

**DISEÑO DE UN MODELO DE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
PARA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ORIENTADAS AL TURISMO EN
SALUD**

DIANA DEL PILAR HERNANDEZ JIMENEZ
SORAYA PAOLA SOLORZA SANABRIA
OLGA LUCIA QUITIAN SALAZAR

UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD
BOGOTA
2011

**DISEÑO DE UN MODELO DE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
PARA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ORIENTADAS AL TURISMO EN
SALUD**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO
PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y
GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD**

Dr. Luis Javier Arango Cardona

TUTOR

UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD
BOGOTA
2011



Bogotá, 16 de Febrero de 2011

Doctor
JORGE ERNESTO OCHOA MONTES
Director de 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 las estudiantes **SORAYA PAOLA SOLORZA SANABRIA, OLGA LUCÍA QUITIAN SALAZAR Y DIANA DEL PILAR HERNÁNDEZ JIMÉNEZ**, de la especialización en **AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD** de la Universidad EAN efectuada en la ciudad de Bogotá D.C., Titulado: **DISEÑO DE UN MODELO DE PROGRAMA DE SEGURIDAD AL PACIENTE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ORIENTADAS AL TURISMO EN SALUD**, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la “Guía estandarizada de Investigación de la EAN” y la Norma ICONTEC, obteniendo una calificación de Noventa sobre 100 (90/100) y por lo tanto el Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,

LUIS JAVIER ARANGO CARDONA
Asesor del Informe Final de Investigación
Profesor Catedrático de Posgrados en Salud
Facultad de Posgrados - Universidad EAN

www.ean.edu.co

Sede El Nogal: Cra. 11 No. 78 - 47 Centro de Contacto Tel.: 593 6464
Línea gratuita 01 8000 931000 Bogotá, D.C. Colombia

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

A Dios por permitirnos llegar hasta este momento tan importante y lograr otra meta más como profesionales de la salud.

A cada uno de los profesores que participaron en el desarrollo profesional durante la especialización, brindándonos conocimientos y herramientas prácticas para nuestro desempeño, siendo modelo de trabajo y emprendimiento.

A nuestros compañeros por los buenos momentos que compartimos así como sus valiosas experiencias que aportaron para nuestro desempeño y crecimiento en los diferentes debates y discusiones.

A la Universidad Escuela de Administración de Negocios EAN, por permitir que los profesionales en el área de la salud, puedan avanzar en su formación a través de sus programas de especialización.

Agradecemos muy especialmente al Dr. Luis Javier Arango Cardona, quien fue nuestro tutor, quien nos guio durante la realización de este trabajo.

A nuestras familias; padres, esposo, hijos, hermanos y novios, quienes nos han dado el ánimo y la fuerza necesaria para enfrentar este gran reto, por la paciencia y constante acompañamiento, buena energía y apoyo incondicional.

A las directivas de Saludcoop, las Fuerzas Militares en Puerto Berrio, Antioquia y la Clínica Belén por el apoyo y darnos la oportunidad de crecer en conocimientos para que en un futuro inmediato podamos aportar al mejoramiento de nuestras empresas.

Al Dr. Pedro Dávalos director del Hospital San Rafael de Girardot, al Doctor Anthony Arango y a todo el equipo humano de la Unidad de Cuidado Intensivo que trabajan con el corazón para mejorar cada día, la calidad de vida de sus pacientes.

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCION	1
2	JUSTIFICACION	3
3	PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
4	OBJETIVOS	10
4.1	GENERAL	10
4.2	ESPECIFICOS	10
5	DISEÑO METODOLOGICO.....	11
6	MARCO REFERENCIAL.....	13
6.1	SEGURIDAD DEL PACIENTE	13
6.2	ANTECEDENTES	13
6.3	EVENTO ADVERSO	16
6.3.1	CLASIFICACION DE EVENTO ADVERSO.....	16
6.4	IMPLEMENTACION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL TURISMO DE SALUD.....	17
6.4.1	TURISMO DE SALUD.....	17
6.5	CAPACIDAD INSTALADA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – IPS CAPRECOM GIRARDOT.	18
6.5.1	IDENTIFICACION DE LOS PRINCIPALES RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	21
6.6	ANALISIS DE LAS CAUSAS QUE ORIGINAN LOS EVENTOS ADVERSOS, DE TAL MANERA QUE SE PUEDAN DEFINIR E IDENTIFICAR LAS BARRERAS DE SEGURIDAD.	29
6.7	DISEÑO DE INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEDIR Y CONTROLAR LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ORIENTADAS AL TURISMO EN SALUD.	32

7	RESULTADOS Y DISCUSION.....	36
8	RECOMENDACIONES	38
9	BIBLIOGRAFIA	39
11	ANEXOS	46

LISTADO DE TABLAS

TABLA 1. CAPACIDAD INSTALADA UCI IPS CAPRECOM GIRARDOT	19
TABLA 2. OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA 2010	21
TABLA 3. COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS DE LA IPS CAPRECOM GIRARDOT	25
TABLA 4. EVENTOS ADVERSOS EN LAS UCI IPS CAPRECOM GIRARDOT - 2010	26
TABLA 5. TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS POR SERVICIOS - 2010	27
TABLA 6. EVENTOS ADVERSOS EN LA UCI - 2010	27
TABLA 7. PROPUESTA DE FORMATO PARA EL REGISTRO DIARIO DE EA 2011	33

LISTA DE GRAFICAS

GRAFICA 1.	CIRUGÍAS REALIZADAS ENERO 2010 – DICIEMBRE 2010	20
GRAFICA 2.	PRINCIPALES EVENTOS ADVERSOS EN LA IPS PARA EL AÑO 2010	26
GRAFICA 3.	TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS POR SERVICIOS - 2010	27
GRAFICA 4.	EVENTOS ADVERSOS EN LA UCI - 2010	28
GRAFICA 5	LUGARES DEL CUERPO HUMANO CON MAYOR PROBABILIDAD DE ULCERAS DE PRESIÓN	30

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. FICHA BIBLIOGRAFICA	47
ANEXO 2. CARTA DE DERECHOS DE AUTOR:.....	48
ANEXO 3. FORMATO DE REGISTRO DE EA	51
ANEXO 4. FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE EA.....	52
ANEXO 5. FICHA TECNICA	53
ANEXO 6. PROGRAMA PARA EL MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTESIVOS	54

RESUMEN

Este proyecto nació de la idea de diseñar instrumentos y herramientas que permitan medir y controlar la ocurrencia de eventos adversos en las unidades de cuidados intensivos orientadas a la atención de pacientes internacionales. Está dirigido a los diferentes actores del sistema con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en este servicio hospitalario.

Este proyecto se desarrolla en tres etapas la primera de ellas es la identificación de los principales riesgos y los EA (eventos adversos) que se presentan en la unidad de cuidados intensivos, tomando como base los registros de eventos adversos que se presentan en la IPS Caprecom Girardot, durante los últimos dos años.

Una segunda etapa en donde se hará un análisis de las causas que originan los EA, de tal manera que puedan definir e identificar las fallas en la seguridad del paciente. Y por último, se presentan los formatos que no son más que las herramientas e instrumentos que permitirán medir y controlar los EA. Esta última parte es la razón de ser del proyecto, ya que estos instrumentos y herramientas son la base para el funcionamiento óptimo de los programas para la seguridad del paciente. Así mismo este proyecto sirve de guía para las IPS que ven la importancia de contar con una UCI de alta calidad y éste es un factor en su reconocimiento y la atracción para el turismo de salud.

1 INTRODUCCION

Este proyecto nació con la idea de diseñar instrumentos y herramientas que permitan medir y controlar la ocurrencia de eventos adversos en las unidades de cuidados intensivos orientados al turismo en salud. Cualquiera que sea la práctica que se desarrolle en las unidades de cuidados intensivos, debe estar dirigida a evitar el error y consecuentemente a superar los estándares de calidad en este servicio.

Va dirigido a los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad en la prestación de servicios de las unidades de cuidados intensivos, el cual es complejo, si no existen los adecuados controles.

Para tratar de entender cómo se propone hacer el diseño de instrumentos que permitan medir y controlar la ocurrencia de eventos adversos en las unidades de cuidados intensivos, este proyecto se desarrollara en etapas; la primera de ellas es la identificación de los principales riesgos y eventos adversos presentados en la unidad de cuidados intensivos, tomando como base los registros de eventos adversos presentados en la IPS Caprecom Girardot, durante los últimos dos años.

En la segunda se hace un análisis de las causas que originan los eventos adversos, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

En una tercera etapa, se presenta los formatos, planillas, procesos y protocolos que permitan medir y controlar los eventos adversos en los servicios de las unidades de cuidados intensivos.

Esta última parte es la razón de ser del proyecto; ya que estos instrumentos y herramientas son la base para la identificación de las barreras de seguridad y por ende contribuye al control de los eventos adversos en las unidades de cuidados intensivos. A su vez, este proyecto puede ser una guía para las IPS que vean la importancia de tener una UCI de alta calidad y este sea un factor en su reconocimiento y atractivo para el turismo en salud.

Este proyecto contiene además información de la “Dupla Ganadora” como lo denomina el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo en su programa de transformación productiva Turismo y Salud; así como el desarrollo de esta actividad a nivel mundial y a nivel internacional.

Finalmente, si en algunas partes se encuentran repeticiones es para hacer mayor énfasis en determinadas temáticas y por la variedad de lectores que pueden tener perfiles profesionales y bases completamente diferentes.

2 JUSTIFICACION

Los efectos indeseables derivados de la prestación de servicios de salud son, en muchos casos, causa de enfermedad, traumatismos o muerte de los usuarios del sistema de salud y afecta a todos y cada una de las personas involucradas en el proceso de atención, tanto en la parte administrativa como asistencial y se convierten en la razón del abordaje en el tema de la seguridad del paciente¹.

No es ajeno a esta situación, la prestación de servicios relacionados con el turismo medico o de salud; aunque en la actualidad no se han generado estadísticas confiables de muertes o defunciones a causa de la realización de estas prácticas turísticas, si se observa la potencialidad que tiene nuestro país en el desarrollo de esta actividad como lo plantea el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo en su programa de transformación productiva “Turismo y Salud, una dupla ganadora” el cual menciona y estima un crecimiento del 247% de los ingresos calculados en miles de millones de dólares, generados por el desarrollo y perspectiva de crecimiento de los próximos cinco años del turismo de salud en sus diferentes categorías, haciendo la claridad que las categorías de mayor crecimiento porcentual son las relacionadas con la medicina .Sin embargo, la de bienestar mantendrá la mayor participación.

El turismo en salud es considerado como uno de los ocho sectores de talla mundial, es por eso que el país esta orientándose hacia el mercado internacional ofreciendo alta tecnología, especialmente en la atención de alta complejidad, para obtener reconocimiento a nivel mundial; aunque la UCI no es un producto ofrecido,

¹ LOPEZ VALENCIA, Diana Milena; RIOS VILLEGAS, Sandra Milena; ESCOBAR VELÉZ, Luz; Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”; Medellín; 2008, p. 20.

el contar con una unidad asegura al paciente una vigilancia clínica exhaustiva y un adecuado manejo ante cualquier complicación o estado especial garantizando una recuperación idónea; es entonces un valor agregado que se cuenta con el respaldo en el caso de alguna complicación inherente al procedimiento.

De igual forma este programa de transformación productiva establece como una visión que en el año 2032 Colombia será reconocida como uno de los líderes mundiales en Turismo de salud generando ingresos superiores a los \$6 mil millones de dólares, con una propuesta de valor basada en costos competitivos, alta calidad e innovación en la prestación de servicios de salud y bienestar.

Pero bueno no trataremos de dirigir el tema hacia cifras numéricas y de ingresos en dólares, así mismo como se plantean y estiman ingresos por la prestación de los diferentes servicios médicos, se debe tener cierto grado de responsabilidad medica con la atención de esta demanda en nuestro país, con el fin de fortalecer este sistema productivo y prestar servicios con alta calidad que permitan garantizar la seguridad del paciente o usuario de esta modalidad turística, pues ahora se avanza hacia la obtención del mejoramiento en calidad de vida del paciente, donde los profesionales del área de la salud son más conscientes y responsables de ofrecer una mejor atención incluyendo la seguridad del paciente como una característica inherente a la práctica médica que busque prevenirlos y minimizarlos.

Teniendo en cuenta la creciente demanda de los servicios de salud apetecidos por los turistas de la salud, y que su gran participación porcentual en nuestro país corresponde a la categoría de servicios de bienestar; y la relación que tiene esta demanda con nuestro sistema de calidad y certificación en salud, directamente con lo concerniente a la seguridad del paciente y la acreditación en calidad de las IPS; además de la ocurrencia de eventos adversos que en algunos países lo

consideran incluso un problema de salud pública; se hace necesario la evaluación de los protocolos de seguridad al paciente implementados en los procedimientos que reciben los usuarios o turistas de la salud en la categoría de bienestar, con la finalidad de inducir un concepto generalizado sobre los altos niveles de seguridad a los pacientes direccionados a complementar los esfuerzos por mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes que están expuestos esta clase de turistas.

De igual forma la pertinencia del presente proyecto se mide mediante la valoración de las políticas de seguridad al paciente y los sistemas de calidad implementados por las entidades prestadoras de servicios de salud y las administradoras de planes de beneficios en nuestro país, lo cual se debe entender como la aplicación de los protocolos de seguridad para los usuarios del turismo de la salud en la ciudad de Bogotá D.C., la cual es una de las ciudades de nuestro país que ha sido representativa a nivel mundial en la especialización y prestación de estos servicios médicos.

Es reconocido ahora a través del Decreto 2309; actualmente el Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones 1043, 1446, 1445 de 2006, que la seguridad de la atención en salud juega un papel preponderante en la evaluación de la calidad y señala al índice de vigilancia de eventos adversos como el indicador básico.

La medición de eventos adversos al interior de las organizaciones de salud significa²:

- ❖ Establecer un sistema de reporte de eventos adversos basado en acciones que estimulen su implementación y mejoramiento.
- ❖ Establecer un sistema de auditoría de resultados clínicos no esperados que permita definir la proporción real de eventos adversos relacionados; es

3 - 4 La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema Astolfo Franco, M.D.

decir, de los resultados clínicos no esperados presentados, cuántos se habrían podido prevenir.

- ❖ Establecer un sistema de mejoramiento continuo de la calidad tendiente a disminuir la incidencia de eventos adversos. Es decir, diseñar e implementar un programa de seguridad clínica.

La industria de la salud se ha apoyado en la experiencia obtenida en otras industrias de alta seguridad y confiabilidad para establecer sistemas de informes de incidentes que permitan el análisis y mejoramiento. Encontrar culpables, lejos de beneficiar a una organización, la perjudica. La culpa supone un castigo y el mismo genera miedo en las personas. Este sentimiento produce en las personas la necesidad de ocultar sus errores para no verse perjudicados en lo personal y más en lo laboral. Con este comportamiento se pierde la posibilidad de encontrar el error, analizarlo y aprender de él para evitar su recurrencia. Es esta la razón del direccionamiento del Instituto de Medicina en los EUA, de establecer sistemas de reporte obligatorio que generen en el futuro la cultura de aprender del error.

De acuerdo al desarrollo del proyecto el aporte del producto final, será un concepto generalizado resultado de un proceso de evaluación sobre los niveles de aplicación de los protocolos de seguridad implementados en la prestación de los servicios médicos a los que son expuestos los pacientes o usuarios de la modalidad turística en salud, dicha evaluación se realizara mediante la aplicación de instrumentos presentados en los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del paciente y los paquetes instruccionales promovidos por el ministerio de protección social para la prevención de los eventos adversos en nuestro país.

3 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años, Colombia ha estado en la mira internacional por los procedimientos clínicos, en especial los estéticos, que buscan personas de otros países; permitiendo con esta alta demanda de servicios de salud un desarrollo vertiginoso; pero no solo en los procedimientos estéticos son reconocidos los programas en salud en el país; también otros programas han alcanzado niveles vertiginosos, como lo son aquellos relacionados con trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros.³ Así mismo estos niveles alcanzados en nuestro país y el recurso económico generado por la prestación de estos servicios ha venido consolidando a nuestro país como uno de los sitios de interés para el desarrollo de turismo de salud, el cual es considerado como la acción que realiza una persona que decide viajar por fuera de su lugar de residencia con el objetivo primordial de recibir servicios de salud o de bienestar.

