

IMPACTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LA INCIDENCIA DE LOS EVENTOS
ADVERSOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DE LA CLINICA FARALLONES
S.A. ENTRE EL AÑO 2010 Y 2011

MONICA STELLA BARONA ARANGO

TANIA SOFIA CARO MARIN

GOLBER ESPAÑA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALEZ

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACION ADMINISTRACION EN SALUD

SANTIAGO DE CALI

2012

IMPACTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LA INCIDENCIA DE LOS EVENTOS
ADVERSOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DE LA CLINICA FARALLONES
S.A. ENTRE EL AÑO 2010 Y 2011

MONICA STELLA BARONA ARANGO

TANIA SOFIA CARO MARIN

GOLBER ESPAÑA

Trabajo de grado como requisito para optar al título de
Administración en Salud

Asesor

Richard Nelson Román M.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALEZ

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACION ADMINISTRACION EN SALUD

SANTIAGO DE CALI

2012

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, 20 de Octubre de 2012

DEDICATORIA

A nuestros Profesores por sus instrucciones, a nuestros familiares y amigos por su constante apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra Institución de Salud que contribuyo para el desarrollo de este estudio.

A los compañeros de trabajo por sus orientaciones y la facilitación de datos.

Al Profesor Richard Nelson Román M. por sus claras explicaciones que nos brindaron los elementos necesarios para mejorar este trabajo y culminar el proyecto.

A nuestros Docentes, por su espontáneo interés y colaboración en la consecución de este logro.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Introducción	15
1. Planteamiento del problema	16
2. Antecedentes.	17
3. Justificación.	19
4. Objetivo General	21
5. Objetivos Específicos	21
6. Marco Teórico	22
6.1 Los principios orientadores de la política de seguridad de Colombia	26
6.1.1 Enfoque de atención centrado en el usuario	26
6.1.2 Cultura de Seguridad	26
6.1.3 Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	26
6.1.4 Multi-causalidad.	27
6.1.5 Validez.	27
6.1.6 Alianza con el paciente y su familia	27
6.1.7 Alianza con el profesional de la salud	27
6.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE	27
6.2.1 ATENCIÓN EN SALUD:	27
6.2.2 INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA	27
6.2.3 FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD	28
6.2.4 RIESGO	28

6.2.5 EVENTO ADVERSO	28
6.2.5.1 EVENTO ADVERSO PREVENIBLE	28
6.2.5.2 EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE	28
6.2.6 INCIDENTE	28
6.2.7 COMPLICACIÓN	28
6.2.8 VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	28
6.2.9 BARRERA DE SEGURIDAD	29
6.2.10 SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO	29
6.2.11 ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO	29
6.2.11.1 RIESGOS:	29
6.2.11.1.1 Infección nosocomial:	29
6.2.11.1.2 Eventos centinelas:	29
6.2.11.1.3 Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas: Eventos adversos ocurridos durante	29
6.2.11.1.4 procedimientos diagnósticos invasivos.	30
6.2.11.1.5 Otros eventos adversos: caídas de los pacientes. (7)	30
6.2.11.1.6 Factores que incrementan los riesgos	30
6.2.11.1.7 Factores que disminuyen los riesgos	30
6.3 GENESIS DEL EVENTO ADVERSO	30
6.4 MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO	31
6.5 BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO	31
6.5.1 Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos	32
6.5.2 Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos	32

6.5.3	Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos	33
6.5.4	Metodologías para el análisis de los eventos adversos	33
6.5.5	Clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos	33
6.5.5.1	Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	34
6.5.5.2	Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	34
6.5.5.3	Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	34
6.5.5.4	Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	34
6.5.5.5	Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	34
6.5.5.6	Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	35
6.5.5.7	Tipo7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	35
6.5.5.8	Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales	35
6.5.5.9	Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	35
6.5.5.10	Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	36
6.5.5.11	Tipo 11: Caídas de pacientes	36
6.5.5.12	Tipo 12: Accidentes de pacientes	36
6.5.5.13	Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	36
6.5.5.14	Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	37
6.5.5.15	Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	37
6.5.6	Causas de los eventos adversos y eventos centinela	37
6.5.6.1	Fallas en la estructura	37
6.5.6.2	Fallas en el proceso	38
6.5.7	Prevención de los eventos adversos y eventos centinela	39
6.5.8	Prevención de los eventos adversos	39

6.5.9 Mejora continua de la calidad de la atención médica	40
6.5.10 Protocolos para el Manejo del Paciente y su familia cuando ocurre un EA	41
6.6 LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	42
6.6.1 ESTRATEGIA EDUCATIVA	42
6.6.2 ESTRATEGIA PROMOCION DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES.	42
6.6.3 ESTRATEGIA COORDINACIÓN DE ACTORES.	42
6.6.4 ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN	43
6.7 PRACTICAS SEGURAS PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS	43
6.7.1 Política Institucional de Seguridad del Paciente	43
6.7.2 La Política Institucional de Seguridad del Paciente	44
6.7.3 Promoción de la cultura de seguridad	44
6.7.4 Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente	44
6.7.5 Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo	45
6.7.6 Reporte	45
6.7.7 Análisis y gestión	45
6.7.8 Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador	45
6.7.9 Procedimientos de referencia de pacientes:	45
6.7.10 Procedimientos para la autorización de servicios:	46
6.7.11 Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente	46
6.7.12 Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS:	46
6.7.13 Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios:	46
6.7.14 Estandarización de procedimientos de atención	46

6.7.14.1 Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente	46
6.7.14.2 Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:	47
6.7.14.2.1 Guías clínicas	47
6.7.14.2.2 Medicina basada en evidencias	47
6.7.14.2.3 Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares	48
6.7.14.2.4 Competencia profesional	48
6.7.14.2.5 La práctica de la clínica	49
6.7.14.2.6 Expediente clínico	49
6.7.15 Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes:	49
6.7.16 Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos	50
6.7.17 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente	50
6.7.18 Del servicio	50
6.7.19 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud	50
6.8 INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES	51
6.8.1 Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	51
6.8.2 Prevenir el cansancio del personal de salud;	51
6.8.3 Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado	52
6.8.4 Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.	52
6.9 INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD	52

6.9.1 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención	53
7. Variables	54
8. Diseño Metodológico	61
9. Aspectos Éticos.	62
10. Cronograma	63
11. Resultados y Análisis	64
12. Conclusiones	76
13. Recomendaciones	77
Referencias Bibliográficas	78
Anexos	80

LISTA DE TABLAS

	Pág.
1. Tabla No 1 EVENTOS ADVERSOS AÑO 2010 VS 2011	64
2. Tabla No 2 RECURRENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS	66
3. Tabla No 3 RECURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS POR PACIENTE	68
4. Tabla No 4 ESTANCIA PROLONGADA ASOCIADA A EVENTOS ADVERSOS	68
5. Tabla No 5 IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO, EN TERMINOS DE MORTALIDAD	70
6. Tabla No 6 IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO EN TERMINOS DEL PROMEDIO DE ESTANCIA SEGÚN PATOLOGIA	71

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
1. Grafica No 1 EVENTOS ADVERSOS AÑO 2010 VS 2011	64
2. Grafica No 2 NUMERO DE CASOS Vs TIPO DE EVENTO ADVERSO	66
3. Grafica No 3 RECURRENCIA EVENTOS ADVERSOS AÑO 2010 Vs 2011	67
4. Grafica No 4 ESTANCIA PROLONGADA AÑO 2010 Vs 2011	69
5. Grafica No 4 PROMEDIO SOBREESTANCIA AÑO 2010	72
6. Grafica No 5 PROMEDIO SOBREESTANCIA AÑO 2011	72
7. Grafica No 5 PROMEDIO SOBREESTANCIA AÑO 2011 Vs. 2010	73
8. Grafica No 6 IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO EN TERMINOS DEL PROMEDIO	
9. DE ESTANCIA SEGÚN PATOLOGIA AÑO 2010 Y 2011.	74

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo A	Costos UCI Pediátrica
Anexo B	Ficha Técnica
Anexo C	RIPS 2010 vs 2011

INTRODUCCION

La seguridad del paciente durante la prestación de servicios de salud en todas las fases de la atención médico asistencial, se convierte hoy en día en un pilar fundamental en la gran mayoría de las instituciones prestadoras de servicios de salud, dado a su alto valor en términos de confiabilidad en la atención y rentabilidad económica. Entendiendo por seguridad del paciente 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. Es por ello que la priorización de la seguridad del paciente debe estar encaminada no solamente a minimizar los eventos adversos ocasionados durante la atención, sino también de propender la evitabilidad de ocurrencia de eventos similares presentados con anterioridad, ya que su presencia en la atención en salud, genera inquietud en relación a la posible vulnerabilidad en la seguridad de las personas que se encuentran bajo la intervención de procesos y procedimientos en instituciones prestadoras de servicios de salud.

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. Pero existen aún controversias y posiciones antagónicas que surgen por varios motivos: definiciones deficientes o incompletas, diferentes aproximaciones al error humano, variadas metodologías de detección, poca cultura de reporte, evaluación, análisis e investigación. Por estas razones y con el fin de lograr tener un impacto positivo en el programa de seguridad del paciente, se debe aprovechar la información que se obtenga del instrumento de reporte o recolección de datos de eventos adversos para ser clasificada según el tipo de evento trazador y según el efecto causado en el paciente, para poder establecer la base de un posterior análisis y toma de conductas para minimizar los riesgos o evitar en su totalidad los eventos adversos. Los factores contributivos relacionados con la ocurrencia de eventos adversos, constituyen el reto mayor en la prevención y manejo de estos, dado que pueden ser identificados y determinados durante el proceso de análisis de cada caso, sino que también determinar los factores relacionados inherentes al paciente y a su estancia hospitalaria. El objetivo de evaluar el impacto del programa de seguridad del paciente, en la incidencia de los eventos adversos reportados de la unidad de cuidados intensivos pediátricos de la Clínica Farallones entre el año 2010 y el año 2011, mediante la identificación de los eventos de mayor recurrencia, los principales factores contributivos, la mortalidad, evitabilidad y promedio de estancia según patología, permitirá diseñar, plantear e implementar nuevas estrategias de intervención que contribuyan a la prevención de la ocurrencia de los mismos y por tanto incrementar la seguridad y el principio de no maleficencia en la atención en salud. También permitirá definir nuevas políticas y normatividad de estancia hospitalaria que beneficie el cuidado, seguridad y confiabilidad del paciente durante su permanencia en la institución y las aseguradoras

y la Clínica tendrán costo efectividad en la atención, un mayor reconocimiento, imagen y competitividad frente a otras instituciones.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿CUAL ES EL IMPACTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO DE LA CLINICA FARALLONES ENTRE EL AÑO 2010 Y EL AÑO 2011?

Actualmente a nivel mundial solo existen sistemas para el Registro y Gestión de Eventos Adversos, sin embargo no existen Sistemas de vigilancia, y de Evaluación del Impacto de los Programas de Seguridad del Paciente. En la Clínica Farallones (Uci Pediátrica) existe un programa de seguridad del paciente, que se limita a los datos estadísticos y no al análisis, el cual no alcanza el propósito de una política de seguridad. En este programa solo se reportan datos estadísticos (Numero de eventos adversos reportados, número de incidentes reportados, evento adversos e incidentes gestionados, numero de eventos clasificados) y no se realiza análisis de los eventos adversos y las consecuencias ocasionadas en los pacientes (morbimortalidad, estancias prolongadas, etc.) que garanticen la seguridad del paciente y orienten a la institución en los planes de mejoramiento y se eviten demandas institucionales. Los planes de acción planteados por los líderes de cada servicio no son efectivos ya que se presenta recurrencia de los eventos. Las propuestas de los líderes de cada servicio relacionadas con el análisis de los eventos presentados, no son analizadas y socializadas en el programa de seguridad con el fin de estructurar y unificar un plan de gestión óptimo enfocado en los eventos que se presentan con mayor frecuencia. Falta compromiso de la Gerencia y las Directivas en el seguimiento de los eventos adversos. El recurso económico es limitado para el programa de seguridad del paciente, este es liderado y analizado exclusivamente por los Coordinadores de cada Servicio, los eventos adversos, incidentes, etc., son reportados, clasificados y sus respectivos planes de acción son realizados por los líderes de cada servicio, soportes desconocidos por todos los representantes del comité. Falta un cronograma de actividades del programa de seguridad del paciente. El programa de seguridad del paciente no impacta en los colaboradores de la institución, Falta la ejecución de rondas de seguridad y falta compromiso de los integrantes administrativos del comité de seguridad del paciente.

2. ANTECEDENTES

CARACTERIZACION CLINICA FARALLONES S.A. (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS)

La Clínica Materno Infantil nace como proyecto en el año 1991 impulsado por el interés de un grupo de pediatras especializados, interesados en gestar una institución enfocada básicamente en la atención del niño. Gracias al aporte de 21 socios se logra dar inicio al proyecto y desarrollar una institución prestadora de servicios de salud fundamentada en el mejoramiento continuo y enfocado en el área Materno Infantil.

