

Relación entre la omisión de protocolos de calidad en la UCI meitegral, medicadiz la samaria y los eventos adversos presentes en los pacientes en la unidad

Elaborado por:

Jhonnattan Andrés Díaz Vargas

Luis Alejandro Pinto Villarreal

Universidad Ean

Seminario Investigación

Auditoria y garantía de la calidad en salud

Ibagué

01/06/2022

Ficha de Viabilidad del Proyecto de Investigación Información General

Información del estudiante 1	Nombre: Jhonnattan Andrés Díaz Vargas
	Correo institucional: jdiazva59869@universidadean.edu.co
	Programa al que pertenece: Auditoria y Garantía de Calidad en Salud
Información del estudiante 2	Nombre: Luis Alejandro Pinto Villarreal
	Correo institucional: lpintov81057@universidadean.edu.co
	Programa al que pertenece: Auditoria y Garantía de Calidad en Salud
Campo de investigación:	Ciencia, tecnología e innovación.
Grupo de investigación:	GIS (Grupo de Investigación en Salud)
Línea de investigación:	Gestión en Salud
Título tentativo del proyecto:	Relación entre la omisión de protocolos de calidad en la UCI meitegral, medicadiz la samaria y los eventos adversos presentes en los pacientes en la unidad.

Contenido

- Resumen.....4
- Pregunta de investigación.....6
- Objetivo general.....6
 - Objetivos específicos.....6
- Justificación.....7
- Marco teórico.....8
- Metodología.....13
 - Definición de variables.....14
 - Variabes a correlacionar.....16
 - Alcance.....16
- Diseño metodológico.....17
- Técnica de análisis.....18
- Resultados.....18
- Discusión.....29
- Conclusiones.....31
- ANEXO 1.....34
- Referencias.....37

Resumen

La seguridad del usuario, representa un reto para todos los entes involucrados en las prestaciones de servicios en salud, debido que a nivel nacional e internacional se ha evidenciado un moderado índice de morbilidad asociada a atenciones inseguras en servicios de alta complejidad, como el servicio de cuidado crítico adulto. Es por eso que las legislaciones territoriales, por medio del sistema único de acreditación en salud, introduce como requisito de acreditación un sistema de reporte de eventos adversos, como estrategia obligatoria de seguimiento de la gestión de calidad en cada una de las instituciones prestadoras de servicios en salud. Teniendo en cuenta el ambiente de alto riesgo vivido en las UCI reportándose en Colombia en este servicio un (98,3%) de los eventos seguido de unidades médicas (63 %) y servicios quirúrgicos (32,4 %). (1).

Así mismo es de gran importancia en el sector salud realizar estudios académicos de tipo descriptivo, con el fin de analizar de manera específica y secuencial el proceso de adherencia a protocolos, reportes oportunos y estrategias complementarias en la unidad de cuidados intensivos, por medio de la integralidad multidisciplinaria del equipo de trabajo académico y profesional.

En la actualidad los eventos adversos en salud constituyen un problema frecuente para cualquier institución de salud, desde las áreas de calidad y de las unidades de análisis de salud se emiten protocolos después de la recolección datos para los diferentes planes de mejora. En los diferentes eventos adversos que se pueden observar siempre se puede hay un actor común, el personal asistencial en salud y la omisión de los protocolos en las diferentes áreas de una institución de salud.

Tal como se pueden describir los tipos de eventos adversos, tenemos múltiples formas de categorizarlos, tanto como el grupo de edad, genero, la hora en que ocurren, pero siempre se pueden diferenciar dos características, un evento adverso, que es un daño no intencional y error médico que es un acto de mala fe los cuales llevan a complicaciones en los estados de salud del paciente (Parellada Blanco et all, 2018). Por lo anterior se deben tener en cuenta toda la cantidad de eventos que pongan en riesgo la salud y seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos para así poderlos clasificar con base a su frecuencia, la gravedad del evento, su relación en prolongación de estancias, secuelas producidas y el costo generado, esta última en relación con los sobrecostos para corregir la conducta errada o cuantificar las glosas derivadas por el incumplimiento a la política de seguridad del paciente y que las empresas aseguradoras podrían argumentar no asumir ese costo ya que harían directamente responsable a la IPS. Teniendo en cuenta los resultados se idearán estrategias para incentivar o estimular la adherencia a los protocolos y tener un mejoramiento continuo en virtud de la salud del paciente y fortalecer la UCI meintegral, la samaria como unidad de referencia en temas de seguridad de paciente y que aporte bases para continuar con investigación de dichos eventos y las estrategias innovadoras para mejorar.

Palabras clave: Evento adverso, protocolo de calidad, unidad de cuidados intensivos, protocolo de Londres, listas de chequeo, meintegral la samaria.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación entre la omisión de protocolos de calidad en la UCI meintegral, medicadiz la samaria y los eventos adversos presentes en los pacientes en la unidad?

Objetivo general.

Identificar la relación entre la omisión de protocolos de calidad de la UCI meintegral, medicadiz la samaria y los eventos adversos presentes en los pacientes en la UCI

Objetivos específicos.

- Recopilar la información existente de listas de chequeo institucionales aplicadas a los eventos adversos asociadas a la atención del personal en salud por la poca o nula adherencia de protocolos y/o guías de atención clínica.
- Analizar datos e información objetiva y/o subjetiva por medio de herramientas como estudio observacional en campo y análisis estadísticos con énfasis porcentual.
- Establecer un diagnóstico oportuno frente al proceso de eventos adversos asociadas a la atención del personal de salud, con el fin de mejorar las condiciones propias de los usuarios durante su estancia intrahospitalaria.
- Diseñar estrategias de calidad en salud enfocado a reducir los eventos adversos asociados al cuidado de salud de pacientes en estancia intrahospitalaria en la unidad de cuidados intensivos en la IPS Meintegral sede Samaria.

Justificación

La presente investigación se enfoca en determinar la relación que existe entre los eventos adversos y la adherencia a protocolos institucionales frente al cuidado de la salud de los pacientes en estancia intrahospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos, teniendo en cuenta la base de datos estandarizada con la que cuenta la institución prestadora de servicios en salud en donde reposa el reporte de los eventos en un periodo comprendido para el año 2021, así mismo es de gran relevancia recordar los últimos indicadores y resultados arrojados a nivel Latinoamérica sobre eventos adversos prevenibles, agregado al cuidado de la salud por parte del equipo multidisciplinario.

La atención en salud es inherente al riesgo de aparición de eventos adversos, los cuales generan lesiones y/o daños al usuario, pudiendo ocasionar aumento en la estancia intra hospitalaria, costos desmesurados, discapacidad, reingresos al servicio y muerte en el peor de los desenlaces. En servicios de alta complejidad, tales como cuidado crítico en donde se amparan pacientes en condiciones de salud complicadas, se generan estados de susceptibilidad que facilitan la aparición de eventos e incidentes durante el cuidado integral, es por eso que se decide realizar una revisión sistemática sobre eventos adversos en la unidad de atención crítica, relacionado al proceso de atención prestado por todo el equipo multidisciplinario en salud que comprende el talento humano. Al realizar dicha revisión académica se busca analizar la información comprendida en el lapso de tiempo mencionado previamente, para de manera posterior generar recomendaciones que contribuyan a disminuir los riesgos en salud, el cual impactara a la institución en cuanto a disminución de costos, estancias prolongadas e implicaciones jurídica o legales.

De igual manera se espera que con los resultados obtenidos se dé inicio a nuevos estudios a nivel departamental y nacional por parte de la red Meintegral S.A.S, permitiendo tomar decisiones oportunas que mejoren el sistema de monitoreo del programa de seguridad del paciente. En el caso del posgrado auditoria y garantía de la calidad en salud, se espera que esta revisión incentive estudios en mayor proporción frente al impacto de los eventos adversos para los usuarios como para los profesionales de la salud involucrados en los sucesos durante el cuidado en salud.