Según el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo en su programa de transformación productiva “Turismo y Salud, una dupla ganadora”, actualmente el porcentaje para el turismo de salud en Colombia con respecto al turismo en general es realmente bajo (2,2% del total de turistas), y asegura que la mayoría de turistas de salud que vienen a Colombia buscan servicios de bienestar, y los nuevos procedimientos de carácter preventivo, como los chequeos ejecutivos, están ganando participación. En pocas palabras Colombia es un lugar atractivo para realizar estos procedimientos, pues cuenta con profesionales altamente capacitados e instituciones reconocidas. Muestra de ello, es el respaldo que brinda

³ Colombia, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Bogotá D.C. 2008, p. 7.

la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre el desempeño global de los sistemas de salud, al ubicar a Colombia primera en Latinoamérica y vigésimo segundo a nivel mundial.

También es cierto que en algunos casos las cosas no salen bien y por lo tanto existen eventos adversos asociados a los riesgos que conllevan cada uno de los procedimientos a que son sometidos estos visitantes, eventos que en muchos casos restan las posibilidades de un desarrollo del turismo en salud en nuestro país, pero que son susceptibles de disminuir mediante el seguimiento de protocolos de seguridad que permitan el mayor posible control de cada uno de los riesgos identificados en los procedimientos aplicados a los usuarios de esta modalidad turística.

Los pacientes que son sometidos a procedimientos de mediana y alta complejidad tienen múltiples riesgos en la atención, es por ello que las IPS tienen que tener capacidad resolutoria y dar garantía en el caso en que se presente algún riesgo, inherente al procedimiento, de aquí la importancia de contar con UCIs de alta calidad.

La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública.⁴, por lo tanto se hace necesario iniciar acciones que promuevan la evaluación de los protocolos de seguridad implementados en los procedimientos que reciben los usuarios o turistas de la salud en nuestro país, que contribuyan tanto al desarrollo de esta actividad turística y lo más importante a la política de seguridad del paciente desarrollada en nuestro país, lo anterior nos obliga a pensar en los procedimientos, guías, protocolos y demás instructivos que

⁴ Ibíd. p. 18.

le permitan a las instituciones de salud la prestación de unos servicios de altos estándares de calidad.

Cuando pensamos en seguridad del paciente necesariamente nos tenemos que remontar a la resolución 1043 de 2006 en su anexo técnico 1, donde nos habla de el seguimiento a riesgos y manejo de eventos adversos; también recurrir a la resolución 1446 de 2006, donde se exige a las instituciones de salud la creación de un sistema de información acompañado de un modelo de manejo de riesgos y seguimiento de eventos adversos.

Finalmente para definir el planteamiento del problema lo contextualizamos dentro del siguiente cuestionamiento: ¿Puede un modelo de seguimiento a riesgos, disminuir y si es posible eliminar la ocurrencia de un evento adverso que atente contra la integridad física y moral de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos de las instituciones de mediana y alta complejidad?

4 OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Elaborar un programa para el manejo de eventos adversos para la UCI de la IPS Caprecom Girardot, como herramienta que permita prevenir y atender oportunamente la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención de las UCI orientadas al turismo en salud.

4.2 ESPECIFICOS

- ❖ Identificar los principales riesgos y eventos adversos presentados en la unidad de cuidados intensivos.
- ❖ Analizar las causas que originan los eventos adversos, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.
- ❖ Diseñar instrumentos y herramientas que permitan medir y controlar la ocurrencia de eventos adversos en las unidades de cuidados intensivos orientados al turismo en salud y la actuación oportuna y efectiva en caso de ocurrencia.

5 DISEÑO METODOLOGICO

El presente proyecto corresponde a un estudio, retrospectivo descriptivo analítico ya que lo constituye la revisión extensa de literatura concerniente a temas de seguridad en pacientes y sistemas de registro y notificación de eventos adversos; así como en la revisión de registros tomando como insumo los eventos adversos que se han presentado en la UCI de la IPS Caprecom Girardot, con el fin de identificar y analizar las causas de los mismos que son barreras de seguridad.

El método a utilizar es la revisión documental y revisión de registros de notificación de eventos adversos presentados en la UCI de la IPS Caprecom Girardot; para ello la técnica a utilizar es un formato de censo de preguntas de selección múltiple.

Se tomara una muestra estratificada, ya que se tomaran los registros de notificación de los eventos adversos presentados en la IPS Caprecom durante el año 2010.

La variable es dependiente cualitativa, porque depende del número de notificaciones registradas por el servicio de UCI en la IPS Caprecom Girardot durante el mismo año.

La recolección de los datos se hará a través de la oficina de calidad de la IPS y del archivo físico y magnético que reposa en la institución.

En lo que respecta al diseño de instrumentos para el manejo de la información tomamos como modelo los ya desarrollados en la oficina de calidad para hacer la propuesta de formato de reporte; mientras que la ficha técnica; utilizaremos la misma con la que cuenta dicha oficina pues está acorde a lo que establecimos debe tener una ficha técnica.

Para el programa el hospital cuenta con los manuales de procesos y procedimientos, tomando de este la información necesaria para estructurar dicho programa.

6 MARCO REFERENCIAL

6.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Concepto: 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. (Calidad y Seguridad del Paciente, Organización Panamericana de la Salud – Colombia, Generado: 28 Junio, 2010, <http://new.paho.org/col>).

Otras regiones del mundo han desarrollado estudios sobre este tema y son uniformes al definirlo. En los últimos años la mayoría de los sistemas de salud del mundo se han interesado en implementar políticas tendientes a minimizar y/o controlar la ocurrencia de eventos adversos en la atención en salud, siendo este tema interés universal, dado que a diario se producen en los hospitales fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo. (El estudio IBEAS y la política de seguridad del paciente en Colombia, Marcela Giraldo Suárez, Directora General de Calidad de Servicios Ministerio de la Protección Social)

6.2 ANTECEDENTES

En décadas anteriores ya se había abordado el tema de seguridad del paciente por personajes como Barr quien en 1955 vio en los riesgos el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia, y Moser en 1956 los denominó “las enfermedades del progreso de la medicina”.

En 1964 Schimmel llamó la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un Hospital Universitario sufrían algún tipo de iatrogenia y la quinta parte eran casos graves. Steel et al en 1981 situaron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves. En ambos estudios la principal causa era el error en la medicación. Posterior a estos se llevaron a cabo múltiples estudios en EE UU, Reino Unido, Australia, España, en donde se ha llevado a cabo uno de los más importantes, “el proyecto IBEAS” el cual aspira a convertirse en un sistema de vigilancia que permita valorar la evolución temporal de la prevalencia de EA (eventos adversos) en los hospitales de Latinoamérica; este estudio es fruto de la colaboración entre la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los países México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia.

Este proyecto ha sido considerado el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina y tiene como fin además medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Determinar la magnitud y las características del problema es el primer paso para proponer soluciones y conseguir de esta forma que se disminuya la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados hospitalarios.

En este ámbito, la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomó como iniciativa lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, iniciativa en la que cuenta como socios con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Departamento de Salud del Reino Unido, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, y otros organismos (Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente. [En línea] http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm Consulta: 15/02/2005

Esta alianza mundial propone:

- ❖ Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada “Atención higiénica es atención más segura”.
- ❖ Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las mejores prácticas.
- ❖ Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos.
- ❖ Lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza.

Según lo publicado en la investigación en la seguridad del paciente de la OMS, la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria; además de contribuir a reducir las enfermedades, lesiones y muertes de pacientes al recibir atención médica, se estima que en los países desarrollados uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital, en los países en vía de desarrollo es aun más preocupante el panorama se habla que el riesgo de infección asociada con la atención médica llega a ser hasta 20 veces superior al registrado en los países desarrollados.

En Colombia se promueve una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar

con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Esta política es impulsada por el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud las cuales propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud. (El estudio IBEAS y la política de seguridad del paciente en Colombia, Marcela Giraldo Suárez, Directora General de Calidad de Servicios Ministerio de la Protección Social).

6.3 EVENTO ADVERSO

Concepto: Es todo accidente imprevisto e inesperado identificado en el momento de la consulta, que ha causado lesión y/o incapacidad, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

6.3.1 CLASIFICACION DE EVENTO ADVERSO

- ✓ 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
- ✓ EVENTO ADVERSO GRAVE: Ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta médica o requiere una intervención quirúrgica.
- ✓ EVENTO ADVERSO MODERADO: Si ocasiona una estancia hospitalaria de al menos 1 día. Si precisa atención en urgencias o consulta con especialista

- ✓ EVENTO ADVERSO LEVE: Lesión o complicación que no ocasiona nada de lo anterior. (lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, ministerio de protección social, República de Colombia)

6.4 IMPLEMENTACION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL TURISMO DE SALUD

6.4.1 TURISMO DE SALUD

Concepto: Turismo de salud es el proceso en el cual una persona viaja por fuera de su lugar de residencia con el objetivo primordial de recibir servicios de salud o bienestar.

Está dividido en 4 categorías de mercado, cuyas perspectivas de crecimiento están contempladas para los próximos 5 años, estas son bienestar, medicina estética, medicina curativa y medicina preventiva. Según el programa de transformación productiva en Colombia el turismo de salud es aún incipiente, pero el potencial de crecimiento del sector es enorme. Allí también se menciona que en la actualidad el 2.2% de los turistas que ingresan al país son turistas de salud.

La mayoría de turistas de salud que vienen a Colombia buscan servicios de bienestar; nuevos procedimientos de carácter preventivo, como los chequeos ejecutivos, están ganando participación.

Se espera que en el 2032 Colombia será reconocida como uno de los líderes mundiales en Turismo de Salud generando ingresos superiores a los \$6 mil

millones de dólares, con una propuesta de valor basada en costos competitivos, alta calidad e innovación en la prestación de servicios de salud y bienestar (TURISMO & SALUD, UNA DUPLA GANADORA, programa de transformación productiva, sectores de clase mundial, ministerio de comercio, industria y turismo).

Para poder lograr que Colombia sea reconocida como un líder en turismo en salud debe ofrecer un portafolio de servicios innovadores de alta calidad (desarrollando sectores de clase mundial, informe final turismo en salud, ministerio de comercio, industria y turismo, Bogotá, mayo de 2009); calidad que se verá reflejada si en todos los procedimientos médicos se aplica la seguridad del paciente, la cual es fundamental para conseguir una acreditación internacional, y de esta forma promover las estadísticas de calidad en el exterior hasta lograr un reconocimiento internacional.

Al analizar los turistas de salud que visitan Colombia se evidencia que además de buscar un beneficio estético, curativo o preventivo lo que principalmente buscan es calidad, Colombia cuenta con el ranking más alto en eficiencia en el sistema de salud por encima de países como la India, Tailandia y USA, según la OMS; a pesar de ser el único país sin IPS acreditadas internacionalmente, las experiencias muestran que la acreditación internacional da un valor agregado para ofertar la calidad de los servicios médicos en el mercado del turismo de salud.

6.5 CAPACIDAD INSTALADA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – IPS CAPRECOM GIRARDOT.

Antes de evaluar los principales factores de riesgo es necesario considerar algunos aspectos de carácter físico, que de uno u otra forma pueden repercutir y afectar o variar las estadísticas.

Fundamentalmente es necesario definir el número de camas con las que cuenta dicha unidad desagregando entre adultos, pediátricos y neonatales; como se ilustra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Capacidad instalada UCI IPS Caprecom Girardot

PISO	SERVICIO	Nº CAMAS	ESPECIALIDAD
TERCERO	U.C. INTENSIVO NEONATAL	5	PEDIATRÍA
	U.C. INTERMEDIO NEONATAL	2	
	U.C. INTENSIVO PEDIÁTRICO	2	
	U.C. INTERMEDIO PEDIÁTRICO	1	
	UNIDAD BÁSICA NEONATAL	8	
TERCERO	U.C. INTENSIVO ADULTOS	12	MEDICINA INTERNA
TOTAL		30	

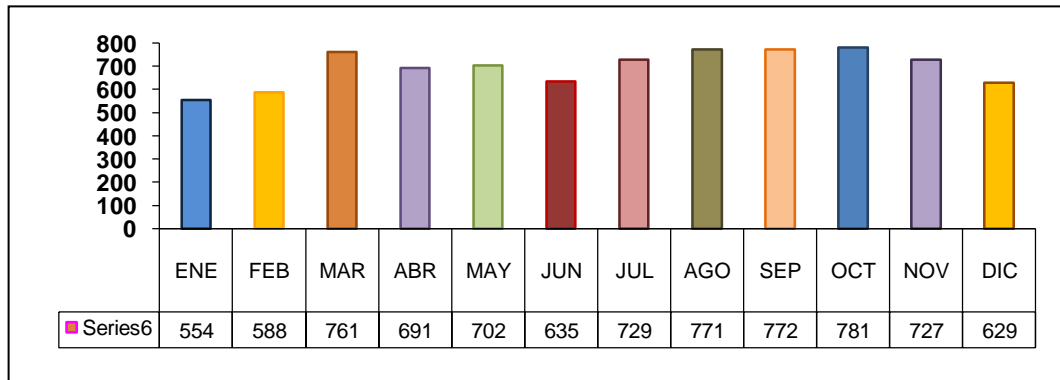
Fuente. Informe de gestión IPS Caprecom Girardot, Enero – Diciembre 2010.

Para un hospital con una capacidad hospitalaria de 204 camas habilitadas y certificadas ante la secretaria de salud departamental de Cundinamarca, la capacidad de camas con la que cuenta la UCI perfectamente soporta la demanda de dichos servicios.

De igual forma se presenta la siguiente gráfica, en la cual nos permite adentrarnos poco en la demanda que una IPS de alta complejidad puede tener en un año en

cuanto a cirugías que se realizan; puesto que es uno de los servicios de la IPS que genera mayor número de pacientes a la UCI.

Grafica 1. Cirugías realizadas Enero 2010 – Diciembre 2010



Fuente. Informe de gestión IPS Caprecom Girardot, Enero – Diciembre 2010.

En la próxima tabla, se pretende evidenciar la oportunidad quirúrgica que una IPS de alta complejidad puede tener en un año de gestión; como garantía de un proceso efectivo de seguridad del paciente, donde la oportunidad prima sobre las otras características normadas en la ley 1011.⁵

⁵ Características del sistema general de seguridad social: accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia.

Tabla 2. Oportunidad quirúrgica 2010

ESPECIALIDAD	ene-10	feb-10	mar-10	abr-10	may-10	jun-10	jul-10	ago-10	sep-10	oct-10	nov-10	dic-10
CX GENERAL	4	6	4	7	5	7	6	8	13	9	5	8
CX PLÁSTICA	4	4	3	5	9	3	6	4	5	3	4	5
CX VASCULAR	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DERMATOLOGIA	0	4	10	13	11	11	8	16	22	9	13	12
GINECOLOGÍA	6	7	3	6	3	10	11	9	12	10	6	5
MAXILOFACIAL	0	0	6	1	0	0	0	4	5	10	3	1
NEUROCIURGÍA	2	5	5	4	7	4	5	5	7	8	2	3
OFTALMOLOGÍA	3	6	6	6	6	9	7	9	9	5	5	0
ORTOPEDIA	5	6	3	4	3	6	7	5	9	6	4	4
OTORRINO	15	10	10	13	8	12	10	10	15	9	7	6
CX PEDIATRICA	3	2	2	1	11	5	6	7	10	4	4	3
UROLOGÍA	7	2	1	3	4	6	5	12	11	10	7	5

Fuente. Informe de gestión IPS Caprecom Girardot, Enero – Diciembre 2010.

6.5.1 IDENTIFICACION DE LOS PRINCIPALES RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Con el fin de identificar y conocer los principales riesgos y eventos adversos presentados en la unidad de cuidados intensivos, se hace una revisión retrospectiva de los mismos presentados por el ministerio de la protección social y difundidos por las secretarías de salud en todo el país; cuyos listados se presentan a continuación:

EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DE CALIDAD

1. Cancelación de cirugías o procedimientos por factores institucionales o de profesionales.
2. Paciente con Trombosis Venosa Profunda sin control de Pruebas de Coagulación.

