



ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD

EVALUACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2022

XIMENA MCLEAN CHAVES



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA Mineducación

Obra de Iglesia
de la Congregación



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

EVALUACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACION DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRÉS,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL
2022

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista
en Administración de la salud

Asesor

Vanesa Mercedes Rivera Rosero

Autor:

Ximena Mclean Chaves

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
MANIZALES
2023

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO.....	7
2. RESUMEN	8
2. 1. RESUMEN	8
2.2. INTRODUCCIÓN	10
2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	13
3. OBJETIVOS	16
3.1. OBJETIVO GENERAL	16
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4. MARCO TEORICO.....	17
4.1. ANTECEDENTES.....	17
4.1.1 Antecedentes internacionales.....	17
4.1.2 Antecedentes Nacionales	19
4.1.3 Antecedentes regionales	22
4.2 MARCO CONTEXTUAL.....	23
4.3 MARCO REFERENCIAL.....	24
4.3.1 Fundamentos de seguridad asistencial	24
4.3.2 Política nacional de seguridad del paciente.....	25
4.3.2.1 Objetivos de la política de seguridad del paciente.....	25
4.3.2.2 Implementación de la política de seguridad del paciente	26
4.3.3 Eventos adversos	26
4.3.3.1 Tipos de eventos adversos	27
4.3.4 Acciones inseguras.....	27
4.3.5 Protocolo Londres.....	27
4.4 MARCO CONCEPTUAL	35

4.5 MARCO NORMATIVO	36
5. METODOLOGÍA.....	39
5.1 ENFOQUE Y DISEÑO	39
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	39
5.2.1 Criterios de inclusión	40
5.2.2 Criterios de exclusión	40
5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40
5.4 INSTRUMENTOS	40
5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	41
5.6 COMPONENTE ÉTICO	41
5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	42
5.8 OPERALIZACION DE VARIABLES	43
6. RESULTADOS Y DISCUSION.....	45
6.1 RESULTADOS.....	45
6.1.1 Caracterización de eventos adversos	45
6.1.2 Identificación de acciones inseguras relacionadas con los eventos adversos	48
6.2 DISCUSIÓN	50
7. CONCLUSIONES.....	53
8. RECOMENDACIONES	54
9. BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	60

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1 Eventos adversos servicio de hospitalización.....	41
Grafica 2 Tipo de eventos adversos prevenible y no prevenible.....	42
Grafica 3 Causalidad de eventos adversos servicio de hospitalización.....	44
Grafica 4 Acciones inseguras relacionadas con eventos adversos.....	46
Grafica 5 Factores contributivos relacionados con evento adverso.....	47

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Factores contributivos protocolo londres.....	29
Tabla 2 Operalización de variables.....	42



Universidad
Católica
de Manizales

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: Evaluación de eventos adversos en el servicio de hospitalización del ESE hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa catalina, durante el primer semestre del 2022

Investigadores: Ximena Mclean Chaves

Línea de Investigación: Administración de la salud

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en administración de la salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:
Ciudad: San Andrés Isla
Departamento: San Andrés

Duración del Proyecto (periodos académicos): Dos

2. RESUMEN

2. 1. RESUMEN

Introducción: En Colombia la tasa de eventos adversos se encuentra alrededor de un 10% y los más frecuentes son (las infecciones intrahospitalarias, las complicaciones medicamentosas, con sangre y sus derivados) y las derivadas de los procesos de atención y quirúrgicos. **Objetivo general:** Evaluar los eventos adversos en el servicio de hospitalización del ESE hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa catalina, sede Clarence Lynd Newball durante el primer semestre del 2022. **Metodología:** Esta investigación se realizó por medio de un enfoque, de alcance descriptivo, de corte transversal; además se generó una revisión retrospectiva de la información. Se evaluaron la totalidad de eventos adversos reportados por el personal del servicio de hospitalización mediante la aplicación de un instrumento elaborado en base a la herramienta protocolo Londres. **Resultados:** Se encontraron 16 (dieciséis) eventos adversos reportados por el personal en el servicio de hospitalización; la unidad de cuidados intensivo (UCI) presenta un (33,3%) de ocurrencia de eventos adversos, seguido del servicio de medicina interna con un (26,7%); servicio de salud mental con (20%); servicio de unidad de cuidado neonatal (13,3%) y el servicio de obstetricia con (6,7%); estos eventos adversos presentados fueron prevenibles. **Conclusiones:** La mayoría de eventos adversos presentados fueron prevenibles esto es consecuente con las fallas en la tarea y tecnología que incluye el diseño de la tarea y claridad en la estructura; además de la disponibilidad y uso de protocolos, fallas en la comunicación, y dificultades dotación e infraestructura. La presencia de eventos adversos como infecciones asociada al cuidado de la salud, la fuga de pacientes y la caída de pacientes; aumenta los días de hospitalización y generan un incremento de gastos intrahospitalarios; además de que afectan la confianza de los usuarios y

familiares hacia la prestación del servicio.

ABSTRACT

Introduction: The rate of adverse events is around 10% and the most frequent are (hospital-acquired infections, drug complications, with blood and its derivatives) and those derived from care and surgical processes. **General Objective:** To evaluate adverse events in the hospitalization service of the ESE departmental hospital of San Andrés, Providencia and Santa Catalina, Clarence Lynd Newball headquarters during the first semester of 2022. **Methodology:** This research was carried out through a cross-sectional, descriptive approach; In addition, a retrospective review of the information was generated. The totality of adverse events reported by the hospitalization service staff was evaluated through the application of a self-developed instrument based on the London protocol tool. **Results:** We found 16 (sixteen) adverse events reported by staff in the hospitalization department; the intensive care unit (ICU) presents a (33.3%) occurrence of adverse events, followed by the internal medicine service with (26.7%); mental health service with (20%); neonatal care unit service (13.3%) and obstetrics service with (6.7%) of the total events presented in the hospitalization services group where all adverse events presented were preventable. **Conclusions:** Most of the adverse events presented were preventable, this is consistent with failures in the task and technology that includes task design and clarity in the structure; in addition to the availability and use of protocols, communication failures, and difficulties with staffing and infrastructure. The presence of adverse events such as healthcare-associated infections, patient flight, and patient falls; it increases the days of hospitalization and generates an increase in intra-hospital expenses; In addition, they affect the trust of users and family members towards the provision of the service.

2.2. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un tema de vital importancia en cualquier institución prestadora de salud ya que se encuentra relacionada con la calidad de la atención a los pacientes; una mala práctica y las acciones inseguras desencadenaran eventos adversos con daño o sin daño en los pacientes.

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (1).

La estrategia de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud; las cuales propenden a ofrecer herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y de proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud (2).

El protocolo Londres es utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. Introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos (1).

Este proyecto refiere la evaluación de eventos adversos ocurridos en el

hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa catalina durante el primer semestre del 2022; busca dar una herramienta a la institución con el cual se pueda gestionar eventos adversos desde la identificación de acciones inseguras y factores contributivos que con llevaron a la ocurrencia del evento.

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La seguridad del paciente es un atributo fundamental de la calidad de atención, que por sí misma, tiene como propósito ser segura, es decir, libre de daño. Sin embargo, durante su entrega, suceden errores que pueden o no causarle daño al paciente. El error es la falla a terminar una acción como fue planeada (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para terminar una acción (error de planeación)” (1).

Para el personal de salud resulta difícil el reporte de los eventos adversos en cuanto que existe la creencia frente de sufrir acusaciones o sanciones por parte de la administración de la institución.

“La estrategia de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud; las cuales propenden a ofrecer herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y de proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud” (2).

A pesar de los esfuerzos por parte del gobierno nacional la ocurrencia de eventos adversos en el país es una realidad y se deben generar estrategias de planificación y control que garanticen en las instituciones de salud del país, la implementación de la política de seguridad con una amplia caja de herramientas.

“El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. Hecho en 5 países de la región (México, Costa rica,

Colombia, Perú y Argentina) evidencio que, en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención” (3).

“En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento” (3).

“A estos indicios de atención insegura la literatura internacional les llama call close. Cuando el error se materializa, pero no causa daño, al paciente se le denomina near miss. En Colombia se ha adoptado el concepto de incidente. Cuando causa daño, a este resultado se le denomina evento adverso” (3).

Desafortunadamente, para los pacientes, esto último ocurre con demasiada frecuencia, causando incluso, a veces, la muerte del paciente. Por ello, es posible afirmar que los errores clínicos son causa de morbilidad y mortalidad prevenibles (1).

En Colombia la Seguridad del Paciente es una prioridad en la atención en salud, debido a que los eventos adversos e incidentes son una muestra de atención insegura en las instituciones hospitalarias. La tasa de eventos adversos se encuentra alrededor de un 10% y los más frecuentes son (las infecciones intrahospitalarias, las complicaciones medicamentosas, con sangre y sus derivados) y las derivadas de los procesos de atención y quirúrgicos (4).

En la Empresa social del estado Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina sede Clarence Lynd Newball para el año 2021 el personal asistencial reporto treinta y uno (31) eventos adversos que de acuerdo a el análisis realizado por el comité de seguridad del paciente estos estuvieron relacionados con fallas en los equipos biomédicos, comunicación asertiva en el equipo, caída de pacientes, fuga de pacientes y cancelación de citas; sin embargo no existe un proceso estandarizado para la investigación de los eventos adversos que adopte las herramientas suministradas por el ministerio de salud y protección social en los lineamientos vigentes y que de a

la institución un adecuado gestión de los eventos adversos para poder detectar donde se encuentran las fallas reales en los procesos de atención en salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los eventos adversos en el servicio de Hospitalización del ESE hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa catalina sede Hospital Clarence Lynd Newball, durante el primer semestre del 2022?

