

EFFECTOS DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL
NIVEL UNO DE PIENDAMO CAUCA, DURANTE EL PRIMER PERIODO DEL
AÑO 2011, ANALIZADOS MEDIANTE EL MÉTODO AMFE.

MÓNICA PAOLA AVIRAMA URRESTE

ALEXANDER VELASCO VILLAMARIN

JULIÁN ANDRÉS GÓMEZ GUERRERO

WILMER SACANAMBOY GARCÉS



UNIVERSIDAD EAN

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GESTIÓN DE LA CALIDAD CON

ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA

POPAYÁN

2012

EFFECTOS DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL
NIVEL UNO DE PIENDAMO CAUCA, DURANTE EL PRIMER PERIODO DEL
AÑO 2011, ANALIZADOS MEDIANTE EL MÉTODO AMFE.

MÓNICA PAOLA AVIRAMA URRESTE

ALEXANDER VELASCO VILLAMARIN

JULIÁN ANDRÉS GÓMEZ GUERRERO

WILMER SACANAMBOY GARCÉS

Trabajo presentado como requisito de grado para optar
al título de Auditores.

ASESOR METODOLÓGICO: MAGISTER DORA ZAMORA

UNIVERSIDAD EAN

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GESTIÓN DE LA CALIDAD CON
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA

POPAYÁN

2012

HOJA DE APROBACION

Popayán, 07 de Junio de 2012

Doctor
JORGE ERNESTO OCHOA MONTES
Director Posgrados en Salud
Universidad EAN
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación –IFI-, elaborado por **MÓNICA PAOLA AVIRAMA, ALEXANDER VELASCO VILLA MARÍN, WILMER SACANAMBOY Y JULIÁN ANDRÉS GÓMEZ**, estudiantes de la especialización “AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CLUIDAD DE LA SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA VII COHORTE” desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de Popayán titulado: “EFECTOS DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL NIVEL UNO DE PIENDAMO CAUCA, DURANTE EL PRIMER PERIODO DEL AÑO 2011, ANALIZADOS MEDIANTE EL MÉTODO AMFE.”, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma APA y la “Guía estandarizada de Investigación de la EAN” y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,



DORA ZAMORA VARGAS
Asesor del Informe Final de Investigación

DEDICATORIAS

Al más especial de todos, a ti SEÑOR porque hiciste realidad este sueño, por todo el amor con el que me rodeas y porque me tienes en tus manos.

A Isabella, viento y ancla, motor de toda mi vida, por su amor a pesar del tiempo robado, por ser ella, por estar ahí con sus hermosos ojos llenos de energía y entusiasmo, por permitirme y acompañarme en la consecución de mis sueños, pues es para ella y por ella que vale la pena toda lucha, pues al final siempre está allí sus sonrisas, Te amo

A mi madre

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi hermano, gracias por tu amor, cuidado, apoyo y compañía, gracias por animarme... Te amo.

MÓNICA PAOLA

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, al brindarme los medios necesarios para continuar mi formación, y siendo un apoyo incondicional para lograrlo ya que sin él no hubiera podido.

Mama, no me equivoco si digo que eres la mejor mamá del mundo, gracias por todo tu esfuerzo, tu apoyo y por la confianza que depositaste en mí. Gracias porque siempre, aunque lejos, has estado a mi lado. Te amo

A mi padre, Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

Y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

WILMER

Gracias a Dios

A mis padres por ser mis pilares y ejemplo en todo momento;
A ellos, mi hermana, familia y todos aquellos que han
dejado Una huella en mi vida dedico cada una de mis metas
Y mis futuras aspiraciones.

JULIÁN ANDRÉS

A Dios por la sabiduría, y guiarnos en el camino del conocimiento y la verdad

A nuestras familias por estar siempre a nuestro lado, por sus esfuerzos y dedicación, que con su ejemplo nos dieron la oportunidad de crecer cada día

A la EAN - UNICAUCA, por abrirnos las puertas al conocimiento y junto a los docentes nos guiaron hacia un amplio campo del saber, con sus enseñanzas, orientación y tiempo dedicado

Al Hospital nivel 1 de Piendamó por permitirnos y brindarnos un espacio propicio para la aplicación de esta investigación.

Y a todas y todos aquellas(os) amigos(as), que en el camino se convirtieron en un apoyo y en un motivo más para lograr esta meta.

ALEX

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIAS	4
LISTA DE TABLAS	9
RESUMEN	14
INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	16
INTRODUCCIÓN	17
2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	20
3. JUSTIFICACIÓN	26
4. OBJETIVOS	34
4.2 Objetivos Específicos	34
5. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL	35
6. METODOLOGÍA	61
6.1. TIPO DE ESTUDIO	61
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	61
6.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	62
6.4 VARIABLES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	64
6.5 PROCESAMIENTO Y TABULACIÓN DE DATOS	65
6.6 ANALISIS DE LA INFOEMACION	66
6.7 Consideraciones Éticas	66
7 RESULTADOS ESPERADOS	67
8 RESULTADOS	68
ANALISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS	101
9 DISCUSIÓN	116
10 CONCLUSIONES	120
11 RECOMENDACIONES	123
BIBLIOGRAFIA	124

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los rangos de edad de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 2. Distribución del sexo de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 3. Distribución de la residencia de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 4. Distribución del régimen de salud de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 5. Distribución del estrato socioeconómico de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 6. Distribución del tipo de ingreso de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 7. Distribución de los factores intrínsecos de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 8. Distribución de los factores extrínsecos de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 9. Distribución del resumen de la Historia Clínica de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 10. Distribución de las Co - morbilidades cardiovasculares de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 11. Distribución de las Co-morbilidades respiratorios de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 12. Distribución de las Co-morbilidades neurológicas de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 13. Distribución si el suceso produjo alteración en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 14. Distribución de la causa de la lesión en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 15. Distribución de las circunstancias relacionadas con el principal problema en la asistencia.

Tabla 16. Distribución de la información proporcionada por la Historia Clínica.

Tabla 17. Distribución de la valoración del grado de invalidez en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 18. Distribución del tratamiento adicional como resultado de los eventos adversos.

Tabla 19. Distribución de la gravedad del evento adverso de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 20. Distribución del sitio donde ocurrió el evento adverso.

Tabla 21. Distribución de la responsabilidad de los cuidados iniciales en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 22. Distribución del error en la administración de medicamentos en fluidos o sangre.

Tabla 23. Distribución de algún fallo en la monitorización de la acción del medicamento.

Tabla 24. Distribución de algún fallo en el proceso de alta en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 25. Distribución de la indicación de los supuestos aplicables en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 26. Distribución de cómo contribuyeron los factores al evento adverso.

Tabla 27. Distribución de cómo se administro el medicamento/fluido en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 28. Distribución del evento adverso relacionado con la medicación.

Tabla 29. Distribución del evento adverso relacionado con el procedimiento.

Tabla 30. Distribución del evento adverso el cual ocasiono hemorragia o hematoma en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 31. Distribución del evento adverso reportado por personal de salud.

Tabla 32. Distribución del profesional en salud que reporto el evento adverso.

Tabla 33. Distribución de la clasificación de los tipos de atención en salud que pueden causar eventos adversos.

Tabla 34. Distribución de la clasificación del sitio del evento adverso.

Tabla 35. Distribucion de la patologia de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 36. Distribución del modo de fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 37. Distribución de los efectos del fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 38. Distribución de la gravedad del fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 39. Distribución de las causas del fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 40. Distribución de la probabilidad de ocurrencia según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 41. Distribución de los controles actuales según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 42. Distribución de la probabilidad de no detección según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Tabla 43. Distribución del número de prioridad de riesgo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

RESUMEN

Objetivo: Identificar eventos adversos para la seguridad del paciente en el hospital nivel 1 de Piendamó del 1 de enero a 30 de junio de 2011. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo, que analizó la información obtenida de los eventos adversos (E.A) registrados en el primer periodo del 2011 en una institución de primer nivel de Piendamó -Cauca. Se revisó la base de datos de reporte de E.A de la institución, que contenía 20 registros; se descartaron 6 registros y se seleccionaron los que podían ser evaluados a partir de la historia clínica (14). Se les aplicó un instrumento a través del cual se identificaron variables socio-demográficas, características e identificación del actor de salud que reportó el evento adverso. **Resultados:** de los E.A registrados, 7 corresponden al sexo femenino y 7 al sexo masculino, los E.A más frecuentes fueron fuga del paciente (28,6%), flebitis (21,4%), los menos frecuentes fueron caída de la camilla (14,3%); el rango de edad está dentro 1 y 11 meses con el (21,4%), el profesional que reportó el evento adverso (50,0%) enfermeras jefes, (42,9%) las auxiliares de enfermería, el (28,6%) de los pacientes preciso

tratamiento adicional como medicación y rehabilitación, dentro de las comorbilidades (14,3%) corresponden a hipertensión, (28,6%) problemas respiratorios, (7,1%) accidente cerebro vascular, el (71,4%) de los eventos se presentaron en urgencias, el (92,9%) corresponden al régimen de salud subsidiado. Con respecto a la calidad del registro la información que proporciona la historia clínica es poco adecuada con un (64,3%). **Conclusiones:** el 100% de los eventos adversos no contaban con actas individuales de seguimiento, solo se cuenta con un acta de reporte de los eventos adversos más relevantes, pero estas no implican un seguimiento del evento, ni contienen los datos específicos de la situación ocurrida y del paciente.

Palabras clave

Eventos adversos, primer nivel.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Titulo

Efectos de los incidentes y eventos adversos en el hospital nivel uno de piendamó Cauca, durante el primer periodo del año 2011, analizados mediante el método AMFE.

Investigadores

Principales

Mónica Paola Avirama Urreste

Alexander Velasco Villamarín

Julián Andrés Gómez Guerrero

Wilmer Sacanamboy Garcés

Coinvestigadores:

Asesor Metodológico:

Dora Zamora

Lugar y ejecución del proyecto.

Popayán Departamento del Cauca Hospital nivel 1 Piendamó.

Duración del Proyecto

6 meses (1 de Enero - Junio 30 2012)

INTRODUCCIÓN

El tema de la seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud fue una realidad poco o nada discutida hasta comienzos de los años noventa, época para la que Brennan y Leape, dos investigadores estadounidenses, publicaron en el *The New England Journal of Medicine*, una de las más prestigiosas revistas del mundo científico, los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar. Estos autores encontraron que hay "una cantidad importante de lesiones infringidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas lesiones son producto de atención subestándar", y concluyeron diciendo que "la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias".

A partir de esta publicación la Seguridad del paciente ha venido adquiriendo un auge en investigación y conocimiento, pero trasciende cuando se revela el documento *Error es humano* en 1999 por el Instituto de medicina de Estados Unidos, en el cual anuncian la ocurrencia de 44 mil a 98 mil muertes anuales a consecuencia de errores médicos, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el

SIDA, siendo este los inicios del interés por estudiar a fondo tanto en esta ciudad como en todo el mundo las acciones y estrategias que protegen al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud, las cuales pueden tener secuelas graves que llevan hasta la muerte de los pacientes, su génesis involucra no solo a factores institucionales y de las personas, sino también otros como los gubernamentales, académicos y tecnológicos.

Nuestro país no es ajeno a la problemática de la seguridad del paciente, por lo que el principal alcance de esta investigación es poner a disposición de los actores del sistema de salud, información pertinente acerca de las condiciones de seguridad de los pacientes en la prestación de servicios de salud, en un primer nivel de atención, con base a una revisión bibliográfica hecha al respecto que nos ayuda a entender con más precisión el tema en referencia. Los antecedentes de la atención en salud muestran la magnitud del problema las cuales pasan por hechos insignificantes hasta las secuelas y muerte de los usuarios, tema que se ha repetido en su aplicación y apreciación en todas las instituciones prestadoras de salud a nivel mundial, que han servido de insumo para desarrollar políticas de seguridad y trabajos metodológicos necesarios

para implementar y mejorar continuamente en todas las instituciones prestadoras de salud.

Como valor agregado esta investigación proporciona a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), una herramienta que les permita conocer el grado en que se encuentra la institución frente a la seguridad y la calidad con la que se prestan los servicios y se reduzca la probabilidad de ocurrencia de los eventos adversos a través de la metodología de análisis modal de fallos y efectos (AMFE).

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

2.1. Problema.

2.1.1. Identificación del problema.

La problemática de la seguridad en la atención no constituye una situación nueva en la salud pública. En las décadas de 1950 a 1960 algunos estudios ya reportaron la presencia de eventos adversos a través de estudios toxicológicos, específicamente de algunas drogas en animales. En la década de 1990 se comienza a tomar conciencia de la importancia de este tema al publicarse estudios realizados en Estados Unidos, Australia, Reino Unido y Canadá, entre otros¹.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y

¹ Ministerio de la protección social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Recuperado de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pdf>

competitivas internacionalmente"; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente".

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en las instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad, entendiéndolo como aquel acto no intencional con resultado de disminución del margen de seguridad para el paciente, resultará generalmente de un error del personal de salud implicado en la atención del usuario ó de fallas en la tecnología utilizada en dicha atención. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

En fechas recientes se han incrementado considerablemente las quejas o demandas por atención médica, siempre suponiendo equivocación por parte del profesional de la salud, y nunca como resultado de la propia patología,

características del paciente o incluso de la institución. En este sentido, no solo se deteriora la imagen del profesional, sino afecta sus intereses al ser cuestionada su actuación o verse involucrado en un proceso con las implicaciones legales que se generan.

La existencia de eventos adversos provoca en los pacientes morbilidad y mortalidad como también un incremento en los gastos hospitalarios. El conocimiento de ellos es de importancia capital en la elaboración de indicadores de calidad de la atención de salud del usuario, por esto es importante conocer la existencia que en todas las unidades de salud ocurren diariamente eventos adversos derivados de fallas humanas o de sistemas, lo cual es el primer paso para la corrección de éstos. Asimismo para mejorar el margen necesario de seguridad de los pacientes, se necesita previamente entender el porqué el equipo tratante comete dichos errores, para a su vez aprender de ellos. Del mismo modo, no basta con tener una visión simplista aceptando que los eventos adversos ocurren, y que probablemente nunca serán eliminados en medicina, sino que se debe tener una conducta proactiva para efectuar los cambios necesarios al sistema, en búsqueda de la disminución de las posibilidades que éstos ocurran.

Según estudios realizados y publicados en la revista médica se dice que la magnitud del problema ya se ha empezado a estudiar en Colombia. Una primera aproximación fue sobre el tamizaje de EA (eventos adversos) en atención obstétrica en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, hospital de referencia de atención materno perinatal. Se hizo el tamizaje de estos eventos y se encontró que un 12% de las pacientes presentaron probables eventos adversos durante la hospitalización. Los eventos más frecuentemente tamizados fueron: las complicaciones relacionadas con el trabajo de parto y el parto, la infección nosocomial y la disfunción orgánica de aparición intrahospitalaria². Además está pendiente por la Organización Panamericana de la Salud la publicación de un estudio de prevalencia de EA que incluyó 12 instituciones hospitalarias en Colombia y fue realizado además en otros 4 países latinoamericanos³. Sin embargo, es escasa la información sobre la importancia del problema en los países en desarrollo.

Se cree que los determinantes de los EA son asociados al tipo de hospital; algunos estudios han mostrado mayor

² Rojas, Maybelline., Alonso, Luz Marina (2009). Barranquilla (col). Salud Uni norte. Evento adverso y salud pública. (p. 25).

³ Nena, Patricia. (2008). Error médico y eventos ad-versos. Rev Chil Pediatric 19(3): 319-326.

frecuencia de EA en hospitales de enseñanza⁴, otros han mostrado mayor frecuencia en hospitales pequeños y en centros con ánimo de lucro en relación a los grandes centros de enseñanza⁵.

La gestión integral de eventos adversos es de vital importancia y su intervención es necesaria para mejorar la seguridad del paciente. Se recomienda que esto sea una estrategia institucional, articulada a la política de calidad y seguridad del paciente; esa estrategia deberá desarrollarse de manera permanente en las instituciones de salud, incorporándola a los indicadores de salud en búsqueda de una permanente mejoría de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Frente a ésta problemática, nace la idea de Analizar fallos y efectos de los sucesos adversos incidente del Hospital nivel uno de Piendamó Cauca del 1 de enero a 30 de junio del 2011, con el método AMFE, la cual es una herramienta para identificar y evaluar los fallos potenciales de los

⁴ Gaitán H, Eslava S J, Garzon CD, Rubio JA, Forero J, Valvuela LG, et al. Screening of adverse events (AE) in obstetric attention and puerperium at the Instituto Materno Infantil, Bogotá, Colombia, 2002-2003. Rev Colomb Obstet Ginecol,. 2005;56:18-27.

⁵ Organización Panamericana de la Salud. 27^a (2007). Conferencia sanitaria panamericana. OPS Washington. (20 de junio de 2008). Recuperado de: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp27-16-s.pdf>

procesos, sus causas, así como los posibles efectos. Permitiendo priorizar estos fallos potenciales según el riesgo, la probabilidad de ocurrencia y las posibilidades de detección y así poder establecer acciones para eliminar o reducir la probabilidad de que se produzcan los fallos⁶.

⁶ MIRANDA, Sandor Luis; ROMERO, Arturo Luis. (mayo de 2006). La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos asociados. Recuperado de <http://www.gestiopolis.com>.

3. JUSTIFICACIÓN

Existe una necesidad de generar indicadores más sensibles para sistematizar y evaluar los eventos adversos teniendo en cuenta posibilidades de ocurrencias, entre otras: iatrogenia, acumulación de casos (epidemia), hallazgo incidental, de tal manera que la salud pública podría hacer uso en sus análisis e investigaciones de nuevas tasas específicas de morbilidad y mortalidad y tendencias diferenciadas de las mismas a través del tiempo. La atención en salud, por su complejidad, extensión y la vulnerabilidad del paciente, no está ni puede estar libre de riesgos. Además, esos riesgos no son conocidos suficientemente ni con el detalle necesario en todos los escenarios.

