

PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES CRÓNICOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Diana Bricyid Sánchez Cote^a, Jaime Alberto Camelo Barreto^b, Clara Margarita Giraldo Luna^c

a. Especialista en Auditoria, candidata a Magister en Salud Pública y Desarrollo Social

b. Especialista en Auditoria, candidato a Magister en Salud Pública y Desarrollo Social

c. Especialista en Epidemiología, candidata a Magister en Salud Pública y Desarrollo Social

Resumen- El objetivo de este trabajo es establecer la prevalencia y tipos de los eventos adversos que impactan la calidad de la atención domiciliaria en pacientes crónicos en una EPS de Bogotá, para este fin se llevó a cabo un estudio descriptivo trasversal, en la población de paciente crónico del programa de atención domiciliaria de una EAPB de Bogotá, como muestra se tomó los registros de los pacientes crónicos domiciliarios que presentaron indicios de atención insegura en el periodo comprendido de Julio del 2014 a Febrero del 2015 que cumplieron con los criterios de inclusión, para la identificación de los pacientes del estudio se utilizó una base de datos de los pacientes reportados con indicios de atención insegura por los tres proveedores que manejan este tipo de pacientes. Dentro de los resultados se encontró que el grupo de edad que más impacta es el de los mayores de 75 años, y de ellos con una prevalencia de eventos adversos del 1,0% IC 95% [0,66-1,45] y la prevalencia de incidentes de 0,2% IC 95% [0,07 – 0,44] siendo las caídas de su propia altura los eventos más frecuentes con el 68%. El 100% fueron eventos prevenibles, 96% eventos adversos leves y el 4% moderados. De los factores contributivos que más impactan son el equipo con un 68%, el 36% de los cuidadores no tienen ninguna relación familiar, no asistieron a talleres de cuidadores y en su gran mayoría solo tienen secundaria. Se concluye que es importante la formulación de políticas públicas enfocadas a la atención domiciliaria y la capacitación del personal que va a estar al cuidado de este tipo de pacientes.

Palabras claves- Atención domiciliaria, eventos adversos, Seguridad del paciente.

Abstract-The aim of this study is to establish the prevalence and types of adverse events that impact the quality of home care in chronic patients in an EPS of Bogota, for this purpose it was conducted a transversal descriptive study in chronic patients of a home care program in an EAPB in Bogota, as shown in the records of the chronic domiciliary patients who presented evidence in the insecure attention in the period between July 2014 to February 2015 that met the inclusion criteria, for the identification of patients in the study it was used a database of reported patients with evidence of insecure attention by the three providers who manage these patients. Among the results we found that the age group that is most striking is the one of over 75 years-old, and of those with a prevalence of adverse events of 1.0% CI 95% [0.66-1.45] and the prevalence of incidents from 0.2% CI 95% [0.07-0.44] being the fall of his own height the most frequent events with the 68%. 100% were preventable events, mild adverse events, 96% and 4%, moderate. One the contributory factors that is impacting is the team with 68%; 36% of caregivers have no family relationship, they did not attend to the caregivers workshops and mostly have only finished secondary studies. We conclude that the formulation of public policies focused on home care and the training of personnel who will take care of these patients is important.

Keywords- Adverses events, home care service, patient safety

I. Introducción

La atención domiciliaria es la modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia, y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Cada día es más frecuente la opción de manejo de pacientes en el domicilio con el fin de disminuir los riesgos asociados a la hospitalización en clínicas y hospitales; sin embargo, el manejo de estos casos en este ámbito también puede generar riesgo de evento adverso en el proceso de atención de salud por lo cual se requiere establecer un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar ese riesgo de evento adverso o de mitigar sus consecuencias.

La atención sanitaria, por su complejidad, extensión y la vulnerabilidad del paciente, no está ni puede estar libre de riesgos (Aranaz JM A. C., 2006). Los eventos adversos se presentan en todas las fases de la prestación de los servicios de salud. Hasta la fecha, la mayoría de las investigaciones se han centrado en la atención hospitalaria y otros ámbitos y en cuanto a la atención domiciliaria ha sido menor (Doran, 2014). Teniendo en cuenta la investigación en la atención domiciliaria, es razonable esperar que estos se produzcan en todos los ámbitos de la misma, además, en dicha atención el número y tipo de profesionales que necesitan comunicarse e interactuar entre sí, así como con el usuario y el cuidador, puede ser grande y en la mayoría de las veces no tienen espacios para comunicar sus hallazgos y resultados de intervención (Woodward C, 2002).

En comparación con la atención aguda, sabemos que los servicios de cuidado en el hogar se entregan de manera diferente y en un entorno menos estructurado. Esto presenta implicaciones políticas, tanto a nivel de organización y del sistema. Por ejemplo, McGraw *et al* (McGraw C, 2008) sostienen que las organizaciones "necesitan reconocer que los desafíos y peligros que existen en la prestación de atención primaria de salud en el hogar son muy diferentes de los contextos organizacionales delimitados como hospitales". Lang *et al* (Lang A, Safety in home care: a broadened perspective of patient safety, 2008) sugieren, además, que frente a la seguridad en la atención domiciliaria requerirá cambios significativos en los lineamientos institucionales y marcos rectores. Lang y Edwards (Lang A, Safety in home care: broadening the patient safety agenda to include home care services, 2006) pueden haber descrito mejor la cuestión al sugerir que debemos tener en cuenta el hecho de que la casa está diseñada para vivir y no para servicios de salud.

Otro elemento a tener en cuenta es la tendencia hacia una mayor dependencia de la familia u otros cuidadores, no remunerados, sin la suficiente atención a la educación o capacitación, esto agrega complejidad y diferencia hacia la atención domiciliaria del cuidado agudo. Las preocupaciones de seguridad relacionadas con las características del entorno de los cuidados en el hogar de los pacientes –o de la comunidad local– también pueden estar asociadas con la seguridad del paciente y el cuidador (McGraw C, 2008).

Así, la naturaleza más compleja pero menos estructurada de atención domiciliaria sugiere que las variables asociadas a los eventos adversos en este ámbito se diferencian de otros ajustes, y que el potencial de estos eventos puede ser más

alto que para los pacientes en cuidados intensivos y otros entornos institucionales (Woodward C, 2002).

Es importante señalar que detrás de los eventos de los que se viene hablando están los indicios de atención insegura, término que se refiere a un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente, o evento adverso, el cual si es detectado a tiempo se podrían disminuir las cifras de evento adverso en la población de atención domiciliaria o/y hospitalaria.

Adicional, es importante resaltar que la salud pública busca garantizar la calidad de vida de las personas y dentro de esta calidad juega un papel primordial la prestación de servicios de salud, por eso día a día ha aumentado el proceso de atención domiciliaria desde los prestadores de salud, haciendo énfasis en la atención que se debe dar a las diferentes circunstancias que pueden llegar a alterar la prestación del servicio y además a afectar la salud de las personas, hechos que pueden ir desde un indicio de atención insegura, hasta la ocurrencia del evento adverso que puede ser evitado o no.

Teniendo en cuenta lo anterior, la pregunta problema que orienta la presente investigación es:

¿Cuál es la prevalencia y tipos de los eventos adversos que pueden ser identificados en la atención domiciliaria de una EPS en el período de julio de 2014 a febrero de 2015?

Las instituciones de salud actualmente deben cumplir con los requisitos normativos vigentes, satisfacer las demandas cada vez más exigentes de la sociedad y ser cada día más competitivos (Toro Restrepo, 2003), la búsqueda constante de la calidad como garante de una atención segura se ha convertido para las instituciones de salud, más que en una estrategia competitiva, en una cultura

organizacional y en un modelo que busca la excelencia en la prestación de los servicios.

