

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

**CARACTERIZACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD
MANUEL ELKIN PATARROYO, MUNICIPIO DE OTANCHE
– BOYACÁ.**

Katerin Alexandra Sierra Sánchez

Manizales, Colombia

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	2
LISTA DE GRÁFICOS	3
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	4
2.1 RESUMEN	5
2.1.1 ABSTRACT	5
2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2.4 JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	9
3.1. OBJETIVO GENERAL	9
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4. MARCO TEORICO.....	10
5. METODOLOGÍA	23
6. RESULTADOS Y DISCUSION	25
7. CONCLUSIONES	33
8. RECOMENDACIONES	34
9. BIBLIOGRAFÍA	35

LISTA DE TABLAS

Imagen 1. Tabla de probabilidad para eventos	31
Imagen 2. Tabla de Probabilidad de eventos adversos	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfica 1 Frecuencia de Eventos Adversos por Sexo	27
Gráfica 2. Frecuencia o Recurrencia de Eventos	27
Gráfica 3. Frecuencia del Tipo de Riesgo por Evento Adverso	28
Gráfica 4. Probabilidad de Eventos	29
Gráfica 5 Porcentaje de Eventos presentados por área	30
Gráfica 6. Eventos por área de servicio	30



Universidad
Católica
de Manizales

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título:

Caracterización de eventos adversos en seguridad del paciente en el centro de salud Manuel Elkin Patarroyo, municipio de Otanche – Boyacá.

Investigadores:

Katerin Alexandra Sierra Sánchez

Línea de Investigación: Administración en Salud

Programa de Posgrado al que se articula:

Especialización Administración en Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad:

Otanche

Departamento: Boyacá

Duración del Proyecto (periodos académicos): Dos

2. RESUMEN

2. 1. RESUMEN

La siguiente investigación se realizó por medio de un estudio descriptivo con enfoque retrospectivo en el cual se desarrolló una matriz de variables sencillas ,con el propósito de evaluar y caracterizar los eventos adversos que se presentaron en el centro de salud Manuel Elkin Patarroyo del municipio de Otanche – Boyacá, dentro del periodo del 2020 para identificar y describir los factores incidentes en la aparición de dichos eventos adversos y a su vez la elaboración de una matriz de riesgos con base en la documentación proporcionada por la entidad. A partir de esta información se logró determinar los diversos factores y situaciones que ocurrieron durante la atención del paciente y la vinculación del personal de la salud de las distintas áreas (asistencial como administrativa) con dichos eventos.

El análisis que se efectuó, presenta un reporte escaso de eventos adversos, lo que conlleva a establecer que la institución carece de un equipo interdisciplinario de seguridad del paciente, asimismo, de conciencia del reporte voluntario, la pesquisa activa de eventos, entre otras actividades que son clave para identificar los eventos adversos y la búsqueda de oportunidades de mejora, esto se logró definir teniendo en cuenta, que durante un periodo se presentaron solo 19 eventos adversos, lo que genera cierta controversia en el momento de comparar resultados e incluso en el sub registro de acuerdo al total de egresos durante el mismo periodo. Es por ello, que se realizó una revisión bibliografica con el fin de identificar los eventos adversos que se presentan en las Instituciones de salud, es así como se logra identificar que en el centro de salud estudiado se logra identificar sub registro con el reporte debido a la poca adherencia del personal en la identificación y reporte de los eventos adversos, teniendo en cuenta que los hallazgos son para llevar a plan de mejora y así mitigar los riesgos garantizando los procesos seguros asistenciales de la institución.

ABSTRACT

The following research was carried out through a descriptive study with a retrospective approach in which a matrix of simple variables was developed, with the purpose of evaluating and characterizing the adverse events that occurred at the Manuel Elkin Patarroyo health center in the municipality of Otanche - Boyacá, within the period from 2020 to identify and describe the incident factors in the appearance of said adverse events and in turn to prepare a risk matrix based on the documentation provided by the entity. From this information, it was possible to determine the various factors and situations that occurred during patient care and the involvement of health personnel in the different areas (healthcare and administrative) with these events.

The analysis that was carried out presents a scarce report of adverse events, which leads to establish that the institution lacks an interdisciplinary patient safety team, as well as awareness of the voluntary report, the active investigation of events, among other activities that are key to identifying adverse events and the search for improvement opportunities, this was defined taking into account that during a period only 19 adverse events were presented,

which generates some controversy when comparing results and even in the sub record according to total expenditures during the same period. That is why a theoretical confrontation was carried out with the data obtained, which leads us to determine that safe processes seek to identify and mitigate the risks that are associated with said events to avoid injuries to patients, their relatives or in collaborators and avoid significant losses or expenses for the institution.

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El marco teórico que delimita el problema a tratar requiere la exposición de conceptos claves capaces de orientar la situación problemática encontrada. Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS en adelante), define que La seguridad del paciente es un principio sobre el cual se fundamenta la atención en salud sanitaria, ya que existe un grado de peligrosidad inherente en el proceso de atención en salud. De allí surge el concepto de eventos adversos, los cuales se relacionan con problemas en la práctica clínica, en los productos, en los procedimientos o generación dentro del sistema, de forma tal que exigen acciones de todo el personal para mejorar su desempeño, el uso seguro de los medicamentos, la mejora en la práctica y el entorno clínicos, entre otros (1).

la seguridad del paciente se relaciona directamente con la calidad asistencial, ya que depende de las intervenciones sanitarias que acontezcan eventos adversos por los riesgos propios de estas actuaciones que pueden ocasionar lesiones, discapacidades e incluso la muerte en los pacientes (2). La atención en salud debe ser segura, centrarse en el paciente, oportuna, efectiva y equitativa, para que la calidad de atención en salud se base en el grado en que los servicios sanitarios tienen una probabilidad de resultados deseables para los pacientes, ya que son acordes con los conocimientos del profesional (3).

Se entiende entonces que la seguridad del paciente está relacionada no solo con el daño que se produce, sino también con el que se podría producir, pero se evitó gracias a las intervenciones sanitarias adecuadas (4). “Los eventos adversos constituyen un problema grave de salud pública al ocasionar daños de diversos grados al paciente y a su familia, lo cual, además, lleva a incrementar el costo del proceso de atención y la estancia hospitalaria” (5).

El principal problema de los errores en la asistencia de los pacientes es que su confianza en el sistema cada día se imita más, victimizando también a los profesionales sanitarios (6), ya que son considerados como incapaces de realizar sus funciones de forma correcta, evidenciando que es necesario tomar en serio la seguridad del paciente.

Según el estudio epidemiológico de los eventos adversos del proyecto IBEAS (7), se ha visto la necesidad de conocer y cuantificar la repercusión de los eventos adversos enfocados en los

incidentes que han generado algún daño a los pacientes, mismos que son ligados a la asistencia sanitaria y no a la enfermedad de base. Es por esto, que se ha cuestionado el interés de pesquisar acerca de dichos eventos adversos que tienen un impacto poco favorable tanto para los pacientes (discapacidades, ya sean temporales o definitivas o incluso la muerte) como para los costes de las entidades prestadoras de servicios asistenciales. También se puede destacar el estudio ENEAS (8) en el cual se puede apreciar el análisis basado en la incidencia de los eventos adversos según el tipo de hospital y el servicio ofrecido. En los hospitales Grandes se puede apreciar un porcentaje 9,7% de EAs y IC en un 8,45-10,9%; en hospitales medianos 7,1% de EAs y IC en un 6,2-8,1% y en hospitales pequeños 10,2% de EAs y CI en un 7,4-13%.

De acuerdo con los servicios estudiados se puede encontrar que donde más se presentan los EAs son en los servicios médicos con 8,8% con incidencia del 7,7-10% y en los servicios quirúrgicos con 8,1% e incidencia del 7,1-9%, mostrando que la naturaleza de estos problemas están relacionados con un mal procedimiento en un 25% siendo evitables en un 31,7%, infecciones nosocomiales en un 25,3% siendo evitables en un 56,6%, medicación con un 37,4% siendo evitables con un 34,8%, con los cuidados en un 7,6% siendo evitables en un 56%, con el diagnóstico en un 1,8% siendo evitables en un 33,4%, entre otros problemas (8).

Colombia también busca minimizar el índice de eventos e incidencias adversas mediante instrumento jurídicos que exigen a las instituciones y a los profesionales prestadores de los servicios de salud cumplan con los requisitos mínimos permisibles estipulados por dicha reglamentación. Asimismo, el ministro de Salud y de Protección Social establece el Sistema de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), conformado por cuatro componentes: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad (9).

De igual forma el Sistema Único de Habilitación, se refiere a las buenas prácticas de seguridad al paciente, establecida como una directriz para los prestadores de salud a nivel nacional para que cumplan con las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico-administrativa para que las personas puedan entrar y permanecer en el sistema ya que pueden estar seguros del buen servicio que se les brinda (10).

Esta es la razón por la que muchas de las instituciones tienen un área de seguridad al paciente en donde se evalúa cada suceso, se identifica su causa y se implementa una acción de mejora para mitigar el riesgo de eventos adversos, esta política es orientadora para que los prestadores de los servicios de salud efectúen un adecuado proceso en beneficio de los pacientes y su atención independientemente de cuál sea la disciplina en la que reciben la atención.

Por otro lado, es un requisito fundamental la creación de estrategias organizacionales, en las que se incluyan la promoción de estudios de prevalencia, la promoción de herramientas prácticas tales como el reporte de eventos adversos interinstitucionales, métodos de análisis, rondas de seguridad y la promoción del reporte extrainstitucional. También se debe manejar la interdisciplinariedad en el momento de compartir métodos o procesos con otras empresas basados en la seguridad del paciente. Asimismo, se puede apreciar que dentro de los requerimientos legales se encuentra la Política de seguridad del paciente, la Prestación de Servicios, las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, las buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en Atención en Salud y simultáneamente con la habilitación se debe tener en cuenta la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (9).

El requerimiento de esta auditoría se basa en adelantar las acciones pertinentes de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procedimientos de evaluación y supervisión técnica para realizar un control en los trámites de acreditación y con ello garantizar una adecuada prestación de los servicios que ofrece la entidad (11).

Con todo lo enunciado se requiere conocer cómo Colombia está desarrollando la cultura de la seguridad planteada en el Proyecto IBEAS (7) realizando una pesquisa con relación

a los eventos adversos y la seguridad del paciente del centro de salud Manuel Elkin Patarroyo del municipio de Otanche – Boyacá.

2.4 JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un tema esencial de la calidad de la atención en salud, es por eso, que al efectuar una medición de los riesgos que involucran los eventos adversos en el cuidado asistencial es importante para el sistema de salud, debido al impacto que representa tanto para los pacientes como para las entidades prestadoras de servicios de salud, que desde un punto de vista sanitario puede verse afectado en aspectos económicos, jurídicos, éticos, social y mediático.

