

**EVENTOS ADVERSOS EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS DE UNA IPS DE  
PRIMER NIVEL EN LA CIUDAD DE MEDELLIN EN EL PERIODO DE JUNIO A  
DICIEMBRE DE 2009.**

**INVESTIGADORES:**

**DINNENNYS SILVA ACEVEDO  
CAROLINA LOPEZ ANGARITA**

**ASESOR DEL PROYECTO:**

**DR. RUBEN DARIO RESTREPO**

**LINEA DE INVESTIGACION AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD**

**UNIVERSIDAD CES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD**

**GRUPO 50**

**MEDELLÍN 2010**

**EVENTOS ADVERSOS EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS DE UNA IPS DE  
PRIMER NIVEL EN LA CIUDAD DE MEDELLIN EN EL PERIODO DE JUNIO A  
DICIEMBRE DE 2009.**

**INVESTIGADORES:  
DINNENNYS SILVA ACEVEDO  
CAROLINA LOPEZ ANGARITA**

**ASESOR DEL PROYECTO:  
DR. RUBEN DARIO RESTREPO**

**INFORME FINAL DE PROYECTO DE INVESTIGACION  
PARA OPTAR AL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
MEDELLÍN 2010**

## INDICE DE CONTENIDO

1. Resumen y palabras claves	
2. Abstract and key words	
3. Introducción.....	6
4. Formulación del problema.....	7
4.1. Planteamiento del problema.....	7
4.2. Justificación de la propuesta.....	8
4.3. Pregunta de investigación.....	9
5. Marco conceptual.....	10
6. Objetivos.....	20
6.1. Objetivo general.....	20
6.2. Objetivos específicos.....	20
7. Metodología.....	21
7.1. Enfoque metodológico de la investigación.....	21
7.2. Tipo de estudio.....	22
7.3. Población.....	22
7.4. Descripción de las variables.....	22
7.5. Técnicas de recolección de información.....	23
7.5.1. Fuentes de información.....	23
7.5.2. Instrumento de recolección de la información.....	24
8. Resultados.....	26
8.1. Tablas.....	28
8.2. Gráficos.....	30
9. Discusión.....	33
10. Conclusiones.....	36
11. Referencias bibliográficas.....	38

## 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

La presente investigación es un estudio de tipo Observacional Descriptivo Retrospectivo, basado en el análisis de 30 eventos adversos reportados en una IPS de primer nivel de complejidad en la ciudad de Medellín en el periodo de junio a diciembre de 2009. Con lo analizado evidenciamos que no existe una cultura de reporte de eventos adversos e incidentes, por diferentes motivos o excusas por parte del profesional de salud y su equipo de trabajo. El primer paso a seguir es la implementación de una cultura de seguridad del paciente por parte del personal de salud, el cual es un tema que actualmente se está trabajando en todo el mundo. El riesgo es inherente a la prestación de los servicios de salud, por lo cual se deben realizar acciones que eviten la presentación de eventos adversos. El personal de atención sanitaria debe aprender a detectar y contener los riesgos para brindar una atención médica segura y de calidad.

Esta investigación es una herramienta que nos permite observar el grado de desconocimiento que existe en el personal de salud y en la institución frente a los requerimientos de seguridad, normatividad y calidad de los servicios que se prestan, si educamos a todos los trabajadores de la organización en este aspecto se reduciría la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos y los que se presenten serán reportados y gestionados para que se puedan prevenir eventos futuros.

Aunque se ha escrito mucho sobre la cultura de seguridad en el cuidado de la salud y se tienen pronunciamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tema, se deben continuar los esfuerzos para buscar y mejorar el desarrollo de esta cultura de seguridad del paciente en el ámbito de la atención ambulatoria.

**Palabras claves:** Evento adverso, Incidente, Seguridad del paciente, Atención ambulatoria y Cultura de seguridad.

## 2. ABSTRACT AND KEY WORDS

This is an observational descriptive retrospective study, based on analysis of 30 adverse events reported in a first level complexity IPS in Medellin city from June to December 2009. With this trial we found there is no culture of reporting adverse events and near-miss, for various reasons or excuses from the health professional and his staff. The first step is to implement a culture of patient safety for health staff, which is an issue that is currently working around the world. The risk is inherent in the provision of health services, so actions should be taken to avoid the presentation of adverse events. Health personnel must learn to detect and to reduce risks to provide safe care and quality.

This research is a tool that allows us to observe the degree of ignorance that exists in health personnel and the institution against the security requirements, standards and quality of services provided, if we educate all employees of the organization in this area would reduce the likelihood of adverse events and if that ones occur will be reported and managed so as to prevent future events.

Although much has been written about safety culture in healthcare and there are pronouncements from the World Health Organization (WHO) on the subject, should continue efforts to look for and enhance the development of this culture of safety the patient in the ambulatory care.

**Key Words:** Adverse event, Near-miss, Patient safety, Ambulatory care and Safety culture.

### 3. INTRODUCCION

La seguridad del paciente es un problema de salud pública en el mundo, afectando tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y los riesgos se producen en todos los niveles de atención, por lo que la organización Mundial de la Salud (OMS) decidió formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud.

La política de seguridad del paciente es un pilar fundamental para el mejoramiento de los servicios de salud que se prestan a los usuarios, por medio de acciones y estrategias, ofreciendo procesos de atención seguros, impactando en la mejora de la calidad y protegiendo al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud.

La seguridad del paciente no es un tema nuevo en Colombia, el país se acogió a la estrategia mundial para la calidad y numerosas instituciones trabajan articuladas hace varios años en modelos de gestión de calidad y seguridad del paciente, buscando mejorar el diseño de los procesos para hacerlos mas seguros con el fin de minimizar la ocurrencia de eventos adversos evitables.

El tema de seguridad del paciente, se enfrenta a dificultades como la generación de la cultura del reporte pero sigue siendo común en Colombia la negación y el encubrimiento, la conciencia de sistemas es limitada al igual que la capacidad de rediseñar los procesos. Nuestro país asume el reto de generar cultura de seguridad del paciente, porque mejorar en este aspecto no sólo es una obligación moral, sino que además contribuye a rescatar la autonomía profesional evitando condenas por responsabilidad civil y penal.

Construir una cultura de seguridad del paciente requiere reconocer como principal elemento la calidad asistencial y, por tanto, integrarla en la misión y objetivos de las organizaciones, en sus indicadores y en la elaboración de proyectos y formas de trabajo.

## **4. FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la IPS objeto del proyecto se prestan servicios de salud de primer nivel de complejidad a cerca de 43.000 usuarios, los servicios que se prestan son los siguientes: consulta médica programada, atención médica prioritaria, consulta de promoción y prevención por enfermería, vacunación, consulta odontológica programada y atención odontológica prioritaria, consulta de optometría y laboratorio clínico, los servicios con los cuales trabajaremos en este proyecto son consulta médica programada, atención médica prioritaria, consulta de promoción y prevención por enfermería, vacunación y laboratorio clínico. Sabemos que en los servicios de salud de primer nivel de complejidad se concentran el mayor porcentaje de las atenciones en salud, pero no sabemos con exactitud los eventos adversos que se presentan en este nivel por que no se cuenta con la suficiente información de los eventos ocurridos, esto se podría deber a un subregistro de los mismos.