Debido a la necesidad de ofrecer a los pacientes crónicos una atención digna y de calidad desde su domicilio se creó el programa de atención domiciliaria que requiere de las mismas condiciones de calidad en la prestación de los servicios, y para ello es importante proveer información que puede contribuir a minimizar riesgos en la atención, teniendo en cuenta que pueden detectar de manera oportuna indicios de atención insegura, los cuales con controles adecuados disminuirán los eventos adversos.

Estos eventos adversos en la atención domiciliaria seguirán surgiendo como un tema de política de salud importante; si tenemos en cuenta otros factores que incluyen el aumento de la demanda y el costo, podemos esperar que la demanda de la atención de cuidados en el hogar aumente y que sea impulsado por una combinación de la población y las características del sistema de salud que incluyen los cambios demográficos, los avances tecnológicos, la reestructuración del sistema de salud y, los cambios de políticas y preferencias de los consumidores (McGraw C, 2008), (Coyte PC, 2001). Con el aumento de la demanda, se aumentan los costos; por ejemplo, con la excepción de los medicamentos, los gastos de cuidado en el hogar en Canadá han aumentado más rápidamente que el resto de los gastos sanitarios (McGraw C, 2008), (B., 2000).

La naturaleza de la atención recibida en el domicilio está creciendo en complejidad, este crecimiento ha requerido tanto el examen como la generación de evidencia en torno a la seguridad del paciente en atención domiciliaria, y una mejor comprensión de los eventos adversos en el contexto de dicha atención (Macdonald, 2013), (Paul Masotti, 2010).

Dada las circunstancias del aumento progresivo de la población colombiana,

especialmente del grupo de los adultos mayores –lo cual representa un desafío para las políticas y los recursos en lo concerniente al desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social–, la base de la pirámide se ha ido estrechando, con ampliación simultánea en la punta, describiendo de esta forma la disminución de la población joven y el incremento de los adultos mayores.

Es así que se espera que con los resultados de la presente investigación, se pueda mejorar la calidad de la atención en salud que se brinda a los usuarios, a través de minimizar riesgos, propiciando prácticas más seguras para que los pacientes se beneficien con una atención que garantiza seguridad a través de cuidados dados por personas con preparación oportuna y confiable; por ello se hace necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud orienten todas las actividades hacia prácticas de atención más seguras, mejora de procesos y la mejora continua de la calidad de los servicios, en busca de los mejores resultados para los pacientes. La obtención, análisis y divulgación de la información relacionada con los eventos adversos en atención domiciliaria puede ayudar a los tomadores de decisiones a identificar y dar prioridad a la política de seguridad del paciente, por lo cual identificar los principales eventos adversos se convierte en una prioridad.

Es así como la presente investigación permite la identificación de los principales eventos adversos en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), permitiendo a la empresa administradora de planes de beneficios (EAPB) formular planes de mejora que conduzcan a la reducción de la ocurrencia de errores y eventos adversos, tanto en los procesos institucionales como en los procesos domiciliarios de atención del paciente; para ello se realizó una búsqueda de la

población Crónica Domiciliaria entendiéndose que el usuario que cumple este criterio es el Paciente con enfermedad no recuperable, quien ocasiona alteraciones funcionales (a nivel cognitivo, mental, físico o sensitivo) que impidan su desplazamiento a servicios ambulatorios, donde las alteraciones funcionales pueden rehabilitarse en el tiempo o mantenerse de acuerdo a la severidad de la patología de base y la oportuna atención en Salud.

El problema de los eventos adversos no es nuevo, desde hace mucho tiempo existe una evidente preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria. En 1964 Schimmel (Schimmel, 1964) hizo la observación acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia, y la quinta parte eran casos graves. Steel y colaboradores (Steel K, 1981) en 1981 situaron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves. En ambos estudios se encontró que la principal causa era el error en la medicación.

Sin embargo, desde la aparición en 1999 del informe del Institute of Medicine (IOM) *To err is human* (Khon LT, 2000), el tema de la seguridad de los pacientes ha captado a nivel internacional la atención del público, de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos de forma muy acentuada (Ministerio de Sanidad y Consumo).

En el año de 2004, fue creada la Alianza Mundial para Seguridad del Paciente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo principal de movilizar esfuerzos globales en la seguridad del cuidado en salud para todos los pacientes (World Health Organization (WHO), 2008).

En el año de 2007, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprobó la Resolución CSP27.R10: “Política y Estrategia Regional

para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente” en donde insta a los Estados Miembros a que, entre otros puntos, den prioridad a la seguridad del paciente y a la calidad de la atención en las políticas y programas sectoriales de salud, incluida la promoción de una cultura organizacional e individual en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2007).

Entre los años 2006 al 2009, se desarrollaron estudios con el fin de conocer el comportamiento de los eventos de seguridad del paciente en diferentes ámbitos.

Dentro de estos estudios encontramos el estudio IBEAS que es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud, el cual fue realizado en 58 hospitales de estos 5 países de América Latina, llegando a analizar un total de 11.555 pacientes hospitalizados; dentro de sus resultados se encuentra que 10,5% de los pacientes hospitalizados presentaron eventos adversos (EA) y 58,6% eran evitables.

Otro estudio publicado en el año 2008 denominado APEAS, abordó la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud; este estudio fue realizado en España a través de un convenio entre la Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008); entre los resultados que arrojó este estudio se registran: la prevalencia de sucesos adversos fue de 18,63‰ (IC 95%: 17,78-19,49), la prevalencia de incidentes fue de 7,45 ‰ (IC95%: 6,91 - 8,00) y la de EA de un 11,18‰ (IC95%: 10,52- 11,85); la

prevalencia de pacientes con algún EA es de 10,11‰ (IC95%: 9,48- 10,74), el 54,7% (n=606) se consideraron EA leves, el 38,0% (n=421) moderados y el 7,3% (n=81) graves, el 58,0% de los sujetos con EA presentaban algún factor de riesgo. Se destaca que en el 48,2% de los casos los factores causales del EA estaban relacionados con la medicación; en el 25,7%, con los cuidados; en el 24,6%, con la comunicación; en el 13,1%, con el diagnóstico; en el 8,9%, con la gestión, y en un 14,4% existían otras causas. Al considerar las consecuencias (efecto) de los EA, se constató que el 47,8% de los EA (530) han estado relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 8,4% (93) del total de los EA, el 10,6% (118) se asociaron a algún procedimiento y el 6,5% (72) con los cuidados. Se concluye que los resultados que se ofrecen en este informe ponen de relieve que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura: la frecuencia de efectos adversos es baja y, además, predominan los de carácter leve; a pesar de ello, la seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación del mismo, hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados. La prevención de los eventos adversos en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria, dado que el 70% de los eventos adversos son evitables, y son más evitables (80%) a medida de que es mayor su gravedad. La etiología (causa/as) de los efectos adversos es multicausal. En su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados. La consecuencia más común es un peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente, y no es nada despreciable la infección relacionada con los cuidados (infección nosocomial) en Atención

Primaria. Una cuarta parte de los EA no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivado a asistencia especializada y la mitad fue resuelta directamente en Atención Primaria (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía).

Otros autores registran que la investigación en varios países ha demostrado que entre el 3 y el 17% de los pacientes del hospital experimentan un evento adverso (EA) (Sears, 2013).