2.4 JUSTIFICACIÓN

“Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (5).

La Cultura de Seguridad del paciente es una prioridad en la atención en salud en Colombia. La presencia de eventos adversos e incidentes demuestran una atención insegura en salud en las instituciones. Las instituciones de salud deben velar por la creación de una cultura de seguridad del paciente que disminuya los factores de riesgo al recibir atención en Salud.

“Los eventos adversos son un indicador fundamental para medir la calidad de los servicios de salud. La seguridad del paciente es un tema de alto impacto en Salud Pública, siendo un problema grave en todo el mundo. La promoción de una cultura justa es fundamental para el trabajo proactivo en la implementación de prácticas seguras, prevención y detección de fallas latentes y activas” (3).

Los costos por eventos adversos pueden incrementar los gastos en la atención en salud de un paciente para prestadores de salud impactando la

sostenibilidad financiera de la institución.

Para Allue et al. (6) en estudio económico se observa la incidencia de eventos adversos y su impacto en el coste. Entre los episodios con un único evento, los más frecuentes fueron la infección del tracto urinario (2,81%) y la hemorragia o el hematoma posquirúrgico (1,09%). Sin embargo, los eventos adversos con mayor impacto en los costes son la infección por la atención sanitaria o sepsis (el 64,2% del coste de los episodios se debe a los eventos adversos) y las complicaciones de prótesis (52,6%).

Por otra parte, “se observa que cuanto mayor es el número de eventos adversos en el episodio asistencial mayor es el impacto del coste incremental; así, en los episodios con un único evento el impacto del coste incremental fue del 37,1%, asciende al 54,3% con dos eventos y al 64,7% con tres o más eventos” (6).

Las instituciones de salud deberían optar por implementar sistemas de monitoreo de eventos adversos con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad ocasionada por los errores de atención en salud dicho sistema debe tener mecanismos de evaluación de estos, desde la determinación de factores que hacen que se presenten hasta la periodicidad de ocurrencia, lo cual ayudaría a las instituciones a generar estrategias más eficientes en sus programas de seguridad del paciente.

Según Herrera et al. (7) para reducir la frecuencia de los problemas relacionados con la seguridad clínica es necesario entender sus causas de raíz, los factores contributivos y las barreras de seguridad relacionadas con su aparición y periodicidad para diseñar métodos con los cuales prevenirlos o minimizarlos, detectándolos antes de que produzcan daño a los pacientes. De ahí que aprender de los propios errores, como parte de la cultura organizacional, se haya convertido en uno de los objetivos clave de las estrategias para la seguridad de los pacientes. Una forma de conseguirlo es disponer de un sistema de notificación de problemas de seguridad clínica (activos o potenciales). Conocer con detalle la cadena de acontecimientos que culmina con un incidente lesivo para la seguridad del paciente representa una

oportunidad para prevenir posibles ocurrencias de situaciones similares en otros pacientes y, por tanto, debiera contribuir a reducir los eventos adversos (EA).

“Se debe promover un cambio cultural, a través de desarrollar un pensamiento disciplinado, que conduzca a la investigación y análisis sistemático de las causas de los eventos adversos y al trabajo organizado para su prevención. Ello implica actuar sobre individuos, equipos, tareas, lugares, normas e instituciones, para reducir la incidencia de estos problemas y disminuir sus riesgos o, incluso, hacer más aparentes los errores imprevisibles para que sean advertidos con sentido profiláctico” (8).

La ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina el programa de seguridad del paciente se encuentra aprobado, socializado e implementado más sin embargo sean detectado diferentes eventos adversos y además no existe un proceso estandarizado para la investigación de eventos adversos en la institución de acuerdo con los lineamientos del ministerio de salud y protección social de Colombia. Esto implica la necesidad de realizar una evaluación de los eventos adversos, identificando acciones inseguras y factores contributivos relacionados con estos eventos; a través de una hoja de registro soportada en los lineamientos vigentes para investigación de eventos adversos.

Este estudio aportara a la institución una herramienta que ayudara a implementar barreras de seguridad adecuadas enfocadas desde las acciones inseguras y factores contributivos que desencadenaron un evento adverso y que garanticen la mitigación de eventos adversos.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar los eventos adversos en el servicio de hospitalización del ESE hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa catalina, sede Clarence Lynd Newball durante el primer semestre del 2022.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Caracterizar los eventos adversos presentados en el servicio de hospitalización de la ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa catalina, sede Clarence Lynd Newball, durante el primer semestre del año 2022.
- ❖ Identificar las acciones inseguras relacionadas con los de eventos adversos ocurridos en el servicio de hospitalización de la ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa catalina, sede Clarence Lynd Newball durante el primer semestre del año 2022.
- ❖ Identificar los factores contributivos relacionados con los eventos adversos ocurridos en el servicio de hospitalización de la ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa catalina, sede Clarence Lynd Newball durante el primer semestre del año 2022.
- ❖ Establecer estrategias para la implementación de prácticas seguras en el servicio de hospitalización de la ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa catalina, sede Clarence Lynd Newball, durante el primer semestre del año 2022.

4. MARCO TEORICO

4.1. ANTECEDENTES

4.1.1 Antecedentes internacionales

El estudio “Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en unidades pediátricas de cuidados intensivos” realizado en México; cuyo objetivo era estudiar la frecuencia de eventos adversos(EA) durante un año, del 2013 al 2014, utiliza la ficha para notificación de eventos adversos tomada y adaptada del Proyecto de Incidentes y Eventos Adversos en Medicina Intensiva, Seguridad y Riesgo del Enfermo Critico (SYREC 2007). En total se presentaron 105 EA, 74 (71%) se presentaron en la UTIP, 19 (18%) en la UCIN y 12 (11%) en la UCICV. En lo referente al sexo,48.6% se presentó en niñas y 50.5% en niños. De estos reportes, 65 pacientes presentaron durante su proceso de hospitalización un solo evento adverso (62%), el 30% presentó 2 eventos adversos, el 6% 3 eventos adversos y el 2% 4 eventos adversos durante su estancia en el servicio en el tiempo de estudio (9).

Entre los eventos adversos que tienen mayor frecuencia se obtiene que un 35% están relacionados con la medicación, en el que prevalece el error en la administración del medicamento en un 10.5%; el relacionado con el cuidado con 29.5%, de los cuales destacan: en un 61% la sujeción del paciente, 22% a úlceras por presión y el 10% a la no aplicación de cuidados pautados; en cuanto a vía aérea y ventilación mecánica se encontró una relación con entubación no programada en 86% y atelectasias con un 7% principalmente; en el ocasionado por acceso vascular, tubos, sondas y drenajes; destacan los accesos vasculares centrales en 39%, venoclisis 13% y salidas accidentales y obstrucción de sondas transpilóricas en 12%; los fallos de

equipos, transfusión de hemoderivados, procedimientos y pruebas diagnósticas obtuvieron el 1%, respectivamente (9).

Para Camarena et al. (10) en estudio “Inteligencia emocional y eventos adversos del personal de salud del servicio de emergencia de un Hospital Público Nivel III, Lima (2018)”; donde se incluyeron a 97 personas (58 médicos y 39 enfermeras). Se utilizó un instrumento: para medir la variable independiente (Inteligencia emocional) con sus 3 dimensiones (percepción, comprensión y regulación); y una ficha de registro para cuantificar la variable dependiente (Eventos Adversos) con sus 5 tipos relacionados: a los Medicamentos, a las Infecciones, a los Cuidados, a los Procedimientos, y al Diagnostico. La escala para medir la inteligencia emocional (TMMS-24) fue sometida al análisis de confiabilidad obteniéndose un coeficiente de Cronbach de 0.91 (91%). Este estudio obtuvo como resultado un coeficiente de correlación de Spearman cercano a cero ($Rho = 0.05$) y una significancia estadística $p > 0,05$ ($p = 0.6344$), y se concluye la no existencia de una correlación entre la inteligencia emocional y los eventos adversos, así como la Prevalencia global de los Eventos Adversos en el Servicio de Emergencia en el periodo de estudio fue del 17,3 % (43 Eventos en 248 casos clínicos evaluados).

En España “Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad” realizada en el 2020. Se revisó un mínimo de 2.397 historias clínicas; además la muestra se estratificó por grupos de edad. En total se registraron 182 eventos adversos evitables que afectaron a 168 pacientes, 134 pacientes adultos y 34 pediátricos. 12 pacientes sufrieron más de un evento adversos.

La mayoría de los EAE fueron leves y sin consecuencias permanentes, tanto en pacientes adultos (95, 65,1%), como pediátricos (36, 100%, 21 en chicos y 15 en chicas). La gravedad de los eventos adversos evitables fue similar

entre hombres y mujeres. 27 (18,5%) eventos adversos evitables supusieron un daño grave en pacientes adultos, de los cuales 6 (4,1%) fueron permanentes. En proporción este dato supone que 1 de cada 24 eventos adversos evitables fue grave permanente en el caso de pacientes adultos (11).