Es por esto, que se analizan los eventos adversos en los eventos indeseables como inadecuada medicación, infecciones nosocomiales, complicaciones en procedimientos terapéuticos o asistenciales, entre otros, así mismo se busca relacionar la taxonomía de los eventos adversos para que sean homogéneas y aceptadas en pro de un consenso con la Organización Mundial de la Salud.

Esta investigación ayudará a evaluar y caracterizar los eventos adversos suscitados por los profesionales de la salud que laboran en el centro de salud Manuel Elkin Patarroyo del municipio de Otanche-Boyacá, con este proyecto se beneficiarán las partes implicadas, es decir, tanto las estudiantes de la Universidad Católica de Manizales como el centro de salud, la entidad se favorecerá con la investigación desarrollada debido que al finalizar el estudio, se obtendrá el análisis y elaboración de la matriz de riesgos, teniendo en cuenta los riesgos,

errores y daños derivados de los eventos adversos que los pacientes pueden llegar a sufrir durante la atención en salud, prestación de la asistencia sanitaria y el correcto desempeño en el sistema de atención en salud.

Lo cual ayudará a dicha entidad a reforzar, mejorar y probablemente garantizar una mitigación de dichos eventos, en cuanto a la comunidad estudiantil se beneficiará con este estudio, ya que es un componente con cobertura sanitaria, de un entorno clínico-profesional y que se encuentra en la cotidianidad, también se interactuará con un aspecto normativo como lo son la ley 1751 de 2015, la ley 1164 de 2007, el decreto 3100 de 2019, la ley 1438 de 2011, la política de seguridad del paciente y el sistema de aseguramiento de la calidad en salud, que son una de las bases primordiales tanto en el seguimiento de la salud y bienestar de los pacientes, como en el correcto proceder de los profesionales de la salud en cuanto al cuidado del paciente.

Así mismo, se podrá realizar un trabajo académico e investigativo con la finalidad de profundizar en las problemáticas de seguridad al paciente y eventos adversos que se puedan presentar en el centro de salud Manuel Elkin Patarroyo del municipio de Otanche - Boyacá. Es por ello, que con este proyecto se pretende desarrollar un estudio descriptivo con enfoque retrospectivo y con desarrollo a mediano plazo, todo esto con el fin de apoyar a la entidad prestadora de salud en cuanto al mejoramiento de la calidad en la atención al paciente y en el refuerzo en el ámbito de seguridad al paciente, para que así haya un adecuado servicio en el sistema de atención en la prestación de los servicios de salud

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar y caracterizar los eventos adversos suscitados en el periodo del 2020 en el centro de salud Manuel Elkin Patarroyo del municipio de Otanche – Boyacá

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los eventos adversos adoptados por el centro de salud Manuel Elkin Patarroyo.
- Identificar y describir cuales son los factores que inciden en la aparición de eventos adversos.
- Realizar la elaboración de la matriz de riesgos con base a la documentación proporcionada por el centro de salud.

4. MARCO TEORICO

Para establecer el marco teórico en primer lugar se procederá a señalar los antecedentes de la investigación, posteriormente se realizará una referencia a la institución objeto del estudio, las bases teóricas que rigen el trabajo, las bases legales y la definición de los términos básicos que se trabajarán.

Antecedentes de la investigación

Morales-Cangas, Ulloa-Meneses, Rodríguez-Díaz y Parcon-Bitanga señalan en su artículo denominado “Eventos adversos en servicios de cuidados intensivos y de medicina interna” que desde los años setenta la seguridad del paciente ha sido un tema fundamental dentro de las prácticas médicas, y que los eventos adversos son sucesos en los cuales se originan lesiones al paciente por la realización de procedimientos sanitarios, reconocen que la atención en salud tiene factores intrínsecos, extrínsecos y del sistema que pueden generar esas consecuencias adversas que pueden variar en morbilidades, hospitalizaciones mortalidad, discapacidades, entre otras (12).

Según su estudio transversal de enfoque cuantitativo observacional y descriptivo acerca de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos y de servicio de medicina interna de un hospital general entre el 1 de junio y el 31 de julio de 2018, contando con 2807 pacientes, para presentar sus resultados establecieron matrices donde se enunciaba si el paciente fue expuesto a un evento adverso o no, el tipo de evento adverso y si existen factores intrínsecos que agravarán la situación del paciente. Este artículo permite conocer un modelo de análisis de los eventos adversos que podría aplicarse dentro de la metodología a utilizar, además de caracterizar según factores propios o externos a los pacientes que agraven el efecto adverso que sufrieron, y sus consecuencias, lo cual podría servir de elemento base de inclusión y exclusión de categorías de estudio posteriores. (12).

Ramirez-Martinez y Gonzalez Pedraza-Aviles establecen en el artículo denominado “Cultura de segurança e eventos adversos em uma clínica de primeiro nível” acerca de la percepción de seguridad donde se identifica la prevalencia de eventos adversos en una clinica de primer nivel, señalan que un evento adverso es el que “produce daño al paciente después de que este ingrese a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proporcionado que con la enfermedad de origen” (13). La metodología que utilizan los investigadores es la aplicación de un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, la aplicación de una encuesta y una estadística descriptiva, en este estudio participaron un total de 27 enfermeras a las cuales se les monitorearon las fortalezas y debilidades en cuanto a las actividades desarrolladas en la seguridad del paciente, y el manejo o reporte de eventos adversos de la clinica de primer nivel, permitiendo concluir que dos de las entrevistadas no tenían ningún evento reportado, mientras que el resto de las enfermeras participantes creen que existe una cultura de seguridad y que la seguridad del paciente esta entre un nivel aceptable o superior, Con lo cual se puede determinar que los pacientes en los hospitales de primer nivel están

muy propensos a sufrir de eventos adversos, por lo cual es importante conocer el tema, y entender en este estudio cómo la reacción de las enfermeras podría compararse con los resultados del análisis propio a desarrollarse en la institución previamente seleccionada. (13).

En el trabajo de grado de maestría de Sosa, Duque y Pasaje titulado: "Dos Sistemas de Gestión del Conocimiento para la seguridad del paciente y análisis de eventos adversos en IPS, Profesionales Independientes y Transporte Asistencial" los autores hacen referencia al desarrollo de un Sistema de Gestión del Conocimiento para la seguridad del paciente con el fin de dar solución a los principales problemas en la calidad y atención en la salud por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB. En esta investigación se utilizó la caracterización a través del método descriptivo, cuantitativo, tecnológico con base en una descripción en cascada, como promotor del uso tecnológico digital en salud, con el propósito de facilitar la notificación de riesgos, eventos adversos y otros indicadores de obligatorio cumplimiento y reporte ante los entes territoriales de salud (14). Esta investigación es muy útil para establecer la importancia del Sistema único de Acreditación en Colombia que permite la obtención del sistema de reporte de eventos adversos, lo cual muestra que los sistemas para garantizar la calidad en la prestación de los servicios hospitalarios ya está instalada, y que es viable esta investigación al ser un requisito de todas estas entidades adherirse a las buenas prácticas en salud. (14).

En el artículo denominado "Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá" de Paula Andrea Rodríguez, Sandra P. Beltrán, Yeily Katherine Peña, María José Mendoza, Gisella Dayani Julio, y Luisa Fernanda Giraldo Bernal, habla de la determinación de los diferentes actores que favorecen la ausencia del reporte de los incidentes o eventos adversos por parte del personal de salud, de la orientación de estrategias de intervención y mejoras en la cultura de seguridad del paciente (15). El estudio que utilizaron fue descriptivo-analítico, tomando al personal de salud como objeto poblacional para el estudio, para ello se utilizó una encuesta que permitió la recolección de los datos, de la cual se pudieron determinar los factores influyentes en la omisión de los reportes, en los cuales se manifestaron la complicación que se presenta con el diligenciamiento del formato, que no hay retroalimentación por parte de la institución y la preocupación del personal por los actos disciplinarios que pueda manifestar la institución. Este estudio permite determinar cómo posiblemente puedan omitirse reportes de los incidentes y eventos adversos en la Institución a analizar por posibles problemáticas basadas en las directrices propias del lugar, lo cual lleva a la investigadora a determinar la forma en que se va construyendo la matriz de información con los insumos adelantados. (15).

En el artículo presentado por Ariane Cristina Barboza Zanettia, Carmen Silvia Gabriela, Bruna Moreno Diasa, Andrea Bernardesa, André Almeida de Mouraa, Andréia Boldrini Gabriela y Antônio José de Lima Júnior y denominado "Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos em hospitais: revisão integrativa" se estudia la evidencia científica con base en la revisión retrospectiva de eventos adversos en hospitales, mediante la revisión de bases de datos como MEDLINE, LILACS, SCOPUS, Web of Science e EMBASE, los instrumentos utilizados para la validación de la ocurrencia de eventos

adversos fueron Harvard Medical Practice Study, Canadian Adverse Event Study, Quality in Australian Health Care Study e Global Trigger Tool, en los cuales se encontró una homogeneidad en la cultura del cuidado de la seguridad de los pacientes y el reporte de eventos (16). Los autores consideran que los eventos adversos afectan el 10% de los ingresos hospitalarios en promedio, y de esos errores hasta un 75% son prevenibles, lo que exige mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, éstos constituyen “una lesión o daño no intencional que resulta en una discapacidad o disfunción temporal o permanente, con estadía en el hospital o la muerte” Este artículo es útil para conocer cuáles son los eventos adversos más notorios y comunes en los tratamientos hospitalarios, que pueden ser comparados con los resultados tenidos en la entidad seleccionada en esta investigación para establecer si hay consonancia con los resultados obtenidos en otros países y en otras investigaciones. (16).

Miriam Estepa del Árbol, M.^a Carmen Moyano Espadero, Carolina Pérez Blancas y Rodolfo Crespo Montero en su artículo denominado “Eficacia de los programas de seguridad del paciente” establecen que la importancia de la seguridad del paciente se basa en la calidad asistencial, para comprobarlo utilizaron el método de la revisión bibliografía en bases de datos, en el cual se observó que los programas de seguridad del paciente más realizados son la aplicación de LV quirúrgica, y los relacionados con la prevención de IRAS, en los que se incluye la HM y el proyecto BZ; otras prácticas evaluadas fueron el programa de IP, de prevención de caídas, y ciertas medidas para evitar EM (17). Señalan que los retos presentados por la OMS es una atención limpia, ya que, es una atención más segura que controla las infecciones y constituye la base de la asistencia médica para la reducción de las infecciones, y la cirugía segura salva vidas. Las cuales son base para que la investigadora encuentre qué se está haciendo en la entidad seleccionada para cumplir los retos y reducir los problemas asociados. (17).