Esencialmente, la asistencia que proporciona cualquier organización sanitaria consiste en tratar de alcanzar la curación o paliar las dolencias y los problemas de salud de la población de su entorno. En este complejo intercambio intervienen gran número de bienes y servicios: desde administración, hospitalización y material médico hasta los cuidados médicos y de enfermería. La integración de todos estos elementos en la organización en salud debe aspirar a

ofrecer una asistencia de la mayor calidad posible, en la que el paciente que busca un tratamiento médico tiene la garantía de un procedimiento correcto y seguro en aras del resultado deseado. Sin embargo, la creciente complejidad de los sistemas sanitarios puede favorecer la proliferación de errores y sucesos adversos, de cuyo conocimiento dependerá que se puedan establecer las medidas necesarias para evitarlos y minimizarlos en la medida que sea posible⁷.

En Colombia, a través del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, se establecen figuras que también buscan que la prestación de servicios de salud se realice en un ámbito de seguridad tanto para el paciente como para el personal involucrado en la prestación de servicio. Es así, como la primera figura denominada Habilitación (dirigido a estructura), busca que las instituciones establezcan programas de mejoramiento continuo (dirigido a procesos) y la acreditación (dirigida a los resultados), busca que los usuarios conozcan sus derechos y deberes y conozcan los resultados de las diferentes intervenciones practicadas. Esta figura

⁷ Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, Gea MT. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit (Supl.1):41-7.

última tiene como eje fundamental la seguridad de los pacientes.

La política de seguridad propende porque cada vez las instituciones y los profesionales sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para progresivamente instaurar la cultura de seguridad del paciente, es así como los eventos adversos se consideran una problemática de salud pública ya que las muertes producidas por los mismos sobrepasan la mortalidad por causa de accidentes de tráfico y de cáncer de seno en algunos países⁸, por lo que se debe encontrar soluciones para poder brindar apoyo para la reducción de estas situaciones de riesgo. Los eventos adversos se han distinguido como la injuria producida por el error, que a nuestro modo de ver no solo implica al médico sino al equipo de salud y a la misma institución. Se entiende entonces por error médico según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos: "Falla de una acción planeada para ser completada según la intención o el uso de un plan

⁸ Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Al Saied G, Code CC, Caughey SC, (2004). et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. CMAJ. 170:1235-40.

equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeamiento)”⁹.

Las estadísticas muestran que En Estados Unidos se registraron 2.426.264 muertes en años recientes; entre las causas encontradas se señalaron enfermedades cardiovasculares, neoplasmas, cerebrovasculares, respiratorias, y errores en la prescripción de medicamentos¹⁰. Los eventos adversos se definen en la resolución 1446 de 2006, como: lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son mas atribuibles a estas que a la enfermedad subyacente, que puede conducir a la muerte, a la incapacidad y al deterioro del estado de salud”¹¹. El número de errores potencialmente prevenibles cada año en los Estados Unidos varía entre 44.000 y 98.000 muertes anuales, esto excede muertes por accidentes de tráfico, Sida, cáncer de seno¹².

⁹ Thomas EJ, Orav EJ, Brennan TA. (2003). Hospital ownership and preventable adverse events. *Int J Health Serv*; 30(4):745-61.

¹⁰ Melonie Heron, (april 17, 2009). *National Vital Statistics Reports, Volume 57*.

¹¹ Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Recuperado <http://www.minprotecciónsocial.gov.co/sogc/newdetail.asp?ID= 504&idcompany=1/>

¹² González Mauricio. (2008). Respuesta institucional a eventos críticos en el Boston Medical Center. *Hospitalaria.*, Vol. 58, año 9. (p.) 4-10.

Los costos derivados de la atención de efectos adversos puede alcanzar 4% del gasto total en salud, algo así como 37 millones de dólares, de los cuales pudieran haberse ahorrado aproximadamente 50% de haberse evitado. Además, la presentación de eventos adversos durante la hospitalización alarga la estancia en aproximadamente 5 días y aumenta el costo por paciente en 4.500 dólares y esto sin entrar a detallar el riesgo de infecciones.

Los eventos adversos cobran un alto tributo en concepto de pérdidas financieras. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, las estancias hospitalarias que provocan cuestan por sí solas cerca de £2000 millones al año, y el pago de indemnizaciones cuesta al Servicio Nacional de Salud en torno a los £400 millones al año, además de una posible responsabilidad estimada en £2400 millones correspondiente a reclamaciones presentadas o previstas, mientras que se estima que las infecciones hospitalarias, de las que un 15% son evitables, cuestan cerca de £1000 millones al año. En Inglaterra, estudios en hospitales del Servicio Nacional de salud (NHS), señalan aproximadamente 850,000 eventos adversos por

año¹³. En Europa, un grupo de trabajo en hospitales, señala que 1 de cada 10 pacientes sufre enfermedades evitables y eventos adversos como producto de la asistencia médica.

Colombia no es ajena a esta problemática mundial, por ser un país en vía de desarrollo se evidencia la falta de métodos para prevenir o disminuir los eventos adversos que se puedan presentar en las instituciones dedicadas a la prestación de servicios de salud.

Además Colombia es un país con primeras causas de muerte reportadas en las categorías de enfermedades cardiovasculares, accidentes y cáncer y con gran problemática que afecta a la calidad de vida de su población, no ha sido ajeno a estos procesos de riesgos, y lo ha venido trabajando hace menos de dos lustros en instituciones clínicas y hospitalarias del país comprometidas con la calidad en la prestación de los servicios.

¹³ Ruelas Sarabia Tova. (2007). Seguridad del Paciente Hospitalizado. Editorial Médica Panamericana: Colombia, (p.) 5.

Según un estudio realizado por el profesor del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia, Hernando Gaitán, y por el grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud, en Colombia la mortalidad asociada a los eventos adversos es cercana al 6%.

La investigación mostró que la incidencia de eventos adversos en los hospitales estudiados fue del 4.6%. Ésta fue mayor en las especialidades quirúrgicas, con un 6.2%, seguida por medicina interna, con cerca de 3.5%. Aproximadamente, el 60% de los eventos detectados eran prevenibles.

“Se halló que la aparición de estos estuvo asociada al ingreso por urgencias a la institución, la edad mayor de los pacientes y otras enfermedades concomitantes al ingreso”, señaló el experto Hernando Gaitán.

La investigación encontró que los eventos adversos en hospitales se dan más por fallas del sistema que por negligencia o falta de idoneidad del profesional de la salud. Sólo cuatro casos se presentaron por problemas de desempeño profesional. Las causas estuvieron relacionadas con deficiencias de los procesos de provisión de servicios, problemas de racionalidad técnico-científica, problemas de

comunicación entre los servicios hospitalarios e insuficiencia administrativa.

Según los reportes del INVIMA (Instituto nacional de vigilancia de Medicamentos y Alimentos), en los últimos 8 años se han aumentado el reporte de reacciones adversas medicamentosas; para el año 2008 se contó con 6395 reportes, mientras que en el 2002 solo 190, para un total de 17.768 reportes, en lo que lleva el programa¹⁴. Los eventos adversos deberán ser objeto de seguimiento e intervención por cada una de las partes de los componentes del sistema de salud (empresas administradores de planes de beneficios, instituciones prestadoras de salud¹⁵).

Por todas las razones expuestas es que creemos que es deber de la Salud Pública evaluar, controlar, analizar los riesgos y daños en salud producto de estos eventos, basados en los seguimientos y la articulación con el sistema de Garantía de la Calidad.

¹⁴ INVIMA. Guía de reporte de eventos adversos. (2008). Recuperado de: <http://web.invima.gov.co/Invima/index.jsp>.

¹⁵ Zarate, Gilda, Pérez Miguel. (2007). Mediadores de la salud pública, Salud Uninorte, 23(2) p 193-201.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Identificar eventos adversos para la seguridad del paciente en el hospital nivel 1 de Piendamó del 1 de enero a 30 de junio de 2011.

4.2 Objetivos Específicos

- Establecer la población en la cual ocurrieron los eventos adversos
- Clasificar los eventos adversos.
- Identificar el actor de salud que reportó el evento adverso.
- PROPÓSITO diseñar el proceso para la mejora del servicio mediante la metodología AMFE.

5. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL

5.1 MARCO TEÓRICO

El estudio se realizó en el hospital del municipio de piendamó departamento del Cauca, Colombia.

El Municipio de piendamó está ubicado, al suroccidente de Colombia, el municipio cuenta con 16 ESE 12 compuestas y 4 descentralizadas. El hospital de piendamó pertenece a la ESE CENTRO 1 la cual cuenta con cuatro hospitales y/o puntos de atención; punto de atención piendamó, punto de atención Silvia, punto de atención morales, punto de atención cajibío. Esta se reglamenta bajo el decreto de ordenanza 273, de abril de 2007.

El hospital se fundó en el año 1971¹⁶ y la nueva infraestructura funciona desde el 12 de mayo del año 2009 y ofrece los servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización, vacunación, laboratorio clínico y odontología, los cuales atienden un promedio de 550 pacientes de lunes a sábado.

¹⁶ Piendamó somos todos recuperado de. <http://www.piendamocauca.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mfx1-&m=f#historia>.

Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos, y efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Evento adverso: Hace referencia al resultado clínico, falla o resultado negativo del funcionamiento de un procedimiento, de un proceso o de un sistema, que deteriora la calidad del servicio en términos de una disminución de los beneficios o de un aumento de los riesgos o de los costos. Son eventos que ocurren durante la atención en salud y que resultan en daño físico o psicológico secundario a iatrogenia y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del paciente.

Evento adverso potencial: Ocurre cuando el error es detectado y corregido antes de que suceda y produzca daño.

Evento adverso prevenible: Son errores que se hubieran podido prevenir con medidas razonables.

Evento centinela: Todo hecho atribuible a la atención en salud que compromete a la vida del paciente o le cause daño severo (perdida de un órgano, de un miembro o de una función).

Evento trazador: Son acontecimientos tanto administrativos como asistenciales que se presentan durante la atención hospitalaria y que afectan la normal prestación de los servicios de salud.

Reacciones adversas: Son eventos adversos que no se pueden prevenir generalmente llamados complicaciones.

La etiología del error médico es multifactorial y compleja, integrándose factores directos o indirectos a la participación del médico. La mayoría de los factores directos surgen cuando el médico no tiene la capacitación idónea, es inexperto, introduce nuevas técnicas, actúa con exceso de confianza, delega la responsabilidad en otro personal que desconoce al paciente o carece de experiencia,

no realiza el seguimiento requerido o cuando subestima la información proporcionada por el paciente sin confirmarla o descartarla con la metodología clínica. Otros factores directos pueden ser fatiga, falta de comunicación o trabajo en conjunto del equipo quirúrgico.

Por su parte los factores indirectos están relacionados con la influencia del entorno, sobre demanda, falta de recursos de toda índole: físicos, humanos, insumos, errores administrativos, etc., todos estos aspectos etiológicos incluyen una gama de posibilidades amplia y en ocasiones de difícil control, lo anterior muestra la complejidad del análisis del tema y su relevancia estriba en la identificación del error médico para tener la posibilidad de prevenirlo, con el consecuente beneficio del paciente y del médico.

Es importante señalar que de lo anterior destaca la ausente, o deficiente, comunicación como percepción de error en más del 80% de los casos.

El factor humano como causa principal del error se ha investigado en los campos de la aviación, el espacio, el marítimo y la medicina en los últimos 20 años en la

Universidad de Texas; siguiendo los modelos en aviación ha sido posible iniciar análisis respecto actitudes acerca del error, estrés y desempeño en equipo entre los trabajadores de la salud. La fatiga y estrés son los principales inductores de error¹⁷.

REPERCUSIONES

Las repercusiones del error médico pueden focalizarse en el área física, al producir algún tipo de discapacidad, orgánica o funcional, que a su vez puede ser parcial o total, temporal o permanente, incluso culminar con el fallecimiento del paciente. Indiscutiblemente existe otro daño que difícilmente se puede ponderar por la subjetividad que ello encierra: el daño psicológico, jurídicamente denominado daño moral¹⁸.

Extrañamente en fechas recientes, se visualiza que no hay lugar para errores en la medicina moderna, la sociedad confía en los médicos, y aunque considera que son humanos, los avances tecnológicos, precisión de equipos y aparatos, así como las innovaciones en la imaginología de todos los

¹⁷ Fepasde, (2006). Mucho que aprender de la aviación, REVISTA MEDICO-LEGAL. No. 3; () 22 – 24.

¹⁸ Fepasde, (2007). Paciente Seguro, REVISTA MEDICO-LEGAL. No. 2; () 12 – 13.

métodos de diagnóstico, los pacientes identifican a estos profesionales como infalibles.

No es posible olvidar el incremento en el costo de atención de la salud individual cuando existen errores médicos, hasta ser un rubro significativamente representativo en el presupuesto de cualquier sistema de salud, sabiendo que el existente ya de por sí está limitado y no alcanza a cubrir las necesidades de cada país.

Pero no solo se afecta la salud del paciente, o se alteran las condiciones de los servicios de salud, trasciende más allá, pues se afectan las condiciones familiares, y el área laboral se ve diezmada con las consecuentes pérdidas en la industria.

Este análisis sería incompleto si no mencionáramos el efecto que se produce en el médico, éste también es víctima del error, por la intranquilidad que adquiere a partir del hecho, la inseguridad en continuar realizando los mismo procedimientos, las alteraciones en su estado de salud, o en su prestigio profesional. Además de tener que enfrentar las consecuencias del error, responder éticamente al decir al paciente acerca del mismo y especialmente si éste le

causó daño, así como informar y confrontar al paciente y a los familiares o el temor al litigio si es que se ha presentado una denuncia.

5.2 Estado del arte

En la última década del siglo XX, el número de publicaciones relativas a error médico han rebasado cualquier tópico en la materia, a pesar de ello la prevalencia y magnitud de este fenómeno no ha sido del todo precisada, por lo anterior, mostramos algunos datos que permitirán integrar un panorama al respecto.

Es importante comentar que el trabajo pionero en cuanto a errores médicos y a juicios por mala práctica fue realizado en California a finales de 1970 y principio de los años ochenta. Este estudio fue destinado a investigar en los expedientes clínicos el promedio de lesiones de los pacientes hospitalizados, se revisaron cerca de 21000 registros de treinta y tres hospitales en todo el estado, detectando 966 discapacitados como consecuencia del tratamiento médico, en forma global, aproximadamente el 4.6% de los pacientes hospitalizados sufrieron algún tipo de lesión iatrogénica.

Harvard (91): 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; El 70% de los eventos adversos provocan una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales¹⁹.

En otro estudio, realizado en la Universidad de Harvard, al revisar los expedientes clínicos de 30121 pacientes admitidos en el servicio de urgencias de 51 hospitales de Nueva York durante 1984, se informó de eventos adversos o lesiones causadas por manejo médico que prolongaron su estancia hospitalaria o Diseño de Programa de Auditoria para la Gestión de Eventos Adversos 37 produjeron cierto tipo de discapacidad en el 3.7% (1114) de las admisiones, un análisis subsiguiente con los mismos datos detectó que 69% (768) de la lesiones fueron causadas por error²⁰.

Instituto de Medicina de USA (To err is human: building a safer health system): El interés por el estudio del error médico ganó terreno en la década de los años noventa y culminó con el informe del Instituto de Medicina de los

¹⁹ C. Aibar, J. Aranaz. (2003). ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? An Sis Sanit Navar; 26 (2): 195-20

²⁰ Brennan TA, Leape LL, Laird NM, (1991). et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II. NEJM; 324: 370-84

Estados Unidos (2000) "Errar es humano", este documento atrajo la atención, tanto de los médicos como del público en general, por las cifras sin precedentes que más adelante detallaremos²¹.

Cerca de la mitad de los eventos adversos ocurren como resultado de cirugía; los medicamentos y errores de diagnóstico son los eventos no quirúrgicos más frecuentes.

Tabla 1: Tipos de eventos adversos

TIPO	EVENTO ADVERSO	%	% DE EVENTO ADVERSO CON NEGLIGENCIA
Quirúrgico	7715	44.9	16.9
Técnico	2309	29.9	23.6
Hemorragias	1319	17.1	9.8
Infección de la herida	877	11.4	20.8
Infecciones	775	10.0	7.5

²¹ To err is human – to delay is deadly, ten years later, a million lives lost, billions of dollars wasted (mayo 2009). Recuperado de <http://safepatientproject.org/safepatientproject.org/pdf/safepatientproject.org-ToDelayIsDeadly.pdf>

En la Fundación Robert Wood Johnson se estudiaron los errores producidos en las unidades de cirugía, de los resultados de este estudio se desprenden los cinco principales causas que a su juicio impiden se practique cirugía con la calidad idónea:

1. Inadecuado registro de los efectos adversos
2. No se practica de manera adecuada la cirugía conforme las guías clínicas o protocolos
3. Cultura de la culpa
4. Necesidad de compensar a los pacientes lesionados
5. Dificultad para decir la verdad.

Estos antecedentes han motivado la creación de un Centro Federal de Seguros para el paciente cuyo objetivo primordial es la reducción de los errores médicos a través del registro fidedigno de los resultados adversos generados en la atención médica, de tal suerte que se identifiquen los factores determinantes para así corregirlos y reducir la morbi mortalidad producida por error médico.

Actualmente se han incrementado las investigaciones encaminadas a determinar las causas que condicionan el error humano, pues de esta manera será posible disminuir

los efectos adversos; en este sentido se han creado Unidades Clínicas de Riesgo cuya finalidad es establecer protocolos de investigación para determinar las causas directas de los errores médicos e implementar las estrategias correctivas.

Duarte Gaitán Hernando y otros (2006)²²; realizaron un estudio sobre Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, donde fueron evaluados 6688 sujetos durante el periodo de vigilancia. Se detectaron 505 pacientes con eventos de tamización positivos (7,9 % IC95 % 7,3- 8,6). Un total de 310 sujetos presentaron al menos un evento adverso; Incidencia acumulada: (4,6 % IC95 % 4,1- 5,1) durante la hospitalización. De estos se consideró evitable el evento adverso en 189 sujetos (61 %, IC95 % 55- 66). Ocurrió discapacidad permanente en 1,3 %. La mortalidad asociada al evento adverso fue de 6,4 % (20/310). Se incrementó la hospitalización como consecuencia del EA un total de 1072 días.

²² G. Ross Baker, Peter G. Norton. (2004). et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ; 170(11):1678 – 86.

LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE²³. Adaptación para uso en Colombia, de la clasificación propuesta en la "International Classification for Patient Safety", 1.0 de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la O.M.S.

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos básicos:

- El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales.

