

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE EL ANÁLISIS DEL REPORTE DE  
EVENTO ADVERSO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL  
FRANCISCO LUÍS JIMÉNEZ MARTÍNEZ DE CAREPA, DURANTE EL AÑO 2010**

**GLORIA ELEANA BLANDÓN GRACIANO  
YUBER IGNACIO GÓMEZ CRUZ  
CARLOS EDUARDO MUÑOZ RUBIO  
ALBA ROSA ZAFRA CRISTANCHO**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO EN GERENCIA DE IPS  
APARTADÓ – ANTIOQUIA  
2011**

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE EL ANÁLISIS DEL REPORTE DE  
EVENTO ADVERSO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL  
FRANCISCO LUÍS JIMÉNEZ MARTÍNEZ DE CAREPA, DURANTE EL AÑO 2010**

**GLORIA ELEANA BLANDÓN GRACIANO  
YUBER IGNACIO GÓMEZ CRUZ  
CARLOS EDUARDO MUÑOZ RUBIO  
ALBA ROSA ZAFRA CRISTANCHO**

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
GERENCIA DE IPS**

**ASESORA  
DOCTORA LILIANA PATRICIA MONTOYA VÉLEZ**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO EN GERENCIA DE IPS  
APARTADÓ – ANTIOQUIA  
2011**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Medellín \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	12
1.1 JUSTIFICACIÓN .....	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 MARCO TEÓRICO .....	16
3.1 ASPECTO GENERAL.....	16
3.2 MARCO LEGAL .....	16
3.3 CONCEPTOS BÁSICOS .....	19
3.4 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA .....	20
3.5 PROTOCOLO DE LONDRES .....	22
3.6 EL DIAGRAMA ISHIKAWA O DE CAUSA Y EFECTO O ESPINA DE PESCADO .....	24
3.7 POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	25
4 DISEÑO METODOLÓGICO .....	27
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	27
4.1.1 Tipo de estudio. ....	27
4.1.2 Universo y muestra. ....	27
4.1.3 Obtención de la información. ....	27
4.2 VARIABLES.....	27
4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	30
5. RESULTADOS .....	31
6. DISCUSIÓN.....	39
7. RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Variables.....	28
Tabla 2. Número y distribución porcentual de los eventos adversos presentados durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de octubre de 2010. ....	355
Tabla 3. Primeras causas de reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias de la ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez, en el período comprendido entre enero y octubre de 2010. ....	35
Tabla 4. Comparativo por trimestres de los eventos adversos reportados en la ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez, en el período comprendido entre enero y octubre de 2010. ....	36

## LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.....	233
Grafico 2. Diagrama de causa efecto o de espina de pescado.....	255
Grafico 3. Distribución porcentual de los eventos adversos por rango de edad presentados en la ESE HFLJM, durante el período comprendido entre el 1° de enero al 31 de octubre de 2010. ....	32
Grafico 4. Distribución porcentual de los eventos adversos por áreas de atención en salud, presentados en la ESE HFLJM, durante el período comprendido entre el 1° de enero al 31 de octubre de 2010.....	32
Grafico 5. Distribución porcentual por cargos, de quién reporta los eventos adversos presentados en la ESE HFLJM, durante el período comprendido entre el 1° de enero al 31 de octubre de 2010.....	33
Grafico 6. Distribución porcentual por meses de los eventos adversos presentados en la ESE HFLJM, durante el período comprendido entre el 1° de enero al 31 de octubre de 2010.....	344
Grafico 7. Distribución porcentual de las acciones correctivas de los eventos adversos presentados en la ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez, durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de octubre de 2010.	37

## GLOSARIO

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

**CALIDAD:** características o atributos que debe tener un bien o servicio para ser atractivo a los clientes.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA:** grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener resultados deseables en salud para los individuos y la población.

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

**EDA:** enfermedad diarreica aguda.

**EPS:** empresa promotora de salud.

**EPS-S:** empresa promotora de salud del régimen subsidiado.

**ESAVI:** evento supuestamente asociado a vacunación o inmunización.

**ESE:** empresa social del estado.

**ESE HFLJM:** empresa social del estado hospital francisco luís Jiménez Martínez.

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

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

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

**FALLA DE ACCIÓN:** ejecución de procesos incorrectos.

**FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto.

**FALLA DE OMISIÓN:** la no ejecución de los procesos correctos.

**INCIDENTE:** un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

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

**OMS:** organización mundial de la salud.

**OPORTUNIDAD:** posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

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

**SEGURIDAD:** 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.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** 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.

**SGSSS:** sistema general de seguridad social en salud.

**SIAU:** sistema de información y de atención al usuario.

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

**SOGCS:** sistema obligatorio de garantía de la calidad de atención en salud.

## RESUMEN

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social, con el propósito de **monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente** desarrolla los paquetes instruccionales guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud” en Diciembre de 2009, utilizando un metodología que da instrumento de medida de la calidad y seguridad del paciente, además de establecer indicadores.

El presente trabajo de investigación comprende un estudio analítico y retrospectivo del programa de seguridad del paciente de la ESE Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa, durante el período comprendido entre el 01 de enero y el 31 de octubre de 2010. Su alcance abarca desde el análisis de la cultura del reporte, hasta el comportamiento y la frecuencia con que se presentaron los eventos adversos en la institución, propone actividades de mejora con el fin de minimizar y prevenir la ocurrencia de los eventos, mediante la evaluación de los reportes.

Durante el análisis de la información recolectada se evidencian falencias en el cumplimiento de procesos relacionados con la prevención de los eventos, lo que sugiere que deben tomarse acciones correctivas inmediatas y acciones que garanticen su notificación de casos.

**Palabras claves:** seguridad del paciente, evento adverso, calidad de la atención en salud.

## ABSTRACT

In Colombia, the Ministry of Social Protection for the purpose of monitoring key issues related to patient safety instructional packages developed technical guidance "Good practice for patient safety in health care" in December 2009, using a methodology that gives the instrument to measure quality and patient safety, and to establish indicators.

This research includes analytical and retrospective study of patient safety program of the Hospital Francisco Luis Jimenez Martinez the Carepa, during the period between January 1 and October 31, 2010. Its scope ranges from the analysis of the culture report, to the behavior and frequency of adverse events occurred in the institution, and proposed improvement activities in order to minimize and prevent the occurrence of events by evaluating of reports.

During the analysis of data collected are evident shortcomings in the implementation of processes related to the prevention of events, suggesting that immediate corrective action must be taken and actions to ensure their reporting.

**Keywords:** patient safety, adverse events, quality of health care.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se constituye como una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda, es importante reflexionar sobre la magnitud de las causas y efectos de los eventos adversos dentro de la institución de salud, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Lo anterior con la finalidad de lograr un compromiso encaminado a mejorar las condiciones de atención en salud, que involucre la participación de todos los miembros de la institución para alcanzar un cuidado seguro y con calidad que se verá reflejado en el mejoramiento de la política de seguridad del paciente.

La ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez de Carepa, Antioquia se encuentra implementando el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS), el cual considera esencial incrementar los resultados favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados a dicha atención a través de la implementación de la política de seguridad del paciente en la institución, se da cumplimiento al decreto 1011 de 2006 y se contribuye a mejorar los resultados de la atención en salud, minimizar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos y progresar en acciones que garanticen una atención segura en salud.

Éste proyecto contempla ciertas categorías conceptuales relacionadas con la seguridad del paciente, los lineamientos para la implementación de la política de seguridad y la normatividad que la contempla, además presenta un análisis retrospectivo del programa de seguridad del paciente mediante el análisis de la cultura del reporte, seguimiento de la frecuencia de los eventos adversos en la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de octubre de 2010, y propone actividades de mejora encaminadas a minimizar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la institución.

## **1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 JUSTIFICACIÓN**

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. Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos y en la atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos, para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás. En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular. Sino por la concurrencia de errores en la planeación o ejecución de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud.

El desarrollo y realización del presente proyecto de investigación, en la ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez, contempla el análisis del programa de seguridad del paciente, que va desde los conceptos básicos relacionados con la seguridad del paciente, los lineamientos para la implementación de la política de seguridad y la normatividad que la contempla, además un análisis retrospectivo de la cultura del reporte, el comportamiento y la frecuencia con que se presentan los eventos adversos durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de

octubre de 2010, planteando actividades de mejora con el fin de prevenir la ocurrencia de los eventos adversos en la institución.

De ahí la importancia de analizar la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Finalmente, cabe resaltar que la construcción de una cultura de seguridad, es un compromiso que debe ser de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicios de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad; compromiso que ha asumido la ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez y que con el actual proyecto, se apoya el deber de ofrecer una atención de salud segura.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La seguridad de los pacientes es un tema que ha sido motivo de análisis, diálogo y reflexión para progresar en actitudes y habilidades éticas, a la luz de la atención en salud centrada en el cliente y su cuidado. Esto facilita el abordaje de sucesos adversos que pueden ocurrir a partir de las transformaciones científicas, tecnológicas sociales y políticas, relacionadas con la atención que se brinda en salud.

En Colombia, de acuerdo con las disposiciones emanadas en el Decreto 1011 de 2006 para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, es de carácter obligatorio para todas las instituciones prestadoras de servicio de Salud IPS, así como para las empresas promotoras de servicios de salud -EPS, el cumplir con la implementación, medición y gestión de los riesgos inherentes a la prestación del servicio en salud, así como de los eventos adversos presentados en el paciente, como consecuencia de haber estado en contacto con el riesgo. Esta información debe ser medida y gestionada para la obtención de la disminución de las consecuencias para el paciente y el número de casos presentados en un período de tiempo.

La ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez de Carepa, tiene implementada la política de seguridad del paciente mediante la evaluación, seguimiento y monitoreo de los riesgos por servicios, con el fin de prevenir y controlar los eventos adversos para tomar decisiones que garanticen la seguridad del paciente.

En el presente trabajo de investigación, se analizan y discuten las diferentes causas y la frecuencia con la que se presentan los diferentes eventos adversos, proponiendo estrategias que minimicen y prevengan la ocurrencia de los mismos. En primer lugar discutiremos los diferentes conceptos y normatividad sobre la seguridad del paciente. En la segunda parte se propone el análisis causal y

frecuencia con que se presentan, finalmente se darán las recomendaciones o acciones de mejora.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar el programa de seguridad del paciente de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de octubre de 2010.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Realizar un análisis de la cultura del reporte, el comportamiento y la frecuencia con que se presentan los eventos adversos en la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de octubre de 2010.

Describir el programa de seguridad del paciente implementado en la ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez.

Proponer actividades de mejora encaminadas a minimizar y prevenir la ocurrencia de incidentes eventos adversos en la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 ASPECTO GENERAL**

La praxis del cuidado implica el trato con vidas humanas, donde la calidad del acto clínico y la seguridad del paciente son los componentes claves de la calidad asistencial. Para la comprensión más amplia de lo que abarca esta temática, se hace necesario describir ciertas categorías legales y conceptuales, que permiten crear un panorama de la misma.

#### **3.2 MARCO LEGAL**

##### **Ley 100 del Diciembre 23 1993. (1)**

El Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) fue creado en 1993, mediante la Ley 100/93, la cual estableció también la reforma del sector de servicios de salud. Entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preeminente, y es entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independiente de su capacidad de pago.

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

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

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

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

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

### **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. (2)**

El 27 de octubre de 2004 la OMS estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, destinada a mejorar significativamente la seguridad de los pacientes tanto en los países ricos como en los países pobres. Dicha alianza se estableció de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA55.18, adoptada en la 55ª Asamblea mundial de la salud en mayo de 2002, donde se discutió que la incidencia de eventos adversos estaba poniendo en peligro la calidad de la atención, además de ser una causa importante y evitable de sufrimiento humano y de imponer un elevado tributo en pérdidas financieras y en costos de oportunidad para los servicios de salud; por lo que en esta se pidió a los estados miembros que presentaran la mayor atención posible a la seguridad del paciente y que establecieran un sistema de base científica para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

### **Ley 1122 de Enero 9 de 2007. (3)**

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

### **Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006. (4)**

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Dicho decreto fundamenta la seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias; además de considerar como esencial incrementar los resultados

favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados a dicha atención.

**Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. (5)**

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

- Capacidad tecnológica y científica: son los estándares de estructura y de proceso que deben de cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, comprende recurso humano; infraestructura; instalaciones físicas y de mantenimiento; dotación –mantenimiento; medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión; procesos prioritarios asistenciales, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud.
- Suficiencia Patrimonial y Financiera: es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo.
- Capacidad técnico-administrativa. Son condiciones de capacidad técnico administrativas:
  1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo a su naturaleza jurídica.
  2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permiten demostrar que la IPS cuenta con sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

**Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006. (6)**

Establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos. Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado. Sin embargo, los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad. Es esencial proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso.

**Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia junio de 2008. (7)**

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud; ante la ocurrencia de un evento adverso, se tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de

procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido. El propósito es establecer una atención segura, para lo cual es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos en la política de seguridad del paciente.

### 3.3 CONCEPTOS BÁSICOS

Partiendo de los conceptos dados por el Ministerio de la Protección Social en el texto *Lineamiento para la implementación de la política de seguridad del paciente entendemos:*

#### **La seguridad del paciente.**

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.

#### **Atención en salud.**

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

#### **Indicio de atención insegura.**

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

#### **Falla de la atención en salud.**

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución.

