PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
REPORTE Y GESTION DE EVENTOS ADVERSOS
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE
GUADALAJARA DE BUGA

Elaborado por:

DIANA FAISURY ARCE
TERAPEUTA RESPIRATORIA

MONICA OLIVEROS G.
TERAPEUTA RESPIRATORIA

IVY JEANISSE RIVERA M.
TERAPEUTA RESPIRATORIA

DIGNA YOLIMA RUIZ S.
TERAPEUTA RESPIRATORIA

ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
SEGUNDO SEMESTRE
REGIONAL BUGA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

REPORTE Y GESTION DE EVENTOS ADVERSOS

TERAPIA RESPIRATORIA

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE

GUADALAJARA DE BUGA

Elaborado por:

DIANA FAISURY ARCE

TERAPEUTA RESPIRATORIA

MONICA OLIVEROS G.

TERAPEUTA RESPIRATORIA

IVY JEANISSE RIVERA M.

TERAPEUTA RESPIRATORIA

DIGNA YOLIMA RUIZ S.

TERAPEUTA RESPIRATORIA

ASESORA

MARTHA LUCIA CUJIÑO

Docente en Investigación

Enfermera Magister en Enfermería materno-infantil

ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

SEGUNDO SEMESTRE

REGIONAL BUGA

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1. MARCO CONCEPTUAL	**7**
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 PROPOSITO	7
1.3 OBJETIVOS	7
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**8**
1.4 JUSTIFICACIÓN	**9**
2. MARCO TEÓRICO	**11**
2.1 ANTECEDENTES	11
2.2 EVENTOS ADVERSOS	13
2.3 CONCEPTOS	14
2.4 CLASI¨FICACION DEL EVENTO ADVERSO	16
2.5 INCIDENCIA DEL EVENTO ADVERSO	19
2.6 EVENTOS ADVERSOS EN TERAPIA RESPIRATORIA	21
3. MARCO LEGAL	**23**
4. DISEÑO METODOLOGICO	**32**
5. ANÁLISIS MODAL DE FALLA Y EFECTO	**34**
5.1 PASOS PARA LA REALIZACIÓN DE UN AMFE	35
5.2 MAPA DE RIESGO TERAPIA RESPIRATORIA	40
6. CONCLUSIONES	**46**
7. RECOMENDACIONES	**47**

8. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA REAL O POTENCIAL **48**

9. PLANEACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEJORAS **49**

10. BIBLIOGRAFIA **53**

INTRODUCCION

La seguridad del paciente es una nueva disciplina de la medicina que enfatiza en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos.

El conocimiento sobre la atención integral del paciente adulto y el adecuado manejo de este por parte del personal de salud una vez que ingresa en la unidad de cuidados intensivos es de suma importancia no solo para obtener la recuperación y bienestar del paciente, sino también para determinar la calidad de los cuidados brindados y la seguridad de una atención asertiva ya que esta es el objetivo de la atención sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, puesto que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema de salud con actuaciones humanas.

Es por eso que en los últimos años Colombia impulsa una Política de seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente" así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente". Seguido en el 2009 de una Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" -

Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia, un 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. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se estima que a alrededor de uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud en el mundo les ocurre al menos un evento adverso. Para conocer de manera confiable la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos se han utilizado los estudios de incidencia y de prevalencia. En contraste las cifras obtenidas de los sistemas de reporte de eventos adversos no son un buen medidor de esta frecuencia por el alto nivel de subregistro que estos sistemas presenta.

Todo lo anterior está enmarcado dentro de un contexto clínico general, es decir que las aproximaciones previamente plasmadas no tienen un enfoque desde el punto de vista de terapia respiratoria específico, enfoque que se tratara de moldear en lo sucesivo.

Cada actividad incluida en el proceso de atención de Terapia Respiratoria tiene de manera intrínseca, entonces, un riesgo de aparición de error en las que intervienen además otras variables como tipo de prácticas, de producto, procedimientos – protocolos y el sistema en sí, sin que se pueda tener un único responsable dada la misma interacción entre los diferentes elementos.

Dentro del equipo de salud el profesional juega un papel protagónico no solo por su trabajo de brindar atención al paciente sino porque por su misma condición hace parte del puente conector entre paciente y el resto del equipo de modo que un error en la comunicación considerase ya un evento adverso por lo que esta falla pueda generar.

El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) es un método proactivo y sistemático de evaluación de procesos que permite identificar dónde y cómo podrían fallar los procesos y valorar el impacto relativo de las diferentes fallas, con el fin de identificar aquellas actividades del proceso que más necesitan cambiarse para evitar que se presenten lesiones o daños al paciente.

Constituye una herramienta útil en el análisis de la seguridad de los procesos Permite identificar aspectos vulnerables antes que se produzcan las fallas; esto además permite explicitar su severidad y detectabilidad del modo de falla además de la frecuencia con la que ocurren. Esta técnica anima a pensar en los procesos como un todo.

Los resultados de esta técnica constituyen documentos fácilmente modificables y pueden actualizarse de acuerdo a los cambios de la tasa de errores que se vayan produciendo en los procesos .Para valorar cada modo de fallo se realiza mediante el número de prioridad de riesgo (NPR), que es el resultado del producto de la probabilidad de ocurrencia, severidad, y detección del fallo, sobre los que se han de estudiar medidas correctoras y de esta manera realizar un plan de mejoramiento, teniendo en cuenta estrategias que dejen un aporte como cultura organizacional dentro de la institución.

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 PLANTEAMINETO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las situaciones y acciones que afectan la seguridad del paciente durante la prestación del servicio de los profesionales de terapia respiratoria en la unidad de Cuidados Intensivo Adulto y cuál es la gestión para obtener procesos de atención seguros en la Fundación Hospital San José de Buga en el año 2010-2011?

1.2 PROPOSITO

Proporcionar información importante para la prevención, administración y/o restructuración de estrategias de intervención Por Terapia Respiratoria en el servicio de cuidado intensivo adulto con el fin de optimizar y garantizar la seguridad del paciente desde el ingreso a la institución.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las situaciones y acciones que afectan la seguridad del paciente durante la prestación del servicio por parte de terapia respiratoria y la gestión para obtener procesos de atención seguros en la unidad de cuidado intensivo adulto.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la política institucional de seguridad del paciente
2. Identificar las estrategias utilizadas en la institución para promover la cultura de seguridad del paciente
3. Determinar el mecanismo para la identificación y reporte de eventos adversos

4. Identificar la metodología utilizada para el análisis del evento adverso

5. Establecer las acciones de mejoramiento para la intervención de procesos inseguros

1.4 JUSTIFICACION

El conocimiento sobre la atención integral del paciente adulto y el adecuado manejo de este por parte del personal de salud una vez que ingresa en la unidad de cuidados intensivos es de suma importancia no solo para obtener la recuperación y bienestar del paciente, sino también para determinar la calidad de los cuidados brindados y la seguridad de una atención asertiva ya que esta es el objetivo de la atención sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, puesto que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema de salud con actuaciones humanas.

La UCI, el equipo interdisciplinario que la conforma y el profesional de Terapia Respiratoria que hace parte de las mismas, interviene de manera activa y constante en el binomio salud - enfermedad brindando atención; sin embargo el uso de la tecnología, el recurso humano y el conocimiento puede no solo procurar beneficio sino que de manera no intencionada lesión y daño lo que en la actualidad se denomina evento adverso y se relaciona con condiciones de salud extremas que exigen toma de decisiones y actuaciones rápidas, precisas, sin oportunidad de consulta o consentimiento, uso de medidas invasivas y polifarmacoterapia en conjunto con políticas y sistemas donde los recursos y las condiciones laborales, tales como las que se vive en las unidades afectan el desempeño laboral y por ende toda la consecución del bienestar y la atención de las personas objeto de cuidado. De la misma manera se encuentra que las circunstancias que determinan la ocurrencia de un error están ligadas al estado de salud del paciente, el grado de intervención que precisa, las condiciones propias del profesional tales como el déficit de conocimientos, la desmotivación, la sobrecarga laboral y condiciones inherentes al sistema de salud y al ambiente laboral. El evento adverso se puede evitar haciendo uso de esquemas basados en análisis de riesgos, la divulgación de hechos cometidos, no como acto punitivo, la mejora en las condiciones de trabajo y una continua capacitación del personal que se desempeña en el área critica.

Se propone entonces, la seguridad de los pacientes como un valor y una meta que defina el área de Terapia respiratoria dentro del contexto de calidad total.