En la prestación de los servicios de salud siempre se generan riesgos que ponen en peligro la seguridad de los pacientes, la mayoría de los estudios y estadísticas que se tienen hablan sobre los riesgos para la seguridad del paciente en los servicios de hospitalización y cirugía, debido a que en estos servicios por ser más complejos es donde se generan mayores riesgos para el paciente, lo que se sabe sobre seguridad del paciente en servicios ambulatorios es poco, es por esto que queremos identificar en esta IPS cuales son los eventos adversos que se están reportando en mayor cantidad y cuales en menor proporción para obtener unos datos que puedan ser utilizados como base para formular medidas correctivas y preventivas que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente en la prestación de servicios ambulatorios de la misma.

## 4.2. JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA

A pesar del creciente interés por la seguridad del paciente, todavía es general la falta de sensibilización respecto del problema de los eventos adversos. La capacidad de notificar, analizar y aprender de la experiencia sigue gravemente disminuida porque falta uniformidad en los métodos de identificación y medida, los planes de notificación de los eventos adversos son inadecuados, preocupa innecesariamente la violación del carácter confidencial de los datos, se teme la exigencia de responsabilidades profesionales, y los sistemas de información son precarios. Siguen siendo limitados la comprensión y el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, de la frecuencia con que ocurren, los determinantes y las repercusiones en la evolución de los pacientes y de los métodos efectivos para prevenirlos. Aunque hay iniciativas que han logrado reducir la incidencia de los eventos adversos, ninguna se ha ampliado hasta abarcar todo un sistema de salud. La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas que busquen la seguridad del entorno de los pacientes, como sería la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad de los equipos, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sanos(1).

Los eventos adversos constituyen uno de los principales elementos a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del Sistema pueden verificar si los procesos estandarizados o las acciones de mejoramiento efectivamente se están traduciendo en resultados en la calidad de los servicios que recibe el usuario.

La mayoría de las pruebas disponibles sobre los eventos adversos provienen de los hospitales, porque los riesgos asociados con la atención hospitalaria son altos y las estrategias de mejora están mejor documentadas y por la enorme importancia que tiene la confianza del paciente. Pero muchos eventos adversos se producen en otros servicios de atención de salud, como las consultas ambulatorias de los médicos, las clínicas privadas,

las farmacias y los hogares de los pacientes. En publicaciones recientes se destacan también los problemas relacionados con los pacientes ambulatorios, pero los datos sobre la magnitud del problema fuera del ámbito hospitalario y quirúrgico son muy escasos (1). Esto último se debe quizás a que en estos ambientes de mayor complejidad, es donde existen mayores riesgos para los pacientes, pero la atención ambulatoria es donde se concentra una gran parte de las atenciones en salud, por lo cual también consideramos necesarias las investigaciones a este nivel.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (2). Es por esto último que basamos nuestro proyecto en la seguridad del paciente, un tema que está generando acciones y campos de trabajo en busca de lograr el objetivo de alcanzar una prestación de servicios de salud con calidad en todas las instituciones del país.

#### **4.3. PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuales son los eventos adversos que ocurrieron con mayor frecuencia en la prestación de los servicios de salud ambulatorios en los pacientes de la IPS objeto del proyecto en el periodo de Junio a Diciembre de 2009?

## 5. MARCO CONCEPTUAL

Para este trabajo es necesario conocer las siguientes definiciones las cuales fueron tomadas de la norma técnica sectorial en salud “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de 2007 y de la resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social. (3,4):

**Atención en salud.** Es el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**Atención en Salud Segura:** Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

**Atención Insegura:** Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**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.

**Reacción adversa.** Evento nocivo ocasionado por un medicamento secundario a reacciones idiosincráticas propias de los pacientes.

**Complicación.** Es el resultado adverso de los procedimientos clínicos o quirúrgicos o de cualquier otra atención en salud que no se asocia con error de las personas o de los procesos, sino a la enfermedad misma o condiciones propias de los pacientes.

**Incidente.** Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**Evento adverso.** Son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

**Evento adverso prevenible.** Resultado no deseado causado de forma 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 causado de forma no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

La condición humana está ligada al error en cualquier actividad que se realice y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. Generalmente la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error, es buscar al culpable y castigarlo. Con cada caso de daño o muerte de un paciente debido a un evento adverso y que trasciende a la opinión pública, los medios de comunicación, los entes de regulación gubernamental, las familias de los pacientes afectados, el público en general y la institución misma, buscan la culpa individual para enseñar un castigo ejemplar. Sin embargo, culpar o castigar a alguien no asegura que una situación similar de daño a un individuo no se esté presentando simultáneamente en otro escenario clínico o que el mismo evento no se vaya a repetir, incluso en un futuro cercano en la misma institución (5).

La industria de la salud se ha apoyado en la experiencia obtenida en otras industrias de alta seguridad y confiabilidad para establecer sistemas de informes de incidentes y

eventos que permitan el análisis y mejoramiento. Encontrar culpables, lejos de beneficiar a una organización, la perjudica. La culpa supone un castigo y el mismo genera miedo en las personas. Este sentimiento produce en las personas la necesidad de ocultar sus errores para no verse perjudicados en lo personal y más en lo laboral. Con este comportamiento se pierde la posibilidad de encontrar el error, analizarlo y aprender de él para evitar su recurrencia (5).

La complejidad de los procesos de atención en salud que se realizan con el propósito de ayudar a un paciente, hace necesario que se les considere sistemas de alto riesgo y por lo tanto se involucren en su diseño numerosas barreras de seguridad que prevengan los fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención. Cada etapa del proceso de atención sanitaria presenta cierto grado de inseguridad intrínseca: los efectos secundarios de los medicamentos o de las combinaciones de medicamentos, el riesgo asociado a un determinado instrumento médico, la presencia en el servicio de salud de productos no acordes a las normas o defectuosos, los fallos humanos o las deficiencias latentes del sistema. En consecuencia, los eventos adversos pueden deberse a problemas en las prácticas, los productos, los procedimientos o los sistemas (5).

La seguridad del paciente es una preocupación universal, dado que a diario se presentan en las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los países en vía de desarrollo. Un gran porcentaje de estas fallas se podrían prevenir si se tienen servicios de salud con una clara política de calidad. Según datos publicados por la OMS en países desarrollados, 1 de cada 10 pacientes ha sufrido un daño causado por eventos adversos y los riesgos de sufrir infecciones hospitalarias son 20 veces mayores en países en vía de desarrollo. Las cifras de la OMS indican que cerca del 77% de todos los casos notificados de falsificación de medicamentos o de calidad inferior a la norma corresponden a los países en desarrollo. También se informa que en la mayoría de estos países, en todo momento, al menos el 50% de todo el equipo médico está inutilizable o sólo se puede utilizar en parte, lo que hace que se descuide a los pacientes o que aumente el riesgo de causarles daño, a ellos y al personal sanitario. Basado en esto en los últimos años en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas que llevan a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud. (6,7)

En el año 2000 con la publicación “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se empezó a analizar en más detalle el tema y a buscar eventos adversos prevenibles. Así mismo, la OMS lanzó en el año 2004 la “Alianza mundial para la seguridad del paciente” de la cual Colombia hace parte desde el año 2007, la alianza busca estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad. Sin embargo las IPS encuentran dificultades acerca de como detectar, disminuir el riesgo en la atención y brindar mayor seguridad. Así mismo la OMS lanzo en mayo de 2007 una lista de nueve soluciones para la seguridad del paciente con el fin de ayudar a reducir el número de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria, estas soluciones se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros (6,7,8). Las soluciones guardan relación con los siguientes conceptos: (7)

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

La Política de Seguridad del Paciente que se desarrolla en Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las IPS las cuales propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de eventos adversos evitables que se derivan de la Atención en salud. Esto como consecuencia del avance del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud normado por el Decreto 1011 de 2006 que hace énfasis en los resultados que se consiguen en el paciente y en la

implementación en las IPS de la estrategia de vigilancia y gestión de eventos adversos normada por la Resolución 1446 de 2006. Se busca que las instituciones de salud y los profesionales de salud sean más hábiles en identificar los eventos adversos más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para progresivamente instaurar la cultura de seguridad del paciente, para lograr esto se deben implementar tres acciones complementarias: prevenir los eventos adversos; sacarlos a la luz; y mitigar sus efectos cuando se producen (6).