La investigación académica a realizar se pondrá en práctica teniendo en cuenta problemáticas asociadas al cuidado en servicios de alta complejidad de gran importancia en el sector salud, estudiadas por medio de las siguientes estadísticas reportadas por el ministerio de salud, entre 2 0 3 de cada 10 usuarios presentan eventos adversos en unidades de cuidado critico (25 – 30%), asociada al desconocimiento de protocolos institucionales. El estudio será de tipo descriptivo argumentativo con el fin de analizar la información recopilada por medio de la base de datos institucional en un periodo de tiempo anual comprendido entre el 2021, para posteriormente estudiar de manera estadística la información, recomendando la creación o re estructuración de instrumentos de recolección y análisis de eventos adversos, con sus respectivas estrategias de mejora. Lo cual es de gran importancia de modo trascendental, debido a que los resultados podrán ser aplicables a otros fenómenos, ayudando a explicar y entender las dinámicas de atención en unidades de cuidado crítico.

Marco teórico

En la actualidad en los diferentes servicios en las instituciones de salud se han preocupado por disminuir la cantidad de eventos adversos en salud, teniendo en cuenta el

costo de los mismos por estancias prolongadas y procedimientos adicionales que en ocasiones no son reconocidos por las EPS, así mismo la incidencia negativa en el pronóstico del paciente; si tenemos en cuenta que la misma definición de evento adverso hace referencia, el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño, los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles (república de Colombia, ministerio de protección social, 2010). Es por lo anterior que desde hace algo más de una década se propuso la cultura de seguridad del paciente en cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud desde una política que debía ser institucional y se incluyó dentro de los procesos de habilitación para permitir el funcionamiento de cada una de las entidades y así poder realizar monitoreo y planes de mejora a este proceso.

Los eventos adversos pueden presentarse en cual espacio donde se presten servicios de salud, donde se realicen procedimientos y en espacios que el paciente se encuentre por un espacio de tiempo, para el caso particular de los eventos adversos que se presentan en las unidades de cuidados intensivos, se consideran eventos importantes en salud pública, los cuales impactan diferentes campos desde el riesgo a los cuales se exponen los pacientes y el propio personal de salud que se expone a accidentes e incluso enfermedades derivadas de las acciones inseguras en la prestación de servicios de salud (Araujo-Rosero et all, 2021). Dicho riesgo es independiente del tipo de UCI (adultos, pediátrica o neonatal) y su ubicación, la mayoría de los eventos adversos son atribuibles a errores prevenibles y estos errores se hacen más frecuentes en pacientes con estancia prolongada (Parellada Blanco et all, 2018) lo cual se puede atribuir a la adopción de rutinas en las cuales se toma más confianza y se adoptan conductas repetitivas de las cuales no hay total aplicación de protocolos de seguridad. Adicionalmente se han tenido diferentes postulaciones como que la calidad de vida

del trabajador puede influir en conductas inseguras y esto replicaría en incapacidades laborales (Chumbilla y Huamanpi, 2021); Teniendo en cuenta lo anterior no debemos dejar de lado que desde el momento que se ingresa a una UCI se debe tener en cuenta que estos espacios están creados para poder brindar cuidados exhaustivos que no se pueden brindar en una hospitalización general y que los demandan principalmente por el estado crítico de salud del paciente, es por eso que para el sistema de salud de Colombia como se dijo adicionalmente se incluyó en los procesos prioritarios de la resolución 3100 que, en la actualidad se encuentra pendiente de validación por la pandemia por COVID-19, se ampliaron los plazos para su implementación.

Desde ministerio de salud nacional también se adoptó el protocolo de Londres como modificación de “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos” donde se investiga, se analiza y emiten recomendaciones respecto al accidente, dicho documento cataloga como acción insegura como “Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo” (República de Colombia, ministerio de salud), En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras. Dichas acciones que son en su mayoría atribuidas al personal alrededor del paciente tienen consecuencia directa o desenlazan en un evento adverso, algunas veces, la menor parte de los casos se dan desde directrices administrativas. Si se utiliza el protocolo de Londres podemos dejar al descubierto los procesos que llevan a acciones inseguras (figura 1):

Figura 1. Protocolo de Londres



Fuente. tomada de (República de Colombia, ministerio de salud)

Como se puede apreciar en el diagrama hay diferentes factores que contribuyen a las diferentes acciones inseguras en un servicio de salud, tales como los pacientes quienes también a partir de sus decisiones en el ámbito hospitalario o de consulta externa al desconocer potenciales riesgos se exponen a ellos causando accidentes; la tecnología que desde su funcionamiento y manipulación que de la misma forma por sus fallas sea a partir de la omisión en mantenimiento o mala manipulación no por no adherencia a protocolos o falta de capacitación; el equipo de salud concebido como acciones individuales o grupales y que toman decisiones o realizan acciones, las cuales desde la ética del profesional siempre están encaminadas y con la premisa de no hacer daño a los pacientes, pero algún tipo de

desconocimiento u omisión de información básica puede llevar a desencadenar los eventos adversos.

Para el caso particular de nuestra investigación en la unidad de cuidados intensivos, haremos hincapié en conocer los eventos adversos y del análisis que se ha realizado a estos conocer realmente cuantos fueron por omisión de protocolos institucionales de seguridad del paciente dado que los análisis de datos de diferentes unidades y sitios de atención se concluye que la mayoría de riesgos son prevenibles y se pueden disminuir riesgo como los son operativos, financieros, reputacionales que son los principales para las instituciones prestadoras de servicios de salud o IPS (Arrieta Leottau et all, 2021).

En la actualidad los diferentes procesos de prestación de servicios de salud se auditan desde las áreas de calidad y de allí derivan los planes de mejoramiento estrategias que han mejorado los resultados de las diferentes estadísticas negativas, como encontró Beltrán, Rodríguez, L. et all (2021), se han utilizado procesos como listas de chequeo, como nos muestra el resultado, donde se ha presentado reducción de mortalidad quirúrgica, en áreas de hospitalización, y demás servicios con acciones como adecuada identificación del paciente, el buen uso de los elementos de protección personal, las capacitaciones, revisiones de casos e incentivos a los mejores resultados en seguridad del paciente.

Lo anterior tiene además del beneficio obtenido para los pacientes un mejor funcionamiento y reputación de los servicios, con la mejoría de los diferentes estándares y reducción de estancias, disminución en costos y glosas, mejoría en la reputación y beneficios para la salud de cada uno de los pacientes, para el caso en particular de los pacientes que pasan por la unidad de cuidados intensivos, pero teniendo en cuenta que en la actualidad en nuestro país se cuenta con pocas cifras para conocer el valor real de la cantidad de eventos

aversos, en donde su mayoría se dan por desconocimiento y poca capacitación en dicha política de seguridad del paciente (Agudelo, Seña, Y. et all 2021)

Finalmente podemos evidenciar que en información teórica se cuenta con una buena base a y propuestas para hacer los seguimientos a la seguridad del paciente pero para verificar y monitorear la aplicación de estos se deben tener en cuenta diferentes variables para así poder determinar la realidad en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud y cuál es el impacto directo en las UCI, para nuestro caso particular ya que no contamos con cifras o valores de base que lleven a una tendencia y adicionalmente poder conocer cuántos de estos eventos adversos están ligados a no aplicar los protocolos institucionales establecidos, ya sea para los pacientes, los trabajadores del sector salud y las instituciones, teniendo como consecuencia un deterioro en la calidad de los servicios prestados, una reducción en la oferta de servicios ya sea por no habilitación o por cierre por no viabilidad financiera de los servicios y esto tendría consecuencia directa en el aumento de la prevalencia de ciertas enfermedades o incluso un aumento en la mortalidad de diferentes patologías, dado la poca disposición para manejar ciertas patologías de salud.

