

**CARACTERIZACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UNA INSTITUCIÓN DE
TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C, DURANTE EL PERIODO 2014-
2015**

Trabajo de grado para optar al título de:

Epidemiólogo

Yeimy Carolina Salazar Rojas

Ángela Patricia López Parada

Bajo la dirección de:

Claudia Patricia Pacheco Prieto

Fundación universitaria del área andina

Facultad de Salud

Especialización en Epidemiología

Bogotá, Diciembre de 2016

RESUMEN

La seguridad del paciente siempre ha sido una prioridad, sin embargo en cualquier escenario clínico donde haya un paciente existe el riesgo de presentarse eventos adversos. Estos pueden estar relacionados con: las condiciones clínicas, la complejidad de los procedimientos, el uso de la tecnología y en algunos casos las condiciones en el que el paciente es atendido. En Latinoamérica existen estudios que demuestran que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre al menos un daño durante su atención y la prevalencia en la atención ambulatoria es de 5,6% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). “En la actualidad Colombia cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente liderada desde el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) cuyo objetivo entre otros es reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de los eventos adversos y así poder contar con instituciones seguras”.

(Ministerio de Salud y protección social, 2008).

Es por esto que la investigación actual describe el comportamiento de los eventos adversos en una institución de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá D.C, durante los años 2014 y 2015, identificando su frecuencia, causalidad y evitabilidad. El objetivo del presente estudio es identificar riesgos que estén previos en el ámbito de la seguridad del paciente y presentar conclusiones y recomendaciones aplicables en la entidad.

Palabras clave: Seguridad, Paciente, atención hospitalaria, evento adverso.

Tabla de contenido

Introducción	1
Justificación	3
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Marco de antecedentes	7
Evento adverso en el mundo.....	7
Evento adverso en Latinoamérica	10
Evento adverso en Colombia.....	12
Marco conceptual.....	15
Marco legal	20
Diseño metodológico	26
Tipo y alcance del estudio	26
Población	26
Muestra	26
Criterios de inclusión.....	26
Criterios de exclusión	26
Descripción de instrumentos	27
Confiabilidad	27
Protocolo de trabajo de campo:	28

Aspectos éticos de la investigación	28
Resultados	29
Discusión.....	44
Conclusiones	51
Recomendaciones	53
Bibliografía	55

Lista de tablas

Tabla 1 Número de reportes mensuales en la institución 2014 y 2015	30
Tabla 2 Número de casos reportados por especialidad tratante.....	31
Tabla 3 Eventos adversos más frecuentes.....	33
Tabla 4 Clasificación de los eventos adversos por genero año 2014.....	35
Tabla 5 Clasificación de los eventos adversos por genero año 2015.....	35
Tabla 6 Clasificación mensual de los eventos adversos e incidentes años 2014 y 2015	38
Tabla 7 Clasificación de los incidentes y complicaciones según especialidad tratante 2014 y 2015	41
.....	41
Tabla 8 Clasificación de incidentes y complicaciones de acuerdo al genero	43

Lista de Ilustraciones

<i>Ilustración 1. Clasificación de los eventos adversos en la clínica estudiada años 2014 y 2015</i>	<i>36</i>
--	-----------

Introducción

Todavía, a pesar de los esfuerzos en la actualización, en la educación de los profesionales y en la prestación de la asistencia utilizando toda la tecnología disponible, el paciente está expuesto a situaciones de riesgo y daños. A partir de la década de los 70, estudios de revisión de archivos evidenciaron altas tasas de eventos adversos (EA) relacionados con la asistencia prestada durante ingresos hospitalarios (Pedreira, Souza y Macêdo, 2013).

En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la OMS creó la antigua “Alianza Mundial por la seguridad del paciente” hoy Programa de seguridad del paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Se hace necesaria la identificación del comportamiento de los eventos adversos para poder fortalecer la atención en los mas frecuentes y de esta forma controlar y reducir la ocurrencia de eventos adversos según las desviaciones encontradas.

La siguiente revisión permite caracterizar los eventos adversos en una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de Bogota y su comportamiento durante los años 2014 y 2015 teniendo en cuenta los eventos mas frecuentes, resultantes de la

recopilación de la información por medio de bases de datos con el total de casos reportados y analizados de los dos años estudiados y comparados en donde se pueden indentificar algunas causas, al igual que las variables que se mantienen a través del tiempo como el mes, edad y servicio, a fin de caracterizar y proponer estrategias que permitan su prevención y la disminución de los mismos.

Adherido a la descripción anterior en el contenido podemos encontrar el enfoque dentro de unos marcos legal, normativo y conceptual que soportan la necesidad de la práctica de seguridad del paciente y su compromiso legislativo desde los entes reguladores correspondientes, el comportamiento de la implementación y la práctica de dichas normas en el campo de la atención en salud dando prioridad al área hospitalaria, el análisis de la comparación de los eventos adversos en la institución intervenida en los 2 años a través de datos en tablas y las conclusiones como resultado de dicho análisis.

Justificación

Es importante tener en cuenta que la ocurrencia de un EA pone en peligro la vida de los seres humanos, ya que empeora su condición, produce sobre costo para la institución y genera sobrecarga laboral y afectiva al profesional (Villarreal, Lozano, Mendoza, Montenegro y Olarte, 2014).

Se ha demostrado que la investigación y la identificación temprana de los principales riesgos que desencadenan efectos adversos podrían convertirse en una fuente primaria para establecer medidas administrativas que los prevengan (Ramos, 2005).

La seguridad del paciente se refuerza entonces a partir de la identificación de los eventos adversos resultantes de la práctica clínica cotidiana, los cuales pueden (y suelen) provocar más morbilidad, aumento en la estancia hospitalaria, mayor demanda de servicios de salud, incapacidad o muerte, así como también conflictos relacionados con sobre costos entre los entes prestadores de salud. La gran proporción de efectos adversos es multifactorial, producto de procesos multicausales propios de la atención clínica, es decir que no son situaciones aisladas o repentinas, sino más bien en la mayoría de los casos, condiciones realmente prevenibles. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009).

Diferentes estudios descriptivos han demostrado que las actitudes acerca de la cultura de seguridad, en la percepción de los trabajadores de la salud, pueden visualizarse bajo la óptica de cuatro aspectos: promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional; seguridad en el cuidado al paciente; prevención de errores como

prioridad organizacional, y percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización (Schwonke et al., 2016).

El proceso de cuidar se relaciona directamente con la evolución favorable del paciente. La manera en que se desempeñe la práctica clínica, los cuidados, la organización y el clima que crea el profesional pueden interferir de forma inadecuada en la evolución y la seguridad del paciente (Melgarejo, Adell, y García, 2014, 59).

La institución donde se realizará la investigación se encuentra acreditada en salud y viene trabajando en el mejoramiento continuo y fortalecimiento en la atención con calidad a través de la identificación oportuna de las fallas en la prestación de los servicios de salud; esta investigación tiene la finalidad de caracterizar los eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud de tercer nivel de atención en la ciudad de Bogotá para poder conocer o identificar su comportamiento durante los años 2014 y 2015 y conocer el tipo de evento que se presenta, saber que barreras están fallando, que medidas se deben tomar y así proporcionar conclusiones y recomendaciones que puedan dar paso a estrategias que fortalezcan el mejoramiento continuo y la prestación de un servicio sanitario con gestión de los riesgos asociados al proceso de atención.

Este estudio es importante para la institución, ya que permite describir detalladamente cómo se presentaron durante estos dos años los incidentes y los eventos adversos, dejando así herramientas para que se pueda tomar decisiones respecto al mejoramiento continuo.

Ya la seguridad del paciente está inmersa en la calidad de la prestación del servicio. El estudio permitirá poder evidenciar que población o subgrupos presentan los incidentes o eventos adversos con más frecuencia, también se podrá establecer posibles asociaciones entre las características del paciente de hospitalización y de los eventos, saber cómo la frecuencia de ésta varía a lo largo del tiempo y/o en que poblaciones y con qué características. A partir de la descripción de estos eventos se podrá determinar las posibles causas que los producen.

Objetivos

Objetivo General

- Caracterizar la incidencia de eventos adversos y su comportamiento en términos de causas, evitabilidad y consecuencias, en una institución de III nivel de atención en la ciudad de Bogotá.