#### **Riesgo.**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

#### **Evento adverso.**

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

- **Evento adverso prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

- **Evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**Incidente.**

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

**Complicación.**

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

**Barrera de seguridad.**

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

**Sistema de gestión del evento adverso.**

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

**Acciones de reducción de riesgo.**

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

### **3.4 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA**

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, pero que en los últimos años, desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro "*Errar es Humano*" en 1999, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público. Desde entonces, no sólo los gobiernos sino también las organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo. (8)

La Organización Mundial de la Salud ha propiciado la Alianza Internacional para la Seguridad del Paciente y en su programa incluye una serie de medidas

consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes. Su objetivo puede resumirse en el lema “Ante todo no hacer daño”. Algunos países han desarrollado ya estrategias para intervenir sobre este problema, proponiendo planes y medidas legislativas en la Materia; En Colombia se está impulsando por una política de seguridad, la cual es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de la Salud, esta tiene por objetivo *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.* (9)

La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente (10), de igual forma los procesos de atención en salud han alcanzado niveles importantes de desarrollo en la época actual, llegando a ser altamente complejos, debido a la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad, lo que conlleva a la incorporación de tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas.

En estos sistemas de prestación de servicios de salud tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien por una serie de factores y circunstancias que confluyen y permiten que surja el error en los procesos de atención en salud, impactando así negativamente en el paciente (11); sin embargo lo importante es que todos estos errores pueden ser prevenibles y aunque no es una tarea fácil, si es posible si se ponen en marcha acciones dirigidas a garantizar la seguridad del paciente.

Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del paciente se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás, con el objetivo de disminuir el riesgo e incrementar las condiciones que caractericen la institución como segura, es por esto que se plantean las siguientes estrategias para generar la cultura interinstitucional de seguridad del paciente.

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

2. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
3. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.

4. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento.
5. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.

El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, Favorecer las medidas que mejoren la seguridad de los pacientes.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones.

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias, el diseño de estas se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual nos referiremos a continuación a dos metodologías utilizadas para el análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud.

### **3.5 PROTOCOLO DE LONDRES (12)**

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.

La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (gráfico 1).

**Grafico 1.** Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.



Fuente: centro de gestión hospitalario.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias; estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión. Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones.

La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea. Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de

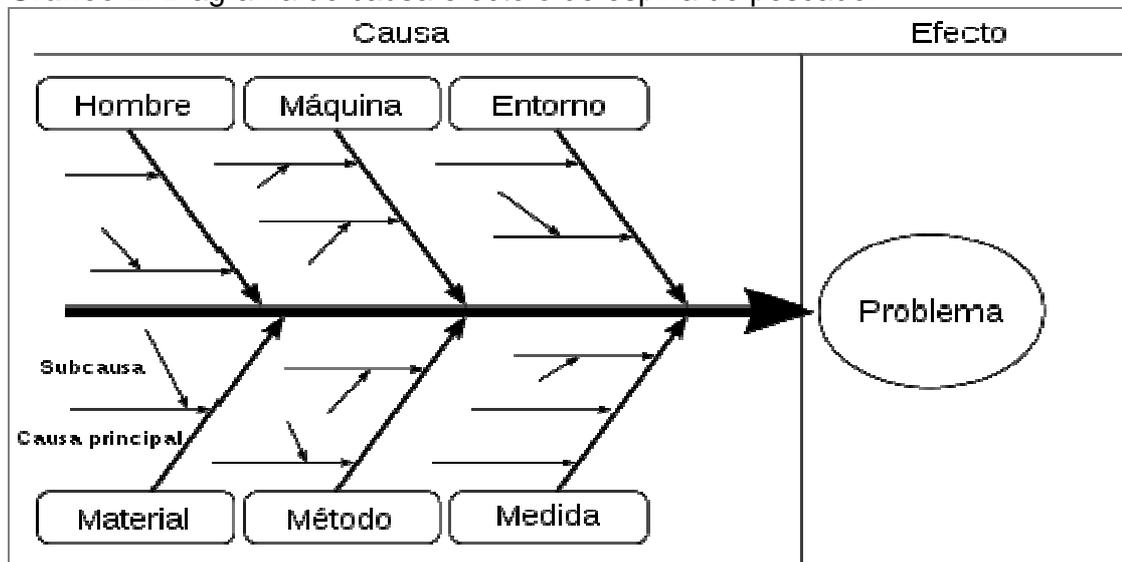
equipos e instalaciones. A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados.

Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. Los factores del individuo tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

### **3.6 EL DIAGRAMA ISHIKAWA O DE CAUSA Y EFECTO O ESPINA DE PESCADO (13)**

El Diagrama de Ishikawa, también llamado diagrama de causa-efecto, fue concebido por el licenciado en química japonés Dr. Kaoru Ishikawa en el año 1943; es una de las diversas herramientas surgidas a lo largo del siglo XX en ámbitos de la industria y posteriormente en el de los servicios, para facilitar el análisis de problemas y sus soluciones en esferas como lo son; la salud, calidad de los procesos, los productos y servicios. Se trata de un diagrama que por su estructura ha venido a llamarse también: diagrama de espina de pescado, que consiste en una representación gráfica sencilla en la que puede verse de manera relacional una especie de espina central, que es una línea en el plano horizontal, representando el problema a analizar, que se escribe a su derecha (gráfico 2).

**Grafico 2.** Diagrama de causa efecto o de espina de pescado.



Fuente: herramientas básicas de administración.

A este eje horizontal van llegando líneas oblicuas -como las espinas de un pez- que representan las causas valoradas como tales por las personas participantes en el análisis del problema. A su vez, cada una de estas líneas que representa una posible causa, recibe otras líneas perpendiculares que representan las causas secundarias. Cada grupo formado por una posible causa primaria y las causas secundarias que se le relacionan forman un grupo de causas con naturaleza común. Este tipo de herramienta permite un análisis participativo mediante grupos de mejora o grupos de análisis, que mediante técnicas como la lluvia de ideas, sesiones de creatividad, y otras, facilita un resultado óptimo en el entendimiento de las causas que originan un problema, con lo que puede ser posible la solución del mismo.

Las instituciones de salud deben generar estrategias orientadas hacia la mejora de la seguridad del paciente, mediante la implementación de herramientas prácticas comunes a los principales programas de seguridad del paciente en el mundo como se describen a continuación:

### **3.7 POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad, debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente. Además de lo anterior, debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, lo que significa abordar algunos de los siguientes temas.
- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se va a construir una alianza con al paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.
- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

#### **4.1.1 Tipo de estudio.**

Se realizó un estudio retrospectivo, cuantitativo, analítico y descriptivo mediante la verificación del cumplimiento de las guías del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta los eventos adversos presentados en la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de octubre de 2010, donde se analizaron los datos recolectados en el formato de reporte de eventos adversos durante ese tiempo.