Metodología

La investigación tendrá como pilar fundamental una revisión bibliográfica, la cual, de manera sistemática pretende cumplir con el objetivo de documentar cuáles son los eventos adversos más frecuentes en la unidad de cuidados intensivos adulto frente a la adherencia de protocolos institucionales, adoptados y aprobados en comité de seguridad del paciente, con relación a la atención prestada por el equipo multidisciplinario del servicio, en un periodo anual comprendido para el 2021.

Definición de variables

- **Tipo de Variable:** cuantitativa discreta.
- **Diseño:** Estudio multicéntrico (Cuali – Cuantitativo), descriptivo correlacional.
- **Ámbito:** Participara la unidad de cuidado intensivo adulto Meintegral, sede Samaria Ibagué – Tolima, durante el periodo de anual comprendido para el 2021.
 - **Población:** “ESTANDAR”, Pacientes críticos adultos que presentaron eventos adversos (EA), notificados por enfermería, y que cumplieron los criterios de inclusión del estudio.
 - **Criterios de inclusión:** Pacientes críticos adultos que presentaron eventos adversos (EA), notificados por enfermería, atendidos por cualquier especialidad médica, ocurridos durante el ingreso, permanencia o traslado.
 - **Criterios de exclusión:** Aquellos pacientes críticos adultos que presentaron incidentes, notificados por enfermería. Se entiende como casi evento adverso a una circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que cuando ocurre se incorporan fallas en los procesos de atención.
 - **Muestra:** Casos reportados como eventos adversos en la UCI meintegral.
 - **Técnica de muestreo:** Consecutivo secuencial de todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, reportados en el formulario digital presentado en línea, en la web institucional.
 - **Cálculo de tamaño de la muestra:** con un nivel de confianza del 97 %, una precisión del 3 % y una proporción de evento adverso del 50 % (referente en la literatura reporta 1 a 32 %), se calculó un tamaño de muestra de “pendiente” que se esperó recolectar durante un periodo de tiempo determinado de 12 meses.

- **VARIABLES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS:** La variable primaria (Tabla #1) correspondió a los eventos adversos: categorías, clasificación y gravedad; las secundarias (Tabla #2) a los factores relacionados y características sociodemográficas- clínicas (Tabla #3).

Tabla 1. Variable primaria, eventos adversos

TABLA #1.	
CATEGORIAS	DEFINICION OPERATIVA
MEDICAMENTOS	Errores en prescripcion, transcripcion, dispensacion, preparacion, administracion y monitorizacion.
VIA AEREA	Obstruccion de la via aerea, extubacion no programada, reintubacion, desconexion accidental de la ventilacion, progresion del tubo endotraqueal, atelectasias, barotrauma, broncoaspiracion.
ACCESOS VASCULARES	Retiro accidental, desconexion no programada, flebitis.
SONDAS, TUBOS Y DRENAJES	Desconexion no programada, retiros accidentales.
EL CUIDADO	Caida, inmmovilizacion, upp, otros.
INFECCION ASOCIADA AL CUIDADO	Neumonia asociada al ventilador, bacteremia asociada al cateter, infeccion del tracto urinario asociado a sonda uretral.
OTROS	Procedimientos, falla en equipos, pruebas diagnosticas.

Fuente. Creación Propia

Tabla 2. Variable secundaria, características clínicas

TABLA #2.	
VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA
INTRINSECOS	Condicion clinica
	Factores Sociales
	Factores mentales
	Relaciones interpersonales
EXTRINSECOS	Tratamiento y cuidado intra hospitalario
	Factores individuales del trabajador, aspectos fisicos y psicologicos
DEL SISTEMA	Factores de comunicacion
	Factores ligados a la tarea: Guias, protocolos, procedimientos y politica de seguridad del paciente
	Factores ligados a la formacion y entrenamiento: competencia, supervision y tiempo.

Fuente. Creación propia

Tabla 3. Variables secundarias, características sociodemográficas

TABLA #3	
VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA
GENERO	Masculino - Femenino
EDAD	Rangos
TIPO DE SERVICIO	Unidad De Cuidados Intensivos
LUGAR DEL SUCESO	Durante el traslado - Servicio
TURNO	Día - Noche
REPORTE A LA FAMILIA	Sí - No
ESTADO DE CONSCIENCIA	Alerta - Agitado - Sedado - Inconsciente (Rass)
SCORE	Tiss - Apache
RATIO ENFERMERA - PACIENTE	1:1 - 1:2 - 1:3 - 1:4 - 1:5

Fuente. Creación propia

Variables a correlacionar

1. Extrínseca (Factores Individuales del trabajador) y Sistema (Factores ligados a tareas + formación y entrenamiento del personal de la salud) Vs Cuidado, medicamentos, infecciones asociadas al cuidado, acceso vasculares y ratio enfermería – paciente.

Alcance

Por otro lado, el alcance es descriptivo – correlacional con un tipo de muestra probabilística, en un universo estándar que es el cliente externo que requirió atención de alta complejidad en la unidad de cuidados intensivos. Teniendo en cuenta el tipo de información que se necesita recolectar se ha decidido utilizar la metodología mixta por medio de la cual se

recoge información de tipo cuantitativo y cualitativo, dentro de las cuales se resaltan los siguientes aspectos (Núñez, 2017):

“Recojo y análisis convincente y riguroso de los datos, a la vez cualitativos y cuantitativos (basados en preguntas de investigación); mezcla (o integración o relación) de estos dos tipos de dato según dos posibilidades: “simultánea” para combinarlos (o fusionarlos), o “secuencial” para privilegiar una construcción por sobre la otra (o bien para insertar una en la otra); dar prioridad a una de las dos formas o bien encontrar un equilibrio en ambas (en términos de la dominante que se quiere otorgar a la investigación); emplear los procedimientos en un estudio o en diferentes fases de un programa de investigación; incorporar los procedimientos teniendo en cuenta la complejidad del mundo y los marcos teóricos empleados; combinar estos procedimientos dentro de las concepciones específicas de la investigación, en vínculo directo con el plan que conduce el estudio.”

Diseño metodológico

La revisión académica, pretende adoptar estudios de tipo descriptivo correlacional, bibliométrico, retrospectivo, observacional y documental, con un paradigma lógico – positivista, debido a que se estudia la existencia de una realidad objetiva en un escenario real que es posible conocer por medio de métodos de análisis cuantitativos, permitiendo explicar y predecir los fenómenos en salud con relación a la atención proporcionada por el cliente interno de la unidad de cuidados intensivos.

Para simplificar, la actual investigación cuenta con un conocimiento de tipo declarativo más un enfoque cuanti-cualitativo en virtud de la revisión de bases de datos institucionales en las que reposan los eventos adversos asociados al cuidado en el periodo de tiempo a estudiar,

se utilizara como población todos los pacientes ingresados a la UCI de meintegral de la samaria, se van a seleccionar los eventos adversos que se presentaron y se hará especial énfasis en los que son prevenibles.