Objetivos Específicos

- Describir las características de los pacientes que presentaron los eventos adversos.
- Determinar los EA, incidentes por servicio, edad, mes y especialidad tratante.
- Comparar los eventos adversos e incidentes presentados durante los años 2014 y 2015

Marco de antecedentes

Evento adverso en el mundo

La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año. El coste anual generado por las inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos. La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16 000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH.

Infecciones asociadas a la atención sanitaria: Se estima que, en cualquier momento, aproximadamente 1,4 millones de personas padecen infecciones causadas durante la prestación de atención sanitaria. En los países desarrollados la proporción de

los pacientes hospitalizados afectados oscila entre un 5% y un 10%, mientras que en algunos países en desarrollo hasta la cuarta parte de los pacientes pueden sufrir alguna infección asociada a la atención sanitaria.

“Con el marcado aumento mundial de la resistencia a los antimicrobianos, es decisivo que las investigaciones también se concentren en reducir la resistencia a los medicamentos y la propagación de patógenos multirresistentes” (Organización Mundial para la Salud, 2008, 3).

“Eventos adversos relacionados con los medicamentos: Las investigaciones indican que en los servicios de atención de casos agudos entre un 7% y un 10% de los pacientes experimenta algún evento adverso relacionado con los medicamentos. De ellos, aproximadamente un 28% a un 56% son prevenibles. En algunos países las hospitalizaciones debidas a reacciones medicamentosas adversas pueden ascender a más de un 10% del total de las hospitalizaciones. Se necesita más investigación en los países en desarrollo, donde, según se sospecha, las tasas de eventos adversos relacionados con los medicamentos son aún mayores que en el mundo desarrollado” (Organización Mundial para la Salud, 2008, 3).

La seguridad es una de las múltiples dimensiones de la calidad, diversos estudios cuantifican la incidencia de los acontecimientos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, un porcentaje importante con origen en errores de medicación. En el ámbito de la farmacoterapia, la seguridad del paciente requiere establecer un sistema de gestión de la calidad con el objetivo de prevenir la aparición de errores de medicación que pueden producirse en cualquier fase del proceso farmacoterapéutico, en concreto, en el paciente

oncológico a causa del estrecho índice terapéutico de los fármacos antineoplásicos y de factores relacionados con el paciente, la prevención de errores de medicación se considera un aspecto fundamental ya que las consecuencias derivadas se clasifican como graves, pudiendo repercutir en los resultados en salud, seguridad y efectividad, del tratamiento que recibe el paciente (López, Marí y Jiménez, 2013, 144).

“Cirugía y anestesia: Cirugía se encuentra entre los servicios más costosos y complejos dentro del sistema de salud, según lo refiere la Organización Mundial de la salud, “Los datos procedentes de países desarrollados indican que los eventos adversos registrados en el quirófano representan al menos un 50% del total de eventos adversos registrados entre pacientes quirúrgicos. En los países que subdesarrollados la atención quirúrgica es limitada debido a deficiencias de los servicios, a sus precarias instalaciones, a la falta de personal capacitado, a la poca tecnología y las falta de suministro de insumos” (Organización Mundial para la Salud, 2008, 3).

“Productos sanguíneos inseguros: Entre un 5% y un 15%, aproximadamente, de las infecciones por VIH en países en desarrollo se deben a transfusiones de sangre contaminada. Un estudio de la OMS mostró que 60 países no estaban en condiciones de analizar sistemáticamente toda la sangre donada para detectar la presencia de agentes infecciosos de transmisión sanguínea, entre ellos el VIH.

Se necesitan con urgencia investigaciones sobre la seguridad en la gestión de los productos sanguíneos tales como la eficacia de las estrategias de seguridad de la sangre y los factores de riesgo comportamentales de los donantes de sangre, en particular en los países en desarrollo”. (Organización Mundial para la Salud, 2008, 3).

“Eventos adversos relacionados con dispositivos médicos: En los Estados Unidos, cada año, más de un millón de pacientes sufren daños por causa de dispositivos médicos. En algunos países en desarrollo hasta la mitad de los dispositivos médicos disponibles son inutilizables o sólo parcialmente utilizables. Se requieren investigaciones para determinar los tipos de eventos adversos, su frecuencia y los entornos clínicos en los que ocurren”. (Organización Mundial para la Salud, 2008,3).

Evento adverso en Latinoamérica

El estudio de IBEAS permitió evidenciar que en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. En este estudio participaron 58 centros de 5 países de América Latina, en donde se analizaron un total de 11 555 pacientes hospitalizados. (Larizgoitia, Gonseth, Colomer, Estudio IBEAS, 2009, 9). Los EA más frecuentemente identificados estaban relacionados con la infección nosocomial (IN) o con algún procedimiento, mientras que los relacionados con la medicación eran poco prevalentes. Este detalle se discutirá más adelante.

“Los EA relacionados con la infección nosocomial eran los más prevalentes en los servicios médicos, pediatría y UTI, mientras que los relacionados con algún procedimiento lo eran en los servicios quirúrgicos y obstetricia. En los servicios de obstetricia y pediatría, también tenían un papel importante los EA relacionados con el diagnóstico, mientras que los relacionados con los cuidados tenían más peso específico en los servicios médicos”. (Larizgoitia, Gonseth, Colomer, Estudio IBEAS, 2009, 50).

“En cuanto a la caracterización del EA por grupos de edad, se apreció un mayor número de EA relacionados con los cuidados en el grupo de pacientes mayores de 65 años y una mayor proporción de EA en lactantes, en este caso relacionados con la infección nosocomial (78,3% en uno de los países). En cuanto a las diferencias por sexo, se observó de forma global un mayor porcentaje de EA relacionados con un procedimiento en mujeres (posiblemente asociados a la atención al parto)”.

(Larizgoitia, Gonseth, Colomer, Estudio IBEAS, 2009, 52)

Lo valioso del anterior estudio para Latinoamérica es que en sus resultados se evidenció, que cuando existen políticas de salud en pro del mejoramiento y cuando se plantean objetivos precisos y con una metodología factible y sostenible, es posible unir los esfuerzos de más de 1.000 profesionales de la Región y, además de cuantificar la magnitud de los eventos adversos, lo que contribuye a lograr que la seguridad del paciente sea una prioridad en todos los niveles de atención. (Larizgoitia, Gonseth, Colomer, Estudio IBEAS, 2009, 107)

La identificación de eventos adversos es un componente de alta relevancia en salud. En América Latina y el Caribe, tal medición no siempre es tomada en cuenta pese a la considerable frecuencia con que tales eventos son reportados - esto sin contar la proporción de casos que no se consignan en los registros. Se estima que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados han presentado efectos adversos alguna vez durante la hospitalización y se espera que la tasa aumente a 20 si se duplica el número de días hospitalizados. En el Estudio Iberoamericano de Efectos

Adversos (IBEAS), el primer trabajo a gran escala en la región sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria, realizado en 58 hospitales de cinco países, la prevalencia estimada de efectos adversos fue de 10%, hallándose además que más de 28% de los efectos adversos desencadenaron discapacidad y 6%, muerte (1,2) (Mondragón-Cardona y Rojas-Mirquez, 2012, p. 531).

Evento adverso en Colombia

“Colombia participó en el estudio investigativo Latinoamericano IBEAS, donde específicamente se evidenció una prevalencia de eventos adversos del 13.1% del cual el 27.3% de los eventos, se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% de los eventos se presentaron durante la realización de un procedimiento” (Vásquez, 2015, 27)

“Un reciente reporte de Ashish muestra que los eventos adversos debidos a errores en el cuidado médico representan la mayor fuente de morbilidad y mortalidad global (42.7 millones de eventos adversos)”. (Vásquez, 2015, 27)

En países en desarrollo, poco se conoce en el contexto sobre la frecuencia de los eventos adversos en hospitales generales, así como aún no se determinan con exactitud los aspectos relacionados con su evitabilidad y discapacidad resultante (Gaitan-Duarte et al., 2008).

Sin embargo en ciudades de Colombia con hospitales generales de tercer nivel de complejidad se identifica que aproximadamente el 4,5% de los pacientes hospitalizados en servicios quirúrgicos, médicos o ginecobstétricos presentan al menos 1 evento adverso (Gaitan et al., 2008).