La medición de eventos adversos al interior de las organizaciones de salud significa (5):

- Establecer un sistema de reporte de eventos adversos basado en acciones que estimulen su implementación y mejoramiento.
- Establecer un sistema de auditoría de resultados clínicos no esperados que permita definir la proporción real de eventos adversos relacionados; es decir, de los resultados clínicos no esperados presentados, cuántos se habrían podido prevenir.
- Establecer un sistema de mejoramiento continuo de la calidad tendiente a disminuir la incidencia de eventos adversos. Es decir, diseñar, implementar y gerenciar un programa de seguridad clínica.

Los objetivos de la política de seguridad del paciente que se tiene en Colombia son los siguientes (2):

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
5. Homologar la terminología a utilizar en el país.

6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.
8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

Los principios transversales que orientan todas las acciones que se implementan para la política de seguridad del paciente en Colombia son los siguientes (2):

1. **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. **Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente
3. **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
4. **Multicausalidad.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
5. **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
6. **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
7. **Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la

salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

La política de seguridad del paciente no debe fomentar la impunidad cuando el evento adverso sea secundario a negligencia o impericia o cuando hubo la intención de hacer daño y debe respetar por lo tanto el marco legal del país. De igual manera debe procurar proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente. El tener estas políticas institucionales de seguridad del paciente trae consigo beneficios desde el punto de vista legal los cuales podrían ser (2):

- El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales.
- Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.
- Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

Dentro de la política de seguridad del paciente con la cual se trabaja en la IPS en la cual se desarrollo el proyecto, se tiene una clasificación de riesgos según las áreas de trabajo de la siguiente forma (8):

**Áreas comunes.** Se ha definido como áreas comunes los pasillos, sala de espera, escaleras, plataformas, baños, parqueaderos, cafeterías y puntos de servicio. Los riesgos en estas áreas comunes son:

- Caídas de los usuarios o acompañantes.

- Sucesos que comprometan el bienestar del usuario al desplazarse por las diferentes áreas de circulación, como: trauma, laceración, caídas de elementos, hematomas, pérdida de pertenencias.

### **Áreas asistenciales.**

**Consulta externa:** consultorios de medicina general y especializada, consulta prioritaria, consulta de profesionales de apoyo (nutrición, psicología y trabajo social). Los riesgos en estas áreas son:

- No hacer un diagnóstico adecuado y por consiguiente hacer un manejo o tratamiento no pertinente con sus posibles complicaciones.
- Reacciones adversas a medicamentos y fallos terapéuticos prescritos en la consulta.
- Prescripción errada de medicamentos o ayudas diagnósticas por errores en la codificación o digitación en la historia clínica sistematizada.
- No detección o reporte de antecedentes personales relevantes para la atención
- No remisión o remisión inoportuna. .
- Caída del usuario desde su propia altura por factores de riesgo de la institución.
- Caída de la camilla.

**Consulta enfermería:** Los riesgos en estas áreas son:

- Inadecuada empatía con el usuario o de este con el profesional de enfermería durante la atención.
- Hacer una intervención NO adecuada y por consiguiente hacer un manejo no pertinente con sus posteriores complicaciones.
- Prescripción errada del método de planificación o ayudas diagnósticas por errores en la codificación o digitación en la historia clínica sistematizada.
- No aplicación o inadecuada aplicación de los criterios de elegibilidad de los métodos de planificación de la OMS, durante la consulta de planificación familiar.
- No realizar una remisión oportuna a una institución o profesional.
- Desequilibrio emocional de profesional al momento de realizar la atención.

- Caída del usuario desde su propia altura.
- Caída de la camilla.

**Vacunación:** Los riesgos y las complicaciones secundarias a la aplicación de los biológicos son:

- Signos inflamatorios locales
- Celulitis
- Abscesos
- Enquistamiento
- Reacción alérgica
- Convulsiones
- Vomito
- Inadecuada empatía con el usuario o de este con el auxiliar de enfermería durante la atención.
- Aplicación de un biológico que ha tenido daños en la cadena de frío.
- Aplicación de un biológico vencido o contraindicado para el usuario.
- No brindar una adecuada información u omitirla y por consiguiente hacer un manejo no pertinente con sus posteriores complicaciones.
- No realizar una remisión oportuna a una institución o profesional.
- Caída del usuario desde su propia altura.
- Caída de la camilla.

**Actividades de promoción y prevención en auditorio:** Los riesgos en estas áreas son:

- Caída o trauma durante la actividad educativa.
- Caída de usuario de la báscula durante actividad.
- Trauma accidental e los niños en la actividad de crecimiento y desarrollo con los elementos o juguetes usados en la misma.
- Reacciones adversas o fallo terapéutico a medicamentos prescritos en la actividad de riesgo cardiovascular.
- Prescripción errada de medicamentos o ayudas diagnosticas por errores en la codificación o digitación en la historia clínica sistematizada.

**Actividades de promoción y prevención en gimnasio:** Los riesgos en estas áreas son:

- Caída de unos de los equipos.
- Golpe o trauma por peso.
- Herida accidental de los niños en la actividad por ruptura de espejos.
- Trauma con los elementos o juguetes usados en el mismo.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar cuales son los eventos adversos más comunes en la prestación de servicios de salud en pacientes ambulatorios de una IPS de primer nivel de complejidad de la ciudad de Medellín.

### **6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Describir las características socio demográficas de los pacientes que presentan eventos adversos.
2. Determinar los principales tipos de eventos adversos en paciente ambulatorios.
3. Identificar los sitios mas frecuentes donde se presentan los eventos adversos en la institución objeto de estudio.
4. Establecer cuáles son los errores más importantes que se cometen al prestar los servicios de salud a los pacientes ambulatorios.
5. Proponer acciones de mejora para disminuir la incidencia de eventos adversos.

## **7. METODOLOGIA**

### **7.1. ENFOQUE METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION**

Se realizo una recopilación de los datos de los eventos adversos e incidentes de los que se tiene reporte en la IPS objeto de estudio en el periodo de junio a diciembre de 2009.

Después se realizo un análisis descriptivo de las variables para identificar cuáles son los eventos adversos que se presentan con mayor frecuencia y cuál es la población más expuesta a riesgos en el ámbito de servicios de salud ambulatorios.