Con el fin de dar respuesta a los objetivos propuestos en la investigación, se realizó la tabulación y el análisis de los datos consignados en los registros de reporte de eventos adversos durante el tiempo estipulado.

#### **4.1.2 Universo y muestra.**

El universo estuvo constituido por las 31.416 atenciones realizadas en los servicios de urgencias, hospitalización, laboratorio y crecimiento y desarrollo, que fueron las áreas estudiadas. La población, por los 119 casos de eventos adversos presentados entre el 01 de enero y el 31 de octubre de 2010. Y la muestra por el total de eventos adversos. Es de anotar que la investigación se centró en el análisis de los eventos adversos presentados durante los diez primeros meses del año 2010, porque no fue posible encontrar en los archivos de la institución datos de eventos relacionados con los meses de noviembre y diciembre de 2010.

#### **4.1.3 Obtención de la información.**

La información se obtuvo de los datos consignados en el formato de reporte de eventos adversos que la ESE tiene diseñados para tal fin.

### **4.2 VARIABLES**

Para realizar la investigación se seleccionaron las variables capaces de responder a los objetivos propuestos inicialmente y dado el carácter retrospectivo, variables que fueran de obligatorio diligenciamiento dentro del reporte de eventos adversos en el formato diseñado en la institución, con el fin de obtener la mayor cantidad de datos posibles de utilidad en el trabajo de investigación.

Las variables seleccionadas para éste estudio fueron: edad, área o servicio, cargo, mes, causa y acción correctiva.

**Edad.** Se tomó como variable las edades en años, comprendidas entre los 0 y 91 años, que fueron las que consultaron a la institución durante el período de estudio; se tuvo en cuenta las edades a intervalos de diez años así: 0 - 10 años, 11 – 20 años, 21 – 30 años, 31 – 40 años, 41 – 50 años, 51 – 60 años, 61 – 70 años, 71 – 80 años y de 81 – 91 años.

**Área.** Se refiere al servicio asistencial o área de atención del usuario donde se prestaba el servicio cuando ocurre el evento adverso. Si ocurrió mientras se prestaba un servicio de urgencias, hospitalización, laboratorio clínico o de crecimiento y desarrollo.

**Cargo.** Hace referencia a la ocupación u oficio para lo cual fue contratado o que normalmente desempeña dentro de la empresa la persona que reporta el evento adverso.

**Tiempo.** Indica el mes del año donde se presentó el evento adverso. Para el estudio se tuvo en cuenta los meses de Enero a Octubre de 2010, debido a que fueron los meses donde se pudo obtener la información.

**Evento.** Hace mención a la clase de evento adverso que se presentó, de acuerdo a la clasificación de eventos adversos establecidos previamente por la institución como son: reingresos, caída paciente, reacción alérgica a medicamento, admón. inadecuada medicamentos, parto en cama, flebitis, endometritis posparto, infección intrahospitalaria, ESAVI (evento supuestamente asociado a vacunación o inmunización), extravasación, mortalidad perinatal, complicación materna, lesión con material médico y error reporte laboratorio.

**Acción correctiva.** Se refiere al trabajo inmediato o no de una acción correctiva, con el fin de minimizar el daño.

**Tabla 1:** Variables.

VARIABLE	OPERACIONALIDAD	RANGO	CASOS
EDAD	Intervalos de edades	0 - 10 años	38
		11 – 20 años	18
		21 – 30 años	30
		31 – 40 años	12
		41 – 50 años	8
		51 – 60 años	4
		61 – 70 años	6
		71 – 80 años	2
		81 – 91 años	1

VARIABLE	OPERACIONALIDAD	RANGO	CASOS
ÁREA	Servicio asistencial donde se presenta el evento adverso.	Urgencias	99
		Hospitalización	18
		Laboratorio clínico	1
		Crecimiento y desarrollo	1
CARGO	Oficio que desempeña la persona que reporta el evento adverso.	Estudiante	6
		Auxiliar de enfermería	48
		Enfermera	63
		Bacterióloga	1
		Médico	1
TIEMPO	Mes del año en que se presenta el evento adverso	Enero	2
		Febrero	2
		Marzo	2
		Abril	6
		Mayo	7
		Junio	18
		Julio	19
		Agosto	15
		Septiembre	27
		Octubre	21
EVENTO	Tipo de evento adverso que se presentó.	Reingresos	75
		Caída paciente	14
		Reacción alérgica a medicamento	7
		Admón. Inadecuada medicamentos	7
		Parto en cama	4
		Flebitis	3
		Endometritis posparto	2
		Infección intrahospitalaria	1
		ESAVI	1
		Extravasación	1
		Mortalidad perinatal	1
		Complicación materna	1
		Lesión con material	1

VARIABLE	OPERACIONALIDAD	RANGO	CASOS
		medico	
		Error reporte laboratorio	1
<b>ACCIÓN CORRECTIVA</b>	Estrato al cual pertenece la paciente	Si	114
		No	5

Fuente: archivos de reportes de eventos adversos de la E.S.E. Francisco Luis Jiménez Martínez, del municipio de Carepa, Antioquia.

### 4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Considerando los principios establecidos en declaración de Helsinki; Reporte Belmont; Pautas CIOMS; GPC/ICH) y en la resolución 8430 de Octubre 4 de 1993 y debido a que esta investigación se consideró como **investigación sin riesgos** de acuerdo al Artículo 10 de la misma, porque es un estudio que emplea métodos de investigación documental retrospectivo en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, puesto que sólo se considera la revisión de los reportes de eventos adversos, y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la misma resolución, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios: privacidad en la identificación de los participantes, respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

El conocimiento que se pretende producir con ésta investigación, no puede obtenerse por otro medio idóneo diferente a los reportes de eventos adversos.

Es responsabilidad de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez tener bajo su custodia las historias clínicas de todos los usuarios que han consultado en la institución por cualquier patología y todos los reportes de eventos adversos. Se respeta la confidencialidad de la información de las historias clínicas establecida por la resolución 1995 de 1999, puesto que los reportes de eventos adversos son documentos que hacen parte de las historias clínicas, las cuales fueron manipuladas con previa autorización de la subdirección científica, siendo utilizadas exclusivamente para el desarrollo de este estudio. Los investigadores, durante la revisión bibliográfica, se hacen responsables de no cambiar o modificar los escritos que en ellos aparecen.