4.1.2 Antecedentes Nacionales

Según Achury et al (12) en el estudio “Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (2017)”, donde participaron tres instituciones de salud de Bogotá con un tamaño de muestra correspondiente a 525 pacientes, durante un periodo de 6 meses donde *reportaron 594 eventos adversos presentados* en 525 pacientes. Los eventos adversos relacionados con el cuidado enfermero ocuparon el primer lugar (38,7 %), seguido del manejo de la vía aérea y la ventilación mecánica (16,1 %) y el manejo de accesos vasculares, sondas y drenajes (14,8 %) y la infección asociada al cuidado (12,6 %). La ocurrencia de estos eventos adversos predominó en hombres con edad promedio de 64,5 años, en unidades de cuidado intensivo médicas.

El 9,6% de los eventos reportados se presentó con medicamentos, específicamente, en la administración y monitorización de estos. También se registran en menor proporción problemas con el procedimiento, pruebas diagnósticas, error en el diagnóstico, manejo de sangre y hemoderivados, fallo de equipos y procedimiento quirúrgico (12)

La úlcera por presión (20,3 %) y el déficit en la aplicación de cuidados pautados (11,7 %) ocuparon los primeros lugares en los eventos registrados en el cuidado enfermero. La entubación no programada registró el 12,9 % de los eventos para el manejo de la vía aérea y la ventilación mecánica (12).

Respecto a los eventos relacionados con accesos vasculares, sondas y

drenajes, el 7,9% se presentó con el manejo del catéter venoso central, seguido de la desconexión de sonda nasogástrica (3,7 %). En cuanto a la infección asociada al cuidado, esta se presentó en su orden por bacteriemia por catéter, neumonía e infección del tracto urinario con dispositivo de sonda uretral (12).

Este estudio concluye que los eventos adversos reportados que presentan mayor prevalencia están relacionados en su mayoría con el cuidado directo al paciente y el de vía aérea; al ser prevenibles indican que se presentaron por alteración en el cumplimiento de los estándares del cuidado (12).

En el estudio “Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería” realizado en la ciudad de Bucaramanga, Santander se caracterizó la población que presentó los eventos adversos, describiendo las características relacionadas con el paciente, el ambiente y el personal de enfermería. Para la obtención de la información, se aplicó un instrumento de valoración que incluía entrevista a la persona enferma y/o familia y la revisión de la historia clínica. Adicionalmente, se indagaba sobre el número de pacientes a cargo del personal de enfermería responsable del área donde se ubicaba la persona admitida en el estudio. Los entrevistadores eran enfermeras con experiencia y fueron previamente capacitadas sobre el procedimiento de recolección (13).

El cuestionario aplicado a los pacientes estaba constituido por cuatro partes: Información general: ubicación del paciente, fecha de ingreso y egreso; Información del paciente: incluía aspectos demográficos, enfermedad actual, signos vitales y comorbilidades; Factores contributivos: del paciente, del personal de salud y del ambiente. En esta parte del cuestionario se incluyeron escalas para determinar el riesgo de algunos de los eventos adversos estudiados; aspectos relacionados: con los eventos adversos de interés y con las medidas preventivas que se estuvieran realizando al usuario

en el momento (13).

De los 198 pacientes que conformaron la muestra, el 16,1 % presentaron eventos adversos durante esta prueba; de ellos el 65,6 % presentó un evento; el 25% dos eventos y el 9,3 % tres eventos. Entre todos los eventos adversos presentados, el más frecuente fue la úlcera por presión (13).

Los resultados se agruparon en factores relacionados con el paciente, el ambiente y el personal de salud. En los afines al paciente, se incluyeron aspectos intrínsecos e extrínsecos; en los del medio ambiente, las medidas preventivas que pueden influir en la presencia de los eventos adversos; y en los del personal de salud, el número de personas a cargo de la enfermera y auxiliar de enfermería (13).

Características relacionadas con el paciente: Los aspectos más prevalentes intrínsecos que presentaron los pacientes con eventos adversos, son las alteraciones del estado de ánimo con un 62,5 %, seguidas del confinamiento a la cama y dieta especial, ambas con la misma frecuencia, un 56,2 %, y desorientación y alteración del lenguaje con un 43,7 % (13).

Características relacionadas a las comorbilidades: las más frecuentes fueron las cardíacas y psicosociales. En cuanto a los aspectos extrínsecos al paciente, se encontraron como los más usuales: la presencia de tubo a tórax, respirador, traqueotomía y oxigenoterapia (13).

Características del ambiente: el promedio de la altura de la camilla o cama de los pacientes que presentaron eventos adversos fue de 76,1 centímetros (cm) con una altura mínima de 70 cm y una máxima de 100 cm; el promedio del espesor del colchón o colchoneta fue de 8,06 cm, con un espesor mínimo de 2 cm y máximo de 30 cm. En el 90,6 % faltaban insumos para la prevención de úlceras por presión y el 87,5 % no poseían timbres en sus

unidades (13).

Características de los Funcionarios de salud: en los pacientes que presentaron eventos adversos, se encontró que el promedio de pacientes por enfermera profesional era de 27,3, con un mínimo de 15 y un máximo de 53 pacientes por enfermera; por auxiliar de enfermería fue de 9,1, con un mínimo de 7 y un máximo de 13 pacientes por auxiliar de enfermería; el número de personas críticas a cargo de la enfermera fue de 1,15 y la distancia de ubicación de los pacientes con respecto a la estación de enfermería fue de 4,06 metros , con una distancia mínima de 50 cm y una máxima de 20 metros (13).

4.1.3 Antecedentes regionales

Martínez et al (14) en el estudio “Factores relacionados con los eventos adversos por medicamentos en niños hospitalizados en una institución de salud en Sucre 2014-2018”. La información fue tomada de las historias clínicas y fue organizada en un Excel con variables que fueron tomadas de sugerencias literarias, dando como resultado que de los 28 reportes de eventos adversos suministrados por la oficina de seguridad del paciente de la institución, correspondientes a 25 niños, se encontró luego de analizar las historias clínicas que 20 de ellos presentaron 23 eventos adversos por medicamentos, lo cual indica que tres niños tuvieron dos eventos adversos por medicamentos y que las demás notificaciones eran incidentes sin daño o cuasi incidentes (14).

El evento adverso por medicamento más frecuente fue la flebitis química con un 34,78%. 91,30% eran prevenibles, porque fueron consecuencia de fallas humanas como error en la prescripción (13,04%), dispensación (13,04%), aplicación del medicamento equivocado (30,43%), dilución incorrecta (13,04%), no se verificó la permeabilidad del acceso venoso (8,7%) y 17,3%

fueron evento adverso por medicamento trazadores, es decir, se cometieron equivocaciones en varias fases del proceso. 43,47% ocurrieron en la noche. Hubo un evento adverso por medicamento centinela y un 65,22% fueron leves (14).

En Beltrán et al (15) en el estudio “Caracterización de eventos adversos en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva en instituciones hospitalarias de barranquilla, 2016-2017”. Se identificaron en total 13.432 registros clínicos de pacientes a los que se les realizaron cirugías plásticas reconstructivas, estéticas o procedimientos mínimamente invasivos con fines estéticos entre el 1o de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017 en cuatro (4) instituciones hospitalarias de la ciudad de Barranquilla; Con la información proveniente de dichos registros se alimentó una base de datos relacional, utilizando el motor de bases de datos Microsoft® SQL Server 2017TM. La depuración de la información así recogida permitió descartar 4,041 registros por no contar con la totalidad de los datos mínimos establecidos o por incoherencias entre ellos.

Los eventos adversos detectados en registros de cirugías practicas reconstructiva (Por) clasificados como complicaciones quirúrgicas fueron 18.8%, hematomas 15.6% y sangrado posquirúrgico 9.4% fueron los de mayor frecuencia. De forma similar, el sangrado posquirúrgico 6.3% fue el Evento adverso más frecuente en los procedimientos de los procedimientos estéticos de mínima invasión(PEMI) y las complicaciones quirúrgicas y la hemorragia posquirúrgica (15).

4.2 MARCO CONTEXTUAL

La ESE Hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina brinda servicios de salud de mediana y alta complejidad a la comunidad en general del departamento. Utiliza tecnologías limpias y avanzadas preservando el medio ambiente y promoviendo la calidad en la atención,

seguridad del paciente, humanización, responsabilidad social y sostenibilidad financiera, con un talento humano comprometido e idóneo, enfocado en un modelo de atención centrado en el usuario, su familiar y comunidad en general (16).

Actualmente la ESE cuenta con cuatro sedes Hospital local de providencia, Puesto de salud de la Loma, Puesto de salud de San Luis y su sede principal Hospital Clarence Lynd Newball; entre sus principales servicios habilitados se encuentra consulta externa, urgencias, hospitalización adultos y pediatría laboratorio clínico y gestión pre transfusional, rayos x, medicina especializada (16).

En su Política de seguridad del paciente busca brindar una atención segura en salud, involucrando transversalmente en todos sus procesos la protección de los usuarios de posibles daños que se pueden derivar de la atención en salud; comprometiéndose a implementar de manera educativa y no punitiva, una cultura de seguridad entre el paciente, la familia y la institución; creando un entorno seguro a través de entrenamiento y capacitación del talento humano en salud y todos los involucrados, evaluando los riesgos y seguimiento a eventos y/o incidentes adversos (16).