Ahora bien, frente a la evaluación o caracterización de eventos adversos se encuentra en el estudio realizado por Achury y otros en 2017, denominado “Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia)” señalan que dentro de los factores que intervienen en la ocurrencia de los eventos se encuentran la complejidad del proceso de atención a las personas, el conocimiento y la preparación de los profesionales que atienden asuntos de alta complejidad (19). Otros factores que pueden dar origen a los eventos adversos pueden ser la rotación de los turnos, especialmente de noche, la ausencia de sistemas de medición estandarizada en las UCI para establecer la carga de trabajo, las infecciones asociadas al cuidado de la salud en las UCI por encima de la hospitalización convencional gracias a los procedimientos invasivos o diagnósticos, el incumplimiento de las técnicas básicas como el lavado de manos, Etc. (19).

Señalan que el score Apache permite determinar puntajes para establecer si los pacientes tienen un índice posible de mortalidad por el evento adverso, el cual puede establecerse según categorías, como, por ejemplo, si el daño causado al paciente requiere de nuevas intervenciones o de hospitalización. (19).

APORTE LITERATURA SOBRE EVENTOS ADVERSOS

Para caracterizar los eventos adversos primero deben caracterizarse los incidentes, entendidos como circunstancias que suceden en la atención clínica insegura de un paciente que no le hace daño, pero que en su ocurrencia se presentan fallas en los procesos de salud, los cuales pueden ser, por ejemplo, por ausencia de controles postquirúrgicos, la falta de aprobación mediante la firma y sello del operario, pudiéndose ocasionar perjuicios a los usuarios o a las entidades (20).

Estos instrumentos para caracterizar los eventos adversos evidencian que la seguridad del paciente es prioritaria en la atención en salud, y alertan acerca de una atención insegura en cualquier actividad, por lo que es necesario investigar sus causas, qué elementos permiten o promueven su aparición dentro de las instituciones, y la selección de barreras para evitar la reincidencia en este evento adverso, proponiendo acciones para evitar que siga presentándose (23).

Además, es importante caracterizar los eventos adversos para que el profesional involucrado no presente sentimiento de vergüenza, culpa o miedo por su error, sino que los gestores de las instituciones de salud deben reconocer que en muchos casos los eventos adversos están relacionados directamente con las fallas en el sistema, y por tanto no puede desviarse la atención solo a la negligencia o incompetencia profesional, lo cual exige la identificación de las fragilidades en los procesos para adoptar medidas preventivas (24). Lo cual permite dar una mirada crítica a la investigación para determinar que en muchos casos los errores del personal médico no podrán subsanarse, y que las mitigaciones de los resultados adversos requieren de la confluencia de muchas características que deben descubrirse en el caso seleccionado.

Referencia Institucional:

La Empresa Social Del Estado Centro de Salud “**Manuel Elkin Patarroyo**” con código prestador 155070063201, es una institución de Primer Nivel de atención conformada por Profesionales que ofrecen servicios de educación, prevención, promoción, protección, y tratamiento para la recuperación de la salud. Tiene vigencia desde marzo del 2017, su naturaleza jurídica es pública. Su Misión es ser pionera en procesos de habilitación de servicios ambulatorios y hospitalarios de baja complejidad, nuestro propósito servir a las comunidades con Compromiso, Calidad, Humanismo, Oportunidad y Eficiencia Administrativa y como Visión Ser modelo de empresa en términos de funcionamiento, eficiencia, eficacia y calidad de prestación del servicio como ejemplo para nuestra comunidad y para la provincia de occidente (25).

Bases teóricas:

Eventos adversos

Los eventos adversos son el resultado de una atención en salud que produjo un daño de manera no intencional; para su configuración se requiere la confluencia de tres elementos, que haya una lesión, que sea atribuible a la atención en salud y que se haya producido de forma involuntaria por el personal asistencial. A su vez puede clasificarse en eventos adversos prevenibles, donde el resultado se hubiese podido evitar con el cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial disponibles; el evento adverso no prevenible se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial; el evento adverso centinela es el que se produce la muerte o una discapacidad en el paciente; y el evento adverso trazador es cuando en un evento de auditoría se pueden vigilar diferentes eventos adversos por fallas de la calidad (26).

Los eventos adversos son entonces el resultado de una atención en salud que de forma no intencional produjo un daño, otro autor señala que éstos pueden ser prevenibles y no prevenibles. Los eventos adversos no prevenibles se generan cuando hay un resultado no deseado, que se presenta a pesar de haberse cumplido con los estándares de cuidado asistencial. En el evento adverso prevenible el resultado no intencional podría haberse evitado con el cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial en un momento determinado, y el evento adverso serio es el que tiene su desenlace en la muerte o una amenaza de vida, genera una hospitalización prolongada, causa discapacidad, etc. (23).

La evaluación del riesgo de estos procesos se da cuando se comparan “los resultados del análisis de riesgos con criterios de riesgo para determinar si el riesgo y/o su magnitud es aceptable o tolerable” (27), de forma tal que es necesario hablar del Sistema de Gestión del evento adverso entendido como las herramientas, procedimientos y acciones que permiten identificar y analizar la progresión de una falla hacia la producción del daño al paciente, para prevenir o mitigar sus consecuencias mediante acciones de mejora (26).

En el 2004 se creó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente por parte de la OMS incentivando a los países a trabajar en el tema para evitar los eventos adversos que podían prevenirse, esto ha convertido a la seguridad del paciente en una prioridad para evitar la atención insegura, siendo deber de cada institución investigar cuáles son las causas que los generan, las disposiciones para que aparezcan y las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia del evento adverso (28).

La seguridad del paciente es entonces el conjunto de los elementos estructurales, los procesos, los instrumentos y las metodologías basadas en evidencias científicas que propenden por la minimización del riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud, o de minimizar sus consecuencias (28). En Colombia el fomento de los procesos seguros busca identificar y mitigar los riesgos que son asociados a procesos para evitar las lesiones en los pacientes, en sus familiares o en los colaboradores y las pérdidas o los gastos significativos para la institución (30).

Además las fallas de la atención en salud son deficiencias en las realización de acciones que han sido previstas y programadas o en la utilización de un plan incorrecto que puede manifestarse en una falla de acción la cual es la ejecución de procesos incorrectos, o en una falla de omisión al no ejecutar los procesos correctos. La falla en salud también es activa, o los errores resultantes de las decisiones o acciones de las personas que participan en el proceso, y la falla latente que son las fallas en los sistemas de soporte (29).

De esta forma se puede hablar acerca de la condición de víctima, en primer lugar es el paciente, quien si sobrevive al evento adverso tendrá trastornos psicológicos, espirituales y socioculturales; en segundo lugar el médico quién además de los riesgos del paciente puede sufrir daños físicos al exponerse a infecciones durante los procedimientos, y las terceras víctimas son las familias del paciente y del médico quienes pueden sufrir de depresión, angustia, cambios en sus formas de vida por los traumas de su parentela (30).

Una de las teorías para analizar cómo se impactan los eventos y la seguridad del paciente es el Modelo Reason de causalidad o Modelo de Queso Suizo, donde se deben buscar qué aspectos o decisiones de la organización podrían haber sido factores condicionantes en accidentes, y cómo se puede aprender de ello mediante la mejora continua. En él se entiende que los accidentes son superposiciones o coincidencias de fallas en los diferentes niveles de la organización en un mismo momento (31).

Los agujeros que tienen las rodajas del queso representan las debilidades individuales del sistema, las cuales varían de tamaño en todas las rodajas que son las partes individuales, el sistema produce fracasos en todo el conjunto cuando todos los agujeros de cada rodaja se alinean momentáneamente y garantizando la ocurrencia de un accidente (31).

Factores que inciden en la aparición de eventos

Los riesgos que dan origen a los eventos adversos son de diversos tipos: humanización asociada con la gestión de necesidades de los usuarios y de sus familias, de los colaboradores, estudiantes y de aspectos estructurales. Los riesgos de paciente y familia asociados con la correspondabilidad de la familia en la atención al paciente. Los riesgos de seguridad clínica asociados al daño potencial del paciente por la atención en salud. Los riesgos en salud ocupacional asociados a que un objeto, sustancia o fenómenos pueda perturbar en la salud o integridad física del trabajador (32).

Los riesgos del ambiente físico relacionados con la pérdida potencial por daños o fallas en infraestructura y medio ambiente. Los tecnológicos asociados con los daños o fallas en el uso de los equipos biomédicos, hardware, software, sistemas, aplicaciones, redes, etc. Administrativos basados en el proceso de apoyo en la prestación de servicios como los financieros y de imagen. Riesgos de gestión, docencia y servicio asociados con los daños por la actividad de docencia (32).

Para otros autores los factores de riesgo pueden para los eventos adversos pueden relacionarse con variables sociodemográficas, con factores propios del establecimiento de salud, con la calidad del servicio prestado por el personal de enfermería, personal médico y paramédico, la calidad de los oficios del personal de servicios generales, el estado de la planta física, su diseño y dotación, siendo uno de los más comunes el error en la dispensación (23).

Otros autores los clasifican en intrínsecos o relacionados directamente con el paciente, incluyendo factores sociales, mentales, psicológicos e interpersonales; extrínsecos o relacionados con el tratamiento, el cuidado intrahospitalario, el manejo terapéutico y el uso de dispositivos; y el sistema institucional compuesto por el recurso humano, su nivel de formación y capacitación, el equipo de trabajo, los equipamientos, los lineamientos institucionales, entre otros (33,34).

Se encontró en los documentos analizados que los factores principalmente son relacionados con el paciente, y relacionados con el centro donde se presta el servicio de salud, y que cada investigador según sus necesidades puedes establecer de forma arbitraria para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación que se propone diversos subfactores, por ejemplo, individuales, de equipos, de comunicación, de trabajo, entre muchos otros.

Los factores en un incidente pueden ser atenuantes, entendidos como la “Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente”, o contribuyentes cuando una acción o influencia desempeña el papel de origen o la evolución de un incidente, o ha aumentado el riesgo de que este se produzca (35).

Debe hallarse la raíz de estos factores para ello el ICONTEC presentó el Modelo ANCLA en el cual se pueden establecer los factores que contribuyen en la ocurrencia de incidentes y eventos adversos mediante cinco niveles de investigación: la supervisión, las influencias organizacionales y la influencia de la legislación y el Estado, para definir posteriormente las recomendaciones y el plan de acción (36).