## 5. RESULTADOS

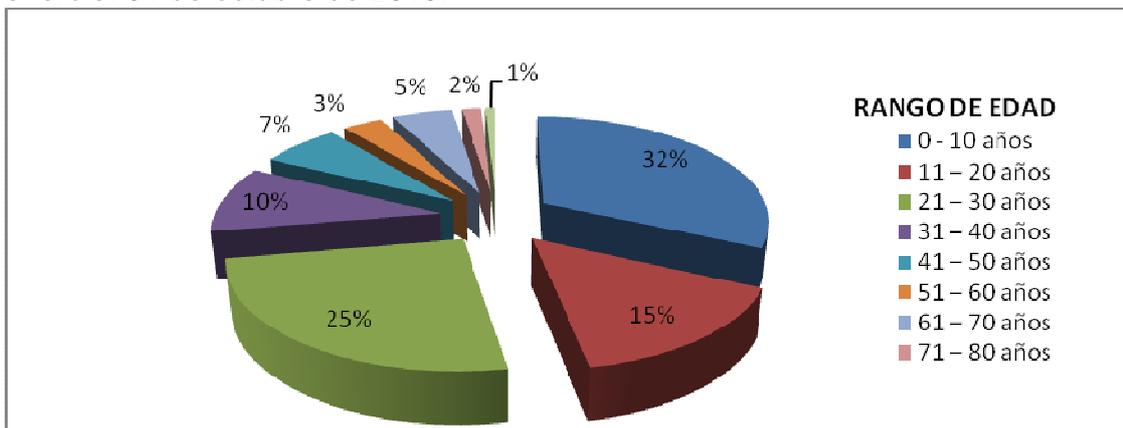
Antes de establecer los resultados, resulta importante conocer el número total de atenciones realizadas en los servicios de urgencias, hospitalización, laboratorio y crecimiento y desarrollo, durante el período comprendido entre el primero de enero y el 31 de octubre de 2010, que fueron 31.416 atenciones, conocer además los datos obtenidos de la base de datos que contiene el reporte de 119 eventos adversos ocurridos en la ESE Francisco Luis Jiménez Martínez, en el período mencionado y que fueron diligenciados en el formato de reporte de eventos adversos..

- Rango de edad en la cual se presentan la mayor proporción de eventos adversos reportados.
- Distribución de eventos adversos reportados por área de atención en salud.
- Principal cargo en la Institución de salud que reporta la ocurrencia de eventos adversos.
- Porcentaje de eventos adversos reportados en los tres primeros trimestres e inicio del cuarto trimestre del año 2010.
- Porcentaje de cada uno de los diferentes eventos adversos presentados de enero a octubre del año 2010.
- Porcentaje de cada uno de los diferentes eventos adversos reportados en cada uno de los tres primeros trimestres e inicio del cuarto trimestre del año 2010.
- Porcentaje de eventos adversos reportados en los cuales se notifica toma acciones de tipo correctivo para los mismos.

Es necesario antes de iniciar el siguiente análisis, comprender el significado de *Evento Reportable*, este fue originalmente definido como: “el daño causado por el proceso asistencial, más que por la enfermedad de base que prolonga la hospitalización, produce discapacidad al momento de la salida o ambos; posteriormente se incluyó que era una situación insatisfactoria, en términos de calidad de la práctica clínica, calidad del manejo operacional, o calidad en la prestación del servicio, el cual requiere reportarse a los administradores en términos operacionales (14).

### EVENTOS ADVERSOS POR RANGO DE EDAD

**Grafico 3.** Distribución porcentual de los eventos adversos por rango de edad presentados en la ESE HFLJM, durante el período comprendido entre el 1° de enero al 31 de octubre de 2010.

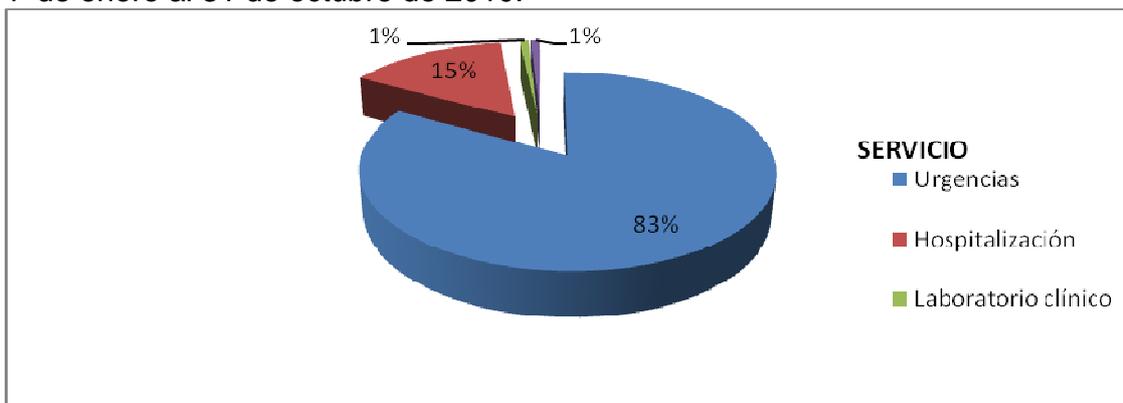


Fuente: archivo administrativo de la ESE Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa.

El mayor porcentaje (32%) de eventos adversos ocurridos en los tres primeros trimestres se presentan en personas con rango de edad entre los 0-10 años, seguido del rango de edad de 21-30 años (25%).

### EVENTOS ADVERSOS POR ÁREA DE ATENCIÓN EN SALUD

**Grafico 4.** Distribución porcentual de los eventos adversos por áreas de atención en salud, presentados en la ESE HFLJM, durante el período comprendido entre el 1° de enero al 31 de octubre de 2010.