Es por eso que en los últimos años Colombia impulsa una Política de seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente" [1] así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente".[2]

A razón de esto se hace necesario llevar a cabo un proyecto que ayude a identificar cuáles son esas situaciones que colocan en riesgo al paciente basados en la identificación, y gestión de dichos eventos derivados de la atención de Terapia Respiratoria en unidad de cuidado intensivo.

[1] Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente

[2] Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente www.minproteccionsocial.gov.co/OCS

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

La seguridad del paciente es una nueva disciplina de la medicina que enfatiza en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos.

La atención en salud conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden. Conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas estos riesgos, como es lógico, aumentan. Por otra parte, la Atención Primaria, primer punto de encuentro del paciente con el sistema de salud, Por esta razón, hay ocasiones, afortunadamente controladas, en las que el paciente puede sufrir alguna lesión o complicación en su evolución, sin que por ello medie, necesariamente, error por parte de los profesionales.

En términos técnicos se habla, en estos casos, de que el paciente sufre un evento adverso (EA). Es decir, un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece. Muchos de estos eventos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales, pero existen otros que podrían evitarse, por ejemplo reflexionando sobre cómo se aplican determinados procedimientos (sondajes, administración de fármacos, etc.). Esta es la razón de que se promuevan programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes[3].[4]

El actual movimiento mundial de seguridad del paciente alcanzó relevancia cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe "Errar es humano".[5]

---

[3] Jarbas J. Seguridad (en serio). Acta Sanitaria. 14/03/2011.
[4] http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente» Categoría: Medicina

[5] Kohn, Linda T. et al. To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Editado por National Academies Press, 2000. ISBN 0309068371, 9780309068376

El tema es actualmente promovido en la mayoría de los países del mundo por gobiernos, asociaciones médicas y organizaciones relacionadas con los procesos de salud, incluida la Organización Mundial de la Salud, quien desde el año 2004 creó la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente"[6]

Luego se publicó el informe europeo "Una Organización con Memoria" y le han seguido múltiples publicaciones y planes de acción nacionales e institucionales en especial en hospitales pero también en todo tipo de instituciones prestadoras de servicios de salud.

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" en Colombia promulgado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en junio de 2008 seguido en el 2009 de la una Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"[7]-[8]

Estudios de incidencia

En el mundo desarrollado se han realizado varios estudios para evaluar la incidencia de los eventos adversos, algunos de los más relevantes son los estudios de Nueva York, Utah y Colorado, Australia, Nueva Zelanda, Londres y Dinamarca y él en el mundo de habla hispana se destacan los estudios de incidencia ENEAS y APEAS realizados en España.

Estudio APEAS y ENEAS

En un primer estudio, realizado hace dos años, financiado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, se analizó la frecuencia y tipo de estos efectos adversos en pacientes hospitalizados. Esta investigación, conocida como estudio ENEAS1, ha tenido una importante repercusión tanto dentro como fuera de nuestro país, por tratarse de uno de los estudios de mayor alcance realizados a nivel mundial.

---

[6]Ceriani Cernadas, José M. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Editorial. Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 107 Nro. 5 - Octubre 2009

[7] Ministerio de la Protección Social. "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" 2008

[8] Ministerio de la Protección Social. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"

En esta segunda investigación se ha abordado el análisis de la frecuencia y tipo de los EA en Atención Primaria. Debe destacarse que se trata de uno de los primeros estudios que se ocupa de esta problemática en los centros de salud, abarcando una amplia muestra de consultas de medicina y de enfermería.

Esta investigación se ha llevado a cabo en 48 centros de salud de 16 comunidades autónomas y en la misma han participado, de forma voluntaria y desinteresada, 452 profesionales sanitarios de medicina y enfermería. En total se han analizado los datos de 96.047 consultas. [9]

Estudio IBEAS

El estudio de prevalencia IBEAS realizado en América Latina, el cual además es al mayor estudio realizado en el mundo en términos de número de hospitales participantes, así como el único estudio multicéntrico internacional realizado hasta la fecha.

Según el mencionado estudio IBEAS, el cual fue desarrollado en 58 hospitales de México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, la prevalencia de los eventos adversos fue de 10.5%[10]

2.2 EVENTO ADVERSO

Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia, es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenible

La frecuencia con la cual ocurren los eventos

---

[9] Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

[10] Informe Final Estudio IBEAS

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se estima que a alrededor de uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud en el mundo les ocurre al menos un evento adverso. Para conocer de manera confiable la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos se han utilizado los estudios de incidencia y de prevalencia. En contraste las cifras obtenidas de los sistemas de reporte de eventos adversos no son un buen medidor de esta frecuencia por el alto nivel de subregistro que estos sistemas presenta.

2.3 CONCEPTOS [11] :

a) **Evento Adverso:** se define como "lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, al a demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia y al incremento de los costos de la no- calidad"[12]

b) **Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

c) **Evento Trazador:** Evento descriptivo definido por las entidades gubernamentales, que sirve de base para la trazabilidad y guía de los eventos adversos e incidentes ocurridos en las diferentes instituciones de salud.[13]

d) **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.

---

[11] Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Colombia. Bogotá, 2008

RAMOS B. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Revista Cubana de Salud Pública 2005 Jul-Sep 31-3

[12] Pulido María Ligia. Seguimiento a eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería.

[13] Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446/06. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Colombia, 2006

e) **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.

f) **Atención en salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

g) **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.

h) **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.

i) **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.[14]

j) **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.

k) **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.

l) **Barrera de seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

m) **Sistema de gestión del evento adverso:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar

[14] http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx OBSERVATORIO DE CALIDAD EN SALUD

la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

n) **Acciones de reducción de riesgo**: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la 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.

2.4 CLASIFICACION DE EVENTOS ADVERSO

El Dr. Lucían Leape, pediatra y profesor, quien inicia con la investigación y estudio de la seguridad de los pacientes en 1993 junto con sus colaboradores idearon una categorización útil para agrupar errores sobre los cuales el sistema o el médico pueden intervenir de forma conjunta y que los dividen en:

• **Diagnósticos**:
- Error o retardo en el diagnostico
- Falla en el uso de las pruebas indicadas
- Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas
- Falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por la monitoria o la prueba

- **Terapéuticos:**
- Error en la realización de una operación, un procedimiento o una prueba
- Error en la administración del tratamiento
- Error en el método o la dosis de un medicamento
- Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal
- Cuidado inapropiado o no indicado

• **Preventivos:**
- Falla para proveer un tratamiento profiláctico
- Seguimiento del tratamiento inadecuado

• **De otro tipo:**
- Falla en la comunicación
- Falla en el equipo
- Falla de otros sistemas

Estos errores tiene la facultad de ser prevenibles, con presencia en su mayoría en áreas de mayor tecnología tal como la neurocirugía, cirugía cardiovascular, salas de cirugía, servicios de urgencias y unidades de cuidado intensivo.
La presencia e incidencia de los errores depende también en gran parte de la condición general de salud de los pacientes. Teniendo en cuenta esto los fallos más importantes se presentan en el manejo de infartos de miocardio, el diagnóstico de los accidentes cerebro vasculares y de medicación y respuesta sub óptima de los médicos a los signos y síntomas en los casos de paro cardiaco. En estos casos, dichos pacientes deben ser atendidos y tratados por personal altamente entrenado en el tema y que siga procedimientos estándar de atención, que no permitan la sub utilización o el sobre uso de las estrategias diagnósticas o terapéuticas y que identifique precozmente cualquier desviación del curso esperado para la enfermedad.[15]

Expertos en la temática de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (UCDE) elaboraron una propuesta, formulando 21 indicadores para la vigilancia, control y evaluación de los sistemas de salud, a la cual Colombia se adhiere por ser miembro de esta organización. Los indicadores en materia de seguridad del paciente son:[16]

• *Infecciones nosocomiales:*

- Neumonías por uso del respirador

- Herida quirúrgica infectada

- Infecciones atribuibles a las intervenciones del equipo de salud

- Úlceras por presión

• *Eventos centinelas:*

---

[15] INSTITUTO DE MEDICINA DE LOS ESTADOS UNIDOS. Informe “To err is human: building a safer health system” – Errar es humano: construyendo un sistema seguro de salud. Washington D.C., 1999

[16] Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119 Elizabeth Villarreal Cantillo