3. Ingreso no programado a UCI, luego de procedimiento que implica la administración de anestesia.
4. Paciente con Neumonías Broncoaspirativas en Pediatría ó UCI Neonatal.
5. Paciente con Ulcera de posición.
6. Distocia inadvertida.
7. Shock Hipovolémico post – parto.
8. Maternas con Convulsión Intrahospitalaria.
9. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado.
10. Paciente con hipotensión severa en post – quirúrgico.
11. Pacientes con Infarto en las siguientes 72 horas post – Quirúrgico.
12. Reingreso a Hospitalización por la misma causa antes de 15 días.
13. Entrega equivocada de Neonato.
14. Robo intra - institucional de niños.
15. Fuga de pacientes Psiquiátricos Hospitalizados.
16. Suicidio de Pacientes Internados.
17. Consumo intra - institucional de psicoactivos.
18. Caídas desde su propia altura intra – institucional.
19. Retención de cuerpos extraños.
20. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio.
21. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.
22. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación.
23. Flebitis en sitios de venopunción.
24. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida.
25. Entrega equivocada de reporte de laboratorios.
26. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación.
27. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera.
28. Accidentes post – transfusionales.
29. Asalto sexual en la institución.
30. Neumotórax por ventilación mecánica.

31. Asfixia perinatal.
32. Deterioro del paciente en la clasificación de la escala de Glasgow sin tratamiento.
33. Secuelas post – reanimación.
34. Pérdida de pertenencia de los usuarios.
35. Efectos post – vacúnales.
36. Complicaciones post - procedimientos de inserción de dispositivos e implantes para planificación familiar, citología cérvico-vaginal, colposcopia, biopsia cervical, crio cauterización.
37. Inadecuado uso de medicamentos por falta de recomendaciones.
38. Complicaciones de procedimientos quirúrgicos.
39. Complicaciones Anestésicas.
40. Ausencia o inadecuada preparación de pacientes para procedimiento médicos.
41. Demora en la realización y/o respuesta a las interconsultas.
42. Complicaciones en niños al realizar exodoncias por falta de recomendaciones.
43. Fractura de limas intraradiculares al realizar tratamiento de conductos.
44. Comunicación Oro - Antral o perforación de piso de seno maxilar al realizar exodoncias.
45. Complicaciones sistémicas por aplicación de anestesia.
46. Avulsiones dentarias al realizar desarrajes.
47. Complicaciones posteriores a la toma de muestras (flebitis, equimosis, mareo, lipotimia).
48. Pérdida del derecho a la intimidad del paciente.
49. Exámenes no solicitados pero realizados por el laboratorio.
50. Retraso en la entrega oportuna de resultados.
51. Exámenes solicitados pero no realizados por el laboratorio.

Del listado anterior, y analizando en detalle uno a uno de los eventos adversos propuestos encontramos que a la unidad de cuidados intensivos adulto, pediátrico y neonatal solo aplican los siguientes eventos adversos:

1. Úlceras de presión.
2. Neumotórax.
3. Problemas por ventilación mecánica.
4. Trombosis venosa profunda sin controles adecuados de pruebas de coagulación.
5. Bronco aspiración.
6. Avulsiones de piezas dentales durante la Intubación.
7. Extubación no programada.
8. Retiro accidental de dispositivos invasivos (catéteres venosos, catéter central, sonda vesical).
9. Falsos positivos en los resultados de monitorización por mala calibración de los equipos.
10. Interacciones medicamentosas.
11. Secuelas post- reanimación.
12. Flebitis en sitios de venopunción.
13. Accidentes post-transfusionales.

Un riesgo que no ha sido considerado en los tratados modernos y que produce un efecto nefasto en el estado vital de pacientes que hoy incluimos como conclusión en el proyecto, es la falta de calibración de los equipos de monitoreo y asistencia vital del paciente crítico: monitor de corazón, ventilador mecánico, bombas de infusión y de accesorios como los electrodos, catéteres intravenosos y tubo naso gástrico.

Como complemento técnico a este estudio analizaremos a continuación cuales han sido las principales estadísticas del año 2010 en el seguimiento a los eventos adversos en la IPS Caprecom Girardot.

Análisis estadístico del comportamiento de los eventos adversos de la IPS Caprecom Girardot durante el año 2010

En la actualidad, la IPS cuenta con un sistema de monitoreo, seguimiento y acompañamiento de los eventos adversos general y específicamente no tiene un modelo de seguimiento para las UCI, pero si un sistema de información que permite conocer y hacer el seguimiento a las mismas.

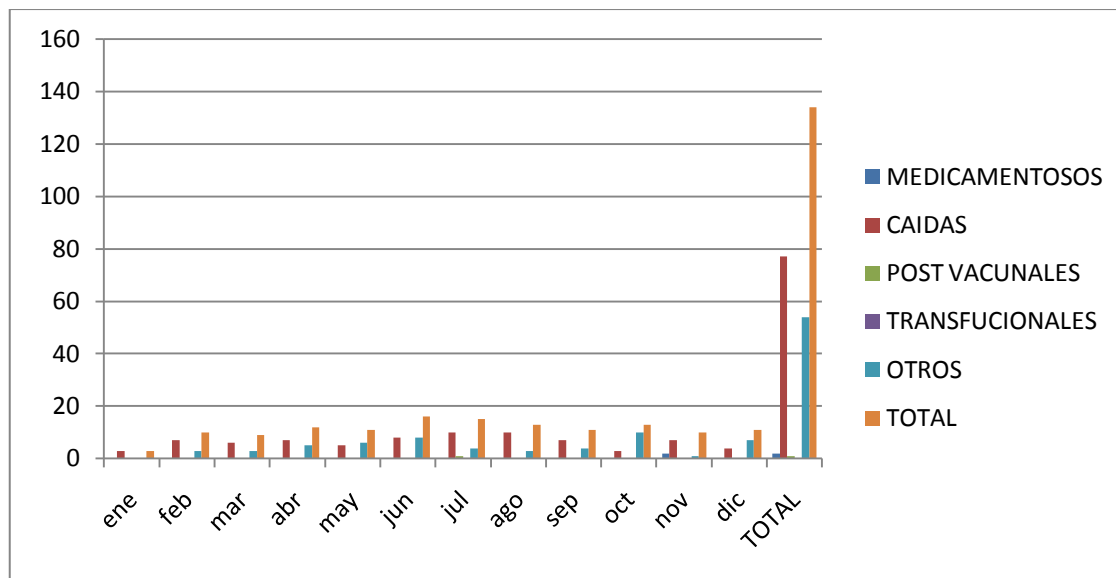
Presentamos a continuación cual ha sido el comportamiento de los EA en todos los servicios de la IPS

Tabla 3. Comportamiento de los Eventos Adversos en los servicios de la IPS Caprecom Girardot

	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	TOTAL
MEDICAMENTOSOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
CAIDAS	3	7	6	7	5	8	10	10	7	3	7	4	77
POST VACUNALES	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
TRANSFUCIONALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	0	3	3	5	6	8	4	3	4	10	1	7	54
TOTAL	3	10	9	12	11	16	15	13	11	13	10	11	134

Fuente; oficina de calidad – auditoria IPs Caprecom Girardot

Grafica 2. Principales eventos adversos en la IPS para el año 2010



Fuente; oficina de calidad – auditoria IPs Caprecom Girardot

Tabla 4. Eventos Adversos en las UCI IPS Caprecom Girardot - 2010

EVENTOS ADVERSOS UCI-OTROS	TOTAL AÑO
RETENCION DE CUERPO EXTRAÑO	1
NEUMOTORAX POR VENTILACION MECANICA	3
QUEMADURA POR LAMPARA DE FOTOTERAPIA	1
FLEBITIS	21
ESCARAS	21
FUGA DE PACIENTES PSIQUIATRICOS	7
TOTAL	54

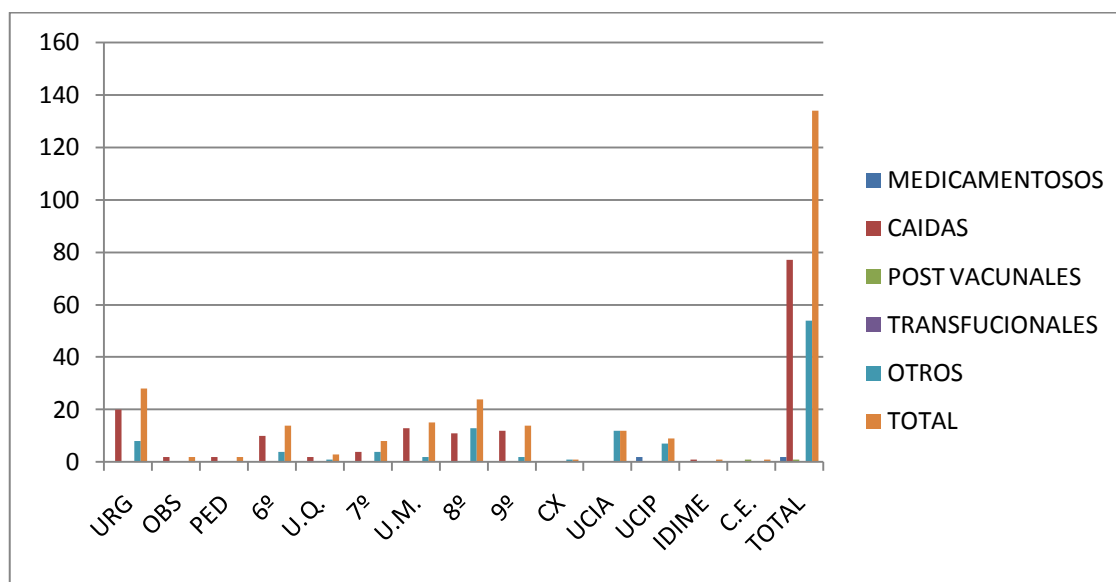
Fuente; oficina de calidad – auditoria IPs Caprecom Girardot

Tabla 5. Tipos de Eventos Adversos por servicios - 2010

INDICADORES EVENTO ADVERSO POR SERVICIO	URG	OBS	PED	6º	U.Q.	7º	U.M.	8º	9º	CX	UCIA	UCIP	IDIME	C.E.	TOTAL
MEDICAMENTOSOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
CAIDAS	20	2	2	10	2	4	13	11	12	0	0	0	1	0	77
POST VACUNALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TRANSFUCIONALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	8	0	0	4	1	4	2	13	2	1	12	7	0	0	54
TOTAL	28	2	2	14	3	8	15	24	14	1	12	9	1	1	134

Fuente; oficina de calidad – auditoria IPs Caprecom Girardot

Grafica 3. Tipos de Eventos Adversos por servicios - 2010



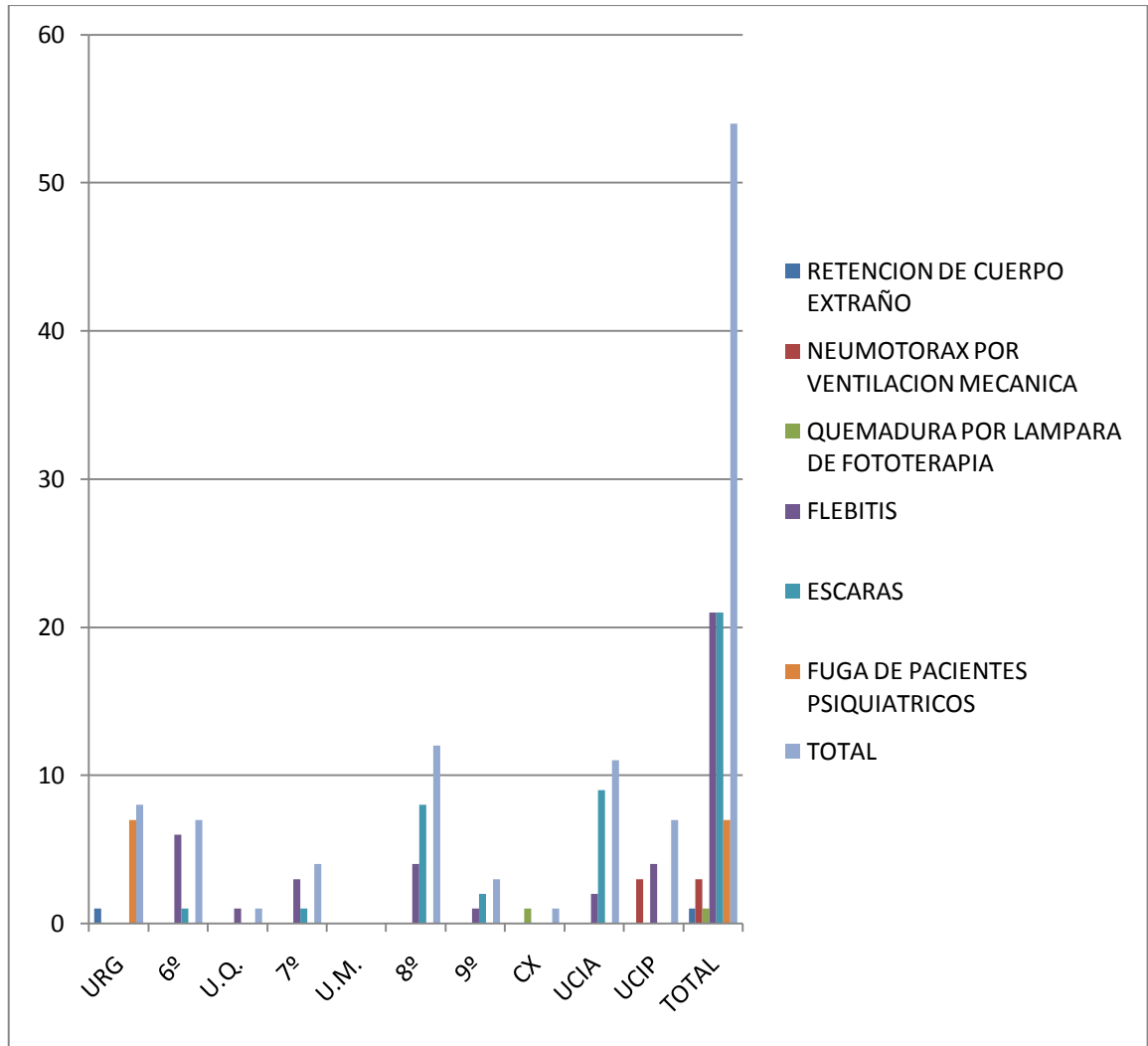
Fuente; oficina de calidad – auditoria IPs Caprecom Girardot

Tabla 6. Eventos Adversos en la UCI - 2010

EVENTOS ADVERSOS OTROS POR SERVICIO	URG	6º	U.Q.	7º	U.M.	8º	9º	CX	UCIA	UCIP	TOTAL
RETENCION DE CUERPO EXTRAÑO	1										1
NEUMOTORAX POR VENTILACION MECANICA										3	3
QUEMADURA POR LAMPARA DE FOTOTERAPIA								1			1
FLEBITIS		6	1	3		4	1		2	4	21
ESCARAS		1		1		8	2		9		21
FUGA DE PACIENTES PSIQUIATRICOS	7										7
TOTAL	8	7	1	4		12	3	1	11	7	54

Fuente; oficina de calidad – auditoria IPs Caprecom Girardot

Grafica 4. Eventos Adversos en la UCI - 2010



Fuente; oficina de calidad – auditoria IPs Caprecom Girardot

A manera de conclusión podemos ver la forma tan alarmante como se han presentado los eventos adversos en la IPS en el último año aun con la consideración de que existe sub notificación de dichos E.A.

6.6 ANALISIS DE LAS CAUSAS QUE ORIGINAN LOS EVENTOS ADVERSOS, DE TAL MANERA QUE SE PUEDAN DEFINIR E IDENTIFICAR LAS BARRERAS DE SEGURIDAD.