²³ Ministerio de la protección social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos. Anexo 2.

- Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieran producido.
- Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante.

Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada, se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia:

- Estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento.

Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos.

- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, 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.

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud

- No se realiza cuando este indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales

- No se realiza cuando este indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado/tratamiento/procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada / cara / sitio

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

- Documentos que faltan o no disponibles
- Retraso en el acceso a documentos
- Documento para el paciente equivocado o documento equivocado
- Información en el documento Confusa o ambigua / ilegible / incompleta

Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud

- Torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica
- Absceso
- Neumonía
- Canelas intravasculares (catéter)
- Prótesis infectadas sitio
- Urinaria dren
- Tejidos blandos.

Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales

- Paciente equivocado
- Medicamento equivocado
- Dosis / frecuencia incorrecta

- Formulación incorrecta o presentación
- Ruta equivocada
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrecta
- Contraindicación
- Almacenamiento incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis
- Medicamento vencido
- Reacción adverso al medicamento

Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados

- Paciente equivocado
- Sangre equivocada
- Dosis o frecuencia incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrecta
- Contraindicación
- Almacenamiento incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis
- Sangre / derivado sanguíneo caduco eventos adversos.

Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos

- Paciente equivocado
- Dieta incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Frecuencia incorrecta
- Consistencia incorrecta
- Almacenamiento incorrecto

Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales

- Paciente equivocado
- Gas /vapor incorrecto
- Flujo y concentración equivocados
- Modo de entrega equivocado
- Contraindicación
- Almacenamiento incorrecto
- Fallas de administración
- Contaminación

Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos

- Presentación y embalajes deficientes
- Falta de disponibilidad

- Inapropiado para la tarea
- Sucio / no estéril
- Fallas / mal funcionamiento
- Desalojado/ desconectado
- Error de uso

Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente Incumplimiento de normas o falta de cooperación

- Desconsiderado
- Arriesgado
- Problema con el uso de sustancias
- Acoso
- Discriminación y prejuicios
- Errático y fuga
- Autolesionante / suicida

Tipo 11: Caídas de pacientes

- Catre
- Cama
- Silla
- Camilla
- Baño

- Equipo terapéutico
- Escaleras / escalones
- Siendo llevado / apoyado por otra persona

Tipo 12: Accidentes de pacientes

- Mecanismo (fuerza) contundente
- Mecanismo (fuerza) cortante penetrante
- Otras fuerzas mecánicas
- Temperatura
- Amenaza para la respiración
- Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
- Otros mecanismos específicos de la lesión
- Desastres naturales

Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistente / inadecuado
- Dañado / defectuoso / desgastado

Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo.
- Cama / disponibilidad de los servicios
- Recursos humanos / disponibilidad de personal
- Organización de equipos / personal
- Protocolos / políticas de procedimiento

Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología

- Recolección
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación
- Resultados

5.3 MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIONES BÁSICAS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Seguridad del Paciente²⁴

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Atención en Salud

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

Riesgo

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

²⁴ Ministerio de la protección social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Recuperado de <http://www.minproteccion-social.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>

Falla de la Atención en Salud

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

Evento Adverso

Hace referencia al resultado clínico. Son eventos que ocurren durante el cuidado clínico y que resultan en daño físico o psicológico secundario a iatrogenia y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del paciente.

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.

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, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

5.4 MARCO LEGAL

“La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”²⁵.

²⁵ Ministerio de la protección social. (3 abril de 2006). Decreto 1011. Recuperado de <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/images/pdf/normograma/DECRETOS/2006/DECRETO%201011.pdf>

La LEY 10 DE 1990²⁶ establece que el estado intervendrá para Establecer un sistema de fijación de normas de calidad de servicios de salud, vigilancia y control y Regular los procedimientos para la autorización de la prestación de servicios de salud.

La LEY 100 DE 1993 establece en el titulo II "el sistema general de seguridad social en salud". (Modificada por la ley 1122 del 09 de enero de 2007).

La ley 1122 del 09 de enero de 2007 crea la comisión de regulación en salud - CRES-, Un sistema de inspección, vigilancia y control del SGSS en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, acorde a sus competencias y El Defensor del usuario en Salud.

La ley 872 DE 2003 por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras del servicio de la salud.

²⁶ Ley 10 de 1990. Por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de <http://observatorio.insor.gov.co/leyes.shtml?apc=h;;d;1;;&x=3601>

Decreto 1011 DE 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1043 DE 2006²⁷ 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.

Resolución 2680 DE 2007 por la cual se hace modificación parcial de la resolución 1043 DE 2006.

Ley 1164 DE 2007 por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud que interviene en promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y se regirá por los principios de equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concertación, unidad y efectividad.

²⁷ Manual único de procedimientos de habilitación (2006). Recuperado de [http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Res%201043%20de%202006%20\(Anexo%20Tecnico%202\).pdf](http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Res%201043%20de%202006%20(Anexo%20Tecnico%202).pdf)

6. METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación pertenece a un estudio descriptivo, retrospectivo transversal, cuya unidad de análisis son los eventos adversos ocurridos en el Hospital Nivel I de Piendamó - Cauca.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Todos los eventos adversos reportados en el Primer periodo del 2011.

6.2.3 Criterios para inclusión

- Eventos sucedidos en el hospital.
- Eventos sucedidos por el personal de salud que trabaja en el hospital.
- Eventos que hayan producido daño al paciente.
- Efectos adversos reportados y registrados en la carpeta de eventos adversos.
- Eventos adversos que concuerden el nombre y número de la historia clínica con el reporte.

6.2.4 Criterios para exclusión

- Eventos adversos presentados en aquellos pacientes extremadamente enfermos.

6.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la recolección de la información se hizo uso de las Historias clínicas, registros de los eventos adversos ocurridos durante el primer periodo del 2011 y del formato de análisis modal de fallos y efectos.

6.3.1 Fase exploratoria

La recolección de la información se hizo a través de los registros de los eventos adversos ocurridos durante el primer periodo del 2011 y de la Historia Clínica de los pacientes.

En esta etapa se busco la familiarización la unidad de análisis, para ello se realizo una revisión de documentos públicos como: estadísticas, leyes y acuerdos referentes a efectos adversos; con esta información se obtuvo un conocimiento básico sobre los aspectos

relevantes del proceso y delimitación de funciones y actividades significativas.

De igual forma, se realizó una exhaustiva revisión del método AMFE y evaluación de EFECTOS ADVERSOS que permitió definir y ajustar el instrumento de recolección de información para caracterizar y diagnosticar los efectos adversos del hospital de Piendamó y así utilizar las técnicas más indicadas para dicha evaluación.

6.3.2 Estrategia para la recolección de la información

Para la recolección de la información relacionada con los objetivos de esta investigación, se realizó mediante un instrumento utilizado en el estudio IBEAS: prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica, utilizando la guía de cribado a través instrumento diseñado. (ANEXO 1)

6.3.3 Control de la calidad de la recolección de información.

Los investigadores realizaron la digitación de los datos o transcripción del medio físico de la información, corroborando la información de los documentos originales con los datos recopilados en el INSTRUMENTO.

Se recogió la información y se procesó en el programa SPSS versión 14, verificando que no existan datos perdidos en el sistema y será diseñado de tal forma que no permita el ingreso de datos no coherentes con la investigación.

6.3.5 Fuentes de la información

- carpeta de registros adversos de la institución y historias clínicas de los pacientes.

6.4 VARIABLES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Para este estudio se tomaron variables que brindaron insumos para identificar y determinar el desempeño y factores asociados a la aparición de efectos adversos, que permitieron establecer la coherencia que fundamenta la teoría y la práctica y al mismo tiempo facilitaron la identificación de factores que coadyuvan al logro de los objetivos propuestos; además las variables demográficas permitieron estudiar estadísticamente la estructura de la unidad de análisis. El tipo de variable y nivel de medición para la caracterización social y demográfica.

6.4.1 Operacionalización de las variables

Se construyeron indicadores, entendiendo por indicador la organización de los criterios para evaluar el comportamiento de las variables. Estos operacionalizan las características de la unidad de análisis, permitiendo evaluar, los EVENTOS ADVERSOS presentes en los servicios que presta el hospital.

6.5 PROCESAMIENTO Y TABULACIÓN DE DATOS

Una vez obtenidos los datos se procesaron en el programa SPSS versión 14 para Windows 2007, posteriormente se realizó su respectivo análisis e interpretación. Los datos fueron digitados por el investigador principal, quien ingresó la información directamente del instrumento de recolección de datos de los registros.

Para el procesamiento y análisis de la información fue necesaria la organización del material, revisión crítica y codificación de la información. La información se sistematizó en el software mencionado anteriormente y una vez depurada la información se procedió a realizar el análisis e interpretación de la información.

6.6 ANALISIS DE LA INFOEMACION

Para su respectivo análisis se utilizo el instrumento de diseño para análisis modal de fallos y efectos (AMFE) (ANEXO 2)

6.7 Consideraciones Éticas.

Los aspectos éticos de la presente investigación se rigen por las normas y parámetros éticos universales establecidos y referidos en la resolución 008430 del 04 de Octubre de 1993, expedida por el entonces Ministerio de salud de la República de Colombia para investigación en ciencias de la salud, en los cuales se consagra la protección a la vida, la salud, la integridad y la no divulgación de la información de las historias clínicas.

Este estudio se baso en los principios éticos generales como el de integridad, el respeto, incorporando los dos deberes éticos fundamentales de beneficencia, autonomía y justicia

7 RESULTADOS ESPERADOS

Para presentar los resultados se utilizaron las medidas de tendencia central y para su representación se realizaron gráficos, utilizando histogramas para los datos cuantitativos, barras para las cualitativas, se describirán los datos en una forma narrativa. Se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes.

Esta investigación tiene la aprobación de el gerente de la ESE centro uno y el coordinador del punto de atención Piendamó, además del personal que trabaja en el hospital.

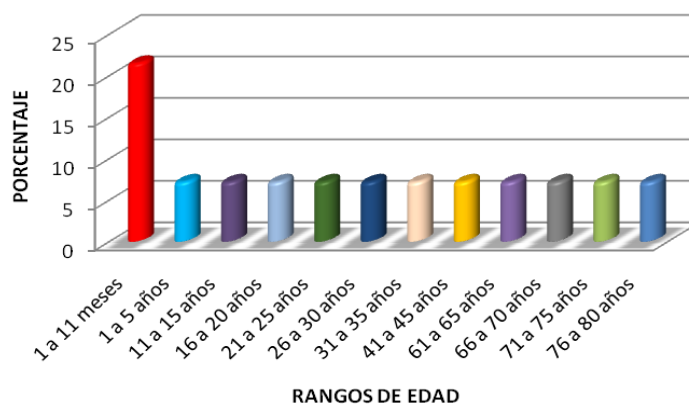
De acuerdo a las categorías donde se clasifican las investigaciones, según el artículo 11 del capítulo 1 del título II corresponde a una investigación sin riesgo, debido que no se realizo el estudio en individuos y para obtener la información se realizo mediante cuestionarios, revisión de registros. En caso de detectar o describir un evento adverso y fuera de lo esperado dentro del proceso de captación de datos y análisis, este se comento a las directivas del hospital.

8 RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de los rangos de edad de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Edad	N	%
1 a 11 meses	3	21,4
1 a 5 años	1	7,1
11 a 15 años	1	7,1
16 a 20 años	1	7,1
21 a 25 años	1	7,1
26 a 30 años	1	7,1
31 a 35 años	1	7,1
41 a 45 años	1	7,1
61 a 65 años	1	7,1
66 a 70 años	1	7,1
71 a 75 años	1	7,1
76 a 80 años	1	7,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 1. Distribución de los rangos de edad.

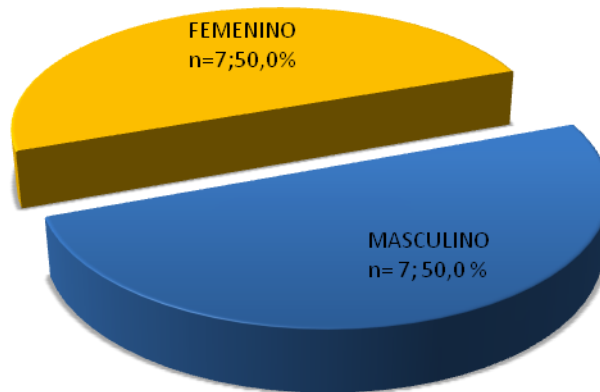


como lo demuestra el grafico, el 21,4% (n=3) corresponden a un rango de edad de 1 a 11 meses, seguido por frecuencias de 1 con un porcentaje del 7,1%.

Tabla 2. Distribución del sexo de los pacientes que presentaron eventos adversos.

SEXO	n	%
Masculino	7	50,0
Femenino	7	50,0
TOTAL	14	100,0

Grafico 2. Distribución del sexo de los pacientes que presentaron eventos adversos.



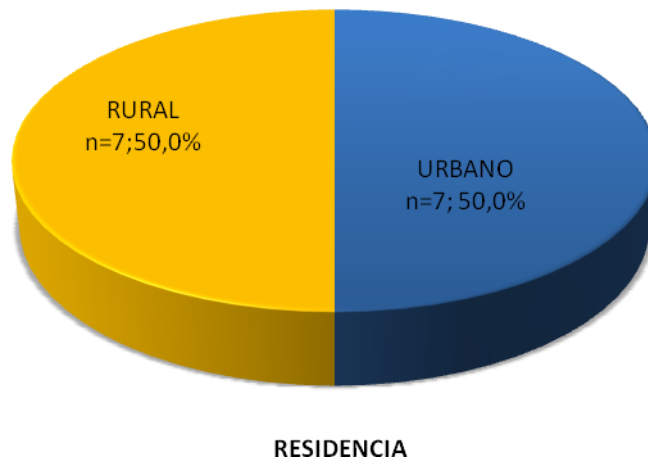
DISTRIBUCION DEL SEXO

Se logra determinar en la gráfica que el género se encuentra en igual distribución (n=7) con el 50,0% respectivamente.

Tabla 3. Distribución de la residencia de los pacientes que presentaron eventos adversos.

RESIDENCIA	N	%
Urbano	7	50,0
Rural	7	50,0
TOTAL	14	100,0

Grafico 3. Distribución de la residencia de los pacientes que presentaron eventos adversos.

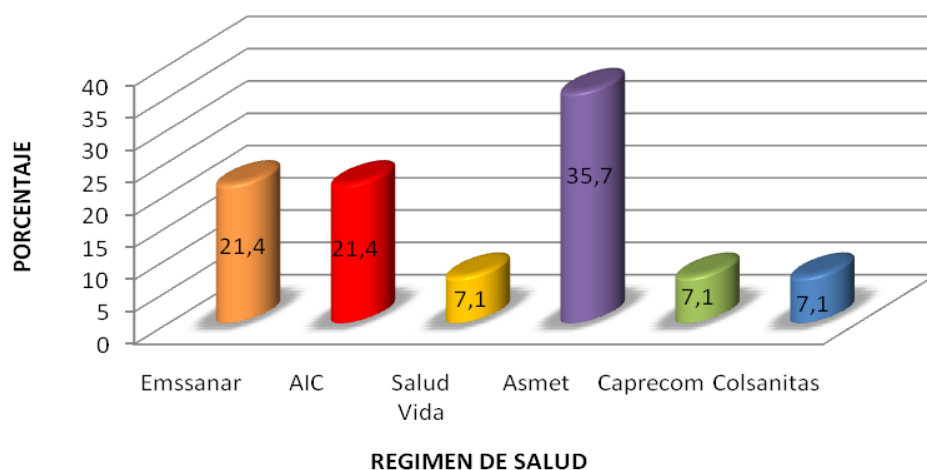


Se encuentra igual frecuencia de pacientes procedentes del área rural y urbano de Piendamó Cauca con (n=7) 50,0% respectivamente, como lo muestra el grafico 3.

Tabla 4. Distribución del régimen de salud de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Régimen de salud	Nombre de la Entidad	N	%
SUBSIDIADO 92,9	Emssanar	3	21,4
	AIC	3	21,4
	Salud Vida	1	7,1
	Asmet Salud	5	35,7
	Caprecom	1	7,1
CONTRIBUTIVO 7,1%	Colsanitas	1	7,1

Grafico 4. Distribución del régimen de salud.

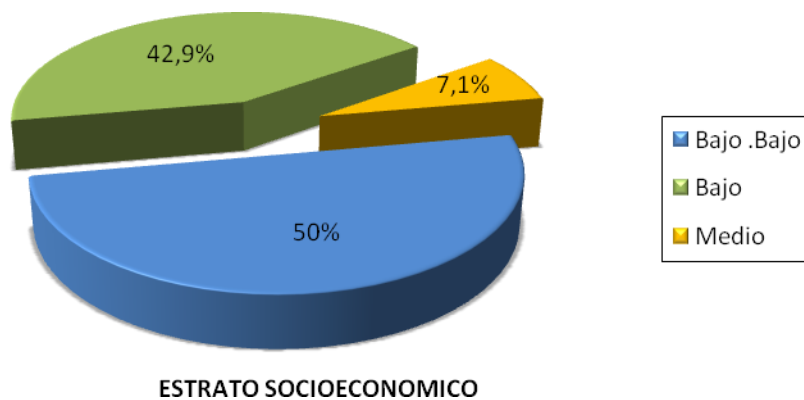


Se observa en la tabla que, coherente con el régimen de salud, las administradoras del régimen subsidiado el 92,9% dentro de las cuales encontramos Asmet Salud, Emssanar y Caprecom, entre otros. El régimen contributivo con el 7,1% y dentro de esta Colsanitas.

Tabla 5. Distribución del estrato socioeconómico de los pacientes que presentaron eventos adversos.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	n	%
Bajo -Bajo	7	50,0
Bajo	6	42,9
Medio	1	7,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 5. Distribución del estrato socioeconómico de los pacientes que presentaron eventos adversos.