- Reacciones por transfusión

- Transfusión por tipo de sangre equivocado

- Error del sitio quirúrgico

- Cuerpos extraños olvidados en pacientes durante procedimientos quirúrgicos

- Fallas relacionadas con el personal de salud

- Errores de medicación

• *Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas:*

- Complicaciones por anestesia

- Sepsis postquirúrgica

- Embolia pulmonar o trombosis venosa profunda

- Dificultades técnicas con los procedimientos quirúrgicos

• *Complicaciones obstétricas:*

- Lesiones o traumatismo al momento del nacimiento de los neonatos

- Trauma obstétrico en partos vaginales

- Trauma obstétrico en partos por cesárea

- Mortalidad materna

• *Otros eventos adversos:*

- Caídas de los pacientes

- Fracturas de cadera

- Extubación no programada

2.5 INCIDENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS

En el estudio “THE SENTINEL EVALUATION STUDY” revisado y mencionado por el Dr. Gallesio el cual fue de corte transversal en el que se estudiaron 1913 pacientes adultos, se muestra un total de 584 eventos, afectando 391 pacientes (20.44%), una cifra bastante similar al del estudio americano y con 0.3 eventos de promedio por paciente. Los errores más comunes no fueron al igual que en el estudio americano, las intervenciones terapéuticas, éstas llegaron a un total de 136 pacientes (23.29%), pero contrariamente a lo hallado en las unidades americanas la medicación no fue el principal origen de los mismos: 158 pacientes (27.05%) sufrieron las desconexión no planeada de catéteres y drenajes, 112 eventos (19.17%), se debieron a falla de los equipos, 47 eventos (8.04%) a obstrucción o pérdida de aire por el tubo endotraqueal en pacientes con ventilación mecánica y 17 eventos (2.91%) al apagado inapropiado de alarmas.[17]

Incidencia de Eventos Adversos según sexo y edad

Se considera con mayor frecuencia la ocurrencia de eventos adversos en mujeres con un 72.5% a comparación de los hombres con un 27.5%, según el estudio realizado por Gaitán para el año 2006 en Colombia, así mismo en este estudio se estimo una edad media según cada especialidad de la siguiente manera: quirúrgicas 49 años, médicas 63 años y ginecoobstetricia 29 años de edad. En el HMPS el grupo de edad que resulto con mayor ocurrencia de eventos adversos fue el de mayor de 65 años de edad. [18]

Incidencia de Eventos Adversos según área de atención y especialidad médica

En cuanto a la frecuencia de los eventos adversos varía entre 1 y 22% dependiendo del servicio donde son medidos, el tipo de institución y del método utilizado para su

[17] Gallesio A. Efectos Adversos Errores y Seguridad del Paciente

[18] Thomas E, Studdert D, Burstin H, Orav E, Zeena T, Williams E, Howard K, Weiler P, Brennan T. Incidence and Types of Adverse Eventes and Negligent Care in Utah and Colorado. Medical Care. 2000, Mar. Vol 38-3 pp 261-271

medición[19]. Por ello y dado a los hallazgos en la literatura no solo en estudios relacionados a eventos adversos, sino en general a la que basan su edición en los eventos adversos y la seguridad del paciente durante la atención en salud. En cuanto al servicio de atención UCI, se encuentra en un estudio realizado en Colombia que la incidencia de eventos adversos en esta área, es de 1.7 por cada paciente cada día[20]

Según Gaitán en su estudio de Incidencia y evitabilidad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados, los sitios de mayor frecuencia en la presencia de EA fueron salas de cirugía 31%, hospitalización 28.8%, salas de obstetricia 17.7%, urgencias 9.4%, UCI 6.7% y Recuperación postquirúrgica 6.3%.

En uno de los estudios revisados y mencionados por el Dr. Gallesio se muestra una incidencia de eventos adversos del (20.2%), incluyendo 66 (55%) no prevenibles y 54 (45%) que hubieran sido prevenidos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En relación a unidades de cuidado intensivo neonatal se mencionan porcentajes hasta de 16.9% de ocurrencia de eventos adversos, de los cuales cerca del 90% eran prevenibles. [21]

En cuanto a la especialidad médica, en el artículo de Gaitán, cuyo estudio se ha tomado como estudio base el cual fue realizado en 3 instituciones en Colombia, se comenta que la incidencia acumulada de eventos adversos resulto del 4.6 %, las cuales se discriminan a continuación por especialidad: quirúrgicas; 3.2% ginecoobstetricia; 3.4% y médicas 3.6%

En términos generales podríamos mencionar que la unidad de cuidado intensivo constituye un factor asociado a la ocurrencia de eventos adversos, según los hallazgos de la literatura.

Incidencia de Eventos Adversos según tiempo trascurrido entre el ingreso y la ocurrencia del evento.

---

[19] Gaitán H, Eslava J, Rodríguez N, Forero V, Santofimio D, Altahona H. Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, Revista Salud Publica. 2006, 10 (2):215-226

[20] Bernal D, Garzón N. Eventos Adversos Durante La Atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos [trabajo de grado para optar al título de especialista en cuidado crítico]. Universidad Javeriana Bogotá, 2008. http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf.

[21] Barrionuevo L, Escandí M. Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en la Argentina. 2006

En el estudio de eventos adversos en pacientes hospitalizados de Gaitán el cual como ya se ha mencionado se tomo como base, se encontró una temporalidad de los eventos en relación a la hospitalización con un 69% detectados durante la hospitalización, 35% durante la rehospitalización y 7% durante el cuidado ambulatorio. Sin embargo no se entáblese un tiempo de falla, es decir; una relación entre el ingreso hospitalario y la fecha de ocurrencia del primer evento adverso. Aunque si podemos identificar un aumento total de 1072 días de estancia hospitalaria, después de haber tenido un evento adverso durante su atención.

En el estudio realizado por las Doctoras Barrionuevo y Esandi, se determina que a mayor tiempo de estancia hospitalaria mayor ocurrencia de eventos adversos.

En comparación entre el estudio ENEAS[22] en el que se obtuvo como resultado que en el 31.4% de los pacientes que se había presentado un evento adverso, se prolongo su estancia hospitalaria y en el estudio IBEAS[23] en el que se describe que en los pacientes con evento adverso, se aumento su estancia hospitalaria entre 13 a 19.6 días.

2.6 EVENTOS ADVERSOS Y TERAPIA RESPIRATORIA

Todo lo anterior está enmarcado dentro de un contexto clínico general, es decir que las aproximaciones previamente plasmadas no tienen un enfoque desde el punto de vista de terapia respiratoria específico, enfoque que se tratara de moldear en lo sucesivo.

Cada actividad incluida en el proceso de atención de Terapia Respiratoria tiene de manera intrínseca, entonces, un riesgo de aparición de error en las que intervienen además otras variables como tipo de prácticas, de producto, procedimientos – protocolos y el sistema en sí, sin que se pueda tener un único responsable dada la misma interacción entre los diferentes elementos.

---

[22] Ministerio de Sanidad y Consumo. Aranaz J. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. 2005, Informe.2006

[23] Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 2009

Dentro del equipo de salud el profesional juega un papel protagónico no solo por su trabajo de brindar atención al paciente sino porque por su misma condición hace parte del puente conector entre paciente y el resto del equipo de modo que un error en la comunicación considerase ya un evento adverso por lo que esta falla pueda generar.

Dentro de los eventos adversos que podemos que podemos identificar durante la atención de Terapia Respiratoria en el servicio de cuidado intensivo adulto entre otros se encuentran:

- Neumotórax a tensión
- Escape aéreo por tubo orotraqueal
- Extubación no programada
- Obstrucción de tubo orotraqueal
- Neumonía nosocomial

3. MARCO LEGAL

a. **Ley 10 de 1990** donde se establece que el estado intervendrá para establecer un sistema de fijación de normas de calidad de servicio de salud, vigilancia y control y regular los procedimientos para la autorización de la prestación de servicios de salud.

b. **Constitución Nacional de Colombia del 4 de julio de 1991 Congreso de La Republica de Colombia**:

   Artículo 48 define: garantiza a todos los habitantes del país el derecho irrenunciable a la seguridad social y a la salud, por lo cual el Estado deberá ampliar progresivamente la cobertura de seguridad social y deberá subsidiar a quienes, por escasez de recursos, no tiene acceso a los servicios de salud. El reto es convertir en realidad los principios constitucionales.