Entre 1991 y 1993 se llevan a cabo los estudios de factibilidad económica, localización, aceptación y proyecciones técnicas y financieras. En Octubre de 1993 se constituye legalmente la sociedad. En Enero de 1994 se inicia la construcción de la Clínica Materno Infantil Los Farallones conformada por una torre de consultorios médicos y una torre de servicios clínicos financiada por nuevos socios que se unieron al proyecto.

Para mediados de 1996 se inaugura la torre de consultorios y en este año, cuando la Cooperativa Médica del Valle (COOMEVA), brinda un apoyo decisivo al vincularse como principal accionista permitiendo agilizar y culminar exitosamente la segunda fase de la obra civil: la torre Clínica.

Se realizó apertura de los principales servicios clínicos el día 5 de Enero de 1998, y la inauguración oficial de esta segunda fase el día 12 de Febrero del mismo año.

La Clínica debido al sismo del 15 de Noviembre de 2004, logró sostener su estructura Administrativa con los valores anticipados por la compañía de seguros, mientras se lograba la conciliación final de la indemnización del edificio, la cual fue lograda a finales del mes de Agosto de 2005 y sobre la que se realizaron los desembolsos finales para mediados del mes de Septiembre del mismo año.

La Clínica Los Farallones S.A. Re-anudó sus operaciones asistenciales parcialmente a partir del 23 de Mayo del año 2005 en las instalaciones en el Edificio Santillana, inicialmente abrió los servicios de Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y Pediátrico, **La Uci Pediátrica abrió con 7 cubículos.**

Posteriormente a mediados de Junio los servicios de Cirugía con la apertura de cinco quirófanos en el 2 piso y de Hospitalización en el Tercer Piso; adicionalmente **se realizó apertura del servicio de Unidad de Cuidado Intensivo Adulto a mediados del mes de Agosto del año 2005 en el Tercer piso con un Numero de 4 Cubículos y posteriormente se amplió a 9 cubículos;** y el servicio Alto Riesgo Obstétrico en Febrero de 2006 en el piso once de ésta sede.

El 04 de Diciembre de 2006 la Clínica cambio su razón social de Clínica Materno Infantil Los Farallones a Clínica Farallones S.A., este cambio obedeció principalmente a la ampliación del portafolio de servicios de la institución dirigido a todo el grupo familiar. Así mismo el día 27 de Junio de 2007 la Junta Directiva aprobó el cambio de imagen de la Clínica.

El 22 de diciembre del 2006 se culminó el proceso de auditoría de certificación con BVQi Colombia Ltda.; y el día 20 de Marzo de 2007 en Asamblea Ordinaria se recibió el certificado del Sistema de Gestión de la Clínica bajo la norma ISO 9001:2000, con el alcance: "Comercialización y Prestación

de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad en Cirugía, Cuidado intensivo e intermedio Neonatal, Pediátrica y Adultos, Alto Riesgo Obstétrico y Hospitalización” emitido bajo la marca Bureau Veritas Certificación.

En el mes de Septiembre del 2007 la Clínica reanuda la prestación del servicio en la sede principal ubicada en la Carrera 50. **La Uci Pediátrica aumenta el número de cubículos a nueve, dos de ellos con aislamiento respiratorio, servicio no habilitado en la anterior sede, aumenta el número de profesionales en Enfermería total de 6, auxiliares de Enfermería 10, 2 Terapeutas Respiratorias, y 3 Fisioterapeutas,**

La Clínica cuenta actualmente con un amplio portafolio de servicios de nivel III y IV que permite brindar atención integral a toda la familia. Dentro de esta atención cuenta con 180 Médicos especialistas en todas las áreas y tiene como permanente objetivo la excelencia en la calidad de servicio a sus clientes internos y externos.

Los usuarios de sus servicios son: Particulares, Beneficiarios de Medicina Pre-pagada, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y Administradoras de Riesgos Profesionales (A.R.P). Dentro de sus principales competidores tenemos el Centro Medico Imbanaco, Clínica Valle del Lili, Centro Médico Occidente, Centro Médico Los Remedios, Clínica Comfandi - Tequendama y Clínica Sebastián de Belalcázar.

La Institución maneja una filosofía de mejoramiento continuo de la calidad y se fundamenta en el principio de que la calidad de la institución es el reflejo de la calidad humana de quienes la conforman, la excelencia en la Calidad del servicio humanizados y seguro para sus clientes internos y externos constituye su permanente objetivo; cuenta con tecnología de punta ubicándose de esa manera a la altura de las mejores de Colombia y Sudamérica.

El 15 de Diciembre de 2009 se culminó el proceso de auditoría de recertificación bajo la norma ISO 9001:2008 con el ente certificador Bureau Veritas Certificación.

3. JUSTIFICACION

La seguridad del paciente se considera un indicador importante en la calidad de la atención, un evento adverso es una situación inesperada, lesiva para el paciente producto de la relación de este con el equipo de salud, el contexto hospitalario, la actividad y la condición humana. La aparición de un suceso de este tipo condiciona negativamente la calidad en la atención en Salud.

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. Por lo tanto para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención. Una estrategia institucional orientada hacia la mejora de la seguridad del paciente, debe desplegarse de manera sistemática, y mediante la implementación de herramientas prácticas.

Los eventos adversos aumentan la morbimortalidad de los pacientes, generan mayores tiempos de estancia, mayores costos, desconfianza, stress, pérdida de imagen institucional, etc. La mayoría de los eventos adversos son o pueden ser prevenibles, los errores pueden evitarse si se diseñan sistemas que hagan que sea difícil equivocarse y fácil hacer las cosas bien. Por lo anterior se debe conocer y establecer que factores predisponen a la aparición de errores y sus consecuencias en el paciente o en la institución. La investigación pretende ahondar en los eventos adversos presentados durante los años 2010 al 2011, conocer sus causas y consecuencias, resultados que permitirán establecer mecanismos de prevención que eviten la aparición de los eventos adversos, fortaleciendo el programa de seguridad del paciente. En la Clínica Farallones existe un programa de seguridad del paciente, que se limita a los datos estadísticos y no al análisis el cual no alcanza el propósito de una política de seguridad.

El propósito de este trabajo es Motivar a la alta gerencia de la institución y el comité de seguridad del paciente para que el programa de todos seguros, demuestre y sea explícito en el compromiso

con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro que promueva una transformación hacia una cultura de seguridad, donde La política de seguridad de la Clínica Farallones procure establecer en forma clara los propósitos de su formulación al establecer una atención que inicie con el compromiso de la Gerencia y la Dirección Médica y Administrativa hacia todos los actores responsables, en la sensibilización, promoción, concertación y coordinación de acciones de impacto que realmente alcancen logros efectivos en la prevención del evento adverso y disminución de los riesgos en la atención en salud, y Proveer información para el desarrollo de planes de mejoramiento por parte de las directivas de la institución, que den aplicabilidad a la normatividad con relación a los eventos adversos reportados y su incidencia a partir de la identificación y análisis de los mismos.

Conocer el impacto del programa de seguridad del paciente frente a la incidencia de los eventos adversos al establecer los factores que predisponen la aparición, sus consecuencias y acciones tomadas, será una información que de manera directa podrá ser utilizada en mecanismos de prevención que eviten la aparición de los eventos adversos y que por los mismos permitan perfeccionar los procesos y mejorar la calidad de la atención, basados en un programa de seguridad con estrategias solidas que se oriente hacia la mejora continua de la seguridad del paciente, el cual se despliegue de manera sistemática en los integrantes del programa, y mediante la implementación de herramientas prácticas.

El recurso humano para esta investigación son los integrantes del grupo de estudiantes de la especialización Administración en Salud, los pacientes, los líderes de las Unidades Estratégicas de Negocio (UEN), la historia clínica electrónica (Dinámica Gerencial), Sistema interno institucional de recolección de la información, Universidad Católica de Manizales. Las instituciones o dependencias que apoyaran el estudio estarán definidas por La Clínica Farallones, la Gerencia y la Dirección Administrativa, los responsables del programa Todos Seguros y los líderes de las UEN. Esta investigación beneficiará a los pacientes porque les brindará mayor confiabilidad y seguridad durante su atención, las aseguradoras disminuirán los costos y la Clínica lograr reconocimiento, imagen y competitividad frente a otras instituciones de salud.

4. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto del programa de seguridad del paciente, en la incidencia de los eventos adversos reportados de la unidad de cuidados intensivos pediátricos entre el año 2010 y el año 2011.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los eventos adversos que se presentaron en la Uci Pediátrica en el año 2010 y año 2011.
2. Identificar los eventos adversos que se presentaron con mayor recurrencia en el año 2010 y año 2011.
3. Identificar los principales factores que contribuyen en la recurrencia de eventos adversos en el año 2010 y año 2011.
4. Determinar el impacto del evento adverso, en términos de mortalidad y evitabilidad en el año 2010 y año 2011.
5. Determinar el impacto del evento adverso en términos del promedio de estancia según patología en la uci pediátrica año 2010 y 2011.
6. Determinar incidencia de eventos adversos de la unidad de cuidados intensivos para el año 2010 y año 2011.

6. MARCO TEORICO

Desde los escritos de Hipócrates, el ejercicio de la Medicina se ha soportado en la premisa de “primero no hacer daño”, por ello, las intervenciones de atención en salud se realizan siempre con el propósito de producir beneficio a los pacientes, sin causar daño, sin embargo, este se presenta con frecuencia. La atención en salud involucra un proceso complejo donde interaccionan seres humanos con características diferentes en un entorno organizacional y una cultura específica. Factores en la atención como el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y el aprendizaje colectivo, juegan un papel determinante para lograr el éxito. De esta manera, su presencia o ausencia puede aportar beneficios importantes al paciente o, en contraste, también puede generar riesgos que aumentan la probabilidad de ocurrencia de un daño colateral al paciente. La literatura publicada en referencia a la Seguridad del Paciente muestra un problema de tal magnitud que ha llevado a algunos autores a considerarlo como la nueva epidemia del siglo 21 y conmina a todas las instituciones de salud a trabajar en pro de la seguridad de la atención. A partir de los años 50 y 60 del siglo pasado, algunos estudios mencionan el término evento adverso, como un resultado clínico que es adverso al esperado y que es causado por el cuidado asistencial. A lo largo de la historia se ha estudiado el tema de seguridad clínica desde diferentes perspectivas pero solo hace pocas décadas se ha prestado real atención a lo que representa hasta darle la prioridad que tiene actualmente. (11)

Estudios desde los años 60 sobre los errores médicos y la seguridad clínica, fueron adelantados y finalmente publicados en el informe de (1999) del Institute of Medicine. (Elihu Schimmel, Hazards of Hospitalization, Universidad de Yale 1964; Harvard Medical Practice Study 1984). (2)

Desde 1990 a partir de la experiencias en las aerolíneas, donde debido a los diferentes eventos acontecido se instauran estrategias que permiten aplicar procesos con respecto a seguridad de los pasajeros, conociéndose una problemática similar en las instituciones de salud, dado que los pacientes sufren daño al recibir atención y existe poco conocimiento sobre la magnitud de esta problemática, es entonces cuando se inicia un proceso enfocado a mejorar la seguridad del paciente durante el cuidado brindado por el personal de salud. (2)

El estudio de mala práctica médica de la Universidad de Harvard reportó en 1991 que aproximadamente 100.000 pacientes mueren cada año como producto de este fenómeno. Otras

investigaciones en Australia, Nueva Zelanda, y el Reino Unido e Irlanda del Norte han corroborado la magnitud del problema.

(2) "Patient Safety: A Mapping of the Research Literature."

(11). Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud Ministerio de la Protección Social. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Bogotá D.C., Diciembre de 2007

El informe "To err is human: building a safer health system" del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, puso el problema en la agenda de los políticos de ese país y del resto del mundo. Hoy, otros países, como Canadá, Dinamarca, los Países Bajos, Suecia, España y México entre otros, estudian seriamente el problema.

A raíz de estos estudios y en el ámbito de la investigación, ha surgido una serie de conceptos encaminados al entendimiento y comprensión del problema, al igual que su clasificación y relación con el error humano.

Esto ha llevado a que los sistemas de salud de diferentes países en el mundo entero estén tratando de fortalecer la práctica médica para hacerla más segura con lo cual se minimice la probabilidad de que al mismo tiempo que se busca beneficiar al paciente, se le produzca una lesión. Simultáneamente organismos multilaterales internacionales han puesto al problema de seguridad de la atención en el tope de sus prioridades para promover efectivamente la salud y calidad de vida de la población.

Sólo hasta el año 2000, con la publicación "Error es humano" del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se empezó a analizar en más detalle el tema y a buscar eventos adversos prevenibles; hoy, la seguridad del paciente es una preocupación universal (dado que a diario se producen en los hospitales fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo). (11)

Colombia trabaja de manera seria y metódica en el mejoramiento de la seguridad del paciente, pero para hacer efectiva la estrategia de seguridad del paciente se necesita acciones concretas que materialicen los propósitos en resultados tangibles que beneficien al paciente, algunas de las acciones han sido:

- Desde el 2004, el Ministerio de la Protección Social tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le llamó en ese momento; se hicieron reuniones de consenso en diferentes partes del país y se promovieron los procesos de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones.
- En ese mismo año, con la colaboración de ICONTEC, se estableció como prerrequisito necesario para aplicar a la acreditación en salud, que la institución demostrara que desarrollaba procesos de vigilancia de los mencionados eventos.
- Dos años más tarde, en 2006, la evaluación del proceso mostró avances tangibles que llevaron a tomar la decisión de extender a todo el país la estrategia; lo cual se hizo mediante la expedición de la Resolución 1446 de 2006. El tema de la Seguridad del Paciente es complejo. La estrategia de Seguridad del Paciente requiere acciones coordinadas y, sobre todo, un importante cambio cultural en las organizaciones y en el país, y exige amplia concertación. (11)

(6) Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. Sergio Luengas. Viasalud 2008. 43:2-5

(11). Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud Ministerio de la Protección Social. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Bogotá D.C., Diciembre de 2007.

