Sección Artículos Originales Revista Universidad y Salud. Pasto, 2013.

8. Otálvaro Ospina A.M. y cols. Caracterización de Eventos Adversos en una E.S.E de primer nivel en caldas 2007 – 2009. Hacia la Promoción de la Salud. Caldas, 2011.

9. Manrique D. M. Factores Asociados al Tiempo de Ocurrencia de los Eventos Adversos, en 2 Instituciones de Tercero y Cuarto Nivel, Bogota, D.C. Universidad del Rosario - Universidad CES. Bogotá.

10. Silva Acevedo D., López Angarita C. Eventos adversos en los pacientes ambulatorios de una IPS de primer nivel en la ciudad de Medellín en el periodo de junio a diciembre de 2009. Universidad CES, Facultad de Medicina.

11. Africano Diaz LM, Antolinez Miranda JP, Uribe Meneses ER. Diseño de un programa de vigilancia y reporte de eventos adversos centrado en la seguridad del paciente para la clinica metropolitana de bucaramanga S.A. Bucaramanga; Santander. 2010.

12. Ferreira Umpierrez A H. Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud. (3): 294-302. DOI: 10.5294/aqui.2014 Chía, Colombia 2014.

13. Mira J J y cols. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. Rev Panam Salud Publica 33(1), Mexico 2013.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (GUÍA DE CRIBADO)

Nº Historia Clínica (NHC): Servicio:

Fecha de Nacimiento: ___ /___ /_____ Sexo: Masculino ____ Femenino ____

Diagnostico Principal: _____

FACTORES DE RIESGO (F.R.)

Indicar si el paciente presenta alguno de los siguientes factores de riesgo. Marcar con una X en la casilla correspondiente.

Factor de riesgo intrínseco		
1	Coma	
2	Insuficiencia renal	
3	Diabetes	
4	Neoplasia	
5	Inmunodeficiencia / SIDA	
6	Enfermedad pulmonar crónica	
7	Neutropenia	
8	Cirrosis hepática	
9	Drogadicción	
10	Obesidad	
11	Hipoalbuminemia/desnutrición	
12	Ulceras por presión	
13	Malformaciones	
14	Insuficiencia cardiaca	
15	Enfermedad coronaria	
16	Hipertensión	
17	Hipercolesterolemia	
18	Prematuridad	
19	Alcoholismo	

Dispositivos que aumentan la probabilidad de presentar un evento adverso		
1	Venopunción	
2	Sonda urinaria	
3	Sonda nasogástrica	
4	Sonda gastrostomía	
5	Traqueotomía	
6	Bomba de infusión	

Formulario resumen de la historia clínica		**Si**	**No**
1	Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización.		
2	Reacción Medicamentosa Adversa (RAM) durante la hospitalización.		
3	Remisión		
4	Segunda intervención quirúrgica durante este ingreso.		
5	Déficit neurológico nuevo en el momento del alta hospitalaria.		
6	Código azul en el servicio de hospitalización		
7	Apgar bajo		
8	Complicaciones en el parto		
9	Fallecimiento		
10	Ingreso a urgencias después de una cirugía ambulatoria		
11	Cualquier tipo de infección nosocomial		