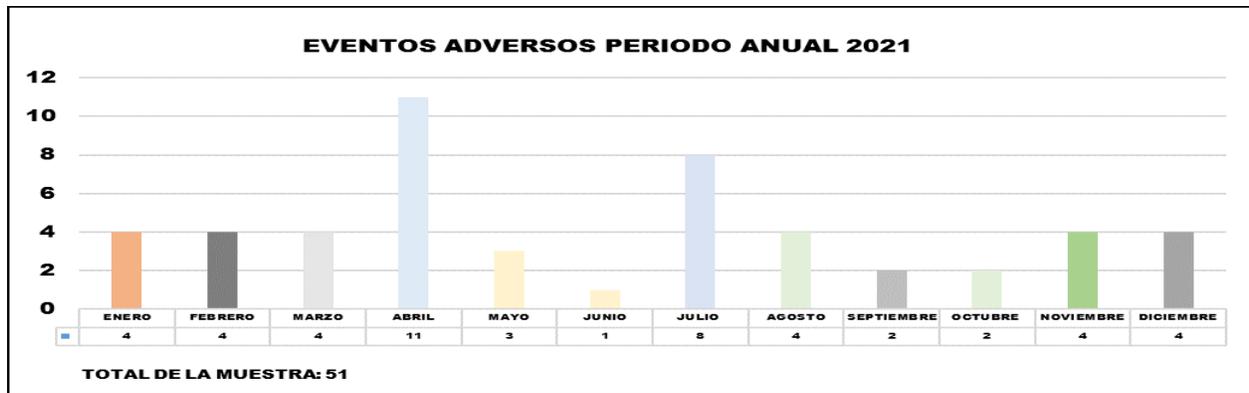
Técnica de análisis

Se definió el uso de instrumento en el cual se interroga de manera anónima, solicitando únicamente definir la profesión de quien está diligenciándolo, donde se indaga sobre el conocimiento de política de seguridad del paciente, las diferentes guías y protocolos de la institución, la socialización de las mismas, su retroalimentación, si ha tenido como funcionario o no eventos adversos, el proceso de reporte y el manejo dado por la empresa. Dicho instrumento fue validado con personal asistencial de la IPS ToliHuila, sede tipo A de la ciudad de Ibagué con aprobación y aceptación por parte del personal encuestado.

Resultados

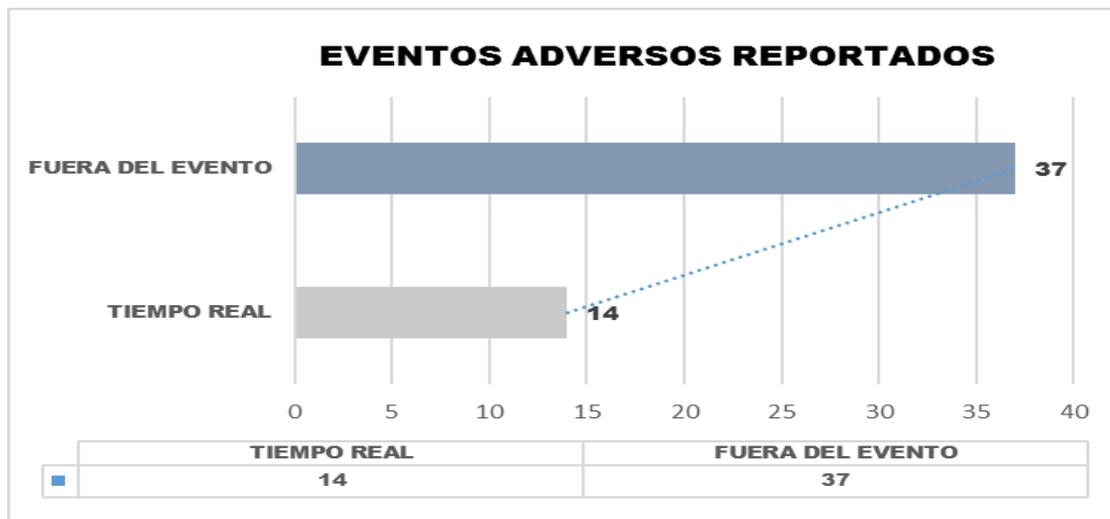
Para la unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA) de meintegral la samaria, durante los 12 meses del año 2021, luego del análisis del reporte de los eventos adversos, evidencia que para el mes de Enero se reportaron 4 (8%) eventos adversos, Febrero 4 (8%), Marzo 4 (8%), Abril 11 (22%), Mayo 3 (6%), Junio 1 (2%), Julio 8 (16%), Agosto 4 (8%), Septiembre 2 (4%), Octubre 2 (4%), Noviembre 4 (8%), Diciembre 4 (8%), para un total de 51 eventos adversos reportados dentro de UCIA (figura 2), de los cuales el 27% (14) se reportaron en tiempo real y 73% (37) se realiza posterior a la ocurrencia del evento (figura 3); se puede observar que no se gestionaron 31 eventos (59%) y 21 eventos (41%) si se hizo de manera adecuada, como se aprecian en la figura 4.

Figura 2. Eventos adversos periodo anual 2021



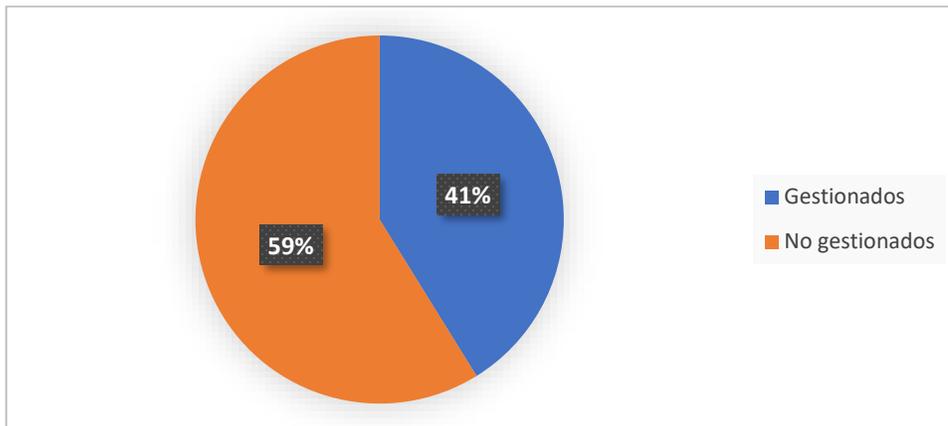
Fuente. Creación Propia

Figura 3. Eventos Adversos reportados



Fuente. Creación Propia

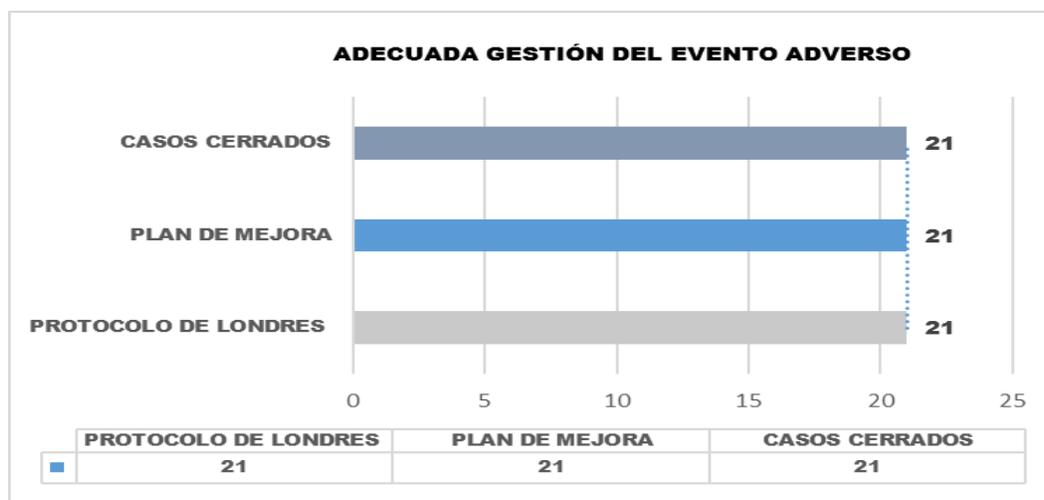
Figura 4. Gestión eventos adversos en 2021



Fuente. Creación propia

De la totalidad de eventos gestionados, para todos se realizó una adecuada gestión con relación a lo establecido por la institución y la normatividad vigente, desde su reporte, acorde al protocolo de Londres se realiza un adecuado análisis y se emitió un plan de mejora desde el área de calidad (Figura 5).