Para el año 2008 se realizó una investigación a tres instituciones de Colombia entre ellas se encontró una institución pública de referencia de alta complejidad, tipo "hospital universitario" ubicado en la región sur occidental del país; una institución privada de complejidad media que atiende preferentemente pacientes del Régimen Subsidiado; y una institución privada que atiende preferentemente pacientes del Régimen Contributivo y atención particular. Estas dos últimas estaban ubicadas en la ciudad de Bogotá. (Gaitán Eslava, Rodríguez, Forero, Santofimio y Altahona, 2008, 3)

“La investigación se basó en la incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en estas instituciones”. Este estudio es la primera aproximación epidemiológica publicada sobre el tema en Colombia y muestra que al menos el (4,5 %) de los pacientes hospitalizados en servicios quirúrgicos, médicos o de ginecobstetricia de las tres instituciones observadas presentaron eventos adversos. Estos resultados son ligeramente mayores a los informados por estudio de Brennan en Estados Unidos quien presentó una incidencia del (3,7 %) e inferior a las incidencias publicadas por Baker del (7,5 %) y Forster en Canadá, Davis y Cols del (11,3 %) en Nueva Zelanda y Vincent con el (11,7 %) en el Reino Unido”. (Gaitán Eslava, Rodríguez, Forero, Santofimio y Altahona, 2008, 223)

En los últimos años ha crecido el interés de las organizaciones sanitarias por mejorar la seguridad en la provisión de los cuidados de salud en quienes son atendidos en sus instituciones. La institución donde se llevará a cabo esta investigación cuenta con el servicio clínico hace 33 años en la localidad N° 8 “Kennedy” en ciudad de Bogotá D.C y

es reconocida como líder en la prestación de servicios de salud así como referente en atención de pacientes de mediana y alta complejidad cuyas políticas institucionales incluye principalmente la política de seguridad del paciente que busca entre otras cosas “garantizar la prestación de los servicios centrados en la seguridad y confidencialidad en el proceso de atención” y viene trabajando en materia de seguridad del paciente a partir del año 2009, donde inició la construcción de un programa de seguridad del paciente implementado en todas las áreas desde su plataforma estratégica.

Marco conceptual

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Es también uno de los pilares fundamentales para que los hospitales oferten un servicio con calidad y se garantice una atención digna, con el mínimo de riesgos al paciente.

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura.

Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos.

El aumento de ocurrencia de los eventos adversos ha sido señalado como uno de los factores que influyen directamente en la calidad de los servicios de salud, lo que

además de resultar una tragedia para el paciente, la familia y su comunidad puede representar un aumento de los costos en la asistencia sanitaria.

Podría decirse que para asegurar el éxito de los programas de seguridad del paciente es fundamental unificar los conceptos a todo el personal; no solo al asistencial sino también al administrativo generando recordación en los aspectos claves del programa y creando conciencia en el grupo de trabajo de que las cosas pueden salir mal pero que deben estar preparados para responder de manera efectiva ante las situaciones que se presenten.

Probablemente el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente también tiene que ver con manejar el mismo lenguaje desde el direccionamiento estratégico, plasmado en la plataforma estratégica de la institución; hasta la manera en cómo se clasifican los eventos y se formulan las acciones de mejora

Existen diferentes metodologías de análisis que buscan verificar las causas de las fallas que se generaron durante la atención de los pacientes en las instituciones de salud, dichos análisis propenden identificar los errores para generar acciones que disminuyan o prevengan las situaciones donde puede ocurrir daño al paciente, antes de analizar la caracterización de diferentes tipos de eventos se hace necesario conocer los diferentes conceptos básicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, tomados de la guía de buena práctica “buenas prácticas para la seguridad del paciente” relacionados con la seguridad del paciente y que nos ponen en contexto (2015):

“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”.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

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

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

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

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

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

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

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

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.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

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

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la

desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

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

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

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

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 17-18).

Marco legal

A partir de los años 50 y 60 del siglo pasado, algunos estudios mencionan el término evento adverso, como un resultado clínico que es adverso al esperado y que es causado por el cuidado asistencial. “El estudio de mala práctica médica de la Universidad de Harvard reportó en 1991 que aproximadamente 100.000 pacientes mueren cada año como producto de este fenómeno. Otras investigaciones en Australia, Nueva Zelanda, y el Reino Unido e Irlanda del Norte han corroborado la magnitud del problema”. (Ministerio de la Protección Social, 2007).

El informe “To err is human: building a safer health system” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, puso el problema en la agenda de los políticos de ese país y del resto del mundo (Instituto de Medicina, 2000).

En el mundo entero el reporte “*Errar es humano, construyendo un sistema de salud más seguro*” es un informe publicado en Noviembre de 1999 del Instituto de Medicina de los Estados Unidos que resulto siendo una aportación relevante sobre los errores médicos que existen en los EE.UU. El empuje para la seguridad del paciente posterior a la publicación todavía continúa. El reporte se basó sobre el análisis de múltiples estudios hechos por diferentes organizaciones y concluyo que entre 44000 y 98000 personas mueren cada año por errores médicos prevenibles. En comparación, menos de 50000 personas murieron por Alzheimer y 17000 murieron por el uso ilegal de drogas en el mismo año. El informe pidió un esfuerzo integral a los proveedores de atención médica, del gobierno, consumidores y otros.

Este informe es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Se realizó el primer estudio que evidenció el problema de la seguridad en Latinoamérica; dicho estudio es el IBEAS, el cual contó con la participación de 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) la publicación evidenció que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención.⁷ Posteriormente el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS, fue hecho en 4 países de Latinoamérica y se basó en la ya demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2.080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación.

A partir del año 2004, el Ministerio de la Protección Social inicia a impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le denominó en ese momento; promoviendo los procesos de vigilancia de los mismos en algunas instituciones

prestadoras de servicios de salud. Dos años más tarde, en 2006, la evaluación del proceso mostró avances que llevaron al Ministerio de la Protección Social a tomar la decisión de extender a todo el país la estrategia; decisión que fue formalizada mediante la expedición del Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el mencionado Decreto se establece en su **Artículo 3°. Características del SOGCS**

“3. Seguridad. 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 (Decreto 1011 de 2016)”.

Adicionalmente en la resolución que reglamentó el componente del Sistema de Información para la Calidad, Resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), la vigilancia de eventos adversos.

En el año 2008 Colombia lanza su Política de Seguridad del Paciente, enmarcada dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, “cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente,

reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”. (MSPS, 2008, 7).

Posteriormente la Resolución 1441 de 2013 introduce dentro de las finalidades de los estándares de habilitación la de “atender la seguridad del paciente, entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. (MSPS, 2008,17).

Más adelante la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 deroga la Resolución 1441 de 2013 y define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de la habilitación de los servicios de salud y estableció como obligatoria la buena práctica de contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluye la adopción de la política institucional de seguridad del paciente y promueva la implementación del Comité Institucional como instancia administrativa e interdisciplinaria (MSPS, 2014, 29).

Así mismo el Decreto No. 903 del 13 de mayo de 2014 actualiza el Sistema Único de Acreditación, sistema que se reglamentó desde el año 2002 con la Resolución 1774; se modificó con la Resolución 1445 de 2006 y 123 de 2012 y que con el Decreto en

Mención se ajusta para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud. (MSPS, 2014)

Este Decreto es reglamentado por la Resolución 2082 del 29 de mayo de 2014 la cual establece las disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud y establece en su *artículo 2° Ejes trazadores en el Sistema Único de Acreditación en Salud*

Gestión Clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad (Resolución 2082, 2014)

El Ministerio de Salud y la Protección Social expidió el Decreto 780 del 2016 o Decreto reglamentario único del sector salud y protección social que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector salud, recopila en el capítulo 2 las disposiciones para el funcionamiento adecuado del **SOGCS**, orientado a mejorar los resultados en la atención en salud centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad en donde propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, así como pertinencia y continuidad.

A nivel Distrital, la Secretaria de Salud de Bogotá en cumplimiento de los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, presenta en noviembre de 2011, el Programa Distrital de Seguridad del Paciente que propone una alianza entre los diferentes

actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un compromiso entre prestadores de servicios de salud y usuarios del Distrito Capital para la implementación de la gestión institucional en seguridad del paciente.

Esta caracterización está orientado no solo a que la Institución tenga implementado un programa de seguridad del paciente cuyos contenidos estén encaminados a la identificación de acciones o situaciones que afecten la seguridad del paciente en el proceso de atención, sino que además incluya escenarios de análisis, evaluación y de formulación de estrategias para prevenir, mitigar o corregir las desviaciones encontradas o las necesidades de mejora de los procesos de la Entidad y no solo se queden en estadísticas frías que no contribuyan a la generación de la cultura de seguridad institucional.