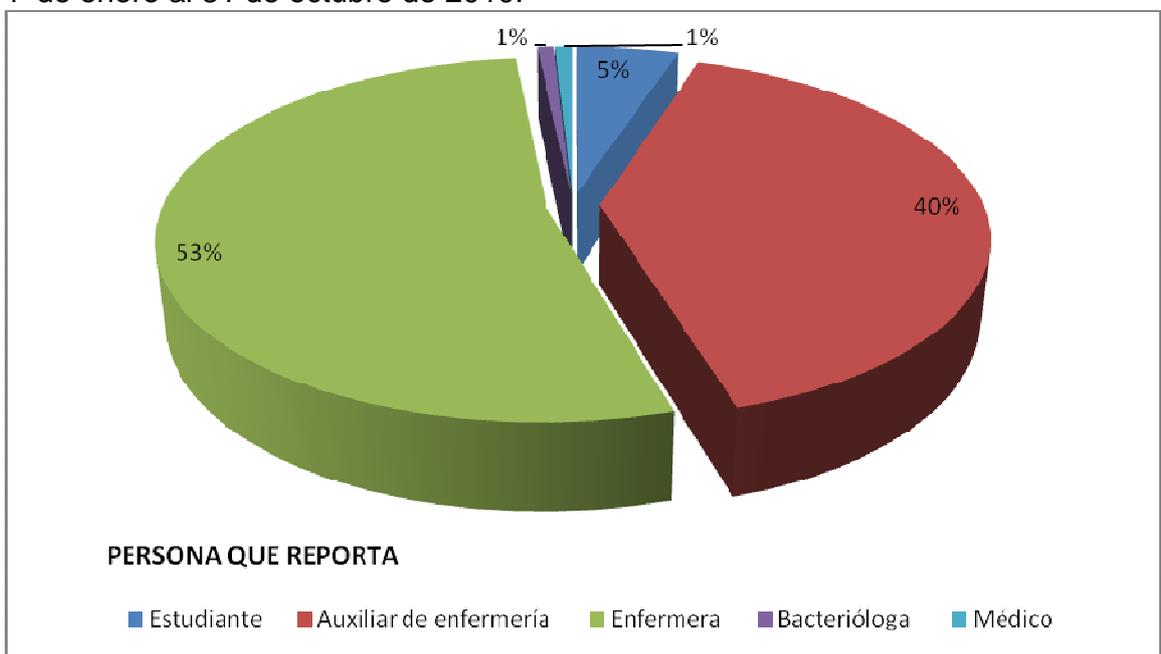


Fuente: archivo administrativo de la ESE Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa.

El mayor número de eventos adversos se reportan en el servicio de urgencias (83%), seguido del servicio de hospitalización (15%).

### CARGO DE QUIEN REPORTA LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS

**Grafico 5.** Distribución porcentual por cargos, de quién reporta los eventos adversos presentados en la ESE HFLJM, durante el período comprendido entre el 1° de enero al 31 de octubre de 2010.

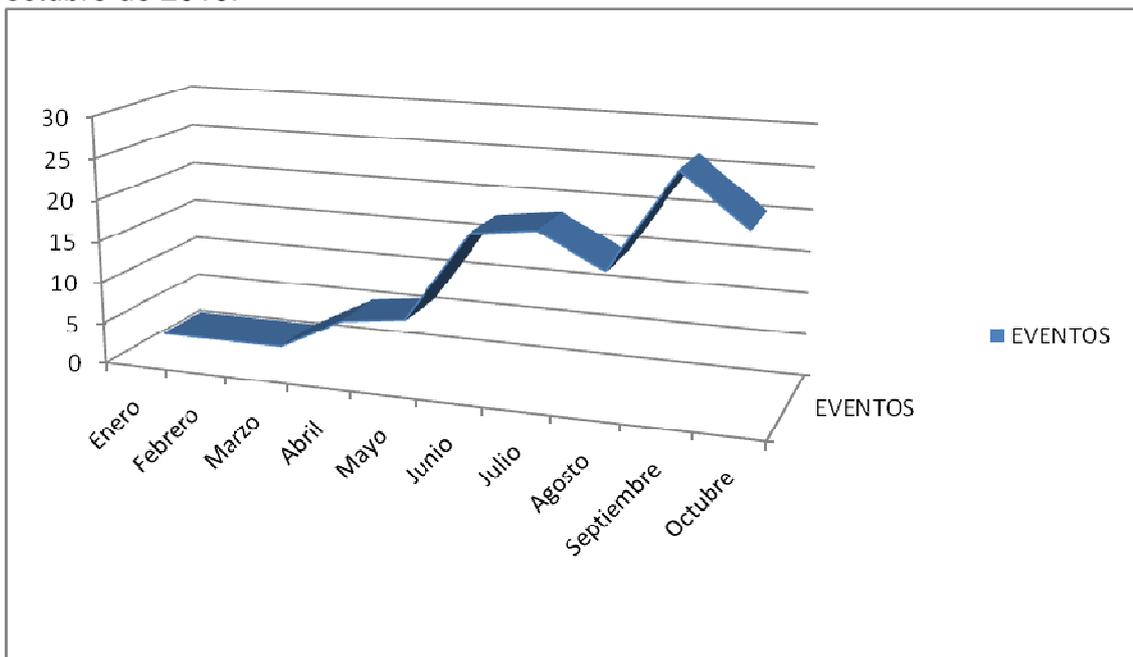


Fuente: archivo administrativo de la ESE Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa.

Hay una distribución porcentual similar e importante, entre las auxiliares de enfermería (40%) y el profesional de enfermería (53%), como los principales empleados que hacen reporte de eventos adversos.

## COMPARATIVO DE EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS DE ENERO A OCTUBRE DE 2010

**Grafico 6.** Distribución porcentual por meses de los eventos adversos presentados en la ESE HFLJM, durante el período comprendido entre el 1° de enero al 31 de octubre de 2010.



Fuente: archivo administrativo de la ESE Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa.

Se evidencia como a medida que se progresa a través del tiempo, aumenta el número de reportes de eventos adversos, el primer trimestre del año se conservó el mismo porcentaje de reporte (2%) mensual, en el segundo trimestre aumento de un 5% a un 15%, y en el tercer trimestre están representados el 51% del total de eventos adversos reportados, mostrando un índice elevado en el mes de septiembre (22%). Se puede observar del inicio del cuarto trimestre, sigue conservando un porcentaje promedio similar al de los últimos 5 meses.

**CLASE DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS DURANTE EL PERÍODO  
COMPENDIDO ENTRE EL 1° DE ENERO Y EL 31 DE OCTUBRE DE 2010.**

**Tabla 2.** Número y distribución porcentual de los eventos adversos presentados durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de octubre de 2010.

<b>EVENTO ADVERSO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Reingresos	75	66%
Caída paciente	14	12%
Reacción alérgica a medicamento	7	6%
Admón. Inadecuada medicamentos	7	6%
Parto en cama	4	3%
Flebitis	3	3%
Endometritis posparto	2	2%
Infección intrahospitalaria	1	1%
ESAVI	1	1%
Extravasación	1	1%
Mortalidad perinatal	1	1%
Complicación materna	1	1%
Lesión con material medico	1	1%
Error reporte laboratorio	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

Fuente: datos obtenidos de los reportes a eventos adversos.

De las diferentes situaciones que se estipulan como evento adverso, los reingresos al servicio de urgencias antes de las 72 horas, representan como lo muestra la tabla, el porcentaje más alto de evento adverso reportado (66%), seguido de caída del paciente (11%).

**Tabla 3.** Primeras causas de reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias de la ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez, en el período comprendido entre enero y octubre de 2010.

<b>MES</b>	<b>CAUSA DE REINGRESO</b>	<b>NUMERO CASOS</b>
Enero	Dolor abdominal	1
Febrero	Síndrome febril	1
Marzo		0
Abril	Dolor abdominal	1
	Síndrome febril	2
	EDA	1
Mayo	EDA	1
	Gastritis	1
Junio	Síndrome febril	4
	Cefalea	4
	Urolitiasis	3

Julio	Síndrome febril	4
	Dolor abdominal	3
	Lumbalgia	2
Agosto	Síndrome febril	13
	Dolor torácico	2
	Lumbago	1
Septiembre	Dolor abdominal	4
	Síndrome febril	12
	Cefalea	1
Octubre	Síndrome febril	8
	Dolor torácico	4
	Dolor abdominal	2

Fuente: datos obtenidos de los reportes a eventos adversos.