En Colombia se impulsa una política de seguridad del paciente como parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, donde se pretende establecer la normatividad, la participación de los actores que intervienen en el proceso (trabajador de salud, paciente y familia), la metodología de identificación del eventos adversos, el análisis de este y el plan de mejora.

El sistema de acreditación, tiene como propuesta enfatizar en el concepto de seguridad, lo cual ha sido posible a través del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC), la unidad sectorial de normalización en salud y el ministerio de la protección social. En la actualidad hay múltiples instituciones prestadoras de servicios de salud que promueven diferentes estrategias y actividades internas para abordar el tema de la seguridad del paciente. Estas incluyen diseño de políticas, implementación de rondas de seguridad, mediciones de cultura, estrategias de reporte y análisis de eventos adversos e intervenciones en riesgos específicos. (6)

Se inicia pues la realización de diversos estudios en países desarrollados donde se evidencia que los eventos adversos se producen en el 10% de los pacientes hospitalizados (3), la tasa de reporte de EA era del 16,6% (4) y que uno de cada 10 pacientes sufre daños que se pueden evitar. (5)

Los resultados evidenciados de estos estudios llevaron a que la OMS lanzara en el 2005 el programa “la alianza mundial para la seguridad del paciente”, donde se presentan guías para el reporte de los eventos adversos, pautas para el mejoramiento de la seguridad del paciente y se promueve la investigación en el tema, en países en desarrollo. (6) La “**Alianza mundial para la seguridad del paciente**” busca estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores. (11)

Posterior a esto, se destacan investigaciones documentadas en España, donde en el 2005 y con la participación de 306 hospitales se realiza el estudio ENEAS (Estudio Nacional Efectos Adversos), que muestra como la mayoría de los eventos adversos están relacionados con la medicación, los procedimientos realizados durante la hospitalización y la infección intrahospitalaria, generando como consecuencia estancia prolongada y reingreso de los pacientes. Otro aporte importante se realizó a través del estudio APEAS donde se analiza la frecuencia y tipo de eventos adversos que se presentan en la atención primaria en los centros de salud, que incluyen atención médica y de enfermería, concluyendo que:

(3) fifty-fifth world health assembly (WHO). An organization with memory (R.U.). 2000

(4) Medical Journal of Australia – Quality in Australia Healthcare study. 1195. 163:458-471

(5) Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. OMS. 2005.

(6) Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. Sergio Luengas. Viasalud 2008. 43:2-5

(11). Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud Ministerio de la Protección Social. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Bogotá D.C., Diciembre de 2007.

- La practica en atención primaria es segura (baja frecuencia de EA predominando los de carácter leve)
- Dado que la frecuencia de atención primaria en España es alta, se considera que 7 de 100 ciudadanos podrían verse afectados.
- Entre un 70 a 80% son EA evitables.
- La etiología de los EA es multicausal. (6)

Hoy las IPS encuentran dificultades acerca de cómo detectar y disminuir el riesgo en la atención, y brindar mayor seguridad. Aunque hay limitaciones económicas en el país para desarrollar la investigación, y fomentar las inversiones en tecnología, que aumenten la seguridad del paciente, contamos con una ventaja y es que el tema de seguridad del paciente permite que, aun con poca inversión económica, se pueda ser mucho más seguro. 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.

La estrategia de seguridad propende porque cada vez nuestras instituciones y nuestros profesionales sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y a prevenirlos instaurando progresivamente la cultura de seguridad del paciente.

Es congruente con la tendencia mundial en calidad en salud y se da como consecuencia del avance del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud normado por el Decreto 1011 de 2006 que hace énfasis en los resultados que se consiguen en el paciente, y es posible, de ser desarrollada por el buen nivel técnico-científico de nuestros profesionales de la salud. Ya hemos obtenido avances significativos en el despliegue de la estrategia de Seguridad del Paciente:

- Los resultados obtenidos en cuanto a cierre de instituciones y consultorios de profesionales independientes que no cumplían con los requisitos básicos de habilitación.
- La profundización del enfoque a riesgo en cuanto a la verificación de los estándares de habilitación; lo cual se ha traducido en la formación, a la fecha, de más de 1000 verificadores en los diferentes diplomados dictados en el país.
- El despliegue en nuestras instituciones de la estrategia de vigilancia y de gestión de eventos adversos normada por la Resolución 1446 del 2006, la cual se ha traducido en el reporte, hasta el

momento, por parte de más de 700 instituciones colombianas, de estar desarrollando su estrategia de vigilancia de eventos adversos.

(6) Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. Sergio Luengas. Viasalud 2008. 43:2-5

- Las primeras publicaciones en la página web del Ministerio de los resultados de los indicadores de calidad normados por la Resolución 1446 del 2006, los cuales se organizan en varios dominios. Los correspondientes a los dominios de calidad técnica y gerencia del riesgo del sistema de información para la calidad, nos dan una idea del estado de la seguridad del paciente en nuestro país.

Actualmente con el objetivo de conocer la prevalencia de EA se está realizando el estudio IBEAS (prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica) con la participación de clínicas y hospitales públicos y privados de cinco países de Latinoamérica, (México, Costa Rica, Perú, Argentina y Colombia) con el patrocinio de la alianza mundial por la seguridad del paciente (OMS Ginebra), la organización panamericana de la salud y el soporte técnico del ministerio de sanidad y consumo (España), donde además de estudiar incidencia y prevalencia se propone que el sistema de reporte de eventos adversos se convierta en un sistema de vigilancia, se puedan caracterizar los eventos adversos (evitables y no evitables) y realizar comparación entre países. (6)

6.1 Los principios orientadores de la política de seguridad de Colombia

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

6.1.1 Enfoque de atención centrado en el usuario

. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

6.1.2 Cultura de Seguridad

El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente

6.1.3 Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

(6) Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. Sergio Luengas. Viasalud 2008. 43:2-5

6.1.4 Multicausalidad

El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

6.1.5 Validez

Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6.1.6 Alianza con el paciente y su familia

La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

6.1.7 Alianza con el profesional de la salud

La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados (1)

6.2 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.

6.2.1 ATENCIÓN EN SALUD

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

6.2.2 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.

(1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008

6.2.3 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.

6.2.4 RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

6.2.5 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:

6.2.5.1 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.

6.2.5.2 EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE

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

6.2.6 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 los procesos de atención.

6.2.7 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.

6.2.8 VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

6.2.9 BARRERA DE SEGURIDAD

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

6.2.10 SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

6.2.11. ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la a probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal (1)

6.2.11.1 RIESGOS:

Contingencia o proximidad de un daño. Situación latente que puede dar lugar a un error. (10)

6.2.11.1.1 Infección nosocomial:

Neumonías por uso de respirador, herida quirúrgica infectada, infecciones atribuibles a la atención médica y úlceras de decúbito.

6.2.11.1.2 Eventos centinelas:

Reacciones por transfusión, transfusión de tipo de sangre equivocado, equivocación en sitio quirúrgico, cuerpos extraños dejados en el paciente durante los procedimientos quirúrgicos, eventos adversos relacionados con el equipo medico y errores de medicación.

6.2.11.1.3 Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas: Eventos adversos ocurridos

Durante complicaciones por la anestesia, fractura de cadera posterior a una cirugía, embolia pulmonar postquirúrgica o trombosis venosa profunda, sepsis postquirúrgica y dificultades técnicas con los procedimientos quirúrgicos.

(1)Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008

(10). GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. GUÍA N°: 001 Versión final marzo 4 de 2010.

6.2.11.1.4 Eventos adversos ocurridos durante procedimientos diagnósticos invasivos.

6.2.11.1.5 Otros eventos adversos: caídas de los pacientes. (7)

6.2.11.1.6 Factores que incrementan los riesgos:

- Número de personas involucradas en el proceso.
- Complejidad de los procesos.
- Desconocimiento por el paciente y familia del nombre del médico y la enfermera responsables.
- Comunicación insuficiente.
- Delegación sucesiva de la responsabilidad.
- Autoridad excesiva del responsable del proceso. Inercias y ceguera de taller.

6.2.11.1.7 Factores que disminuyen los riesgos:

- Competencia profesional del personal.
- Estandarización de los procesos.
- Reconocimiento a los logros.
- Identificar al responsable de prevenir cada riesgo. (1)

6.3 GENESIS DEL EVENTO ADVERSO

Cada actividad del proceso de atención tiene un riesgo intrínseco que depende de problemas en las prácticas, los productos, procedimientos y sistemas; el evento adverso se debe a una serie de sucesos que ocurren sin que exista un único responsable, resultado de la interacción de las personas, la tecnología y los procesos. Se puede presentar en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y asociado con problemas de comunicación, equipos y en sistemas, entre otros. Como la atención en salud es un acto realizado por personas para personas, existe la posibilidad de que se cometan errores; por esta razón, las instituciones que proveen servicios deben con defensas o barreras que prevengan la ocurrencia de daño o que, en el caso de presentarse, mitiguen adecuadamente sus consecuencias. (8)

(1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008

(7) Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad - The patient's safety a commitment for a high quality care. Elizabeth Villarreal Cantillo. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119

(8) Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Ana Isabel Gómez Córdoba, Ángela Fernanda Espinosa. REVISTA AQUICHAN ISSN1657 – 5997. Año 6 Volumen 6 No. 1 (6) 56 -47 Chía, Colombia Octubre 2006.

6.4 MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido.

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos ésta puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó. (9)

Está basado en procesos.

- Identifica fallas de seguridad
- Identifica barreras de seguridad

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento. (9)

6.5 BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud.

- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos:
Formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano:
Fatiga, comunicación, entrenamiento.

(9) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, junio 2008.

- Programas para evitar las caídas de pacientes.
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología.

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera. (1)

6.5.1 Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos

Los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presentación de eventos adversos en la institución, por lo cual es recomendable realizar a intervalos periódicos estudios que midan prevalencia o la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este propósito la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS es una alternativa útil para este propósito, así como las herramientas para el análisis de indicio de evento adverso disponibles en la literatura.(9)

6.5.2 Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos

La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública. Se han realizado varios estudios nacionales, procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases:

En la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado.

Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados. (9)

(1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008.

(9) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, junio 2008.

6.5.3 Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos

La resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos.

Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado. Sin embargo, los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad. Es esencial proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso.

Debe existir un sistema de reporte intra-institucional, que privilegie la confidencialidad de lo reportado, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extra-institucionales.

Tales sistemas de reporte pueden beneficiarse de la utilización de otras herramientas que incrementen la capacidad de detección de la institución tales como instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos hospitalarios o técnicas “disparadoras” (también conocidas “Trigger Tool” por su denominación en el idioma inglés) del alerta sobre la ocurrencia de eventos adversos. (1)

6.5.4 Metodologías para el análisis de los eventos adversos

Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso, usualmente, descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia, con respecto a una buena práctica, es apenas el primer paso de una investigación profunda.

Un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

Metodologías para este propósito son el Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efectos u otros (AMFE). (1)

6.5.5 Clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos

Adaptación para uso en Colombia, de la clasificación propuesta en la “Internacional Classification for Patient Safety”, 1.0 de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la O.M.S.

(1)Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008.