4.3 MARCO REFERENCIAL

4.3.1 Fundamentos de seguridad asistencial

Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas:

La teoría del error de Reason: Asume que el ser humano es falible, por lo que, pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más

resistentes a la producción de fallos menos proclives a la situación de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores (17).

La cultura de seguridad (CS): Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar (17).

4.3.2 Política nacional de seguridad del paciente

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente (3).

4.3.2.1 Objetivos de la política de seguridad del paciente

Los objetivos de la política de seguridad del paciente son, por un lado, direccionar a los prestadores y a los aseguradores en la prestación segura de la atención a los pacientes, por otro lado, evitar los eventos adversos, identificar y gestionar cuando ocurran. El tercer objetivo es la articulación entre prestadores, aseguradores y academia para garantizar estos objetivos. El cuarto objetivo es involucrar a los pacientes y a sus familias para que sean conscientes de los riesgos que existen en la atención, promoviendo atenciones seguras, correlacionadas con el cuidado en casa y el estilo de

vida saludable. El quinto objetivo es promover herramientas prácticas dentro de los hospitales para garantizar esa seguridad en el paciente (2).

4.3.2.2 Implementación de la política de seguridad del paciente

Apoyo de la alta dirección

Es fundamental porque implica el involucramiento en la seguridad de la Junta directiva y la Gerencia. Sin este apoyo, no se pueden iniciar las acciones que redundarán en el rediseño e implementación de los procesos y procedimientos institucionales. Como resultado de este apoyo, la seguridad es una prioridad gerencial, se convierte en un prerrequisito en el diseño de los procesos y se materializa en una política de seguridad del paciente, la Gerencia asigna un presupuesto económico para las actividades de seguridad, se conforma un equipo líder de seguridad, se da entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad del paciente, se capacita continuamente a los colaboradores en las prácticas seguras recomendadas y se implementan las acciones de mejora (3).

Análisis y gestión de riesgos

a. Análisis de modo y efecto de falla- AMEF

El AMEF es una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una potencial falla. Describe un grupo sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Por lo tanto, el AMEF completo y bien hecho, debe ser una acción antes del evento y no un ejercicio posterior a los hechos (3).

4.3.3 Eventos adversos

Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de

las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose (3).

4.3.3.1 Tipos de eventos adversos

Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

Evento adverso Prevenibles: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado (5).

Evento adverso no prevenibles: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (5).

4.3.4 Acciones inseguras

Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras por ejemplos de acciones inseguras tales como No monitorizar, observar o actuar, tomar una decisión incorrecta o no buscar ayuda cuando se necesita (2).

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente (2).

4.3.5 Protocolo Londres

El protocolo Londres es utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. Introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos (1).

Su implementación en el campo de la atención en salud se soporta en la experiencia que se tiene utilizándolo en otros sectores como la aviación, las petroleras, y el de la producción de energía nuclear, donde un resultado no esperado (accidente) usualmente es catastrófico. Por ello, la investigación exhaustiva para saber qué pasó, es mandatorio. Para su implementación exitosa se recomienda que, en lo posible, se aleje de la evaluación del desempeño individual y no genere procesos disciplinarios y retaliaciones, lo cual ocurre muy frecuente en nuestro sistema de salud (1).

Este modelo multicausal considera diferentes factores contribuyentes como son los del paciente, de la institución, de la gerencia, de la tarea y tecnología, del ambiente, del individuo y del trabajo en equipo. Los creadores del modelo recomiendan enfocarse inicialmente en los del paciente y su carga de enfermedad como los fundamentales para tener resultados no esperados. Identificado el factor contribuyente y priorizadas las causas por frecuencia e impacto, seguidamente nace la acción correctiva, la cual se vuelve preventiva a futuro (barrera) para evitar que el mismo evento se repita (1). A continuación, se describen los factores contribuyentes más comunes:

Tabla 1: Factores contributivos Protocolo Londres

FACTORES CONTRIBUTIVOS (1)		
PACIENTE	Edad.	Paciente de edad avanzada, o neonato, recién nacido o niño.
	Antecedentes.	Paciente con antecedentes clínicos de importancia.
	La complejidad de su enfermedad.	Paciente con varias enfermedades de base.
	La severidad de su condición clínica.	Paciente inconsciente.
	Sus factores sociales y culturales.	Paciente con creencias sociales o culturales que limitan la atención: omisión de información o no adherencia al tratamiento.
	Su personalidad.	Paciente ansioso.
	Su forma de comunicación.	Paciente que omite información.
DE LA TAREA Y TECNOLOGÍA	El diseño de la tarea y calidad de la estructura de la misma.	Procesos o procedimientos poco claros o incompletos o inexistentes o desactualizados o no socializados.
	La presencia de calidad de la información,	No contar con protocolos de atención, guías clínicas,

	socialización, disponibilidad y facilidad de consulta de guías, protocolos, y procedimientos misionales	manuales asistenciales, o con dicha información desactualizada o no socializada.
	La presencia, disponibilidad, estado de los equipos, y capacitación sobre los equipos.	Equipos en mal estado sin mantenimiento, personal que opera los equipos sin capacitación en el manejo de éstos.
DEL INDIVIDUO	Cansancio.	Personal asistencia, medico, enfermería, entre otros, con turnos de más de 16 horas.
	Somnolencia.	Personal asistencial somnoliento por carga laboral alta en múltiples organizaciones.
	Sus competencias técnicas y no técnicas	Personal asistencial sin actualización o con poca experiencia.
	Su estado de salud física y mental.	Personal asistencial estresado.
	Su actitud y motivación.	Personal asistencial desmotivado y poco comprometido
	La apropiación de lineamientos institucionales.	Adherencia a guías, manuales, protocolos, procedimientos, etc.

DEL EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se presta el servicio.	Entrega de turno sin comunicación de los eventos importantes o relevantes. No comentar entre los miembros del equipo que atiende las pautas terapéuticas y colaborativas requeridas.
	Falta de supervisión.	El supervisor del personal en entrenamiento no está disponible o la supervisión es deficiente. La falta de liderazgo del equipo. No hay un líder en el equipo que atiende o coordine o su coordinación es deficiente. Disponibilidad de soporte. No hay disponibilidad de profesionales para una interconsulta o solicitud de concepto terapéutico.
	La falta de liderazgo del equipo.	La falta de liderazgo del equipo. No hay un líder

		<p>en el equipo que atiende o coordina o su coordinación es deficiente.</p> <p>Disponibilidad de soporte.</p>
	Disponibilidad de soporte	No hay disponibilidad de profesionales para una interconsulta o solicitud de concepto terapéutico.
DEL AMBIENTE	Deficiencias en la infraestructura.	Camillas sin barandas, rampas sin antideslizantes, baños sin antideslizantes etc.
	La sobrecarga de trabajo.	Alto volumen de pacientes en el servicio de urgencias u oleadas de pacientes en ciertos momentos del día.
	Mezcla de habilidades.	Ambiente en el que se cuenta con personal con poca experiencia o en entrenamiento y pocos especialistas.
	El ambiente físico.	Falta de iluminación, ventilación, espacio reducido, sitio ruidoso.
	Patrón de turnos.	Turnos mal diseñados que afectan el ambiente de trabajo

	Clima Laboral	Ambiente laboral punitivo, con restricciones para la comunicación, deficiente relaciones con superiores. Nota: Si la restricción para la comunicación es con el equipo directo con el que se atiende un paciente es de tipo equipo de trabajo
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Deficiente estructura de los procesos de apoyo.	No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos o de apoyo claros o desactualizados o no socializados.
	Cultura organizacional, políticas y decisiones organizacionales.	organización cuya política es la compra de lo más económico afectando la calidad. Cultura de la rapidez, improvisación e inmediatez. Decisiones no tomadas o poco claras, inexistencia o deficiencia en los procesos de auditoría o seguimiento al

		cumplimiento de políticas y lineamientos institucionales.
	Recursos y limitaciones financieras.	Crisis financiera, falta de pago a proveedores por falta de disponibilidad de flujo de caja.
	Estructura organizacional.	Estructura deficiente, poco personal, personal con múltiples tareas
	Metas organizacionales.	Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente.
	Prioridades organizacionales.	Prioridades organizacionales no alineadas con la seguridad del paciente.
	Debilidades en la administración y gerencia.	Gerencias sin continuidad con cambios frecuentes, deficiencia en administración y gerencia.
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Factores externos a la organización como:	
	Economía del país.	Crisis económica del país.
	Regulación y normatividad que	Normatividad que restringe el uso de

	afecte la institución.	ciertos medicamentos y la disponibilidad en el mercado de los mismos.
	Actuaciones de entes externos como EPS o otras IPS.	No autorizaciones de las EPS, deficiente comunicación en remisión de pacientes entre la Red de la EPS.

Fuente: Tomado del Ministerio de salud y protección social Paquete instruccional Guía técnica para buenas prácticas y seguridad en la atención.

4.4 MARCO CONCEPTUAL

Las siguientes definiciones se encuentran relacionadas con el objetivo de la investigación (5).

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.

Atención en salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

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.

Falla de la atención en salud: Una deficiencia para realizar una acción pre-

vista 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.

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.

Factores contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

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.

4.5 MARCO NORMATIVO

A continuación, se presenta los aspectos legales referentes al tema de investigación

Ley 100 de 1993 Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia: El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten (18).

Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (19).

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (20).

Ley 1164 de 2007. La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos (21).

Ley 1438 de 2011. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, induyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (22).