Luego los eventos que ocurrieron se clasificaron según el área de trabajo de ocurrencia para identificar cual es el servicio o área de mayor ocurrencia de eventos adversos.

Posteriormente se arrojaron resultados y conclusiones sobre la incidencia de dichos eventos adversos.

Se realizo una discusión de posibles determinantes que influyeron para que se presentaran estos eventos y posibles acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de nuevos eventos.

Y por último, se hará públicos estos resultados en la IPS objeto del estudio para implementar medidas que busquen disminuir la ocurrencia de eventos adversos en pacientes ambulatorios.

## **7.2. TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio es Observacional Descriptivo Retrospectivo, que se realizó analizando los datos obtenidos de los reportes de los eventos adversos e incidentes (ver instrumento de recolección de la información) de la IPS del periodo comprendido entre junio y diciembre de 2009.

## **7.3. POBLACION**

Pacientes afiliados que consultaron y de los que se tiene reporte de eventos adversos en el periodo comprendido entre junio y diciembre de 2009 a la IPS objeto del proyecto.

## **7.4. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES**

Las variables con las cuales se trabajó en el presente estudio fueron: edad, género, tipo de evento, personal de salud asociado al evento y área de la institución donde se presentó el evento.

1. Género: femenino y masculino.

2. Edad: se dividió la población en grupos etáreos con rangos de 15 años.

3. Tipo de evento: es la clasificación que se le da a cada evento puede ser:

- Caída incluye aquellos pacientes que sufrieron caídas en las diferentes áreas de la IPS desde camillas, sillas, escaleras, rampas o desde su propia altura.

- Error en el diagnóstico: incluye aquellos pacientes a los cuales se le realizó diagnóstico tardío o equivocado.

- Error en la administración de los medicamentos o reacción a medicamentos: incluye aquellos pacientes en los cuales se presentaron errores en la administración de medicamentos como medicamento equivocado, paciente equivocado, vía equivocada o dosis errónea, los pacientes que presentan reacciones a la administración de medicamentos tales como rash cutáneo, lipotimias o dificultad respiratoria, así como infección, hematomas o inflamación en sitio de administración del medicamento.

- Error de Medicamento: incluye aquellos pacientes en los cuales se presento error en la prescripción, transcripción, despacho del medicamento o que este se encuentre vencido.
  - Complicación posterior a procedimientos menores: pacientes en los cuales se presenten complicaciones posteriores a la realización de procedimientos menores que se realizan en la IPS como infecciones, hematomas, inflamación, lipotimias o reacciones alérgicas a medicamentos utilizados en dichos procedimientos (anestésico local).
  - Error de ayuda diagnostica: incluye aquellos pacientes en los cuales se presento errores en la entrega de resultados de laboratorios o imágenes diagnosticas prestadas dentro de la IPS, errores como entrega tardía, resultado equivocado o de otro paciente, pérdida de muestra o resultado, error en la interpretación u ordenamiento de la ayuda diagnostica.
  - Vacunación: se incluyen aquellos pacientes en los cuales se reportaron errores en la administración de biológicos como dosis equivocada, dosis doble, equivocación en tipo de biológico, vía errada, también reacciones post-vacunales locales como induración, dolor, inflamación, infección o hematomas en sitio de aplicación de la vacuna y reacciones post-vacunales sistémicas como lipotimias, fiebre, rash cutáneo, hipotensión, shock anafiláctico, exantema toxico, convulsiones.
4. Personal asociado al evento: el personal asociado con los eventos puede ser médicos generales, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, personal de laboratorio y personal de farmacia.
5. Área de la IPS donde se presenta el evento: las áreas en las cuales se pueden presentar los eventos incluye consulta externa, atención prioritaria, consulta de enfermería vacunación, áreas comunes, laboratorio y farmacia.

## **7.5. TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**

### **7.5.1. FUENTES DE INFORMACION**

Los datos fueron obtenidos de los reportes de eventos adversos e incidentes (formato F570) que se tienen en la IPS objeto de estudio en el periodo de junio a diciembre de 2009, se revisaron en total 38 reportes de los cuales se tomo la información de solo 30 debido a que los otros 8 corresponden al servicio de odontología el cual no hace parte del alcance de este estudio.

## 7.5.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

### REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. FORMATO F570

FECHA DE REPORTE: DIA \_\_\_ MES \_\_\_ AÑO \_\_\_ IPS O SEDE: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE OCURRENCIA: DIA \_\_\_ MES \_\_\_ AÑO \_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ SITIO EXACTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL AFECTADO: \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
PACIENTE \_\_\_\_\_ ACOMPAÑANTE \_\_\_\_\_

#### TIPO DE EVENTO

INCIDENTE \_\_\_\_\_ ERROR SIN DAÑO \_\_\_\_\_ EVENTO ADVERSO \_\_\_\_\_  
MUERTE \_\_\_\_\_

- INCIDENTE O CASI ERROR: ERROR INTERCEPTADO ANTES DE QUE SE PRODUZCA
- ERROR SIN DAÑO: ERROR QUE NO AFECTA NEGATIVAMENTE AL PACIENTE
- EVENTO ADVERSO: DAÑO O COMPLICACIÓN NO INTENCIONAL CAUSADO POR LA ATENCIÓN EN SALUD.

#### IDENTIFIQUE EL RIESGO Y SEÑALE CON UNA X:

##### 1. CAIDA:

PISO HUMEDO \_\_\_\_\_ PISO IRREGULAR \_\_\_\_\_ CAMILLA SIN BARANDA \_\_\_\_\_ SILLA \_\_\_\_\_ ESCALAS \_\_\_\_\_  
OTRO: \_\_\_\_\_ CUAL? \_\_\_\_\_

##### 2. ERROR EN EL DIAGNÓSTICO:

EN LA CODIFICACIÓN \_\_\_\_\_ EN EL ENFOQUE \_\_\_\_\_ NO DX DIFERENCIAL \_\_\_\_\_

##### 3. ERROR DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO:

DOSIS \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ FRECUENCIA \_\_\_\_\_ PACIENTE EQUIVOCADO \_\_\_\_\_  
OTRO MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN: \_\_\_\_\_

##### 4. ERROR DE MEDICAMENTO:

PRESCRIPCIÓN \_\_\_\_\_ TRANSCRIPCIÓN \_\_\_\_\_ DESPACHO \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO VENCIDO \_\_\_\_\_

##### 5. PERSONAL ASOCIADO AL EVENTO (Pueden ser varios)

MEDICO \_\_\_\_\_ ESPECIALISTA \_\_\_\_\_ ENFERMERO \_\_\_\_\_ AUX. ENFERMERÍA \_\_\_\_\_ TERAPEUTA \_\_\_\_\_  
ODONTOLOGICO \_\_\_\_\_ QUIRURGICO \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGO \_\_\_\_\_ OPTMETRA \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

##### 6. TIPO DE COMPLICACIÓN

INFECCIÓN \_\_\_\_\_ DEHISENCIA \_\_\_\_\_ HEMATOMA \_\_\_\_\_ TRAUMA DE TEJIDOS \_\_\_\_\_ FRACTURA \_\_\_\_\_  
QUEMADURA \_\_\_\_\_ REACCIÓN ALERGICA \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