Diseño metodológico

Tipo y alcance del estudio: Investigación descriptiva, retrospectiva.

Población: Son todos los pacientes que presentaron algún evento de seguridad en la institución de tercer nivel en la ciudad de Bogotá a partir del año 2014 durante el periodo de 24 meses.

Muestra: En el presente estudio se tomaron en cuenta todos los casos de los pacientes que presentaron eventos adversos en la institución por tal motivo no se realizó muestreo.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes hospitalizados en los años 2014 y 2015 que presentaron incidentes y/o eventos adversos prevenibles en la CDO en Bogotá.

Criterios de exclusión: Pacientes que presentaron eventos que no cumplían con la definición del caso, Es decir, los pacientes hospitalizados que no presentaron eventos adversos y / o incidentes.

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	FUENTE DE VERIFICACION
GENERO	CUALITATIVA DICOTOMICA	NOMINAL	SEGÚN CONDICION: FEMENINO, MASCULINO	HISTORIA CLINICA - FORMATO
MES	CUALITATIVA, POLITOMICA,	ORDINAL	TODOS LOS MESES DEL AÑO: ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE.	HISTORIA CLINICA - FORMATO
ESPECIALIDAD TRATANTE	CUALITATIVA POLITOMICA	ORDINAL	CARDIOLOGICA, CIRUGIA PLASTICA, CIRUGIA GENERAL, GINECOOBSTETRICIA, GINECOLOGIA, INFECTOLOGIA, RADIOLOGIA, NEFROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUMOLOGIA, NEUROLOGIA, NEUROCIRUGIA.	HISTORIA CLINICA - FORMATO
DIAGNOSTICO	CUALITATIVA POLITOMICA	ORDINAL	DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DEL REPORTE: IAM, DM, HTA, HIPOCALEMIA, ICC, IRC.	HISTORIA CLINICA - FORMATO
CALIFICACION	CUALITATIVA POLITOMICA	ORDINAL	DE ACUERDO AL EVENTO PRESENTADO: INCIDENTE, EVENTO ADVERSO PREVENIBLE, EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE Y COMPLICACION.	HISTORIA CLINICA - FORMATO
GRADO	CUALITATIVA POLITOMICA	ORDINAL	DE ACUERDO AL EVENTO SI ES LEVE, MODERADO O GRAVE.	HISTORIA CLINICA - FORMATO
INCIDENTE/EVENTO ADVERSO.	CUALITATIVA DICOTOMICA	NOMINAL	SE DESCRIBE SI EL CASO FUE UN INCIDENTE O EVENTO ADVERSO Y SE SELECCIONA CON : SI O NO.	HISTORIA CLINICA - FORMATO

Fuente: Bases de datos Eventos adversos 2014 y 2015 Programa Seguridad del paciente, institución de tercer nivel en la ciudad de Bogotá D,C.

Descripción de instrumentos: Bases de datos versión 0.3 de eventos adversos de elaboración propia de la institución de tercer nivel en la ciudad de Bogotá D,C, validada por el departamento de investigaciones de la misma institución.

Confabilidad: Base de datos alimentada por la jefe de seguridad del paciente, con una validez del 100% de los datos ya que son suministrados por el personal que evidencia el evento y o por la historia clínica del paciente.

Protocolo de trabajo de campo:

Recolección de datos: los datos se recolectaron de acuerdo a los reportes realizados por el personal que evidenciaba el evento, posteriormente se ingresan en una base de datos validada en sus variables.

Validación y depuración de la base de datos. : Se realizó transcripción de la información de los registros físicos a base digital en herramienta ofimática Excel unificando conceptos, tipo de letra y corrigiendo términos.

Análisis de los resultados de la base de datos: Se realizó un análisis descriptivo básico de las variables cuantitativas con medidas de tendencia central, y dispersión, y análisis de las variables cualitativas con frecuencias absolutas y relativas y porcentajes.

Aspectos éticos de la investigación. Durante el desarrollo de la investigación se tomaron las medidas necesarias para que no existiera ninguna posibilidad de que algún usuario o colaborador saliera dañado con los resultados del estudio; por el contrario esta será de gran ayuda para que la institución pueda tomar medidas preventivas y realizar estrategias y así lograr disminuir lesiones causadas a los pacientes durante la atención y el cuidado brindado en la Clínica. Así como también se garantizó la confiabilidad de los datos consignados en las historias clínicas de los usuarios al igual que en las bases de datos, todo esto en el marco de lo establecido en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993. “*Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*”; el estudio se clasifica como una investigación “sin riesgo” puesto que en el desarrollo de su metodología no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o

sociológicas de los individuos que participan en el estudio. (Republica de Colombia, 1993).

Resultados

Una vez revisados los eventos en la Institución se evidencia que para la vigencia 2014 se reportaron en total 354 casos, de los cuales el 55.9% (198) se clasificaron como eventos adversos; mientras que para el 2015 de los 663 casos reportados, el 44.3% que corresponden a 294 casos fueron clasificados como eventos adversos. En el análisis se describen dentro de sus causas relacionadas aspectos tanto institucionales como asistenciales.

Es importante resaltar que estudios han demostrado que los eventos adversos en las instituciones prestadoras de salud incrementan la morbilidad, la mortalidad y los costos, por esta razón la seguridad de los pacientes se ha convertido en una prioridad tanto para las entidades regulatorias de salud, para las aseguradoras, las instituciones, los pacientes y sus familias.

Teniendo en cuenta el total de casos reportados para los dos años objeto de estudio se identificaron el número de reportes por cada periodo de tiempo como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 1

Número de reportes mensuales en la institución 2014 y 2015

Meses del año	Año 2014		Año 2015	
	Número de reportes	% de reporte anual	Número de reportes	% de reporte anual
Enero	8	2	93	14
Febrero	7	2	87	13
Marzo	16	5	77	12
Abril	23	6	44	7
Mayo	15	4	35	5
Junio	15	4	57	9
Julio	2	1	51	8
Agosto	65	18	57	9
Septiembre	77	22	49	7
Octubre	74	21	47	7
Noviembre	23	6	24	4
Diciembre	27	8	42	6
Sin dato	2	1	0	0
Total	354	100	663	100

Fuente: Base de datos de notificación en una institución de tercer nivel del año 2014-2015.

En el mes de septiembre se observó el mayor número de casos reportados durante el año 2014, aportando el 22% del reporte anual, con 77 casos notificados de los cuales el 63% (49 casos) correspondieron a “evento adverso” siendo los eventos más frecuentes las flebitis químicas y bacterianas. Ambos casos pueden ser prevenibles con la adherencia del personal asistencial a los procedimientos, guías y manuales institucionales

Los meses de enero, febrero y julio representaron el menor aporte de la notificación para este año, lo puede permitir una percepción de su relación con las vacaciones escolares y disminución de porcentaje de ocupación.

Durante el año 2015, enero aportó el mayor número de reportes con un 14% (93 casos), de los cuales el 37% (35 casos) se clasificaron como eventos adversos siendo más frecuentes para este año las flebitis químicas seguidas de las úlceras por presión; mientras que los meses de mayo, noviembre y diciembre representaron los de menor reporte para este año. Es pertinente señalar que ambos eventos tienen definidas buenas prácticas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para contribuir a través de su implementación a la prevención y disminución de este tipo de eventos.

Tabla 2

Número de casos reportados por especialidad tratante.

Especialidad tratante	Año 2014		Año 2015	
	Número casos	de %	Número casos	de %
Infectología	1	0,3	1	0,2
Ginecobstetricia	1	0,3	13	2,0
Psiquiatría	1	0,3	1	0,2
Grupo quirúrgico	1	0,3	0	0,0
Cirugía plástica	1	0,3	9	1,4
Medicina nuclear	1	0,3	0	0,0
Cardiología	2	0,6	25	3,8
Ginecología	2	0,6	7	1,1
Radiología	2	0,6	5	0,8
Ortopedia	3	0,8	28	4,2
Medicina interna	5	1,4	152	22,9
Cirugía general	7	2,0	143	21,6
Medicina general	49	13,8	42	6,3
Gastroenterología	0	0,0	1	0,2

Sin dato	278	78,5	100	15,1
Nefrología	0	0	6	0,9
Neonatología	0	0	6	0,9
Neumología	0	0	3	0,5
Neurocirugía	0	0	28	4,2
Neurología	0	0	59	8,9
Otros	0	0	34	5,1
Total	354	100	663	100

Fuente: Base de datos de notificación en una institución de tercer nivel del año 2014-2015.