Primero la supervisión del acto inseguro donde el paciente sufre un daño por parte del error o la falta de adherencia a normas del equipo tratante, el segundo son las precondiciones para actos inseguros o las situaciones que promueven su aparición, en el tercer nivel de supervisión son los errores en los factores propios de la organización o de las personas que auditan o supervisan; en el nivel cuarto de organización son los factores contribuyentes al evento que se derivan de la falta de organización administrativa y de recursos, y por último la legislación Estado o las situaciones que contribuyen al evento, relacionado con ausencia o fallas en la normativa que rige el sistema de salud (36).

Otro modelo de medición de los eventos adversos es el Systems Analysis of clinical incidents ahora denominado Protocolo de Londres, el cual se basa en el concepto de acción insegura como la conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por la acción u omisión

de los miembros del equipo, apartándose de los límites de una práctica segura y pudiendo causar un evento adverso para el paciente (37).

Las decisiones que se toman en los niveles directo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo y afectan los sitios de trabajo, creando condiciones que pueden permitir conductas inseguras de diversa índole, por lo cual deben existir barreras para evitar los accidentes, o mitigar las fallas como la acción humana, las listas de verificación, los códigos de barras, el control administrativo, la supervisión, entre otros (37).

En este modelo se debe realizar una investigación de los eventos adversos identificando qué se quiere investigar, seleccionando un equipo que lo realizará, la obtención y organización de la información, el establecimiento de la cronología del incidente, la identificación de las acciones inseguras, la identificación de los factores que contribuyeron al efecto, la emisión de recomendaciones y del plan de acción para establecer mejoramientos comprobables en la organización (38).

De igual forma existe el modelo SHELL que se basa en la gestión del riesgo, para establecer acciones integradas de reducción de los riesgos mediante actividades de prevención, mitigación, preparación, atención y recuperación de forma posterior al impacto. Este modelo establece cuatro elementos, las máquinas y los equipos (H), el medio ambiente y las circunstancias operativas en las cuales se realiza la labor (E), el hombre en su puesto de trabajo (L), y el programa o software basado en procedimientos, entrenamiento, soportes, entre otros (S) (37).

Los eventos adversos se pueden establecer con la combinación en cualquier forma de dos de estos elementos L-S, L-E, L-H, L-L (35), el elemento central es el hombre que puede interactuar con su entorno operacional que puede generar un desajuste ya sea por la experiencia de la persona, la comunicación, el formato y presentación de los recursos, el vocabulario, una utilización inadecuada de los recursos, la temperatura, aspectos culturales y sociales, que llevan a una interpretación ambigua por parte del operador, y generan el evento adverso (36).

Por otra parte, se encuentra el modelo Reason, en el cual se conciben los accidentes como síntomas de problemas más profundos dentro del sistema, requiriendo una investigación de quienes cometieron el error específico, pero también de las decisiones gerenciales, las condiciones de trabajo, y los procedimientos que facilitaron la vulneración hacia el paciente, para establecer sistemas SSP/SMS que sean tolerantes a error, pudiendo detectar peligros y errores para promover aprendizajes de sistema y la gestión del riesgo; así como la educación y el entrenamiento para que los prestadores del servicio comprendan sus limitaciones, y de esta forma prevean errores (36).

En este modelo se entiende la existencia de barreras para evitar la ocurrencia del evento adverso, y para que esto pase deben existir fallas activas y latentes. Las barreras de seguridad son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorberla

para evitar la ocurrencia del accidente. Las fallas activas son las que ocurren en la interacción humana con el sistema, generando efectos inmediatos, y las fallas latentes se dan en los sistemas llevando a errores operativos con efectos prolongados en el tiempo (37).

Por último, otro modelo que puede aplicarse es el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), el cual, pese a que no está diseñado para evaluar directamente los efectos adversos, permite a las entidades prestadoras del servicio de salud encontrar sus errores y establecer mecanismos de acción y mejora continua para evitarlos o subsanarlos. En la fase de Planear se identifican las metas (reducir la presencia de efectos adversos) y las maneras de alcanzarlo. El hacer genera la primera fase de ejecución orientada a formar el personal en las normas nacionales e internacionales referentes con el cuidado del paciente (38, 39).

En la verificación se evalúan los resultados según indicadores, tanto del aprendizaje de los prestadores del servicio, así como la realización de auditorías, y por último en la actuación se verifica si se han cumplido los fines planteados, si el personal es consciente de los posibles daños que puede causar, y de las formas de prevenirlo, en caso de que no se consiga esta meta, puede intentarse nuevamente el ciclo (38, 39).

Todos estos estudios demuestran la importancia de que en los centros de atención médica se tenga en cuenta que el paciente es fundamental en la realización de todas las labores, tanto administrativas como médicas, lo cual exige que se establezcan mecanismos y se tomen medidas para prevenir y contrarrestar los eventos adversos que puedan generarse, mediante acciones individuales de cada persona al momento de prestar sus servicios, así como en la utilización de insumos y elementos del lugar, verificando que permitan cumplir con el fin para el cual están siendo utilizados.

La existencia de diferentes mecanismos de comprobación de los eventos adversos demuestra que son más comunes de lo que se piensa, y que por tanto exigen de acciones concretas para enfrentar la labor que se realiza en los centros médicos, principalmente en las Unidades de Cuidados Intensivos donde es más común y propensa su aparición, exigiendo la existencia de medidas de control y de acción previas.

Matríz de riesgos

La Matriz de Riesgos es una herramienta de gestión que para determinar los riesgos relevantes para la seguridad y salud de los trabajadores (y en este caso, de los pacientes) que enfrenta una organización, analizando el nivel de riesgo presente en los trabajos (y en las prácticas médicas), para comparar por nivel de riesgo diferentes tareas, que permitan proponer acciones concretas para disminuir los riesgos y estimar el impacto que estas acciones tendrán sobre el nivel de riesgo de los trabajadores (y pacientes) (40).

Cuando se ha evaluado la amenaza, la exposición del paciente y el contexto en el que se encuentra debe determinarse el nivel del riesgo (ya mencionados), mediante una caracterización del riesgo, la cual puede generarse en una matriz de riesgo que “sirve para evaluar y documentar cambios en el riesgo, antes y después las medidas de control” (41).

En la evaluación del riesgo de eventos adversos se puede graduar su severidad, y establecerse la probabilidad de su recurrencia, para ello se han establecido categorías por probabilidad señalando si es frecuente, ocasional, infrecuente o remoto. De igual forma por consecuencias: catastrófica, mayor, moderada y menor. Entre estos dos elementos existe una relación directa, la cual puede medirse en una escala de uno a tres, basada en score, donde 1 define un riesgo bajo, 2 un riesgo intermedio y 3 un riesgo elevado que exige indagar la raíz del evento (42), lo cual podría dar origen a una matriz de evaluación de riesgos.

Para elaborar un instrumento de medición de los riesgos puede utilizarse también la metodología RISICAR basada en cinco puntos: 1. Identificación de los riesgos 2. Calificación de los riesgos 3. Valoración de los riesgos 4. Diseño e implementación de medidas de tratamiento de los riesgos 5. Monitoreo y evaluación de los riesgos. La identificación del riesgo se hace a nivel estratégico, relacionado con la misión de la institución y a nivel operativo, después de se escribe el riesgo, es decir, la forma en que podría presentarse, el agente generador, si es una persona, cosa, circunstancia, posteriormente las causas relacionadas con el agente generador y los efectos que son los eventos adversos (43).

En la calificación del riesgo se establece si la frecuencia es muy alta, alta, media, baja y si el impacto es leve, moderado, severo o catastrófico. Con la calificación de la frecuencia y la del impacto se establece la valoración del riesgo entre aceptable, tolerable, grave e inaceptable, y se elabora una matriz (43), que podría denominarse matriz del riesgo.

Bases legales

La constitución política de Colombia de 1991 (44), en su artículo 49 habla de la atención en salud, el saneamiento ambiental, la prestación de servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, además de garantizar y estipular que todo individuo tiene el deber de velar por el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Dentro de las normativas que definen y garantizan el cumplimiento de la seguridad del paciente, se encuentra el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual lidera la política de seguridad del paciente y cuyo objetivo es prever sucesos y ocurrencias que puedan llegar a afectar la salud y seguridad del paciente, y a su vez de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, esto con el fin de contar con instituciones seguras, competentes y competitivas.

Sin embargo, para lograr que dichas instituciones, entidades o prestadores de servicios sean acreditados, confiables, seguros y con calidad, se debe ir más allá de los Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente, por ejemplo con la creación de un programa de seguridad del paciente, por lo tanto, también se deben tener en cuenta la Ley 100 de 1993 (45), “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”, se expide el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el SGSSS (46) (Resolución 5261 de 1994), las modificaciones que la Ley 1122 de 2007 introdujo al Sistema General de Seguridad Social en Salud (47).

Estas leyes establecen la importancia de que el paciente sea el centro del análisis de las acciones de salud, para lo cual, las instituciones deben realizar actividades y procedimientos de capacitación constante al interior de ellas para que los prestadores del servicio estén lo suficientemente ilustrados en el tema de los posibles daños que pueden prevenirse frente al paciente, permitiendo la reducción de los eventos adversos.

En relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud, dictado mediante el Decreto 903 de 2014 (48) y la Resolución 2082 de 2014 (49). La Resolución 1446 del 2006 (50) establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos, el reporte de entes de vigilancia y control, las buenas prácticas de seguridad como Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Hemovigilancia, Reactivovigilancia, además, la seguridad del paciente y familia, la Resolución 4343 de 2012 (51) expide la regulación sobre deberes y derechos que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud.

Estos dos reglamentos son fundamentales en la caracterización de los efectos adversos ya que establecen lineamientos de acción para todos los actores del sistema de salud, señalando los diferentes eventos adversos a los cuales están susceptibles de padecer los pacientes en las IPS y en las EPS, las cuales incluyen procedimientos de salud y administrativos, evidenciando que los pacientes tienen derecho a una atención oportuna que no puede ser negada por problemas en el sistema de salud ya sea por las acciones de los software, o de los equipos, ni administrativa, ni de personal.

Es tan alta la importancia de los eventos adversos en el país que se incluyen dentro de la dimensión técnica de la atención al paciente, evidenciando que no solo es necesaria una atención oportuna, el enfoque clínico, sino que hace parte de todo el sistema de evaluación de calidad, siendo uno de sus indicadores primarios al transversalizar los cuatro componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad para obtener servicios de salud más seguros.

La Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud (52), tiene por objetivo “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”; la Ley 1753 de 2015 - Plan de Desarrollo 2014 – 2018 (53), retoma el marco de la Ley Estatutaria de Salud y en el artículo 65 faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud, Resolución 3100 de 25 de noviembre de 2019 “por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud” (54) el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia del Ministerio de Salud de Colombia, en el cual se encuentran los estándares asistenciales (5, 6 y 7) los cuales hablan de la inclusión de estrategias de comunicación sobre los eventos adversos a pacientes y familiares, la articulación de la encuesta de clima de seguridad y de acciones de mejoramiento y la incorporación de criterios de prácticas seguras.

Estas estrategias de articulación entre pacientes, familiares y prestadores del servicio permiten que la caracterización de los eventos adversos pueda relacionarse con un banco de datos que prevea las acciones a realizarse desde la prevención y las prácticas seguras con el conocimiento previo de la mayor posibilidad de ocurrencia en las instituciones de determinados riesgos y eventos.

Esta se enlaza con la “Guía técnica de buenas prácticas en seguridad de Pacientes” y los paquetes instruccionales, entre otras disposiciones. Por otro lado, en las instituciones prestadoras de salud, es de suma importancia la aplicación o implementación de dichas normativas para que se cuente con los requerimientos de buen funcionamiento, recursos y calidad de los servicios ofrecidos y a su vez evitar una serie de acciones que perjudiquen el bienestar físico o emocional tanto de los trabajadores de la institución prestadora del servicio como a los usuarios, es por ello, que se debe llevar a cabo la implementación de herramientas que faciliten y garanticen la mejora continua, como por ejemplo el ciclo PDCA o ciclo de Deming, la matriz DOFA, las 7S de McKinsey, la matriz de riesgo, entre otras, que de la mano de las normativas garanticen el buen funcionamiento y la mejora en la calidad del servicio para poder prevenir, reducir y/o eliminar los riesgos como los eventos adversos (54).

DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **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 (55).
- **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 (56).
 - **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 (57).
 - **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (58).
- **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 (57).
- **MATRIZ DE RIESGOS:** Es una sencilla pero eficaz herramienta para identificar los riesgos más significativos inherentes a las actividades de una empresa sirve para mejorar el control de riesgos y la seguridad de una organización.

Características de la matriz de riesgo:

Con el fin de garantizar su eficacia y utilidad, una matriz de riesgo debe tener las siguientes características:

- Debe ser **flexible**.
- **Sencilla** de elaborar y consultar.
- Que permita **realizar un diagnóstico objetivo** de la totalidad de los factores de riesgo.

Ser **capaz de comparar proyectos**, áreas y actividades (58).

5. METODOLOGÍA

La presente propuesta de trabajo de investigación “Caracterización de eventos adversos en seguridad del paciente en el centro de salud Manuel Elkin Patarroyo del municipio de Otanche – Boyacá” es un estudio cuantitativo con características: observacional, ya que no se realizó ninguna modificación en la investigación, descriptivo donde se acogió un solo grupo de participantes, en este caso la población a estudiar fueron los eventos adversos ocurridos en los pacientes atendidos en el centro de salud Manuel Elkin Patarroyo en el periodo del 2020 y tuvo un enfoque retrolectivo basado en los eventos adversos que ya sucedieron y en la búsqueda de las causas (factores de riesgo) el cual pretende observar, medir, cuantificar conceptos y variables mediante un enfoque empírico analítico utilizado para estimar las magnitudes o la ocurrencia de fenómenos, mediante procesos sistemáticos y organizados de forma secuencial para comprobar suposiciones, no se pueden saltar ni eliminar pasos (59).

A su vez, el diseño de investigación planteado es no experimental, ya que no se modificó deliberadamente una variable para conocer su influencia sobre las otras, sino que se pretendió entender la realidad que ya ha sucedido mediante los eventos adversos que percibieron en este centro de salud (59).

Se utilizaron instrumentos como análisis documental en el que se emplearon artículos que abordaron la tematica de eventos adversos y seguridad del paciente, una ficha de registro de datos y la base de datos del centro de salud que cuenta con el registro de reportes de eventos adversos, también se empleo una matriz de riesgos, que permitió enfocar los riesgos asociados a los eventos adversos (60).

El procedimiento de recolección de la información se realizó a través de expedición de la entidad por medio virtual (correo electrónico) y mediante un documento expedido en la universidad, en el cual consta la finalidad del proyecto donde se recolectó la base de datos de los eventos adversos; para la demás información solo se necesitó la utilización de computador, el cual es propiedad del estudiante investigador.

Para la elaboración de la matriz de riesgo según la base de datos obtenida, se contó con la colaboración de un estadístico quien se encargó de seleccionar el programa más adecuado en el trámite de la información.

En la matriz se cruzaron los datos de probabilidad en que ocurrieron los hechos y las consecuencias que se generaron en las diferentes áreas, desde leve, moderado y grave en cada uno, con lo cual se pudo determinar porcentualmente la ocurrencia de los hechos y el impacto que se generó.

El formato que se estableció para ello fue el siguiente:

SISTEMATIZACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS SEGÚN NIVELES DE IMPACTO, RIESGO Y AGENTE												
NÚMERO DE REPORTE	EDAD	SEXO	FECHA DEL REPORTE	DESCRIPCIÓN EVENTO ADVERSO, INCIDENTE, ERROR, IDENTIFICACIÓN DE GRAVEDAD - OCURRENCIA	CLASIFICACIÓN EVENTO	TIPO DE RIESGO IDENTIFICADO	EVENTO ADVERSO IDENTIFICACIÓN DE GRAVEDAD - OCURRENCIA	AGENTE GENERADOR	PROBABILIDAD OCURRENCIA EVENTO ADVERSO	NIVEL DE OCURRENCIA DE IMPACTO	CAUSA DE EVENTO ADVERSO	ACCIÓN DE MEJORA
1	77	FEMENINO	5/09/2020	Durante el servicio de Transporte de Intenciónal por evento coronaria aguda y falla respiratoria secundaria, una bomba de infusión que suculó al paciente ocasionando su caídas en su cama resguardada	EVENTO ADVERSO	LEVE	2	E.S.E. MANUEL ELKIN PATARROTO	RARO POCO PROBABLE	1	Falta de reporte para bombas de infusión en transporte de Intenciónal tipo ambulancia	Intalar reporte para bombas de infusión y hacer constatar mantenimiento a la misma

Este formato permitió establecer datos básicos como número de evento, edad, sexo, área o servicio, causa y fecha de reporte, los cuales proporcionaron la tabulación en el periodo de estudio, qué sexo es el más afectado por los eventos adversos y en qué rango de edad se encuentran esos pacientes, cuál es el área o servicio donde más se presentan los incidentes y eventos adversos. En la casilla de evento adverso se anotó el tipo de evento, para ello se utilizó la base presentada en la Resolución 1446 de 2006 (50)

Posterior a ello, y para las casillas de calificación del impacto, tipo de riesgo y agente generador, en el formato se establecieron los niveles entre los cuales se mide cada indicador. Asimismo, las casillas de probabilidad de ocurrencia de evento adverso y la casilla de nivel de ocurrencia de impacto fueron las que posteriormente sirvieron para establecer la matriz de eventos adversos, cruzando la información que brindaron ambas para valorar el impacto entre leve, moderado, severo y catastrófico, según la estadística de variables sencillas.

Con los resultados de esta matriz, y del agente generador se pudo establecer las consecuencias del accionar personal o colectivo, y asimismo presentarse propuestas de mejoramiento continuo en la entidad.

En cuanto al principio ético se tuvo en cuenta la resolución 8430 el principio de beneficencia, el principio de respeto por la autonomía y el principio de justicia, así mismo la obtención del consentimiento con plena información en base a los procedimientos tales como: situación del sujeto en el estudio, propósito del estudio, el tipo de información que se obtendrá, compromisos en tiempo, el patrocinio, procedimientos del estudio, los riesgos y costos potenciales para la institución o el investigador, beneficios potenciales, promesa de confidencialidad, consentimiento voluntario, derecho a renunciar, alternativas, información de contacto con el investigador para esclarecer dudas sobre el proceso de estudio y manipulación de los datos requeridos.

6. RESULTADOS Y DISCUSION

En el estudio realizado al centro de salud E.S.E Manuel Elkin Patarroyo de primer nivel del municipio de Otanche, se desarrollo a partir de la metodología descrita en este documento, con el objetivo de evaluar y caracterizar los eventos adversos suscitados en el periodo del 2020, asimismo, de realizar una matriz de riesgos con los datos aportados por la entidad.

La edad, el sexo y el servicio donde se presentaron los eventos adversos son variables independientes que permitieron la identificación de un grupo o individuos objeto del estudio, estas variables explican la causa de los eventos adversos, es decir, en este escenario se pudo identificar y clasificar los factores involucrados en la incidencia de los eventos adversos, incidentes y errores, los cuales fueron extrínsecos con relación al procedimiento, el tratamiento, el cuidado intrahospitalario, talento humano, capacidad instalada, insumos y equipos biomédicos, debido a las flebitis presentadas en el momento de la venopunción para la administración de medicamentos, cateterización, venopunción para la toma de muestras para paraclínicos, procesamiento de paraclínicos erróneos, reformulación de medicamentos, accidente laboral, entre otros.

En relación con la clasificación de los eventos, identificar tipos de eventos según su naturaleza médica permite determinar y evaluar diferentes sucesos según el impacto, importancia y registro. Frente a la clasificación de los eventos adversos, incidentes o error, de esta tipología permite organizar la información estadísticamente según el número de casos registrados. Así mismo, esta clasificación es coherente con la clasificación encontrada en los formatos de toma de información de los eventos reportados de la E.S.E. Manuel Elkin Patarroyo.

En el plano de la ocurrencia o frecuencia de los eventos, la clasificación de estos por tipos de eventos y tipos de impacto permitió evaluar la regularidad de aparición del evento en el tiempo. Es decir, se buscó vincular sí un evento de cualquier tipo presentó una probabilidad de aparición notable, esto, con el objetivo de evaluar posibles acciones de mejora para los eventos adversos que se presentaron con mayor frecuencia de ocurrencia. Asimismo, el análisis cuantitativo de los datos proporcionados por la entidad dio paso para identificar, caracterizar y evaluar la incidencia de los eventos adversos ocurridos en las áreas de Urgencias, Farmacia, Laboratorio y Transporte del centro de salud, ya que las variables encontradas tuvieron como objetivo la sistematización de la información encontrada en los registros del personal asistencial y que de esta forma se pueda diseñar el plan de mejora más eficiente y/o evaluar los riesgos presentes durante la atención hospitalaria.

Sexo

La relación entre el Sexo y la frecuencia de ocurrencia o aparición de los eventos adversos (Gráfica 1) se describe porque sufren más eventos adversos el grupo poblacional de sexo masculino (62%).