6.5.5.1 Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado

6.5.5.2 Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso equivocado/ Tratamiento / Procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada/ cara / sitio

6.5.5.3 Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

- Documentos que faltan o no disponibles
- Retraso en el acceso a documentos
- Documento para el paciente equivocado o Documento equivocado
- Información en el documento Confusa o ambigua / ilegible / incompleta

6.5.5.4 Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud

- Torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica
- Absceso
- Neumonía
- Cánulas intravasculares (catéteres)
- Prótesis infectadas / sitio
- Urinaria Dren / Tubo (sondas vesicales)
- Tejidos blandos

6.5.5.5 Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales

- Paciente equivocado
- Medicamento equivocado
- Dosis / Frecuencia incorrecta
- Formulación Incorrecta o presentación
- Ruta equivocada
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrectos.
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis
- Medicamento vencido
- Reacción adversa al medicamento

6.5.5.6 Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados

- Paciente equivocado
- Sangre equivocada / producto sanguíneo equivocado
- Dosis o frecuencia incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrecto
- Contraindicado
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicación o la dosis
- Sangre / derivado sanguíneo caduco Efectos adversos

6.5.5.7 Tipo7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos

- Paciente equivocado
- Dieta incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Frecuencia incorrecta
- Consistencia Incorrecta
- Almacenamiento Incorrecto

6.5.5.8 Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales

- Paciente equivocado
- Gas / vapor Incorrecto
- Flujo y Concentración equivocados
- Modo de entrega equivocado
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto

- Fallas de Administración
- Contaminación

6.5.5.9 Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos

- Presentación y embalaje deficientes
- Falta de disponibilidad
- Inapropiado para la Tarea
- Sucio / No estéril
- Fallas / Mal funcionamiento
- Desalojado/ desconectado/ eliminado
- Error de uso

6.5.5.10 Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente

- Incumplimiento de normas o falta de cooperación / Obstrucción
- Desconsiderado/ Rudo / hostil / Inapropiado
- Arriesgado / temerario/ Peligroso
- Problema con el uso de sustancias / Abuso
- Acoso
- Discriminación y Prejuicios
- Errático / fuga
- Autolesionante / suicida

6.5.5.11 Tipo 11: Caídas de pacientes

- Catre
- Cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras / Escalones
- Siendo llevado / apoyado por otra persona

6.5.5.12 Tipo 12: Accidentes de pacientes

- Mecanismo (Fuerza) contundente
- Mecanismo (Fuerza) cortante penetrante
- Otras fuerzas mecánicas
- Temperaturas
- Amenazas para la respiración
- Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
- Otros mecanismos específicos de lesión

- Exposición a (efectos de) el tiempo, desastres naturales, u otra fuerza de la naturaleza

6.5.5.13 Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistente / Inadecuado
- Dañado / defectuosos / desgastado

6.5.5.14 Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
- Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
- Recursos Humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de Equipos / personal
- Protocolos / Políticas / Procedimientos / Disponibilidad de guías / Adecuación

6.5.5.15 Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología

- Recolección
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / Validación
- Resultados (1)

6.5.6 Causas de los eventos adversos y eventos centinela

En atención a sus causas, los eventos adversos pueden ser prevenibles y evitables, o bien, inevitables; cuando sus causas no son conocidas, no pueden ser modificadas y pueden estar relacionadas o no con un error. Las causas de los eventos adversos pueden ubicarse en numerosas situaciones, desde la posibilidad de fallas en la estructura, fallas en el proceso que incluyen: la cultura de la organización, el proceso mismo de la atención médica, la competencia profesional y los factores inherentes al paciente. Se enuncian a continuación: (1)

6.5.6.1 Fallas en la estructura

- Deficiencias en el entorno: factores ambientales.
- Diseño arquitectónico inadecuado.
- Diseño de servicios inseguros.
- Equipo insuficiente.
- Fallas en el equipo.
- Mantenimiento insuficiente.
- Personal insuficiente.
- Deficiente capacitación del personal.

- Medicamentos insuficientes o de mala calidad.

(1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008.

6.5.6.2 Fallas en el proceso

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

- Factores inherentes al paciente.
 - Falta de información.
 - Desconocimiento de sus problemas.
 - Participación insuficiente del paciente y la familia.
 - Intolerancia a medicamentos o material de curación.
 - Alergia no conocida a medicamentos.
 - Idiosincrasia a medicamentos.
 - Negativa a colaborar en su atención. (1)

6.5.7 Prevención de los eventos adversos y eventos centinela

Ahora bien, ¿cómo podemos protegernos de los eventos adversos? El enfoque principal en la prevención de los eventos adversos se ubica en la identificación, prevención y control de los riesgos capaces de ocasionarlos. (1)

6.5.8 Prevención de los eventos adversos

Sin error médico

- Resolver los problemas estructurales y en el proceso antes mencionados, casi todos ellos fáciles de identificar y en general de resolver.
- En la planeación y organización de los servicios de salud y en los proyectos de las instalaciones hospitalarias, debe privilegiarse las medidas de seguridad para el paciente, teniendo en cuenta los riesgos a que está sujeto durante su hospitalización, con el propósito de otorgarle una mayor seguridad.
- El equipo, el material de consumo y los medicamentos deben ser suficientes y suministrarse después de haber acreditado los controles de calidad requeridos.
- El mantenimiento de los equipos debe ser suficiente para que se encuentren permanentemente en operación y libres del riesgo de dañar a los pacientes.
- Especial énfasis debe tenerse en la selección, capacitación y actualización del personal en los conocimientos médicos vigentes, que permitan garantizar una competencia profesional, congruente con las necesidades de los pacientes.
- Medidas específicas:
 - Disminuir la altura de las camas.
 - Verificar la operación de los equipos.
 - Revisar a los pacientes.
 - Presencia de los médicos.
 - Vigilancia por las noches.
 - Controlar los accesos al hospital.
- En casos de defunción la respuesta debe ser inmediata. Al final, queda el problema del evento adverso como consecuencia de un error médico. Prevención de eventos adversos por error médico Para prevenir y evitar un error médico, particularmente cuando existe un riesgo de que éste ocurra como consecuencia de la aplicación de un criterio clínico incorrecto, se recomienda las siguientes herramientas:

(1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008

6.5.9 Mejora continua de la calidad de la atención médica

Los procesos dirigidos a la mejora continua de la calidad de la atención médica, deben incorporar programas para la atención y manejo de a los eventos adversos, con el propósito de prevenir su presentación, identificarlos oportunamente, reportar aquellos que hubieran ocurrido y realizar las medidas necesarias para que el fenómeno no se repita, de acuerdo con los siguientes pasos:

- 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.
- Es necesario que el paciente tenga confianza:
 - En la institución.
 - En el hospital.
 - En la competencia profesional del personal.
 - En el buen estado de los equipos.
 - En la seguridad física de su persona y sus pertenencias.
- El paciente requiere:
 - Participar en la toma de decisiones relacionadas con su atención.
 - Que se le procure alivio a su dolor.
 - Tiempo para ser escuchado y que se preste atención a la información que proporcione.
- Identificación, reporte, manejo temprano y seguimiento de los eventos adversos y de los riesgos potenciales.
- Es necesario contar con una supervisión suficiente que permita garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad al paciente y la aplicación de la normatividad vigente en el proceso de atención.
- Identificar y analizar las causas.
 - Con oportunidad y en forma sistemática
 - Sistematizar el análisis de casos.
 - Identificar la secuencia de eventos.
 - Comparar la secuencia de eventos con lo que debió ocurrir.
 - Definir claramente el problema.
 - Identificar al personal de salud que hubiera estado involucrado en el proceso.
 - Conocer los procesos que contribuyeron con el evento adverso.
- Contar con un sistema formal de prevención, identificación oportuna, atención inmediata y respuesta organizada para casos de eventos adversos en general y eventos centinela en particular.
- Respuesta organizada y sistemática de la solución del problema.
- Capacitación del personal para cumplir con sus responsabilidades y mejorar su desempeño.

- ° Cobertura del personal faltante.
- ° Disponibilidad de información.
- ° Promover una comunicación adecuada entre los participantes.
- ° Promover un ambiente físico adecuado.
- ° Evitar las barreras en la comunicación de los factores de riesgo.
- ° Buscar la forma de prevenir los factores incontrolables.
- ° Si hubo muerte, responder de inmediato.
- Evaluación permanente de resultados para identificar las recurrencias.
- Difundir el conocimiento de los eventos adversos, sus causas y estrategias de prevención.
- Capacitar al personal en la identificación y prevención de los eventos adversos.
- Reingeniería de los procesos a través de cambios en sistemas y procesos, para reducir la posibilidad de casos nuevos.
- Identificar factores condicionantes.
- ° ¿Qué ocurrió? ¿Por qué? ¿Cuáles son los factores inmediatos? ¿Quién participó?
- ° Factores humanos relevantes en el evento.
- ° Desempeño del equipo.
- ° Factores controlables que afectaron el resultado.
- ° Factores externos controlables.
- ° Áreas o servicios en riesgo.
- Mejorar la seguridad de los pacientes.
- Debe tenerse en cuenta que la existencia de un Sistema de Atención de Eventos Adversos es un requisito de certificación. (1)

6.5.10 Protocolos para el Manejo del Paciente y su familia cuando ocurre un EA

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso.

De las experiencias internacionales y nacionales, extractamos las siguientes recomendaciones:

1. Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su auto cuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
2. Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
3. Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un evento adverso, y acompañarlo.

Cuando ocurre un evento adverso, el Manejo del Paciente debe estar orientado hacia:

1. No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.
2. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso
3. Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
4. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.

5. Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
6. Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del EA.
(1)

(1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008

6.6 LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La política institucional de Seguridad del paciente deberá estar coordinada con las líneas estratégicas en Seguridad del Paciente de la Política Nacional de Prestación de Servicios. Esta se operativizará a través de la acción coordinada de líneas de acción, agrupadas en cinco estrategias; tal como lo muestra la siguiente ilustración:

6.6.1 ESTRATEGIA EDUCATIVA

Línea de Acción 1:

Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente

Línea de Acción 2:

Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo

Línea de Acción 3:

Promoción en la Universidades de la formación y la investigación en Seguridad del Paciente

Línea de acción 4:

Acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad.

6.6.2 ESTRATEGIA PROMOCION DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES.

Línea de Acción 1:

Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores

Línea de Acción 2:

Promoción de herramientas prácticas (reporte intra-institucional, métodos de análisis, rondas de seguridad)

Línea de Acción 3:

Promoción del reporte extra-institucional.

6.6.3 ESTRATEGIA COORDINACIÓN DE ACTORES.

Línea de Acción 1:

Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

Línea de acción 2:

Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente.

Línea de acción 3:

Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

Línea de Acción 4:

Coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y control con la política de seguridad del paciente.

6.6.4 ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN

Línea de Acción 1:

Promoción de experiencias exitosas.

Línea de Acción 2:

Difusión de Alertas de Seguridad del Paciente. (1)

6.7 PRACTICAS SEGURAS PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos:

6.7.1 Política Institucional de Seguridad del Paciente

La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad. La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente Además de lo anterior, debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, lo que significa abordar algunos de los siguientes temas.
- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.

- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se va a construir una alianza con el paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.
- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política. (1)

(1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008.

6.7.2 La Política Institucional de Seguridad del Paciente

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución. Promover un entorno no punitivo. (10)

6.7.3 Promoción de la cultura de seguridad

La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos; En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente. Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer castigo.

Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución; una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la “Encuesta de clima de seguridad” (10)

6.7.4 Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.

3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento.
 4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
 5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.
- (1)

(1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008.

(10). GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. GUÍA N°: 001 Versión final marzo 4 de 2010.

6.7.5 Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución. La institución debe tener claridad sobre lo que debe y no debe esperar de cada una de las metodologías. (10)

6.7.6 Reporte

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución. Un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de:

- Proceso para el reporte de eventos adversos
- Qué se reporta
- A quien se le reporta - Cómo se reporta
- A través de que medios
- Cuando se reporta
- Como se asegura la confidencialidad del reporte
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó
- Cómo se estimula el reporte en la institución (10)

6.7.7 Análisis y gestión

Para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA), el “Protocolo de Londres” es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para el análisis de los EA. Se debe precisar cual será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento. (10)

6.7.8 Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador

6.7.9 Procedimientos de referencia de pacientes

Definir, implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención. (10)

(10). GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. GUÍA Nº: 001 Versión final marzo 4 de 2010.

6.7.10 Procedimientos para la autorización de servicios:

Definir implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna de procedimientos y hospitalización en la IPS solicitante.

6.7.11 Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente

Medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes. (10)

6.7.12 Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS

Elaborar, implementar y hacer seguimiento de los procedimientos que aseguren la oportunidad de entrega de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, así como la disponibilidad de los incluidos en el POS. (10)

6.7.13 Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios:

Acordar mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante los diferentes momentos de transición de responsabilidad entre los prestadores de servicios. (10)

9.7.14 Estandarización de procedimientos de atención

6.7.14.1 Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente

Se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud. Se debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:

- Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.
- Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.
- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación.
- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados. (10)

(10). GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. GUÍA Nº: 001 Versión final marzo 4 de 2010

6.7.14.2 Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia

6.7.14.2.1 Guías clínicas

La estandarización de los procesos permite una mayor seguridad, al minimizar las posibilidades de decisiones incorrectas, aun cuando sin quitarle al médico la capacidad de decisión, cuando a su criterio debe actuarse en forma diferente, particularmente en situaciones críticas. Basarse en las guías clínicas, como herramienta que permite conducir el proceso de atención, conforme a los lineamientos y procedimientos que expertos en la operación de cada una de las áreas hubieran elaborado con tal propósito. Las guías van a ser un hilo conductor que nos va a llevar por el camino de las mejores prácticas y auxiliarnos para tomar la mejor decisión y elegir el mejor criterio. Con frecuencia nos vamos a encontrar con la negativa del personal médico para elaborar o para conducir el proceso de atención conforme a las guías clínicas, con el argumento fútil de que restringen la libertad de acción o de prescripción del médico. Las guías clínicas sin ser restrictivas de la actuación del médico, ayudan a recabar la información y las evidencias necesarias, representan un apoyo adicional a la práctica médica y a la prevención de los eventos adversos, mediante el análisis crítico y aplicación de la medicina basada en evidencias. (1)

6.7.14.2.2 Medicina basada en evidencias

Aplicar los preceptos de la Medicina Basada en Evidencias. Si tenemos en cuenta el significado de la palabra "evidencia":

- ° Certeza clara o manifiesta, de la que no se puede dudar.
- ° Prueba de algo.
- ° Revelar o demostrar algo.