De lo anterior fácilmente podemos deducir que las úlceras de presión son el principal factor de presentación de eventos adversos en la IPS obligándonos a establecer un procedimiento para evitar en un cien por ciento su ocurrencia; al respecto consideramos:

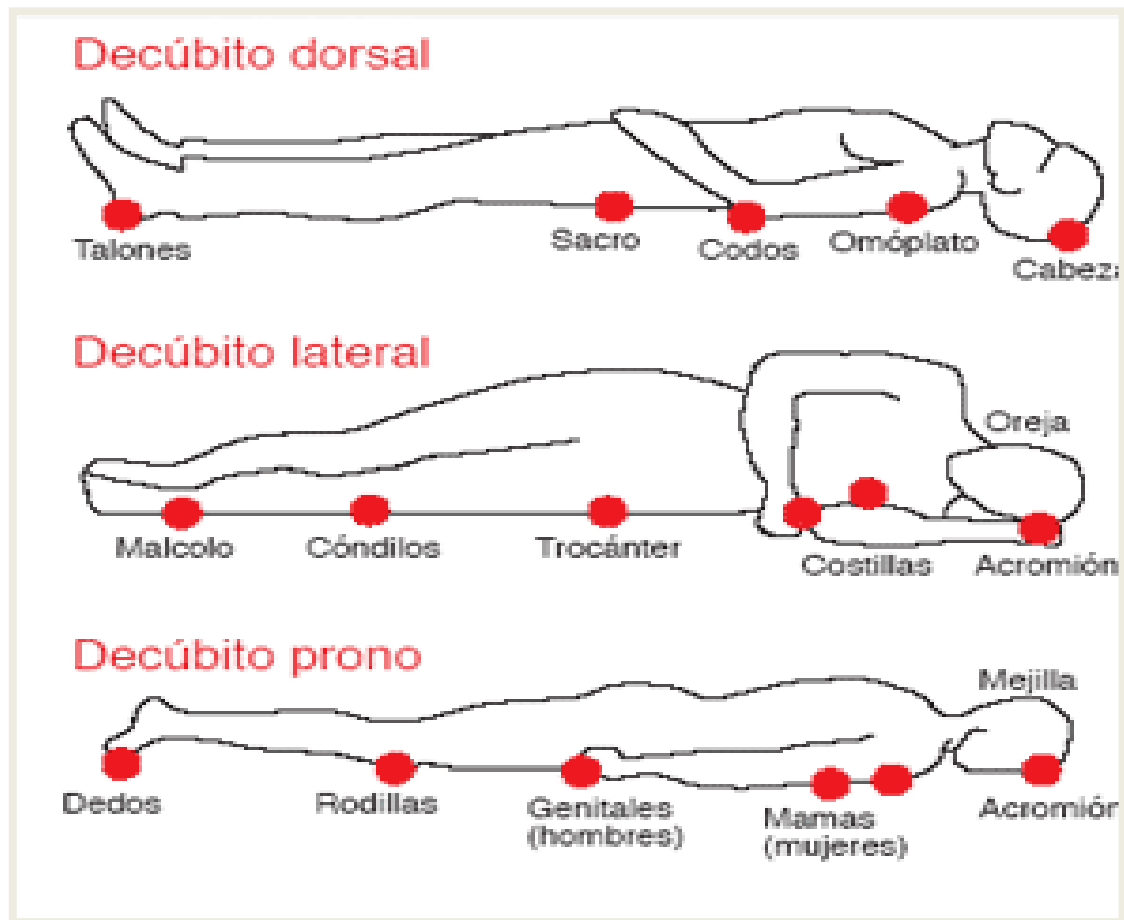
ULCERAS DE PRESION-ESCARAS

Son lesiones de piel causadas por un contacto permanente de alguna parte del cuerpo del paciente con una superficie que altera la irrigación sanguínea de la zona expuesta

Estas lesiones son un problema muy frecuente en los servicios de salud en todas las IPS del país; aumentando el riesgo a infecciones y afecta la calidad de vida del paciente considerando; Que la mayoría de estas lesiones son prevenibles y en un 95% son evitables.

Analicemos en detalle la siguiente grafica, donde de acuerdo a la posición frecuente del paciente se encuentran lugares en el cuerpo donde la probabilidad de presentación es mayor.

Grafica 5. Lugares del cuerpo humano con mayor probabilidad de úlceras de presión



Fuente. Oficina de Calidad IPS Caprecom Girardot

POSICION DECÚBITO DORSAL

Posición del paciente crítico que presenta mayor probabilidad de efecto adverso en las estadísticas hospitalarias ya que es la que más facilita la aplicación de equipos de monitoreo y como se muestra en la ilustración encontramos que estas partes son:

- ❖ Talón
- ❖ Sacro
- ❖ Codos
- ❖ Omoplato
- ❖ Región occipital

POSICION DECÚBITO LATERAL

Donde encontramos las siguientes partes del cuerpo más susceptibles de aparición de la escara:

- ❖ Maléolo
- ❖ Cóndilos
- ❖ Trocánter
- ❖ Costillas
- ❖ Acromion
- ❖ Pabellones auriculares

POSICION DE CUBITO PRONO

Cuando por la naturaleza de la patología del paciente debe permanecer en posición boca abajo; encontramos las siguientes regiones corporales:

- ❖ Dedos
- ❖ Rodillas
- ❖ Genitales (hombres)
- ❖ Mamas
- ❖ Acromion
- ❖ Mejilla

6.7 DISEÑO DE INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEDIR Y CONTROLAR LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ORIENTADAS AL TURISMO EN SALUD.

No existe una teoría específica sobre herramientas que permitan administrar el riesgo y disminuir la ocurrencia de eventos adversos; pero si existe la experiencia de muchas instituciones de salud que a través del tiempo han experimentado procesos permanentes de cambio y mejoras respecto a la mitigación de las consecuencias de la ocurrencia de dichos eventos.

La IPS Caprecom dentro del modelo de gestión de calidad ya ha experimentado con algunos de los servicios con resultados bastante halagadores y con una ostensible disminución de la ocurrencia de dichos eventos; al punto que se tienen definidos procesos de manejo de información en riesgos y que hoy podemos ampliar con las herramientas básicas para este control; como lo es el diseño de un formato para el registro diario⁶ de eventos adversos y una ficha técnica que permita conocer los principales indicadores de dichos eventos.

a. REGISTRO DIARIO DE EVENTOS ADVERSOS.

Punto de partida para la gestión del riesgo en cualquier institución de salud. Soporte escrito y registro exigido según lo establece el anexo técnico uno de la resolución 1043 del 2006; específicamente en el estándar nueve.

Nuestra propuesta apunta específicamente a un formato fechado y con los diferentes tipos de eventos adversos que sea diligenciado solamente en el evento

⁶ Resolución 1446; que exige a las instituciones de salud de un efectivo control en el manejo de los sistemas de información para la calidad.

de presentarse la ocurrencia diferente a los demás servicios que cuentan con un formato que diariamente debe ser diligenciado.

El siguiente formato relaciona los principales riesgos a los que se somete el paciente en estado crítico como herramienta principal en el monitoreo y seguimiento de eventos adversos para las unidades de cuidados intensivos de la IPS Caprecom.

Tabla 7. Propuesta de Formato para el registro diario de EA 2011

REGISTRO DIARIO DE EVENTOS ADVERSOS 2011																																
logo																																
MES:																																
EVENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Ulceras de presion																																
Neurotorax por ventilacion mecanica																																
Trombosis venosa profunda sin controles adecuados de pruebas de coagulacion,																																
Broncoaspiracion																																
Avulsiones de piezas dentales durante la Intubacion																																
Extubacion no programada																																
Retro accidental de dispositivos invasivos (cateteres venosos, cateter central, sonda vesical)																																
Falsos positivos en los resultados de monitorizacion por mala calibracion de los equipos																																
Interacciones medicamentosas																																
Secuelas post- reanimacion																																
Flebitis en sitios de venopuncion																																
Accidentes post-transfusionales																																

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____

Fuente. Autoría propia

El servicio deberá contar con un formato permanentemente y su diligenciamiento será diario.

b. FICHA TECNICA DEL INDICADOR.

Dentro de las diferentes recomendaciones establecidas en la resolución 1446⁷ se encuentra la elaboración de una ficha técnica para cada uno de los riesgos en donde el personal encargado de este seguimiento registre con una frecuencia no menor a la mensual la información requerida con los siguientes datos:

- NOMBRE DEL INDICADOR; Este debe ser único, específico y su nombre no debe dar espacio a cualquier tipo de ambigüedad con otro indicador
- DEFINICION; en una prosa simple y amplia defina el indicador
- FORMULA DE CÁLCULO; defina cual es el numerador y cuál es el denominador. Normalmente se refiere a la relación de una variable (su ocurrencia) con el universo al que depende y su resultado debe establecerse en porcentaje.
- TENDENCIA; no siempre el porcentaje tiende al cien por ciento. Aclare cuál debe ser su tendencia en pro de mejores resultados en cada medición.
- PUNTO DE LECTURA; En las unidades de cuidados intensivos de cualquier naturaleza, existen muchos lugares donde se puede capturar la información. Defínalo; claramente pues también los datos pueden ser obtenidos de un monitor, electrodo o cualquier instrumento de medición.

⁷ Resolución de aplicación específica al sistema de información para el monitoreo y seguimiento a riesgos.

- RESPONSABLE DEL INDICADOR; la ficha técnica debe establecer quién es la persona que se responsabiliza de la medición.
- FUENTE PRIMARIA DE INFORMACION; aclare si es de un equipo o si es de una consulta a cualquier tipo de fuente.
- EXCEPCIONES; aclare si existen razones para que en cualquier momento de la lectura esta no sea tenida en cuenta.
- DOMINIO; relacione el indicador con uno de los cinco dominios que ofrece el decreto 1011 (continuidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y oportunidad)
- GRAFICO; Un indicador bien presentado viene acompañado de una grafica que facilite la interpretación de su tendencia.

El modelo de ficha técnica recomendado se tomó de un modelo diseñado por el profesional especializado de la oficina de calidad de la IPS quien nos permitió su utilización. (Ver anexo 5)

c. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ORIENTADAS AL TURISMO EN SALUD (ver anexo 6)

7 RESULTADOS Y DISCUSION

A pesar que el ministerio de la protección social en Colombia habla de cincuenta y cuatro eventos adversos para las instituciones hospitalarias y que estos hayan sido aplicados por la casi totalidad de los mismos; hoy, las autoras del presente proyecto adicionamos a este listado los eventos adversos del capítulo anterior; en un listado de siete eventos que deben ser controlados y estrictamente vigilados en las unidades de cuidados intensivos de las instituciones de tercer nivel de complejidad.

No es tanto el estricto manejo del formato de seguimiento diario de eventos adversos en la UCI, no; más bien el ahondar en el proceso de concientización y culturización sobre la notificación del evento adverso.

En el proceso de análisis de información y de las diferentes entrevistas con el personal asistencial, observamos, de manera generalizada, la respuesta de dicho personal admitiendo en un lenguaje netamente corporal que el sub registro de los eventos adversos si existe y es la norma entre todos los profesionales del servicio evitar al máximo la notificación.

Las buenas herramientas y los mejores procedimientos siempre estarán al margen de lograr sus objetivos mientras que la cultura del no reporte subsista y es allí donde apunta nuestro programa de sensibilización y creación de conciencia sobre la necesidad que tienen las instituciones de salud de hacer cumplir lo establecido en la resolución 1043 en su anexo técnico 1 en relación al manejo y seguimiento a riesgos y complementado por la resolución 1446 sobre el manejo del sistema de información para la gestión y control de los eventos adversos en todas las instituciones de salud.

El manejo de una ficha técnica completamente sistematizada, donde la información que se le adiciona es ofrecida por la misma ficha a través de listados desplegables, donde el cálculo del indicador es automático, permitirá que no existan pretextos del no conocimiento del manejo y operación de dicha ficha para no ser procesada y reportada a las instancias que la requieran.

Dentro del proceso de análisis de la información se observa como a nivel general las caídas son un problema que exige inmediato cuidado ya que representan el mayor porcentaje en la ocurrencia de eventos adversos en toda la IPS; pero evaluando en los registros de la UCI encontramos que las úlceras de presión son las de mayor frecuencia

En contraposición de las estadísticas generales hospitalarias precisamente por el estado crítico del paciente que hace que encontrarse en estado de inconsciencia el riesgo de caída sea absolutamente nulo.

Finalmente la discusión amplía su horizonte si el alcance del proyecto lo llevamos hasta donde se presenta la ocurrencia del evento adverso y proponemos un sistema de socialización del personal asistencial involucrado y no establecer criterios o derroteros científicos en el manejo de las consecuencias, que la ocurrencia del E.A. genere en la salud del paciente.

Las autoras somos conscientes de las implicaciones que tiene el iniciar un proceso de socialización en la IPS pero exhortamos a dicho personal a participar en este separando el temor que existe al reporte; al miedo que pueden acarrear las consecuencias de la notificación del E.A.; ya que mientras continúe el sub-registro no se podrán establecer efectivos programas para el control y la posible disminución de dichos eventos.

8 RECOMENDACIONES

A lo largo de la realización de este trabajo de investigación pudimos determinar que una de las recomendaciones más importante que podemos aportar para que los programas de seguridad del paciente tengan los resultados esperados es que en cada una de las instituciones se cree una unidad funcional de gestión del riesgo la cual tendrá como función principal la monitoria de forma constante y sistemática de la ocurrencia de los eventos adversos; así mismo deberá Informar sobre temas y factores de riesgo a profesionales y pacientes. Con el fin de que sea establecido un sistema de participación de los pacientes dentro de estas unidades funcionales; sin embargo esto no puede funcionar sin un adecuado Plan de inversión en tecnologías de comunicación e información que de servicio tanto al estado como a las instituciones y por su puesto a los pacientes.

Es importante también que al interior de las instituciones se incentiven actividades de mejora en seguridad del paciente que sea tenida en cuenta la participación activa de todos los de los profesionales. Se debe fomentar la formación constante sobre Seguridad del paciente y gestión de riesgos a todos los profesionales, no solo a los que intervienen directamente a los pacientes sino a todo es personal que labora en la institución puesto que todos en algún momento podemos ayudar a detectar o prevenir un evento adverso.

9 BIBLIOGRAFIA

Colombia, Ministerio de la protección social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Bogotá D.C. 2008, 47 p.

Colombia, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo programa de transformación productiva “Turismo y Salud, una dupla ganadora” Bogotá D.C. 2008, 13 p.

Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios, Marcela Giraldo Suarez, EL ESTUDIO IBEAS Y LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA

Estudio latinoamericano de seguridad del paciente y acreditación en salud, Carlos Rodríguez

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Norma técnica colombiana NTCISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Bogotá D.C: ICONTEC, 2008. 35 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Norma técnica colombiana NTC 1486, Trabajos escritos: presentación y referencias bibliográficas Bogotá D.C: ICONTEC, 2008. 110 p.

“Turismo de salud en Colombia” Disponible en Internet ([http://www.colombia360.org/articulos/turismo-salud-Colombia/.](http://www.colombia360.org/articulos/turismo-salud-Colombia/))

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Calidad de la atención: seguridad del paciente. [Sitio en internet]. URL disponible en:

<http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>

Consulta: 2 de Septiembre de 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE. To err is human: building a safety health system. Wash-ington, DC: National Academy Press, 1999.

WU AW. MEDICAL ERROR: the second victim. West J Med. 2000 Jun;172(6):358-9.

CHRISTENSEN JF, LEVINSON W, DUNN PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. J Gen Intern Med. 1992 Jul-Aug;7(4):424-31.

D. SHAPIRO, "BEYOND THE BLAME: A No-Fault Approach to Malpractice," New York Times, 23 September 2003.

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, República de Colombia, sector de turismo de salud, desarrollando sectores de talla mundial en Colombia, junio de 2009

Evento adverso: error que cuesta. Errores médicos los paga el paciente. UN Periódico. 117. Visitado en 2008 Nov 28. Disponible en: <http://unperiodico.unal.edu.co/ediciones/117/11.html>

El médico la segunda víctima. UN Periódico. 117. Visitado en 2008 Nov 28. Disponible en: [http:// unperiodico.unal.edu.co/ediciones/117/14a.html](http://unperiodico.unal.edu.co/ediciones/117/14a.html)

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Visitado en 2008 Nov 28. Disponible en [http:// www.who.int/patientsafety/en/](http://www.who.int/patientsafety/en/)

Tasa de eventos adversos cercana al 10%. UN Periódico. 117. Visitado en 2008 Nov 28. Disponible en <http://unperiodico.unal.edu.co/ediciones/117/11.html>.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Small Research Grants. Visitado en 2008 Nov 28. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/Research/grants/Smallgrants_summary_A4English.pdf

Cuando el médico falla. El Tiempo, Editorial del 26 de Octubre de 2008.