   Artículo 49: expresa que la atención de la salud y el saneamiento son servicios públicos a cargo del estado, dirigidos según principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

   Es importante precisar que la Salud, de conformidad con el artículo 48 de la Constitución Política, está definida como un servicio público, por ello el tratamiento frente a la falla de dicho servicio es integral.

c. **Resolución 13437 del 1 de Noviembre de 1991 Ministerio de Salud**: Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes.

   Artículo 1: Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los derechos de los pacientes que se establecen a continuación: Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social.

d. Ley 100 del Diciembre 23 1993

Establece en el título II el sistema general de seguridad social El nuevo SGSSS estableció también la reforma del sector de servicios de salud. Entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preeminente, y es entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independiente de su capacidad de pago.

Artículo 173. Se destaca dentro del artículo dos funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud las siguientes:

- Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República
- Expedir y Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, así como la evaluación de ellas.

Artículo 185: Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera

Artículo 186. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Artículo 227.Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada

calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

e. **Ley 715 de Diciembre 21 de 2001** por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

   Artículo 42. Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional.

   Artículos 43, 44 y 45. Corresponde a los departamentos, municipios y distritos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción.

   Artículo 56. Todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel, de complejidad deberán demostrar ante el Ministerio de Salud o ante quien éste delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnica administrativa, para la prestación del servicio a su cargo.

f. **Ley 1122 de Enero 9 de 2006 Ministerio de la Protección Social**

   La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

g. **Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 Ministerio de la Protección Social**

   Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Este es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Aplica a todos prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

En dicho decreto también se establece la seguridad como 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.

Artículo 3: Características del SOGCS. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud deberá cumplir con las siguientes características:

- Accesibilidad: es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS
- Oportunidad: es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de salud que se requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente comprobadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia: es el grado en el cual los usuarios obtiene los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales
- Continuidad: es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.

Artículo 40: Responsabilidad en el ejercicio de la auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

h. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 Ministerio de la Protección Social

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, en cuanto a:

- Capacidad tecnológica y científica: son los estándares de estructura y de proceso que deben de cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, comprende recurso humano; infraestructura; instalaciones físicas y de mantenimiento; dotación mantenimiento; medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión; procesos prioritarios asistenciales, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud.
- Suficiencia Patrimonial y Financiera: es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo.

i. Resolución 1445 del 8 De Mayo 2006 Ministerio de La Protección Social

Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora, que entre otras Tendrán como funciones:

- Promover el Sistema Único de Acreditación
- Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el Sistema Único de Acreditación.
- Estandarizar los procedimientos de evaluación.
- Presentar informes semestrales al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.

- El sistema de evaluación discrimina por servicios así: manual de estándares de acreditación para las entidades administradoras de planes de beneficios, para las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias, para las instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatorias, los laboratorios clínicos, para las instituciones que ofrecen servicios de imagenología, para las instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación.

j. **Decreto 4747 Del 7 de Diciembre De 2007 Ministerio de la Protección Social** Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Aplica para todos los prestadores de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios

   Artículo 5: uno de los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos y voluntades para la prestación de servicios son los indicadores de calidad en la prestación de los servicios definidos en el sistema de información para la calidad del sistema obligatoria de garantía de la calidad de la atención en salud.

   Artículo 6- Parágrafo 3-: La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006. Capítulo 3 procesos de atención

   Articulo 10 Sistemas de selección y de clasificación de pacientes en urgencias "triage".

   Articulo 11 La Verificación de los derechos de los usuarios es el procedimiento por el cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad. El procedimiento de verificación de usuarios será posterior a la selección y clasificación del paciente, y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias

k. **Resolución Número 1446 de 2006 (8 De Mayo De 2006) Ministerio de la Protección Social**

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

l. **Resolución 3763 Del 18 De Octubre De 2007 del Ministerio de la Protección Social**

Modifica parcialmente la resolución 1043, la 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007. La cual precisa criterios de infraestructura física que debe de tener l servicio de consulta externa cuando el servicio se preste en el centro de reconocimiento de conductores, Dotación y mantenimiento de los servicios de cuidado intensivo e intermedio de pediatría y adulto y ajusta criterios relacionados con la interdependencia de servicios.

m. **Circular 030 De 19 De Mayo de 2006 Superintendencia Nacional de Salud**

Imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. El Sistema obligatorio de Garantía de Calidad ha definido los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud, y las EPS definidas en el artículo 181.de la Ley 100 de 1993, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios.

Esta circular aplica solo para las EPS y las EPS de medicina prepagada, las cuales implementaran un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, que contienen aspectos relacionados con la evaluación propia de la Red Prestadora de Servicios de Salud, la auditoría externa para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los prestadores de servicios de salud,

evaluación propia del proceso de atención de salud y sistema de atención al usuario

n. **Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia junio de 2008**

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente. Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos

• El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales.

• Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.

• Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

o. **Circular Única 049 del 5 de Abril de 200821**

Modificación a las instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control contenidos en la Circular Externa número 047 (Circular Única) En el Título II se refiere a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y en su Capítulo I a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con relación al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la Atención en Salud. Hace referencia las acciones y los reportes que deben presentar en materia de: Red de Prestadores de Servicios de Salud,

Autorización de funcionamiento EPS Régimen Subsidiado, Sistema Único de Habilitación Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud (PAMEC), Sistema de información para la calidad, Sistema de Referencia y Contra referencia, Atención Inicial de Urgencias y Comités Técnico-Científicos.

p. **Ley 1122 del 09 enero de 2007** crea la comisión de regulación en salud CRES la cual es un sistema de inspección, vigilancia y control del SGSS en cabeza de la superintendencia nacional de salud, acorde a sus competencias y el defensor del usuario en salud.

La seguridad del paciente es parte fundamental en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad SOGCS y se describe como una característica de este definida como un 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 en salud

4. DISEÑO METODOLOGICO

Localización del estudio

Dicha investigación se llevara a cabo en Fundación Hospital San José de Buga la cual es una institución dedicada a la prestación de servicios de salud de carácter Fundacional sin ánimo de lucro y de origen privado, de beneficio social en el sector de la salud, reglamentada por el Sistema General de Seguridad Social Integral en Salud de Colombia y sus propios Estatutos. Su sede de operación se encuentra ubicada en el centro departamento del Valle del Cauca en el norte de la ciudad de Guadalajara de Buga, en la carrera 8 N° 17-52.

Los servicios están ofertados para todos los niveles de población: VINCULADOS, SUBSIDIADOS, CONTRIBUTIVOS, MEDICINA PREPAGADA, PLANES COMPLEMENTARIOS, ARP, SOAT, PERSONAS CON CAPACIDAD DE PAGO.

Su estructura permite atender patologías de segundo y tercer nivel de complejidad en población infantil y adulta, todo lo anterior enfoca un modelo de atención en salud hacia el diagnostico, tratamiento, recuperación y/o mejoramiento de la capacidad de vida de la población demandante, se hace énfasis en orientación de aquellos usuarios que ameriten programas específicos de promoción y prevención con responsabilidad social.

Dentro de sus servicios de atención se encuentra la unidad de cuidado intensivo adultos Atendida por un selecto equipo médico de especialistas con cubrimiento las 24 horas con el apoyo de profesionales en enfermería, terapia física y respiratoria con entrenamiento e idoneidad en el área.

- 8 Habitaciones sencillas
- 2 Habitaciones de Aislamiento Estricto
- Ventilación Mecánica Invasiva y No Invasiva
- Monitoreo Básico y Capnografía
- Gases Arteriales y Venosos Mixtos
- Línea Arterial
- Monitoreo de Arteria Pulmonar (Swan Ganz)
- Monitoreo de Presión Intracerebral y Arterioyugular
- Hemodiálisis, Hemofiltración y Hemodiafiltración Venosa Continua

- Marcapaso Transvenoso Transitorio
- Camas Eléctricas con Diseño Especial
- Glucometría Capilar
- Nutrición Enteral y Parental Total

Enfoque

El estudio a realizar es un estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo en el cual se recolectara información por medio del formato de seguimiento a riesgos o eventos trazadores de la calidad de la atención en salud.

Población

Pacientes ingresados al servicio de cuidado intensivo adulto durante el periodo comprendido entre Enero de 2010 y diciembre de 2011.

Muestra

Total de eventos adversos presentados y reportados en la unidad de cuidado intensivo adulto en el periodo de Enero 2010 a Diciembre de 2011. Este tipo de muestreo es intencional.