##### 7. AYUDA DIAGNÓSTICA

ERROR DE INTERPRETACIÓN \_\_\_\_\_ DEMORA DE RESULTADO \_\_\_\_\_ RESULTADO ERRADO \_\_\_\_\_  
PÉRDIDA O DAÑO DE LA MUESTRA \_\_\_\_\_ ERROR EN EL EXAMEN ORDENADO \_\_\_\_\_

##### 7. PERDIDA DE PERTENENCIA (SÓLO PARA SERVICIO DE CIRUGÍA AMBULATORIA):

ELEMENTOS PERDIDOS: \_\_\_\_\_

##### 8. REACCION ADVERSA :

POSTVACUNAL \_\_\_\_\_ MEDICAMENTOSA \_\_\_\_\_ INSUMO O MATERIAL: \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_

#### DESCRIPCIÓN DEL SUCESO (CLARO Y CONCISO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**EXAMEN FISICO POSTERIOR AL SUCESO**

---

---

---

**PARTE DEL CUERPO AFECTADA Y MEDIDAS TOMADAS**

---

---

**\* PARA DILIGENCIAMIENTO DEL EQUIPO ADMINISTRATIVO**

**1. DAÑO CAUSADO**

SE DETECTO A TIEMPO \_\_\_\_\_ NO CAUSO DAÑO \_\_\_\_\_ TEMPORAL \_\_\_\_\_ PERMANENTE \_\_\_\_\_ MUERTE

**2. FUE PREVENIBLE?** \_\_\_\_\_

**3. ANALISIS DEL SUCESO: IDENTIFIQUE LAS POSIBLES CAUSAS QUE LO OCASIONARON  
MATERIALES O INSUMOS**

EQUIPOS \_\_\_\_\_

PERSONA \_\_\_\_\_

AMBIENTE \_\_\_\_\_

METODO-PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_

MEDIDAS DE SEGUIMIENTO \_\_\_\_\_

**5. PLAN DE MEJORAMIENTO (QUE HACER, QUIEN, COMO, CUANDO, FECHA DE IMPLEMENTACIÓN)**

---

---

---

---

**6. SEGUIMIENTO Y CIERRE DEL CASO**

---

---

---

---

## 8. RESULTADOS

Los análisis de los 30 reportes de eventos adversos e incidentes revisados arrojan los siguientes resultados: la distribución según el género reveló que 16 pacientes fueron de sexo masculino para un 53.3% y 14 pacientes fueron de sexo femenino para un 46.7%.

La distribución por grupos etáreos fue así: entre los 0-15 años un total de 9 pacientes para un 30%; entre 16-30 años fueron 7 pacientes para un 23.3%; entre 31-45 años un total de 7 pacientes para un 23.3%; entre 46-60 años un total de 4 pacientes para un 13.3% y para los mayores de 61 años se encontraron 3 pacientes correspondiendo a un 10% del total.

La distribución por tipo de evento encontrado fue: caídas 2 eventos para un 7%, ambos eventos correspondieron a caída desde camillas uno en el servicio de atención prioritaria y el otro en consulta externa; Error en el diagnóstico 1 evento para un 3% el cual correspondió a un paciente que por encontrarse en estado de embriaguez no permitió su adecuada atención llevando a un diagnóstico tardío de una fractura en rodilla, este evento ocurrió en atención prioritaria; Error en la administración de medicamentos o reacción a medicamentos 4 eventos para un 13%, de estos 2 eventos fueron en niños menores de 15 años reacción a la dipirona y a la penicilina con previa prueba sensibilidad negativa ambos en atención prioritaria y los otros dos eventos en pacientes adultos también en atención prioritaria, un paciente presentó dolor y parestesias en sitio de administración de ampolla de diclofenaco vía intramuscular y otro paciente presentó hemiparesia en lengua posterior a la administración de dipirona vía intravenosa; Error de medicamentos (prescripción, transcripción, despacho o medicamento vencido) 5 eventos para un 17%, 2 eventos fueron por error de prescripción, se detectó una posible interacción medicamentosa al prescribir a un paciente tramadol más fluoxetina y a otro paciente se le formuló de forma errada insulina cristalina en vez de insulina NPH con el consiguiente pobre control metabólico del paciente, el error de transcripción fue una fórmula por medicamento hipolipemiante se le transcribió al paciente gemfibrozil y su medicación

correcta era lovastatina, estos eventos se presentaron en consulta externa; los otros 2 eventos estuvieron relacionados con el despacho de medicamento en la farmacia a estos dos pacientes no le entregaron los medicamentos antihipertensivos por inexistencias; Por complicación posterior a procedimientos se presento 1 evento para un 3%, este evento correspondió a una lipotimia posterior a la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) en consulta de planificación familiar con enfermera profesional; Error en ayuda diagnóstica 6 eventos para un 20%, 5 de los cuales ocurrieron en laboratorio clínico y uno en consulta externa con la pérdida de un reporte de una ecografía obstétrica, de estos 5 eventos que ocurrieron en el laboratorio dos fueron por resultado erróneo y tres por demora en la entrega de resultados y en el servicio de vacunación ocurrieron 11 eventos para un 37% siendo el sitio de mayor reporte de eventos adversos dentro de la IPS, de estos eventos 4 ocurrieron a pacientes adultos los cuales consistieron en 2 casos de equivocación en tipo de biológico administrado y 2 casos de reacciones post-vacunales locales, los otros 7 eventos relacionados con vacunas ocurrieron en pacientes menores de 15 años, 3 casos consistieron en equivocación en tipo de biológico administrado, 2 casos de reacciones post-vacunales locales y 2 casos de riesgo biológico por punción con aguja vacía en el consultorio, de las cuales no se tiene claridad si ya habían sido utilizadas.

En cuanto a la distribución según el personal asociado al evento se encontró lo siguiente: personal médico 5 eventos para un 17%, 3 correspondieron a errores en prescripción y transcripción de formula medica, una pérdida de reporte de eco obstétrica en consulta y una caída de camilla en consulta externa; Enfermera profesional 1 evento para un 3% el cual fue lipotimia después de la inserción de dispositivo intrauterino (DIU), Auxiliar de enfermería 14 eventos para un 46%, de estos 11 eventos fueron los ocurridos en vacunación, una caída de la camilla en atención prioritaria y los otros dos relacionados con administración de medicamentos en atención prioritaria un paciente presento dolor y parestesias en sitio de administración de ampolla de diclofenaco intramuscular y otro paciente presento hemiparesia en lengua posterior a la administración de dipirona intravenosa; Personal de farmacia 2 eventos para un 7% consistieron en la no entrega de medicamentos antihipertensivos, Personal de laboratorio 5 eventos para un 17% los cuales fueron demora en entrega de resultados o resultados erróneos y otros 3 eventos para un 10%, estos tres eventos se les realiza nexos causal con condiciones propias del

paciente 2 reacciones adversas a medicamentos y un paciente en estado de embriaguez que no permitió su adecuada atención.

En cuanto a la distribución según el área de la IPS donde se presentó el evento encontramos lo siguiente: en consulta externa se presentaron 5 eventos para un 17%, en atención prioritaria 6 eventos para un 20%, en consulta de enfermería un evento para un 3%, en vacunación 11 eventos para un 37%, en áreas comunes no se reportaron eventos, en laboratorio 5 eventos para un 17% y en farmacia 2 eventos para un 6%.