#### COMPARATIVO DE EVENTOS ADVERSOS POR TRIMESTRE DE 2010

**Tabla 4.** Comparativo por trimestres de los eventos adversos reportados en la ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez, en el período comprendido entre enero y octubre de 2010.

EVENTOS ADVERSOS	TERCER TRIMESTR E	SEGUNDO TRIMESTR E	PRIMER TRIMESTR E	TOTAL EVENTO S
Reingreso	56	17	2	75
Caída de paciente	10	2	2	14
Mortalidad perinatal	1	0	0	1
Lesión material medico	1	0	0	1
Administración inadecuada medicamentos	3	3	1	7
Reacción alérgica a medicamentos	2	4	1	7
Flebitis	3	0	0	3
Error reporte de laboratorio	1	0	0	1
Endometritis posparto	1	1	0	2
Infección intrahospitalaria	1	0	0	1
Parto en cama	3	1	0	4
Complicación materna	1	0	0	1
ESAVI	1	0	0	1
Extravasación	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>119</b>

Fuente: datos obtenidos de los reportes a eventos adversos.

Al analizar los resultados durante los tres trimestres en conjunto, sobresale el reingreso como principal evento adverso, seguido de caídas del paciente. Se puede evidenciar además la tendencia creciente en el número de reportes de eventos, siendo el tercer trimestre el que más aporta, con el 66%. Sin embargo, si analizamos individualmente cada trimestre, el primer trimestre con un total de 6 casos de eventos reportados, el 33% representa los eventos adversos relacionados con caída del paciente e igual porcentaje el reingreso al servicio de urgencias antes de las 72 horas. Durante el segundo trimestre se obtuvo un notable aumento (61%) en el reporte de reingresos al servicio de urgencias antes de las 72 horas. Y en el tercer trimestre, como se anotó anteriormente, supera todos en cuanto a número de eventos reportados, no obstante el reingreso sigue siendo el evento que más se presenta, seguido de la caída del paciente, conservándose las frecuencias de ambos en todos los trimestres.

#### **EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS EN LOS CUALES SE NOTIFICA TOMA ACCIONES DE TIPO CORRECTIVO PARA LOS MISMOS**

**Grafico 7.** Distribución porcentual de las acciones correctivas de los eventos adversos presentados en la ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez, durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de octubre de 2010.



Fuente: archivo administrativo de la ESE Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa.

Frente a todo evento adverso debe establecerse medidas correctivas que mitiguen o corrijan los efectos del mismo, para el total de eventos reportados en el 96% de estos se registra toma de medidas correctivas, mientras que el 4% no aparece ningún registro, es de aclarar, que la situación anterior, no necesariamente significa que no se toman medidas correctivas en caso del evento adverso, pues existe la posibilidad, que si se realicen dichas medidas, pero no se registre en el formato de reporte de eventos adversos.

## 6. DISCUSIÓN

La presencia de un evento adverso se debe a serie de factores y circunstancias que confluyen y permiten que surja el error en los procesos de atención en salud.

Si relacionamos la aparición de eventos adversos con la edad de la población que con mayor frecuencia padece un evento, se puede afirmar que se presentan con mayor frecuencia en es el grupo poblacional entre 0 y 10 años de edad, siendo el servicio donde más ocurren éstos eventos, el área de urgencias en el 83% de los casos y que están representados por reingresos y caídas del paciente, además porque es el servicio que más atenciones aporta, sin embargo, no es el servicio que presenta la mayor proporción de eventos en relación con el número de atenciones realizadas.

Se evidencia que los eventos adversos se relacionan estrechamente con la atención en salud que se brinda en el servicio de urgencias, puesto que es un área de gran congestión de pacientes con atención inmediata de patologías agudas y críticas, sin embargo ésta afirmación carece de valor si comparamos el número de eventos adverso reportados en cada servicio con el número de atenciones realizadas en ese servicio, es decir, en el servicio de urgencias la proporción de eventos adversos es de 0.3 por cada millón de atenciones, siendo la proporción en hospitalización de 100, laboratorio 1 y crecimiento y desarrollo de 5 por cada millón de atenciones.

Se evidencia que la ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez, del municipio de Carepa, tiene implementado un manual de seguridad del paciente, sin embargo no existe la cultura del reporte en todo el personal involucrado en la atención del usuario, siendo el personal profesional de enfermería los que tienen esta responsabilidad, creando la necesidad de sensibilizar a los mismos, sobre la importancia de reportar la ocurrencia de eventos adversos y asumirse como una responsabilidad y compromiso de todo el equipo de salud.

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud, por lo que se hace necesario el compromiso y la cooperación de sus diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que disminuyan los riesgos que de ella se derivan y brindar una atención segura y de calidad.

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud es por esto que el diseño e implementación de un sistema de registro y análisis de la información (base de datos) de los incidentes y eventos adversos brinda elementos importantes para la

creación de nuevas estrategias para el mejoramiento de la calidad del cuidado y la disminución al mínimo posible de los eventos adversos asociados a la praxis del cuidado.

La seguridad del paciente se ve influenciada por la interrelación que halla entre las diferentes interdependencias de la institución para la realización de los procesos de atención pues de la buena comunicación y el trabajo en equipo que estas tengan depende que la atención en salud sea sólida, segura y de calidad.

El aumento progresivo en el tiempo en el número de eventos adversos reportados puede tomarse desde dos puntos de vista, en el primero, contempla éste aumento, como un logro para la cultura del reporte, hecho que se evidencia en el plan de capacitación interna, en las socializaciones que fueron realizadas durante el segundo trimestre, específicamente durante el mes de junio de 2010. En segundo lugar como un aumento en la ocurrencia de eventos adversos, esta última situación, afecta la construcción de la cultura de seguridad y una atención con calidad.

Es evidente el alto porcentaje de reporte de reingresos a la institución, los cuales son considerados como evento adverso, según el protocolo IBEAS. Siendo el síndrome febril, el dolor abdominal y el dolor torácico, las tres primeras causas de reingresos al servicio de urgencias, se observa además, el incremento en el número de casos reportados trimestre a trimestre, que traduciéndose desde un punto de vista favorable, nos habla de un aumento en la responsabilidad del equipo de salud en el registro de la ocurrencia de este tipo de situación, sin dejar de lado, la necesidad de intervención en las causas de este evento adverso, puesto que el reingreso hospitalario, varios autores lo conciben como indicativo de una deficiente calidad de los cuidados hospitalarios, aumentando el riesgo de reingreso hasta en 55% cuando los cuidados ofrecidos no han sido de suficiente calidad.