Entre los años 2010 y 2011 se registra un aumento del interés por la investigación sobre seguridad del paciente en la atención ambulatoria, con revisiones sistemáticas de Eventos Adversos en Atención Ambulatoria y la elaboración de protocolos de investigación de Eventos Adversos en Atención Ambulatoria. En este sentido se desarrolló el protocolo para determinar la frecuencia, características y evitabilidad de los Eventos Adversos (EA) en los pacientes en la asistencia ambulatoria en Latinoamérica y el Caribe, cuyos resultados fueron publicados en el estudio AMBEAS- OPS/OMS, llegando a las siguientes conclusiones: el estudio es viable y reproducible a nivel local o nacional, el paciente es una buena fuente de información, en 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación, se detectan la ocurrencia, naturaleza y grado evitabilidad de los EA, las herramientas diseñadas son útiles para recoger, identificar y analizar los incidentes en la seguridad del paciente, la historia clínica es el complemento necesario para el análisis y clasificación de los incidentes, más de una tercera parte de los EA son evitables, si consideramos solo los de consecuencias graves, el 50% son evitables, igual que en la literatura, los medicamentos, la prescripción y la comunicación son las causas más

frecuentes de EA (Montserrat-Capella, 2015).

En Colombia, el antecedente más relevante es la formulación de la Política de Calidad de la Atención en Salud en términos del Sistema de Garantía de Calidad. En este contexto, el concepto de calidad incorpora, desde su definición, la seguridad del paciente como una de las características de la calidad (Luengas, 2009). Colombia ha participado en la realización de los dos estudios de prevalencia e incidencia de eventos adversos en los servicios hospitalarios y ambulatorios realizados en Latinoamérica, a saber, IBEAS 2009 (Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica) y AMBEAS 2013 (Eventos adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica). En este mismo sentido se desarrolla el primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "Incas Colombia 2009", que buscaba la realización de una valoración de la situación de la calidad de los servicios de salud en el país, a través de la identificación y selección de un conjunto de mediciones de fuentes secundarias consideradas de la mayor validez y confiabilidad, de los atributos propios de la calidad de los servicios; en este informe, en el capítulo 5 – relacionado con indicadores de seguridad en la atención del paciente–, se registran resultados de mediciones de Infección asociada a atención en salud y vigilancia global de eventos adversos (Ministerio de la Protección social, 2009).

Si se enfoca en el ámbito de la atención domiciliaria se encuentra que algunos autores afirman que la seguridad del paciente en los entornos de atención aguda ha sido bien documentada; sin embargo, existen pocos datos sobre esta cuestión en atención domiciliaria. Aunque muchas organizaciones recolectan información sobre "incidentes", no existen normas para la

presentación de informes y que es un reto para comparar las tasas de incidencia entre las organizaciones (Doran, 2014).

Ha habido algunos estudios que describen los EA en la atención domiciliaria y los factores que contribuyen a ellos en Canadá o en otro lugar. Otros estudios han identificado pacientes readmitidos al hospital, pero estos estudios no diferencian entre los pacientes que acudieron y no recibían atención en el hogar (Sears, 2013).

Centro de Servicios de Salud e Investigación de Políticas de la Universidad de Queen Kingston (Paul Masotti, 2010), Ontario, Canadá, se encontraron dentro de los resultados ocho categorías de eventos adversos: eventos adversos relacionados con medicamentos, relacionados con líneas de acceso vascular (catéteres), relacionadas con la tecnología, las infecciones y los catéteres urinarios, heridas, caídas. Adicionalmente en la misma revisión, los estudios informan tasas múltiples con tasas globales notificadas de eventos adversos que variaron desde 3,5 hasta 15,1%, con tasas más altas para los tipos específicos. No se encontraron estudios de intervención. Los eventos adversos se asocian comúnmente con los problemas de comunicación. Propuestas de políticas incluían la necesidad de mejorar la evaluación, el monitoreo, la educación, la coordinación y la comunicación. Se concluye que es necesaria una definición estandarizada de eventos adversos en el entorno de atención domiciliaria, así como se necesitan estudios de cohorte prospectivos para mejorar las estimaciones y deben llevarse a cabo estudios de intervención para reducir el riesgo de que los pacientes de atención domiciliaria experimenten eventos adversos.

En una revisión más reciente (Macdonald, 2013) realizada con el propósito de examinar los resultados de una revisión de alcance reciente de la literatura de atención domiciliaria 2004-2011

utilizando la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud para la Seguridad del Paciente (ICPS), que fue desarrollado para el uso en todos los ámbitos de atención, y discutir la utilidad de los ICPS en el entorno del hogar. La revisión de alcance se enfocó en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), dos enfermedades crónicas comúnmente manejadas en el domicilio y que representan reingresos hospitalarios frecuentes. La revisión de alcance identificó siete marcadores de seguridad para los cuidados en el hogar: la manía de Medicamentos, solo en casa, una agenda fija en una lengua extranjera, extraños en el hogar –el carnicero, el panadero, el fabricante de velas–, fuera de bolsillo –el costo del cuidado en el hogar– y mi salud para los suyos –deterioro de la salud del cuidador– (ver figura 1). Dentro de los anteriormente mencionados, la revisión traza cuatro marcadores de seguridad para los factores contributivos de clase de alto nivel: Solo en casa; Una agenda fija en una lengua extranjera; Extraños en el hogar; y el carnicero, el panadero, el fabricante de velas. Solo en casa se define en la revisión de alcance ya que los pacientes sienten abandonados a su suerte para hacer frente a su enfermedad sin información o apoyo adecuado. Una agenda fija en un idioma extranjero se define como la percepción de que la información ofrecida por los proveedores de atención de la salud en relación con la enfermedad a menudo sigue un guion fijo y utiliza la terminología médica o clínica que puede ser difícil de entender, que suena como un idioma extranjero a los pacientes y cuidadores. Extraños en el hogar se define como la interacción entre los pacientes de atención domiciliaria y los múltiples y diversos profesionales de la salud que llegan a sus hogares para brindar atención. Y el

carnicero, el panadero, el fabricante de velas describe las crecientes responsabilidades y funciones múltiples que los cuidadores asumen, convirtiéndose así en el carnicero, el panadero, el fabricante de velas, y cualquier otra función necesaria en el cuidado de sus seres queridos. Como resultados se registran que los marcadores de seguridad identificados en la revisión de alcance de la literatura de atención domiciliaria corresponden a tres de las diez clases ICPS: Características de incidentes, los factores contributivos y los resultados del paciente. Se concluyó que el ICPS tiene aplicabilidad en el entorno de atención domiciliaria, sin embargo había aspectos de la seguridad que se pasaron por alto. Un ejemplo notable es que la salud del cuidador está indisolublemente ligada al bienestar del paciente en el entorno de atención domiciliaria. Los conceptos actuales dentro de las clases ICPS no captan esto, ni tampoco captan cómo se comparten las responsabilidades del cuidado de los pacientes, cuidadores y proveedores.