## 8.1. TABLAS

Tabla 1 Distribución por géneros

Tabla 1		
Número de paciente	Genero	Porcentaje %
16	Masculino	53.3
14	Femenino	46.7
30	Total	100

Tabla 2 Distribución por grupos etáreos

Tabla 2		
Edad	Nº de pacientes	Porcentaje %
0 a 15 años	9	30
16 a 30 años	7	23.3
31 a 45 años	7	23.3
46 a 60 años	4	13.3
mas 61 años	3	10
Total	30	100

Tabla 3 Distribución por tipo de evento

Tabla 3		
Tipo de evento	Nº de eventos	Porcentaje %
Caídas	2	7
Error en el Diagnóstico	1	3
Error en la administración de los medicamentos o reacción a medicamentos	4	13
Error de Medicamento ( prescripción, transcripción, despacho, medicamento vencido)	5	17
Complicación posterior a procedimientos	1	3
Error de ayuda diagnostica	6	20
Vacunación	11	37
Total	30	100

Tabla 4 Distribución según personal asociado al evento

Tabla 4		
Personal asociado al evento	Nº de eventos	Porcentaje %
Medico	5	17
Enfermera	1	3
Auxiliar de Enfermería	14	46
Personal de Farmacia	2	7
Personal de laboratorio	5	17
Otro	3	10
Total	30	100

Tabla 5 Distribución según el área de la IPS donde se presentó el evento

Tabla 5		
Área presentación del evento	Nº de eventos	Porcentaje %
Consulta Externa	5	17
Consulta Prioritaria	6	20
Consulta Enfermería	1	3
Vacunación	11	37
Áreas comunes	0	0
Laboratorio	5	17
Farmacia	2	6
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