Instrumento

Se recolectara información por medio del formato de seguimiento a riesgos o eventos trazadores de la calidad de la atención en salud implementado por la Fundación Hospital San José de Buga, estructurada con 12 preguntas, la cual se divide en: tipo de riesgo, descripción del tipo de riesgo, posibles causas, medidas adoptadas para manejar el riesgo, complicaciones, estado final del usuario, persona a quien se reporta, persona que reporta y observaciones.

Procesamiento y análisis de los datos:

El procesamiento de los datos arrojados por el formato de seguimiento a riesgo o eventos trazadores de la calidad se realizara en Excel 2007, y el análisis se desarrollara siguiendo el modelo de análisis de fallas y efectos en el cual se priorizaran y se planteara el plan de mejora respectivo para los problemas detectados.

5. ANÁLISIS MODAL DE FALLA Y EFECTOS[24]

El **Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)** es un **método proactivo y sistemático** de evaluación de procesos que permite identificar dónde y cómo podrían fallarlos procesos y valorar el impacto relativo de las diferentes fallas, con el fin de identificar aquellas actividades del proceso que más necesitan cambiarse para evitar que se presenten lesiones o daños al paciente

Esta técnica fue desarrollada por el ejército estadounidense en 1949, y es utilizada como instrumento para:

1. Evaluar las fallas potenciales y sus causas.
2. Priorizar los fallas potenciales según el riesgo que pueden suponer
3. Indicar medidas para eliminar o reducir la probabilidad de que se produzcan

Es un método prospectivo y sistemático para la identificación y prevención de problemas en los procesos antes de que ocurran. Algunos autores han realizado modificaciones en los índices de severidad, probabilidad y detectabilidad para adaptarlo al sector sanitario pero sin introducir otros cambios en esta herramienta.

Ventajas

Constituye una herramienta útil en al análisis de la seguridad de los procesos Permite identificar aspectos vulnerables antes que se produzcan las fallas; esto además permite explicitar su severidad y detectabilidad del modo de falla además de la frecuencia con la que ocurren Esta técnica anima a pensar en los procesos como un todo.

Los resultados de esta técnica constituyen documentos fácilmente modificables y pueden actualizarse de acuerdo a los cambios de la tasa de errores que se vayan produciendo en los procesos.

Es bien percibido por el personal de salud que el equipo investigador sea multidisciplinario.

[24] Joseph DeRosier; Eric Stalhandske, et al. Using Health Care Failure Mode and Effect Análisis: The VA Nacional Center for Patient Safety's Prospective Risk Análisis System. Journal of Quality Improvement. Vol.28, Nº5. May 2002.

5.1 PASOS PARA LA REALIZACIÓN DE UN AMFE

1. Seleccionar el proceso

2. Conformar un equipo interdisciplinario involucrado en el proceso , para la realización del análisis

3. Realizar una matriz por cada proceso que se analiza

4. Construir el diagrama de flujo del proceso o sub-proceso con todos los pasos o actividades que se realizan

5. Identificar los modos potenciales de fallo en cada uno de los pasos del proceso: el equipo interdisciplinario analiza cada uno de los pasos del proceso e identifica todos aquellos aspectos o actividades que podrían fallar, independientemente de su severidad o frecuencia de ocurrencia.

6. Identificar los efectos potenciales (sobre el paciente), del modo de fallo

7. Analizar las causas de fallo potenciales

8. Analizar los controles actuales (medidas preventivas),que se tienen establecidos para evitar que la falla potencial ocurra o para eliminar las causas de las fallas potencias

9. Valorar cada modo de fallo mediante el número de prioridad de riesgo (NPR), que es el resultado del producto de la probabilidad de ocurrencia, severidad, detección del fallo, existen tres (3) criterios de valoración de fallos:

- Índice de gravedad (G): efecto o impacto
- Índice de ocurrencia (O): frecuencia del error
- Índice de detección (D): grado de facilidad para su identificación

- El Número de Prioridad de Riesgo (NPR) es un factor que identifica los modos de fallo sobre los que se han de estudiar medidas correctoras. Se calcula multiplicando los valores de Gravedad, Ocurrencia y Detección y puede oscilar entre 1 y 1000. Normalmente es un dato objetivo definido antes de empezar el AMFE.

- NPR = G x O x D

TABLA DE GRAVEDAD

CRITERIO	ESCALA
Irrazonable esperar que el fallo produjese un efecto perceptible en el rendimiento del servicio. Probablemente, el cliente no podrá detectar el fallo	1
Baja gravedad debido a la escasa importancia de las consecuencias del fallo, que causarían en el cliente un ligero descontento	2 y 3
Moderada gravedad del fallo que causaría al cliente cierto descontento. Puede ocasionar reprocesos	4, 5 y 6
Alta clasificación de gravedad debido a la naturaleza del fallo que causa en el cliente un alto grado de insatisfacción sin llegar a incumplir la normativa sobre seguridad. Requiere reprocesos mayores	7 y 8
Muy alta clasificación de gravedad que origina total insatisfacción del cliente, o puede llegar a suponer un riesgo para la seguridad o incumplimiento de la norma	9 y 10

TABLA DE OCURRENCIA

CRITERIO	OCURRENCIA	PROBABILIDAD
Remota probabilidad de ocurrencia. Sería irrazonable esperar que se produjera el fallo	1	1/10000
Baja probabilidad de ocurrencia. Ocasionalmente podría producirse un número relativo bajo de fallos	2 y 3	1/2000 ó 1/5000
Moderada probabilidad de ocurrencia. Asociado a situaciones similares que hayan tenido fallos esporádicos, pero no en grandes proporciones	4, 5 y 6	1/1000, 1/500 ó 1/200
Alta probabilidad de ocurrencia. Los fallos se presentan con frecuencia.	7 y 8	1/100 ó 1/50
Muy alta probabilidad de ocurrencia. Se producirá el fallo casi con total seguridad	9 y 10	1/20 ó 1/10

TABLA DE DETECCIÓN

CRITERIO	CLASIFICACIÓN	PROBABILIDAD
Remota probabilidad de que el defecto llegue al cliente. Casi completa fiabilidad de los controles	1	1/10000
Baja probabilidad de que el defecto llegue al cliente ya que de producirse, sería detectado por los controles o en las fases posteriores del proceso.	2 y 3	1/5000 ó 1/2000
Moderada probabilidad de que el producto o servicio defectuoso llegue al cliente.	4, 5 y 6	1/1000, 1/500 ó 1/200

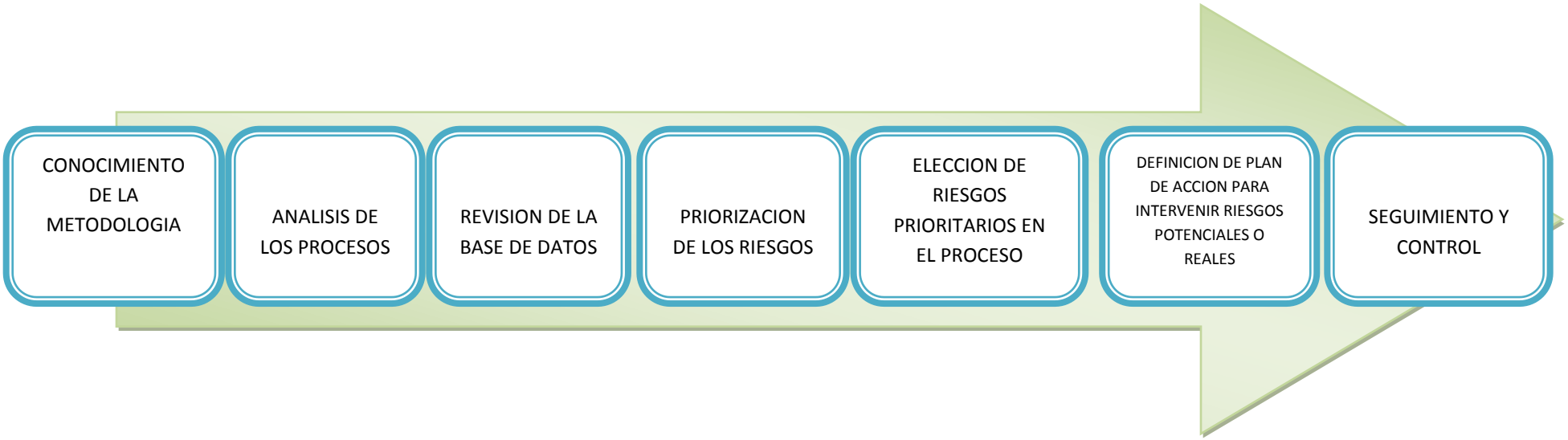
10. Priorizar los planes de acción. Las acciones correctivas a establecer se definen para los pasos o actividades que tuvieran valor de NPR (definido por la institución: pareto?)