Otro estudio se desarrolló con el objetivo de estimar la incidencia de eventos adversos (EA) entre los pacientes de atención domiciliaria y valoraciones de evitabilidad. Se identificaron factores de riesgo, tipos EA y los factores asociados con los EA; la triada de criterios para definir el EA para los pacientes de atención domiciliaria es una adaptación de la utilizada en los EE.UU., Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda y Canadá en los estudios hospitalarios, que es la misma que se adopta en los lineamientos de la política de seguridad del paciente en Colombia. Respecto al diseño, este estudio utilizó una muestra estratificada, aleatorizado de pacientes de atención domiciliaria tomada en el año fiscal 2004-2005. Los colaboradores de enfermería entrenados completaron abstracciones en tabla de retrospectivos; cartas para los casos que fueron positivos en

los criterios de selección que sugieren la presencia de eventos adversos fueron revisados por médicos capacitados para determinar la presencia y evitabilidad del EA. El escenario fueron tres programas de atención domiciliaria financiados con fondos públicos en Ontario, Canadá. Las principales medidas de resultado fueron: Prevalencia y tipos de EA, calificaciones de evitabilidad. Entre los resultados se encontró que al menos uno de los criterios de selección se identificó positivamente en 286 (66,5%) de 430 casos; los colaboradores médicos identificaron 61 eventos adversos en 55 (19,2%) de los 286 (12,8%) de los 430 casos; la tasa de EA fue de 13,2 por cada 100 casos de atención domiciliaria [intervalo de confianza del 95% (IC): 10,4 a 16,6%, error estándar de 1,6%]; 32,7% (20 de 61 EA) de los eventos adversos fueron calificados en la categoría de tener más del 50% de probabilidad de evitabilidad; 6 muertes (10,9% de los pacientes con EA; 1,4% de todos los pacientes) se produjeron en pacientes EA-positivos. Los eventos adversos más comunes fueron las caídas y los eventos adversos de los medicamentos. Este estudio concluye que proporcionar atención de la salud a través de programas de atención domiciliaria crea un daño no intencionado a los pacientes. La tasa de incidencia de eventos adversos de 13,2% sugiere que un número significativo de pacientes de atención domiciliaria experimenta EA, un tercio de los cuales fueron considerados evitables. Las mejoras en la educación de los cuidadores de pacientes e informal, el desarrollo de habilidades y la planificación clínica pueden ser intervenciones útiles para reducir los EA (Sears, 2013).

En el mismo contexto se encuentra un estudio realizado en Canadá (Blais, 2013) con los objetivos de documentar la tasa de incidencia y tipos de eventos adversos (EA) entre la atención domiciliaria (HC) a

pacientes en Canadá, identificar los factores que contribuyen a estos eventos adversos y determinar en qué medida la evidencia de la finalización de los informes de incidentes se documentaron en los gráficos donde se encontraron los EA. Dentro de los métodos se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, basado en revisión de las historias de expertos de una muestra aleatoria de 1.200 historias de pacientes dados de alta en el año fiscal 2009-2010 de los programas financiados con fondos públicos de HC en Manitoba, Quebec y Nueva Escocia, Canadá. Los resultados muestran que 4,2% (IC 95% 3,0% a 5,4%) de los pacientes dados de alta de HC en un período de 12 meses experimentó un EA. Ajuste de cuentas para pacientes con longitudes de estancia en HC de menos de 1 año, la tasa de incidencia de EA por pacientes al año fue del 10,1% (IC del 95%: 8,4% a 11,8%); 56% de los EA fueron juzgados prevenible. Los acontecimientos adversos más frecuentes fueron las lesiones por caídas, infecciones de heridas, problemas de salud, de comportamiento o mentales psicosociales y los resultados adversos de los errores de medicación. Más comorbilidades (OR 1,15; IC del 95%: 1,05 a 1.26) y algunas de las actividades instrumentales de la menor puntuación de la vida diaria (OR 1,54; IC del 95% 1.16 a 2.4) se asociaron con un mayor riesgo de sufrir un EA. Las decisiones o acciones de los pacientes contribuyeron al 48,4% de los EA, cuidadores informales 20,4% de los EA, y el personal de salud 46,2% de los EA. Sólo el 17,3% de las historias con un EA contenía documentación que indica un informe de incidente fue completado, mientras que el 4,8% de las historias sin un EA tenía esa documentación. Se concluye que la seguridad del paciente es un tema importante en HC, como lo es en la atención institucionalizada. La atención domiciliaria incluye la entrega prevista de auto-cuidado

por los pacientes y la prestación de atención por familiares, amigos, y otras personas a menudo se describen como cuidadores "informales". Como los pacientes y estos cuidadores pueden contribuir a la aparición de acontecimientos adversos, su participación en la entrega de las intervenciones de salud en el hogar debe ser considerado en la planificación de estrategias para mejorar la seguridad de atención domiciliaria.

II. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, siendo la población de estudio todos los registros de los pacientes que pertenecen al programa de atención domiciliaria de una empresa administradora de planes de beneficios de Bogotá (2487 registros) y como población elegible se tomaron los 35 reportes de los pacientes de atención domiciliaria en modalidad de cuidado crónico con indicios de atención insegura de la empresa administradora de planes de beneficios (EAPB) durante el período de Julio de 2014 a Febrero de 2015 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Los criterios establecidos para los registros de los pacientes incluidos en el estudio fueron: Registros de pacientes que según la normatividad cumplieran con la definición de caso de indicio de atención insegura así, “paciente que haya presentado un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso” (Ministerio de la Protección Social, 2008), registros de pacientes que según la normatividad cumplieran con la definición evento adverso, “Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño” (Ministerio de la Protección Social, 2008), para poder realizar el cálculo de prevalencia teniendo la población total del programa de atención

domiciliaria a Febrero del 2015, registros de pacientes que hayan permanecido en la atención domiciliaria durante los últimos 8 meses de manera continua en modalidad de cuidado crónico en la empresa administradora de planes de beneficios, en sus diferentes instituciones prestadoras de servicio. Se trabajaron variables sociodemográficas del paciente y su cuidador, así como variables que midieran la información del indicio de atención insegura y el evento adverso.

Para recolectar la información se debió construir una base de datos de la EAPB para identificar los pacientes crónicos del programa, debido a que no existía hasta ese momento.

La base de datos se realizó con la definición de variables propuestas por la EAPSB que son importantes en la identificación y análisis de la población y presentadas a los prestadores para recibir recomendaciones que orienten al cumplimiento de los objetivos del programa como: la IPS que atiende el paciente, edad, programa de atención, lugar de residencia, barrio, localidad, cuidador responsable del paciente, diagnósticos y clasificación de Barthel (grado de discapacidad).

Teniendo la base de datos construida se alimenta con los reportes de las Instituciones Prestadoras de los Servicios de atención domiciliaria para pacientes crónicos, junto con la información dada por parte de los gestores de seguimiento de manera mensual en los casos susceptibles de intervención.

Se construye la malla de recolección de los eventos adversos en el programa de Atención Domiciliaria identificando los que cumplen con las características de las variables, tales como la clasificación de indicio de atención insegura como aspecto para identificar el evento adverso, la fecha del reporte en el cual se identifica el indicio de atención insegura, detalles de la

descripción del evento adverso, los factores que contribuyeron al evento adverso y las características del cuidador.

Se realizó un monitoreo de los casos identificados como susceptibles de inclusión en el estudio, su comportamiento y análisis para la clasificación de indicio de atención insegura, análisis causal y planes de mejora que aseguren el impacto en la calidad de atención para el paciente, su familia y la EPS.

Se solicitó a trabajo social y psicología de las 3 IPS, el diligenciamiento y entrega de la información acerca de los indicios de atención inseguros registrados, los cuales fueron reportados por las IPS, y los cuales para quedar registrados como Indicios tuvieron que pasar por un análisis que realiza el personal de las IPS utilizando para ello el modelo ANCLA para factores humanos en actos inseguros Nivel I, y modelo SHELL (Anexo 4) para identificar precondiciones para actos inseguros nivel II, lo cual llevó a hacer un análisis adecuado de dichos indicios y poder llevarlos a registrar en la malla diseñada para la compilación general de casos, como caso de evento adverso.

Los datos obtenidos se analizaron utilizando el EPIINFO 7 y el EXCEL, se realizaron algunas tablas dinámicas donde se calcularon frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión a las variables cuantitativas de edad de pacientes, edad de cuidadores, prevalencia de punto de eventos adversos (EA) teniendo la población total del programa de atención domiciliaria a Febrero de 2015, prevalencia de evento adverso (EA) por edades a Febrero de 2015 y razón de tasas de evento adverso por sexo.