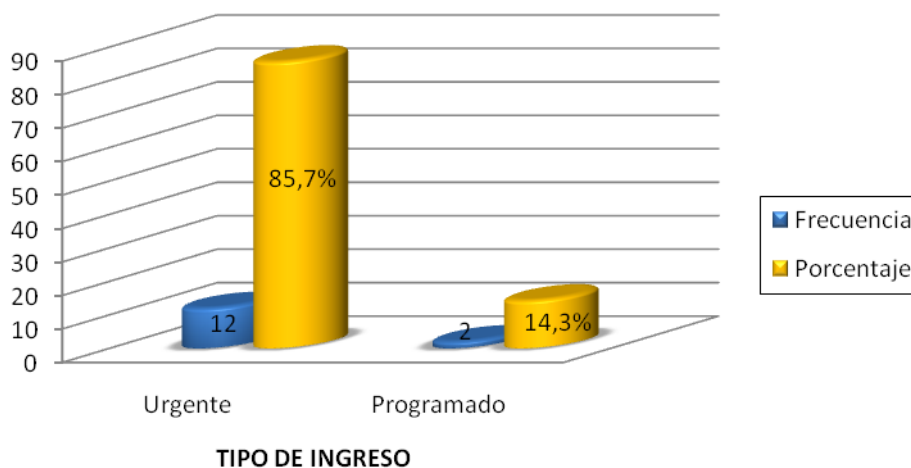


El 50,0% (n=7) de la población que presento eventos adversos se encuentran en un estrato socioeconómico bajo-bajo, seguido de estrato bajo con el 42,9% (n=6) y por ultimo un estrato medio con 7,1% (n=1).

Tabla 6. Distribución del tipo de ingreso de los pacientes que presentaron eventos adversos.

TIPO DE INGRESO	N	%
Urgente	12	85,7
Programado	2	14,3
TOTAL	14	100,0

Grafico 6. Distribución del tipo de ingreso de los pacientes que presentaron eventos adversos.

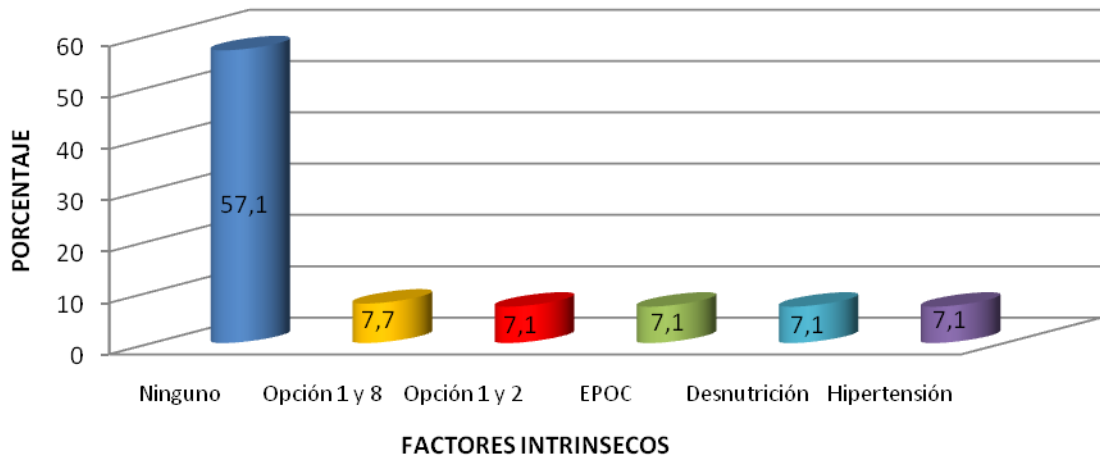


Como lo demuestra el grafico 6 el 85,7% (n=12) de la población el tipo de ingreso al hospital fue por urgencias, mientras que un 14,3% (n=2) lo realizaron de forma programada.

Tabla 7. Distribución de los factores intrínsecos de los pacientes que presentaron eventos adversos.

FACTORES INTRÍNSECOS	n	%
Ninguno	8	57,1
Opción 1 y 8	1	7,7
Opción 1 y 2	1	7,1
EPOC	1	7,1
Desnutrición	1	7,1
Hipertensión	1	7,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 7. Distribución de los factores intrínsecos de los pacientes que presentaron eventos adversos.



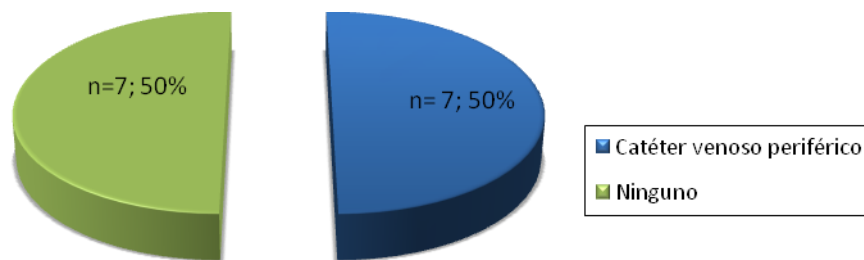
1: insuficiencia renal, 2: diabetes, 8: hipertension

Dentro de los factores intrínsecos que presentaron los pacientes esta la insuficiencia renal, diabetes e hipertensión arterial.

Tabla 8. Distribución de los factores extrínsecos de los pacientes que presentaron eventos adversos.

FACTORES EXTRÍNSECOS		N	%
Catéter venoso periférico		7	50,0
Ninguno		7	50,0
TOTAL		14	100,0

Grafico 8. Distribución de los factores extrínsecos de los pacientes.



FACTORES EXTRINSECOS

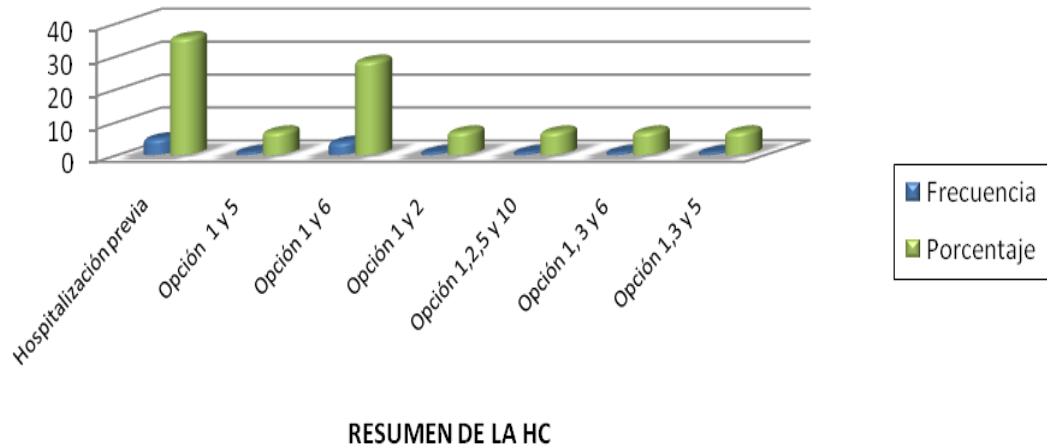
Como lo indica el grafico dentro de los factores extrínsecos se encuentran el catéter venoso periférico con el 50,0% (n=7), y el otro 50,0% ninguno de los pacientes presentaron factores extrínsecos.

Tabla 9. Distribución del resumen de la Historia Clínica de los pacientes que presentaron eventos adversos.

RESUMEN DE LA HC	N	%
Hospitalización previa	5	35,7
Opción 1 y 5	1	7,1
Opción 1 y 6	4	28,6
Opción 1 y 2	1	7,1
Opción 1,2,5 y 10	1	7,1
Opción 1, 3 y 6	1	7,1
Opción 1,3 y 5	1	7,1
TOTAL	14	100,0

1: hospitalización previa, 2: accidente durante durante la hospitalización, 3: reacción medicamentosa adversa, 5: traslado a otro nivel de atención, 6: se produjo lesión tras procedimiento, 10: algún daño o complicación durante el procedimiento.

Gráfico 9. Distribución del resumen de la Historia Clínica.

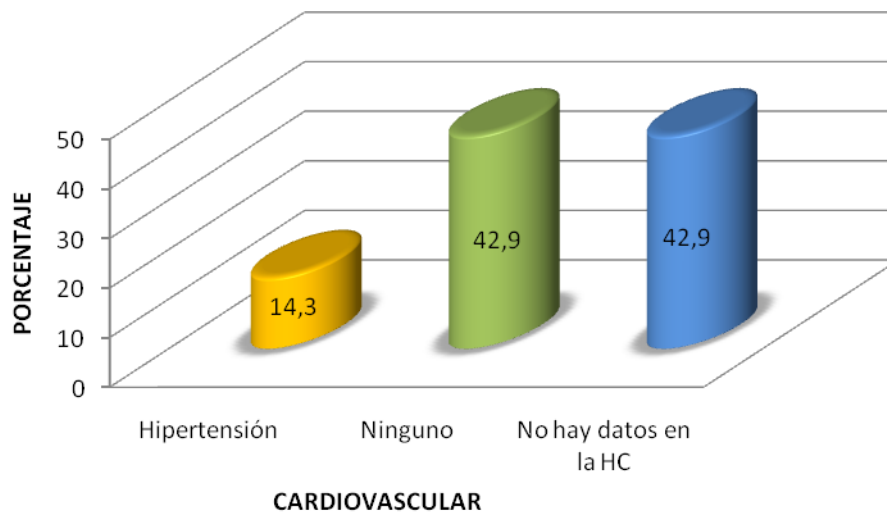


Dentro del resumen de la historia clínica se encuentra que los pacientes han presentado hospitalización previa durante los últimos 6 meses 35,6% (n=5), seguido del 28,6% (n=4) a los cuales se les produjo una lesión tras la hospitalización.

Tabla 10. Distribución de las Co - morbilidades cardiovasculares de los pacientes que presentaron eventos adversos.

CARDIOVASCULAR	N	%
Hipertensión	2	14,3
Ninguno	6	42,9
No hay datos en la HC	6	42,9
TOTAL	14	100,0

Grafico 10. Distribución de las Co - morbilidades cardiovasculares de los pacientes.

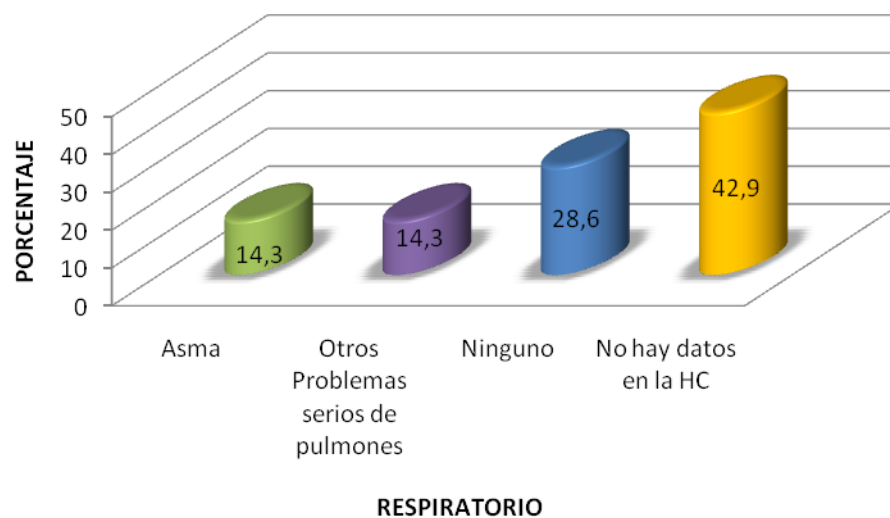


El grafico nos indica que el 42,9% (n=6), no presentan datos en la historia clínica esto se debe a que no están siendo diligenciadas según las normas, el 14,3% (n=2) presentaron hipertensión arterial.

Tabla 11. Distribución de las Co-morbilidades respiratorias de los pacientes que presentaron eventos adversos.

RESPIRATORIO	n	%
Asma	2	14,3
Otros Problemas serios de pulmones	2	14,3
Ninguno	4	28,6
No hay datos en la HC	6	42,9
TOTAL	14	100,0

Grafico 11. Distribución de las Co-morbilidades respiratorias de los pacientes.

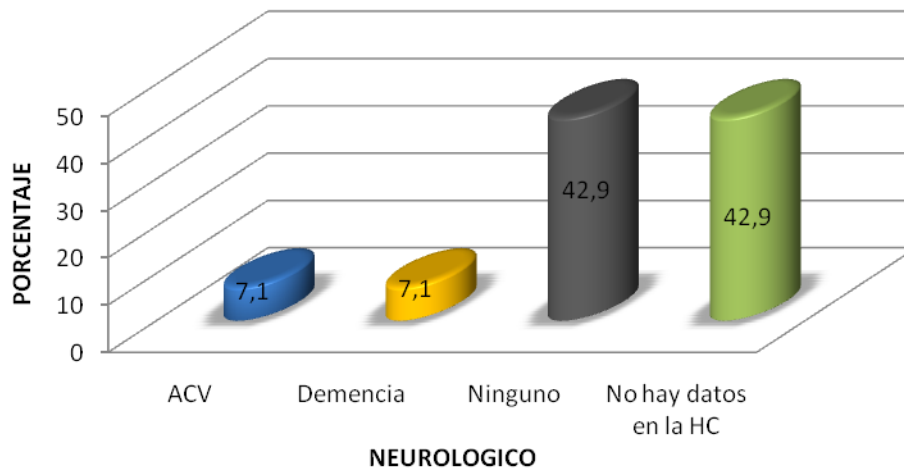


El 28,6% (n=4), de los pacientes presentaban problemas respiratorios como asma y otros problemas serios de pulmones, el 42,9% (n=6), no se encuentran reportados en la historia clínica.

Tabla 12. Distribución de las Co-morbilidades neurológicas de los pacientes que presentaron eventos adversos.

NEUROLÓGICO	N	%
ACV	1	7,1
Demencia	1	7,1
Ninguno	6	42,9
No hay datos en la HC	6	42,9
TOTAL	14	100,0

Grafico 12. Distribución de las Co-morbilidades neurológicas de los pacientes.

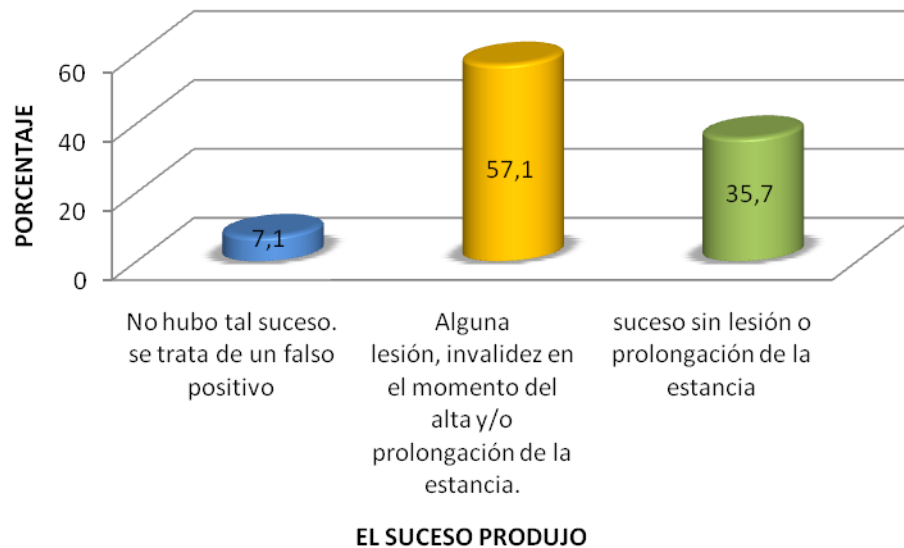


De las co morbilidades que se reportaron en la historia clínica el 7,1% (n=1) pertenecen a los accidentes cerebro vasculares.

Tabla 13. Distribución si el suceso produjo alteración en los pacientes que presentaron eventos adversos.

EL SUCESO PRODUJO	N	%
No hubo tal suceso. se trata de un falso positivo	1	7,1
Alguna lesión, invalidez en el momento del alta y/o prolongación de la estancia.	8	57,1
suceso sin lesión o prolongación de la estancia	5	35,7
TOTAL	14	100,0

Grafico 13. Distribución si el suceso produjo alteración en los pacientes que presentaron eventos adversos.

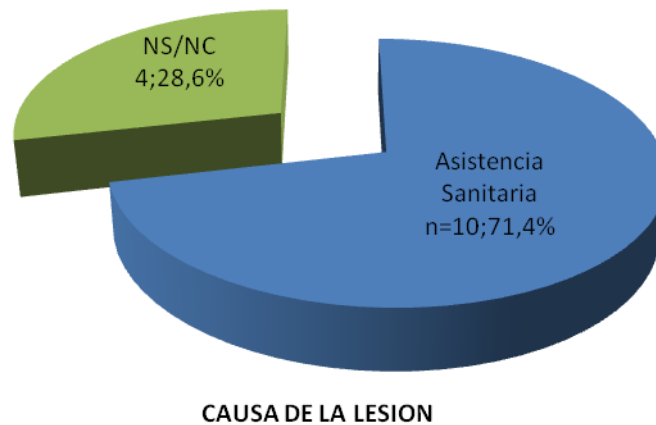


El suceso produjo alguna lesión, invalidez en el momento del alta o prolongación de la estancia en un 57,1% (n=8).

Tabla 14. Distribución de la causa de la lesión en los pacientes que presentaron eventos adversos.

CAUSA DE LA LESIÓN	N	%
Asistencia sanitaria	10	71,4
NS/NC	4	28,6
TOTAL	14	100,0

Grafico 14. Distribución de la causa de la lesión en los pacientes que presentaron eventos adversos.

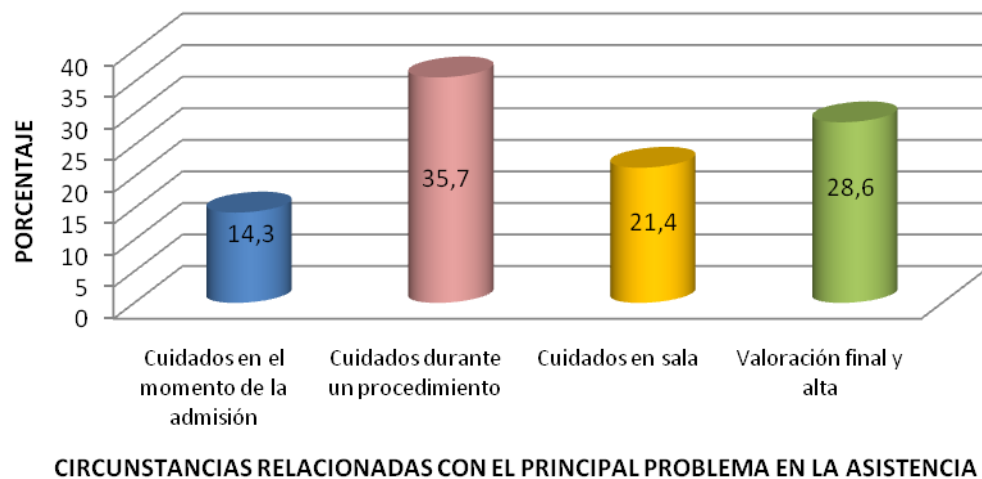


Un 71,4% (n=10) determinaron que la causa de la lesión se debía a una inadecuada inasistencia sanitaria y un 28,6% (n=4) de los pacientes no saben no contestan.