Gráfica 1: Frecuencia de Eventos Adversos por Sexo

Sin embargo, como la muestra no es lo suficientemente amplia (8 eventos adversos) es coherente afirmar que la variable de sexo no es causalidad objetiva para explicar por qué los hombres son más susceptibles a tener más eventos de tipo adverso. Sin embargo, esto puede variar entre el número de registro de entrada de pacientes a urgencias u otros departamentos del hospital. Por otra parte, en este caso el género permitió la identificación de la frecuencia de eventos adversos por sexo, ya que, el género masculino fue el que presentó mayor proporción de eventos, es por lo cual, esta variable sirvió para identificar el porcentaje de eventos adversos encontrados en la entidad con respecto al sexo. Teniendo en cuenta la gráfica se identificó que el 62% de los eventos adversos presentaron mayor frecuencia en los hombres y tan solo el 38% en las mujeres, este porcentaje puede variar debido a que estos eventos son inherentes a un motivo explícito, es allí donde se debe diseñar el plan de cuidados identificando los factores de riesgo del paciente en el momento de ingreso al hospital.

Ahora bien, según el estudio IBEAS nos dice que, en cuanto a las características de los pacientes, de forma consistente con la etapa de la asistencia en la que ocurre el EA, a medida que aumenta la edad es menos probable encontrar EA relacionados con un procedimiento, mientras que aumenta el riesgo de sufrir EA relacionados con los cuidados y la medicación. Asimismo, que no existe mucha diferencia en la distribución del tipo del EA según el sexo de los pacientes. Los hombres parecen tener más EA relacionados con los cuidados y las mujeres más con los procedimientos, aunque en ningún caso se alcanza una diferencia significativa(7).

Frecuencia o recurrencia de eventos

La gráfica 2 muestra tres tipos de eventos clasificatorios para los tipos de sucesos durante una intervención médica u hospitalaria. El personal asistencial registró con mayor frecuencia eventos de tipo adverso del 47 %, incidentes del 42 % y errores 11%.



Gráfica 2: Frecuencia o Recurrencia de Eventos

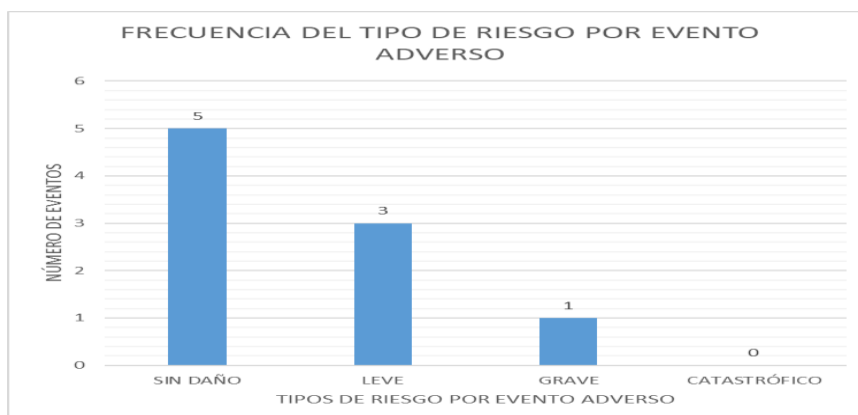
La frecuencia o recurrencia de un evento se asocia a un riesgo intrínseco e inherente a cualquier actividad, es por ello por lo que la exposición o incertidumbre de ocurrencia de los sucesos que ponen en riesgo la salud del paciente o de los mismos trabajadores, tengan priorización según la clasificación del evento. En este caso se realizó la clasificación y reporte según los términos: error, incidente y evento adverso, debido a que por medio de dicha designación se pudo tener un mejor enfoque y magnitud del daño que se está generando a los pacientes. Así mismo, esta grafica permitió evaluar y realizar las recomendaciones con respecto a los acontecimientos suscitados en el centro de salud.

En este caso hubo un 42 % en el que no se concretó en un daño para el paciente, sin embargo, el paciente se vio afectado por la mala praxis de la flebotomía y la canalización, aunque este no fue intencional, por otro lado, hubo un 47 % que sí repercutió en un daño para el paciente, siendo este inherente a su prescripción o patología y hubo un 11 % en la falla de un proceso realizado por el personal asistencial de la entidad, el cual no repercutió un daño para el paciente, pero si la calidad de atención.

Frecuencia de tipo de riesgo

Continuando con el análisis anterior, y centrándonos en los eventos adversos como eventos objeto de esta investigación, encontramos que la frecuencia u ocurrencia de este tipo de evento (ver la gráfica 3) muestra que el tipo de evento más registrado es el que tiene un tipo de daño mínimo, o lo que es lo mismo, se cataloga como sin daño.

En este mismo sentido, los eventos graves o catastróficos son pocos frecuentes en el registro de sucesos.



Gráfica 3: Frecuencia del Tipo de Riesgo por Evento Adverso

Esto muestra que la frecuencia de eventos adversos con altos niveles de impacto, los cuales pueden ocasionar graves perjuicios al bienestar jurídico y laboral del hospital, son afortunadamente pocos frecuentes.

Esto también se puede explicar por la atención a los planes de mejoramiento reflejados en anteriores eventos con ocurrencia en años anteriores. En todo caso, el E.S.E. Manuel Elkin Patarroyo presenta durante el año 2020 un bajo registro de casos catalogados como eventos, que, aunque pueden explicarse por una buena administración o compromiso del personal asistencial y administrativo, pueden también explicarse en razón a un subregistro ocasionado por el no registro de eventos o los errores de catalogación de estos.

Frecuencia de probabilidad de eventos

Sobre la frecuencia u ocurrencia de los eventos (ver gráfica 4) en general, los 19 eventos, 9 eventos adversos, 8 incidentes y 2 errores, representan un 100 %, de los cuales una mayor ocurrencia fue catalogada por el personal asistencial como posible. Además, en la gráfica no entran dentro de los resultados las frecuencias de tipo frecuente y casi cierto, demostrando que

la ocurrencia de un evento adverso, un incidente o un error, hacen parte de sucesos asistenciales u hospitalarios no controlables o de naturaleza inesperada.



Gráfica 4: Probabilidad de Eventos

Por otro lado, el no reporte de esta ocurrencia también se destaca, aunque representa una porción de la circunferencia muestral, demuestra que la posibilidad de un subregistro incide en la percepción global de los posibles números de eventos que se pueden encontrar. De acuerdo con lo anterior se logra identificar que se requiere mayor adherencia por parte del personal asistencial al reporte de los eventos adversos y de esta forma minimizar el subregistro; de igual forma es necesario la implementación de la política de seguridad del paciente, en la cual se debe garantizar el reporte, análisis y mejoras ante los hallazgos.

Asimismo, Harper y Helmreich afirman que los hallazgos sugieren que el éxito de un sistema de reporte está determinado por las actitudes y percepciones de los profesionales y técnicos de la línea de frente del cuidado en salud”. Esto pone en evidencia que las organizaciones deben ser conscientes que se debe crear una cultura de seguridad no punitiva, que no solo se imparta desde la oficina de “calidad” o “seguridad”, sino que se establezca dentro de los lineamientos y políticas estratégicas de las instituciones que la calidad y la seguridad son elementos integrales del trabajo de toda la organización, lo cual ayudará a crear sistemas que permitan que todo el personal que labore en salud se encuentre en la capacidad técnica y moral para reportar los incidentes y eventos adversos, sin factores que influyan en la decisión de hacerlo(62).

Por otro lado, en la investigación realizada “EVENTOS ADVERSOS EN LA CLÍNICA VERSALLES DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2017” basado en la investigación de Dutra DD, Duarte MCS, de Albuquerque KF, Santos JdS, Simões KM, Araruna PdC en la cual exponen que al revisar la literatura correspondiente a este tema, se

encuentra que aunque existe gran variedad de artículos sobre el mismo, no existen cifras claras y confiables que demuestren la magnitud del problema, a pesar de que casi todas las instituciones tienen sistemas de notificación implementados, todo esto debido al subregistro y a la pobre cultura del reporte de eventos adversos que tiene el personal de salud. Es más preocupante aún la poca o casi nula información registrada sobre eventos adversos en el eje cafetero, dejando en evidencia la necesidad de implementar una fuerte cultura de la seguridad del paciente en cada una de las instituciones y de conocer la prevalencia real de eventos adversos en la región, para detectar, analizar e implementar planes de mejoramiento que conlleven a la mejora de procesos y a una mayor calidad en la atención para todos los usuarios (65) (66).

Por último, la percepción del personal médico sobre la ocurrencia posible de eventos muestra que el sistema de salud no está excepto de sucesos inesperados que deban ser atendidos según protocolos claros.

En consecuencia, la tendencia es a considerar que un evento sea de tipo adverso, incidente o error, como una acción posible en el marco de la complejidad de la salud humana y del sistema médico que la trata.

Porcentaje de eventos presentados por área



Gráfica 5: Porcentaje de Eventos por área de servicio

En la anterior gráfica (Gráfica 5) se puede apreciar que el 58 % de los eventos ocurrieron en el área de Urgencias, el 26 % en el Laboratorio clínico, el 11 % en farmacia y el 5% en el transporte (Ambulancia).

Eventos por área de servicio



Gráfica 6: Eventos por área de servicio

En la gráfica 6 de eventos por área de servicio, se identificó que en el área de urgencia se presentaron 7 eventos a consecuencia de la venopunción, 3 eventos por caídas y 1 evento por accidente laboral, en el área de Laboratorio se reportaron 3 eventos por venopunción y otros 2 eventos a causa de problemas preanalíticos, procesamiento y reporte erróneo, mientras que en el área de farmacia se reportaron 2 eventos a causa de prescripción errónea y reformulación de medicamentos y por último en el área de transporte se reportó 1 evento por golpes con equipamiento de la ambulancia.

Dinámica de las probabilidades

En la probabilidad de ocurrencia de un evento, específicamente de un evento adverso, se utilizó como unidad de análisis la fórmula de probabilidad simple para fenómenos simples, es decir, la frecuencia de los eventos adversos sobre el total de eventos registrados por el hospital.

Como lo muestra la imagen 1, la probabilidad que un evento de tipo x aparezca en la frecuencia posible es del 68 %, es decir, de cada 10 eventos, 6 serán eventos clasificados como posibles.