La mayoría de los estudios realizados en lo relacionado con el reingreso están de acuerdo en que existe una variabilidad en las series presentadas en cuanto a los servicios y especialidades estudiadas (urgencias, medicina interna, cirugía, etc.), patología causante, la definición de reingreso, la terminología empleada (readmisión frente a reingreso), etc.; no obstante todos reconocen también que a pesar de todos estos obstáculos, el conocimiento del reingreso en un área determinada de trabajo, puede servir como indicador de calidad local.

El reingreso de los pacientes a los servicios de urgencias se presenta con frecuencia, como consecuencia de un deficiente abordaje y la solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este

indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados. (15)

Lo anterior manifiesta, la necesidad antes propuesta de evaluar y aplicar las herramientas necesarias, para obtener una reducción en el número de reingresos y por lo tanto unos mejores niveles de calidad en la atención.

Se observa la toma de acciones correctivas que mitiguen o corrijan los efectos adversos en el 96%, más no se evidencia durante la investigación, documentos que hablen sobre las medidas preventivas como lo recomienda el ministerio de la protección social en los paquetes instruccionales sobre la seguridad del paciente.

El uso de Metodologías para el análisis de los eventos adversos como el Protocolo de Londres y el Diagrama Ishikawa o de causa y Efecto, facilita un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado para su análisis y planteamiento de acciones que prevengan o disminuyan las fallas en la atención y futuras ocurrencias del evento adverso.

## 7. RECOMENDACIONES

- 1 Continuar con el sistema de registro y análisis de la información (base de datos) de los incidentes y eventos adversos y plantear estrategias encaminadas a minimizar la ocurrencia de eventos adversos. pues el objetivo principal de los sistemas de registro es poder aprender de las experiencias registradas, para lo cual no vale exclusivamente el registro sino que es necesario realizar el análisis y planificar el rediseño de los sistemas a fin de prevenir la ocurrencia.
- 2 Sensibilizar a todo el personal, priorizando los que laboran en el servicio de urgencias, sobre eventos adversos, su prevención, la importancia de la “CULTURA DEL REPORTE” de la ocurrencia de eventos y asumirse como una responsabilidad y compromiso de todo el equipo de salud, como sistema que aporta a la generación de acciones institucionales en pro de la seguridad del paciente. .
- 3 Analizar uno a uno cada evento, asociándolos por causas y estableciendo estrategias de mejoramiento autogestionadas por los servicios.
- 4 Elaborar planes de mejoramiento en cuanto: control de condiciones peligrosas en el ambiente físico, mitigación de eventos adversos, guías de manejo.
- 5 Educar al paciente y su familia 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, y promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
- 6 Definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso.
- 7 Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 República de Colombia. LEY 100 DE 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [documento de Internet] disponible: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>. Consultado marzo 10 de 2011.
- 2 OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud. 23 de marzo de 2002. Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la secretaría. [Sitio de Internet] disponible en: <http://cnts.salud.gob.mx/info2009/legal/blood-4ta-resolucion.pdf>.
- 3 República de Colombia. ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.[documento de Internet] disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/GUIA%20PRACTICA%20DE%20HABILITACION/Normatividad%20Guia%20Practica/Ley%201122%20de%202007%20Modifica%20Ley%20100.pdf>. Consultado marzo 10 de 2011.
- 4 Ministerio de la Protección Social. 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. [documento de Internet] disponible en: [http://www.cruzrojacolombiana.org/normatividad/otras\\_leyes/decreto%201011%20de%202006%20%20Calidad.pdf](http://www.cruzrojacolombiana.org/normatividad/otras_leyes/decreto%201011%20de%202006%20%20Calidad.pdf). Consultado marzo 10 de 2011.
- 5 Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1043 de 2006, Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones [documento de Internet] disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo19022DocumentNo10912.PDF>. Consultado marzo 10 de 2011.
- 6 Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 2006, Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la

---

Atención en Salud [documento de Internet] disponible en: [http://www.cirurgiaplasticafacial.org/noticias/noticias\\_descarga/resolución\\_1446.pdf](http://www.cirurgiaplasticafacial.org/noticias/noticias_descarga/resolución_1446.pdf) . Consultado marzo 10 de 2011.

7 Ministerio de la Protección Social. lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. . [documento de Internet] disponible en: [http://www.ocsav.info/ocs\\_contenidos/LINEAMIENTOSSP.pdf](http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/LINEAMIENTOSSP.pdf). Consultado marzo 10 de 2011.

8 García Barbero Milagros. La alianza mundial para la seguridad del paciente. [documento de Internet] disponible en: [http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza\\_mundial\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf) . Consultado marzo 26 de 2011.

9 República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamiento para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá: Buenos y Creativos; 2008. P.7. [documento de Internet] disponible en: [http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg\\_paciente/docs/LINEAMIENTO\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/docs/LINEAMIENTO_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf). Consultado marzo 26 de 2011.

10 Gobernación de España, ministerio de sanidad y política social. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Seguridad del paciente. [sitio de Internet] disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/presentacion.html>. Consultado marzo 30 de 2011.

11 República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamiento para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá: Buenos y Creativos; 2008. P.18. [documento de Internet] disponible en: [http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg\\_paciente/docs/LINEAMIENTO\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/docs/LINEAMIENTO_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf). Consultado marzo 26 de 2011.

12 Ministerio de la protección social. Protocolo de Londres [documento de Internet] disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite10/protocolo%20Londres.pdf> . Consultado marzo 24 de 2011.

---

13 Diagrama de Causa Efecto [documento de Internet] disponible en: (Ishikawa)<http://www.google.es/#hl=es&biw=1259&bih=564&&sa=X&ei=AqDaTKSiGIP7lweG5OjGCQ&ved=0CBoQvwUoAQ&q=diagrama+ishikawa&spell=1&fp=53337d8f4368220b>. Consultado marzo 24 de 2011.

14 Ministerio de la protección social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el seguridad del paciente en el Sistema obligatorio de garantía y calidad. P.24 [documento de Internet] disponible en: <http://www.google.es/#hl=es&biw=1259&bih=564&q=Herramientas+para+promover+la+estrategia+de+la+seguridad+del+paciente+en+el+seguridad+del+paciente+en+el++Sistema+obligatorio+de+garant%C3%>. Consultado mayo 10 de 2011.

15 Castellanos JL y Cazales-Espinosa. Frecuencia y factores asociados a los reingresos por dolor torácico posiblemente de origen cardíaco en un servicio de urgencias adultos. [sitio de Internet] disponible en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:L2oTFcw2\\_1IJ:bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7\\_2\\_08/mie05208.htm+reingreso+a+urgencias+como+evento+adverso&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=es](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:L2oTFcw2_1IJ:bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_2_08/mie05208.htm+reingreso+a+urgencias+como+evento+adverso&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=es). Consultado mayo 20 de 2011.