Senge P. La Quinta Disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Barcelona: Granica Editores; 1992.

RUELAS, E. "Hacia una estrategia de garantía de calidad: de los conceptos a las acciones". Salud Pública de México. 1992; 34:29-45.

Actualidad. "Calidad Médica: un reto al talento". IN: Rev. Directivo Médico. México, D.F.: Cordera Editores, S.A. de C.V. (Jul-Agos: 1994); Vol. I; No. 1. págs. 18-24

Ruelas Barajas, Enrique. "Calidad, Productividad y Costos". IN: Revista de Salud Pública de México. México, D.F.: INSP (May-Jun:1993); Vol. 35; No. 3.

Ruelas, E., et.al. Gaceta Médica de México. "Sobre la garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones". 130:4:1994. Págs. 218-230.

Frank, W.S.M., et.al. "La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de

resultados de la investigación mercadotecnia". IN: Revista de Salud Pública de México. México, D.F.: INSP (May-Jun: 1993); Vol. 35; No. 3.

De Gortari, Eduardo. "Calidad en los Servicios de Salud: ¿Qué hace el sector público y privado?". IN: Rev. Club Mejora Continua. México, D.F.: Grupo Ideart Impresores. 1994. Documento Técnico 1. pp. 25

Durán González, Lilia I., et.al. "La calidad de la atención primaria en la Secretaría de Salud". Síntesis Ejecutiva. Instituto Nacional de Salud Pública. México, D.F., 1990. pp. 13.

Bronfman, Mario, et.al. "Del cuánto al porque: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios". IN: Revista de Salud Pública de México. México, D.F.: INSP (Nov-Dic:1997); Vol. 39.

Ramírez Sánchez, Teresita de J., Nájera Aguilar, Patricia, et.al. "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud den México: perspectiva de los usuarios". IN: Revista de Salud Pública. México, D.F.: INSP (Ene-Feb:1998); Vol. 40, No. 1.

Donabedian, Avedís. "Garantía y Monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio". Instituto Nacional de Salud Pública. México, D.F. pp. 9-29.

Espinoza Vergara, Mario. Evaluación de Proyectos Sociales. Edit. HV Manitas. Buenos Aires, Argentina: 1983. págs. 13-16.

Donabedian, Avedís. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.: México, D.F. 1ª Reimpresión 1991. Págs. 4-6

Pérez Cuevas, Ricardo, et.al., "Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos". IN: Revista Salud Pública de México. México, D.F.: INSP (Sept-Oct:1994); Vol. 36; No. 5.

Meterson, Barry, J. et.al.. "El costo de la Garantía de ". IN: Rev. Salud Pública de México. México, D.F.: INSP. (May-Jun:1993); Vol. 35; No. 3.

COCHRAN William C. Técnicas de Muestreo. CECOSA. Compañía Editorial Continental, S.A. de C.V. Décima Cuarta Reimpresión. México, 1998.

Rosenthal MB. Nonpayment for performance? Medicare's new reimbursement rule. N Engl J Med 2007;357:1573-5. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez- Malagón N, Forero-Supelano V,

Santofimio-Sierra D, Altahona H, et al. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2006. Rev salud pública 2008;10:215-26.

MeSh Home – Pubmed/MEDLINE. National Library of Medicine. Visitado en 2008 Nov 28. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh>

Lerner MJ. The desire for justice and reactions to victims. En: McCauley J, Berkowitz L, eds. Altruism and helping behavior. New York: Academic Press;1970.

Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-70.

Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med* 2006;354:2024-33.

Davis P, Lay-Yee R, Fitzjohn J, Hider P, Briant R, Schug S. Compensation for medical injury in New Zealand: does “no-fault” increase the level of claims making and reduce social and clinical selectivity? *J Health Polit Policy Law* 2002; 27:833-54.

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322:517-9.

Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ* 2004; 328:199-203.

Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170:1678-86.

KAHL-MARTIN COLIMON. Fundamentos de Epidemiología, Medellín Colombia, Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia

Hersch, Elliot V. Condouris, George A. Local Anesthetics: A Review of Their Pharmacology and Clinical Use. *Compend Contin Educ Dent.* (1987) 5: 374-82.

39 Bazerque, Pablo. Farmacología Odontológica. Editorial Mundi. 2da. Edición. Feb. De 1980.

Matthews, R. y col. The Efficacy of Local Anaesthetics Administered by General Dental Practitioners.

British Dental Journal. (1997) 182: 175-78.

Wadler, G.I. (1994): Drug use update. Med Clin North Am, 78: 439-455.

Grossman, C. (1989): Possible underlying mechanisms of sexual dimorphism in the immune response, fact and hypotesis. J Steroid Biochem, 34: 241-251.

11 ANEXOS

ANEXO 1. FICHA BIBLIOGRAFICA

FICHA BIBLIOGRÁFICA TRABAJO	
TIPO	<i>Investigación Formativa</i>
TITULO	<i>DISEÑO DE UN MODELO DE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ORIENTADAS AL TURISMO EN SALUD</i>
PROGRAMA	<i>Auditoria y Garantía de la Calidad en Salud</i>
MODALIDAD PROGRAMA	<i>Postgrado</i>
EDICION	<i>Bogotá D.C., Universidad EAN, 2011</i>
AUTOR (es)	<i>Diana del Pilar, Hernández Jiménez; Soraya Paola, Solorza Sanabria; Olga Lucía, Quitian Salazar</i>
PALABRAS CLAVE	<i>Seguridad del paciente; Turismo en salud; Unidad de cuidado intensivo</i>
DESCRIPCION	<i>Evalúa la Política de seguridad del paciente con el diseño de un programa para unidad de Cuidado intensivo</i>
FUENTES	<i>Ministerio de Protección Social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente; Registros de notificación de los eventos adversos, IPS Caprecom año 2010; Ministerio de la Protección Social Dirección General de Calidad de Servicios, Marcela Giraldo Suarez; Estudio IBEAS y la Política de Seguridad del Paciente en Colombia.</i>
CONTENIDO	<i>Este proyecto se desarrolla en 3 en etapas; la primera de ellas es la identificación de los principales riesgos y eventos adversos presentados en la unidad de cuidados intensivos, tomando como base los registros de eventos adversos presentados en la IPS Caprecom Girardot, durante los últimos dos años. En la segunda se hace un análisis de las causas que originan los eventos adversos, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En una tercera etapa, se presenta los formatos, planillas, procesos y protocolos que permitan medir y controlar los eventos adversos en los servicios de las unidades de cuidados intensivos</i>
METODOLOGÍA	<i>Corresponde a un estudio, retrospectivo descriptivo analítico ya que lo constituye la revisión extensa de literatura concerniente a temas de seguridad en pacientes y sistemas de registro y notificación de eventos adversos; tomando como insumo los eventos adversos que se han presentado en la UCI de la IPS Caprecom Girardot, con el fin de identificar y analizar las causas de los mismos que son barreras de seguridad. Se toma una muestra estratificada, de los registros de notificación de los eventos adversos presentados en la IPS Caprecom durante el año 2010.</i>
CONCLUSIONES	<i>Las buenas herramientas y los mejores procedimientos siempre estarán al margen de lograr sus objetivos mientras que la cultura del no reporte subsista. Se propone un programa de socialización, sensibilización del personal y la creación de conciencia sobre la necesidad que tienen las instituciones de salud del trabajo continuo en la Seguridad del Paciente, dirigida a evitar el error y consecuentemente a superar los estándares de Calidad en la prestación de servicios relacionados con Turismo en Salud</i>
PERIODO ACADÉMICO	<i>20102</i>

ANEXO 2. CARTA DE DERECHOS DE AUTOR:

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA EAN

Yo Diana del Pilar Hernández Jiménez mayor de edad, vecino de Bogotá, Colombia, Identificada con cédula de ciudadanía N° 36.564.390 de Santa Marta, Magdalena y código estudiantil 36.564.390, actuando en mi calidad de coautora del informe final de investigación, titulado **DISEÑO DE UN MODELO DE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ORIENTADAS AL TURISMO EN SALUD**, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:

- Utilizarlo como medio de consulta para la comunidad universitaria.
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de La Universidad EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de La Universidad EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se me dé crédito al informe final de investigación.

Manifiesto que la obra objeto de la presente autorización es original y la realicé sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumo toda la responsabilidad. Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

Diana del Pilar Hernández Jiménez

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA EAN

Yo Soraya Paola Solorza Sanabria mayor de edad, vecina de Puerto Berrio, Antioquia, Colombia, identificada con cédula de ciudadanía N° 52.199.795 de Bogotá y código estudiantil 52.199.795, actuando en la calidad de autora del informe final de investigación titulado **DISEÑO DE UN MODELO DE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ORIENTADAS AL TURISMO EN SALUD**, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:

- Utilizarlo como medio de consulta para la comunidad universitaria.
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de La Universidad EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de La Universidad EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se me dé crédito al informe final de investigación.

Manifiesto que la obra objeto de la presente autorización es original y la realicé sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumo toda la responsabilidad. Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

Soraya Paola Solorza Sanabria

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA EAN

Yo Olga Lucia Quitian Salazar mayor de edad, vecino de Fusagasuga, Cundinamarca, Colombia, Identificada con cédula de ciudadanía N° 51.881.100 de Bogotá, y código estudiantil 51.881.100, actuando en mi calidad de autora del informe final de investigación, titulado **DISEÑO DE UN MODELO DE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ORIENTADAS AL TURISMO EN SALUD**, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:


- Utilizarlo como medio de consulta para la comunidad universitaria.
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de La Universidad EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de La Universidad EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se me dé crédito al informe final de investigación.

Manifiesto que la obra objeto de la presente autorización es original y la realicé sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumo toda la responsabilidad. Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

Olga Lucia Quitian Salazar

ANEXO 3. FORMATO DE REGISTRO DE EA

 CAPRECOM IPS GIRARDOT NUEVO HOSPITAL SAN RAFAEL	FORMATO REPORTE DE EVENTO ADVERSO		
	MACROPROCESO: ESTRATEGICO		PROCESO: GESTION DE CALIDAD
	VERSION: 002	CODIGO: 7PEGCEA - 001	Pág. 1 de 2

Datos de Identificación:

Fecha y Hora	Historia Clínica N°	Cama:
Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos Completos:
Servicio	Dx:	Asagrador

Seleccione el Evento Adverso Trazador de la Calidad

1. Cancelación de cirugías o proced. por factores institucionales o de profesionales 2. Paciente con Trombosis Venosa Profunda sin control de Pruebas de Coagulación 3. Ingreso no programado a UCI, luego de procedimiento que implica la administración de anestesia 4. Paciente con Neumonías Broncoaspirativas en Pediatría ó UCI Neonatal 5. Paciente con Ulcera de posición 6. Distocia inadvertida 7. Shock Hipovolémico post - parto 8. Maternas con Convulsión Intrahospitalaria 9. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado 10. Paciente con hipotensión severa en post - quirurgico 12. Pacientes con Infarto en las siguientes 72 horas post - Quirurgico 13. Reingreso a Hospitalización por la misma causa antes de 15 días 14. Entrega equivocada de Neonato 15. Robo intra - institucional de niños 16. Fuga de pacientes Psiquiátricos Hospitalizados 17. Suicidio de Pacientes Internados 18. Consumo intra - institucional de psicoactivos 19. Caídas desde su propia altura intra - institucional 20. Retención de cuerpos extraños	21. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio 22. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos 23. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación 24. Flebitis en sitios de venopunción 25. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida 26. Entrega equivocada de reporte de laboratorios 27. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación 28. Luxación post - quirurgica en reemplazo de cadera 29. Accidentes post - transfusionales 30. Asalto sexual en la institución 31. Neumotorax por ventilación mecánica 32. Asfisia perinatal 33. Deterioro del paciente en la clasificación de la escala de Glasgow sin tratamiento 34. Secuelas post - reanimación 35. Pérdida de pertenencia de los usuarios 36. Pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico 37. Otros: _____
---	---

Estado de conciencia antes del Evento:

Normal Bajo Anestesia Escala de Glasgow / 15 Otro

Si el evento es una caída complete lo siguiente:

Cama	<input type="checkbox"/>	Acompañante	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Silla	<input type="checkbox"/>	Cama con barandas:	Arriba <input type="checkbox"/>	Abajo <input type="checkbox"/>
Camilla	<input type="checkbox"/>	Paciente > de 65 años	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Baño	<input type="checkbox"/>	Cama/Silla frenada	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Propia altura	<input type="checkbox"/>	Timbre funcional	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Si el evento es Fuga de paciente complete lo siguiente

Unidad mental	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Urgencias	<input type="checkbox"/>
Factores					
Bajos recursos economicos	<input type="checkbox"/>				
Otro	<input type="checkbox"/>				

Si el evento es de medicación o transfusional complete la siguiente información:

Nombre del medicamento:	1. Prescripción <input type="checkbox"/>	Hemocomponente: _____	
Indique en el proceso de administración de medicamentos la etapa donde ocurrió el error	2. Transcripción <input type="checkbox"/>	Reaccion Transfusional:	
	3. Despacho <input type="checkbox"/>		1. Hemolítica <input type="checkbox"/>
	4. Preparación <input type="checkbox"/>		2. Febril <input type="checkbox"/>
	5. Administración <input type="checkbox"/>		3. Alérgica <input type="checkbox"/>
	6. Registro <input type="checkbox"/>	Incidente:	
		1. Envío Equivocado <input type="checkbox"/>	4. Admon. Equivocada <input type="checkbox"/>
		2. Pérdida de Bolsas <input type="checkbox"/>	5. Devolución Inoportuna <input type="checkbox"/>
		3. Mala Conservación <input type="checkbox"/>	6. Ausencia de Admon. <input type="checkbox"/>

Descripción del Evento:

¿ámen médico parte del cuerpo afecto? Cabeza Cara Cuello Torax Abdomen M. Superiores M. Inferiores


Hallazgos

Dx resultado del Evento:

Acciones de intervención inmediata

Nombre de quien reporta: _____ **Médico:** **Enfermera:** **Otro:** **Firma y Sello:** _____

ANEXO 4. FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE EA

 CAPRECOM IPS GIRARDOT NUEVO HOSPITAL SAN RAFAEL	FORMATO REPORTE DE EVENTO ADVERSO																		
	MACROPROCESO: ESTRATEGICO	PROCESO: GESTION DE CALIDAD																	
	VERSION: 002	CODIGO: 7PEGC - 001	Pág. 2 de 2																
Servicio Consulta Externa																			
38. Efectos post - vacunales 39. Complicaciones post - procedimientos de inserción de dispositivos e implantes para planificación familiar, citología cervico-vaginal, colposcopia, biopsia cervical, criocauterización 40. Inadecuado uso de medicamentos por falta de recomendaciones																			
Servicio Hospitalario Sala de Cirugía																			
41. Complicaciones de procedimientos quirúrgicos 42. Complicaciones Anestésicas 43. Ausencia o inadecuada preparación de pacientes para procedimiento médicos 44. Demora en la realización y/o respuesta a las interconsultas																			
Servicio Odontología																			
45. Complicaciones en niños al realizar exodoncias por falta de recomendaciones 46. Fractura de limas intraradiculares al realizar tratamiento de conductos 47. Comunicación Oro - Antral o perforación de piso de seno maxilar al realizar exodoncias 48. Complicaciones sistémicas por aplicación de anestesia 49. Avulsiones dentarias al realizar detartrajes																			
Servicio de Toma de Muestra y Laboratorio Clínico																			
50. Complicaciones posteriores a la toma de muestras (flebitis, equimosis, mareo, lipotimia) 51. Pérdida del derecho a la intimidad del paciente 52. Exámenes no solicitados pero realizados por el laboratorio 53. Retraso en la entrega oportuna de resultados 54. Exámenes solicitados pero no realizados por el laboratorio																			
Categorización del Evento (Espacio a diligenciar por Oficina de Calidad)																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">A. Error que no llega al paciente, se evita (Incidente)</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">E. Daño temporal al paciente</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B. Sin daño al paciente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>F. Daño permanente al paciente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C. Requiere tratamiento e intervención médica</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>G. Evento cercano a la muerte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D. Requiere hospitalización prolongada</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>H. Muerte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				A. Error que no llega al paciente, se evita (Incidente)	<input type="checkbox"/>	E. Daño temporal al paciente	<input type="checkbox"/>	B. Sin daño al paciente	<input type="checkbox"/>	F. Daño permanente al paciente	<input type="checkbox"/>	C. Requiere tratamiento e intervención médica	<input type="checkbox"/>	G. Evento cercano a la muerte	<input type="checkbox"/>	D. Requiere hospitalización prolongada	<input type="checkbox"/>	H. Muerte	<input type="checkbox"/>
A. Error que no llega al paciente, se evita (Incidente)	<input type="checkbox"/>	E. Daño temporal al paciente	<input type="checkbox"/>																
B. Sin daño al paciente	<input type="checkbox"/>	F. Daño permanente al paciente	<input type="checkbox"/>																
C. Requiere tratamiento e intervención médica	<input type="checkbox"/>	G. Evento cercano a la muerte	<input type="checkbox"/>																
D. Requiere hospitalización prolongada	<input type="checkbox"/>	H. Muerte	<input type="checkbox"/>																