Ley 1441 de 2013. La presente resolución tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de habilitación que deben cumplir: a) las Instituciones Prestadoras de Servicios

de Salud, b) los Profesionales Independientes de Salud, c) los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, y d) Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos (23).

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (1).

Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Conjunto de medidas diseñadas para asegurar y verificar la calidad de los productos y servicios, en las diferentes fases de los procesos de atención en salud, mediante el análisis de la estructura, el proceso y los resultados, que rinde cuentas a las partes interesadas (24).

Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (25).

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE Y DISEÑO

Esta investigación se realizó por medio de un enfoque cuantitativo ya que utiliza la recolección y análisis de datos para preguntas de investigación y probar hipótesis previamente establecidas, confía en la medición numérica el, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (26).

De igual manera fue un estudio de alcance descriptivo ya que midió de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir como es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas (26).

De acuerdo al número de ocasiones en que se colectan los datos sobre el fenómeno estudiado esta investigación fue de corte transversal ya que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (27). Además, se genera una revisión retrospectiva de la información.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Esta investigación evaluó la totalidad de eventos adversos reportados por el personal del servicio de hospitalización de la ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina sede Hospital Clarence Lynd Newball durante el primer semestre del 2022, que corresponde a un valor de

dieciséis (16).

5.2.1 Criterios de inclusión

Se considero como criterios de inclusión los eventos adversos reportados por el personal asistencial en el servicio de hospitalización y con información completa.

5.2.2 Criterios de exclusión

Se considero como criterios de exclusión los eventos adversos reportados por el personal asistencial en otros servicios diferentes a hospitalización y que no registren la información completa.

5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Inicialmente se realizó la solicitud para la autorización de revisión de base de datos e historias clínicas y aplicación de instrumento en la institución; mediante una carta dirigida a las directivas. Después de tener acceso se realizó la revisión de los eventos adversos reportados por el personal de hospitalización en el sistema de información de la institución y las historias clínicas relacionadas con los eventos con el acompañamiento de la persona líder en seguridad del paciente de la institución; esta información se registró en el instrumento que constó de una hoja de registro para evaluación de eventos adversos.

5.4 INSTRUMENTOS

Después de aprobada la solicitud de permisos para obtener la información, se procedió a la revisión de las bases de datos de reportes de eventos

adversos implementada en la institución, historia clínica de pacientes y se realizó el registro de la información a través de la aplicación de una hoja de registro construida en base a herramientas y literatura validada; tal como son los lineamientos adoptados por el ministerio de salud y protección social paquete instruccional “Guía técnica para las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (1) y en las Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (2).

El instrumento cuenta con siete columnas con listas desplegadas para el registro de fecha del evento adverso, servicio donde se desarrolló el evento adverso, descripción del suceso, acciones inseguras, factores contributivos asociados tales como paciente, tarea y tecnología, individuo, trabajo en equipo, ambiente, gerencia y organización, y contexto organizacional; y tipo de evento adverso prevenible o no prevenible. (Ver Anexo 1).

5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Después de realizar la recolección de la información se continuo con la tabulación de esta, en el programa de Excel mediante la técnica de frecuencia relativa en la cual se extraerá el número de veces que ocurre cada evento sobre el total de los eventos reportados con el propósito de llevar a cabo un análisis univariado aplicando medidas estadísticas; se presentaran los resultados a través de tablas y graficas que muestren de manera clara y validada la información objeto de investigación.

5.6 COMPONENTE ÉTICO

Esta investigación se considera según la resolución 8430 de 1993, una

investigación sin riesgo ya que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (28).

Esta investigación pretende evaluar los eventos adversos reportados por el personal asistencial en el servicio de hospitalización de la ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina a través de la aplicación de una hoja de registro construida en base a herramientas y literatura validada; buscando describir los factores contributivos y acciones inseguras que aportarían a la institución el desarrollo de estrategias que serán implementadas como barreras de seguridad.

5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo al tipo de investigación este proyecto no requirió la utilización de consentimiento informado ya que no se realizó ningún tipo de intervención en la población; el muestreo se realizó sobre las bases de datos e historias clínicas para lo cual se solicitó la autorización al representante legal para el acceso a la información y aplicación del instrumento.

5.8 OPERALIZACION DE VARIABLES

Tabla 2: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Evento adverso	Suceso no intencional que se genera durante la atención de salud	Eventos adversos reportados por el personal asistencial en el servicio de hospitalización.	Cuantitativa	Razón	Eventos adversos reportados por el personal en primer semestre de 2022
Causas inherentes Paciente	Patología del paciente que puede ocasionar un evento adverso	Condiciones identificadas propias del paciente como edad, factores sociales, como se comunica que contribuye al error	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje de Factores contributivos relacionados con el paciente
Tarea y tecnología	Toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error.	Aspectos relacionados con la disponibilidad de protocolos, socialización; tecnología ausente sin mantenimiento	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje de Factores contributivos relacionados con la tarea y tecnología
Individuo	Se refiere al equipo de salud	Ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje factores contributivos relacionados con el individuo.

Equipo de trabajo	Todas las conductas de equipo de salud	Comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje de factores contributivos relacionados con el equipo de trabajo
Ambiente	Referente al ambiente físico que contribuye al error.	Deficiencias en la infraestructura, la sobrecarga de trabajo, Mezcla de habilidades, El ambiente físico, Patrón de turnos, clima laboral.	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje de factores contributivos relacionados con el equipo de trabajo
Organización y gerencial	Referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error.	Deficiente estructura de los procesos de apoyo, Cultura organizacional, políticas y decisiones organizacionales, Recursos y limitaciones financieras, Estructura organizacional, Metas organizacionales. Prioridades organizacionales, Debilidades en la administración y gerencia	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje de factores contributivos relacionados con la organización y gerencial
Contexto institucional	Referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error.	Economía del país, Regulación y normatividad que afecte la institución, Actuaciones de entes externos como EPS o otras IPS.	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje de factores contributivos relacionados con la organización

Fuente: Elaboración propia

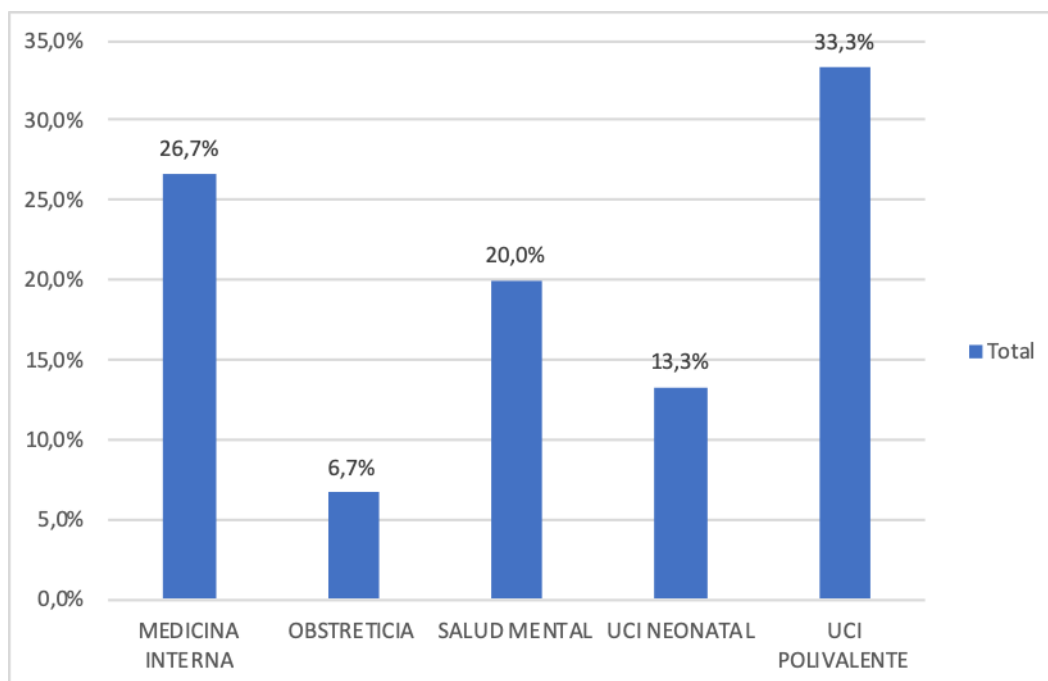
6. RESULTADOS Y DISCUSION

6.1 RESULTADOS

Los siguientes resultados se presentan de acuerdo a los ítems indagados en el instrumento aplicado en la investigación, que incluye la identificación de acciones inseguras y factores contributivos relacionados con los eventos adversos reportados tal como individuo, tarea y tecnología, equipo de trabajo, ambiente, paciente, organización y gerencia, contexto institucional en los 16 (dieciséis) eventos adversos reportados por el personal en el servicio de hospitalización de la ESE Hospital departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina durante el primer semestre del 2022.