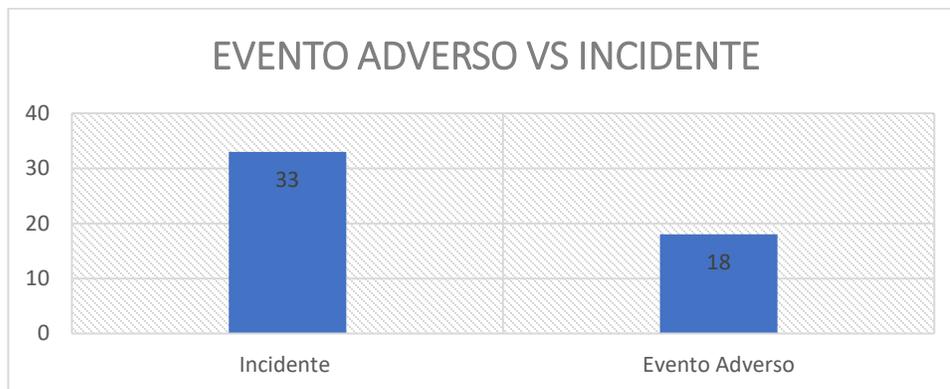
Figura 5. Adecuada gestión de eventos adversos



Fuente. Creación propia

Del análisis obtenido mediante protocolo de Londres se obtuvo de acuerdo a las definiciones que de los eventos reportados, 18 se ajustaban a la definición de evento adverso y 33 se catalogaron como incidente

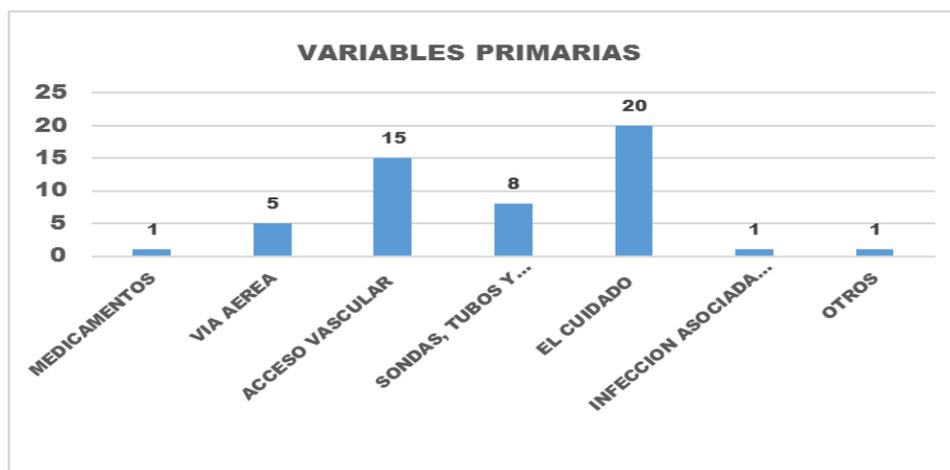
Figura 6. Eventos adversos e incidentes en 2021



Fuente. Creación propia

Continuando con el análisis para nuestras variables primarias seleccionadas para ser estudiadas (medicamentos, vía aérea, acceso vascular, sondas, cuidado del paciente, infección asociada al cuidado del paciente y otros) se obtuvieron los siguientes resultados:

Figura 7. Variables Primarias

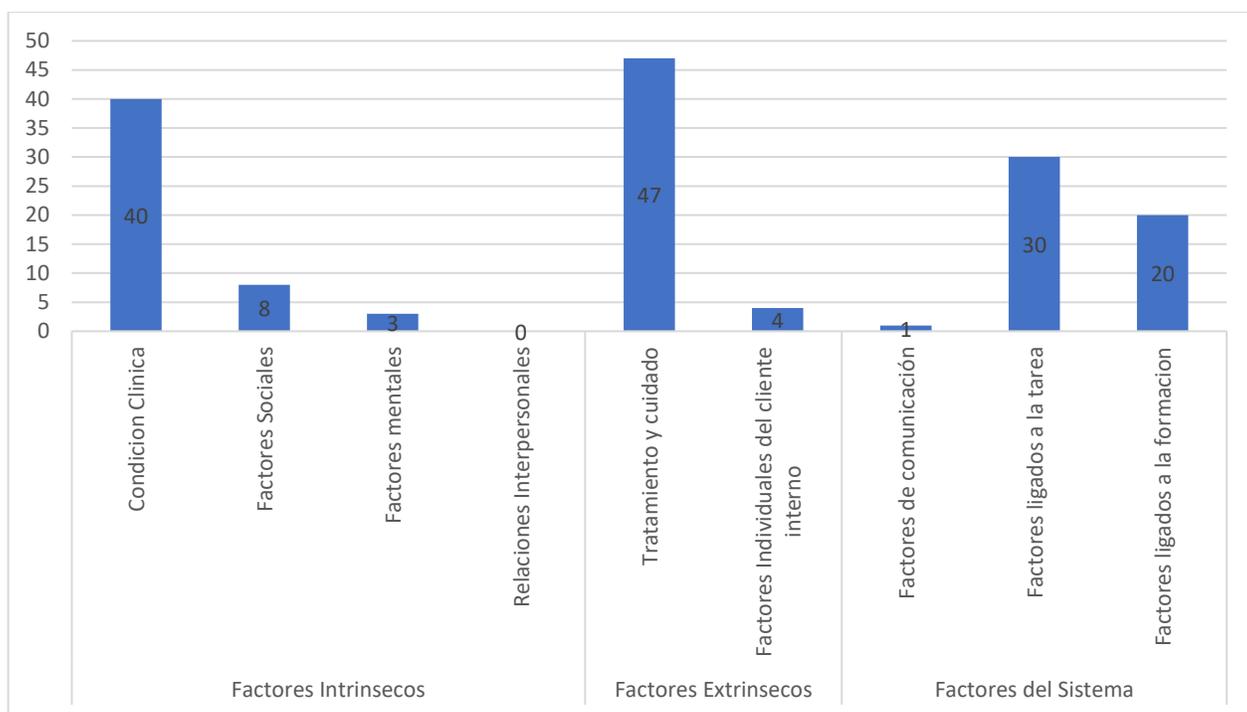


Fuente. Creación propia

Siendo evidente que la variable asociada con mayor cauda de evento adverso fue la relacionada con cuidado propio del paciente con un 39.21% (20), seguido de manipulación de sondas con 15,68% (8), en tercer lugar los accesos vasculares con 29.41% (15), en menor proporción tenemos vía aérea con 9.8% (5) y con 1 evento medicamentos, infección asociada al cuidado del paciente y otros cada uno 1.96%.

Para la variable secundaria definidas en la tabla 2 tenemos el siguiente resultado:

Figura 8. Variables secundarias



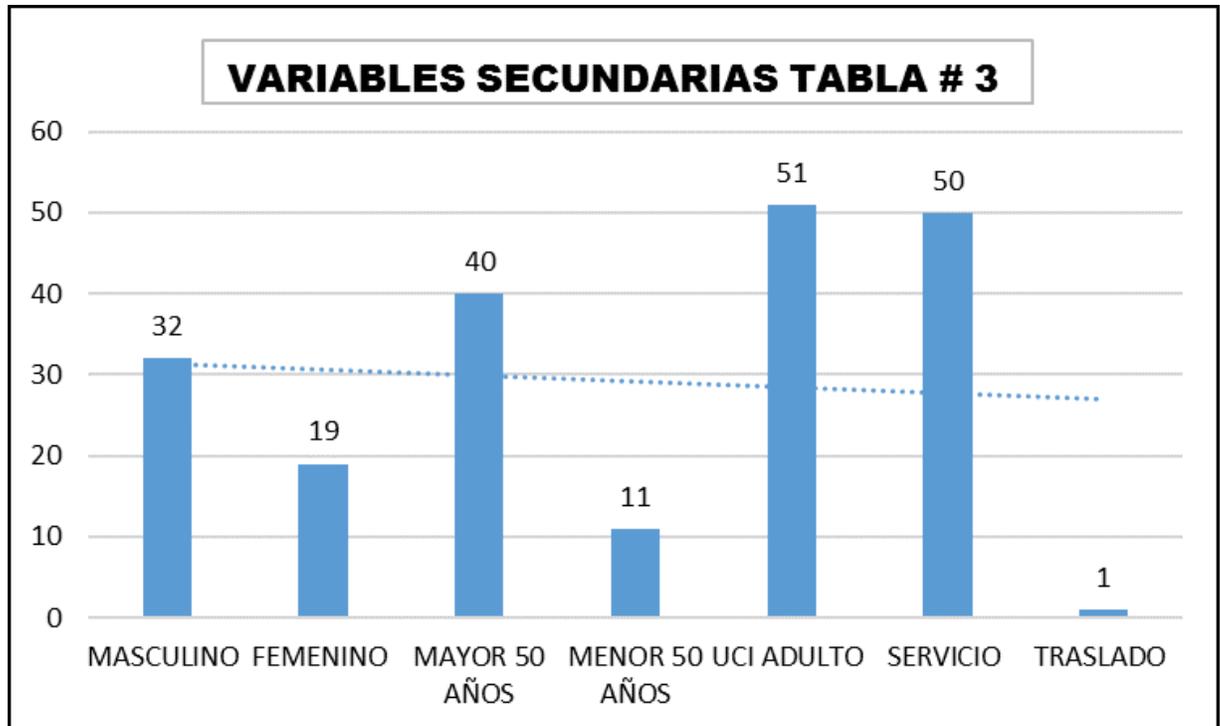
Fuente. Creación propia

Los resultados obtenidos tras el análisis del reporte de los eventos adversos, en el periodo anual comprendido para el 2021, evidencia que en los factores intrínsecos el que más presenta incidencia es la condición clínica del paciente, seguido de factores sociales y por ultimo los factores mentales. Para los factores extrínsecos predomina los factores relacionados

al tratamiento. En los factores del sistema en su mayoría se encuentran factores ligados a cada una de las tareas y en menor medida a la formación del personal.

En cuanto a las variables secundarias definidas en la tabla 3 tenemos:

Figura 9. Variables Secundarias



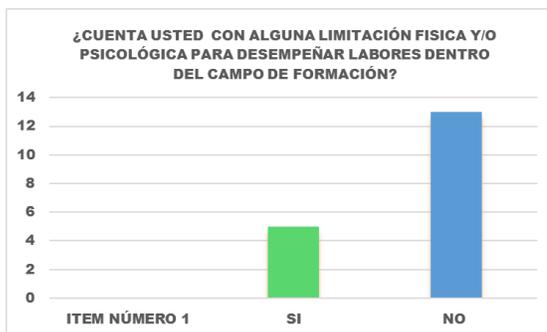
Fuente. Creación propia.

Se obtuvo como resultado luego del análisis de estas variables secundarias que para un total de 51 eventos adversos reportados más del 98% de los eventos se presentaron en la unidad de cuidados intensivos, 62,74% son hombres 37,25 son mujeres, 78,43 tiene una edad mayor a 50 años 21,56 % son menores de 50 años (figura 9).

Luego de obtener la información de eventos adversos del periodo 2021 se procedió a realizar la aplicación del instrumento creado para recolección de datos y poder dar respuestas a

los objetivos propuestos, los resultados obtenidos al trasladar el instrumento al personal del área de la salud que hace parte del equipo multidisciplinario de la unidad de cuidado intensivo adulto, sede samaria, evidencian que del 100% de la muestra corresponde a 18 personas de diversos géneros con diferentes perfiles profesionales, el 28% (5) tienen algún tipo de limitación física y/o psicológica para desempeñar labores dentro del campo o perfil correspondiente, y el 72% no presenta limitaciones (Figura 10), de los cuales el 100% de la muestra (18) afirmaron que la institución cuenta con protocolos y/o guías asistenciales (figura 11), pero de las 18 personas del total, el 17% (3) manifiestan que el servicio cuenta con protocolos y/o guías actualizadas y el 83%(15) manifiesta que las guías y protocolos no están actualizados (figura 12), además que el 44% (8) manifiestan que el servicio cuenta con una plataforma institucional que permitan acceder fácilmente a información y el 56%(10) manifiesta que no es posible acceder de manera fácil a la documentación institucional (figura 13), adicionalmente el 39% (7) manifiestan que la empresa proporciona el periodo establecido normativamente de inducción y el 61%(11) manifiesta que no se proporcionan los espacios adecuados y normativos para conocer la documentación (figura 14).

Figura 10.



Fuente. Creacion propia

Figura 11.



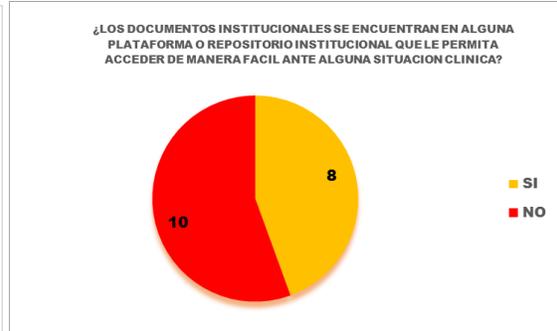
Fuente. Creacion propia

Figura 12.



Fuente. Creacion propia

Figura 13.



Fuente. Creacion propia

Figura 14.



Fuente. Creacion propia

En cuanto a la política de seguridad del paciente institucional implementada en la UCIA, de la sede la samaria se encontró que el 17% (3) manifiestan que conocen las guías institucionales de seguridad del paciente de la empresa y el 83%(15) no (figura 15); pero pese a que no tienen claridad en cuanto a la política de seguridad del paciente la totalidad de los funcionarios manifiestan que aplican listas de chequeo al interior de la unidad para cada uno de los pacientes tratados a nivel institucional

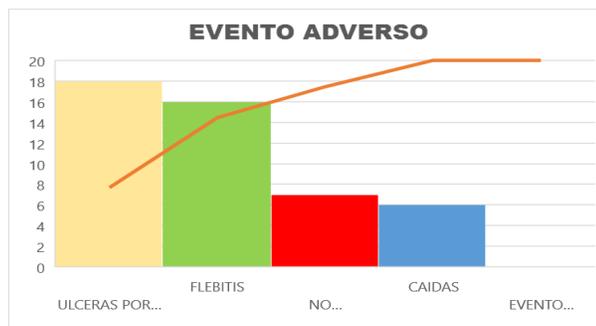
Figura 15.



Fuente. Creacion propia

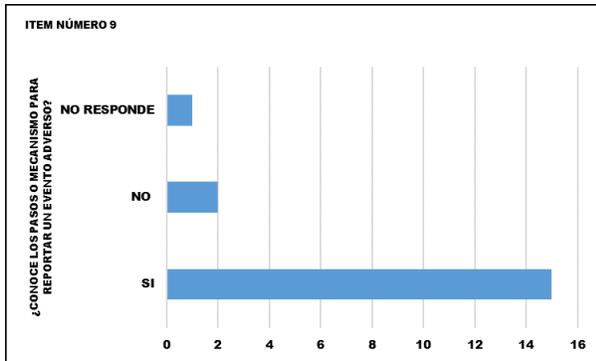
La totalidad de funcionarios de la UCIA, sede samaria informaron que han presentado eventos adversos al interior de la unidad con pacientes internados, la totalidad citaron el evento adverso de úlceras por presión 100%, 89% flebitis, 39% no oportunidad en medios diagnósticos y 33% caídas (figura 16), para la forma de reporte de eventos adversos la mayoría de funcionarios refiere conocer el proceso para reporte con el 83% (15) indicaron que conocen el mecanismo de reporte del evento adverso, 11% (2) no lo conoce y 6% (1) no responde (figura 17); mientras que los funcionarios manejan un gran intervalo de confianza para el reporte de evento adverso con 89% (16) que manifiesta percibir la suficiente confianza y respaldo para realizar el reporte del evento adverso y el 11% (2) desafortunadamente no (figura 18).