11. Estandarizar los cambios en los procesos y /o las practicas seguras que actuarán como barreras de seguridad y socializarlas

12. Implantar las acciones de mejora para prevenirlos.

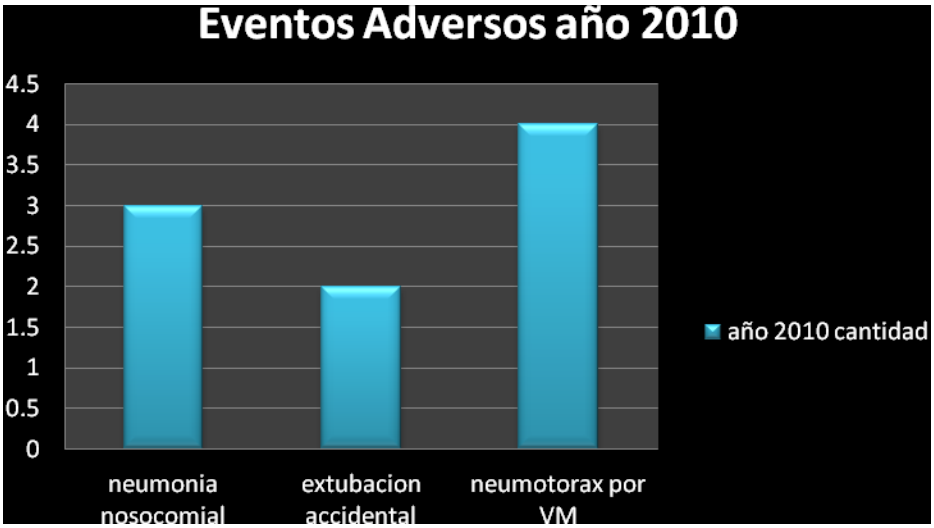
GESTION DEL RIESGO EN LA FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE CON METODOLOGIA AMFE

PROCESO:

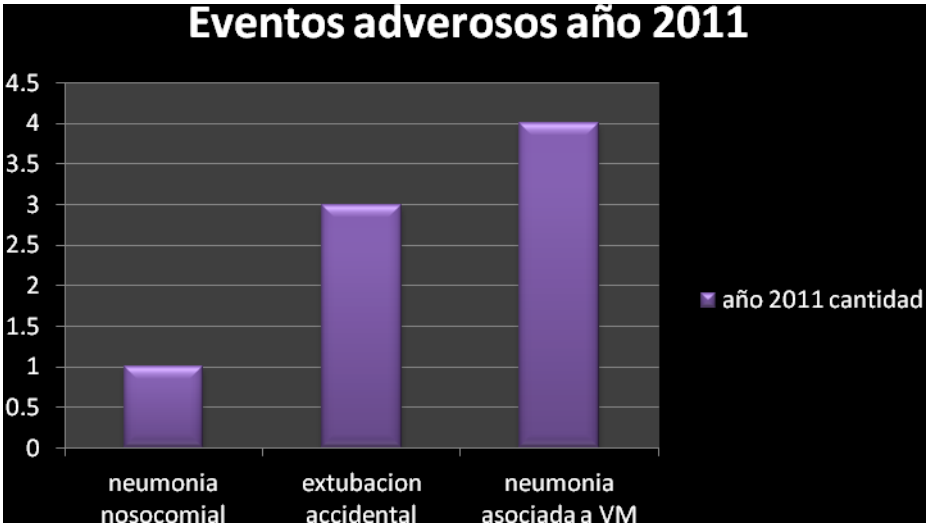


5.2 MAPA DE RIESGOS TERAPIA RESPIRATORIA

Comportamiento de eventos adversos reportados y gestionados en la unidad de cuidado intensivo adulto en los años 2010-2011 por parte de terapia respiratoria



Fuente: base de datos Departamento de calidad FHSJ



Fuente: base de datos Departamento de calidad FHSJ

PROCESO	MODO DE FALLO (FALLA QUE PUEDE OCURRIR EN EL PROCESO)	EFECTO DE LA FALLA	CAUSAS DE LA FALLA	CONTROLES ACTUALES	GRAVEDAD	OCURRENCIA	DETECCION	NPR INICIAL(NUMERO DE PRIORIDAD DEL RIESGO)	ACCIONES RECOMENDADAS	REPONSABILIDAD Y FECHA DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS
atención terapia respiratoria en uci	neumonía nosocomial no asociada a ventilación mecánica	paciente con deterioro clínico, Rx con infiltrados alveolares, broncograma aéreo cuadro hemático con leucocitosis inicio de antibióticos intubación orotraqueal uso de oxigeno suplementario muerte	• estancia hospitalaria prolongada • reflujo gastroesofagico • reintubaciones • sondas orogástricas • equipos médicos contaminados • no realizar un adecuado lavado de manos entre cada paciente y/o procedimiento	• cambiar sonda orogástricas cada 72 horas • mantener medidas de asepsia estrictas entre cada paciente y/o procedimiento • se recomienda la posición semifowler • alimentación fraccionada en 1 hora reduciendo el riesgo de neumonías aspirativas • guías de manejo para el uso adecuado de dispositivos médicos	**10**	**6**	**6**	**360**	• educación del personal • adecuado lavado de manos con jabones antisépticos o glicerinado • adherencia a guías de manejo • crear cultura de seguridad para el paciente • usar dispositivos médicos confiables limpios o en su defecto estériles • posiciones terapéuticas en el paciente • rotular sondas orogástricas teniendo en cuenta el día de colocación	calidad, comité de infecciones personal asistencial que labora en uci

	neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica	paciente con deterioro clínico, Rx con infiltrados alveolares, broncograma aéreo cuadro hemático con leucocitosis inicio de antibióticos prolongación de uso VM muerte	• prolongación de la VM • reinicio de antibioticoterapia • prolonga la estancia hospitalaria • VM prolongada • contaminación de circuitos ventilatorios • equipos médicos contaminados • no realizar un adecuado lavado de manos entre cada paciente y/o procedimiento	• evitar en lo posible la VM en periodos largos en caso de hacerlo utilizar estrategias de protección pulmonar basados en bajos vt y Fr. alta • cambiar circuitos ventilatorios cada 7 días • posición semifowler • cambiar sonda orogástricas cada 72 horas • alimentación fraccionada en 1 hora reduciendo el riesgo de neumonías aspirativas • guías de manejo para el uso adecuado de dispositivos médicos • lavado de manos antes y después de cada procedimiento y entre cada paciente	**10**	**10**	**10**	**1000**	• educación del personal • adecuado lavado de manos con jabones antisépticos o glicerinado • uso de guantes estériles durante la aspiración traqueal • adecuada sedación • esterilizar circuitos ventilatorios • usar agua estéril • evitar las condensaciones de agua en los circuitos ventilatorios • crear cultura de seguridad para el paciente • usar dispositivos médicos confiables limpios o en su defecto estériles • rotular circuitos ventilatorios cada vez que se inicie la VM • rotular sondas orogástricas teniendo en cuenta el día de colocación • utilizar sonda de succión cerrada durante la succión y rotularla	calidad, comité de infecciones personal asistencial que labora en uci

	neumotórax a tensión por ventilación mecánica	bradicardia desaturacion sello de tórax muerte	exceso de presión en VM desconocimiento del manejo de parámetros en equipos nuevos efecto de válvula por obstrucción de tot desplazamiento de sello de tórax en cambios de posición del paciente	evaluar constantemente necesidad de aspiración revisar Rx y demás paraclinicos regularmente cuando estén conectados a VM cada que ingrese un equipo nuevo solicitar al proveedor inducción en el manejo profesionales capacitados y entrenados para el manejo de este tipo de pacientes	**10**	**3**	**1**	**30**	• conocimiento previo de la patología del paciente • practica adecuada del manejo de parámetros7 ventilatorios • cuidado al momento de movilización del paciente • inducción en manejo de ventiladores mecánicos con el proveedor del equipo	calidad, comité de infecciones personal asistencial que labora en uci
	extubación accidental	bradicardia desaturación reintubación edema subglótico estridor laríngeo estenosis laríngea paro	falta de sedación en el paciente inmovilización inadecuada del paciente fijación inadecuada del tubo orotraqueal pobre inmovilización del circuito ventilatorio de la	adherencia a guías de manejo para evaluar necesidad de sedación y/o relajación en pacientes ventilados utilizar buena técnica para realizar fijaciones de tubo orotraqueal en paciente adulto verificar la calidad de las	**10**	**5**	**2**	**100**	• inducción del personal asistencial en terapia respiratoria que ingresa a la uci con un mínimo de un mes • trabajo en equipo para manejo de pacientes y evitar así acciones inseguras • reinducción para el personal asistencial de terapia respiratoria en uci • adherencia a guías de manejo para evaluar necesidad de sedación y/o relajación en	calidad, comité de infecciones personal asistencial que labora en uci