6.1.1 Caracterización de eventos adversos

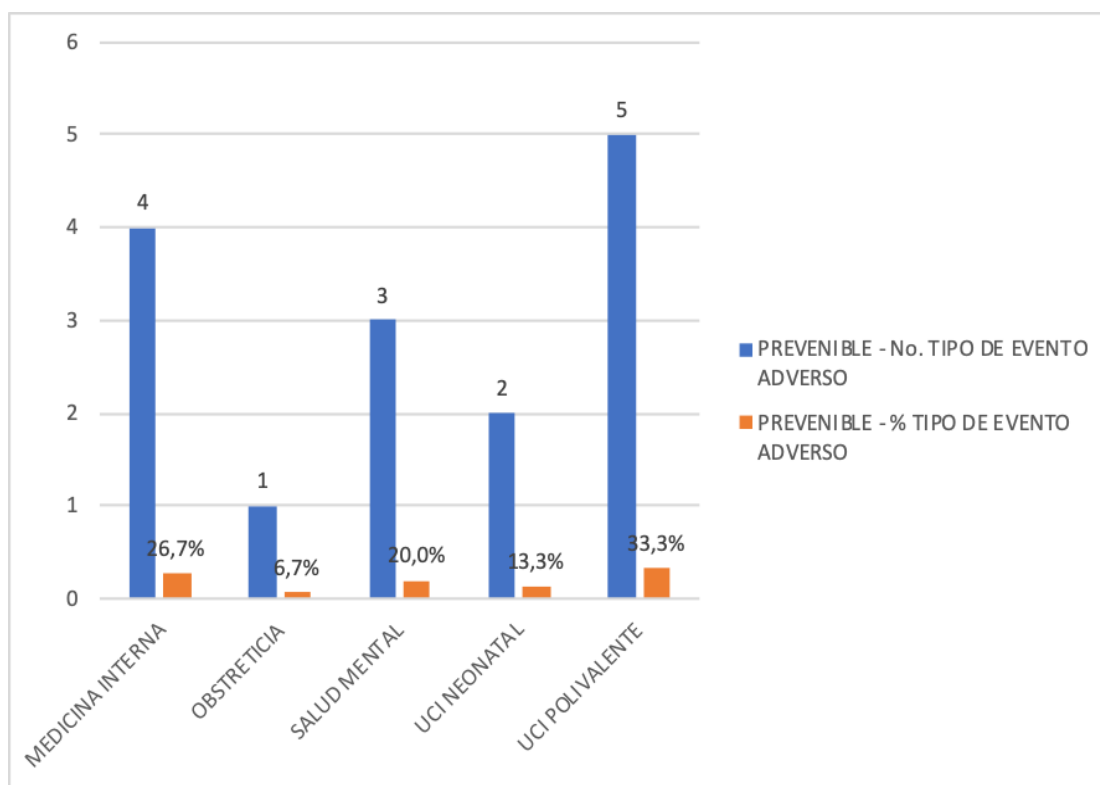
Grafica 1: Eventos adversos servicio de hospitalización



Fuente: Información recolectada en la hoja de registro aplicada

En la gráfica se observa que la unidad de cuidados intensivo (UCI) presenta un (33,3%) de ocurrencia de eventos adversos, seguido del servicio de medicina interna con un (26,7%); servicio de salud mental con (20%); servicio de unidad de cuidado neonatal (13,3%) y el servicio de obstetricia con (6,7%) del total de eventos presentados en el grupo de servicios de hospitalización.

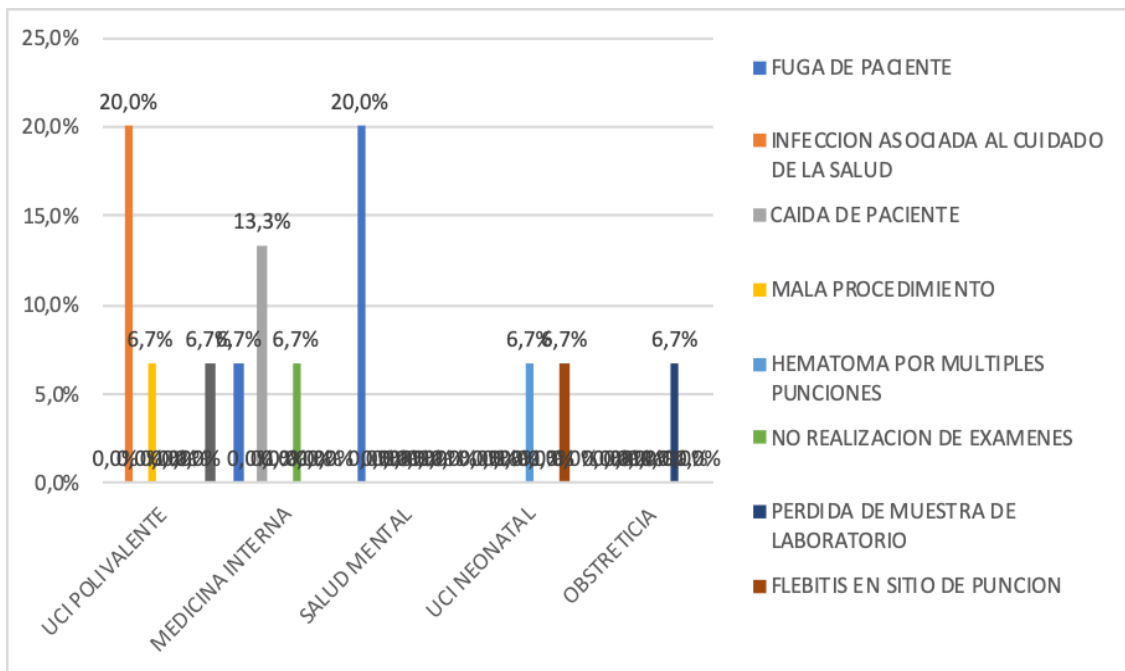
Grafica 2: Tipo de evento adversos prevenible y no prevenibles



Fuente: Información recolectada en la hoja de registro aplicada

De acuerdo al tipo de evento adverso prevenible y no prevenible se observa que todos los eventos adversos presentados fueron prevenibles.

Grafica 3: Causalidad de eventos adversos servicio de hospitalización

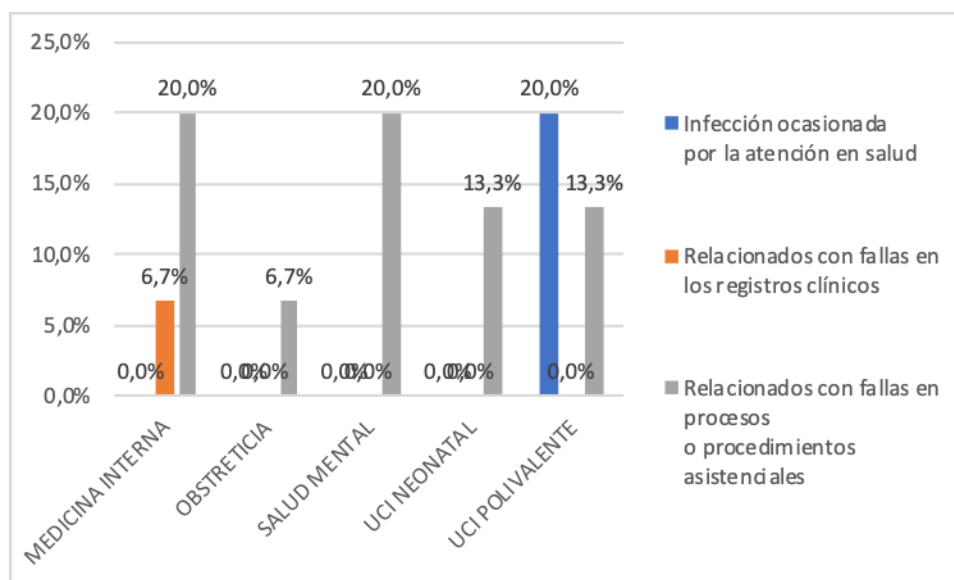


Fuente: Información recolectada en la hoja de registro aplicada

En cuanto a la descripción o causa del evento adverso la infección asociada al cuidado de la salud y la fuga de pacientes ocupan un primer lugar en proporción de ocurrencia de (20%); seguido de caída de pacientes que presenta una proporción de (13,3%); mal procedimiento, hematoma por múltiples punciones, no realización de exámenes, pérdida de muestras laboratorio y flebitis en sitio de punción les corresponde un (6,7%) para cada uno en todo el grupo de servicio.