Figura 16. Eventos adversos reportados en 2021



Fuente. Creación propia

Figura 17.



Fuente. creacion propia

Figura 18.



Fuente. Creacion propia

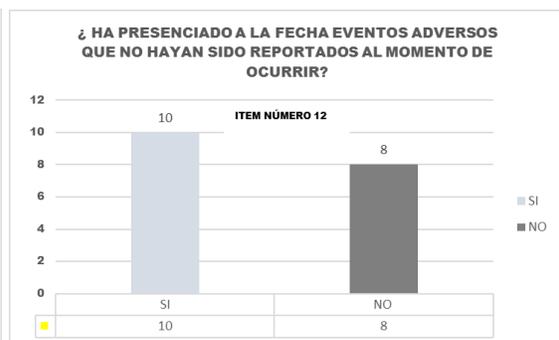
De la muestra total de funcionarios, el 22% (4) indicaron que han tenido o presenciado a la fecha algún evento adverso y el 78% (14) no (figura 19), mientras que de la totalidad de funcionarios el 56% (10) indicaron que han presenciado algún evento adverso que no se ha reportado y el 44% (8) no ha presenciado algún efecto adverso (figura 20), respecto al seguimiento institucional de seguridad del paciente el 83% (15) indica que no existe dicho seguimiento y el 17% (3) que si existe seguimiento ante un evento adverso (figura 21).

Figura 19.



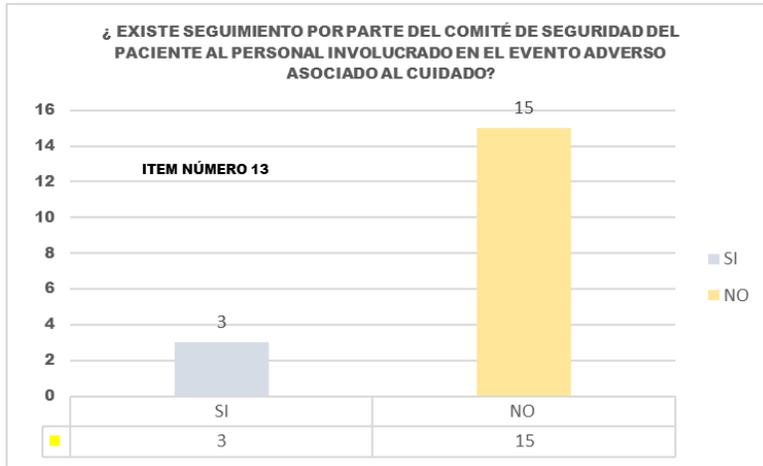
Fuente. Creacion propia

Figura 20.



Fuente. Creacion propia

Figura 21.



Fuente. Creacion propia

Como finalidad de nuestro instrumento se intentó conocer la percepción respecto a la oportunidad de mejora de los protocolos y guías institucionales, donde el 100% (18) perciben los protocolos y documentos institucionales se pueden mejorar a corto, mediano y largo plazo (figura 22); así mismo el 100% (18) estarían dispuestos a hacer parte de algún tipo de plan de mejora que se llegase a implementar a nivel institucional (figura 23).

Figura 22.

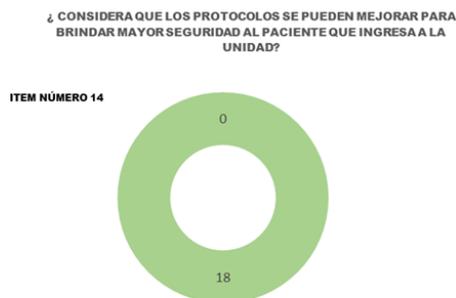


Figura 23.



Discusión

Como es descrito por Agudelo, Seña, Y. et al (2021), los eventos adversos tienen estrecha relación con una serie de factores catalogados como intrínsecos que tienen directa relación con lo propio de cada paciente, mientras los factores extrínsecos están relacionados con lo ofrecido a través de los servicios de salud de cada institución, y dentro de estos factores encontramos la posibilidad de incidir o no, buscando una mejoría en la calidad de atención de los pacientes, teniendo en cuenta lo anterior nos encontramos con ante un panorama de eventos adversos multifactorial que se debe abordar desde una política adecuada de seguridad del paciente, lo cual hace parte de una gestión documental (guías y protocolos institucionales), capacitaciones al personal asistencial y un instrumento de evaluación, con la UCIA de la samaria se pudo documentar por medio de la investigación que cuentan con documentos asistenciales y protocolos institucionales los cuales no han sido socializados ni evaluados, tampoco se tiene fácil acceso a la información por parte de los funcionarios lo cual nos presenta la dificultad de poder realizar la asociación o inferencia respecto al objetivo principal, puesto no es claro la homogeneidad en los conocimientos del personal asistencial así como la aplicación de los protocolos serian suposiciones sin fundamento ni evidencia, pese a que los funcionarios responden que aplican listas de chequeo para cada uno de los procedimientos relacionados en la unidad, pero para cada caso particular no fue posible dentro del análisis obtener las listas de chequeo de cada caso que se pudieron utilizar dentro del análisis para conceptuar si estaba relacionado o no con la omisión de algún paso y la posterior complicación.

Se obtuvo también la información que la mayoría de eventos adversos se presentaron en los cuidados del paciente, la aplicación de e implementación de dispositivos médicos, por lo cual con la información sobre listas de chequeo puede haber una relación en la cual no se aplican listas de chequeo completas o el personal asistencial desconoce o tiene conocimiento

de otro tipo de aplicación de listas de chequeo que son diferentes a las institucionales, puesto que los procedimientos de rutina fue los que mas presentaron asociación con un evento adverso, mientras que los de mayor complejidad o más invasivos también presentaron eventos adversos pero en menor proporción, dado su protocolo mas estricto y mayor riesgo de complicaciones que comprometen la condición clínica del paciente; los eventos adversos se presentaron en mayor proporción en adultos mayores de 50 años del genero masculino y casi en su totalidad al interior de la unidad.

Dentro de la unidad se tuvo mayor cantidad de incidentes que eventos adversos de los aproximadamente el 40% se gestionaron, pero pudo apreciar que más de la mitad de los eventos son reportados posterior a su presentación lo cual es un factor importante para poder conocer toda la evidencia y recolectar la información completa para el análisis completo del caso, por lo cual se tiene que puede existir una deficiencia en los métodos de reporte, desconocimiento en la definición de evento adverso o una renuencia de los funcionarios al reporte pese a que confían en la empresa para reporte y se sienten a gusto para poder reportar lo ocurrido.

En el curso de la investigación nos encontramos con la dificultad de acceder a los análisis específicos de cada evento adverso para poder realizar la asociación con nuestra postulado que las omisiones de protocolos institucionales conllevan a un aumento en los eventos adversos, pero es claro que hay oportunidades de mejora en cuanto a la socialización, capacitación y retroalimentación en la política de seguridad del paciente, también se pudo inferir que los funcionarios están comprometidos con la empresa y desean mejorar la situación actual en pro de su labor y los pacientes, la cual no es que se quiera dar a entender que es mala pero si se tuviera claro el proceso de cada evento adverso si estuvo relacionado o no a un fallo humano para catalogarlo como prevenible o hace parte de los no prevenibles, pero serian mas

que suposiciones sin evidencia, por lo cual se propone los resultados de esta investigación un acercamiento a la IPS para promover las estrategias de mejora y durante el curso conocer mas de cerca los factores que desencadenan los eventos adversos y así mejorar la atención a los paciente, la reputación de la institución y el rendimiento financiero de la unidad.