Tabla 15. Distribución de las circunstancias relacionadas con el principal problema en la asistencia.

CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON EL PRINCIPAL PROBLEMA EN LA ASISTENCIA	n	%
Cuidados en el momento de la admisión	2	14,3
Cuidados durante un procedimiento	5	35,7
Cuidados en sala	3	21,4
Valoración final y alta	4	28,6
TOTAL	14	100,0

Grafico 15. Distribución de las circunstancias relacionadas con el principal problema en la asistencia.



Como lo indica el grafico 15 el principal problema en la asistencia sanitaria se debe a cuidados durante el procedimiento con un 35,7% (n=5).

Tabla 16. Distribución de la información proporcionada por la Historia Clínica.

LA HC PROPORCIONA LA INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA VALORAR EL EVENTO ADVERSO	n	%
No, la información es inadecuada	2	14,3
No, la información es poco adecuada	9	64,3
Si la información es adecuada	3	21,4
TOTAL	14	100,0

Grafico 16. Distribución de la información proporcionada por la Historia Clínica.

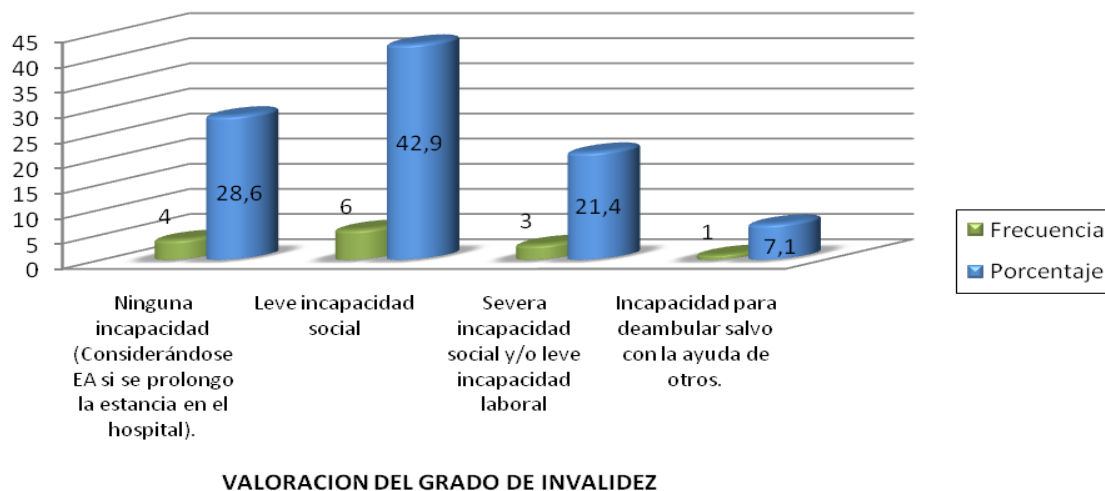


Con el 64,3% (n=9), se determino que la información que suministra la historia clínica es poco adecuada, lo cual no permite obtener adecuados resultados.

Tabla 17. Distribución de la valoración del grado de invalidez en los pacientes que presentaron eventos adversos.

VALORACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ	n	%
Ninguna incapacidad (Considerándose EA si se prolongo la estancia en el hospital).	4	28,6
Leve incapacidad social	6	42,9
Severa incapacidad social y/o leve incapacidad laboral	3	21,4
Incapacidad para deambular salvo con la ayuda de otros.	1	7,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 17. Distribución de la valoración del grado de invalidez en los pacientes que presentaron eventos adversos.



De los pacientes que presentaron eventos adversos un 42,9% (n=6) a la valoración del grado de invalidez demostraron leve incapacidad social.

Tabla 18. Distribución del tratamiento adicional como resultado de los eventos adversos.

TRATAMIENTO ADICIONAL COMO RESULTADO DE LOS EA	n	%
El paciente precisó pruebas diagnosticas adicionales.	2	14,3
¿El paciente preciso tratamiento adicional? medicación, rehabilitación, cirugia...	4	28,6
Ningún tratamiento	6	42,9
No hay datos en la HC	2	14,3
TOTAL	14	100,0

Grafico 18. Distribución del tratamiento adicional como resultado de los eventos adversos.

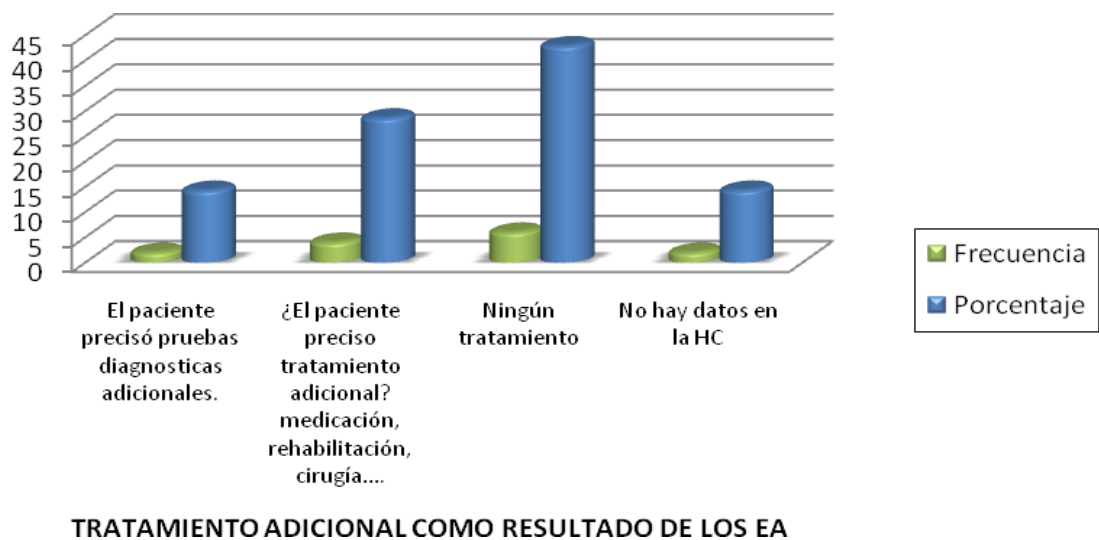
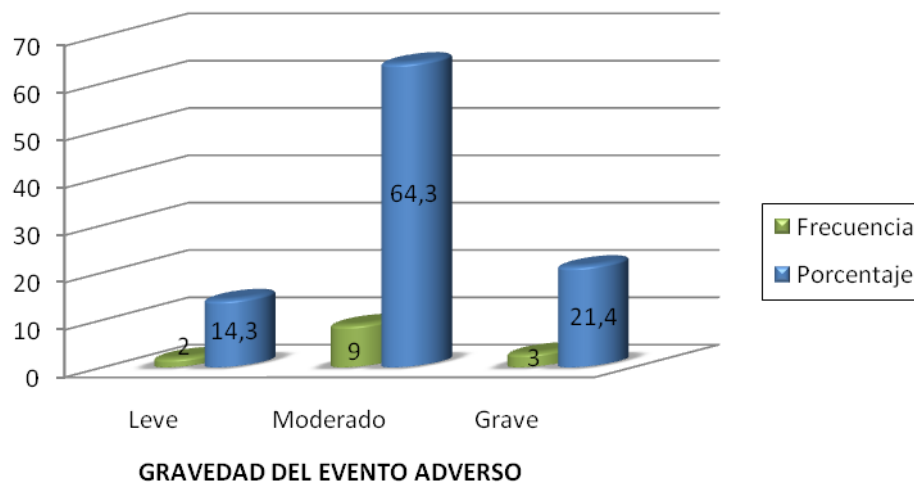


Tabla 19. Distribución de la gravedad del evento adverso de los pacientes que presentaron eventos adversos.

GRAVEDAD DEL EVENTO ADVERSO	N	%
Leve	2	14,3
Moderado	9	64,3
Grave	3	21,4
TOTAL	14	100,0

Grafico 19. Distribución de la gravedad del evento adverso.

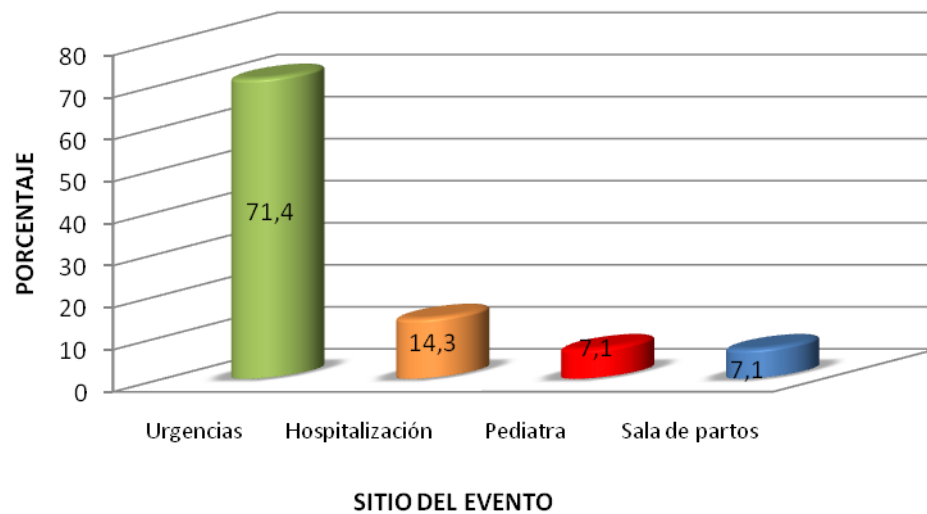


La gravedad del evento adverso es moderado en un 64,3% (n=9), seguido de grave con el 21,4% (n=3) y un 14,3% (n=2) leve.

Tabla 20. Distribución del sitio donde ocurrió el evento adverso.

SITIO DEL EVENTO	N	%
Urgencias	10	71,4
Hospitalización	2	14,3
Pediatra	1	7,1
Sala de partos	1	7,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 20. Distribución del sitio donde ocurrió el evento adverso.

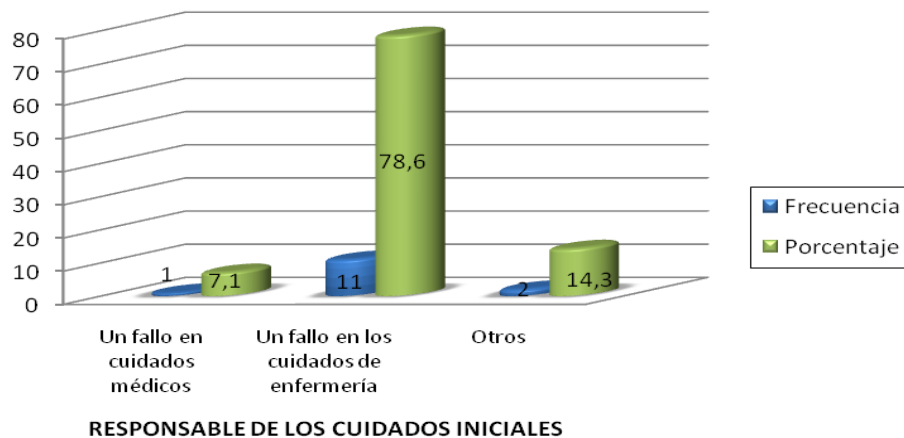


El sitio que tuvo mayor ocurrencia de evento adverso con un 71,4% (n=10) fue en urgencias seguido de hospitalización con un 14,3% (n=2).

Tabla 21. Distribución de la responsabilidad de los cuidados iniciales en los pacientes que presentaron eventos adversos.

RESPONSABLE DE LOS CUIDADOS INICIALES	N	%
Un fallo en cuidados médicos	1	7,1
Un fallo en los cuidados de enfermería	11	78,6
Otros	2	14,3
TOTAL	14	100,0

Grafico 21. Distribución de la responsabilidad de los cuidados iniciales en los pacientes que presentaron eventos adversos.

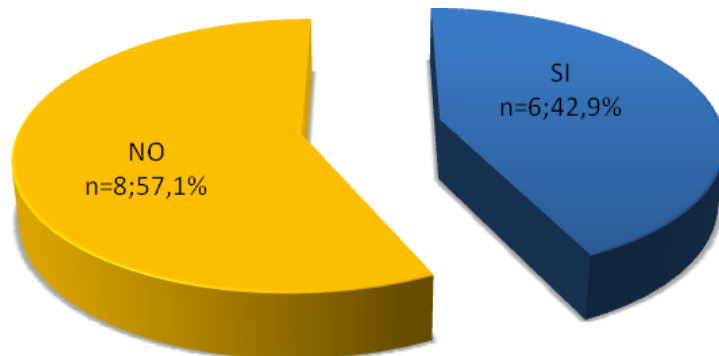


Los eventos adversos se presentaron por un fallo en los cuidados de enfermería en un 78,6% (n=11), seguido del 14,3% por otros.

Tabla 22. Distribución del error en la administración de medicamentos en fluidos o sangre.

¿Hubo algún error en la administración de medicamento, fluidos o sangre?	N	%
SI	6	42,9
NO	8	57,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 22. Distribución del error en la administración de medicamentos en fluidos o sangre.



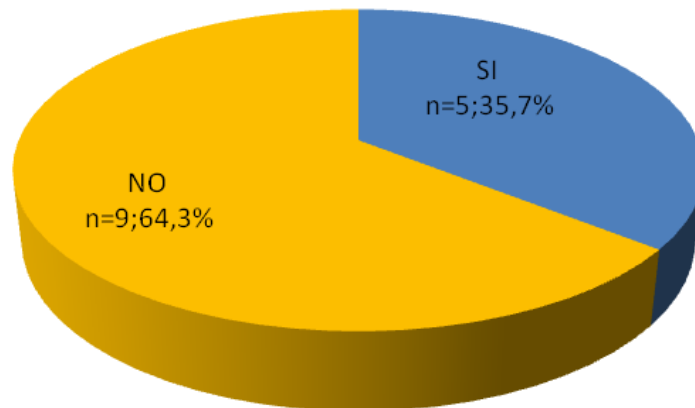
¿HUBO ALGUN ERROR EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO, FLUIDOS O SANGRE?

El 42,9% (n=6), presentaron un error en la administración de medicamentos en fluido o sangre y un 57,1% (n=8), no presentaron dicho error.

Tabla 23. Distribución de algún fallo en la monitorización de la acción del medicamento.

¿Hubo un algún fallo en la monitorización de la acción del medicamento?	N	%
SI	5	35,7
NO	9	64,3
TOTAL	14	100,0

Grafico 23. Distribución de algún fallo en la monitorización de la acción del medicamento.



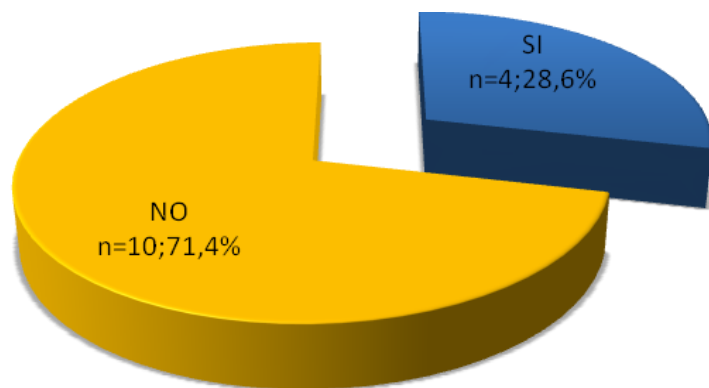
¿HUBO ALGUN FALLO EN LA MONITORIZACION DE LA ACCION DEL MEDICAMENTO?

De los pacientes que presentaron eventos adversos el 35,7%(n=5), de debió a un fallo en la monitorización de la acción del medicamento.

Tabla 24. Distribución de algún fallo en el proceso de alta en los pacientes que presentaron eventos adversos.

¿Hubo algún fallo en el proceso de alta?	N	%
SI	4	28,6
NO	10	71,4
TOTAL	14	100,0

Grafico 24. Distribución de algún fallo en el proceso de alta en los pacientes que presentaron eventos adversos.



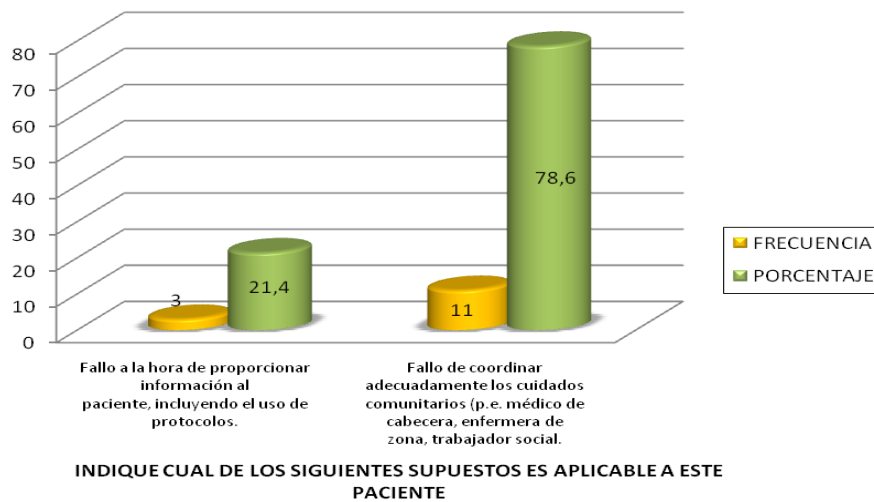
¿HUBO ALGUN FALLO EN EL PROCESO DE ALTA?

Como lo indica la grafica el 28,6% (n=4) presentaron algún fallo en el proceso de alta, debido a que no hay suficiente control por parte de la vigilancia.