6.1.2 Identificación de acciones inseguras relacionadas con los eventos adversos

Grafica 4: Acciones inseguras relacionadas con eventos

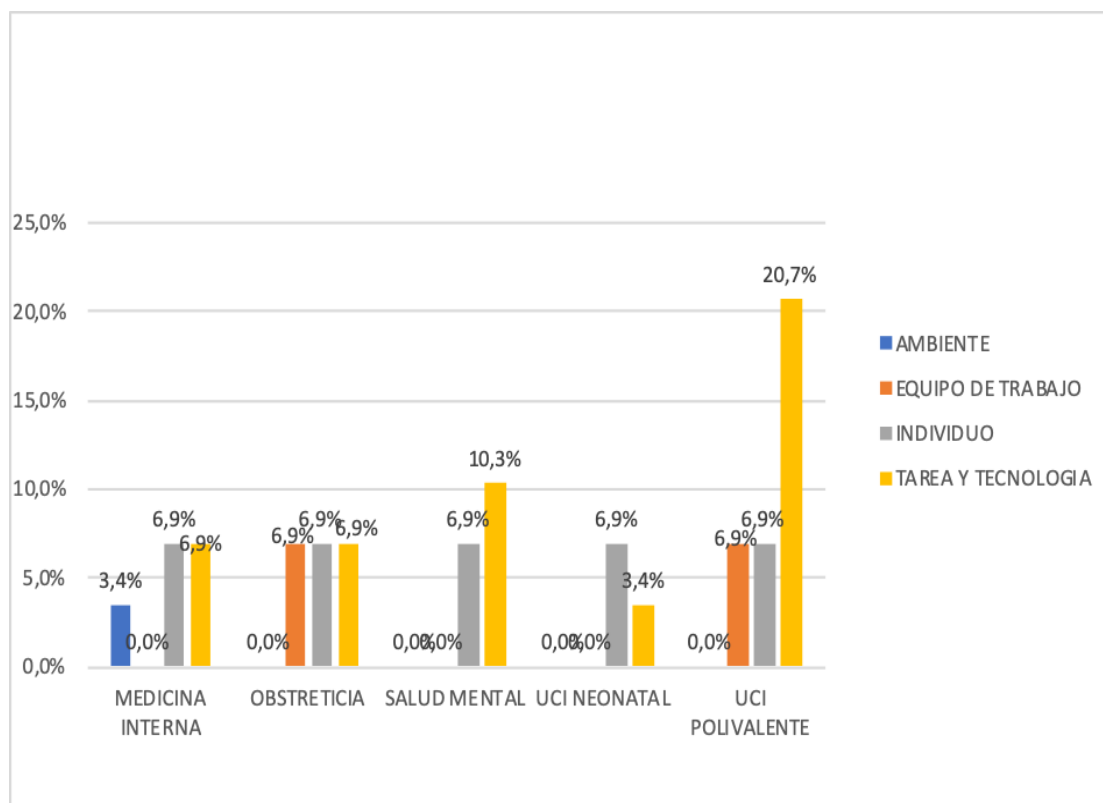


Fuente: Información recolectada en la hoja de registro aplicada

En cuanto a las acciones inseguras relacionadas con los eventos adversos se observa que las acciones inseguras relacionadas con fallas en procesos o procedimientos asistenciales tienen una proporción del (20%) en el servicio de medicina interna, (20%) en el servicio de salud mental, (13,3%) en el servicio de unidad de cuidado intensivo(Uci polivalente), (6,7%) en el servicio de obstetricia y un (13,3%) en la unidad de cuidados intensivo neonatal (para un (80%) en todo el grupo de hospitalización; las acciones inseguras relacionadas con infección ocasionada por la atención en salud se presentaron en el servicio de unidad de cuidados intensivo adulto(Uci polivalente) con una proporción del (20%); las acciones inseguras relacionadas con fallas en los registros clínicos se presentaron en una proporción de (6,7%) en el servicio de medicina interna.

6.1.3 Identificación de factores contributivos relacionadas con los de eventos adversos

Grafica 5: Factores contributivos relacionados con eventos adversos



Fuente: Información recolectada en la hoja de registro aplicada

La tarea y tecnología factor contributivo descrito en el protocolo Londres presenta una proporción en los servicios de unidad de cuidados intensivos (Uci polivalente) de (20,7%), para el servicio de salud mental(10,3%), para los servicios de medicina interna y obstetricia (6,9%) y para el servicio de unidad de cuidado intensivo neonatal un (3,4%) ; los factores contributivos relacionados con el individuo se presentaron con una proporción del (6,9%) en todos los servicios; el factor contributivo relacionado con el equipo de trabajo ocupa (6,9%) para los servicios de unidad de cuidado intensivo y obstetricia; además en el servicio de medicina interna se observa factores contributivos relacionados con el ambiente con (3,4%).

6.2 DISCUSIÓN

Las tres primeras causas de eventos adversos reportados por el personal fueron la infección asociada al cuidado de la salud, la fuga de pacientes y la caída de pacientes. La unidad de cuidados intensivo adulto (UCI) presentó el mayor porcentaje de los eventos adversos reportados con un (33,3%); donde las infecciones asociadas al cuidado de la salud son las de mayor frecuencia con un (20%). Esto hace relación al estudio “Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá”; en cuanto a la frecuencia de caracterización de los eventos adversos e incidentes se encuentra que el principal origen está relacionado con Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (laas) con 27 (46%) y 18 (31,5%) casos para evento adversos e incidente respectivamente (4).

De acuerdo al tipo de evento adverso prevenible y no prevenible se observa que todos los eventos adversos presentados fueron prevenibles; esto corrobora lo planteado por un estudio realizado en argentina donde de 146 eventos adversos identificados, solo 2,7% (4) fueron considerados como no prevenibles. Dentro de los eventos adversos prevenibles, el 43,8% fueron considerados como muy probablemente prevenibles. De los 144 eventos adversos considerados como prevenibles, el 80% se encuadra dentro de la categoría “secundario a errores durante el monitoreo del estado clínico o cuidados de enfermería”. La mayoría de los EA produjeron secuelas transitorias sin riesgo de muerte (65%); sin embargo, de las muertes ocurridas (n=8), la mitad fueron consideradas muy probablemente prevenibles (29). A diferencia de los eventos relacionados con el paciente los eventos adversos en su mayoría son prevenibles ya que esta relacionado con la no estandarización de procesos por diferentes factores como no la adherencia a protocolos, procedimientos sin documentar, la falta de dotación entre otras.

La infección asociada al cuidado de la salud y la fuga de pacientes ocupan un primer lugar en proporción de ocurrencia de (20%); seguido de caída de pacientes que representa una proporción de (13,3%); mal procedimiento, hematoma por múltiples punciones, no realización de exámenes, pérdida de muestras laboratorio y flebitis en sitio de punción les corresponde un (6,7%) para cada uno. Según el último informe del Instituto Nacional de Salud este tipo de infecciones ha aumentado en los últimos 10 años, cada vez por gérmenes más resistentes a la acción de los antimicrobianos, donde las infecciones asociadas al cuidado de la salud son las de mayor frecuencia con un (20%). Corroborando el estudio realizado en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá donde el principal origen de eventos adversos está relacionado con Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (laas) con 27 (46%) y 18 (31,5%) casos para eventos adversos e incidente respectivamente (4).

En cuanto a las acciones inseguras relacionadas con los eventos adversos se observa que las acciones inseguras relacionadas con fallas en procesos o procedimientos asistenciales tienen una proporción (80%) en todos los servicios de hospitalización, este resultado coincide con el registrado por el estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo de tres países, donde los eventos adversos relacionados con el cuidado directo del paciente, evidenciaron un porcentaje significativo para la presencia de úlceras por presión, la no aplicación de cuidados pautados y la flebitis. Los factores que desencadenaron estos eventos fueron los del sistema relacionado a la falta de adhesión a protocolos, guías y procedimientos (30). Las acciones inseguras en un 80% relacionadas con fallas en los procesos o procedimientos asistenciales refuerzan aun mas el tipo de eventos adverso prevenible que se presento en mayor proporción.

El factor contributivo relacionado con la tarea y tecnología se presenta en

mayor proporción en el servicio de unidad de cuidados intensivo adulto (Uci polivalivalente) con (20,7%) y para el servicio de salud mental y medicina interna (13,3%) cada uno; los factores contributivos relacionados con el individuo se presentaron con una proporción del (6,7%) para los servicios de medicina interna y unidad de cuidados intensivos (Uci polivalente); tal como se registró en el estudio “Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en unidades pediátricas de Cuidados Intensivos” los factores contributivos son aquellos que tuvieron más presencia en los eventos adversos reportados por el profesional de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, siendo específicamente los orientados a: la falta de supervisión, ausencia de guías y protocolos de cuidados, a la falta de habilidad y conocimiento del profesional, así como al estrés y carga de trabajo (9).

7. CONCLUSIONES

La mayoría de eventos adversos presentados fueron prevenibles esto es consecuente de las fallas en la tarea y tecnología que incluye el diseño de la tarea y claridad en la estructura; además de la disponibilidad y uso de protocolos. Se identificaron fallas en la comunicación, la falta de adherencia a protocolos y dotación e infraestructura.

La presencia de eventos adversos como infecciones asociada al cuidado de la salud, la fuga de pacientes y la caída de pacientes; aumentan los días de hospitalización y generan un incremento de gastos intrahospitalarios; además de que afectan la confianza de los usuarios y familiares hacia la prestación del servicio.

Fortalecer la cultura de seguridad del paciente y la actitud preventiva reduciría la ocurrencia de eventos adversos; además que mejorara el reporte de eventos adversos dado a la presencia de subregistro de notificación en el sistema de información de la institución.

Las acciones inseguras se encontraron asociadas al cuidado de la salud con fallas en procesos o procedimientos asistenciales, infección ocasionada por la atención en salud y a fallas en los registros clínicos; esto refuerza aun más la presencia de factores contributivos relacionados con la tarea y la tecnología.

8. RECOMENDACIONES

- Se sugiere a la institución la implementación dentro de sus procesos del instrumento utilizado en este estudio ya que permitirá un mejor entendimiento en el momento de realizar la investigación y análisis de caso de cada evento adverso de una manera más práctica y de fácil entendimiento para el personal.
- Las estrategias de implementación para disminuir el riesgo de ocurrencia de eventos adversos deben estar encaminadas hacia estandarización de procesos que incluya la capacitación permanente del personal y la medición de adherencia a los protocolos y guías institucionales; estas estrategias impactaran notablemente la economía de la institución; ya que estos eventos aumentan los costos en la institución.
- Se debe garantizar al personal la capacitación continua en política de seguridad del paciente que incluya la identificación de acciones inseguras dentro de la institución que favorezcan la ocurrencia de eventos adversos, el análisis y evaluación de los eventos adversos y la adecuada realización de acciones correctivas.
- Se debe estandarizar el programa de control de infecciones que incluya un adecuado manejo de prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud, incentivando el correcto lavado de manos y seguimiento a los procesos de limpieza y desinfección de la institución y la realización de cultivos de superficies e instrumentos dentro de las áreas.