PROBABILIDAD OCURRENCIA EVENTOS	FRECUENCIA DE PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS, INDICENTES Y ERRORES	CALCULO DE PROBABILIDAD SIMPLE $P(A) = \frac{\text{EVENTOS SELECCIONADOS}}{\text{EVENTOS TOTALES PRESENTES}}$	EN PORCENTAJE $P(A) * 100$
RARO POCO PROBABLE	4	0,21	21%
POSIBLE	13	0,68	68%
FRECUENTE	0	0	0%
CASI CIERTO	0	0	0%
NO REPORTA	2	0,1	10%
			99%

Imagen 1 Tabla de probabilidad para eventos

En segundo lugar, un evento catalogado como raro poco probable también tiene un importante porcentaje como lo es el 21 % del total, este porcentaje explica porque el personal asistencial considera que la eventualidad ocurrida es particular o muy poco frecuente, esto debido a que cada paciente es un individuo particular, lo que no predice un comportamiento fijo. Asimismo, los eventos de tipo adverso muestran un comportamiento probabilístico similar.

En la imagen 2, la tabla muestra que la posibilidad de que aparezca un evento adverso en el rango es posible de 8 por cada 10 casos en promedio.

PROBABILIDAD OCURRENCIA EVENTOS ADVERSOS	FRECUENCIA DE PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	CALCULO DE PROBABILIDAD SIMPLE	EN PORCENTAJE $P(A) * 100$
RARO POCO PROBABLE	1	0,13	12%
POSIBLE	7	0,87	87%
FRECUENTE	0	0	0%
CASI CIERTO	0	0	0%
NO REPORTA	0	0	0%
			99%

Imagen 2 Tabla de Probabilidad de eventos adversos

Lo anterior, también explica porque el personal asistencial considera que un evento adverso también tiene una posibilidad media de presentarse. Es decir, que en el marco de los eventos de este tipo la probabilidad es más alta que en el conjunto de eventos en general. Sin embargo, como la muestra se reduce al número de 8 eventos adversos, la probabilidad puede diseminarse, es decir, un alto porcentaje de la vinculación de una frecuencia media al evento

puede estimarse solo en los casos en donde el personal esté totalmente seguro de que el evento adverso es tal y no un incidente o un error.

Se pudo apreciar que en la imagen 1 de la tabla de probabilidad para eventos y en la imagen 2 de la tabla de probabilidad de eventos adversos, la probabilidad de ocurrir un evento no se descarta, y para el caso concreto de un evento adverso, es más alta, puesto que la ocurrencia de este debe pasar por una evaluación previa más detallada, lo que sugiere que, si se decide catalogar como evento adverso, este está contemplado en la posibilidad de ocurrir posiblemente, en el tiempo. Esto debido a la poca adherencia del personal asistencial al programa de seguridad del paciente y a la política de seguridad del centro de salud, esto se pudo inferir al confrontar los antecedentes teóricos con el análisis de la documentación presentada por la entidad, es por esto, que se debe tener en cuenta que todas las situaciones negativas que se presentaron y ocasionaron daño al paciente trae impacto negativo para el hospital, ya que, a partir de allí el usuario y su familia evalúa la confianza depositada en el personal de salud y la calidad del servicio, por tanto, el hospital debe involucrar a todo su equipo de trabajo en la búsqueda activa de posibles eventos adversos e iniciar la evaluación y control de los factores que provocan daño o lesión al paciente. Así mismo, a nivel Mundial los hospitales cuentan con políticas en atención a la calidad y la difusión de la política de seguridad del paciente, ya que, con estas pautas se busca reducir los errores y aumentar las diferentes prácticas seguras con todo el personal de salud de las IPS, la seguridad del paciente debe ser una responsabilidad y una obligación de todos, la praxis de cada profesional, técnico y administrativos debe ser guiada y evaluada por el análisis de los reportes de eventos adversos y a su vez los planteamientos para minimizar estas situaciones que ponen en riesgo la integridad del usuario.

Estructura de la matriz de riesgos para eventos y eventos adversos

En orden de variables, la estructura de la matriz reúne las siguientes variables:

Edad: comprende el número de años que un paciente tiene a la fecha del registro del formato de incidentes o eventos realizado por el Hospital.

Sexo: comprende la orientación sexual del paciente.

Fecha del reporte: día, mes y año del reporte del incidente o evento adverso.

Descripción evento adverso, incidente, error, e identificación de la gravedad-ocurrencia: breve resumen de la situación clínica u hospitalaria que llevó al evento reportado y la tipología del evento si se configura como evento adverso, incidente o error.

Clasificación del evento: sistematización por categorías de eventos de los tipos de gravedad de los sucesos clínicos u hospitalarios registrados.

Tipo de riesgo identificado: descripción clasificatoria del evento por gravedad, es decir el impacto del evento en el riesgo de nuevos eventos o incidentes.

Evento adverso, identificación de la gravedad-ocurrencia: representación numérica del tipo de riesgo identificado, donde 1 es sin daño, 2, leve, 3, grave, y 4, catastrófico.

Agente generador: responsable del suceso o evento antes, durante o después de los procesos de intervención clínica u hospitalaria.

Probabilidad ocurrencia evento adverso: nivel de posible aparición en el tiempo de un evento adverso durante el suceso clínico u hospitalario.

Nivel de ocurrencia de impacto: representación numérica del nivel de impacto y la probabilidad de ocurrencia del evento, donde 1 es raro poco probable, 2, posible, 3, frecuente, y 4, casi cierto.

Causa del evento adverso: razón o prueba de inicio que dio origen al evento.

Acción de mejora: actividad o acción que permite un mejor nivel de respuesta frente a posibles eventos que se presenten durante el proceso clínico u hospitalario.

De acuerdo a la elaboración, análisis y el plan de mejora de la matriz de riesgos que se realizó para la E.S.E Centro de Salud Manuel Elkin Patarroyo, se logró identificar que la mayor proporción de eventos se presentó por la falta de adherencia a los protocolos institucionales que se debieron tener en cuenta en el plan de cuidados que se debe realizar por paciente según su necesidad, ya sea por edad, diagnóstico, unidad y tratamiento, esto se pudo diferir con base a los datos entregados por la entidad (registros de reporte de eventos) (64).

7. CONCLUSIONES

- Los eventos adversos más representativos, reportados en el estudio se relacionan a los hombres, sin ser este un factor determinante para la ocurrencia de estos, sin embargo, los eventos presentados si afectaron directamente al paciente, los cuales se pueden categorizar como prevenibles de esta forma se determina el incumplimiento en los estándares de la atención con calidad a los pacientes. (63)
- Al realizar la evaluación y caracterización de los eventos adversos del Centro de salud Manuel Elkin Patarroyo, se identificó que los funcionarios no tienen una buena comunicación asertiva entre sí para evitar un sub registro en el reporte de eventos adversos puesto que la cantidad de eventos adversos reportados para el periodo de tiempo estudiado no es objetivo según las atenciones prestadas, de esta forma se dificulta definir la causa raíz de cada evento adversos por no encontrar una secuencia o conjunto de motivos por el mismo reporte.
- Los factores que se lograron determinar en la aparición de los eventos adversos generalmente se debieron a la falta de adherencia al programa de seguridad del paciente y a la política de seguridad de la entidad, el poco acogimiento de los protocolos, esto se pudo identificar gracias a que en las fichas de registro y reporte de eventos adversos de la entidad, los mismos empleados lo manifestaron, de igual forma, la poca comunicación y conciencia de la importancia de tener claridad en el reporte, teniendo en cuenta la proporción de reporte de eventos es mínimo se identifica la poca adherencia y colaboración en la socialización y aplicación de los protocolos institucionales al realizar las actividades asistenciales.
- Se pudo identificar y caracterizar que uno de los factores que mas influyeron en la aparición de eventos ya fuesen incidentes, adversos o por error son problemas extrínsecos asistenciales, debido a que las auxiliares de enfermería no tienen los suficientes conocimientos y pericia para la realización de venopunción, cateterización y administración de medicamentos. Asimismo, que hay un gran vacío en la intercomunicación por parte de los profesionales de las diferentes áreas de servicio, lo cual conllevan a que se comentan eventos no deseados donde se verá afectada la calidad del servicio y oportunidad.

8. RECOMENDACIONES

- El centro de salud debe establecer nuevos parámetros, estrategias, optar por una cultura de eventos adversos que se facilite y adapte a todos los funcionarios, mediante el conocimiento, habilidades y comunicación asertiva para promover la política de seguridad del paciente y la cultura justa, es por ello, que en el momento que el centro de salud logre adherencia de estas pautas, le permitirá tener datos más reales, con proporción a los pacientes atendidos y a partir de allí iniciar a diseñar planes de mejora y estrategias para minimizar las barreras y/o dificultades que hacen aumentar el riesgo y sucesos de los eventos adversos.

- Crear conciencia y motivar a todo el personal del centro de salud para generar un mayor compromiso en el cumplimiento de los procesos seguros asistenciales y a su vez al reporte de eventos adversos de forma voluntaria, de esta manera se logrará la participación de un gran porcentaje de los funcionarios, es muy importante diseñar una estrategia para la recolección de datos y así consolidar una base de datos con esta información para realizar plan de mejora y seguimiento por grupo de eventos.
- Diseñar estrategias para los funcionarios en pro de mejorar la atención humanizada y centrada en el paciente en el centro de salud Manuel Elkin Patarroyo, de esta forma se garantizará que el personal sienta el respaldo desde la gerencia en cuanto las actividades diarias, evitando el temor a informar o reportar algún evento o incidente que se presente durante la atención al paciente, esto se logra identificar por el bajo volumen de reportes, lo cual se considera que el personal siente temor al reportar por las posibles consecuencias que esto pueda traer.
- Realizar capacitaciones periódicas al personal auxiliar de enfermería en el área de urgencias con respecto a la venopunción y cateterización, así mismo evaluar y controlar que las técnicas para la realización de estas tareas sean la idóneas de acuerdo con los estándares de calidad, normativas, manuales, protocolos institucionales.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2020, 21 de octubre). *Seguridad del paciente*.
https://www.who.int/topics/patient_safety/es/#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20es,los%20procedimientos%20o%20del%20sistema.
2. González-Méndez, M., & López-Rodríguez, L. (2017). La seguridad y calidad en la atención al paciente crítico. *Enfermería clínica. Volumen (27-2):*113-117.
[https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862117300098.](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862117300098)
3. Martín, MC., Cabré, LI., Ruiz, J., Blanch, LI., Blanco, J., Castillo, F., et al. (2008). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. *Med Intensiva. Volumen (32):* 23-32.
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000400001.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000400001)
4. Martín, MC & Ruiz J. (2008). Acontecimientos adversos en Medicina Intensiva. Gestionando el riesgo. *Med Intensiva. Volumen (30):*284-92.
[http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/459.](http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/459)

5. Panattieria, N., Dackiewicz, N., Arpía, L., Godioa, C., Andiónb, E., Negrettea C, et al. (2019). Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. *Arch Argent Pediatr. Volumen* (117): 277-309.
<https://es.scribd.com/document/474781649/consenso-seguridad-del-paciente-y-las-metas-internacionales-2019>.
6. Wu,AW. (2000). Medical error: the second victim. *BMJ. Volumen* (320):726-727.
<https://www.bmj.com/content/320/7237/726>.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud. (2009). *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica* [consultado el 28 de septiembre de 2020].
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*. [consultado el 28 de septiembre de 2020].
<https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
9. Ministerio de Salud de Colombia. (2020). Sistema Obligatorio de Garantía de Seguridad en Salud (SOGCS). [Consultado 20 de septiembre de 2020].
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx#:~:text=El%20Sistema%20Obligatorio%20de%20Garant%C3%ADa,servicios%20de%20salud%20del%20pa%C3%ADs>.
10. Ministerio de Salud de Colombia. (2020). Sistema Único de Habilitación. [Consultado 20 de septiembre de 2020].
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>.
11. Ministerio de Salud de Colombia. (2020). Auditoría para el mejoramiento de la calidad. [Consultado 20 de septiembre de 2020].
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx#:~:text=%E2%80%8BEs%20el%20mecanismo%20sistem%C3%A1tico,salud%20que%20reciben%20los%20usuarios>.