Tabla 25. Distribución de la indicación de los supuestos aplicables en los pacientes que presentaron eventos adversos.

INDIQUE CUAL DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS ES APLICABLE A ESTE PACIENTE	n	%
Fallo a la hora de proporcionar información al paciente, incluyendo el uso de protocolos.	3	21,4
Fallo de coordinar adecuadamente los cuidados comunitarios (p.e. médico de cabecera, enfermera de zona, trabajador social.	11	78,6
TOTAL	14	100,0

Grafico 25. Distribución de la indicación de los supuestos aplicables en los pacientes que presentaron eventos adversos.

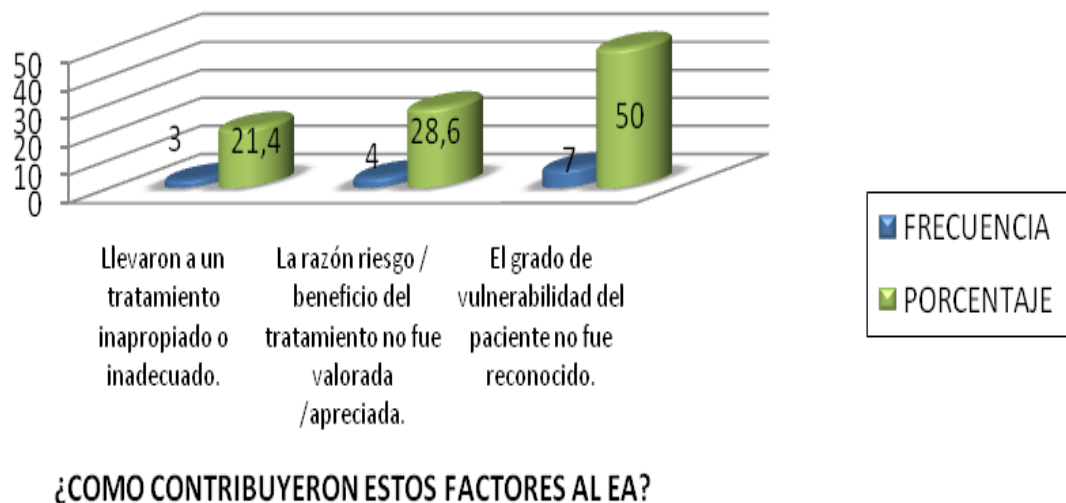


El 78,6% (n=11) presentaron un fallo en la coordinación de los cuidados comunitarios como lo son el médico y enfermeras.

Tabla 26. Distribución de cómo contribuyeron los factores al evento adverso.

¿CÓMO CONTRIBUYERON ESTOS FACTORES AL EA?	N	%
Llevaron a un tratamiento inapropiado o inadecuado.	3	21,4
La razón riesgo / beneficio del tratamiento no fue valorada /apreciada.	4	28,6
El grado de vulnerabilidad del paciente no fue reconocido.	7	50,0
TOTAL	14	100,0

Grafico 26. Distribución de cómo contribuyeron los factores al evento adverso.

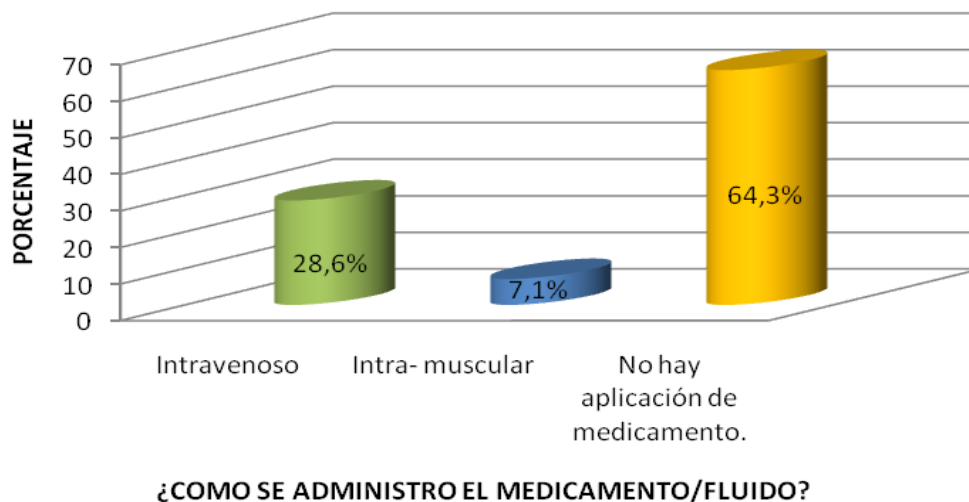


Existen factores que pueden contribuir al evento adverso como no tener en cuenta el grado de vulnerabilidad, riesgo beneficio del tratamiento de los pacientes.

Tabla 27. Distribución de cómo se administro el medicamento /fluido en los pacientes que presentaron eventos adversos.

¿CÓMO SE ADMINISTRÓ EL MEDICAMENTO / FLUIDO?	N	%
Intravenoso	4	28,6
Intra- muscular	1	7,1
No hay aplicación de medicamento.	9	64,3
TOTAL	14	100,0

Grafico 27. Distribución de cómo se administro el medicamento / fluido en los pacientes que presentaron eventos adversos.

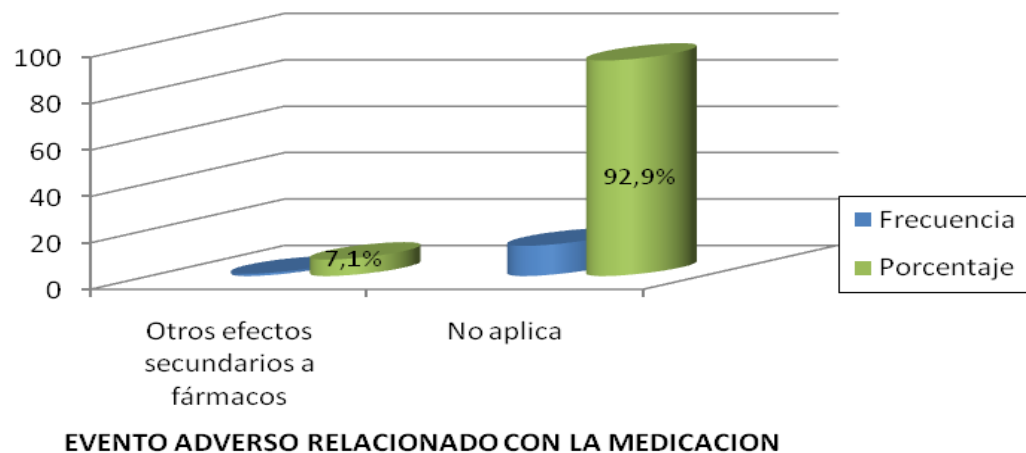


El 28,6% (n=4), de la administración de los medicamentos se realizo intravenoso, un 7,1% (n=1) intramuscular y por último el 64,3% (n=9), no fue necesario la aplicación de medicamentos.

Tabla 28. Distribución del evento adverso relacionado con la medicación.

EVENTO RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN	ADVERSO CON LA	N	%
Otros efectos secundarios a fármacos		1	7,1
No aplica		13	92,9
TOTAL		14	100,0

Grafico 28. Distribución del evento adverso relacionado con la medicación.

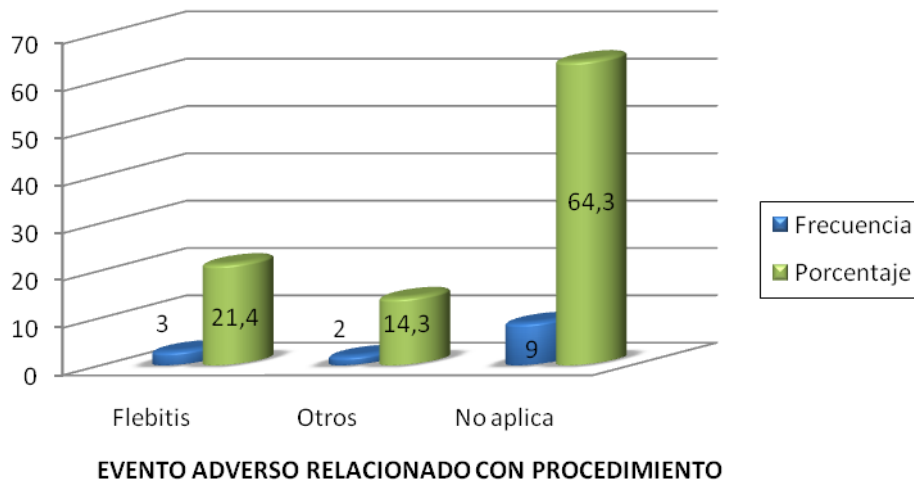


Como lo indica la grafica 28 solo el 7,1% (n=1) presento eventos adversos relacionados con la medicación.

Tabla 29. Distribución del evento adverso relacionado con el procedimiento.

EVENTO RELACIONADO PROCEDIMIENTO	ADVERSO CON	n	%
Flebitis		3	21,4
Otros		2	14,3
No aplica		9	64,3
TOTAL		14	100,0

Grafico 29. Distribución del evento adverso relacionado con el procedimiento.

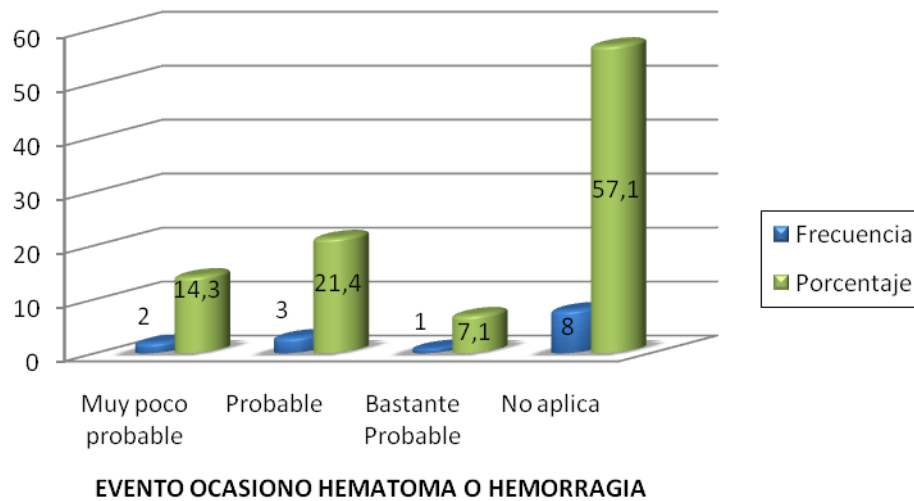


Como lo indica la grafica el 21,4% (n=3), presentaron el evento adverso relacionado con el procedimiento lo cual les ocasiono flebitis.

Tabla 30. Distribución del evento adverso el cual ocasiono hemorragia o hematoma en los pacientes que presentaron eventos adversos.

EVENTO OCASIONO HEMORRAGIA O HEMATOMA	n	%
Muy poco probable	2	14,3
Probable	3	21,4
Bastante Probable	1	7,1
No aplica	8	57,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 30. Distribución del evento adverso el cual ocasiono hemorragia o hematoma en los pacientes que presentaron eventos adversos.

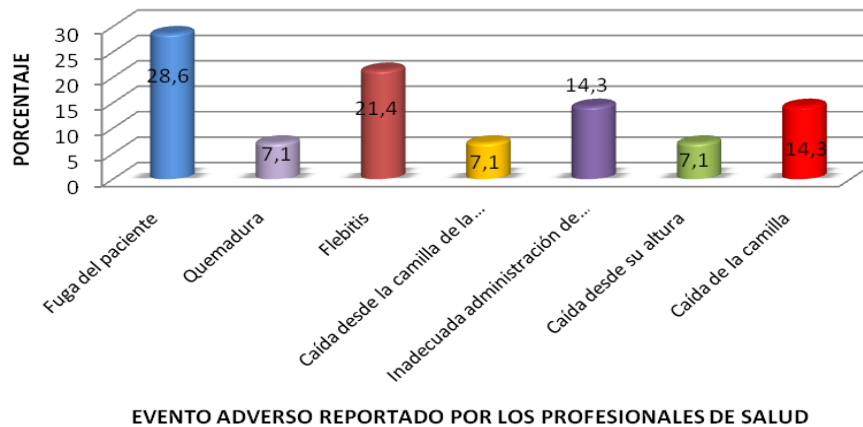


Un 21,4% (n=3) es probable que el evento adverso ocasiono hematomas o hemorragias muy poco probable el 14,3% (n=2) y bastante probable el 7,1%.

Tabla 31. Distribución del evento adverso reportado por personal de salud.

EVENTO ADVERSO REPORTADO	n	%
Fuga del paciente	4	28,6
Quemadura	1	7,1
Flebitis	3	21,4
Caída desde la camilla de la ambulancia	1	7,1
Inadecuada administración de medicamentos	2	14,3
Caída desde su altura	1	7,1
Caída de la camilla	2	14,3
TOTAL	14	100,0

Grafico 31. Distribución del evento adverso reportado por personal de salud.

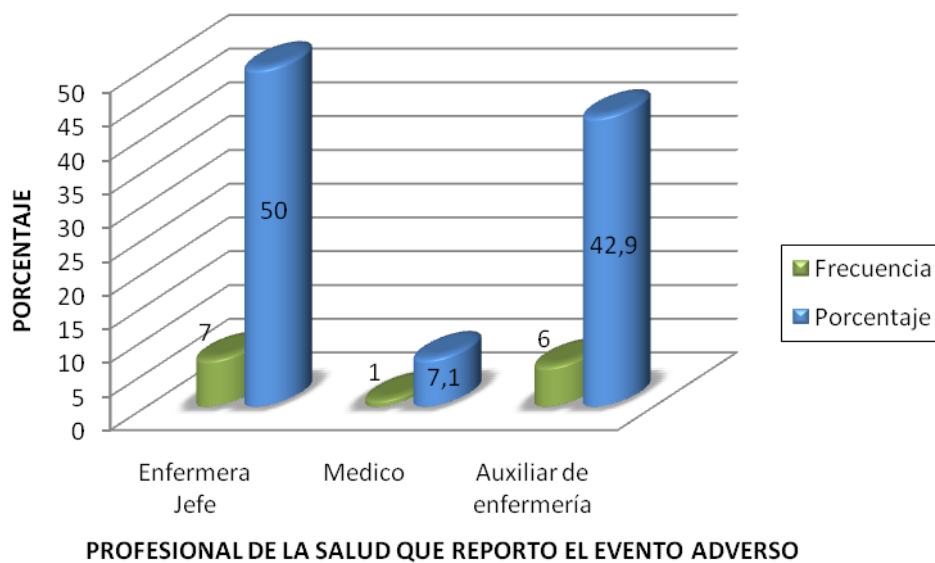


El evento que mayor fue reportado por los profesionales de salud con un 28,6% (n=4) fuga del paciente, seguido de la flebitis con un 21,4% (n=3) y el de menos incidencia caída desde la camilla de la ambulancia y caída desde su propia altura.

Tabla 32. Distribución del profesional en salud que reporto el evento adverso.

PROFESIONAL REPORTO EL EA	QUE	n	%
Enfermera Jefe		7	50,0
Medico		1	7,1
Auxiliar de enfermería	de	6	42,9
TOTAL		14	100,0

Grafico 32. Distribución del profesional en salud que reporto el evento adverso.

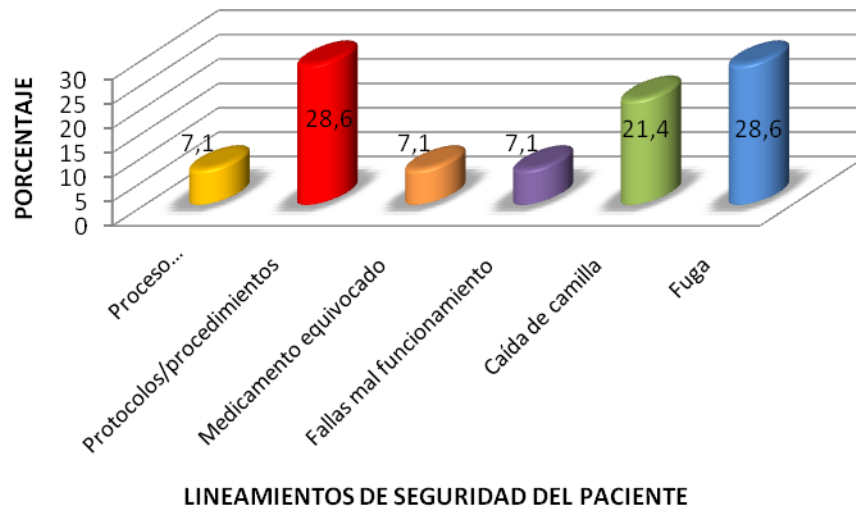


Los eventos adversos que se reportaron en el hospital de piendamó lo realizaron las enfermeras jefes con un 50,0% (n=7), seguido de las auxiliares de enfermería con un 42,9% (n=6) y los médicos solo lo realizan con un 7,1% (n=1).

Tabla 33. Distribución de la clasificación de los tipos de atención en salud que pueden causar eventos adversos.

Lineamientos de seguridad del PTE	n	%
Proceso equivocado/TTO/procedimiento	1	7,1
Protocolos/procedimientos	4	28,6
Medicamento equivocado	1	7,1
Fallas mal funcionamiento	1	7,1
Caída de camilla	3	21,4
Fuga	4	28,6
TOTAL	14	100,0

Grafico 33. Distribución de la clasificación de los tipos de atención en salud que pueden causas eventos adversos.