		cardiorespiratorio muerte	abrazadera del ventilador mecánico poca destreza y falta de seguridad en el personal para el cambio de fijaciones de tubo orotraqueal	cintas adhesivas para la realización de las fijaciones de tubo orotraqueal trabajo en equipo para evitar acciones inseguras en el paciente manejo del dolor					pacientes ventilados	
	obstrucción de tot	bradicardia desaturacion ansiedad en pacientes despiertos extubacion no programada hipotensión exceso de presión intratoracica exceso de demanda y poco recurso humano	tapones mucosos secreciones adherentes periodos prolongados entre cada higiene de la vía aérea pobre humidificación de la vía aérea del paciente pacientes muy sialorreicos que por escurrimiento posterior obstruya	evaluar periódicamente la necesidad de higiene de vía aérea utilizar adecuada humidificación en pacientes ventilados	**10**	**3**	**2**	**60**	contar con el recurso humano necesario para satisfacer los requerimientos del servicio adherencia a guías de manejo	calidad, comité de infecciones personal asistencial que labora en uci
	sobredistención del neumotaponador	edema subglótico laringoespasmo estenosis laríngea falla en extubación programada	medición inadecuada de la presión de insuflación del neumotaponador	se insufla con 20 a 25 cc de aire con una jeringa	**8**	**6**	**2**	96	usar neumotacómetro para medición exacta de presión en el neumotaponador de los tubos orotraqueales	calidad, comité de infecciones personal asistencial que labora en uci

	corte del neumotaponador del tubo orotraqueal y/o cánula de traqueotomía	escape de aire generando baja presión de la vía aérea	falta de precaución al momento del cambio de fijación de tubo orotraqueal y/o cánula de traqueotomía exceso de carga laboral	verificación de posición de guía de neumotaponador antes del cambio de las fijaciones	**8**	**2**	**2**	32	contar con recurso humano necesario para cubrir las necesidades del servicio cerciorarse de posición de guía de neumotaponador antes del cambio de fijación de tot/tqt	calidad, comité de infecciones personal asistencial que labora en uci

6. CONCLUSIONES

1. La gestión del riesgo clínico al igual que la sistematización de la seguridad de la atención son áreas relativamente nuevas en la planificación de los sistemas de salud.
2. Los eventos adversos que más se reportan por la literatura durante el proceso de atención de pacientes en la unidad de cuidados intensivos son los que ocurren alrededor de mayor grado de intervención de este.
3. Condiciona la aparición de eventos adversos un profesional de terapia respiratoria con déficit de conocimientos, inexperiencia, desmotivación y sobrecarga laboral, que brinda cuidado a un paciente en estado crítico contando con materiales y equipamientos que no poseen las adecuadas condiciones en conjunto con un equipo de trabajo con el que tiene malas relaciones interpersonales.
4. La unidad de cuidados intensivos por sí misma es un factor predisponente para la ejecución y realización de eventos adversos.
5. La ocurrencia de un evento adverso resulta en situaciones que ponen en peligro la vida del paciente, que empeoran su condición de salud, que genera sobrecosto para las instituciones tratantes y que para el profesional inmiscuido genera sobrecarga laboral y afectiva.
6. Los terapeutas respiratorios para minimizar e incluso abolir la aparición de eventos adversos durante la atención al paciente en estado crítico deben capacitarse de manera periódica, elaborar guías, protocolos sumados a mantener buenas y productivas relaciones con su equipo de trabajo.
7. Las instituciones deben crear ambientes más seguros para lo que debe someter a los instrumentos utilizados en la unidad de cuidados intensivos a evaluación y revisión periódica, disminuir la sobrecarga laboral y las largas jornadas de trabajo.
8. Divulgar, caracterizar y analizar los eventos adversos que ocurren alrededor del proceso de atención de terapia respiratoria al paciente en cuidado crítico dentro de una cultura de no culpabilidad e información es el primer paso para mejorar procesos y hacer sistemas más seguros y de mayor calidad.

7. RECOMENDACIONES

El aprendizaje Organizacional nos permite entrenar y capacitar las personas de una organización obteniendo estándares sobre los cuales se pueda realizar un seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.

Con él; se pretende mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos, potenciando el mejoramiento continuo y de esta manera garantizar la atención en salud con calidad y brindar a los usuarios la satisfacción con los servicios ofrecidos .La institución debe proveer un mapa de riesgos que permita el fortalecimiento institucional para poder realizar planes de acción frente a riesgos prioritarios y tomar decisiones que retroalimenten el interior de la organización y que nos verifique que no limitó la comunicación solamente a documentos, si no que se comunicó los resultados y se presentó con claridad los aspectos más importantes que se modificaron. Con el fin de disminuir los eventos adversos frente a los riesgos priorizados.

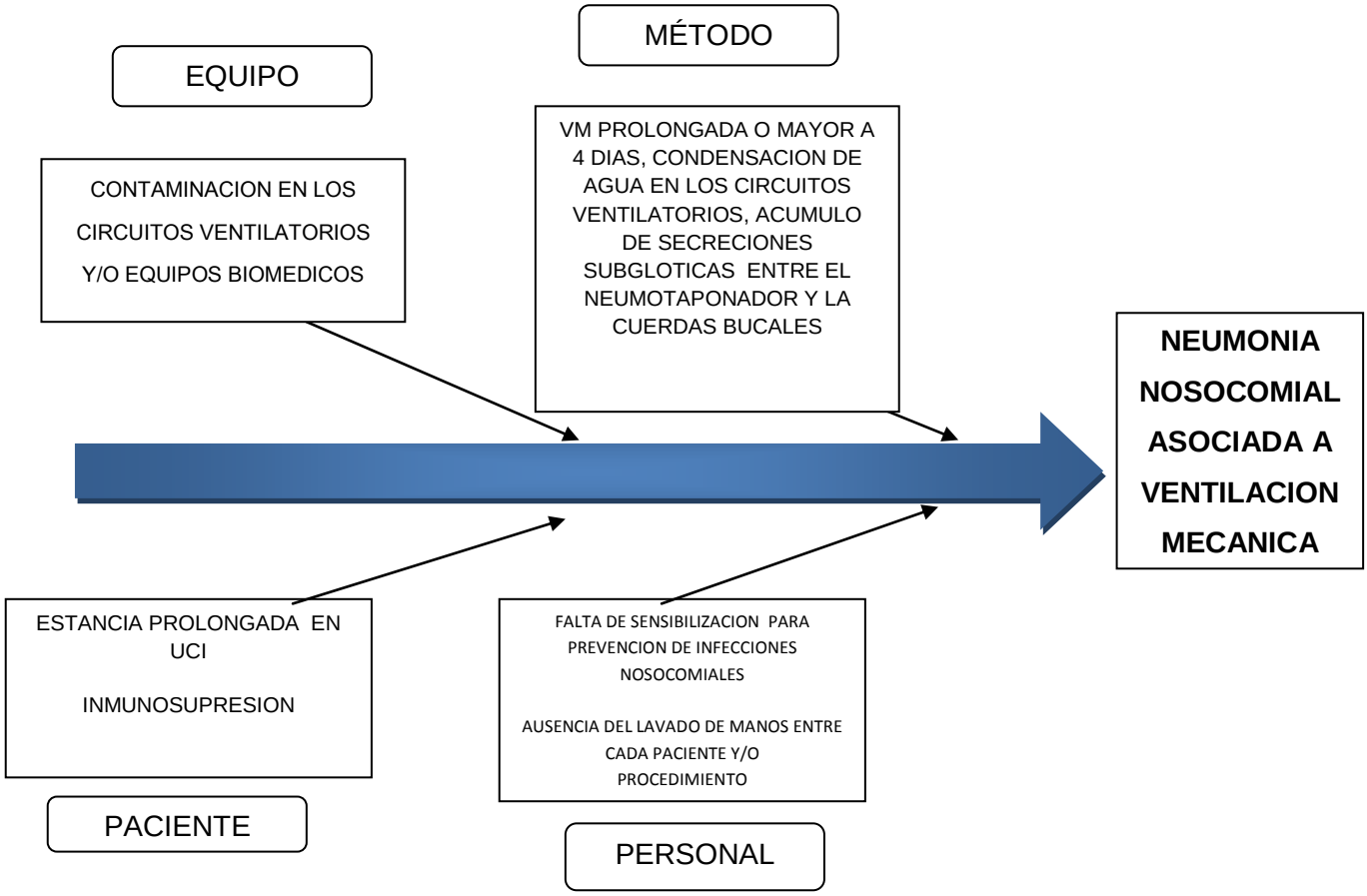
También se debe tener en cuenta que la institución debe socializar los avances y esta se da, aplicando el inicio del nuevo estándar donde se verifica que la Institución estableció la fecha para que el cambio ocurra en todos los lugares necesarios al mismo tiempo y para todos los involucrados y que se continua llevando un seguimiento al cumplimiento del estándar para que no reaparezca el o los problemas, esta socialización nos aporta como cultura de identificación y gestión del riesgo.