Se realizó un análisis univariado presentando porcentajes para las variables de esta manera:

- Para los pacientes crónicos del programa de atención domiciliaria: localidad, sexo, nivel educativo, planes de beneficios, Institución Prestadora de Servicios, índice de Barthel, diagnóstico principal, diagnóstico secundario, pronóstico.
- Para los pacientes crónicos del programa de atención domiciliaria que presentaron eventos adversos: grupos de edad, sexo, nivel educativo, IPS que reportan, origen de factores contributivos, factores contributivos de los eventos adversos, tipo de eventos, intensidad del evento adverso.
- Con respecto a los cuidadores: edad de cuidadores, parentesco de cuidadores, asistencia de cuidadores a talleres de capacitación y nivel educativo.

Se hizo un análisis bivariado a:

- Grupo de edad y sexo de pacientes crónicos del programa de atención domiciliaria.
- Grupo de edad e Instituciones Prestadoras de Servicios de pacientes crónicos del programa domiciliario.
- Categoría de diagnóstico e Instituciones Prestadoras de Servicios de pacientes crónicos del programa domiciliario.
- Pronóstico del paciente y plan de beneficios de pacientes crónicos del programa domiciliario.
- Tipo de servicio que atiende y factores contributivos de pacientes crónicos con evento adverso del programa domiciliario.

Se hizo un análisis trivariado entre las variables, pronóstico del paciente, edad y sexo de los pacientes crónicos del programa de atención domiciliaria.

Finalmente los resultados se presentaron en tablas y gráficas.

En esta investigación se asumieron los principios éticos plasmados en la resolución 008430 por el Ministerio de salud en octubre de 1993, en la cual se documentan: “las normas científicas y técnicas de la investigación en salud”, teniendo en cuenta que para este estudio se emplearon técnicas y métodos de investigación documental en donde los datos fueron obtenidos de fuentes secundarias: revisión de bases de datos, se considera una investigación sin riesgos según el artículo 11 del capítulo II de la resolución 008430 de 1993.

No se mencionan nombres de la EAPB, de IPS, de planes complementarios, de pacientes, ni de responsables de los eventos, para mantener la confidencialidad de la información del sujeto (derecho a la privacidad), su autonomía y la de la institución.

III. Resultados

Caracterización de la población del programa de atención domiciliaria de pacientes crónicos de la EAPB en estudio.

El programa de atención domiciliaria de la EAPB cuenta con 2487 pacientes crónicos en el periodo de Julio de 2014 a Febrero de 2015, los cuales son atendidos en Bogotá el 94% y en 29 municipios cercanos el 5,9%.

Los pacientes que residen en Bogotá principalmente son atendidos en las localidades de Engativá, Suba y Usaquén.

La población según sexo se distribuye como se muestra en la figura 1.

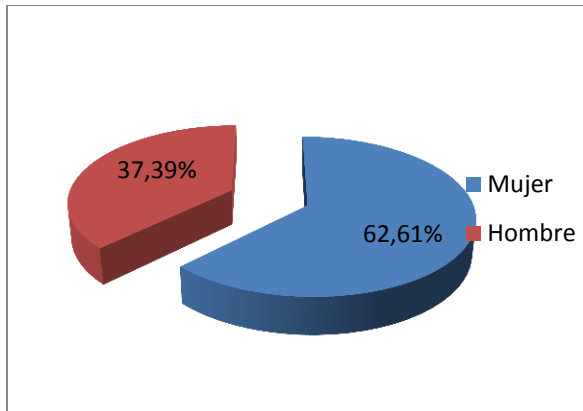


Figura 1. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según sexo. EPS Bogotá. Julio 2014. Febrero 2015. Fuente: bases de datos EAPB

Los pacientes crónicos del programa presentan edades entre 0 a 107 años, con una mediana de edad de 80 años, siendo 84 años la edad de mayor frecuencia.

La empresa administradora de planes de beneficio (EAPB) cuenta con tres Instituciones que prestan el servicio de salud a los pacientes del programa domiciliario; estas se encuentran georreferenciadas en tres zonas de Bogotá, la IPS 1 corresponde a la zona norte, La IPS 2 a la zona centro y La IPS 3 a la zona sur, por confidencialidad sus nombres se omiten, ver figura 2.

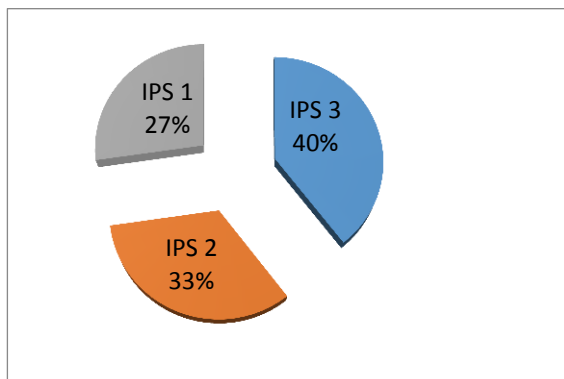


Figura 2. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según IPS domicilio. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015. Fuente: bases de datos EAPB

Con respecto a la clasificación por grupo de edades e IPS de afiliación se observa que la edad de los pacientes atendidos predominan los mayores de 75 años en las tres IPS; cabe resaltar que la IPS 3 cuenta con un 9,27 % y 5,91% de población afiliada al programa domiciliario en edades entre 19 a 44 años y 5 a 14 años, respectivamente, siendo la participación en grupos de edad con igual de importancia para las IPS 1 y 2, donde el grupo de edad de 19 a 44 es seguido por el grupo de 5 a 14 años.

Según el diagnóstico CIE 10 principal que lleva a la atención del paciente y su ingreso al programa de atención domiciliaria se presentan los 11 primeros diagnósticos en la figura 3.

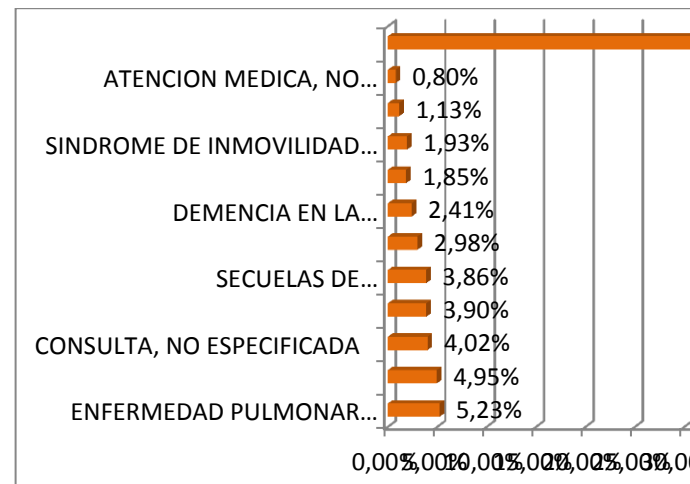


Figura 3. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Diagnóstico CIE 10 principal. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015. Fuente: bases de datos EAPB

Al revisar la distribución de los pacientes por categoría de diagnóstico e IPS de afiliación, se observa que en la IPS 1 las enfermedades del tracto respiratorio (11,2%) son las de mayor frecuencia, seguido de trastornos mentales (6,5%) y sistema nervioso (5,6%); para la IPS 2 priman las enfermedades del sistema circulatorio

(21,4%) luego trastornos mentales (15,7%) y sistema nervioso (13,4%); finalmente la IPS 3, quien más afiliados registra, presenta en primer lugar enfermedades del sistema circulatorio (26,5%), sistema nervioso (12,83%) y enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (8,25%).