Se hace patente que en la medida que la práctica clínica pueda contar con las evidencias suficientes, las posibilidades de un error médico se reducirían proporcionalmente, la elección del criterio se realizaría con menor riesgo y se tomaría la mejor decisión para evitar desembocar en un evento adverso. Con relación a las evidencias se puede considerar que existe mayor riesgo de error médico en las siguientes circunstancias:

- ° Tomar decisiones sin evidencias.
- ° Tomar decisiones sin tener en cuenta las evidencias.
- ° Tomar decisiones en contra de las evidencias.
- ° No tomar decisiones hasta no tener evidencias. (1)

Entendidas como la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la institución.

- Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio número de patologías posibles.
- Realizar evaluación de la guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto (p.e.: instrumento AGREE o equivalentes)

(1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008.

- Incluir las guías de procedimientos de enfermería, de instrumentación quirúrgica y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la guía).
- Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas. (10)

6.7.14.2.3 Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares

Desde la gerencia de las instituciones se debe crear un direccionamiento, bien sea por un comité de credenciales o un grupo específico que dentro de la institución defina las prerrogativas que se entregarán a los profesionales de acuerdo con sus competencias y habilidades. Para tal definición se debe tener en cuenta no solamente el título otorgado por la institución universitaria, sino también el volumen de procedimientos hechos con anterioridad y la curva de aprendizaje. Incluye aquellos profesionales y médicos entrenados en procedimientos de especialidades sin suficiente oferta en la ciudad sede de la IPS. Esto permite el aseguramiento de competencias del personal en salud. (10)

6.7.14.2.4 Competencia profesional

En lo referente al error médico, las causas se ubican en su competencia profesional, incluyendo su actualización en los conocimientos médicos vigentes, sus destrezas, su experiencia, así como el desarrollo de un razonamiento clínico escrupuloso, buscando y utilizando las evidencias disponibles. La aplicación de los conocimientos médicos vigentes nos provee de una herramienta invaluable, que permite tener elementos objetivos, documentales y ciertos, en la medida del estado del arte, para sustentar una decisión o la aplicación de un criterio. Ante una evaluación de la práctica médica, por cualquiera de las instancias competentes, ya sean médicas, académicas, administrativas o legales, la actuación conforme a los conocimientos médicos vigentes y su registro cuidadoso en el expediente clínico, además de una actuación en beneficio del paciente, permite contar con un respaldo efectivo en caso de quejas y demandas. Por lo tanto, es imprescindible que el médico en particular y el personal de salud en general, mantengan actualizados sus conocimientos a través de los diferentes recursos disponibles. Debe considerarse que existen factores determinantes que nos exponen al riesgo de presentación de un error médico que de lugar a un evento adverso y a una sanción laboral o legal:

- ° *Actuar sin saber*: carecer del diploma de especialista.
- ° *Actuar sin estar autorizado*: carecer del Certificado del Consejo de Especialidad o de la Dirección General de Profesiones.
- ° *Hacer lo que no se sabe que no se debe hacer*: ignorancia.
- ° *No hacer lo que se sabe que se debe hacer*: negligencia.

° *Hacer lo que se sabe que no se debe hacer*: dolo. No se justifica los errores médicos derivados de ignorancia, impericia, imprudencia, negligencia, falta de experiencia o exceso de confianza. El paciente no tiene por qué asumir los costos de la curva de aprendizaje de los médicos ni, aún menos, la mala práctica.

(10). GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. GUÍA Nº: 001 Versión final marzo 4 de 2010.

Es necesario reconocer que siempre existe el riesgo de que aun con una práctica clínica depurada y habiendo cumplido todas las normas y cánones de una buena práctica médica, se presente un evento adverso no previsible, no prevenible o inevitable, teniendo en cuenta los numerosos factores capaces de ocasionarlo. (1)

6.7.14.2.5 La práctica de la clínica

La clínica en la práctica médica es un recurso que aumenta el conocimiento, el interés y la curiosidad científica, sin embargo, existe una tendencia a dejarla de lado, con lo cual “el arte de la clínica se ha ido substituyendo por el arte de la interpretación de la técnica”. Es indispensable retomar y privilegiar una relación médico-paciente más estrecha, que facilite la comunicación en ambos sentidos, al igual que con la familia y el resto del personal de salud. Es muy importante escuchar y tomar en cuenta lo dicho por el paciente, la familia y el personal de salud. Tanto el razonamiento clínico como la experiencia son importantes en la solución de problemas en medicina. Esta conducta aun cuando podría abreviar tiempo (que en casos de urgencia podría justificarse), es onerosa para los pacientes y para las instituciones y nos expone al error médico. Una buena práctica clínica es el principal proveedor de evidencias para la toma de decisiones y elegir el criterio adecuado. (1)

6.7.14.2.6 Expediente clínico

Una buena práctica clínica para prevenir un error médico y, por ende, un evento adverso, perdería su utilidad si no se hubiera documentado en el expediente clínico lo ocurrido, a pesar de la aplicación de las guías clínicas, la utilización adecuada de las evidencias disponibles, sobre las cuales sustentamos la elección de un criterio determinado o los razonamientos fundamentados en los conocimientos médicos vigentes. Cualquier acción médica que hubiera ocurrido, cualquier decisión que se hubiera tomado o cualquier criterio que se hubiera aplicado, serían legalmente inexistentes si no hubieran sido documentadas en el expediente clínico. Los registros en el expediente clínico son, además, el medio de comunicación por excelencia para otorgar una atención coordinada con otros médicos que tengan que intervenir en la atención de un paciente; para comunicar las prescripciones al personal de enfermería y para la evaluación de la calidad de la atención médica. El expediente clínico es la mejor herramienta para defender a un médico en contra de quejas o demandas. (1)

6.7.15 Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes:

Al menos en:

- Seguridad de los Neonatos y Pediátricos.
- Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las áreas.

(1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008.

- Protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas: ej. La inducción a maternas solamente durante el día por razones de disponibilidad de personal y no por la condición clínica de la paciente. (10)

6.7.16 Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos

La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil, se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones latinoamericanas se recomienda la utilización de estudios de prevalencia en capa, basados en la metodología IBEAS. (10)

6.7.17 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente

Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución se recomienda la medición de indicadores:

- Gestión de eventos adversos
- Reporte de eventos adversos
- De acuerdo con los riesgos que se generen; Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador, etc.
- Detección de riesgos del ambiente físico
- Vigilancia de eventos adversos en prestador, asegurador, una red o en una región.
- Gestión en educación en prestador, asegurador. (10)

6.7.18 Del servicio

La literatura soporta el efecto benéfico de esta práctica en la reducción de la frecuencia de los errores de medicación, los cuales incluyen daños serios a los pacientes:

- Orden médica hecha por computador en toda la institución.
- Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de Eventos Adversos o indicios de atención insegura. Incluir aplicativos para la atención del paciente, como historia clínica electrónica, (preferiblemente) de manera segura y controlada. Definir planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener historia clínica electrónica y física a la vez. Vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica. (10)

6.7.19 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud

Debe incluir:

- Ambiente físico seguro - Evaluar las condiciones de localización segura.
- Evaluar las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional).

(10). GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. GUÍA Nº: 001 Versión final marzo 4 de 2010.

- Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales.
- Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria Equipamiento tecnológico seguro
- Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar en las Instituciones de salud.
- Elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento.
- Evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución.
- Realizar análisis a partir de los reportes de tecno-vigilancia. (10)

6.8 INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

6.8.1 Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

Debe incluir:

- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.
- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.
- Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información.
- Asegurar la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente. (10)

6.8.2 Prevenir el cansancio del personal de salud;

El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la Seguridad de pacientes. Debe incluir:

- Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios
- Asignación de horas de jornada laboral.

(10). GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. GUÍA Nº: 001 Versión final marzo 4 de 2010.

- Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.
- Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud. (10)

(10). GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. GUÍA Nº: 001 Versión final marzo 4 de 2010.

6.8.3 Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado

- Promover la cultura del consentimiento informado.
- Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- Asegurar su registro en la historia clínica
- Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado. (10)

6.8.4 Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

- Precisar en el convenio como se involucraran los procesos de seguridad del paciente
- Verificar el cumplimiento del convenio docente- asistencial
- Gestionar un programa de inducción sobre Seguridad del Paciente a los docentes y estudiantes. Incluir condiciones de asepsia y antisepsia y de uso de ropa como uniformes, batas de cirugía y demás elementos con los cuales se afecten los protocolos de seguridad de las instituciones. (10)

6.9 INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD

- Se debe considerar que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos.
- Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes (intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria)
- Se deben considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente. Se deben realizar entre otras las siguientes acciones: En particular se debe enseñar a interrogar sobre aspectos como:
 - ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?)
 - ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?)
 - ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene?
 - ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?
- Ilustrar sobre la importancia de la identificación y el llamado por su nombre.
- Ilustrar sobre la importancia del lavado de manos de los profesionales antes de ser atendido
- Ilustrar sobre la vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamento
- Ilustrar sobre la importancia del consentimiento informado

- Ilustrar sobre lo que es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento. (10)

(10). GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. GUÍA Nº: 001 Versión final marzo 4 de 2010.

6.9.1 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención

Para ésta buena práctica se tienen, en cuenta, entre otros, las acciones promovidas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa “Pacientes por la Seguridad del Paciente”. (10)

7. VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Clasificación Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Fecha de ingreso	Es una indicación del tiempo en días, mes y año de ingreso del paciente.	Fecha de ingreso de los pacientes Pediátricos a la Unidad de Cuidado Intensivo, la cual será obtenida de la historia clínica electrónica del paciente.	Cuantitativa	Intervalo	La fecha de ingreso será presentada en días, mes, año. Para el cálculo de los días de Estancia.
Fecha de egreso	Es una indicación del tiempo en días, mes y año del egreso del paciente.	Fecha de egreso de los pacientes Pediátricos a la Unidad de Cuidado Intensivo, la cual será obtenida de la historia clínica electrónica del paciente.	Cuantitativa	Intervalo	La fecha de egreso será presentada en días, mes, año. Para el cálculo de los días de Estancia.
Fecha del Evento Adverso	Es una indicación del tiempo en días, mes y año en que ocurre el evento adverso del paciente	Fecha del Evento Adverso del paciente Pediátrico en la Unidad de Cuidado Intensivo, la cual será obtenida del aplicativo de	Cuantitativa	Intervalo	La fecha del evento adverso será presentada en días, mes, año. Para definir la sobre-estancia la cual será calculada en días.

		seguridad del paciente de la institución (Casos reportados).			
Días de Estancia	Es el total de días de permanencia del paciente Desde su ingreso hasta su egreso.	Es el total de días de permanencia del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidado Intensivo, la cual será obtenida de la historia clínica electrónica del paciente.	Cuantitativa	Intervalo	Fecha de ingreso (días, mes, año) – Fecha de Egreso (días, mes, año).
Sobre Estancia Hospitalaria por ocurrencia del evento Adverso.	Sobre estancia hospitalaria de los pacientes que presentaron eventos adversos	Días adicionales generados a partir del evento adverso. La cual será obtenida de la historia clínica electrónica del paciente (Días de Estancia) y RIPS (promedio de días de estancia de los pacientes que presentaron la misma patología de ingreso comparado con días totales de estancia de los pacientes que presentaron eventos adversos.	Cuantitativa	Intervalo	Días totales del paciente que presenta el E.A - El promedio de días de estancia esperado de acuerdo a la patología de ingreso.
Barreras y Defensas	Acción o circunstancia que reduce la	Acción o circunstancia que reduce la	Cuantitativa	Razón	# de eventos con barreras y defensas administrativas /# de eventos adversos

	<p>probabilidad de presentación del Incidente o evento adverso.</p>	<p>probabilidad de presentación del incidente o evento adverso La cual podrá ser obtenida del aplicativo de seguridad del paciente (Reporte de Eventos Adversos) Se clasifica: Administrativa. - Física. - Humana. - Natural</p>			<p>presentados en un año.</p> <p># de eventos con barreras y defensas físicas /# de eventos adversos presentados en un año.</p> <p># de eventos con barreras y defensas humanas /# de eventos adversos presentados en un año.</p> <p># de eventos con barreras y defensas naturales /# de eventos adversos presentados en un año.</p>
Tipo de Evento	<p>Clasificación de los eventos y su relación con las etapas del proceso de atención en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionados con tramites administrativos para la atención en salud. - Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales. - Relacionados con fallas en los registros clínicos. - Infección ocasionada por la atención en salud. - Infección de sitio operatorio. - Relacionados con la medicación o la 	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> # de eventos Relacionados con tramites administrativos para la atención en salud -# de eventos Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales -# de eventos Relacionados con fallas en los registros clínicos - # de eventos por Infección ocasionada por la atención en salud.