Como lo muestra la tabla anterior el servicio que más reportó fallas para el año 2014 fue medicina general, seguido de cirugía general.

El 78,5% de los datos reportados se encontraron sin el dato de la especialidad tratante, lo que no permite clasificar estos eventos en alguna categoría, lo que se convierte en una oportunidad de mejora para corregir desde la fuente del dato, la captura de la información en el servicio.

Comparado con el año 2015 la especialidad que más reporto casos fue medicina interna y continúa siendo la segunda especialidad que más reporta cirugía general.

Si se analizan los casos por servicios o áreas se encuentra que las áreas de donde se reportan más eventos adversos se encuentran: el cuarto sur con 42 casos (14,7%), unidad de cuidado intensivo adulto 1 con 37 casos (13%), tercero norte con 26 casos (9.1%) y unidad de cuidado intermedio con 24 casos (8.4%).

Entre las áreas con menor ocurrencia de evento adverso se encuentran Pediatría, servicio de transfusiones, Ambulatorios, Imágenes diagnósticas y Observación salas de cirugía en donde se identifican entre 1 y 2 casos (0.4%), y puede estar asociado a que en

dichos servicios de salud los pacientes están de manera transitoria o no tienen estancias hospitalarias prolongadas disminuyendo así el riesgo.

Tabla 3

Eventos adversos más frecuentes.

AÑO	2014	2015
Notificaciones	354	663
Eventos adversos más frecuentes	Flebitis química 33%	Flebitis 42%
	Úlcera por presión en cualquier estadio 20 %	Úlcera por presión en cualquier estadio 13 %.
	Flebitis bacteriana 7%.	Lesión por caída 9%

Fuente: Base de datos Eventos Adversos seguridad del paciente 2014 y 2015 institución de tercer nivel en la ciudad de Bogotá D.C.

Dentro de las 354 notificaciones que se realizaron en la institución se categorizaron como eventos adversos, 198 casos para el año 2014, siendo los 3 eventos más frecuentes:

- Flebitis química 33%.
- Úlcera por presión en cualquier estadio 20 %
- Flebitis bacteriana 7%.

Para el año 2015 de las 663 notificaciones que se realizaron se clasificaron como evento adverso 294 casos, siendo los tres eventos más frecuentes:

- Flebitis 42%

- Ulcera por presión en cualquier estadio 13 %.
- Lesión por caída 9%

El evento adverso que prevalece para los dos años es el clasificado como flebitis en donde se encuentran incluidas bacterianas (Causada por alguna infección bacteriana), químicas (causada por medicamentos) y mecánicas (causada por trauma en el endotelio).

Como se dijo anteriormente es necesario avanzar en la implementación de las buenas prácticas como medida preventiva para lograr disminuir la ocurrencia de los eventos adversos o la severidad de los casos, el impacto se evidenciará a partir de la disminución de los riesgos, de la severidad y de la materialización de los eventos adversos.

Estos resultados son consistentes con el comportamiento global de este tipo de eventos al igual que las diferentes estrategias implementadas teniendo en cuenta que es un evento que se puede evitar, “la bacteriemia asociada a catéter es un evento grave prevenible que implica un daño inaceptable para los pacientes y para las organizaciones sanitarias” (Valls y García, 2010, p. 25).

Dentro del análisis de esta variable el género masculino aporta el mayor porcentaje de evento adverso para los años 2014 y 2015, como se demuestra en las siguientes tablas.

Tabla 4

Clasificación de los eventos adversos por genero año 2014

Genero	Evento adverso no prevenible	Evento adverso prevenible	Sin dato	Total general
F	14	71	1	86
M	19	91	2	112
Total general	33	162	3	198

Fuente: Base de datos de notificación en una institución de tercer nivel del año 2014

Tabla 5

Clasificación de los eventos adversos por genero año 2015

Año 2015				
Genero	Evento adverso	Evento adverso no prevenible	Evento adverso prevenible	Total general
F	38	51	44	132
M	30	67	64	159
Total	68	118	108	294

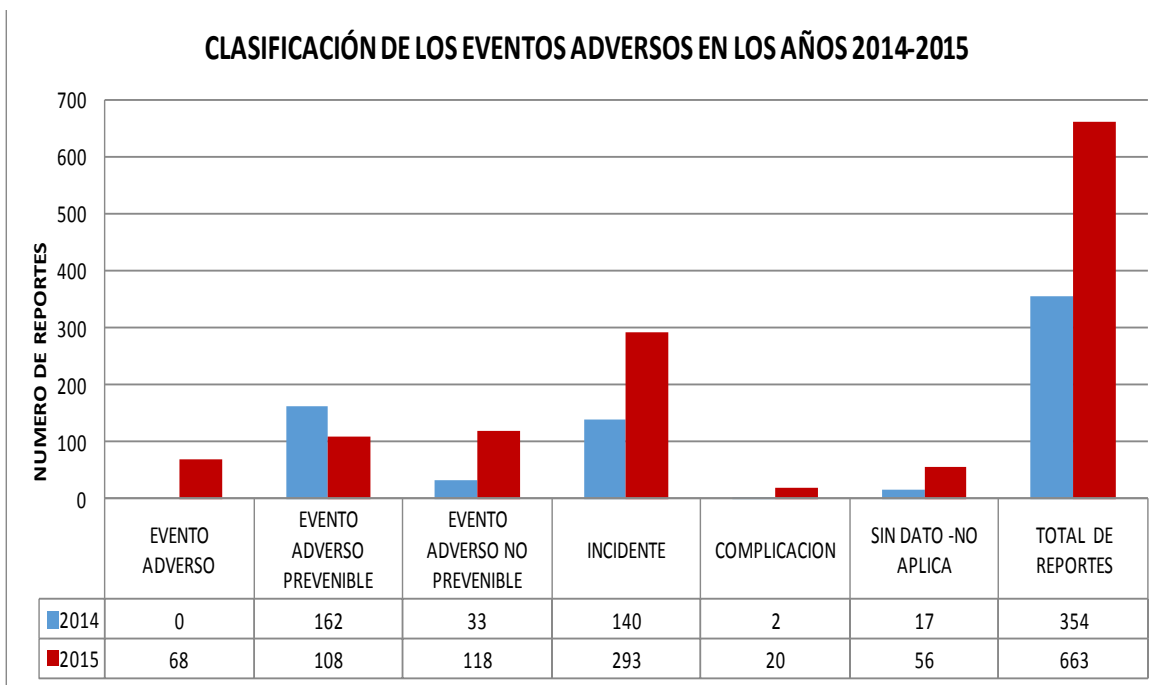
Fuente: Base de datos de notificación en una institución de tercer nivel del año

2015.

La siguiente gráfica permite observar la consolidación en resumen de los eventos adversos para los años 2014 y 2015 de acuerdo a su clasificación e incluye la comparación junto con los incidentes y las complicaciones.

Ilustración 1.

Clasificación de los eventos adversos en la clínica estudiada años 2014 y 2015



Fuente: Base de datos de notificación en una institución de tercer nivel del año 2014.

Para el año 2014 se identificó que el 81.8% (162 casos) de los eventos adversos fueron clasificados como “PREVENIBLES” y el 16.6% (33 casos) clasificados como “NO PREVENIBLES”. Para el año 2015 los eventos clasificados como prevenibles disminuyeron sobre el total de los casos aportando tan solo un 36.7% para esta vigencia y el 40.1% corresponde a los eventos adversos no prevenibles. Sin embargo para el

segundo periodo de evaluación (2015) el 23% (68) de los casos reportados como evento se clasificaron en una categoría general de “evento adverso” sin clasificación de prevenible o no prevenible; lo cual puede significar que se omitieron detalles para efectos del reporte de la entidad o se desmejoró en el análisis de los eventos.

El comportamiento de los casos donde NO existe daño directo al paciente pero si existen fallas en la atención como los son los incidentes y las complicaciones tuvieron para los dos años un comportamiento similar representando el 40% y 44% respectivamente del total de los reportes para cada año.

Se consideró importante analizar el comportamiento de incidentes y complicaciones teniendo en cuenta que es fundamental que se adopten medidas preventivas para evitar que se conviertan en fallas en la atención que puedan generar daño en el paciente y por ende se conviertan en eventos adversos.