Es importante tener en cuenta el índice de BARTHEL, que es una escala genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades; el rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0, el paciente presenta más dependencia; por el contrario, cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia (C. Barrero, 2015) y se constituye en un factor de inclusión al programa de atención domiciliaria cuando sus valores están entre 0 y 40; de los 2487 pacientes crónicos del programa solo el 21% (824) registraron la información del índice de BARTHEL y de ellos el 78% aproximadamente cuentan con un índice de 0–40 que nos indica que son pacientes, entre dependientes totales a dependientes moderados, y principalmente son de edades mayores de 75 años, y de 19 a 44 años; ahora bien, quienes presentan un índice de BARTHEL igual a 40 representan la mayor participación con un 24%.

Según el pronóstico de la enfermedad la población total del programa de atención domiciliaria se encuentra distribuida como lo muestra la tabla 5.

Tabla 1
Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Pronóstico. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Pronóstico	# de pacientes	%
Mantenimiento	2129	85,61%
SD	204	8,20%
N/A	92	3,70%
Rehabilitable	61	2,45%
Fallecida	1	0,04%
Total	2487	100,00%

Fuente: Bases de datos EAPB

Considerando ahora el pronóstico de los pacientes del programa con respecto al sexo y grupo de edad, se puede evidenciar que las mujeres mayores de 75 años con pronóstico de mantenimiento presentan un porcentaje de participación de 70%, y los hombres del 27%.

Con respecto al pronóstico rehabilitable, se evidencia que hay mayor posibilidad de rehabilitación en las mujeres de los grupos de edad >75; seguidas de los grupos de 19 a 44 y 45 a 49 años, mientras que los pacientes niños y preadolescentes del sexo masculino tienen más posibilidad de rehabilitarse que las pacientes de los mismos grupos de edad, y los pacientes entre los 60 y los 74 años de los dos sexos tienen las mismas posibilidades de rehabilitación.

Es importante mencionar las dificultades en la recuperación física y psicológica que se puede dar en el 12% de los niños y adolescentes rehabilitables que podrían estar desarrollándose de otra manera y permitiéndoseles una recuperación más rápida, además de los costos que genera a la EAPB.

Con respecto al pronóstico del paciente y al plan de beneficios al que pertenece la población se distribuye como lo muestra la Tabla 2.

Tabla 2
Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Pronóstico, y plan de beneficios. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Pronóstico	Plan Complementario 1		Plan Complementario 2		POS	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Mantenimiento	97	96,04%	161	86,56%	1871	85,05%
Rehabilitable	3	2,97%	6	3,23%	52	2,36%
Total	100	99,01%	167	89,79%	1923	87,41%

Fuente: Bases de datos EAPB

En su gran mayoría los pacientes crónicos tienen como destino de egreso el domicilio con un 56,94%.

De todos los pacientes del programa, 2346 registraron información acerca de la asistencia por parte de cuidadores al taller que se les ofrece como preparación y orientación para la labor a desempeñar, de estos solo el 1,1% asistieron, situación que se convierte en un factor de riesgo para la integridad del paciente crónico.

Caracterización de los eventos adversos

De la población de pacientes crónicos atendidos en el programa de atención domiciliaria de la EPS, en estudio para el periodo de Julio 2014 a Febrero 2015, se reportaron 30 indicios de atención insegura de los cuales el 83,3% corresponde a los eventos adversos y el 16,7% a incidentes.

La prevalencia de los eventos adversos en esta EPS, en el mismo periodo, fue 1,00% IC 95% [0,66 – 1,45] y la prevalencia de incidentes fue de 0,2% IC 95% [0,07- 0,44].

El origen de la acción insegura para llegar a evento adverso en el 100% fue asistencial

La razón de mujer a hombre fue de 1,77, lo que indica que hay un incremento del 77% de mujeres con respecto a los hombres. La distribución por sexo se muestra en la figura 4.

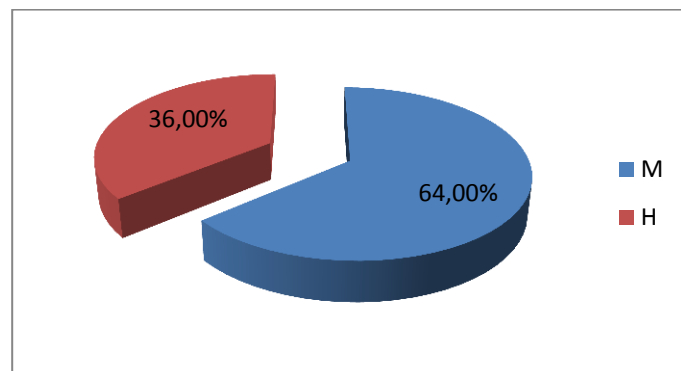


Figura 4. Distribución de casos de eventos adversos del programa domiciliario según sexo. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015. Fuente: Base de datos EAPB.

La prevalencia de eventos adversos según sexo fue para mujeres del 1,02% IC 95% [0,60 - 1,72] y para hombres 0,96% IC 95% [0,47 – 1,76].

La mediana de la edad de los pacientes que presentaron eventos adversos fue de 83 años, con una desviación estándar de 32,7 años, siendo 12 años la edad de mayor frecuencia con 2 casos.

La distribución por grupos de edad de la población que presentó algún evento adverso se muestra en la tabla .

Tabla 3
Distribución de casos de eventos adversos del programa domiciliario según grupo de edad. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015.

Edad	# pacientes	%
mayores de 75	16	64,00%
5 a 14	3	12,00%
15 a 18	2	8,00%
19 a 44	2	8,00%
65 a 69	1	4,00%
Continuación		
70 a 74	1	4,00%
Total	25	100,00%

Fuente: bases de datos EAPB

La prevalencia de evento adverso por grupo de edad para mayores de 75 años fue 1,03% IC 95% [0,61 – 1,63]; el grupo de 5 a 14, 3,0% IC 95% [0,77 – 8,02]; de 15 a 18, 3,9% IC 95% [0,66 – 12,36]; 19 a 44, 1,2% IC 95% [0,21 – 4,14]; 65 a 69, 0,88% IC 95% [0,04 – 4,28], y finalmente para el grupo de 70 a 74, de 0,57% IC 95% [0,02 – 2,81].

La razón por grupos de edad que tiene el mayor número de pacientes que sufrieron evento adverso es 5,3, lo que indica un incremento en el riesgo de sufrir un evento de 4,3 veces más en los mayores de 75 años, que los pacientes entre los 5 a 14 años de edad.

Según el nivel de educación los pacientes que presentaron eventos adversos en su gran mayoría tienen primaria con 44% y es importante resaltar que un 12 % son analfabetas.

Los pacientes del programa son atendidos en diferentes servicios de especialidades, siendo el servicio de cardiovascular y neurología los que atienden

mayor número de pacientes. al comparar entre la población total del programa y la población del programa que presentó evento adverso, es el servicio cardiovascular quien más atiende a la población total con un 20%, mientras que desde las patologías neurológicas son los pacientes que sufrieron eventos adversos con un 88% .

Dentro de los 25 casos de eventos adversos, la distribución por tipo de evento adverso presentado se muestra en la tabla 4.

Tabla 4
Distribución de casos según tipo de evento adverso. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Evento adverso	No.	%
	Casos	
Caídas Desde Su Propia Altura	17	68,0%
Errores De Medicación	3	12,0%
Algún Otro Evento Adverso	3	12,0%
Reintervención Derivada Del Procedimiento Quirúrgico, Diagnostico y/o Terapéutico	2	8,0%
Total general	25	100,0%

Fuente: bases de datos EAPB

El 100% de los eventos fueron prevenibles, el 96% eventos adversos leves y el 4% eventos adversos moderados.