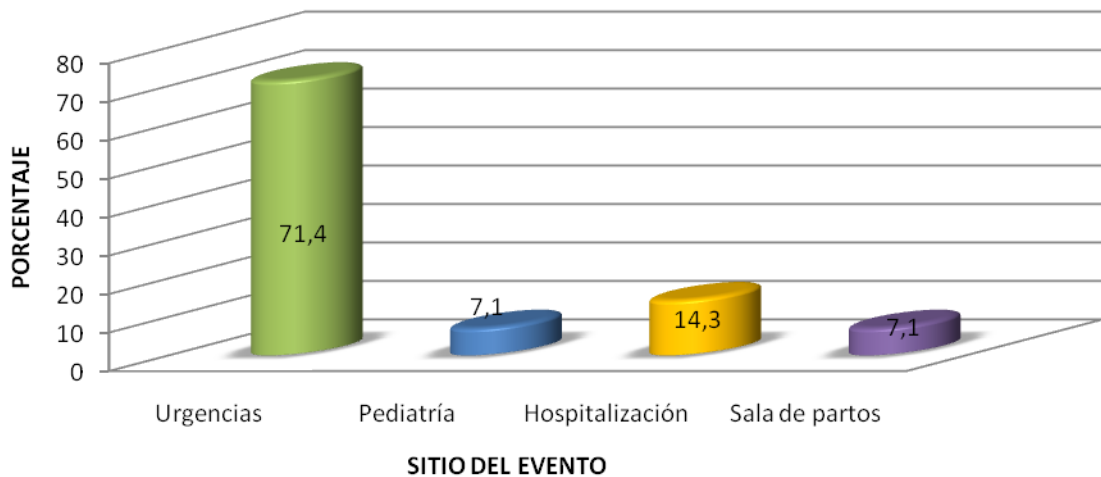
El 28,6% (n=4) de los eventos adversos reportados en el hospital nivel 1 de piendamó, son a causa de una falla en los protocolos y procedimientos.

***ANALISIS MODAL
DE FALLOS Y
EFECTOS***

Tabla 34. Distribución de la clasificación del sitio del evento adverso.

Sitio del evento	N	%
Urgencias	10	71,4
Pediatría	1	7,1
Hospitalización	2	14,3
Sala de partos	1	7,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 34. Distribución de la clasificación del sitio del evento adverso.

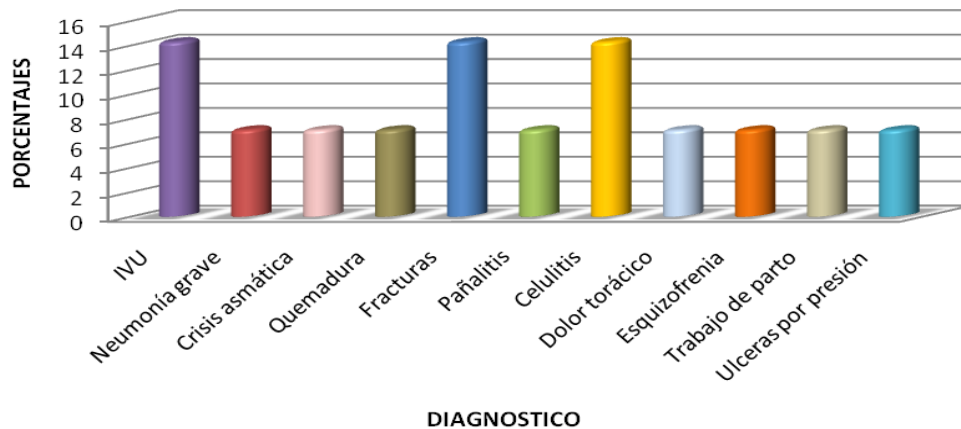


El sitio que tuvo mayor ocurrencia de evento adverso con un 71,4% (n=10) fue en urgencias seguido de hospitalización con un 14,3% (n=2).

Tabla 35. Distribucion de la patologia de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Diagnostico	N	%
IVU	2	14,3
Neumonía grave	1	7,1
Crisis asmática	1	7,1
Quemadura	1	7,1
Fracturas	2	14,3
Pañalitis	1	7,1
Celulitis	2	14,3
Dolor torácico	1	7,1
Esquizofrenia	1	7,1
Trabajo de parto	1	7,1
Ulceras por presión	1	7,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 35. Distribucion de la patologia de los pacientes que presentaron eventos adversos.

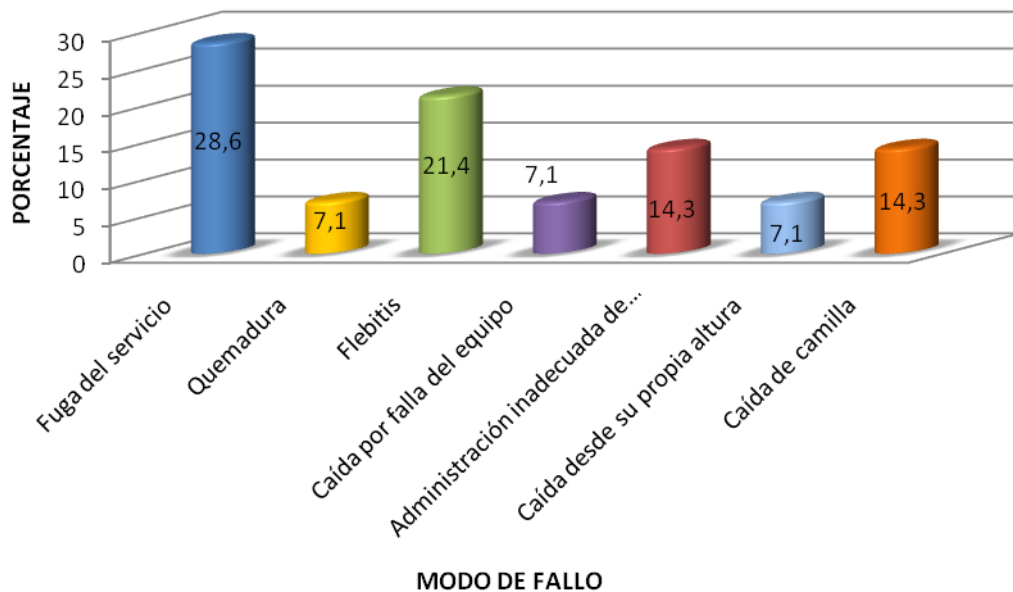


Como lo demuestra la grafica los pacientes que presentaron eventos adversos al momento de la urgencia o consulta lo realizaron por diferentes patologías entre las frecuentes, las fracturas, pañalitis e infección de vías urinarias.

Tabla 36. Distribución del modo de fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Modo de fallo	n	%
Fuga del paciente	4	28,6
Quemadura	1	7,1
Flebitis	3	21,4
Caída desde la camilla de la ambulancia	1	7,1
Inadecuada administración de medicamentos	2	14,3
Caída	1	7,1
Caída de camilla	2	14,3
TOTAL	14	100,0

Grafico 36. Distribución del modo de fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.



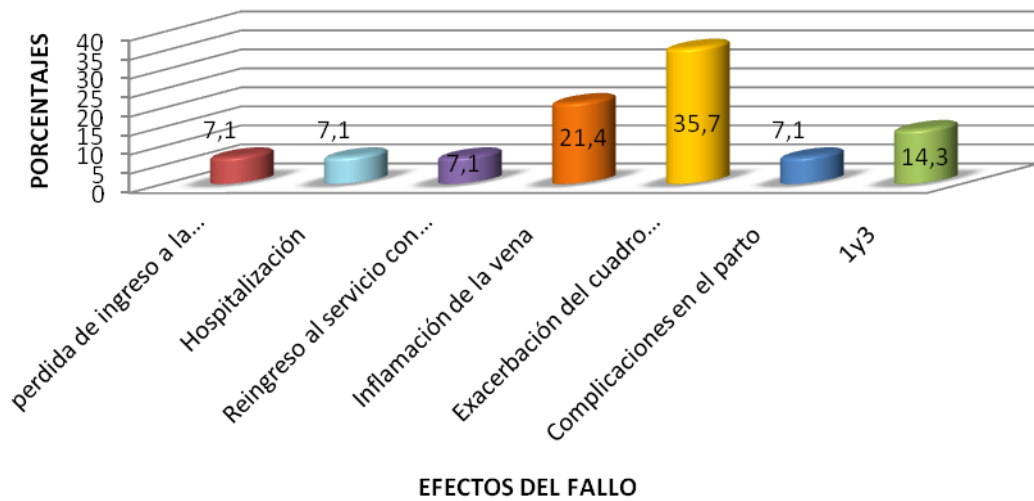
De los eventos reportados se cuenta con un 28,6% (n=4) fuga del paciente, seguido de la flebitis con un 21,4% (n=3) y

el de menos incidencia caída desde la camilla de la ambulancia y caída desde su propia altura, teniendo en cuenta que un fallo puede no ser inmediatamente detectable por el paciente y sin embargo hemos de considerarlo como tal.

Tabla 37. Distribución de los efectos del fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Efectos del fallo	n	%
perdida de ingreso a la institución	1	7,1
Hospitalización	1	7,1
Reingreso al servicio con efectos más graves	1	7,1
Inflamación de la vena	3	21,4
Exacerbación del cuadro clínico	5	35,7
Complicaciones en el parto	1	7,1
1y3	2	14,3
TOTAL	14	100,0

Grafico 37. Distribución de los efectos del fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.



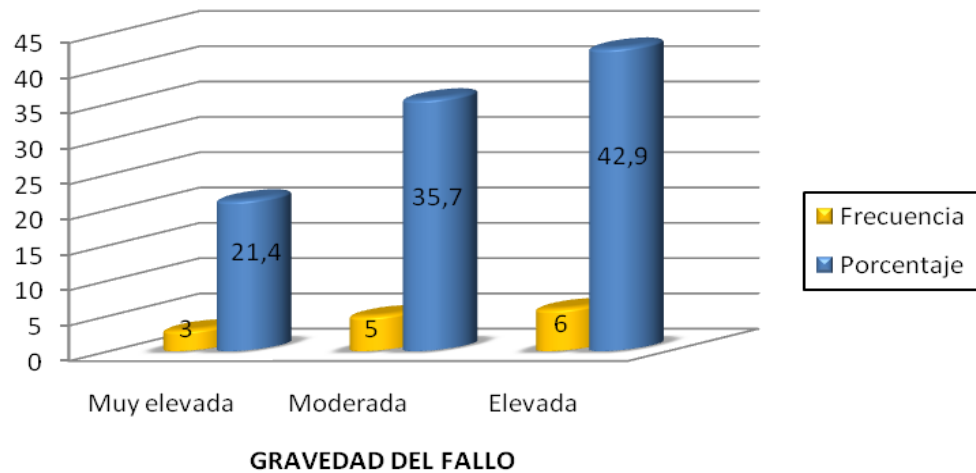
1: pérdida de ingresos a la institución, 3: reingreso al servicio con efectos más graves.

Como lo indica el gráfico el 35,7% (n=5) presentaron exacerbación del cuadro clínico, el 21,4% (n=3) inflamación de la vena, por lo cual generalmente los efectos del fallo hacen referencia al rendimiento o prestaciones del sistema. Al analizar una parte o un componente se tendrá también en cuenta la repercusión en todo el proceso de atención, lo que ofrecerá una descripción más clara del efecto.

Tabla 38. Distribución de la gravedad del fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Gravedad del Fallo	n	%
Muy elevada	3	21,4
Moderada	5	35,7
Elevada	6	42,9
TOTAL	20	100,0

Grafico 38. Distribución de la gravedad del fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.



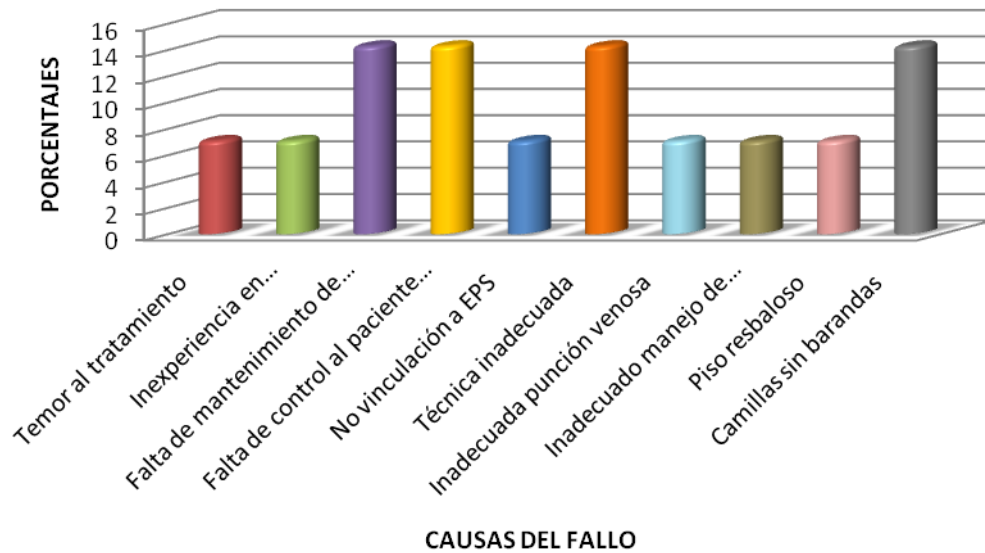
El 42,9% (n=9), presentaron una gravedad de fallo elevada, originando un alto grado de insatisfacción, seguido de un

35,7 (n=5) moderado el cual produce disgusto y un 21,4% (n=3) muy elevada el cual implica problemas de seguridad o de no conformidad con los reglamentos. Entendiendo como gravedad del fallo la valoración del nivel de las consecuencias sentidas por el paciente y se basa únicamente en los efectos del fallo.

Tabla 39. Distribución de las causas del fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Causas del fallo		n	%
Temor	al	1	7,1
tratamiento			
Inexperiencia	en	1	7,1
administración	de		
medicamentos			
Falta	de	2	14,3
mantenimiento	de		
los equipos			
Falta de control al		2	14,3
paciente por su Dx			
No vinculación a		1	7,1
EPS			
Técnica inadecuada		2	14,3
Inadecuada punción		1	7,1
venosa			
Inadecuado manejo		1	7,1
de bioseguridad			
Piso resbaloso		1	7,1
Camillas	sin	2	14,3
barandas			
TOTAL		14	100,0

Grafico 39. Distribución de las causas del fallo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

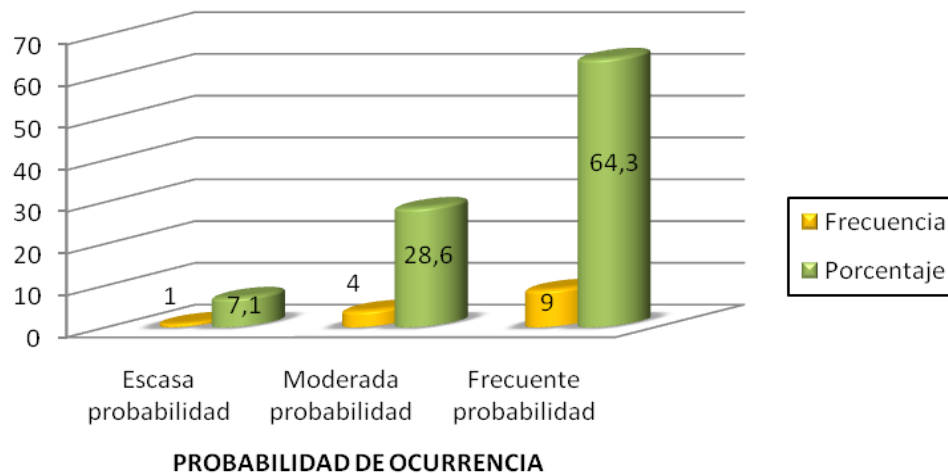


La causa potencial del fallo se define como indicio de una debilidad del diseño o proceso cuya consecuencia es el modo de fallo. Las causas relacionadas deben ser lo más concisas y completas posibles, de modo que las acciones correctoras y/o preventivas pueden ser orientadas hacia las causas pertinentes.

Tabla 40. Distribución de la probabilidad de ocurrencia según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Probabilidad de ocurrencia	n	%
Escasa probabilidad	1	7,1
Moderada probabilidad	4	28,6
Frecuente probabilidad	9	64,3
TOTAL	14	100,0

Grafico 40. Distribución de la probabilidad de ocurrencia según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.



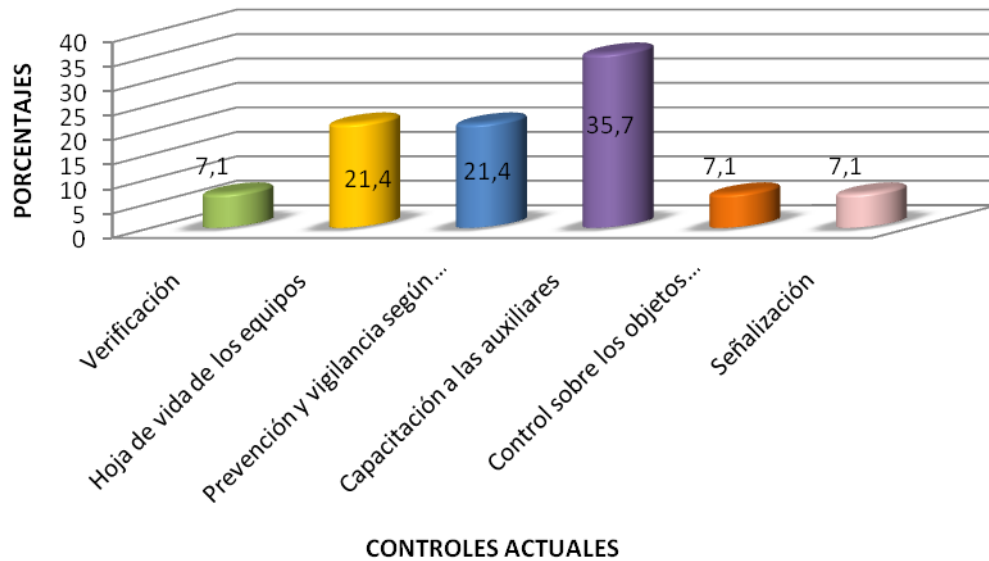
Ocurrencia se define como la probabilidad de que una causa específica se produzca y de lugar al modo de fallo, es así como en esta investigación se encuentra un 64,3% (n=9) de

frecuente probabilidad es decir que circunstancias similares el fallo se ha presentado con cierta frecuencia. Un 28,6% (n=4) moderada probabilidad el fallo apareció ocasionalmente. El consejo que se da para reducir el índice de frecuencia de una causa es atacar directamente la "raíz de la misma". Mejorar los controles de vigilancia debe ser una acción transitoria, para más tarde buscar alguna solución que proporcione una mejora de dicho índice.