## 8.2. GRAFICOS

Grafico 1 Distribución por géneros

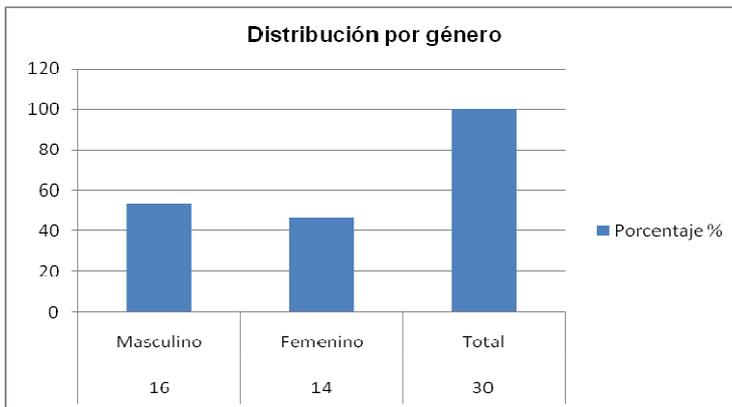


Grafico 2 Distribución por grupos etáreos

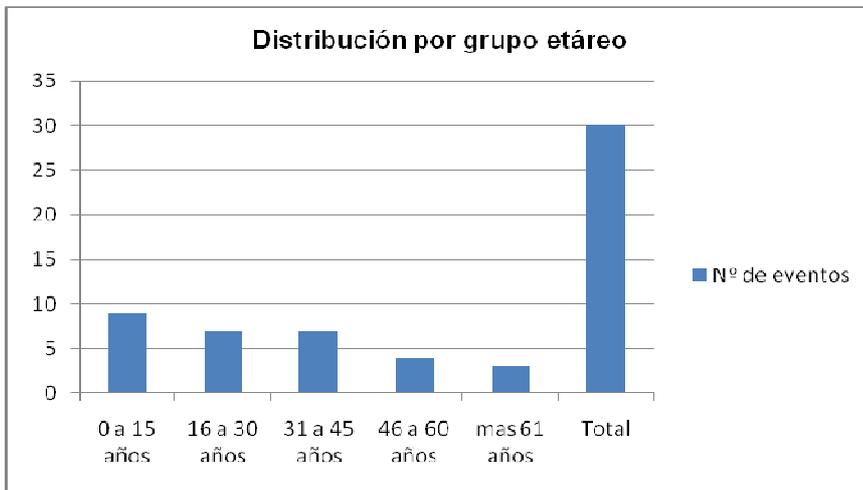


Grafico 3 Distribución por tipo de evento

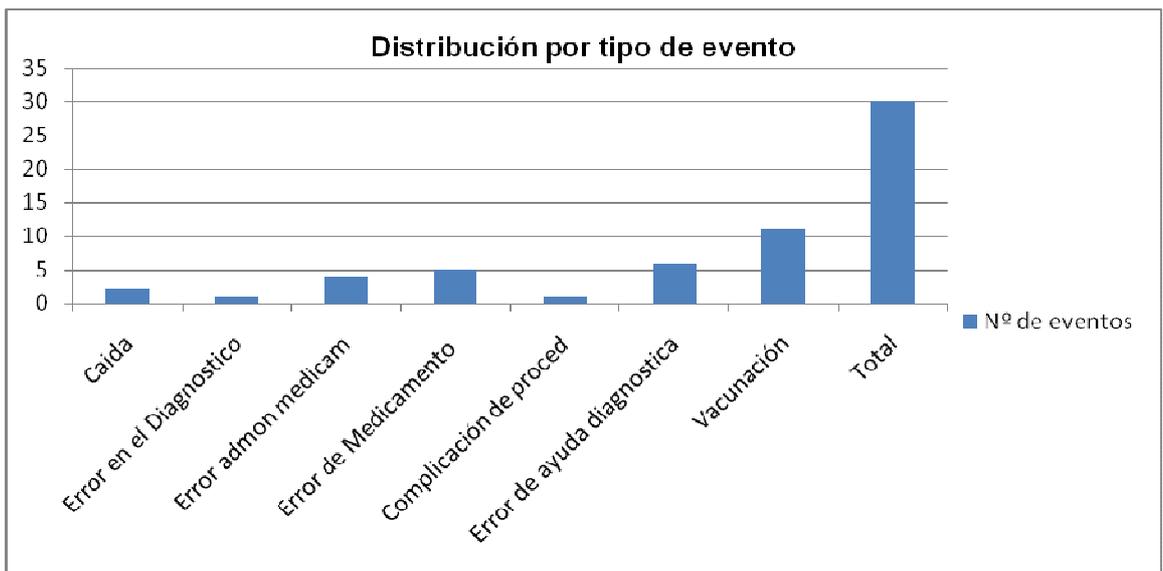


Grafico 4 Distribución según personal asociado al evento

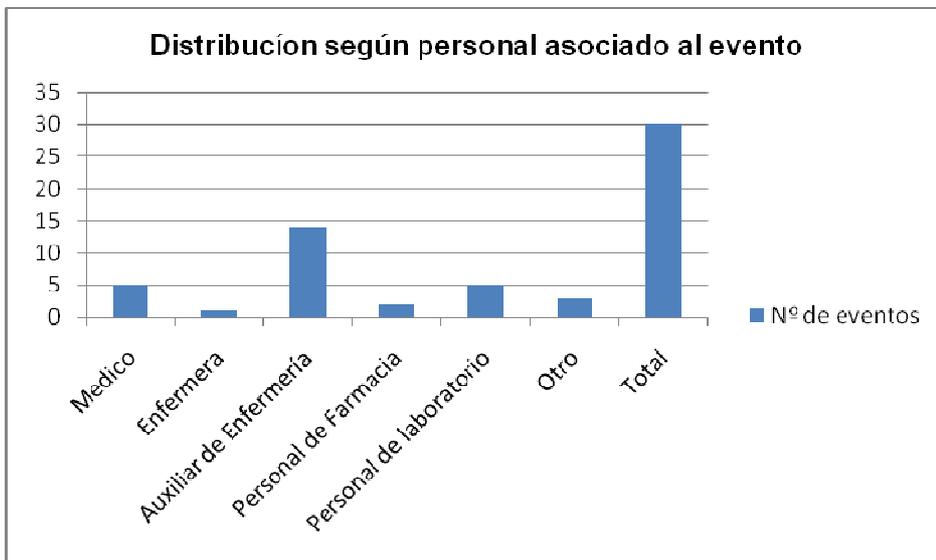
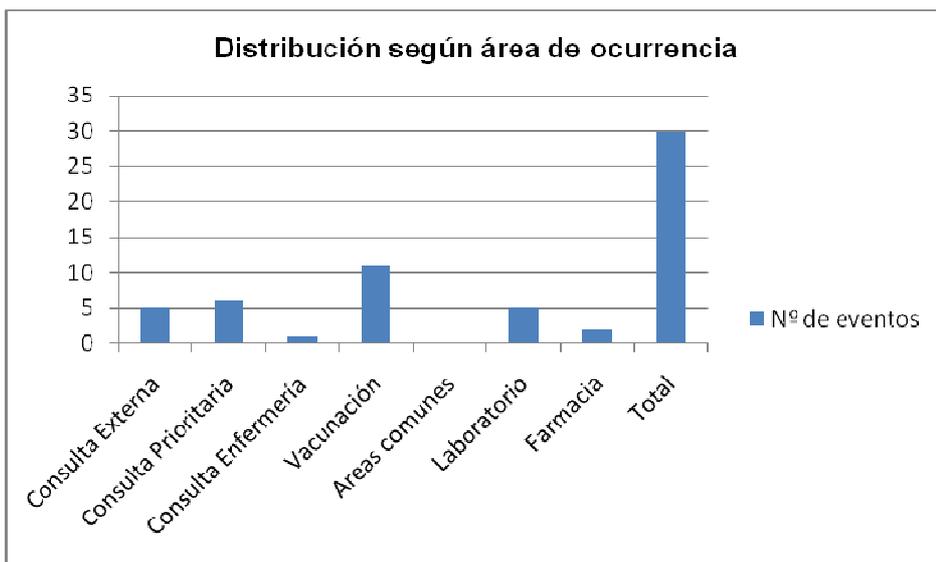


Grafico 5 Distribución según el área de la IPS donde se presentó el evento



## 9. DISCUSION

Consideramos que el reporte de 30 eventos adversos en un periodo de 6 meses para una población aproximada de 43.000 usuarios de la IPS no refleja la realidad. Basados en datos estadísticos de la OMS que reportan que aproximadamente el 10% de la población que está en contacto con servicios de salud puede sufrir un evento adverso, se deduce que hay un subregistro de dichos eventos, esto aunado al hecho que los incidentes en general no son reportados debido a que como no causan daño al paciente el personal de salud no está sensibilizado a que este tipo de eventos también se deben reportar y registrar. Por todas estas razones los datos arrojados por este estudio podría no ser un reflejo de la verdadera problemática de la institución.

Los resultados muestran que no hay una diferencia significativa entre los eventos adversos ocurridos según el género, evidenciamos que la población masculina presenta una leve mayoría con un porcentaje del 53.3% que no tiene significancia estadística frente a la población femenina con un porcentaje de 46.7%.

Casi la tercera parte de los eventos adversos se presentaron en la población menor de 15 años esto puede deberse a que el mayor reporte se presenta en el área de vacunación y esta es la población con mayor uso de este servicio; la segunda población mas susceptible son los que se encuentran entre los 16 hasta los 45 años y la población menos susceptible de sufrir eventos adversos en servicios ambulatorios son los mayores de 61 años.

En cuanto a la distribución según el tipo de evento podemos observar que la mayoría de los eventos adversos reportados fueron los asociados con vacunas explicado por el hecho que cuando se presenta una reacción post-vacunal es de obligatorio reporte para el Ministerio de la Protección Social por lo cual son los eventos que el personal de salud tiene más presente que se deben reportar cuando ocurren; el segundo lugar fueron los eventos relacionados con errores con las ayudas diagnosticas; seguido de los eventos

asociados a medicamentos ya sea en su formulación como en su administración, mundialmente este tipo de eventos son los que ocurren en mayor frecuencia sin embargo los estudios que reportan estos datos corresponden al ámbito hospitalario y quirúrgico que por ser servicios de mayor complejidad rutinariamente se administran gran cantidad de medicamentos a los pacientes y esto explicaría la diferencia encontrada con los servicios ambulatorios o de primer nivel donde la mayoría de los medicamentos son formulados vía oral y no son administrados en el servicio, además encontramos el hecho que muchas de las reacciones que se presentan a medicamentos formulados vía oral no llegan a este nivel debido a que los pacientes consultan por este motivo a servicios de urgencias o a instituciones diferentes a donde se le formulo el medicamento y esto estaría causando un subregistro de estos casos; una situación similar a la de los medicamentos ocurre con las complicaciones secundarias a procedimientos debido a que los que se realizan en el primer nivel son pocos en comparación con los niveles de mayor complejidad de atención y a su vez si ocurren complicaciones asociados a ellos los pacientes consultan a otras instituciones u otros servicios; con respecto a las caídas pensamos que hay un gran subregistro debido a que es uno de los eventos que ocurren con mayor frecuencia en las áreas comunes de las instituciones, de estas áreas no se obtuvieron reportes en este estudio quizás se deba a que en ellas no se encuentra un personal de salud involucrado de forma directa al evento conduciendo a que la persona afectada y el personal de la IPS no realice el reporte del mismo.

En los resultados de la distribución según el personal asociado al evento podemos observar que el mayor porcentaje de eventos involucro a los auxiliares de enfermería, lo cual es explicado por qué es el personal de la institución que realiza una gran parte de las labores que conllevan más riesgos para el paciente como son la administración de medicamentos y aplicación de vacunas que como ya se discutió fueron los eventos que mayormente se reportaron en el periodo durante el cual se realizo el estudio; en segundo lugar se encuentra involucrado a los eventos adversos reportados el personal médico y de laboratorio con un 17% respectivamente, los eventos con los cuales se asocian son los errores en formulación de medicamentos para los médicos y los errores relacionados con demora o equivocación en resultados de laboratorio para los segundos, el tema de errores en formulación de medicamentos para los médicos es un punto álgido debido a que de estos errores pueden derivarse una gran cantidad de consecuencias para los pacientes

como son complicaciones de sus patologías crónicas, intoxicaciones e interacciones medicamentosas que podrían ser graves; otro factor importante que se puede deducir al analizar esta variable es el porcentaje de eventos relacionados con condiciones y situaciones propias del paciente.