Tabla 6

Clasificación mensual de los eventos adversos e incidentes años 2014 y 2015

Meses del año	Año 2014				Año 2015			
	Incidente	% de reporte	Complicación	% de reporte	Incidente	% de reporte	Complicación	% de reporte
Enero	5	3,6	0	0	50	17,1	6	30
Febrero	2	1,4	0	0	28	9,6	2	10
Marzo	8	5,7	1	50	34	11,6	2	10
Abril	8	5,7	0	0	17	5,8	0	0
Mayo	6	4,3	0	0	18	6,1	0	0
Junio	6	4,3	0	0	30	10,2	1	5
Julio	1	0,7	0	0	28	9,6	1	5
Agosto	28	20	0	0	34	11,6	2	10
Septiembre	27	19,3	0	0	30	10,2	0	0
Octubre	24	17,1	0	0	5	1,7	0	0
Noviembre	10	7,1	0	0	4	1,4	1	5
Diciembre	13	9,3	1	50	15	5,1	5	25
Sin dato	2	1,4	0	0	0	0	0	0
Total	140	100	2	100	293		20	100

Fuente: Base de datos de notificación en una institución de tercer nivel del año 2014-2015.

Revisados los incidentes para el año 2014, se observa que agosto aportó el 20% de los incidentes sobre el total de los casos reportados; seguido del mes de septiembre con el 19%.

Este comportamiento en ambas vigencias es consistente tanto para los incidentes como para los eventos adversos presentados para la misma época. Se puede relacionar con el fortalecimiento de las estrategias para la promoción del reporte y la notificación en la institución a partir del segundo semestre del año 2014, dándole continuidad para el año

2015, siendo evidente el aumento de los casos reportados a partir del mes de agosto del año 2014.

Para el año 2014 los incidentes con mayor frecuencia fueron: caída desde la cama y desde su propia altura, desplazamiento de sonda nasogástrica o vesical, marcación errada de exámenes radiológicos o de laboratorio.

Durante el año 2015 continuaron entre los más frecuentes las caídas y el desplazamiento de dispositivos, disminuyó la marcación errada de exámenes diagnóstico y apareció el diagnóstico inoportuno por inadecuada lectura de exámenes diagnósticos dentro de las primeras causas de incidentes.

Lo que orienta a la Institución a fortalecer las acciones de mejora y seguimiento una vez identificados los incidentes; teniendo en cuenta que estas fallas prevalecen en el tiempo y algunos como el desplazamiento de dispositivos y las caídas han terminado como eventos adversos, tal como se observa en las tablas y base de datos de los eventos adversos analizados para el periodo objeto de estudio, adicionalmente cabe recordar que la población adulto mayor fue identificada como la más vulnerable para el evento adverso y las caídas y desplazamientos de dispositivos han tenido que ver en su mayoría con este grupo de edad.

Las complicaciones representan menos del 3% sobre el total de las notificaciones para los dos años, lo que permite inferir que a pesar de su ocurrencia en la mayoría de los casos los pacientes se encuentran con la patología controlada, evidenciando una menor incidencia que los eventos adversos e incidentes por fallas de calidad y errores durante la atención.

La siguiente tabla (7) permite observar los incidentes y complicaciones relacionados con la especialidad tratante para los años 2014 y 2015.

Tabla 7

Clasificación de los incidentes y complicaciones según especialidad tratante 2014 y 2015

Especialidad tratante	Año 2014				Año 2015			
	Incidente	% de reporte	Complicación	% de reporte	Incidente	% de reporte	Complicación	% de reporte
Cardiología	0	0	0	0	13	4,4	3	15
Cirugía plástica	0	0	0	0	4	1,4	0	0
Cirugía general	2	1,4	1	50	70	23,9	8	40
Ginecobstetricia	1	0,7	0	0	12	4,1	2	10
Ginecología	2	1,4	0	0	5	1,7	0	0
Infectología	1	0,7	0	0	0	0	0	0
Medicina interna	0	0.	0	0	55	18,8	3	15
Medicina general	22	15,7	0	0	23	7,8	1	5
Ortopedia	1	0,7	0	0	8	2,7	3	15
Radiología	1	0,7	0	0	3	1	0	0
Sin dato	109	77,9	1	50	38	13	0	0
Nefrología	0	0	0	0	2	0,7	0	0
Neonatología	0	0	0	0	4	1,4	0	0
Neumología	0	0	0	0	1	0,3	0	0
Neurocirugía	0	0	0	0	7	2,4	0	0
Neurología	0	0	0	0	30	10,2	0	0
No aplica	0	0	0	0	8	2,7	0	0
Otros	1	0,7	0	0	10	3,4	0	0
Total	140	100	2	100	293	100	20	100

Fuente: Base de datos de notificación en una institución de tercer nivel del año

2014-015

El aumento de incidentes y complicaciones por cada especialidad tratante para el año 2015, más que nombrar la aparición de nuevos casos a través del tiempo, puede estar relacionado con el aumento del reporte para este año y con la tendencia positiva de la cultura de reporte en las diferentes áreas o servicios.

Para los dos años “Medicina general” mantiene el reporte de incidentes con 22 y 23 casos respectivamente pero el aporte de incidentes disminuye con relación al total de los casos notificados, lo que puede verse como tendencia positiva en la disminución de incidentes pasando de un 15% a un 7,8%.

Dentro de los incidentes reportados por medicina general los más frecuentes fueron:

- **2014:** Caída sin lesión y desplazamiento de dispositivos como sondas naso gástrica o vesical.
- **2015:** Caída sin lesión e inoportunidad de tratamiento.

Se evidencia para ambas vigencias objeto de análisis que “la caída” como incidente prevalece en el tiempo.

A pesar del aumento de la notificación para el año 2015, infectología, nefrología y neumología fueron las especialidades tratantes que aportaron menos del 1% de incidentes para los 2 años. Dado lo anterior se puede inferir que en estas especialidades las acciones para la seguridad del paciente se encuentran controladas o por el contrario aún necesitan fortalecer el conocimiento e identificación de eventos e incidentes; así como se debe fomentar una cultura no punitiva frente al reporte de las fallas durante el proceso de atención.

Otras especialidades como cirugía general (23%), medicina interna (18%) y neurología (10%) pudiendo representar un aporte importante de los incidentes aun cuando estos no hayan sido categorizados para el último año encontrando como los más frecuentes: caída sin lesión, inoportunidad de tratamiento y desplazamiento de dispositivo.

Evaluando la variable “sin dato” se puede apreciar que la calidad del registro para los incidentes mostró una tendencia positiva, ya que para el año 2015 solo se registraron 38 casos logrando una evidente disminución con respecto al año anterior donde se registraron 109 casos sin datos.

Al igual que en los eventos adversos, tanto para los incidentes como para las complicaciones el género “masculino” continua siendo en el que más casos se presentan para ambos años, su aumento para el último año es evidente pero proporcional a la muestra para cada año, manteniendo este comportamiento a través del tiempo, aportando el 53 % de los incidentes para el año 2014 y el 55% para el año 2015 como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla

8

Clasificación de incidentes y complicaciones de acuerdo al genero

Genero	Año 2014		Año 2015	
	Incidente	Complicación	Incidente	Complicación
F	64		126	7
M	75	2	161	13
Sin dato	1		6	
Total	140	2	293	20

Fuente: Base de datos de notificación en una institución de tercer nivel del año 2014-2015.

Discusión

Se puede observar que para el año 2015 aumentó el reporte en un 53% lo que indica una tendencia positiva en la cultura del reporte y la implementación de una política institucional que promueve una cultura justa, educativa y no punitiva; adicionalmente a pesar del aumento de notificación en el último año el porcentaje de eventos adversos disminuyó un 58.7% comportándose inversamente proporcional puesto que mientras el reporte se duplicó, los eventos adversos disminuyeron a la mitad sobre el total de las fallas de calidad notificadas para cada mes.

Aunque se evidencia el aumento en el reporte de los eventos adversos para el periodo del 2015, no se puede pasar por alto la baja notificación para el año 2014; en Colombia existen estudios sobre la identificación del no reporte uno de ellos es el estudio llamado "Razones del no reporte de eventos adversos" en donde se identificaron que "las principales razones para no reportar E.A es el temor de que el personal subalterno sería culpado de alta carga de trabajo y la creencia de que las circunstancias o el resultado de un evento particular no justificaban un reporte", otra razón que argumentaron fue que "Los sistemas actuales de notificación de incidentes, mientras que proporcionan una información valiosa, no ofrecen un índice fiable de la tasa de incidentes adversos, confirmando la teoría del Iceberg" (Burbano, Caicedo, Cerón, Jacho y Yépez, 2013, p. 189).