ANEXO 5. FICHA TECNICA



FICHA TECNICA INDICADOR - SEGUIMIENTO A RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS

FICHA TECNICA INDICADOR												
NUEVO HOSPITAL SAN RAFAEL DE GIRAROOT												
AREA	ASISTENCIAL	SERVICIO		UCI								
RIESGO	ESCARAS	###	INDICADOR	G3 TOTAL DE ESCARAS EN UCI EN UN PERIODO DETERMINADO								
CONFIRMACION												
RESPONSABLE DEL CALCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR	SUB-CIENTIFICA DRA. NORMA PARIS				AREA FUNCIONAL				SUB-CIENTIFI			
ESCALA	REFERENCIA		TENDENCIA			TIPO		DOMINIO				
0 A 100	HISTORICA		DECRECIENTE			EFICIENCIA		SEGURIDAD				
TOPES			FRECUENCIA			METODO DE GRAFICACION						
MINIMO	MAXIMO		RECOLECCION	REVISION		BARRAS						
0	4%		MENSUAL	MENSUAL								
FORMULA DE CALCULO				METAS DEL INDICADOR								
DEFINIR EL NUMERO DE ESCARAS ASOCIADAS A LA PRESTACION DEL SERVICIO RELACIONADOS CON EL TOTAL DE EGRESOS MULTIPLICADO POR EL PERIODO A EVALUAR				0				OK		OK		
FUENTES DE DATOS												
NUMERADOR:			NUMERO DE IACS									
DENOMINADOR:			TOTAL DE EGRESOS									
CRITERIOS DE EXCLUSION <input checked="" type="checkbox"/>												
NOTA:			MULTIPLICADO POR CIENTO									
Maximo												
Mes/	ENERO	FEBER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Número total de reportes intercambiados	6	12	9	15	7	15						
Número total de reportes entregados	779	817	932	844	829	749						
Indicador	0,77	1,47	0,97	1,78	0,84	2,00	#;DIV/0!	#;DIV/0!	#;DIV/0!	#;DIV/0!	#;DIV/0!	
justificacion:	El medir permite controlar y el controlar permite mejorar; son entre otras una de las políticas de la actual administración y en cumplimiento de estándar 9 de seguimiento a riesgos de la resolución 1043, de la resolución 1446 de manejo de indicadores y adicionalmente el indicador exigido por circular de la superintendencia y que debe ser calculado acorde a lo establecido en el dominio llamado accesibilidad.(escoja uno de los cinco accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia)											
D.A.A.G.												

ANEXO 6. PROGRAMA PARA EL MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS PARA LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	1
2	JUSTIFICACIÓN	3
3	OBJETIVOS	4
3.1	GENERAL	4
3.2	ESPECÍFICOS	4
4	. VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	5
4.1	PROPOSITO	5
4.2	ALCANCE	5
5	CONCEPTUALIZACION	6
6	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	9
6.1	EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DE CALIDAD EN LA UCI.	9
6.2	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO Y NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS	10
6.3	INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO NOTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO	12
6.4	INVESTIGACION Y ANALISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)	29
7	ANEXO 1	36

1 INTRODUCCIÓN

Como se aclaró en la presentación final del proyecto; no existe un modelo específico que sea de aplicación general para el manejo de los programas de eventos adversos en las instituciones hospitalarias del país; pero si existe la experiencia de muchos de ellos que permite retomar de estas, las más exitosas y aplicar, de acuerdo a la necesidad de cada IPS, un modelo propio de manejo y control de eventos adversos.

En Colombia, y en casi todo el mundo entero la mayor preocupación en las instituciones es el asegurar las condiciones del paciente durante todo el proceso de atención, y con mayor énfasis las Unidades de cuidados intensivos ya que son estas donde el estado clínico del paciente expresa una clara indefensión ante los procedimientos que allí se le realizan.

En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, en nuestro país; 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 en el marco de la política de Seguridad del paciente; acentúa, a través de las normas relacionadas con la atención, que el manejo de eventos adversos tiene que ser prioritario en los diferentes procesos de atención y Caprecom Girardot, cuyos principios y valores a nivel nacional, define en su Misión y sus valores corporativos: principio de Responsabilidad Social, el Bien Público, el Mejoramiento Continuo y la Calidad y de acuerdo a la normatividad vigente promueve y adopta políticas de calidad enmarcadas y direccionadas a la Seguridad del Paciente, minimizando la ocurrencia de hechos que generen daño

para el usuario, detrimento social y en la salud pública y con gran impacto económico para la institución.⁸

“La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud; para diseñar e implementar, de manera constante, las barreras de seguridad necesarias”, según lo norma el ministerio de la protección social como emblema de las políticas a nivel nacional, encaja en un alto porcentaje con la necesidad que debe existir en las IPS de un modelo de aseguramiento que continúe abriendo las puertas a ese inmenso mercado que genera el turismo en salud..

⁸ Modelo de direccionamiento estratégico, según las políticas de la dirección nacional de Caprecom

2 JUSTIFICACIÓN

No solo la fama nefasta de un servicio se difunde tan fácil y rápidamente como la pólvora; también se ha demostrado que el buen servicio y las buenas condiciones complementarias en los procesos de atención del paciente crítico, se expande con mucha facilidad y hace que el nombre de la entidad prestataria brille su buen nombre a nivel nacional es por ello que Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, coordinada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, donde su objetivo vital es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos.

Si consideramos expresiones relacionadas con la seguridad del paciente; debemos incluir considerar que “Los sistemas de prestación de servicios en la UCI son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: la actividad profesional en la UCI ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles”⁹, al igual que otros conceptos que potencializan verdaderamente las razones del porque deben existir programas que garanticen la no ocurrencia de E.A.

Otra expresión válida a justificar la generación de un programa de atención establece Que “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 procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido.”¹⁰

⁹ Ministerio de la protección social. Pautas para el manejo de una política adecuada de seguridad del paciente.

¹⁰ Expresión incluida dentro del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud. Oficina de calidad. Ips Caprecom Girardot

3 OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Identificar los riesgos para la seguridad del paciente en la unidad de cuidado intensivo en la IPS Caprecom Girardot, con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención de los pacientes internacionales ó identificar y tratar oportuna y eficazmente los eventos ocurridos.

3.2 ESPECÍFICOS

- ❖ Establecer un modelo de socialización de los procedimientos para la identificación oportuna de los eventos adversos en la atención del paciente crítico y su manejo.
- ❖ Crear en el personal de las UCI, una cultura de la notificación del evento adverso.
- ❖ Mantener seguimiento sistemático al cumplimiento de los estándares de calidad de la atención que garanticen la excelencia en la atención de la UCI.
- ❖ Establecer un modelo de aplicación de las barreras de seguridad en la atención de los pacientes críticos en la UCI, que garanticen procesos de atención con la calidad esperada.

4 . VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

4.1 PROPOSITO

Dotar a las UCI de una herramienta especializada para mantener una calidad de la atención del paciente crítico, con los mejores estándares de calidad.

4.2 ALCANCE

La utilización de las herramientas creadas en el proyecto, serán de utilidad para la UCI de la IPS de Girardot y en todas las que estén comprometidas en un proceso de mejoramiento continuo de la calidad, orientadas a la atracción de pacientes nacionales e internacionales.

5 CONCEPTUALIZACION

Como soporte al programa tomamos en su conjunto la diferente conceptualización ofrecida por la resolución 1446, incluida entonces en los diferentes modelos de atención en los servicios de hospitalización y odontología, también como proyectos de investigación de la misma universidad.

- **Acción Insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

- a. La atención: se aparta de los límites de una práctica segura
- b. La desviación: tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso al paciente.

Ejemplos de acciones inseguras: No monitorizar, observar o actuar; tomar una decisión incorrecta; no buscar ayuda cuando se necesita.

- **Atención en Salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

- **Evento adverso** : Es la situación que ocurre durante el cuidado clínico y que resulta en daño físico y/o psicológico secundario a: iatrogénica, o al curso no natural de la enfermedad, o condiciones propias del cuidado del paciente; también, puede ser el resultado clínico no esperado debido a un error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de sus enfermedad; de igual modo puede considerarse una lesión o **daño no intencional** causado por la atención en salud (no por la enfermedad de base) que conduce a una hospitalización, a prolongación de la estancia hospitalaria, a una morbilidad asociada o a la muerte.

- **Evento adverso no prevenible**: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base.

- **Evento adverso prevenible**: Causado de forma no intencional, se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento (guía clínica, protocolo, procedimiento, instructivo).

- **Evento Adverso Trazador de la calidad**: Es un tipo de evento adverso en donde está presente la muerte o un daño físico o psicológico serio de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o un cambio definitivo en el estilo de vida.

- **Incidente**: Acción u omisión que podría haber causado daño al paciente pero por azar, la prevención o la mitigación de la misma no lo daño. Evento o situación que pudo haber resultado en un accidente, lesión o complicación pero no ocurrió, bien sea debido al azar o por una intervención oportuna.

- **latrogenia:** Cualquier condición adversa en un paciente que se produce como resultado del tratamiento indicado por un médico, cirujano, u otro profesional de la salud, especialmente infecciones adquiridas por el paciente durante la aplicación del tratamiento. Patología producida por intervención médica.

- **Riesgo:** Es la probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra.

- **Reacción Adversa:** Cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada y que tenga lugar a la dosis que se aplique normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico, o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas

- **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científica comprobada, que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

6 PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Para ello, inicialmente se requiere de una acertada socialización de los principales eventos adversos que se pueden presentar en la UCI, hasta el punto de que la totalidad del personal conozca al respecto, es por ello que se hace necesario definir:

6.1 EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DE CALIDAD EN LA UCI.

Eventos Adversos trazadores de la calidad de la atención en salud

Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (IPS's): son aquellos eventos de obligatoria vigilancia y reporte para la institución, y que ocasionan un daño severo o la muerte del paciente. Estos se encuentran determinados por la Resolución 1446 de 8 de mayo de 2006, "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de munitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud"; lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores.

LOS EVENTOS ADVERSOS Y EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL;

La ocurrencia de estos eventos en la IPS CAPRECOM Girardot, Nuevo Hospital San Rafael, debe reportarse obligatoriamente, por parte del responsable en el área de ocurrencia, con el fin de dar cumplimiento a la Circular 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud, en lo correspondiente al proporción de Vigilancia de Eventos Adversos:

Número total de eventos adversos presentados en el periodo sobre el número total de eventos adversos detectados; es básicamente el indicador que debe ser enviado.

6.2 PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO Y NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS

(tomado del procedimiento general para el manejo de eventos adversos de la oficina de calidad-auditoria-previa autorización)

- Una vez se identifica la ocurrencia del evento adverso, se debe informar al médico de turno o tratante para que realice la valoración correspondiente y en dado caso establezca los diagnósticos adicionales generados por el evento (TCE, Celulitis en miembro superior u otra parte del cuerpo, Shock, Fractura, Muerte, entre otros) y el manejo que requiere el usuario.
- Se deben tomar las medidas de manera inmediata que permitan identificar la ocurrencia del evento y por lo tanto la necesidad de protección del paciente evitando la recurrencia del evento.
- Luego del conocimiento del hecho se deben notificar el evento a través del formato de reporte de eventos (Anexo 1), diligenciándolo en su totalidad.
- Durante el diligenciamiento del formato, la información consignada en hallazgos debe registrar la valoración medica y diagnostico post – evento debe ser clara y totalmente coherente con la que el personal médico y de enfermería consigna en la historia clínica.
- La notificación del evento se realizara en un máximo 24 horas (para el diligenciamiento y entrega)
- Si la persona que identifica el evento no pertenece al área asistencial o por el contrario hace parte del cuerpo de auxiliares de enfermería, deben

comunicar lo ocurrido a los profesionales de la salud que se encuentren en el servicio, quienes se encargaran de realizar el reporte de lo ocurrido.

- Se debe informar en cualquier caso al paciente o al familiar a cargo de lo ocurrido explicando la situación y los efectos que se pueden producir por éste, la explicación debe estar a cargo del personal médico o tratante.
- Luego del diligenciamiento de toda la información referente al paciente, la enfermera jefe del servicio entregara una vez finalice el turno el formato diligenciado a Líder de Área quien revisa en conjunto las acciones de intervención inmediata, el cual debe estar basado en acciones **PREVENTIVAS o CORRECTIVAS, PARA QUE LOS EVENTOS NO VUELVAN A OCURRIR CON EL MISMO U OTRO PACIENTE.**
- Una vez ocurrido el evento se hará llegar el formato de notificación a la Oficina de Calidad, la cual es la encargada del análisis, formulación del plan de mejoramiento y seguimiento. **(Se diligencia el formato de Acciones Correctivas o preventivas, donde se consigna el plan de mejoramiento y la propuesta de seguimiento)**
- Una vez se revisan las actividades a desarrollar, la Oficina de Calidad plasmara la fecha de seguimiento al cumplimiento de las actividades planeadas para eliminar la causa por la que se presenta el evento asegurando que este no vuelva ocurrir.
- La Oficina de Calidad coordinara el seguimiento a las fechas establecidas para cada evento notificado.
- La oficina de calidad y Comité de infecciones en cabeza del Médico Especialista en Epidemiología hará análisis de los datos reportados mensualmente para destacar el evento más frecuente que se presente en la institución y de allí formular los indicadores institucionales de eventos adversos.
- La Oficina de Calidad realizara plan de acción Institucional cada mes según los eventos más destacados y/o repetitivos (El análisis se realizara con los

líderes de áreas encargadas del análisis de los eventos reportados y la subgerencia científica).

- Según la gravedad del evento, se requerirá la evaluación inmediata del mismo por parte de las áreas encargadas del análisis. Para lo cual se citara a comité AD-HOC en un término máximo de 72 horas, contando con la participación de los encargados del cuidado del paciente, líderes de área encargados del análisis, subgerencia científica y gerencia) con el objeto de evaluar los procesos que han intervenido durante la atención y elaborar el respectivo plan de mejoramiento.

6.3 INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO NOTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO

Encabezado: Diligencie nombre completo del paciente, historia clínica, edad, sexo, cama, servicio y diagnostico del paciente. Fecha y hora exacta en la que ocurrió el evento, Especialidad Tratante. Definir si es Evento o Incidente.

Estado de Conciencia Antes del Evento o Incidente: Marque con una X el estado de conciencia correspondiente.