El hospital también debe tener una capacitación continua, orientada a contribuir en la cimentación e interiorización de los logros obtenidos verificando que los colaboradores fueron entrenados para ejecutar el nuevo proceso o procedimiento operacional estándar, y de esta manera permitir un fortalecimiento del trabajo en equipo en función de la innovación para la mejora, por último se verificara la estandarización de los procesos donde la Institución demuestre que se ajustó el proceso o los procedimiento operacionales con actividades incluidas y que efectivamente cambiaron los estándares ya existentes.

8 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA REAL O POTENCIAL

ANALISIS Y PLAN DE MEJORAMIENTO PARA NEUMONIA NOSOCOMIAL ASOCIADA A VENTILACION MECANICA

DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO



9 PLANEACIÓN E IMPLEMENTACION DE LAS MEJORAS

PROBLEMA: NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA
CAUSA(S) DEL PROBLEMA: • CONTAMINACIÓN EN LOS CIRCUITOS VENTILATORIOS Y/O EQUIPOS BIOMÉDICOS • VM PROLONGADA O MAYOR A 4 DIAS • CONDENSACIÓN DE AGUA EN LOS CIRCUITOS VENTILATORIOS • ACUMULO DE SECRECIONES SUBGLOTICAS ENTRE EL NEUMOTAPONADOR Y LA CUERDAS BUCALES • ESTANCIA PROLONGADA EN UCI • INMUNOSUPRESION • FALTA DE SENSIBILIZACIÓN PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES • AUSENCIA DE LAVADO DE MANOS ENTRE CADA PACIENTE Y/O PROCEDIMIENTO
OBJETIVO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: DISMINUIR INCIDENCIA DE NEUMONIAS ASOCIADADS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UCI
INDICADOR: TASA DE NEUMONIAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA

QUÉ	QUIEN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
crear grupo de trabajo en calidad para uci	personal interdisciplinario asistencial de uci	inmediato	UCI	poner en marcha la actualización de guías y capacitaciones en técnicas para prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica y otras infecciones nosocomiales	sensibilizar al personal que labora en el servicio en cuanto a políticas de seguridad para el paciente por medio de charlas y capacitaciones trimestrales posterior a esto se abrirá convocatoria para la conformación de grupo de trabajo
lavado de manos	todo el personal asistencial y ajeno al servicio que ingrese a este	desde el ingreso a la sala, antes y después cada procedimiento y entre cada paciente	UCI	disminuir cruce y proliferación de infecciones	aplicando guía de manejo institucional y verificando adherencia a esta sensibilizar al personal a través de charlas de humanización y reinducción en adecuada técnica y tiempos para el lavado de manos
.	todo el personal	durante cada procedimiento que se	UCI	disminuir cruce y proliferación de	

uso adecuado de elementos de protección personal	asistencial	realice al paciente		infecciones	utilizando los elementos de protección personal por paciente seguimiento a las guías de uso de implementos de protección personal contar con existencia de insumos de protección personal necesarios para la atención de pacientes
posición adecuada del paciente	todo el personal asistencial	en todos los pacientes en VM, excepto en caso de contraindicación medicada	UCI	disminuir riesgo de broncoaspiración	asegurando que el paciente se encuentre en posición semi incorporada o decúbito supino entre 30-45 grados
limpieza, desinfección y esterilización de	técnico en TR terapeuta respiratoria	antes y después de la atención a cada	UCI	poner en marcha actualización y evaluación de	actualizando la guías teniendo en cuenta las normas de la CDC de Atlanta con sus niveles de

equipos de terapia respiratoria	central de esterilización	paciente		adherencia a guías de limpieza, desinfección y esterilización de equipos de terapia respiratoria y seguimiento en el manejo de reutilización de equipos considerados de un solo uso para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica	evidencia
aspiración de secreciones por tubo orotraqueal	terapia respiratoria	según requerimiento del paciente	UCI	evitar acumulo de secreciones que son caldo de cultivo para proliferación bacterias	contando con el profesional idóneo y capacitado que garantice una adecuada técnica aséptica y evalúe necesidad para la realización de dicho procedimiento

manejo secreciones subgloticas	terapia respiratoria y auxiliar de enfermería enfermera	según requerimientos del paciente	UCI	disminuir el riesgo de micro aspiraciones de contenido gástrico a pulmón	realizando higiene de cavidad oral periódicamente con soluciones antisépticas como la clorhexidina al 0.2% mantener una adecuada presión del neumotaponador entre 20-25 cmh2o
administración del talento humano	gerencia y departamento de gestión humana	inmediato	UCI	para asegurar una adecuada atención con calidad y oportunidad al usuario	realizar requisición de personal con perfil apto para laborar en uci en el área de TR

BIBLIOGRAFIA

[1] Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente www.minproteccionsocial.gov.co/OCS

[2] Jarbas J. Seguridad (en serio). Acta Sanitaria. 14/03/2011.
[1] http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente» Categoría: Medicina

[3] Kohn, Linda T. et al. To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Editado por National Academies Press, 2000. ISBN 0309068371, 9780309068376

[4] Ceriani Cernadas, José M. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Editorial. Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 107 Nro. 5 - Octubre 2009

[5] Ministerio de la Protección Social. "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" 2008
[1] Ministerio de la Protección Social. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud

[6] Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

[7] Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Colombia. Bogotá, 2008

RAMOS B. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Revista Cubana de Salud Pública 2005 Jul-Sep 31-3

[8] Pulido María Ligia. Seguimiento a eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería.

[9] Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446/06. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Colombia, 2006

[10] http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx OBSERVATORIO DE CALIDAD EN SALUD

[11] INSTITUTO DE MEDICINA DE LOS ESTADOS UNIDOS. Informe "To err is human: building a safer health system" – Errar es humano: construyendo un sistema seguro de salud. Washington D.C., 1999

[12] Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119 Elizabeth Villarreal Cantillo

[13] Gallesio A. Efectos Adversos Errores y Seguridad del Paciente

[14] Thomas E, Studdert D, Burstin H, Orav E, Zeena T, Williams E, Howard K, Weiler P, Brennan T. Incidence and Types of Adverse Eventes and Negligent Care in Utah and Colorado. Medical Care. 2000, Mar. Vol 38-3 pp 261-271

[15] Gaitán H, Eslava J, Rodríguez N, Forero V, Santofimio D, Altahona H. Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, Revista Salud Publica. 2006, 10 (2):215-226

[16] Bernal D, Garzón N. Eventos Adversos Durante La Atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos [trabajo de grado para optar al título de especialista en cuidado crítico]. Universidad Javeriana Bogotá, 2008. http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf.

[17] Barrionuevo L, Escandí M. Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en la Argentina. 2006

[18] Ministerio de Sanidad y Consumo. Aranaz J. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. 2005, Informe.2006

[19] Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 2009

[20] Joseph DeRosier; Eric Stalhandske, et al. Using Health Care Failure Mode and Effect Análisis: The VA
Nacional Center for Patient Safety's Prospective Risk Análisis System. Journal of Quality Improvement.
Vol.28, Nº5. May 2002.