12. Morales-Cangas, M., Ulloa-Meneses, C., Rodríguez-Díaz, J y Parcon-Bitanga M. (2019). Eventos adversos en servicios de cuidados intensivos y de medicina interna. *AMC Camagüey. Volumen 23(6): 738-747.*
<http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6858/3444>.
13. Ramirez-Martinez, ME., Gonzalez, & Pedraza-Aviles, A. (2017). Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería Global. Volumen 14(2): 111-117.* <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-00419-9>.
14. Sosa, E., Duque, L. & Pasaje, M. (2020). *Sistema de Gestión del Conocimiento para la seguridad del paciente y análisis de eventos adversos en IPS, Profesionales Independientes y Transporte Asistencial.* [Tesis de Maestría]. Universidad del Rosario; 2020.
15. Rodríguez, PA., Beltrán, SP., Peña, YK., Mendoza, MJ., Julio, GD y Giraldo Bernal, LF. (2016). Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul. Volumen (1): 79-87.* DOI: <https://doi.org/10.19052/sv.3518>
16. Barboza, A., Silvia, C., Moreno, B., Bernardes, A., De Moura, A., Boldrin, A. & De Lima, A. (2020) Avaliação da incidência e viabilidade de eventos adversos em hospitais: revisão integrativa Rev. *Gaúcha Enferm. Volumen (41): 1-10.*
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472020000100503&script=sci_arttext&tlng=pt.
17. Estepa, M., Moyano, M., Pérez, C. & Crespo, R. (2016). Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Enferm Nefrol. Volumen. 19 (1):63-75.*
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008.
18. Aranaz, J.M, & Moya, C. (2011). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev. Calid. Asist. Volumen. 26 (6): 331-332.* <https://medes.com/publication/84902>.
19. Achury, D., Rodríguez, S., Díaz, J., Gómez, J., Gómez, A., Díaz, J., Mesa, S., Eslaca, C. & Castañeda, A. (2017). Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia). *Revista Científica*

Salud UniNorte. Volumen. 33 (2): 105-117.

<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n2/2011-7531-sun-33-02-00105.pdf>.

20. Tafur DJ, Ramírez GP, Cárdenas CA, Serrano JJ, Sarralde AL, Camacho SP, Rodríguez A, González J. Características y prevalencia de los eventos adversos presentados en la Clínica del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana durante el período 2011-2012. *Univ. Odontol.* 2016; 35(75): 1-35.
21. Knauss WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmermann JE. APACHE-II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med.* 1985; 13(10):819-829.
22. Keening B, Kaufmann T, Wiersma R, Granholm A, Petilla V, Hylander M, et al. Mortality prediction models in the adult critically ill: A scoping review. *Anesthesiologic Scandinavica.* 2020; 64 (4): 424-442.
23. Jacome, J. & González, O. (2017). Caracterización de eventos adversos por errores de dispensación reportados en el programa distrital de farmacovigilancia de Bogotá D.C 2012-2016. [Tesis de pregrado]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/713>.
24. López de Figueiredo M, D'Innocenzo M. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Enfermería global.* 2017; 47: 605-620.
25. E.S.E Manuel Elkin Patarroyo. (2020). E.S.E Manuel Elkin Patarroyo de Otanche Boyacá. [Sitio web]. <http://www.eseotancheboyaca.gov.co/>.
26. Ministerio de la Protección Social. (2010). Guía Técnica Buenas Prácticas en de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.
27. Duran, M., Figueroa, M., Montenegro, F. & Zarazo, L. (2019). Adherencia al programa de seguridad del paciente, en el personal asistencial del hospital Federico Arbeláez E.S.E del municipio de Cunday, Tolima. [Tesis de posgrado]. Universidad del Tolima-Universidad EAN. <https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/9703/ZarazoLinda2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
28. Vergara, J. (22 de mayo de 2017). Enfermería y seguridad del paciente. Obtenido de Metodologías y análisis de eventos adversos, análisis de causa raíz, ancla y protocolo de Londres.:

- <https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2017/05/metodologias-de-analisis-deeventos.html>.
29. Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
30. Lazo, R. (1 de agosto de 2016). HSEC prevención de riesgos, seguridad industrial, seguridad ocupacional. Obtenido de Modelo del Queso Suizo: combatiendo errores latentes: <http://www.emb.cl/hsec/articulo.mvc?xid=964&edi=42&xit=modelo-del-queso-suizocombatiendo-errores-latentes>.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad. (2015). Paquetes Instruccionales. Guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Bogotá D.C.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
32. Ministerio de Salud. (2020). Protocolo de Londres.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf.
33. Achury, D., Rodríguez, S., Díaz, J., Ceballo, E., Zarate, R. & Vargas, R. (2016). De las Salas R. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería global*. Volumen 15 (42): 324-340. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011.
34. Zárate-Grajales, R., Olvera-Arreola, S., Hernández-Cantoral, A., Hernández Corral, S., Sánchez-Ángeles, S., Valdez Labastida, S., Pérez-López, M. & Zapién-Vázquez, M. (2015). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. *Enfermería Universitaria*. Volumen. 12(2): 63-72. <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/143>.
35. Secretaría de Salud de Bogotá. [Internet]. Protocolo de Londres. [Consultado 8 de octubre de 2020]. Disponible en http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Infecciones%20Asociadas%20a%20Atencin%20en%20Salud/Comites/2017/Octubre/Herramienta_Tamizaci%C3%B3n_EACMAI.pdf.

36. Instituto Universitario de Aeronáutica Civil. (2020). Análisis de eventos adversos (modelos). <https://es.slideshare.net/richardguerra/modelo-shell>.
37. DGAC Gobierno de Chile. (2020). Factores humanos. https://www.dgac.gob.cl/wp-content/uploads/2017/07/Factores_Humanos-20150824-1.pdf.
38. Gómez, M., Ocampo, D., López, H., Cervantes, C., Santa, A. & Montoya, O. (2008). Diseño de programa de auditoria para gestión de eventos adversos en una IPS de primer nivel [Tesis de posgrado]. Universidad CES. https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1700/2/Diseno_programa_auditoria_para_gestion_integral-1.pdf.
39. Flores, Y. & Campos, R. (2020). Reforzar los conocimientos al personal de enfermería con respecto a Normas Internacionales de Seguridad del Paciente en la prevención de efectos adversos, en el Hospital Antonio Lenin Fonseca, durante el II semestre de 2017. [recurso digital]. <https://prezi.com/p/g52pmljxtg5j/phva-ciclo-de-mejora-continua>.
40. Sánchez, F. (2016). Diseño de la matriz de peligros y riesgos del personal operativo de la universidad libre seccional Cúcuta, con base en la GTC 45 segunda actualización. [Tesis de pregrado]. Universidad Libre seccional Pereira. <https://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/9736?locale-attribute=en>.
41. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2020). Evaluación rápida de riesgos de eventos agudos de salud pública. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/2015-cha-evaluacion-rapida-riesgos-eventos.pdf>.
42. Bagnulo, H., Barbato, M., Godini, M. & Basso, J. (2010). Evaluación del riesgo en eventos adversos. *Rev. Med. Uru. Volumen* 26, 55-57. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n4/original5.pdf>.
43. E.S.E Hospital Santa Margarita Copacabana. (2020). Manual de administración del riesgo y evento adverso. [Consultado 9 de octubre de 2020]. Disponible en <http://santamargarita.gov.co/intranet/pdf/Control%20Interno/riesgoyeventoaverso.pdf>.
44. Constitución Política de Colombia. (1991). Santafé de Bogotá: Asamblea Nacional Constituyente; 1991.
45. LEY 100 DE 1993, (diciembre 23) Congreso de la República. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá:

el congreso de la república de Colombia; 1993.

<https://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>.

46. RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994. (Agosto 5) Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf.

47. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. DECRETO NUMERO 101. 2006 (3 ABR 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá: el presidente de la república de Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%20006.pdf.

48. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. DECRETO 903. (13 de mayo 2014). Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. Santafé de Bogotá: el presidente de la república de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-0903-de-2014.pdf>.

49. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 2082 (29-30 de mayo de 2014). Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Santafé de Bogotá: el ministerio de salud y protección ocupacional.

https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/resolucion_minsaludps_2082_2014.htm.

50. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 1446 (8 DE MAYO DE 2006). 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. Santafé de Bogotá: ministerio de la protección social.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf.

51. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 000229 (20 febrero de 2020). Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el

Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá: el ministerio de salud y protección social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-229-de-2020.pdf>.

52. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA (1991). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá: el congreso de Colombia. <https://normativa.archivogeneral.gov.co/constitucion-politica-1991/>.
53. LEY 1753 (junio 6 de 2015). Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. Santafé de Bogotá: el congreso de la república de Colombia. <https://ley.exam-10.com/law/24255/index.html>.
54. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (Mayo 6 de 2013). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Santafé de Bogotá: ministro de salud y protección ocupacional. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>.
55. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Calidad y seguridad del paciente. https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=125:calidad-y-seguridad-del-paciente&Itemid=0#:~:text=Es%20el%20conjunto%20de%20elementos,o%20de%20mitigar%20sus%20consecuencias.
56. Ministerio de SALUD. (2020). Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>.
57. Secretaría de salud de la alcaldía municipal de Santiago de Cali. (2020) Seguimiento a eventos adversos ese municipales- HIDC. http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Comites/2_comite_5_dic_11_definiciones.pdf.
58. Isotools. (2020). Utilidad de una matriz de riesgos. [Sitio Web]. <https://www.isotools.org/2015/08/06/en-que-consiste-una-matriz-de->