		<p>administración de líquidos parenterales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionados con la sangre o sus derivados. -Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos. -Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales. -Relacionados con los dispositivos y equipos médicos. - Caídas de Pacientes. - Accidentes de pacientes. - Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico. - Relacionados con la gestión de recursos o con la gestión organizacional. -Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología. <p>La cual podrá ser obtenida del</p>		<ul style="list-style-type: none"> -# de eventos por Infección de sitio operatorio . -# de eventos Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales. -# de eventos Relacionados con la sangre o sus derivados. -# de eventos Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos. -# de eventos Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales. -# de eventos Relacionados con los dispositivos y equipos médicos - # de eventos Caídas de Pacientes. -# de eventos Accidentes de pacientes. -# de eventos Relacionados con la infraestructura o el
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		aplicativo de seguridad del paciente (Reporte de Eventos Adversos)			ambiente físico. -# de eventos Relacionados con la gestión de recursos o con la gestión organizacional. # de eventos - Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología.
Recurrencia del evento adverso	Lapso en el cual se estima puede repetirse un evento de determinada magnitud	Presencia del mismo evento adverso por año. La cual podrá ser obtenida del aplicativo de seguridad del paciente (Reporte de Eventos Adversos).	Cuantitativa	Razón	# de veces que se repite un evento adverso (recurrente)
Factor contributivo en la recurrencia del evento adverso	Contexto del paciente y las circunstancias en que se cometieron los errores o que contribuyeron a que se presentara un evento recurrente.	1-Relacionados con el paciente. Creencias religiosas. - Fallas en la comunicación con su equipo de salud tratante. - Marcado compromiso de morbilidad asociada. - No colaboración -Otros 2-Relacionados con la tarea y tecnología Infección nosocomial.	Cualitativa	Nominal.	# de Eventos relacionados con el paciente. # de Eventos relacionados con la tarea o tecnología. # de Eventos relacionados con el individuo. # de Eventos relacionados con los equipos, reactivos e insumos. # de Eventos relacionados con el

	<ul style="list-style-type: none"> -Poca adherencia a guías y protocolos. -Problemas relacionados con el manejo de fluidos y sangre. - Problemas relacionados con medicamentos. - Procedimiento. - otros <p>3-Relacionados con el individuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cansancio – fatiga. -Instrucción insuficiente. - larga jornada laboral. -Poca experiencia. - Poca planeación de turnos. -Stress. - Otros <p>4-Relacionados con los equipos reactivos e insumos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carencia. -Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo. -Falta de mantenimiento preventivo. - No seguimiento 		ambiente.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------

		<p>a mantenimientos programados. - Otros</p> <p>5- Relacionados con el ambiente. -Calor. - Clima Laboral. - Espacio. - Infraestructura. -Ruido. -Otros</p> <p>La cual podrá ser obtenida del aplicativo de seguridad del paciente (Reporte de Eventos Adversos).</p>			
Evitabilidad del evento	<p>Capacidad de intervención y las probabilidades de éxito de su prevención lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error no por la patología de base.</p>	<p>La cual podrá ser obtenida del aplicativo de seguridad del paciente (Reporte de Eventos Adversos).</p>	Cualitativa	Nominal	# de Eventos Adversos Evitables y No Evitables.

FUENTE: Lineamiento de la política de seguridad-Protocolo de Londres

8. DISEÑO METODOLOGICO

Se realizara un estudio Descriptivo – Analítico para la Evaluación del impacto del programa de seguridad del paciente en la incidencia de los eventos adversos reportados que se presentaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Farallones entre los años 2010 y 2011, se incluirá a todos los pacientes que presentaron eventos adversos donde se recolectara información relacionada con: Eventos adversos recurrentes, factores contributivos, mortalidad, evitabilidad, promedio días de estancia, e incidencia. Esta información se obtendrá del aplicativo institucional de reporte y análisis de eventos adversos Todos Seguros, y será consignada en una tabla. Se realizara análisis descriptivo de la población muestra que permitirá medir el impacto del programa en esta servicio y proyectarlo a toda la institución.

Población: Todos los Pacientes Pediátricos de la UCI Pediátrica hospitalizados en el año 2010 y 2011 que presentaron eventos adversos, de la Clínica Farallones S.A.; Institución privada de alta complejidad, ubicada en la región sur occidental del país, que atiende preferentemente pacientes del Régimen Contributivo y atención particular. La Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico dispone de 9 cubículos 8 de ellos de Cuidado Intensivo, servicio 24 horas al día para la atención de pacientes con diferentes Co-Morbilidades siendo la primera causa de ingreso las morbilidades de tipo respiratorio

9. ASPECTOS ETICOS

El estudio fue ejecutado teniendo en cuenta los principios éticos propios de los procesos investigativos, buscando el beneficio y la justicia en la información para las instituciones. Para la UCI Pediátrica, se diseñó una solicitud al Gerente de la Clínica Farallones S.A, con el fin de obtener autorización sobre información de la historia clínica y aplicativos necesarios basado en principios de confidencialidad y respeto.

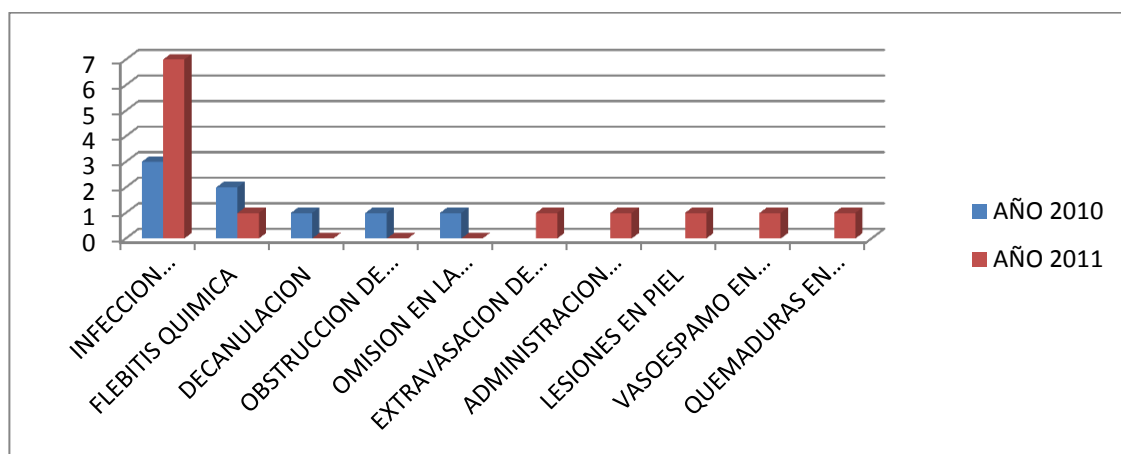
11. RESULTADOS Y ANALISIS

Se efectuó un estudio Descriptivo-Analítico para la Evaluación del impacto del programa de seguridad del paciente en la incidencia de los eventos adversos presentados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Clínica Farallones entre los años 2010 y 2011. De acuerdo a cada objetivo planteado se define a continuación los resultados del estudio:

1. EVENTOS ADVERSOS AÑO 2010 Vs 2011

EVENTOS ADVERSOS	AÑO 2010	AÑO 2011
INFECCIONES NOSOCOMIALES	3	7
FLEBITIS QUIMICA	2	1
DECANULACION	1	0
OBSTRUCCION DE TRAQUEOSTOMIA	1	0
OMISION EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	1	0
EXTRAVASACION DE VENA PERIFERICA	0	1
ADMINISTRACION ERRONEA DE MEDICAMENTOS	0	1
LESIONES EN PIEL	0	1
VASOESPAMO EN EXTREMIDAD	0	1
QUEMADURAS EN PIEL	0	1

Fuente: Ficha Técnica Tabla No 1



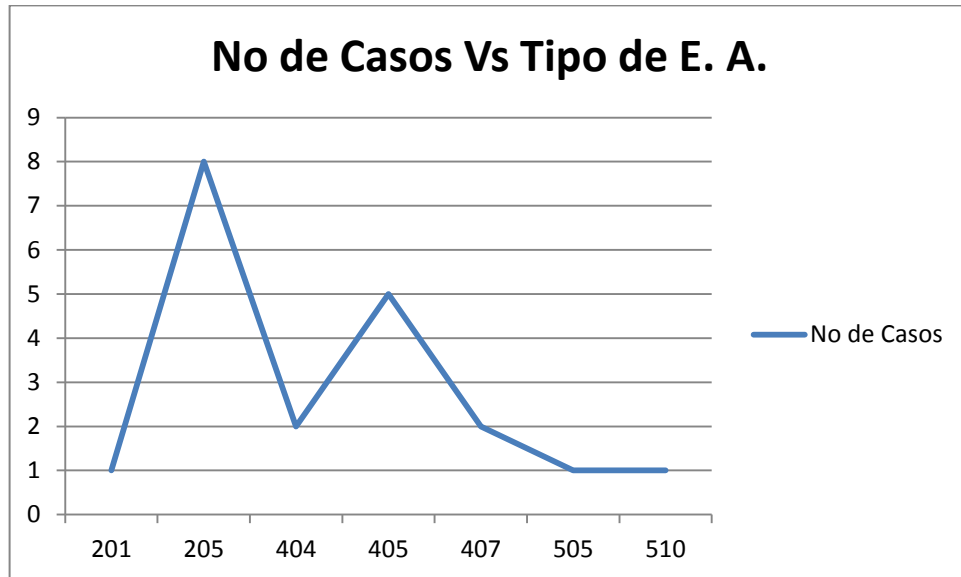
EVENTOS ADVERSOS AÑO 2010 VS 2011 1 Grafico No 1

En el año 2010 se inicia el programa de eventos adversos, de la UCI Pediátrica ingresaron 498 pacientes y se presentaron 8 eventos adversos, 2 Flebitis química, 1 Decanulación (retiro de cánula de traqueotomía) del paciente con neumotórax en hemitórax derecho, evidenciado en Rx de Tórax, 3 Infecciones Nosocomiales, una asociada a sonda vesical y otra asociada a Catéter Venoso Central y neumonía de origen nosocomial. 1 Obstrucción de traqueotomía con pasta utilizada en la curación de terapia enterostomía, 1 Paciente con crisis asmática leve a moderada no recibe tratamiento respiratorio indicado, presenta deterioro respiratorio.

En el año 2011 ingresaron 309 pacientes y se presentaron 13 eventos adversos 4 Infección Nosocomial Infección Asociada a Catéter Venoso Central 1. Extravasación de Líquidos Acceso venoso Periférico 1. Paciente con ventilación mecánica no invasiva, bajo efectos de sedación, presenta tórax leñoso por administración accidental de bolo de la mezcla de sedación previamente instaurada. 1. Infección Nosocomial Asociada a Ventilación Mecánica 1. Infección Nosocomial Asociada a Catéter Venoso Central 1. Infección Nosocomial Asociada a Catéter Venoso Central 1. Infección Nosocomial Asociada a Catéter Venoso Central 1. Presencia de Lesión en piel: Zonas de presión en tórax anterior y lesión en ambos pabellones auriculares 1. Paciente con Estancia prolongada, multi-invasada requirió cateterismo vesical intermitente con infección nosocomial. 1. Compromiso extremidad superior derecha por vasoespasmo de línea arterial cubital en paciente post reanimación mal perfundido con vasoactivos e inotrópicos. 1. Neumonía Nosocomial 1. Paciente con Quemadura en II grado en MIID ocasionado por bolsas de agua caliente colocadas próximas al paciente para recuperación de temperatura por hipotermia. 1. Flebitis con extravasación de los líquidos IV.

Análisis: Los eventos adversos de mayor Recurrencia en el año 2010, es la Flebitis química y la Infección Nosocomial, relacionadas con el origen contributivo tarea y tecnología y el factor contributivo infección. Cabe rescatar que los eventos adversos que se presentaron este año fueron de diferentes tipos. El 37,5% son infecciones Nosocomiales, otro 25% son flebitis química.

Los eventos adversos de mayor recurrencia en el año 2011, es la Infección Nosocomial asociada a CVC, relacionadas con el origen contributivo tarea y tecnología y el factor contributivo infección. El 30,76% son infecciones Nosocomiales.



Fuente: Ficha Técnica

Grafica No 2

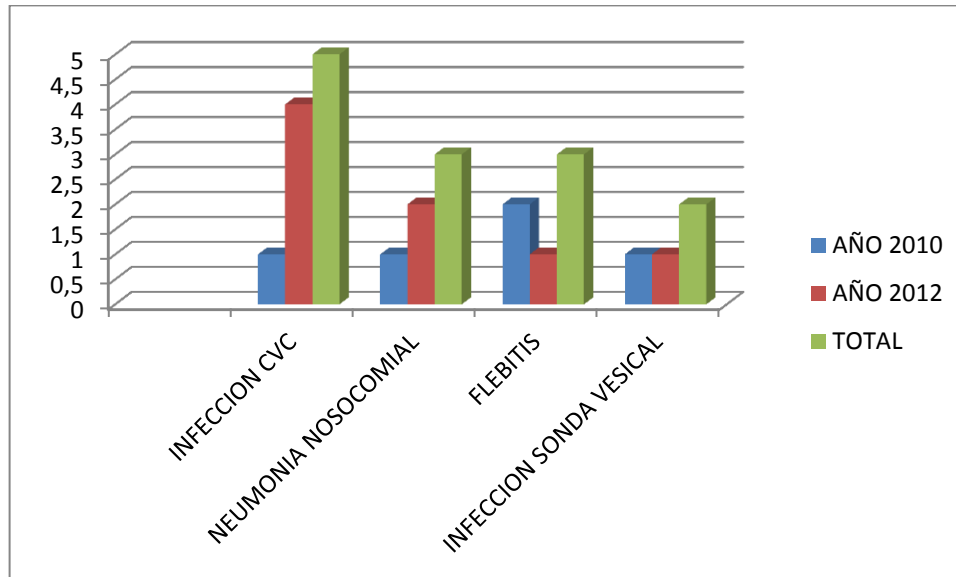
Comparando año 2010 Vs año 2011, las infecciones nosocomiales y la flebitis son los eventos adversos de mayor recurrencia, los eventos adversos; decanulación, obstrucción de traqueotomía y omisión en la administración de medicamentos, son eventos adversos del año 2010, que no se repiten en el año 2011. Cabe resaltar un aumento en el reporte de eventos adversos en el año 2011; lo cual puede incidir en el aumento del número de eventos asociados a infecciones de origen nosocomiales.

2. RECURRENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS

EVENTO ADVERSO	AÑO 2010	AÑO 2011	TOTAL
INFECCION CVC	1	4	5
NEUMONIA NOSOCOMIAL	1	2	3
FLEBITIS	2	1	3
INFECCION SONDA VESICAL	1	1	2

Fuente: Ficha Técnica.

Tabla No 2



RECURRENCIA E. A. AÑO 2010 Vs 2011

Grafica No 3

En el año 2010 los eventos adversos recurrentes fueron representados por Infecciones nosocomiales (3) y Flebitis (2), consecutivamente el factor contributivo es la infección corresponde al 60% de los factores contributivos, y el 40% a procedimiento.

En el año 2011 el evento adverso de mayor recurrencia es la Infección nosocomial (7), el factor contributivo es la infección.

ANALISIS: Entre el año 2010 y 2011 El evento adverso de mayor recurrencia es la infección nosocomial asociada a Catéter Venoso Central relacionada con el origen contributivo tarea y tecnología y el factor contributivo infección.

3. PRINCIPALES FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA RECURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS

En el año 2010 el factor contributivo predominante fue relacionado con el procedimiento corresponde al 50% de todos los casos, el 37,5% relacionado con infección nosocomial, y el 12,5 relacionado con poca experiencia.

En el año 2011 el factor contributivo predominante fue relacionado con infección nosocomial corresponde al 53,84% de todos los casos, el 23,07% relacionado con procedimientos y 15,38 corresponde a poca adherencia a guías y protocolos, 7,69 cansancio y fatiga.

Ver ficha técnica (Anexos).

ANALISIS: Las infecciones en el año 2010 no se reportaban en el aplicativo de seguridad del paciente institucional, razón por la cual en el 2011 predomina como factor contributivo la infección nosocomial, sin embargo es importante resalta una disminución importante de los eventos relacionados con procedimientos; esto puede atribuirse al cumplimiento de los planes de acción propuestos.

RECURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS POR PACIENTE

PACIENTE	No EVENTOS ADVERSOS	TIPO DE E.A	DIAS DE ESTANCIA
11 - 18	2	0205 – 0407	22
7 - 13	3	0405 - 0405 - 0404	262

Fuente: Ficha Técnica

Tabla No 3

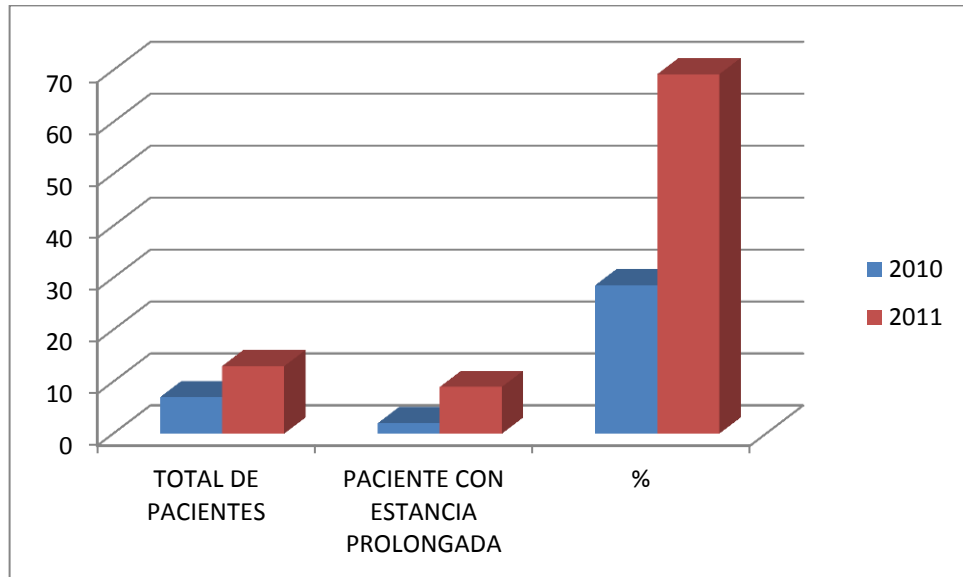
1. Dos pacientes del estudio presentaron recurrencia del evento adverso correspondiente al 38,46% del total de los eventos presentados en el año 2010 y 2011.

ESTANCIA PROLONGADA ASOCIADA A EVENTOS ADVERSOS

AÑO	TOTAL DE PACIENTES	PACIENTE CON ESTANCIA PROLONGADA	%
2010	7	2	28,57
2011	13	9	69,23

Fuente: Ficha Técnica.

Tabla No 4



ESTANCIA PROLONGADA 2010 Vs 2011

Grafico No 4

2. El Tiempo de Estancia Prolongado es un indicador de riesgo en la presencia de eventos adversos, en el año 2010, el 28,57% corresponde a pacientes con estancia mayor de 15 días. En el año 2011, el 69,23% corresponde a pacientes con estancia mayor de 15 días. (Ver Gráfico No 3).
3. Se identifica que los pacientes que se manejan en la UCIP, presenta co-morbilidades crónicas que requieren hospitalizaciones periódicas manteniendo promedios de estancia mayores de 5 días.

4. IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO, EN TERMINOS DE MORTALIDAD

En el año 2010 no se presenta mortalidad por lo tanto el impacto del evento adverso en términos de mortalidad es de 0%. (Ver Ficha técnica, en Anexos)

En el año 2011, del total de los pacientes (13) que presentaron un evento adverso en la Unidad de Cuidados intensivo pediátricos cinco pacientes fallecieron correspondiente al 38,46% de los Eventos, no se identifica relación muerte evento, ya que la patología de egreso o fallecimiento (Falla Orgánica Multisistémica) no se co-relaciona con el evento adverso. (Ver Tabla No 6).

Identificación del Paciente	DIAGNOSTICO EGRESO (Sobre-estancia)	Evento Adverso	Condición Final del Paciente		Relación Muerte - Evento	
			V	M	SI	NO
10	FALLA CARDIACA POR CIV/NEUMONIA	Paciente con ventilación mecánica no invasiva, bajo efectos de sedación, presenta tórax leñoso por administración accidental de bolo de la mezcla de sedación previamente instaurada.		x		x
15	FALLA ORGANICA MULTISISTEMICA	Presencia de Lesión en piel: Zonas de presión en tórax anterior y lesión en ambos pabellones auriculares		x		x
16	INFARTO CEREBRAL/ INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	Paciente con Estancia prolongada, multiinvadida requirió cateterismo vesical intermitente con infección nosocomial.		x		x
17	FALLA ORGANICA MULTISISTEMICA	Compromiso extremidad superior derecha por vasoespasmo de línea arterial cubital en paciente post reanimación mal perfundido con vasoactivos e inotrópicos.		x		x
19	FALLA ORGANICA MULTISISTEMICA	Paciente con Quemadura en II grado en MIID ocasionado por bolsas de agua caliente colocadas próximas al paciente para recuperación de temperatura por hipotermia.		x		x

Fuente: Ficha Técnica.

Tabla No 5

IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO, EN TERMINOS DE EVITABILIDAD

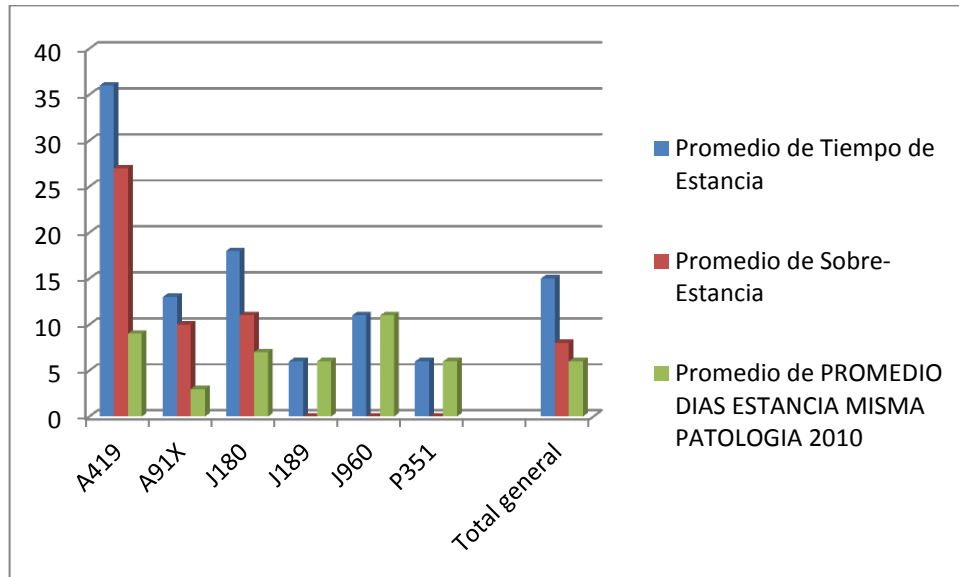
En el año 2010 y 2011 todos los eventos adversos fueron evitables; ya que los eventos tuvieron la Capacidad de intervención para la prevención de la lesión o daño no intencional los cuales fueron causados por la intervención asistencial ejecutada con error y no por la patología del paciente; (Ver Ficha técnica, en anexos).

**5. IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO EN TERMINOS DEL PROMEDIO DE ESTANCIA SEGÚN
PATOLOGIA AÑO 2010 Y 2011.**

2011				2010			
CIE 10 INGRESO	Promedio de Tiempo de Estancia Paciente con E.A	Promedio de Sobre- Estancia	PROMEDIO DIAS ESTANCIA MISMA PATOLOGIA	CIE 10 INGRESO	Promedio de Tiempo de Estancia Paciente con E.A	Promedio de Sobre- Estancia	PROMEDIO DIAS ESTANCIA MISMA PATOLOGIA
A419	23	11	12	A419	36	27	9
G120	20	6	14	A91X	13	10	3
G809	32	10	22	J180	18	11	7
G919	94	66	28	J960	11	-	11
J042	8	3	5	P351	6	-	6
J159	21	7	14				
J189	23	11	12	J189	6	-	6
J449	21	19	2				
J81X	4	2	2				
Total general	27	15	12	Total general	15	16	7

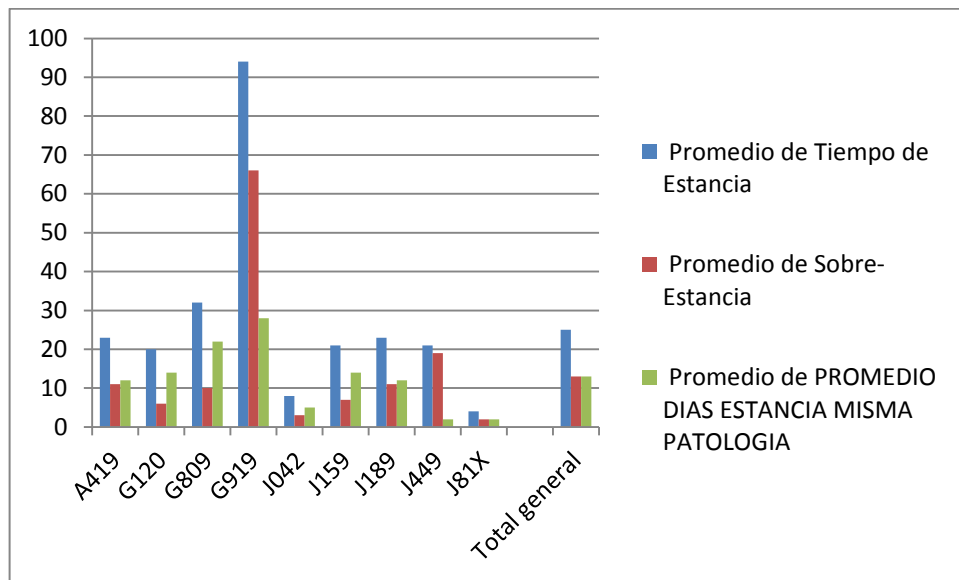
Fuente: RIPS 2010 Vs 2011.