- Mantener la medición constante de adherencia a los protocolos y guías adoptados y socializados en la institución al personal asistencial; fortaleciendo el proceso de aprendizaje organizacional.
- Incentivar en la institución pautas de trabajo en equipo reforzando una comunicación asertiva dentro de los equipos de trabajo y evaluando la adherencia a estas pautas de trabajo en equipo y comunicación; además se deben evaluar las cargas de trabajo que puedan influir en la ocurrencia de eventos adversos dentro de la institución.
- Estandarizar el proceso de identificación de riesgos en los pacientes que llegan a la institución tanto en manillas de identificación como en tableros dentro de las habitaciones y que de igual manera estos sean socializados en la entrega de turno.
- Se sugiere evaluar los procesos de seguridad y vigilancia y la infraestructura adecuada para el servicio de hospitalización en salud mental ya que el mayor número de eventos adversos de este servicio corresponde a la fuga de pacientes.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de salud y protección social. Paquete instruccional Guía técnica para buenas prácticas y seguridad en la atención. [citado de agosto de 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Monitorear-aspectos-claves-seguridad-paciente.pdf>
2. Ministerio de salud y protección social. Herramienta para la seguridad del paciente [citado agosto de 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
3. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. [citado junio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
4. Parra CV, López JS, Bejarano CH, Puerto AH, Galeano ML. Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; [citado de junio 2022] 35(2): 284-292 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2017000200286&script=sci_abstract&tlng=es
5. Ministerio de salud y protección social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [citado de junio de 2022] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluciòn%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
6. Allue Natalia, Chiarello Pietro, Bernal Enrique, Castells Xavier, Giraldo Prisila, Martínez Natalia, Sarsanedas Eugenia, y Francesc Colts. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Gac Sanit. 2014; [citado de junio de 2022] 28(1):48–54 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S02139111201400100009
7. Herrera Karen, Rodríguez Robinson, Barnett William mejoramiento del

- reporte y gestión de los eventos adversos hospitalarios utilizando la metodología epqi-kaizen. El salvador 2021[citado junio de 2022] 61-69 Disponible en : <https://www.lamjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/11822>
8. Mena Patricia, Error médico y eventos adversos, Chile. Rev Chil Pediatr 2008; citado de 2022] 79 (3): 319-326 Disponible en <https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79n3/art12.pdf>
 9. Hernández Alicia, Hernández Margarita, Barrientos Judith. Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en Unidades Pediátricas de Cuidados Intensivos. Rev. Mexicana de enfermería cardiológica 2015; [citado de junio 2022]23(3)110-117 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65363>
 10. Chapoñan Camarena, Arroyo Edgardo, Víctor Inteligencia emocional y eventos adversos del personal de salud del servicio de emergencia de un Hospital Público Nivel III. Peru, 2018 [citado junio de 2022]35-44 Disponible en: URI: <http://repositorio.upci.edu.pe/handle/upci/277>
 11. Carrillo Irene Mira Joaquín, Astier-Peña M. Pilar. Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad. Aten Primaria. 2020; [citado junio de 2022] 52(10):705-711 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720300718>
 12. Achury Diana, Rodríguez Sandra, Díaz Juan, Gómez Johana Angélica Gómez Angélica, Díaz Jorge, Rodríguez Sandra, Rodríguez Carmen, Castañeda Adriana. Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2017; [citado de junio 2022] 33 (2): 105-117 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000200105z
 13. Navas Jennifer Torres; Alvarado Paula, Gonzales Luis, Delgado Silvia, Domínguez Clara Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería. Revista Cubana de Enfermería 2015; [citado junio de 2022] 30(1) Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000400010&script=sci_abstract
 14. Martínez Cielo, Horta Murcia, Martínez Carmen, Osorio Sandra, Vinasco Julian Factores relacionados con los eventos adversos por medicamentos en niños hospitalizados en una institución de Salud en Sucre. 2018 [citado

- junio de 2022]35-62 Disponible en:
https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1213
15. Beltran Tulia, Rueda Alba. Caracterización de eventos adversos en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva en instituciones hospitalarias. Barranquilla, 2017. [citado junio de 2022]80-82 Disponible en:
<https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/5684>
16. Plan de desarrollo hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa catalina “La ESE para todos” 2021-2026. [citado en junio de 2022] Disponible en:
<https://www.sanandres.gov.co/index.php/transparencia/salud-publica/e-s-e-hospital-departamental-de-san-andres-providencia-y-santa-catalina>
17. Rocco Cristian, Garrido Alejandro Seguridad del paciente Cultura de seguridad del paciente. Rev.Med.Clin 2017. [citado junio de 2022]; 28(5)785-795 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
18. Ministerio de salud y protección social. ley 100 de 1993 [citado junio de 2022] Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
19. Ministerio de salud y protección social. Decreto 1011 de 2006 [citado junio de 2022] Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
20. Ministerio de salud y protección social. Ley 1122 de 2007 [citado junio de 2022] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf> ley 1122 de 2007
21. Ministerio de salud y protección social. ley 1164 de 2007 [citado junio de 2022] Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
22. Ministerio de salud y protección social. Ley 1438 de 2011 [citado en junio de 2022] Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

23. Ministerio de salud y protección social. Ley 1441 de 2013 [citado en junio de 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>
24. Ministerio de salud y protección social. Manual de acreditación [citado en septiembre de 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
25. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3100 de 2019. [citado en junio de 2022] Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resolución%20No.%203100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resolución%20No.%203100%20de%202019.pdf)
26. Hernández Roberto, Fernández Carlos, Baptista Pilar. Metodología de la investigación. McGraw-Hill / interamericana editores, S.A. DE C.V. 2014. [citado en junio de 2022] Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
27. Mtra. María Cristina Muggenburg Rodríguez V. y Mtra. Iñiga Pérez Cabrera. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Secretaria de Asuntos del Personal Académico de la ENEO-UNAM. México. 2007. [citado en junio de 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821004.pdf>
28. Ministerio de salud y protección social. Resolución 8430 de 1993 [citado en junio de 2022] Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
29. Barrionuevo Sandra y Esandi María. Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en la Argentina. Rev.2010 [citado en marzo de 2023];108(4)332-310. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2010/v108n4a04.pdf>
30. Achury Saldaña, Diana; Rodríguez, Sandra Mónica. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Rev 2016. [citado en marzo de 2023] 1-17 Disponible en: <file:///D:/30%20eventos%20adversos%20tres%20países.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de información

HOJA DE REGISTRO PARA EVALUACION DE EVENTOS ADVERSOS						
SEMESTRE	FECHA DEL REPORTE	SERVICIO	DESCRIPCION DEL SUCESO	FACTORES CONTRIBUTIVOS	ACCIONES INSEGURAS	TIPO DE EVENTO ADVERSO
2022						

Anexo 2. Plan de mejoramiento

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES				
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SALUD				
PLAN DE MEJORAMIENTO PROYECTO DE GRADO				
PROBLEMA	CAUSAS	NOMBRE DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCION	Descripción de las Metas (PHVA)	
Eventos adversos presentados durante el primer periodo del 2022 en el servicio de hospitalización relacionados con la infección asociada al cuidado de la salud, Fuga de pacientes y Caída de pacientes.	Fallas en la tarea y tecnología	Estandarización de protocolos y procedimientos del área asistencial y administrativa	P	Programar capacitación de protocolos relacionados con el cuidado del paciente, programa de infecciones , protocolo vigilancia institucional
			H	Socialización de protocolos institucionales
			V	Medición de adherencia a protocolo institucionales
			A	Toma de desiciones de acuerdo a los resultados
	Individuo	Planeación estratégica del talento humano	P	Estandarizar plan de bienestar e incentivos, verificar perfiles del personal.
			H	Implementar actividades del plan de bienestar e incentivos, realizar evaluación de perfiles de personal.
			V	Realizar medición de indicadores establecidos en el plan de bienestar e incentivos, verificación de resultados de evaluación de perfiles
			A	Toma de desiciones de acuerdo a los resultados
	Equipo de trabajo	Generar estrategias de trabajo en equipo y comunicación asertiva	P	Realizar cronograma de actividades de trabajo en equipo y comunicación asertiva
			H	Ejecutar las actividades planificadas en el cronograma
			V	Verificar la realización de las actividades y adherencia a estrategias de comunicación
			A	Toma de desiciones de acuerdo a los resultados
	Ambiente	Mejorar las condiciones de ambiente de trabajo como volumen de trabajo, mantenimiento de equipos , dotación del personal	P	Planificar evaluación de carga laboral y patrones de cambio, cumplir con cronograma de mantenimientos a equipos
			H	Realizar evaluación de carga laboral y patrones de cambio, Implementar planes de mantenimiento
			V	Verificar resultados de evaluación de carga laboral y patrones de cambio, seguimiento a planes de mantenimiento de equipos
			A	Toma de desiciones de acuerdo a los resultados



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

Universidad Católica de Manizales
Carrera 23 # 60-63 Av. Santander / Manizales - Colombia
PBX (6)8 93 30 50 - www.ucm.edu.co