- **Normal:** Estado donde el paciente está alerta, orientado en las tres esferas (Lugar, Tiempo, Espacio), Glasgow de 15/15.
- **Somnoliento:** Si abre los ojos al llamado
- **Estuporoso:** Si abre los ojos únicamente a estímulos.
- **Comatoso superficial:** No presenta apertura ocular, pero existe alguna respuesta a estímulos

- **Comatoso Profundo:** No presenta apertura ocular ni existe respuesta a estímulos.
- **Escala de Glasgow:** **Respuesta verbal, respuesta motora, apertura ocular**
- HAGA ÉNFASIS DEL NIVEL DE INCONSCIENCIA DEL PACIENTE EN LA DESCRIPCIÓN DEL EVENTO.
- **Desorientado:** Nivel de adaptación del paciente al medio que incluye su evaluación del entorno o medio que le rodea, se evalúa teniendo en cuenta: Lugar (sabe donde esta), Persona (Como es su nombre), Tiempo (sabe qué día es hoy), Espacio: (sabe en qué ciudad está)
- **Bajo Anestesia:** La administración de sustancias para manejo anestésico generan alteraciones del estado de consciencia.
- **Otro:** Puede deberse a alteración en las dosis de medicamentos prescritos, como a sustancias psicoactivas o la interacción de ambas, estados sicóticos, efecto de alcohol, entre otros

❖ **Si el evento es una caída**

Paciente con riesgo:

Marque con una X si la caída se presento estando el paciente en:

- Cama
- Silla
- Camilla
- En Baño
- Desde su propia altura: Lipotimia

❖ **Si se debió a factores asociados como:**

- Edad Mayor o igual a 65 años.
- Uso de Sedantes o hipnóticos, psicotrópicos, antidepresivos, hipoglicemiantes.
- Estancias prolongadas.
- Alteraciones de agudeza visual.
- Alteraciones Auditivas-vestibulares.
- Inestabilidad en la marcha y el equilibrio.
- Enfermedades Neurológicas, Psiquiátricas.
- Cama con barandas arriba o abajo
- Trastornos Agudos Anemia, deshidratación, embriaguez.
- Caídas anteriores intrahospitalarias.
- Paciente con acompañante
- Trauma cráneo-encefálico.
- Uso de elementos para la movilización: Bastones, muletas, etc.

❖ **Si el evento es una fuga (Paciente con o sin patología Psiquiátrica).**

Tenga en cuenta que en este ítem se debe señalar en que servicio se presento el evento, ya que de acuerdo con este criterio se pueden discriminar los factores de riesgo y las características propias de cada servicio. Marque con una X en el recuadro el servicio correspondiente.

Unidad Mental

Hospitalización

Urgencias

Factores asociados a la fuga:

Marque con una X en el recuadro según corresponda

- Bajos recursos económicos
- Problemas personales expresados por el paciente
- Otros

❖ Si el evento es medicamentoso

Indique en la línea correspondiente el nombre del medicamento con que se presento el evento.

Indique en el proceso de administración del medicamento la etapa en que ocurrió el error:

- **Prescripción.** Error en la formulación del Medico, ya sea confusión de paciente, de medicamento, dosis o vía de administración de los medicamentos.
- **Trascripción:** Copia o reproducción de una formula por parte del médico general ampliando o complementando la orden de un especialista.
- **Despacho:** cuando el incidente o accidente medicamentoso corresponde a un error en el despacho de la medicación por el área de farmacia. Incluye envió de medicamento equivocado, presentación del medicamento, numero de dosis.
- **Preparación:** Es de tener en cuenta que este paso incluye la disposición del equipo necesario tanto para la administración de sustancias medicamentosas como de componentes sanguíneos, la elaboración de diluciones y mezclas, y los preliminares del área donde se hará la administración del mismo.

- **Administración:** cuando el error o fallo se presenta durante la administración del medicamento al paciente a cargo de Jefe de Enfermería. Incluye administración de medicamento a paciente equivocado, dosis o vía equivocada.

❖ **Reacción adversa a medicamentos**

Según la OMS, se define una reacción adversa a medicamentos (RAM), como aquel efecto perjudicial o indeseado que aparece con las dosis habitualmente utilizadas para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento, incluyendo los efectos no terapéuticos con excepción de abuso de los mismos, sobre dosis accidental o intencional y fracaso terapéutico.¹¹

- **Efecto colateral:** efecto, signo o síntoma adicional que se produce con la administración del medicamento, pero desaparece al retirar medicamento (Somnolencia por antihistamínicos)
- **Efectos secundarios:** efecto, signo o síntoma adicional que se produce con la administración del medicamento, pero no desaparece al retirar medicamento, requiere tratamiento adicional.
- **Interacción entre drogas:** mecanismos por el cual dos o más medicamentos potencian o bloquean su efecto por la administración conjunta (teofilina / macrólidos)

¹¹ Conceptos ampliamente difundidos por el MPS y son los mismo utilizados en los diferentes manuales para el manejo de eventos adversos en la IPS Caprecom.

- **Alérgicas:** Aproximadamente de 5 al 10% de las reacciones imprevisibles son alérgicas, lo cual significa que el sistema inmunológico del paciente reacciona exageradamente al fármaco. Entre los fármacos que inducen generalmente las reacciones alérgicas se cuentan los antibióticos como la penicilina y sulfamidas entre otros. La reacción puede variar desde irritación cutánea similar al sarampión, urticaria o angioedema esporádica hasta un cuadro de anafilaxia (calor, sonrojo, sensación de calor, malestar en la garganta, asma, mareos por hipotensión, arritmia cardíaca, náuseas, vómito, calambres abdominales y shock)
- **Idiosincrásicas:** Respuesta anormal a un fármaco.

Nota: Al tratarse de **Reacción adversa a medicamentos (RAM)** favor diligenciar el **FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS del INVIMA** en donde se debe indicar el nombre del medicamento sospechoso que produjo la reacción y sus características, además de los otros medicamentos que se recibe el paciente.

FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS

- Reporte ante la más mínima sospecha que el medicamento pueda ser un factor contribuyente según el cuadro clínico del paciente.
- La información contenida en este reporte es información epidemiológica, por lo tanto tiene carácter confidencial y se utilizará únicamente con fines sanitarios. El Ministerio de la Protección Social y el INVIMA son las únicas instituciones competentes para su divulgación. (Ley 9 de 1979)
- Se considera que el reporte se encuentra completo y es útil si contiene la siguiente información: **DATOS DEL PACIENTE, MEDICAMENTOS SOSPECHOSOS Y OTROS, DESCRIPCIÓN DE LA (S) SOSPECHA(S) DE REACCIÓN (ES) ADVERSA (S) E IDENTIFICACIÓN DEL REPORTANTE.**
- Un análisis de este reporte le será entregado.

1. IDENTIFICACION												
FECHA DE NOTIFICACION			INSTITUCION			NIVEL	ORIGEN (Ciudad – Municipio)					
D	M	A										
INICIALES DEL PACIENTE		HISTORIA CLINICA		No. IDENTIFICACION		SEXO		EDAD			FECHA DE NACIMIENTO (Menores de Edad)	
						F	M	D	M	A		
FECHA DE INICIO DE RAMs SOSPECHADA (S)			2. REACCION (ES) ADVERSA (S) A MEDICAMENTOS (RAMs) SOSPECHADA (S)									
D	M	A	(En caso de existir otra(s) sospecha(s) de RAMs, por favor escriba la fecha de inicio para cada una)									
3. MEDICAMENTOS (Marque con una X el o los medicamentos sospechosos en la columna S)												
S	MEDICAMENTOS			DOSIS / FRECUENCIA/VIA DE ADMINISTRACION			INDICACION O MOTIVO DE LA PRESCRIPCION			FECHA INICIO	FECHA FINALIZACION	
4. OTROS DIAGNOSTICOS Y OBSERVACIONES ADICIONALES												
(Por ejemplo: registro sanitario, número de lote, fecha de vencimiento, características físicas del producto, peso del paciente, falla renal, falla hepática, embarazo, otros antecedentes del paciente, respuesta al retiro del medicamento, a la reexposición y cualquier otra información que se considere pertinente)												
5. IDENTIFICACION DEL REPORTANTE												
REPORTANTE			PROFESION			DIRECCION			TELÉFONO O CORREO ELECTRONICO			

Remite _____

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA
Carrera 68D No. 17 – 11/21 Bogota D.C

RECOMENDACIONES PARA EL REPORTE VOLUNTARIO.

1. Reporte sospechas de reacción(es) adversa(s) con:
 - Medicamentos (fármacos y biológicos)
 - Medicamentos con base en productos naturales
 - Medios diagnósticos
 - Productos especiales de nutrición (Suplementos, fórmulas infantiles)
2. Reporte toda sospecha de evento adverso, especialmente los eventos adversos SERIOS donde se sospeche que hay una asociación con el uso del medicamento. Un evento es serio siempre que el médico lo considere y cuando el paciente:
 - Muere.
 - Está o estuvo en riesgo de morir
 - Fue hospitalizado inicialmente o en forma prolongada.
 - Presentó una incapacidad (significativa, persistente o permanente).
 - Se produjo una anomalía congénita o cáncer.
 - Requirió intervención para prevenir lesiones o daños permanentes.
3. Reporte los problemas del producto relacionados con:
 - Calidad e integridad de la presentación.
 - Sospecha de contaminación.
 - Inestabilidad.
 - Defectos en sus componentes.
4. Cómo reportar:
 - Diligencie el formulario en los ítems que pueda
 - Utilice páginas adicionales en blanco si es necesario ampliar información
 - Utilice por cada paciente un formulario
 - Remita el formulario al encargado de farmacia de la institución, a la secretaría de salud o al INVIMA
 - Comuníquese con la línea 2948700 Ext: 3917 en Bogotá o envíelo por fax al 2948700 Ext. 3914
 - Reporte aun cuando usted no esté seguro de que el producto causó el evento
 - No deje de enviar el formulario por carecer de alguna información

❖ Si el evento está relacionado con las transfusiones sanguíneas

• Incidente transfusional:

Corresponde a todos estos eventos que causen alteración del proceso transfusional desde la salida de la sangre del banco hasta la transfusión al paciente, hace relación con los fallos o dificultades que no permiten la finalización adecuada del proceso, generan algún daño económico por la pérdida o mala conservación de los componentes sanguíneos.

- ✓ Envío equivocado del banco de sangre (otro paciente, otro componente)
- ✓ Administración equivocada por parte del profesional (otro paciente)
- ✓ Pérdida de las bolsas de los componentes sanguíneos
- ✓ Mala conservación e los componentes sanguíneos (fuera de nevera)
- ✓ Devolución inoportuna al banco de sangre (más de 4 horas)
- ✓ Solicitud - preparación y ausencia de administración

❖ Reacción transfusional:

Respuesta anormal del paciente, a la administración de sangre o de cualquiera de sus componentes, La mayoría de estas reacciones son mediadas por anticuerpos. Además el anticoagulante y los preservativos, así como los productos acumulados provenientes del metabolismo y destrucción celulares, pueden causar efectos indeseables en el paciente.

Las reacciones transfusionales pueden ser clasificadas de diferentes maneras, por los productos asociados (glóbulos rojos empaquetados GRE, plaquetas, plasma fresco congelado PFC, crioprecipitados)

Marque con una X según la reacción presentada por el paciente y la siguiente caracterización.

❖ **Reacciones hemolíticas**

Es causada por la destrucción de las células rojas en vivo, secundaria a una reacción antígeno- anticuerpo. Es la más peligrosa por su agresividad y por las complicaciones que trae para el paciente.

La ausencia de atención de ésta reacción puede causar shock y la muerte del paciente. Esta reacción se presenta generalmente por error humano, por lo tanto la medida preventiva es llevar un control estricto desde que se recibe la sangre hasta que se administra (datos del paciente, vigilar características de la sangre).

Este tipo de reacción ocurre en minutos (5 -10) de iniciada la transfusión. El síntoma inicial es la fiebre, acompañada de escalofríos. Puede asociarse a dolor torácico, hipotensión, náuseas, oliguria, anuria, dolor de espalda o del sitio de la infusión y hemoglobinuria.

❖ **Reacción inmune no hemolítica o reacción febril.**

Esta reacción consiste en la elevación de la temperatura en 1 grado o más en asociación con una transfusión sin hemólisis: Es posiblemente el efecto más común en una transfusión sanguínea, se presenta en un 10% de los pacientes transfundidos crónicamente con glóbulos rojos y en 20% de las transfusiones de plaquetas.

Usualmente hay fiebre acompañada o no de escalofríos, siendo la mayoría de las veces los únicos síntomas. Algunos pacientes experimentan cefalea, náuseas, vómito y dolor lumbar.

La reacción ocurre casi siempre luego de una o dos horas después de la transfusión y persiste por unas horas. La fiebre puede llegar hasta 40 grados.

❖ **Reacción Alérgica.**

Los signos de una reacción alérgica pueden incluir: rash, disnea e inflamación de los tejidos del cuerpo (angio-edema). Estas reacciones normalmente ocurren cuando el paciente es alérgico a alguna proteína de la sangre del donante. Una reacción alérgica es muy difícil de predecir y generalmente se trata con antihistamínicos, aunque a veces es necesario utilizar corticosteroides o epinefrina.

Una forma más seria de reacción alérgica es una anafiláctica. Este tipo de reacción es semejante a la que puede ocurrir cuando una persona alérgica a las abejas es picada por una de ellas. Esta reacción amenaza la vida y debe tratarse rápidamente con antihistamínicos, corticosteroides y/o epinefrina según concepto del Médico tratante.

❖ **Sobrecarga circulatoria o síntomas de estrés respiratorio agudo.**

Una reacción más seria es la lesión aguda de pulmón por transfusión (LAPT), que ocurre cuando: los anticuerpos del donante activan los glóbulos blancos y otras sustancias del paciente. Este proceso ocurre en los pulmones del paciente y causa daño temporal de los vasos sanguíneos, haciendo que el líquido de los mismos se filtre al tejido pulmonar. Esta acumulación de líquido en los pulmones

hace que el paso e oxigeno de los pulmones a la sangre sea difícil. Esta complicación es tratada rápidamente con corticosteroides y el paciente generalmente requiere ventilación de soporte por 2-4 días. En la mayoría de casos el paciente recupera, pero a veces no responde al tratamiento y puede fallecer. Los síntomas más comunes son: aumento de Presión arterial y Presión Venosa Central, Cianosis, Tos, Espujo hemoptoico e ingurgitación yugular.

HAGA LA DESCRIPCION Y DETALLE LOS HECHOS RELACIONADOS CON EL EVENTO O INCIDENTE MEDICAMENTOSO O TRANSFUSIONAL EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

✓ **Descripción del evento**

Describa en forma completa y detallada el evento adverso que está reportando, si es necesario cite personas, tiempos, lugares, procedimientos y otros.

✓ **Examen Médico:**

Todo evento adverso debe ser valorado por el médico tratante o el médico encargado del servicio de forma inmediata:

- Coloque de forma clara la fecha y hora en que se realizo la evaluación médica.
- Indique con una X la parte del cuerpo afectada:

- Cabeza
- Cara
- Dientes
- Tronco

- Miembros Superiores
- Miembros Inferiores

Anote en el espacio denominado Hallazgos las observaciones realizadas en el examen físico realizado por el médico.

- ✓ **Diagnóstico resultado del Evento o Incidente.** Anote de forma clara el diagnóstico generado por el evento diferente a los diagnósticos de hospitalización del paciente debe ser descrito en este espacio; ejemplo: trauma craneoencefálico, fractura, celulitis, shock, muerte, entre otros. Si el evento no genera ningún diagnóstico diferente escribir “ninguno”.
- ✓ **Acciones de intervención inmediata.** Describa cada una de las actividades a implementar para disminuir, mitigar o dar manejo adecuado y oportuno del evento adverso que reporta, las acciones deben ser generadas por el personal médico y asistencial del servicio en conjunto con el Departamento de Enfermería. Las medidas a implementar debe ser de carácter **preventivo** y no solamente correctivo, deben direccionarse a eliminar el riesgo para todos los pacientes y no solo para quien sufrió el evento.
- Nombre de quien reporta:
- Diligencie de forma clara el nombre, evite colocar firma o abreviaturas. En caso de no ser médico o enfermera, coloque junto al nombre el cargo.
- Frente al nombre, especifique si corresponde a medico o enfermera u otro.
- Coloque firma y sello de quien diligencia.

❖ **Categorización del evento o incidente**

Espacio de uso exclusivo para diligenciamiento por parte de la Oficina de Calidad, ya que corresponde a la calificación y evaluación del evento para el seguimiento correspondiente.