Tabla 41. Distribución de los controles actuales según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Controles actuales	N	%
Verificación	1	7,1
Hoja de vida de los equipos	3	21,4
Prevención y vigilancia según patología	3	21,4
Capacitación a las auxiliares	5	35,7
Control sobre los objetos personales	1	7,1
Señalización	1	7,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 41. Distribución de los controles actuales según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

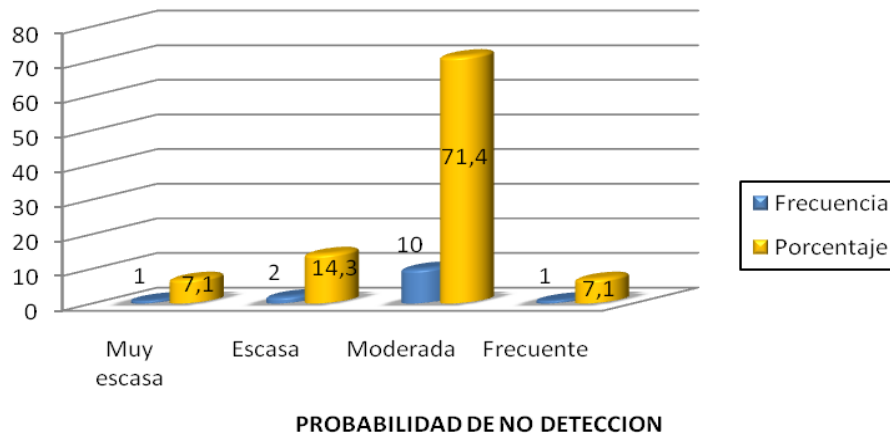


Los controles actuales que se implementarían en el hospital nivel 1 de piendamó con un 35,7% (n=5) capacitación a las auxiliares de enfermería seguido de un 21,4% (n=3) prevención y vigilancia según patología y verificación de hoja de vida de los equipos, para prevenir las causas del fallo y detectar el efecto resultante.

Tabla 42. Distribución de la probabilidad de no detección según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Probabilidad de no detección	n	%
Muy escasa	1	7,1
Escasa	2	14,3
Moderada	10	71,4
Frecuente	1	7,1
TOTAL	14	100,0

Grafico 42. Distribución de la probabilidad de no detección según la metodología AMFE.

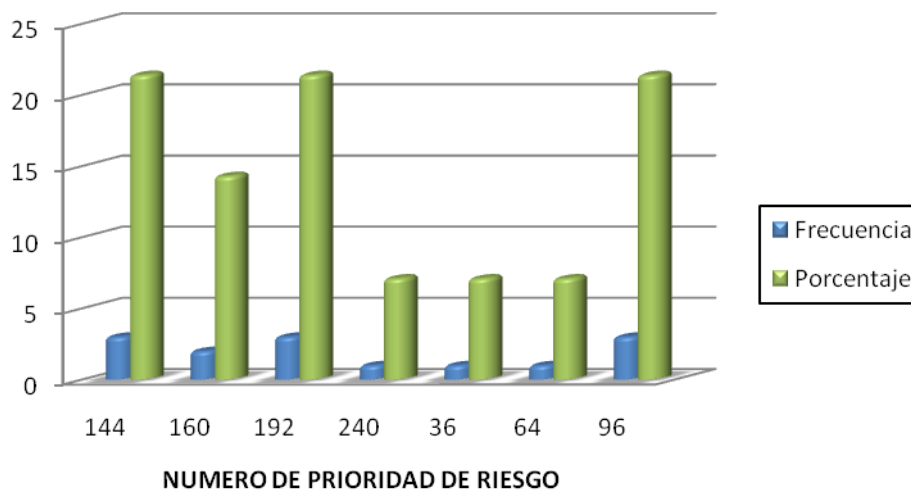


Para mejorar este índice será necesario mejorar el sistema de control de detección, aunque por regla general aumentar los controles signifique un aumento de costo, que es el último medio al que se debe recurrir para mejorar la calidad. Algunos cambios en el diseño también pueden favorecer la probabilidad de detección.

Tabla 43. Distribución del número de prioridad de riesgo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.

Numero de prioridad de riesgo	n	%
144	3	21,4
160	2	14,3
192	3	21,4
240	1	7,1
36	1	7,1
64	1	7,1
96	3	21,4
TOTAL	14	100,0

Grafico 43. Distribución del número de prioridad de riesgo según la metodología AMFE en los pacientes que presentaron eventos adversos.



El numero de prioridad de riesgo es el producto de la probabilidad de ocurrencia, la gravedad, y la probabilidad

de no detección, y debe ser calculado para todas las cosas de fallo. Este es usado con el fi de priorizar la causa potencial del fallo para posibles acciones correctoras.

Para las acciones correctoras es conveniente seguir un cierto orden de prioridad en su elección. El orden de preferencia por lo general para la metodología es:

1. Cambio en el diseño del servicio o proceso general.
2. Cambio en la metodología
3. Incremento del control o de la inspección.

Es conveniente considerar aquellos casos cuyo índice de gravedad sea 10, aunque la valoración de la frecuencia sea subjetiva y el numero de prioridad de riesgo menor de 100.

9 DISCUSIÓN

Con respecto al desarrollo del presente estudio y antes de discutir los resultados encontrados, vale la pena aclarar que se contó con ciertas limitaciones como la falta de un registro completo en las historias clínicas y en el formato de reporte de eventos adversos.

Se revisó la base de datos de reporte de eventos adversos con la que contaba la institución²⁸, se entregó la lista a estadística para la búsqueda de las historias; de las 112 historias solicitadas, fueron encontradas 49, debido a que en la base de datos no se encontró nombre con apellidos completos, documento de identidad, ya que el mecanismo de archivo se realiza con nombre y apellidos completos, evidencia que coincide con los resultados de la presente investigación, de las 20 historias solicitadas, fueron encontradas 16 y 2 de estas fueron excluidas por no contar con los criterios de inclusión.

²⁸ Otalvaro, Ospina Ana María, Valencia Velásquez María, Cardona Rivas Dora. (2001). Caracterización de eventos adversos en una E.S.E. de primer nivel en caldas 2007-2009.

En cuanto a la distribución según el género revelo que el 50,0% pertenecían al género masculino y el otro 50,0% al género femenino, lo cual se aproxima a lo reportado por Mosquera (2009)²⁹ En su estudio realizado en San Juan de Pasto, donde el 53,3% fueron de sexo masculino y el 46,7% para el género femenino.

En el estudio de Gaitán et al³⁰.el 44,0% de los pacientes estaban afiliados a medicina prepagada, el 28% al régimen contributivo, el 21,5% al régimen subsidiado y el 54% no tenía aseguramiento. En cuanto a la afiliación al SGSSS, este estudio mostró que la mayor prevalencia de eventos adversos se registró en pacientes afiliados al régimen subsidiado con un 92,9%, seguido del régimen contributivo con un 7,1%.

GOMEZ (2008)³¹, describe que en su estudio el 57,1% de los eventos fueron clasificados como leves, el 8,2% de los casos fueron clasificados como moderados. En el presente estudio la gravedad del evento adverso el 14,3% fueron

²⁹ Mosquera Mario Fernando. (2009). Evento adverso en los procesos de adquisición, prescripción, dispensación y administración de medicamentos en el pacientes hospitalizado. (p).45.

³⁰ Gaitán H, Eslava J, Rodríguez N, Forero B, Santofimio D, Altahona H. (2008). Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en Tres Instituciones Hospitalarias en Colombia. 2006. Rev Salud Pública (2):215-26.

³¹ Gómez, Villa Mónica Lucia, Ocampo Cardona Diana Patricia. (2008). Diseño de programa de auditoría para gestión de eventos adversos en una IPS de primer nivel.

leves y el 64,3% clasificados como moderados. Estos datos confirman lo expuesto por el estudio IBEAS (2009)³².

El 100% de los eventos adversos no contaban con actas individuales de seguimiento, solo se cuenta con un acta de reporte de los eventos adversos más relevantes, pero estas no implican un seguimiento del evento, ni contienen los datos específicos de la situación ocurrida y datos del paciente.

El 80% de los E.A ocurridos estaban registrados en las H.C de los pacientes; con respecto a la información que proporciona la historia clínica se encontró: 2 historias la información es inadecuada, 9 historias la información es poco adecuada y 3 la información si es adecuada, resultados que se aproximan a los de la investigación de SILVA y otros (2009)³³.

³² Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud. (2009). Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Recuperado de <http://www.seguridadelpaciente.es/contenidos/castellano/IBEAS.pdf>

³³ Silva, Acevedo Dinnennys. (2009). Eventos adversos en los pacientes ambulatorios de una IPS de primer nivel en la ciudad de Medellín, (p) 30.

En el estudio enneas (2005)³⁴ La distribución por tipo de evento encontrado fue: caídas 2 eventos para un 7%, ambos eventos correspondieron a caída desde camillas. Error en la administración de medicamentos o reacción a medicamentos con un 13%, error de medicamentos (prescripción, transcripción, despacho o medicamento vencido) para un 17%. En esta investigación el 35,0% (n=7) corresponden a fuga del servicio, el 15,0% (n=3) caída de camilla y el 20,0% (n=4) con flebitis.

³⁴ Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud. (2005). estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. Recuperado de http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf

10 CONCLUSIONES

Según los resultados encontrados en este estudio, se concluye que en el hospital de Piendamó - Cauca, se encontraron falencias significativas en la calidad del registro, recolección de la información, procesamiento y seguimiento de la misma, lo que se traduce en un programa deficiente en la gestión y prevención de los eventos adversos, implicando un mayor riesgo en la prestación del servicio.

Una de las grandes limitantes del presente estudio fue el acceso a la información contenida en las historias clínicas, ya que muchas de estas no fueron encontradas debido a fallas en el sistema de archivo de la institución y fallos en la base de datos de reporte de E.A en los datos específicos de identificación del paciente.

Debido a las falencias encontradas y expuestas anteriormente, se concluye que es necesario fortalecer la política de seguridad del paciente para corregir fallos que se traducen en lesión al paciente por eventos prevenibles.

Todo lo anterior es el reflejo de falencias en la cultura institucional de Seguridad del Paciente en la E.S.E de primer nivel, las cuales limitan el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

Para una buena gestión de eventos adversos es necesario la Concientización de todo el personal involucrado en la atención del paciente para la detección temprana, reporte oportuno, análisis e implementación de planes de mejora que permitan intervenir de forma rápida y proactiva en la incidencia de eventos adversos.

Consideramos que el reporte de 14 eventos adversos en un periodo de 6 meses para una población aproximada de 500 usuarios no refleja la realidad. Basados en datos estadísticos de la OMS que reportan que aproximadamente el 10% de la población que está en contacto con servicios de salud pueden sufrir un evento adverso, se deduce que hay un subregistro de dichos eventos, esto aunado al hecho que los incidentes en general no son reportados debido a que como no causan daño al paciente el personal de salud no está sensibilizado a que este tipo de eventos también se deben reportar y registrar. Por todas estas razones los datos

arrojados por este estudio podría no ser un reflejo de la verdadera problemática de la institución.

11 RECOMENDACIONES

Es indispensable que a nivel nacional, departamental y municipal las instituciones generen una base de datos relacionada a los eventos adversos encontrados en los procesos que permitan su gestión y manejo.

Se deben evaluar todos los procesos que incluyan medicamentos principalmente los asociados a la prescripción y la administración de los mismos ya que son los que presentan mayor error.

BIBLIOGRAFIA

Ministerio de la protección social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Recuperado de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/.pdf>.

Rojas, Maybelline., Alonso, Luz Marina (2009). Barranquilla (col). Salud Uni norte. Evento adverso y salud pública. (p. 25).

Nena, Patricia. (2008). Error médico y eventos ad-versos. Rev Chil Pediatric 19(3): 319-326.

Gaitán H, Eslava S J, Garzon CD, Rubio JA, Forero J, Valvuela LG, et al. Screening of adverse events (AE) in obstetric attention and puerperium at the Instituto Materno Infantil, Bogotá, Colombia, 2002-2003. Rev Colomb Obstet Ginecol,. 2005;56:18-27.

Organización Panamericana de la Salud. 27^a (2007). Conferencia sanitaria panamericana. OPS Washington. (20 de junio de 2008). Recuperado de: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp27-16-s.pdf>

MIRANDA, Sandor Luis; ROMERO, Arturo Luis. (mayo de 2006). La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos asociados. Recuperado de <http://www.gestiopolis.com>.

Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, Gea MT. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit (Supl.1):41-7.

Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Al Saied G, Code CC, Caughey SC, (2004). et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. CMAJ. 170:1235-40.

Thomas EJ, Orav EJ, Brennan TA. (2003). Hospital ownership and preventable adverse events. Int J Health Serv; 30(4):745-61.

Melonie Heron, (april 17, 2009). National Vital Statistics Reports, Volume 57.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Recuperado de <http://www.minprotecciónsocial.gov.co/sogc/newdetail.asp?ID=504&idcompany=1/>

González Mauricio. (2008). Respuesta institucional a eventos críticos en el Boston Medical Center. Hospitalaria., Vol. 58, año 9. (p.) 4-10.

Ruelas Sarabia Tova. (2007). Seguridad del Paciente Hospitalizado. Editorial Médica Panamericana: Colombia, (p.) 5.

INVIMA. Guía de reporte de eventos adversos. (2008). Recuperado de: <http://web.invima.gov.co/Invima/index.jsp>.

Zarate, Gilda, Pérez Miguel. (2007). Mediadores de la salud pública, Salud Uninorte, 23(2) p 193-201.

Piendamó somos todos recuperado de. <http://www.piendamocauca.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mfxx1-&m=f#historia>.

Fepasde, (2006). Mucho que aprender de la aviación, REVISTA MEDICO-LEGAL. No. 3; () 22 - 24.

Fepasde, (2007). Paciente Seguro, REVISTA MEDICO-LEGAL. No. 2; () 12 - 13.

C. Aibar, J. Aranaz. (2003). ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? An Sis Sanit Navar; 26 (2): 195-20.

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, (1991). et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II. NEJM; 324: 370-84

To err is human - to delay is deadly, ten years later, a million lives lost, billions of dollars wasted (mayo 2009). Recuperado de <http://safepatientproject.org/safepatientproject.org/pdf/safepatientproject.org-ToDelayIsDeadly.pdf>

G. Ross Baker, Peter G. Norton. (2004). et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ; 170(11):1678 - 86.

Ministerio de la protección social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos. Anexo 2.

Ministerio de la protección social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Recuperado de <http://www.minproteccion-social.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>

Ministerio de la protección social. (3 abril de 2006). Decreto 1011. Recuperado de <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/images/pdf/normograma/DECRETOS/2006/DECRETO%201011.pdf>

Ley 10 de 1990. Por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de <http://observatorio.insor.gov.co/leyes.shtml?apc=h;;d;1;;;&x=3601>

Manual único de procedimientos de habilitación (2006). Recuperado de [http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Res%201043%20de%202006%20\(Anexo%20Tecnico%202\).pdf](http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Res%201043%20de%202006%20(Anexo%20Tecnico%202).pdf)

Otalvaro, Ospina Ana María, Valencia Velásquez María, Cardona Rivas Dora. (2001). Caracterización de eventos adversos en una E.S.E. de primer nivel en caldas 2007-2009.

Gaitán H, Eslava J, Rodríguez N, Forero B, Santofimio D, Altahona H. (2008). Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en Tres Instituciones Hospitalarias en Colombia. 2006. Rev Salud Pública (2):215-26.

Silva, Acevedo Dinnennys. (2009). Eventos adversos en los pacientes ambulatorios de una IPS de primer nivel en la ciudad de Medellín, (p) 30.

Mosquera Mario Fernando. (2009). Evento adverso en los procesos de adquisición, prescripción, dispensación y

administración de medicamentos en el pacientes hospitalizado. (p).45.

Gómez, Villa Mónica Lucia, Ocampo Cardona Diana Patricia. (2008). Diseño de programa de auditoría para gestión de eventos adversos en una IPS de primer nivel.

Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud. (2009). Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Recuperado de <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/IB EAS.pdf>

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo: MONICA PAOLA AVIRAMA
Tipo de documento de identidad: C.C. Número 34.323.458 de Popayán.

Nombre Completo: ALEXANDER VELASCO VILLAMARIN
Tipo de documento de identidad: C.C. Número: 4.617.439 de Popayán.

Nombre Completo: WILMER SACANAMBOY GARCES
Tipo de documento de identidad: C.C. Número: 10.294.792 de Popayán.

Nombre Completo: JULIAN ANDRES GOMEZ
Tipo de documento de identidad: C.C. Número: 10.302.211 de Popayán.

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

Efectos de los incidentes y eventos adversos en el hospital nivel uno de Piendamó cauca, durante el primer periodo del año 2011, analizados mediante el método AMFE.

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO x
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: Monica Paola Arias
FIRMA: Monica Paola Arias
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34.323.458
FACULTAD: ciencias de la salud
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoria

NOMBRE COMPLETO: Alexander Velasco
FIRMA: Alexander Velasco
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 4.617.439
FACULTAD: ciencias de la salud
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoria

NOMBRE COMPLETO: Wilmer Samanboy Gaitán
FIRMA: Wilmer Samanboy
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10.294.792
FACULTAD: Ciencias de la Salud
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoria

NOMBRE COMPLETO: Julian Andres Gomez
FIRMA: Julian A Gomez
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10.302.211
FACULTAD: ciencias de la salud
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoria

Fecha de Firma: 7 JUNIO 2012

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, César Edmundo Sarria Porra con C.C. 76 314713
De Popayán, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

EXPONGO:

Que he sido debidamente informado/a por los estudiantes de la especialización Auditoria y Gestión de la calidad con énfasis en epidemiología de la Universidad del Cauca, MÓNICA PAOLA AVIRAMA, ALEXANDER VELASCO, JULIÁN GÓMEZ, WILMER SACANAMBOY, del estudio "Efectos de los incidentes y eventos adversos en el hospital nivel uno de Piendamó cauca, durante el primer periodo del año 2011, analizados mediante el método AMFE.


- Que he recibido una solicitud escrita para acceder al área de estadística de la institución con el fin de revisar datos estadísticos e historias clínicas para el desarrollo del proyecto de investigación.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecho/a con las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso citado.

OTORGO MI CONSENTIMIENTO, para que sea realizada la revisión de las historias clínicas y la posterior publicación de los resultados obtenidos.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.


César Edmundo Sarria Porra
Gerente ESE centro uno (Piendamó)