Al analizar los resultados de la distribución según el área de la institución donde se presentó el evento nos encontramos que los sitios más inseguros o donde mayormente se presentan eventos adversos es el de vacunación y la atención prioritaria explicado por la misma razón por la cual el personal más involucrado son los auxiliares de enfermería, es decir son los sitios de la IPS donde se realizan la mayor parte de las actividades más riesgosas como aplicación de vacunas, administración de medicamentos y realización de procedimientos menores, las áreas que siguen son consulta médica externa y laboratorio relacionado con el resultado de la variable anterior, que son errores en formulación de medicamentos para los médicos y los errores relacionados con demora o equivocación en resultados de laboratorio y por último como ya hemos analizado anteriormente en las áreas comunes no se obtuvo reporte alguno lo cual no quiere decir que no presentan eventos en esta área sino que no se está realizando reporte de ellos.

## 10. CONCLUSIONES

El propósito principal de este estudio era identificar cual fue la distribución, frecuencia y tendencia de los eventos adversos que se presentaron y de los que se tiene reporte en la prestación de servicios de salud en pacientes ambulatorios de una IPS de primer nivel de complejidad en la ciudad de Medellín en un periodo determinado, podemos concluir que el objetivo se cumplió, sin embargo por ser una muestra tan pequeña en comparación con la población que se atiende en esta institución no podemos afirmar que estos resultados sean representativos o concluyentes, consideramos que la causa principal de este fenómeno no es el que no se presenten eventos adversos o incidentes, sino que hay un gran subregistro de ellos al interior de la IPS, quizás por falta de sensibilización del personal que labora en la institución con respecto al tema o al temor que siente una persona de ser juzgada o señalada o incluso hasta inculpada de un hecho que afecte negativamente a un paciente que este bajo su cuidado.

Otro propósito que se cumplió con el estudio fue crear una idea de cómo es la distribución de los eventos adversos en los servicios ambulatorios debido a que la mayoría de las pruebas disponibles sobre los eventos adversos provienen de los servicios de hospitalización y cirugía por ser los servicios en los cuales hay un mayor riesgo para los pacientes.

Por las razones señaladas anteriormente es evidente la necesidad de estudiar con mayor profundidad el tema de eventos adversos en los servicios ambulatorios o de primer nivel de atención, para poder identificar riesgos adicionales para los pacientes en nuestro sistema de salud y reconocer las oportunidades de mejora en este aspecto, para así poder desarrollar un punto de referencia que le permita a las instituciones de primer nivel abordar el tema con profundidad y generar resultados que impacten en la salud de la población, debido a que como ya lo hemos expuesto antes en los servicios de salud de primer nivel de complejidad se concentran el mayor porcentaje de las atenciones en salud. Además que sirva como base para el desarrollo de programas de gestión de

riesgos y programas de vigilancia de eventos adversos en las instituciones de baja complejidad, para así aprender a identificar, gestionar, disminuir y prevenir los eventos adversos, logrando el objetivo que impulsa la Política de Seguridad del Paciente liderada por el Ministerio de la Protección Social, realizar una atención mas segura y por consiguiente de mejor calidad.

Por ultimo, proponemos las siguientes acciones de mejora para disminuir la incidencia de eventos adversos en la IPS, teniendo en cuenta que para poder avanzar en la seguridad del paciente es necesario disponer de mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallos del sistema; inicialmente se debe realizar el despliegue de la información recopilada a las diferentes personas que laboran en la institución junto con una capacitación sobre la importancia de la seguridad del paciente dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con el objetivo de lograr dos aspectos fundamentales que son necesarios para poder desarrollar una política de seguridad del paciente dentro de la institución, estos dos aspectos son; primero sensibilizar a todo el personal acerca de la importancia que tiene realizar el reporte de todos y cada uno de los eventos adversos e incidentes que se presenten, enfatizando en que al realizar los reportes se esta libre de señalamientos o castigos por parte de los directivos y demás trabajadores de la organización; segundo crear conciencia que el cuidado de los pacientes es responsabilidad de todos y no solo de la persona que lo tiene bajo su cuidado en un determinado momento, debido a que el área o servicio en el cual el paciente puede sufrir un evento adverso es cualquiera dentro de la IPS. Después de realizada esta fase inicial proponemos realizar grupos de enfoque con el personal de salud para analizar la epidemiología de los eventos adversos, la frecuencia con que ocurren, los posibles determinantes y las repercusiones en la evolución de los pacientes, para en conjunto poder realizar un análisis de causas y errores que conduzca a la implementación de acciones o métodos efectivos para prevenir la ocurrencia de nuevos eventos en los diferentes servicios de la institución, priorizando de acuerdo a los resultados según la distribución por áreas, tipos de eventos y personal asociado con los eventos de mayor ocurrencia, es decir reconocer y aprender de los errores.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Calidad de la atención: seguridad del paciente. informe de la secretaria. 109ª reunión de la OMS. 2001. 5 de diciembre. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL <http://www.binass.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
2. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Ministerio de la protección social republica de Colombia, dirección general de calidad de servicios. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/)
3. Norma técnica sectorial en salud “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Ministerio de la protección social republica de Colombia. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/)
4. Resolución 1446 de 2006. Lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. Sistema de información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la protección social republica de Colombia. 2006. 8 de mayo. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/)
5. Sarabia González O. Seguridad del paciente en la atención medica, Foro nuevos rumbos de las políticas de salud en México. Coordinadora Nacional del Programa sobre Seguridad del Paciente. Asesora de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. 2007. 25 de Abril. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.salud.gob.mx/transparencia/comite\\_informacion/.../Resp00121106.pdf](http://www.salud.gob.mx/transparencia/comite_informacion/.../Resp00121106.pdf)
6. Giraldo M. El estudio IBEAS y la política de seguridad del paciente en Colombia. Ministerio de la protección social republica de Colombia, dirección general de

- calidad de servicios. 2008. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/)
7. La OMS lanza “nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. 2007. 2 de mayo. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/print.html>
  8. Manual de seguimiento a riesgos inherentes al servicio. Servicios de salud de la EPS. 2009.
  9. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la protección social republica de Colombia, dirección general de calidad de servicios. 2007. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/)
  10. Seguridad del paciente. informe de la secretaria. 59ª asamblea mundial de la salud. 2006. 4 de mayo. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/A59\\_22-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf)
  11. Estudio IBEAS prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica. OMS. Ministerio de la protección social republica de Colombia, dirección general de calidad de servicios. 2008. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME\\_IBEAS.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf)
  12. Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la protección social republica de Colombia. 2006. 3 de abril. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/)
  13. Resolución 1043 de 2006. Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la protección social republica de Colombia. 2006. 3 de

abril. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/)

14. Resolución 2680 de 2007. Modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la protección social republica de Colombia. 2007. 3 de agosto. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/)
15. Resolución 3763 de 2007. Modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la protección social republica de Colombia. 2007. 18 de octubre. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/)
16. Resolución 2679 de 2007. Conformación comité sectorial de calidad y seguridad de la atención en salud. Ministerio de la protección social republica de Colombia. 2007. 3 de agosto. [visitado 14/07/2010]. Disponible en: URL [www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/)
17. Astolfo Franco, M.D. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colomb. Med. 2005 June; (vol.36 no.2).
18. Harrington H.J. Mejoramiento de los procesos de la empresa. Serie McGraw Hill. Sistema de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud del Instituto Peruano de Servicios de Salud. 1995. Lima, Perú.