Los casos de eventos adversos, según la especialidad en la que se encuentran registrados para atención, en su gran mayoría son del servicio de neurología con un 88% con respecto a los 25 eventos.

Factores contributivos de los eventos adversos.

Es importante revisar cuáles factores contribuyen a que se produzcan los eventos, por ello se revisa inicialmente en dónde se da el origen de los factores contributivos,

teniendo en cuenta que cuando se habla de equipo están involucrados el personal de salud y cuidadores, ver tabla 5.

Tabla 5
Distribución de casos según origen de factores contributivos. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Origen de factores contributivos	# pacientes	%
Equipo	17	68,00%
Paciente	7	28,00%
Organizacionales y gerenciales	1	4,00%
Total	25	100,00%

Fuente: bases de datos EAPB

En cuanto a los factores contributivos que desencadenaron los eventos adversos encontramos (Tabla 6)

Tabla 6.
Distribución de casos según factores contributivos. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Factores contributivos	# pacientes	%
Salud física y mental	14	56,00%
Diseño de la tarea y claridad de la estructura: disponibilidad y uso de protocolos	5	20,00%
Supervisión y disponibilidad de soporte	3	12,00%
Conocimiento: habilidades y competencia	1	4,00%
Diseño de la tarea y claridad de la estructura: ayudas para la toma de decisiones	1	4,00%
Personal suficiente	1	4,00%
Total	25	100,00%

Fuente: bases de datos EAPB

De la participación, con respecto al Servicio por Neurología, el más representativo como factor contributivo es el Equipo de Salud con un 56%, un 28% las características del paciente y, por último, con un 12% con tareas y tecnología; para el servicio cardiovascular el factor contributivo es el equipo de salud con un 50%.

Según el índice de BARTHEL los casos de eventos adversos se encuentran distribuidos así (Tabla 7)

Tabla 7
Distribución de casos de eventos adversos según Barthel.

Barthel	# pacientes	%
0	10	34
40	6	21
30	6	21
35	4	14
20	3	10
Total	29	100

Fuente: bases de datos EAPB

Cuidadores

Con respecto a los cuidadores se revisó la edad, el nivel educativo, la asistencia al taller de cuidadores, relación de cercanía o parentesco y número de cuidadores por persona; al respecto se obtuvieron los siguientes resultados, teniendo en cuenta que de los 25 pacientes registrados con eventos solo el 25% respondió al nivel educativo y número de cuidadores:

El promedio de edad del cuidador es de 45,5 años, el nivel educativo de los cuidadores en su mayor proporción tienen bachillerato en un 20%, un 16% son analfabetas, 8% para primaria, un 8% profesionales, un 8% técnicos y un 8% de especializados.

Con respecto a la cercanía o parentesco se encontró: (tabla 8)

Tabla 8

Distribución de casos según relación de cuidador. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Relación parentesco cuidador	# pacientes	%
Otros	9	36
Madre	4	16
Padre	3	12
Hijo/a	3	12
Esposa/o	3	12
Continuación		
Tío/a	2	8
Hermano/a	1	4
Total	25	100

Fuente: Base de datos EAPB

Según lo referenciado del 25% de los casos de eventos adversos, el 20% presenta 2 cuidadores para realizar rotación de atención.

Finalmente el 100% de los cuidadores no asistieron al taller ofrecido.

Discusión

La atención sanitaria, por su complejidad, extensión y vulnerabilidad del paciente, no está ni puede estar libre de riesgos (Aranaz JM A. C., 2006). Los eventos adversos se presentan en todas las fases de la prestación de los servicios de salud, teniendo en cuenta esto la Empresa Administradora de Plan de Beneficio – objeto de estudio– no es ajena a presentar los eventos adversos; si se revisa el comportamiento de seguridad del paciente, encontramos que de los eventos reportados como indicios de atención insegura 25 (83,3%) de 30 cumplieron los criterios definidos para evento adverso; en el periodo

de Julio de 2014 a Febrero del 2015, la prevalencia que presentó fue de 1,0% IC 95% [0,66 – 1,45], resultado que se asemeja al estudio realizado en atención primaria en salud (APEAS,2008) que arrojó una prevalencia de EA igual a 1,12 % [1,05-1,18] y menor a la reportada en las revisiones de literatura consultadas (las tasas globales notificadas de eventos adversos variaron desde 3,5 hasta 15,1 %,.) (Paul Masotti, 2010) o la referida por los estudios de evento adverso hospitalario (IBEAS,2009) y el ambulatorio (AMBEAS,2013) con prevalencias de 10,5% y 5,6% respectivamente. Esta diferencia se podría explicar por el tamaño de la población estudiada frente a los estudios relacionados, así como podría evidenciar un posible subregistro en el reporte de los indicios de atención insegura por parte de los prestadores de servicios de salud; con respecto a esto, se recomienda identificar dónde radican las diferencias y poder realizar un estudio en las mismas condiciones pero para la atención domiciliaria; por otro lado los resultados de prevalencia no son comparables con los estudios realizados en el mismo ámbito de atención ya que en Canadá se establecieron incidencias, y en el estudio realizado en Popayán (A.Colonia,2012) fue solo una caracterización del evento.

Similar a otros estudios como el de Sears, 2013 y Blais, 2013, la población de pacientes en atención domiciliaria, en modalidad de paciente crónico, son mujeres alrededor de los 70 años, afectados principalmente por enfermedades crónicas del sistema circulatorio, enfermedades del sistema nervioso y el sistema respiratorio, con una capacidad funcional (en los casos con registro) correspondiente a una dependencia funcional, total o severa; por otra parte, las condiciones de salud marcadas por las patologías crónicas y degenerativas condicionan un pronóstico

bajo de recuperación o rehabilitación en el entorno domiciliario.

Como parte de la caracterización de la población, encontramos que la población de estudio presenta un nivel educativo predominantemente básico, lo cual podría afectar la percepción o el entendimiento que tenga el paciente de la información ofrecida por los proveedores de atención de la salud, en relación con la enfermedad y sus cuidados; sin embargo, este hallazgo es coherente con los niveles de escolaridad reportada en la población de adultos mayores.

Llama la atención el porcentaje de los trastornos mentales y del comportamiento con un 9%, siendo en el estudio realizado en Popayán (A. Colonia, 2012) uno de los problemas que más afectaban a sus pacientes con un 45%; estos datos agregan un nivel de complejidad mayor al manejo de estos pacientes en el domicilio, incluyendo la carga que implica para el cuidador el manejo de este tipo de pacientes.

Los tipos de eventos adversos según el estudio AMBEAS muestra que el 80% son eventos adversos evitables, el estudio canadiense (Blais, 2013) en un 70%, mientras que en el presente estudio el 100% fueron evitables; en cuanto a la intensidad el 96% fue leve comparado con un 74% reportado por Blais. Es posible que estos datos varíen por el número de población trabajada o la existencia de subregistro.