TABLA No 6



PROMEDIO SOBRESTANCIA AÑO 2010

GRAFICA No 5



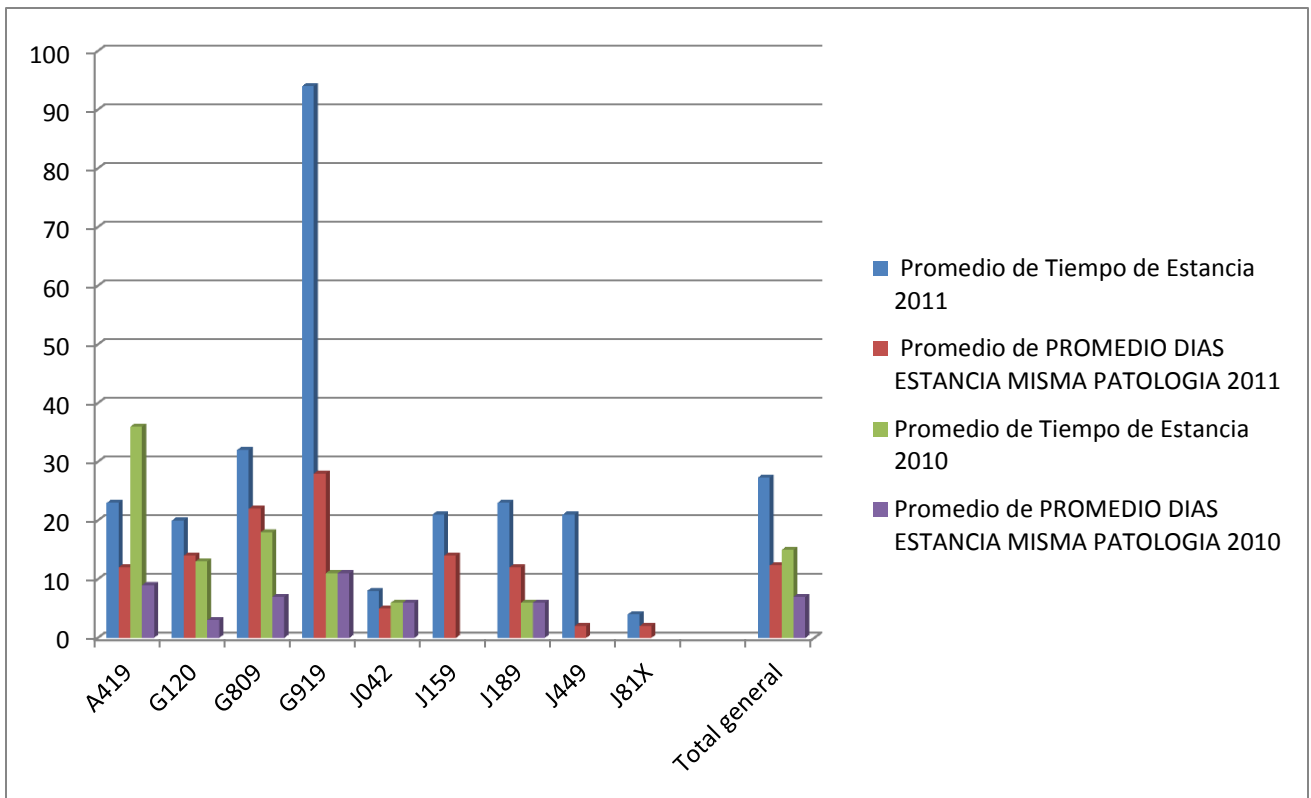
PROMEDIO SOBRESTANCIA AÑO 2011

GRAFICA No 6

El Mayor promedio de sobre-estancia año 2010, corresponde al Diagnostico A419, con 27 días, y en el año 2011, corresponde al Diagnostico G919, con 66 días.

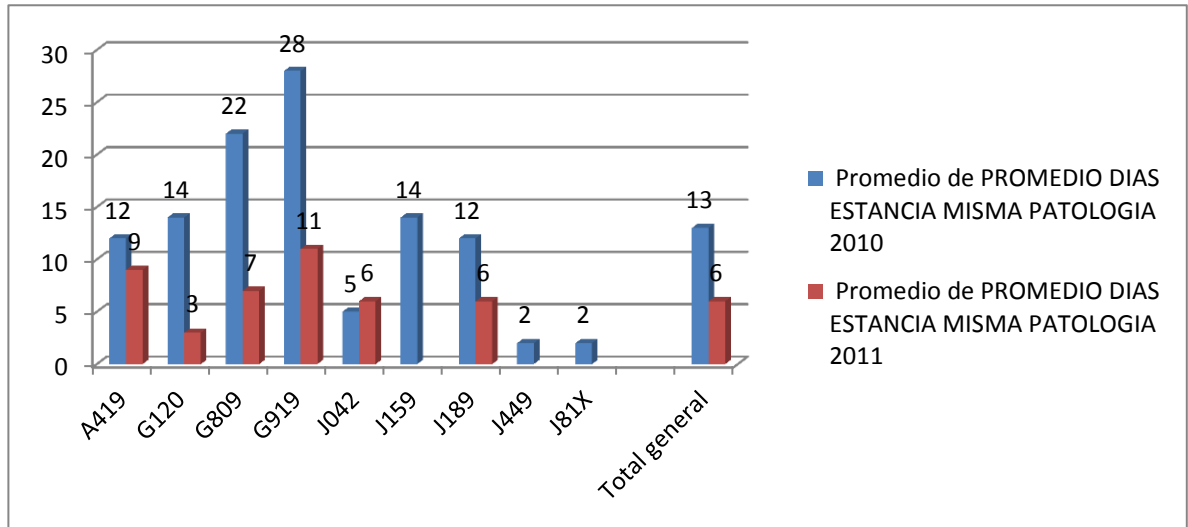
Los principales diagnósticos que presentan recurrencia en ambos años son A419 y J189; con una sobre estancia del A419 en el 2010 de 27 días y en el 2011 de 11 días. Y Sobre estancia del J189 2010 de 0 días y 2011 de 11 días. Para el primer diagnóstico hubo una disminución significativa de la sobre estancia lo cual evidencia intervención en los factores contributivos del evento adverso en los pacientes con esta patología, lo contrario para el diagnóstico J189 donde se evidencia presencia de sobre estancia exclusivamente en el año 2011.

Con relación al mayor promedio de sobre estancia en el año 2011 correspondiente al diagnóstico G919 en el 2010 no se presentó. Es importante considerar un aumento en la cultura del reporte en el año 2011.



PROMEDIO SOBRESTANCIA AÑO 2011 Vs. 2010

GRAFICA No 7



IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO EN TERMINOS DEL PROMEDIO DE ESTANCIA SEGÚN PATOLOGIA AÑO 2010 Y 2011.

Grafico No 8

El diagnostico con mayor promedio días estancia misma patología corresponde a G919 en ambos años; 28 días en el año 2011 comparado con el año 2010 de 11 días.

El diagnostico A419 corresponde al mayor promedio de tiempo de estancia en paciente con eventos adversos en el año 2010 con 36 días con una disminución en el año 2011 con 23 días, y en el año 2011 el diagnostico G919 con 94 días comparado con el año 2010 de 11 días, lo cual se evidencia un aumento muy significativo de la estancia de esta patología; Esto se correlaciona con la presencia de eventos adversos en los pacientes que aumentan su estancia.

6.

INCIDENCIA DEL EVENTO ADVERSO AÑO 2010:

Número de Eventos Adversos Nuevos año 2010/ = $7/489 = 0.0143 \times 100 = 1.43$
 Número Total de pacientes Nuevos año 2010

En la UCI Pediátrica se presentó en el año 2010 1,43 casos por 100 pacientes ingresados por año.

INCIDENCIA DEL EVENTO ADVERSO AÑO 2011:

Número de Eventos Adversos Nuevos año 2011/ = $13/309 = 0.0420 \times 100 = 4.20$

Número Total de pacientes Nuevos año 2011

En la UCI Pediátrica se presentó en el año 2011 4,2 casos por 100 pacientes ingresados por año.

12. CONCLUSIONES

1. Comparando año 2010 Vs año 2011, los eventos adversos que presentan mayor incidencia son las infecciones nosocomiales y la flebitis, hubo un aumento significativo del reporte de los eventos adversos en el año 2011, lo cual puede incidir en el aumento del numero de eventos asociados a infecciones de origen nosocomial, asociado a esto las barreras o defensas que fallaron en la aparición de eventos adversos corresponde a la barrera de tipo humano, y se asocia la sobre-estancia a la recurrencia de estos eventos adversos.
2. El programa de seguridad del paciente se ha enfocado en generar exclusivamente cultura del reporte, razón por la cual no ha impactado al evidenciarse recurrencia de eventos adversos en el mismo paciente y/o del mismo evento, considerando que todos los eventos adversos reportados fueron evitables, lo cual evidencia falta de análisis y falta de directriz en la elaboración de planes de mejoramiento efectivos.
3. El costo total de la estancia en la UCI Pediátrica, sin incluir medicamentos, insumos y/o salario del personal, solo incluyendo costos laborales, gastos generales, actividades de apoyo, capacidad instalada es de \$ 486.589.140 anuales, \$ 1.351.636 diario, lo cual se genera un aumento en el costo/gasto en el paciente que presenta sobre-estancia por eventos adversos, siendo representativo para las aseguradoras, esto evidencia la necesidad de invertir en el programa de seguridad del paciente para lograr la confiabilidad, seguridad y calidad en la atención de los pacientes como estrategia de mercadeo para las empresas promotoras de salud.
4. El Programa Todo Seguro de la Clínica, está cumpliendo con su objetivo de notificar los Eventos Adversos, pero falta un poco de trabajo en la cultura del grupo Asistencial y familiares de los pacientes en la prevención del evento adverso, no sin dar el reconocimiento del Coordinador de Área de la Unidad, en las capacitaciones y programas creados para ayudar a disminuir estos.

13. RECOMENDACIONES

1. El Comité de Seguridad del Paciente debe re-orientar el enfoque hacia el análisis de los eventos adversos, donde las propuestas de los líderes de cada servicio sean socializadas en el programa de seguridad con el fin de estructurar y unificar un plan institucional de gestión óptimo enfocado en los eventos que se presentan con mayor frecuencia.
2. El conocer la existencia que en todas nuestras unidades de cuidados críticos ocurren diariamente eventos adversos derivados de fallas humanas o de sistemas, es el primer paso para la corrección de éstos. Asimismo para mejorar el margen necesario de seguridad de nuestros pacientes, necesitamos previamente entender por qué el equipo tratante comete dichos errores, para a su vez aprender de ellos. Del mismo modo, no basta con tener una visión simplista aceptando que los eventos adversos ocurren, y que probablemente nunca serán eliminados, sino que tenemos que tener una conducta proactiva para efectuar los cambios necesarios al sistema, en búsqueda de la disminución de las posibilidades que éstos ocurran.
3. Las directivas de la empresa deben proporcionar mayores recursos para fortalecer el programa de seguridad para garantizar la calidad en los procesos de atención.
4. Se deben emprender campañas de educación a todos los colaboradores para la prevención en los eventos adversos.
5. De acuerdo a los eventos adversos presentados en la UCI Pediátrica se debe cumplir con un plan de mejoramiento basado en los factores contributivos y desplegarlo a las otras unidades de servicios. Se debe realizar seguimiento y medición para monitorear la efectividad de las acciones planteadas e implementadas para evitar la aparición de eventos adversos y la recurrencia.
6. Se deben establecer estrategias que permitan motivar la acción de los responsables de la seguridad de los pacientes, con el fin de mejorar los servicios en beneficio no solamente de los usuarios, sino del mismo sistema de salud.
7. Se debe realizar una búsqueda activa de incidentes y generar planes de acción para evitar la presencia de eventos adversos, se requiere ser predictivo en la organización en el tiempo y su tendencia en la investigación y análisis de eventos adversos, incidentes y complicaciones. Para ello es necesario además que el programa realice auditorias de seguridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, noviembre 2008
- (2) “Patient Safety: A Mapping of the Research Literature.”
<http://www.publichealth.bham.ac.uk/psrp/publications.htm>. 2002. 12-10-
- (3) fifty-fifth world health assembly (WHO). An organization with memory (R.U.). 2000
- (4) Medical Journal of Australia – Quality in Australia Healthcare study. 1195. 163:458-471
- (5) Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. OMS. 2005.
- (6) Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. Sergio Luengas. Viasalud 2008. 43:2-5
- (7) Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad - The patient’s safety a commitment for a high quality care. Elizabeth Villarreal Cantillo. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119
- (8) Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Ana Isabel Gómez Córdoba, Ángela Fernanda Espinosa. REVISTA AQUICHAN ISSN1657 – 5997. Año 6 Volumen 6 No. 1 (6) 56 - 47 Chía, Colombia Octubre 2006.
- (9) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – Ministerio de la Protección Social, junio 2008
10. GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD. GUÍA Nº: 001 *Versión final marzo 4 de 2010.*
11. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud Ministerio de la Protección Social. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Bogotá D.C., Diciembre de 2007
12. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000300004&script=sci_arttext
13. <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>

14. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120209/Seguridadpacienteestrado critico2.htm>

15. http://www.proyectoidea.com/monograficos/Monografico%20CA_1/3.%20Indicencia%20e%20impacto%20de%20los%20EAs%20en%20dos%20hospitales.pdf

16. <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2412/1/53106166-1.pdf>

ANEXOS

Anexo A	Costos UCI Pediátrica
Anexo B	Ficha Técnica
Anexo C	RIPS 2010 vs 2011