En el proceso de entender por qué no se reportaban los eventos adversos se encontró, en orden de importancia: "por parecerle innecesario al personal", por el "incremento de la carga de trabajo", por "miedo al castigo", por "olvido" y finalmente por la "probabilidad de un litigio" (Burbano, Caicedo, Cerón, Jacho y Yépez, 2013, p. 189).

El método de estudio presenta limitaciones en cuanto al análisis de todas las variables, ya que son muchos los formatos en los que aparecen campos "sin dato", teniendo en cuenta que el registro es voluntario y diligenciado en documentos en físico desde los diferentes servicios; adicionalmente una importante cantidad de registros no se diligencian en su totalidad, la letra no es legible o el contexto del evento no es claro por tanto se dificulta realizar la organización de la información para su completitud.

En cuanto a la calidad de los datos en la ficha o herramienta física que se diligencia para el reporte de los mismos, se puede apreciar que puede fortalecerse puesto que se puede inferir debilidad de diligenciamiento en los conceptos de factores contributivos (paciente, tarea y tecnología, individuo, equipo de trabajo, ambiente, aspectos organizacionales etc.) esta ausencia de datos en un 63.5% para el año 2014. Para el año 2015 este comportamiento no varía encontrando la misma debilidad en un 63.8% de los registros.

Los datos incompletos de las atenciones realizadas al paciente debilitan su uso como instrumento de comunicación y como fuente de información para la toma de decisiones.

Los datos presentados en cualquier documento deben ser confiables, claros, objetivos, oportunos y completos a fin de posibilitar el seguimiento, la evaluación y la planificación continua de las acciones de mejora.

Este comportamiento va acorde a la actualidad global y se hace evidente en numerosos prestadores de servicios de salud. Situación que se configura como un factor agravante, si tenemos en cuenta que las anotaciones efectuadas por el equipo de salud en las historias clínicas o cualquier documento que haga parte integral de esta, tienen un valor significativo frente a las diferentes autoridades, “siendo fuentes de investigación, instrumento de educación y documento legal” (Grespan y D’Innocenzo, 2009, p. 314).

A su vez este comportamiento del registro deficiente en las historias clínicas ha sido demostrado en otros estudios, uno de ellos fue el que se realizó en el año 2009 en el Hospital Regional de Ayacucho (Peru) en donde se evaluó la calidad en las anotaciones de enfermería dentro de los resultados obtenidos “Del 100 por ciento (78), 66.67 por ciento (52) de las anotaciones presentaron una calidad deficiente y 33.33 por ciento (26) fueron de buena calidad” (Palomino, 2010).

Se cree, por tanto, que los trabajadores de la salud deben evaluar sistemáticamente su propia actuación, en el sentido de reducir problemas relacionados con los registros, considerando la importancia de los datos para la mejora de la calidad de la atención al paciente y, también, para garantizar mayor visibilidad a la categoría profesional (Matsuda, Da Silva, Martínez y Henriques, 2006).

De otro lado el evento adverso que prevalece durante los años 2014 y 2015 es el clasificado como flebitis (química, bacteriana y mecánica); es importante tener en cuenta

que este evento está directamente relacionado con el cuidado de enfermería en donde contribuyen acciones inseguras como la inadecuada adherencia a la higiene de manos, no adherencia a los protocolos de inserción de catéter, aplicación de mecanismos de asepsia y antisepsia, uso de elementos de protección individual y educación con el manejo de este dispositivo, lo que pone en evidencia la implementación de acciones de mejora directamente para el personal de enfermería y permite asociar como causa contributiva a los eventos adversos frecuentes para los dos años evaluados, la actuación del individuo prestador frente a la no adherencia de guías protocolos o lineamientos.

La literatura muestra que la ocurrencia de infecciones asociadas a la atención en salud es muy frecuente, especialmente en ambientes que exigen compleja asistencia a la salud, así como las flebitis, el error de medicación y la caída. Estos eventos están relacionados con la distancia de la enfermería con la práctica de gestión en salud, en el sentido de estandarizar técnicas y asegurar el seguimiento de protocolos operativos (Queiroz., Queiroz, Weber, y Tanferri, 2012).

A pesar de que para el año 2015 aparece como tercera causa la lesión por caída, es importante tener en cuenta las fallas contribuyentes ya que estudios dan a conocer que la caída, específicamente, es un evento no planeado, que puede ocasionar lesiones de por vida y perjudicar la integridad física y emocional de los pacientes. (Paranagua, Revista enfermería global, 2014)

Además, resulta en aumento de los costos hospitalarios, aumento del tiempo de ingreso y hasta en muerte y señalan la necesidad de conocer el perfil del paciente que presenta mayor riesgo (adulto mayor en este estudio) para caída a fin de posibilitar la

programación de medidas preventivas y específicas de seguridad, como adecuación física del ambiente y del mobiliario hospitalario, de modo a preservar la salud de los pacientes (Queiroz-, Queiroz, Weber, y Tanferri, 2012).

Los eventos adversos prevenibles en el transcurso del tiempo (2014 - 2015) se comportaron con una tendencia positiva dado que disminuyeron para el último año sobre el total de los reportes en un 55%, esta tendencia puede estar relacionada al fortalecimiento de la vigilancia y búsqueda activa que parte del mejoramiento de la recolección de datos puesto que para el año 2015 se contó con una base de datos más completa en variables y un seguimiento continuo una vez los datos aumentaron y se organizaron, por tanto las estrategias deben continuar encaminadas al fortalecimiento en la disminución de los eventos adversos que se pueden prevenir que por lo general se encuentran relacionados con el actuar del personal asistencial; así como a la generación de una cultura de seguridad que incluya no solo al equipo de salud sino también al personal de apoyo, al paciente y a su familia.

En cuanto a la notificación se puede evidenciar que para el año 2015 se generó una tendencia positiva en la cultura del reporte en los colaboradores, lo que puede significar que estos apropian el programa de seguridad del paciente como una estrategia educativa y de mejoramiento no punitivo que busca las causas y no los culpables sin confundirse con permisividad.

Se evidencia que a través de la implementación de la reciente publicación del Ministerio de Salud y de la Protección Social, guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente, se podrá fortalecer el conocimiento de todos los actores relacionados con la

atención incluyendo el paciente y su familia en la institución de salud, además de fomentar la cultura de seguridad del paciente en la práctica sanitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Para una institución de tercer nivel que tiene implementados procesos de calidad y que busca que sus servicios estén centrados en el usuario y su familia y que adicionalmente contribuyan a la mejora continua de la entidad; este estudio puede resultar como un aporte útil teniendo en cuenta que “la omisión de cuidados pone en riesgo la integridad física del paciente y la calidad de los servicios ofertados por las instituciones, contribuye a una imagen institucional negativa, genera desconfianza y eleva los costos de la asistencia” (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000, citado por Oliveria, Bauer, Bouttelet, y Inocenti, 2007, p. 484). Los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de estos eventos pueden estar relacionados con el individuo por la inadecuada adherencia a guías clínicas y protocolos institucionales.

Desde el análisis y la evaluación de las especialidades tratantes y su aporte en cuanto a eventos adversos e incidentes se puede identificar fácilmente que los casos más frecuentes están directamente relacionados con el cuidado del paciente durante la atención e inclusive la educación para fomentar el autocuidado y las precauciones que se deben tener una vez se ingresa a una institución de atención sanitaria, siendo responsable el equipo de salud como actores indispensables en el cuidado de los pacientes desde su educación en autocuidado, preparación, estancia hospitalaria y los relacionados con el tratamiento.

Así que se vuelve necesario promover la sensibilización y fortalecer el conocimiento del equipo de salud como protagonista en la seguridad de los pacientes durante su estancia en la institución.

También es importante fortalecer las unidades de análisis de los casos, utilizando las herramientas adoptadas o adaptadas por la institución de tercer nivel (protocolo de Londres) de tal manera que permite mantener un orden lógico y metódico en la revisión de los casos y que a través del análisis causa raíz se puedan identificar los factores que contribuyen a la ocurrencia de los eventos, además de “identificar fallas en el proceso, permitiendo comprender lo que de hecho sucede, de modo que se pueda prevenir y evitar que tengan nuevos casos” (Alux, y De Bortolli, 2010, p. 143).