Dentro de los tipos de eventos adversos, el presente estudio mostró un porcentaje de caídas de su propia altura con un 68%, estando por encima al encontrado en el estudio realizado en Popayán en el ámbito domiciliario (A. Colonia, 2012) con un 35%, y al reportado por el estudio canadiense (Sears, 2013) con un 24,5%, diferencia que permite plantear la necesidad de establecer estrategias de prevención de caídas en domicilio realizando una

búsqueda de dichas estrategias que hayan demostrado eficacia o evidencia científica, seguido de otro tipo de evento adverso de gran importancia, que es Medicamentos, con un 12% frente a un 16% encontrado por Sears en el 2013 en Canadá, que puede estar muy relacionado a las fallas en el equipo como factor contributivo como lo mostró el presente estudio con un 68%, aclarando que el equipo incluye el personal de salud y el personal civil (familiares, vecinos) que intervienen en el cuidado en casa y esto hace evidenciar dificultades que hay con el cuidador, sobre todo si estos no son personal capacitado. Sears dentro de las conclusiones de su estudio en Canadá refiere que se debe hacer mejoras en la educación de los cuidadores de pacientes, este estudio encontró que el nivel educativo de los cuidadores en su mayor proporción tienen bachillerato con 20%, en un 16% son analfabetas y el 100% de ellos nunca han asistido a los talleres de capacitación por lo cual se sugiere al igual que Sears que los cuidadores sean personas capacitadas y preparadas.

limitante de nuestro estudio se encuentra el uso de fuentes secundarias, lo cual puede generar sesgos de información. Para evitarlos se establecieron estrategias por parte de los autores con el fin de minimizar el sesgo y pilotear la información, para ello se realizaron una serie de encuentros entre los autores del estudio con las diferentes IPS, y el personal que recogía la información; se realizó una revisión previa con los coordinadores de calidad de reporte de información de cada una de las IPS; se hizo una revisión de análisis de indicios de atención insegura, soportado con las actas del comité de investigación de auditoría interna, se compararon los datos de las historias clínicas de los pacientes con los informes presentados por los gestores.

Conclusiones

La prevalencia de eventos adversos en los pacientes crónicos domiciliarios fue de 1,0%, estando por debajo de los estudios revisados.

El principal tipo de evento adverso fue la caída de pacientes desde su propia altura, siendo prevenibles en su totalidad y clasificándose en su gran mayoría como eventos leves siendo coherente con estudios revisados.

El principal origen del factor contributivo fue el equipo de salud, originando factores contributivos que se relacionan con la salud física y mental de los pacientes.

Los cuidadores en su gran mayoría no tienen relación afectiva o familiar con el paciente objeto de atención, donde su principal nivel educativo es la secundaria, y la falta de preparación en los talleres ofrecidos por las IPS, buscando la adherencia al programa y concientización de los riesgos del paciente.

Referencias

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (s.f.). Observatorio seguridad del paciente.es. Recuperado el 18 de mayo de 2015, de http://www.observatorioseguridaddelpaciente.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Estudio_APEAS_resumen.pdf

Aranaz JM, A. C. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit*, 20(Supl.1), 41-47.

Aranaz JM, M. J. (1999). La valoración de los resultados generales de la

actividad asistencial en los servicios de cirugía. *Cirugía Española*, 66:433-44.

Arango, A. (2008). El concepto de calidad en la organización y su sentido estratégico.

B., R. (2000). Implementing home care in Canada: four critical elements. *HealthcarePapers*, 1(4), 67-73, discussion 109-12.

Blais, R. S. (2013). Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2013.

Cegri Lombardo F, A. M. (2007). Atención domiciliaria: caminando hacia la excelencia. *Aten Primaria*, 39, 3-4.

cols, M. y. (2013). Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. *BMC Health Services Research*, 13(191).

Coyte PC, M. P. (2001). Home care in Canada: passing the buck. *Can J Nurs Res*, 33, 11-25.

Deming, W. (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A.

Díaz-Cordovés Rego, O. F. (2005). Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes Incapacitados. *Medicina de Familia (And)*, 3, 152-159.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund*.

Doran, D. M. (2014). Identification of serious and reportable events in

- home care: a Delphi survey to develop consensus. *International journal for quality in health care*, 26(2), 136-143.
- Douglas SL, D. B. (2007). Chronically Critically Ill Patients: Health-Related Quality of Life and Resource Use After a Disease Management Intervention. *Am J Critical Care*, 16, 447-457.
- Garzón, M. (2010). *Indicios de atención insegura, errores y.* Bogotá.
- Gonzalez, A. d., & Acevedo, D. E. (2008). *Revisión del Estado del Arte de la atención Domiciliaria en Salud.* Medellín: Universidad CES.
- Health Quality Ontario. (s.f.). Report on Ontario's health care system: home care reporting. . Recuperado el 28 de February de 2012, de http://www.ohqc.ca/en/hc_landing.html
- JE, T. B. (1989). Atención domiciliaria y atención primaria de salud. *Rev ROL Enf*, 125, 37- 43.
- Jurán, J., & Gryna, F. (1995). *Análisis y planeación de la Calidad.* Mexico: McGraw Hill.
- Khon LT, C. J. (2000). *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press.
- Lang A, E. N. (2006). *Canadian Patient Safety Institute.* Obtenido de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/uploadedFiles/Research/Safety%20in%20Home%20Care%20-%20Apr%202006.pdf>
- Lang A, E. N. (2008). Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *Int J Qual Health Care*, 20, 130–5.
- Lopez, A. C., & Diaz, m. L. (2012). Caracterización de los eventos adversos en una institución prestadora de servicios domiciliarios de la ciudad de Popayán. Popayán.
- Luengas, S. (2009). *Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud.* Documentos de trabajo de la Fundación Corona. Bogotá: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria.
- M., E. (2001). Commentary: When, where and why do preventive home visits work? *BMJ*, 323, 708-709.
- Macdonald, M. T. (2013). Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. *BMC health services research*, 13(1), 191.
- Marta Gorina, J. T. (2014). Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. Modelo dispensarizado. *Aten Primaria*, 46(6), 276---282.
- McGraw C, D. V. (2008). Understanding risk and safety in home health care: the limits of generic frameworks. *Qual Prim Care*, 16, 239–48.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto número 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.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la*

- implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección social. (2009). 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud."INCAS Colombia 2009". Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección Social. (s.f.). Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (s.f.). Sistema Unico de Acreditación en Salud. Recuperado el 15 de abril de 2015, de <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=115&IdCat=29>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución Número 5521 de 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Minsalud. Recuperado el 08 de 10 de 2014, de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (s.f.). Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.
- Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.
- Mira JJ, A. J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clín (Barc)*(114 (Supl 3)), 26-33.
- Montserrat-Capella, D. S. (2015). Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, mzu100.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). OMS | Seguridad del paciente. Recuperado el 19 de 10 de 2014, de <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2007). Política Y Estrategia Regionales Para La Garantía De La Calidad De La Atención Sanitaria, Incluyendo La Seguridad Del Paciente. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007. Washington (DC), Estados Unidos.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2008). Alianza Mundial par la Seguridad del paciente, la investigación de seguridad del paciente, mayor conocimiento para una atención mas segura.
- Paul Masotti, M. A. (2010). Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), 115–125.

- Schimmel, E. (1964). The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med*(60), 100-10.
- Sears, N. B. (2013). The incidence of adverse events among home care patients. *International journal for quality in health care*, mzs075.
- Steel K, G. P. (1981). Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med*(304), 638-42.
- Susana Lorenzo Martinez, J. J. (s.f.). CALITÉ Investigación. Recuperado el 01 de 08 de 2014, de Grupo de estudios para la implantación de la calidad en las organizaciones: http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
- Toro Restrepo, J. E. (2003). *El Hospital como Empresa* (Segunda ed.). Programme 2008-2009. Geneva (SZ): World Health Organization.
- Medellín: Fundación hospitalaria San Vicente de Paul.
- Van Haastregt J, D. J. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *Brit Med Journal*, 320, 754-758.
- Woodward C, B. J. (2002). Measuring consistency of personnel in home care: current challenges and findings Adverse events in homecare. En C. f. Analysis (Ed.), [A Shortened Version of the Report Presented at the From Knowledge To Wisdom Conference, Sheraton Centre Hotel, Toronto, Canada, April 21–24, 2002].
- World Health Organization (WHO). (2008). *World Alliance for Patient Safety. Forward*