Conclusiones

En la UCIA de meintegral sede la samaria, luego de una exhaustiva investigación se obtuvieron resultados asociados que pueden catalogarse como el área de calidad, y es evidente que no se presta un mal servicio o hay protocolos que no cumplan con los procesos de habilitación pero si hay oportunidades de mejora como es el flujo de información a los funcionarios desde el momento de inducción y posterior mantenimiento de la educación institucional, es claro que los funcionarios están altamente capacitados porque de la gran cantidad de usuarios atendidos en la unidad con patologías de alta complejidad lo cual no fue objeto de esta investigación dado que fue una muestra especifica para eventos adversos, y no proporción del total de atendidos, pero a pesar que se aplican listas de chequeo para cada procedimiento no hay claridad sobre si son las institucionales a consciencia o simplemente se realizan procedimientos rutinarios con el diligenciamiento posterior de un documento, lo cual se incurre en acciones inseguras en el ámbito de salud con el agravante que al no tener evidencia de socializaciones o acceso por parte de los funcionarios a la información, no hay soporte del cumplimiento con los procesos de calidad y adicionalmente sin el conocimiento completo puede haber un subregistro por la no interpretación adecuada

de los eventos y a partir de ahí no habría análisis ni formulación de planes de mejora, por lo cual dado que la información que se propuso obtener para formular estrategias no fue posible obtenerla por completo si establecemos estrategias de mejora tales como un establecer un cronograma de capacitaciones con fechas específicas y realizar asignación de tareas para dichas fechas a cada funcionario para involucrarlos de forma activa y que no sean actividades magistrales que no capten la atención de los funcionarios. Seguidamente se debe realizar rondas de seguridad, para verificar el cumplimiento con incentivos por cumplimientos en el servicio y no con acciones punitivas que puedan desmotivar a los funcionarios. Como tercera estrategia se propone el reconocimiento al funcionario seguro del mes para aquel funcionario que pueda terminar el mes con la mayor cantidad de acciones seguras verificables tales como todas las listas de chequeo en todos sus procedimientos al interior de la unidad. En cuarto lugar a la persona que luego del monitoreo de calidad y la retroalimentación en los exámenes de suficiencia practicados respecto a seguridad del paciente se pueda ofertar un tiempo fuera del trabajo remunerado para incentivar y premiar con una licencia sus conocimientos. Y para cubrir las oportunidades de mejora se propone instaurar un funcionario al interior como verificador para determinar si están siendo reportados la totalidad de eventos adversos e incidentes dentro de la institución para posterior retroalimentación de la omisión que pueda presentarse.

Así mismo se propone a la institución luego de la verificación del proceso de calidad y educación de los funcionarios una segunda etapa para conocer la adherencia

a protocolos y establecer si con los eventos adversos presentados en su momento fue por omisión a protocolos y si pueden ser prevenibles o no.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



EVENTOS ADVERSOS Y ADHERENCIA A PROTOCOLOS INSTITUCIONALES

2022

UNIVERSIDAD EAN
AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
GESTIÓN EN LA SALUD

ENCUESTA DIRIGIDA EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

OBJETIVO: IDENTIFICAR LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL EVENTO ADVERSO DE ACUERDO A LA ADHERENCIA DE PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE CALIDAD EN LA UCI MEINTEGRAL, LA SAMARIA.

Profesión: _____

Marque con una X la opción que considere más acorde:

1. ¿Cuenta usted con alguna limitación física y/o psicológica para desempeñar labores dentro de su campo de formación?

a. SI

b. NO

2. ¿La Unidad De Cuidados Intensivos cuenta con protocolos y/o guías asistenciales?

a. SI

b. NO

3. ¿Los protocolos y/o guías asistenciales se encuentran actualizados?

a. SI

b. NO

4. ¿Los documentos institucionales se encuentran en alguna plataforma o repositorio institucional que le permita acceder de manera fácil ante alguna situación clínica?

- a. SI
- b. NO

5. ¿La IPS proporciona el periodo establecido normativamente de inducción al personal nuevo?

- a. SI
- b. NO

6. Conoce las guías institucionales de seguridad del paciente?

- a. SI
- b. NO

7. Aplican las listas de chequeo para cada uno de los pacientes admitidos en la institución?

- a. SI
- b. No

8. Enumere a continuación los eventos que entiende por “EVENTO ADVERSO” (No es obligatorio llenar todos los campos, o puedes enumerar más que los incisos enunciados”

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.
- f.

9. Conoce los pasos o mecanismo para reportar un evento adverso?

- a. SI
- b. NO

10. Siente la confianza suficiente y el respaldo para realizar reporte de evento adverso en la institución?

- a. SI
- b. NO

11. Ha tenido o presenciado a la fecha algún evento adverso que haya sido reportado a la institución?

- a. SI
- b. NO

12. Ha presenciado a la fecha eventos adversos que NO hayan sido reportados al momento de ocurrir?

- a. SI
- b. NO

13. ¿Existe seguimiento por parte del comité de seguridad del paciente al personal involucrado en el evento adverso asociado al cuidado?

- a. SI
- b. NO

14. Considera que los protocolos se pueden mejorar para brindar mayor seguridad al paciente que ingresa a la unidad?

- a. SI
- b. NO

15. Estaría dispuesto a hacer parte activa del plan de mejora respecto a eventos adversos?

- a. SI
- b. NO

Referencias

- (1) Araujo-Rosero, O., Guerrero-Lasso, P., Matabanchoy-Tulcán, S., & Bastidas-Jurado, C. (2021). Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. *Universidad Y Salud*, 23(3), 351-365. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.249>
- (2) Arrieta Leottau, M., Cabra Guzmán J., Martínez Sterling D. (2021). Estrategias para la implementación de sistemas de gestión del riesgo en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia. Recuperado de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/31782/ArrietaLeottau-Mara%20Claudia-2021.pdf;jsessionid=3F376B54EDFB978859C6A6FAEEBF0C2A?sequence=7>
- (3) Beltrán Rodríguez, L, Garzón Bobadilla, L, Hernández Acevedo, M, Rivera Mendoza, V, Silva Navarro, L y Suarez Rojas, G. (2021). Impacto en la seguridad del paciente del uso de herramientas De calidad en el sector salud: artículo de revisión. Bogotá: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
- (4) García Díaz, T., Ortega Guerrero, L., Villar Rojas, C. (2020). Estrategias para fomentar la cultura de seguridad del paciente en el usuario y su familia en el servicio de urgencias de una institución de salud de segundo nivel de atención. Recuperado de: https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/6388/Garc%c3%ada_D%c3%adaz_Tatiana_Yulieth_2020.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- (5) Información tomada de Ministerio de salud y protección social, Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

- (6) Núñez Javier, (2017). Los métodos mixtos en la investigación en educación: hacia un uso reflexivo. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/198053143763>
- (7) Parellada Blanco, J., Hidalgo Sánchez, Á., del Rosario Cruz, L., & González Corrales, Y. (2018). Eventos adversos en cuidados intensivos / Adverse events in intensive care. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 17(3). Recuperado de <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/459/585>
- (8) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2010). Seguridad del Paciente y la atención segura. paquetes instruccionales. guía técnica "buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud". Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia Buenas practicas-seguridad-paciente.pdf>
- (9) Saldaña DA, Colmenares SR, Díaz Álvarez JC, Gómez J, Hernández AG, Díaz JE, et al. Characterization of adverse events reported in nursing care units intensive Bogotá (Colombia). Recuperado de: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85035030448&partnerID=40&md5=78b2e306141cfbc9958135cbf93352af>
- (10) Agudelo Seña, Y., Hernández Aparicio, A., Sepúlveda Martínez, P. (2021). Comportamiento de los eventos adversos en unidades de cuidados intensivos adultos (publicas / privadas), en Colombia. Recuperado de: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/4244/Agudelo%20Se%C3%B1a%2C%20Yennifer%20Julieth%20Sepulveda%20Mart%C3%ADnez%2C%20Paola%20Susana%20Hern%C3%A1ndez%20Aparicio%2C%20Ardanis%20Armando.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20Colombia%20%E2%80%9Clas%20Ulceras%20Por,pacientes%20de%2065%20a%C3%B1os%E2%80%9D4.>