Conclusiones

A pesar de la tendencia positiva de la cultura de reporte, dado que los resultados muestran un aumento importante entre el 2014 y el 2015, el evento adverso que prevalece para los dos años continúa siendo el mismo (flebitis, incluyendo química, mecánica y bacteriana) identificando características similares en términos de frecuencias.

Por tanto se debe fortalecer la formulación de las estrategias o acciones de mejora orientadas a prevenir y/o corregir el problema, una vez identificado.

Estudios han demostrado cinco medidas útiles para crear barrera estéril como, el lavado de manos, la limpieza del sitio de inserción con clorhexidina, evitar la utilización de la vena femoral para la inserción, así como la retirada precoz de los catéteres innecesarios han disminuido significativamente la incidencia de BRC en pacientes críticos y constituyen el paquete de mejores prácticas recomendadas por el CDC, el IHI y la AHQR, como componente principal de cualquier enfoque de prevención. En 2006, una intervención desarrollada en más de cien unidades de cuidados intensivos de Michigan (EE.UU.) logró tasas de 0 BRC por 1.000 días de uso de catéter (Valls y García, 2010).

Se identificaron deficiencias en la calidad de los registros físicos y magnéticos en cuanto a la completitud de la información entre ellas la descripción del reporte, clasificación, nombre del reporte, servicio y demás variables de la herramienta. Lo que genera una alerta en la necesidad de promover el registro completo de los eventos

reportados como herramienta fundamental para el análisis y la implementación de acciones que garanticen el mejoramiento continuo a nivel institucional, viéndose reflejado todo esto en la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

Para el año consecutivo (2015) fue evidente la disminución de los eventos adversos casi a la mitad del total de los reportes, en comparación con el año anterior, situación que debe llevar a la institución a fortalecer y dar continuidad al seguimiento de los casos analizados como eventos adversos, formulando estrategias innovadoras encaminadas a no castigar a los “culpables”; sino que por el contrario estén orientadas a mejorar los procesos asistenciales y por ende a prevenir la materialización de los riesgos asociados a la atención en salud a través del tiempo.

El estudio evidenció que a través de este tipo de caracterización se obtiene información válida y confiable para la toma de decisiones a nivel gerencial, ya que se generó obtuvo información relacionada con el comportamiento de los reportes durante el periodo objeto de estudio, la ocurrencia de los eventos adversos que ponen en riesgo la integridad del paciente durante la atención en la institución, siendo necesario el seguimiento continuo a través del monitoreo de los casos en el tiempo; así como la implementación de acciones de mejora y el cierre de los ciclos de los eventos de mayor ocurrencia; es de anotar que este tipo de monitoreo y seguimiento contribuye con la autoevaluación de la institución frente a la generación y mantenimiento de la cultura de seguridad del paciente y a su vez a la evaluación de la percepción de los usuarios frente a la atención recibida.

Recomendaciones

Fortalecer la capacitación de los colaboradores frente a los temas relacionados con la seguridad del paciente con especial énfasis en las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.

Fortalecer la realización de inducción y re inducción al personal que labora en la institución asegurando el conocimiento de la política y el programa de seguridad del paciente.

Continuar con la sensibilización a los colaboradores sobre los mecanismos de reporte y el seguimiento a la calidad de los registros notificados.

Afianzar la programación de rondas de seguridad en los diferentes servicios encaminadas a la identificación oportuna de las fallas de calidad.

Fortalecer la evaluación periódicamente la adherencia a las guías de atención y protocolos al equipo de salud.

Involucrar al paciente y su familia en su seguridad, fomentando el autocuidado durante su estancia hospitalaria y en el egreso.

Fortalecer las acciones de mejora y el seguimiento a los eventos adversos e incidentes frecuentes para los dos años a fin de disminuirlos a través del tiempo que concluyan en una atención con calidad y una verdadera seguridad del paciente. Los siguientes son los eventos e incidentes identificados como frecuentes en los dos años:

Eventos adversos: Flebitis, lesión por caída, ulcera por presión.

Incidentes: Caídas, desplazamiento de sondas y dispositivos, inadecuada marcación de exámenes diagnósticos y diagnostico inoportuno por inadecuada lectura de exámenes diagnósticos.

Bibliografía

- Alux, T. y De Bortolli, S. (2010). Root cause analysis: evaluation of medication errors at a university hospital. *Revista da Escola de Enfermagem*, 44(1), 137-144.
- Burbano, H., Caicedo, M., Cerón, A., Jacho, C. y Yépez, M. (2013). Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud en Pasto-Nariño, Colombia. *Revista Universitaria de Salud*, 15(2), 187-195.
- Clínica de Occidente. (s.f.). *La clínica. Quiénes somos*. Recuperado de: <http://www.clinicadeloccidente.com/quienes>
- Gaitán-Duarte, H., Eslava-Schmalbach, J., Rodríguez-Malagón, N., Forero-Supelano, V., Santofimio-Sierra, D., Altahona, H. y Grupo de evaluación y políticas en salud. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2006. *Revista de Salud Pública*, 10 (2), 215-226.
- Grespan, V. y D’Innocenzo, M. (2009). Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), 313-317.
- Larizgoitia, I., Gonseth, J y Colomer, C., Estudio IBEAS, (2009), (3) 9-52.
- López-Montenegro, M., Marí, A. y Jiménez, N. (2013). Medida de la mejora continua en la seguridad del paciente oncológico. *Farmacia hospitalaria*, 37(2), 143-150.

- Matsuda, L., Da Silva. D., Martínez. Y. y Henriques, J. Anotações/registros de enfermagem: Instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Electrónica de Enfermagem*, 8(3), 415-421.
- Melgarejo, A., Adell, B. y García, P. (2014). Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. *Enfermería intensiva*, 25(2), 58-64.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2009). *Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RES/ULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2008). Lineamiento para la implementación de la Política de Seguridad del paciente. 7.
- Ministerio de Salud y Protección social, Decreto 1011 de 3 Abril “*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*”(2006).
- Ministerio de Salud y Protección social, Resolución 1441 de 6 de Mayo, “*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones*”. (2013), 17.
- Ministerio de Salud y Protección social, Resolución 1446 de 8 de Mayo “*por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud*”. (2006).

Ministerio de Salud y Protección social, Decreto 903 de 28 de Mayo “*Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud*” (2014)

Ministerio de Salud y Protección social, Resolución 2003 de 28 de Mayo “*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud*”. (2014), 29.

Ministerio de la Protección Social, herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de la Garantía en la calidad de la Atención en salud, editorial FUNDACION FICTEC, 2007, 21 y 22.

Ministerio de la Protección Social, Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, (2008) 7.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015) 17-18. Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Oliveria, J., Bauer, A., Bouttelet, D. y Inocenti, A. (2007). Sentimientos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 483-488.

Organización Mundial de la Salud, (2008) pág. 3. *Alianza mundial para la seguridad del paciente*. Recuperado de

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.

Organización Mundial de la Salud, (2008). *Alianza mundial para la seguridad del paciente* Recuperado de

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.

Palomino, B. (2010). Calidad de las Anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho 2009. (Tesis inédita de Posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Pedreira, L., Souza, A. y Macêdo, A. (2013). Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista brasileira de enfermagem*, 66(3), 429-436.

Queiroz-Bezerra., A., Queiroz, E., Weber, J. y Tanferri, T. (2012). Reacciones adversas: indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un hospital centinela. *Enfermería Global*, 11(27), 186-197.

Ramos, B. (2005). Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(3), 239-244.

Republica de Colombia, Ministerio de Salud, Resolución 8430 de 4 de Octubre “*Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*” (1993).

Schwonke, C., Filho, W., Lunardi, G., DaSilveira, R., Rodrigues, M. y Guerreiro, M. (2016). Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. *Enfermería global, revista electrónica*, 15(41) 216-218.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (s.f.). *Seguridad del paciente*. Recuperado de:

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/SeguridaddelPaciente1.aspx>

Valls V., García P., Vigilancia y control de la bacteriemia asociada a catéter venoso centra, Medes, 2010, 1.

Villarreal, E., Lozano, W., Mendoza, S., Montenegro, N. y Olarte, A. (2014). Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 30(3), 381-391.