A.	Error que no llega al paciente, se evita
B.	Sin daño al paciente
C.	Requiere tratamiento e intervención médica
D.	Requiere hospitalización prolongada
E.	Daño temporal al paciente
F.	Daño permanente al paciente
G.	Evento cercano a la muerte
H.	Muerte

- ❖ **Recolección y análisis de la información.** Una vez los Formatos de Notificación del evento adverso sean entregados al Departamento de Enfermería con copia a la oficina de Calidad serán organizados en base de datos que facilitaran la elaboración de estadísticas, el análisis de la incidencia y prevalencia de eventos, identificación de las causas reiterativas y la toma de decisiones por las áreas encargadas del análisis de los eventos.

❖ **Cuadro maestro de eventos**

Esta es una herramienta de manejo diario que permite el conocimiento permanente de todos los sucesos en las unidades de cuidados intensivos de la IPS Caprecom Girardot.

Para su mayor interpretación y facilidad en su manejo relacionamos a continuación su contenido y la forma como debe ser elaborada.

- ✓ MES: campo que debe ser de registro obligatorio que permitirá identificar el mes al cual se le está haciendo seguimiento.

- ✓ EVENTO: En esta columna se encuentra la relación de los principales eventos adversos en las unidades de cuidados intensivos de la IPS.

- ✓ COLUMNAS 1 A 31. Esta hace referencia a cada uno de los días del mes en el que se está haciendo seguimiento

PROCEDIMIENTO.

Inicialmente se debe tener una planilla por mes; es decir, esta será elaborada para el servicio diariamente pero alcanza para los 31 días del mes.

Marque la hoja con el mes en curso y en el caso de ocurrencia de un evento, este deberá identificarse en la planilla marcándose con una x en el cruce correspondiente entre el evento y el día de ocurrencia.

CUADRO MAESTRO DE EVENTOS

REGISTRO DIARIO DE EVENTOS ADVERSOS 2011																															
logo																															
MES:																															
EVENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Ulceras de presion																															
Neurotorax por ventilacion mecanica																															
Trombosis venosa profunda sin controles adecuados de pruebas de coagulacion,																															
Broncoaspiracion																															
Avulsiones de piezas dentales durante la Intubacion																															
Extubacion no programada																															
Retiro accidental de dispositivos invasivos (cateteres venosos, cateter central, sonda vesical)																															
Falsos positivos en los resultados de monitorizacion por mala calibracion de los equipos																															
Interacciones medicamentosas																															
Secuelas post- reanimacion																															
Flebitis en sitios de venopuncion																															
Accidentes post-transfusionales																															

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____

El análisis de un incidente, cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizacionales. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (odontólogo, Líder del área, Enfermera auxiliar, etc.).

El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se evidencian las fallas, las cuales son conocidas como factores contributivos.

Es de considerar que existen condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

De igual forma, son de vital importancia los factores contributivos relacionados con el paciente, donde las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores.

La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la calidad de atención

La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesario la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo. Por este motivo, todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. El ambiente físico

(ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos.

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE PROTOCOLOS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
INDIVIDUO	CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y COMPETENCIA SALUD FÍSICA Y MENTAL
EQUIPO de TRABAJO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc)
AMBIENTE	PERSONAL SUFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; PATRÓN DE TURNOS; DISEÑO, DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL; CLIMA LABORAL; AMBIENTE FÍSICO (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS

6.4 INVESTIGACION Y ANALISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)

- Fundamentalmente la responsabilidad reposara sobre cada jefe de servicio quien será quien debe convocar al comité de calidad de la IPS, comité Integrado por: ¹²

¹² Tomado del manual de funciones y competencias. Caprecom 2008. Oficina de calidad-auditoria

- ✓ El gerente o su delegado quien lo presidirá.
- ✓ Subgerencia científica,
- ✓ El responsable del área de Auditoria Medica
- ✓ Llevará a cabo su gestión de acuerdo con los siguientes pasos:
 - Identificación y decisión de investigar: Una vez reportado e identificado un incidente, evento o error, se tomara la decisión de realizar la investigación teniendo en cuenta la gravedad del mismo y las implicaciones que conlleve. La decisión de identificar e investigar un evento representa la no sanción de la ocurrencia, pero si del ocultamiento creando y promoviendo con ello la cultura del reporte de los mismos.
 - Dependiendo de la gravedad e implicaciones del evento será el tamaño del equipo encargado de la investigación y la duración de la misma.
 - Selección del Equipo Investigador: El proceso de investigación lo debe realizar un equipo que además de conocimiento del manejo de eventos adversos cuente con experiencia clínica específica. Idealmente el equipo debe estar conformado mínimo por 3 a 4 integrantes y un líder investigador.
- Perfiles:
 - ✓ Experto en Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos (Eventos Adversos).
 - ✓ Punto de Vista Externo: Personal de área Administrativa sin conocimiento médico específico. Autoridad Administrativa: Director Médico, Líder departamento de Enfermería, Etc.

- ✓ Autoridad Clínica: Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, Especialista Reconocido, entre otros.
 - ✓ Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente con el hecho.
- Obtención y Organización de Información: Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben ser recolectados tan pronto como sea posible. Estos incluyen como mínimo:
 - ✓ Historia Clínica Completa
 - ✓ Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente
 - ✓ Declaraciones y Observaciones Inmediatas
 - ✓ Entrevistas con los Involucrados
 - ✓ Evidencia Física (Planos del Piso, Listas de Turnos, Hojas de Vida de los Equipos Involucrados, entre otros.)
 - ✓ Otros aspectos relevantes como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal.

Las declaraciones y entrevistas recolectadas deben ser con libre interpretación de los hechos por parte de los involucrados, orientados a obtener la información pertinente del caso sin que sean resúmenes de la historia, además se deben tenerse en cuenta aquellos datos y detalles que no se incluyen en las anotaciones de la Historia Clínica, como los equipos defectuosos.

Para la recolección de información en la entrevista se deben seguir los pasos de un protocolo que pretende tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos.

Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente, el entrevistado puede estar acompañado por quien desee
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la misma. Evite el estilo confrontaciones y los juicios de valor. Garantice que lo que diga no va a ser objetos de represarías y va manejarse bajo estricta confidencialidad
Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de los hechos que llevaron al incidente, tal como el entrevistado lo vivió.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no es culpable. Cuando hay protocolo es fácil identificar cuando hay o no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún tipo de variación.
Identifique factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática, mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas la preguntas que tenga, las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos

- Precise la cronología del incidente: Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la Historia Clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió.

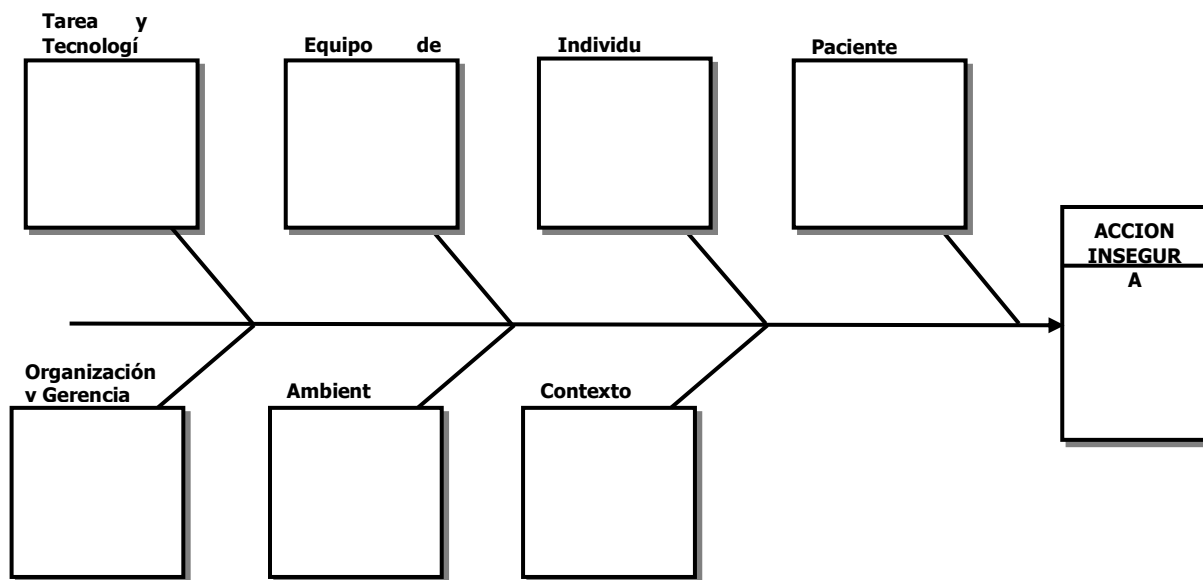
Es útil tener en cuenta alguna de las metodologías para precisar la cronología de los hechos:

- ✓ Narración: Tanto las entrevistas como la Historia Clínica, proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido.
 - ✓ Diagrama: Los movimientos de personas, materiales, documentos e Información pueden representarse mediante un dibujo esquemático, puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que de verdad ocurrió.
- Identifique las acciones inseguras: Durante el proceso de investigación, revisión y análisis documental y de los hechos es válido identificar las acciones inseguras, del mismo modo se debe reunir a todo el equipo involucrado en la ocurrencia del hecho para que entre todos se identifiquen dichas acciones. Es de tener presente que no se debe confundir a los factores contributivos con las acciones seguras, pues pese a hacer parte del mismo proceso y los unos conducen a las otras, las acciones inseguras son de relevancia en la investigación y determinan si la ocurrencia del hecho se dio por omisión o por acción.

- Identifique los factores contributivos: Identifique las condiciones asociadas con cada acción insegura. Si ha identificado gran cantidad de acciones inseguras, selecciones las de mayor importancia, analícelas y determine en cada una de ellas los factores contributivos.

Es posible que cada acción insegura este asociada a varios factores, como por ejemplo la desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y entrenamiento inadecuado (organización y gerencia). En la institución se adoptará el modelo de análisis denominado “Espina de Pescado” o del Dr. Kaoru Ishikawa, con el fin de establecer los factores contributivos que llevan a cada una de las acciones inseguras y posteriormente analizar las Acciones Inseguras o causas puntuales que determinaron la ocurrencia del incidente y con ellas poder definir el plan de mejoramiento.

MODELO DE ESPINA DE PESCADO PARA ESTABLECER LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS DE LAS ACCIONES INSEGURAS




Fuente. Ministerio de la protección social

- **Recomendaciones y plan de acción:** La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:
 - ✓ Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
 - ✓ Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
 - ✓ Asignar un responsable de implementar las acciones.
 - ✓ Definir tiempo para que la implementación se haya ejecutado.
 - ✓ Identificar y asignar los recursos necesarios
 - ✓ Hacer seguimiento a la ejecución del plan
 - ✓ Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
 - ✓ Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción

Las recomendaciones deben ser realistas, comprobables y medibles. Debe tenerse en cuenta la complejidad y los recursos con que cuenta el hospital y los que requieren. Las recomendaciones se deben categorizar de acuerdo al nivel de control del que depende, sea este, individual, grupal, local, equipo, departamento, dirección, organización, autoridad gubernamental y asignación de personas con estatus administrativo y gerencial que garantice su ejecución.

Cuando el proceso conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia del proceso y de la cultura de la seguridad del paciente.

7 ANEXO 1

 <p>CAPRECOM IES GERARDO NUEVO HOSPITAL SAN RAFAEL</p>	FORMATO REPORTE DE EVENTO ADVERSO PUESTOS DE SALUD		
	MACROPROCESO: MISIONAL	PROCESO: CONSULTA EXTERNA	
	VERSION: 002	CODIGO: 5PMPSEA- 001	Pág. 1 de 2

Datos de Identificación:

Fecha y Hora	Historia Clínica N°	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Nombres y Apellidos				
Puesto de		Dx:		

Seleccione el Evento Adverso Trazador de la Calidad

1. Caídas desde su propia altura intra - institucional <input type="checkbox"/>	4. Asalto sexual en la institución <input type="checkbox"/>
2. Retención de cuerpos extraños <input type="checkbox"/>	5. Pérdida de pertenencia de los usuarios <input type="checkbox"/>
3. Entrega equivocada de reporte de laboratorios <input type="checkbox"/>	6. Otros _____ <input type="checkbox"/>

Estado de conciencia antes del Evento:

Normal <input type="checkbox"/>	Escala de Glasgow _____ / #	Otro _____
---------------------------------	-----------------------------	------------

Si el evento es una caída complete lo siguiente:

Silla <input type="checkbox"/>	Baño <input type="checkbox"/>	Acompañante Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Camilla <input type="checkbox"/>	Propia altura <input type="checkbox"/>	Paciente > de 65 años Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Si el evento es de medicación complete la siguiente información:

Nombre del medicamento:	1. Prescripción <input type="checkbox"/>	2. Transcripción <input type="checkbox"/>	3. Despacho <input type="checkbox"/>	4. Preparación <input type="checkbox"/>	5. Administración <input type="checkbox"/>	6. Registro <input type="checkbox"/>	Tipo de error
Indique en el proceso de administración de medicamentos la etapa donde ocurrió el error	Mayor dosis <input type="checkbox"/>	Paciente equivocado <input type="checkbox"/>	Menor dosis <input type="checkbox"/>	Paciente alérgico <input type="checkbox"/>	Omisión de dosis <input type="checkbox"/>	Frecuencia equivocada <input type="checkbox"/>	Medicamento equivocado <input type="checkbox"/>
	Vía equivocada <input type="checkbox"/>	Vía de administración: IV <input type="checkbox"/>					
							M <input type="checkbox"/>
							SC <input type="checkbox"/>
						VO <input type="checkbox"/>	
						INH <input type="checkbox"/>	

Descripción del Evento:


Exámen médico parte del cuerpo afectado: Cabeza Cara Cuello Torax Abdomen M. Superiores M. Inferiores

Hallazgos

Dx resultado del Evento:

Acciones de intervención inmediata

Nombre de quien reporta: _____ **Médico:** **Enfermera:** **Otro:** **Firma y Sello:** _____

 CAPRECOM IES GIRARDOT NUEVO HOSPITAL SAN RAFAEL	FORMATO REPORTE DE EVENTO ADVERSO PUESTOS DE SALUD																		
	MACROPROCESO: ESTRATEGICO		PROCESO: GESTION DE CALIDAD																
	VERSION: 002		CODIGO: 7PEGCP5 - 001 Pág. 2 de 2																
Servicio Consulta Externa																			
<ul style="list-style-type: none"> 7. Efectos post - vacunales 8. Complicaciones post - procedimientos de inserción de dispositivos intrauterinos 9. Inadecuado uso de medicamentos por falta de recomendaciones 10. Error en la formulación de medicamentos 11. Complicaciones post - toma de muestra para citología 12. Agresión física en reacción al dolor 13. Pérdida de la intimidad 14. Aguja partida durante la administración del medicamento intramuscular 15. Edema y eritema sitio de punción 16. Biológico incorrecto 17. Registro incorrecto en carné de vacunas 18. Olvido de tensiómetro insuflado 19. Trauma causado por ruptura de termómetro durante la toma de temperatura 																			
Servicio Odontología																			
<ul style="list-style-type: none"> 20. Complicaciones en niños al realizar exodoncias por falta de recomendaciones 21. Fractura de limas intraradiculares al realizar tratamiento de conductos 22. Comunicación Oro - Antral o perforación de piso de seno maxilar al realizar exodoncias 23. Complicaciones sistémicas por aplicación de anestesia 24. Avulsiones dentarias al realizar detartrajes 																			
Servicio de Toma de Muestra y Laboratorio Clínico																			
<ul style="list-style-type: none"> 25. Complicaciones posteriores a la toma de muestras (flebitis, equimosis, mareo, lipotimia) 26. Pérdida del dcho a la intimidad del paciente 27. Exámenes no solicitados pero realizados por el laboratorio 28. Retraso en la entrega oportuna de resultados 29. Exámenes solicitados pero no realizados por el laboratorio 																			
Categorización del Evento (Espacio a diligenciar por Oficina de Calidad)																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">A. Error que no llega al paciente, se evita (Incidente)</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">E. Daño temporal al paciente</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B. Sin daño al paciente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>F. Daño permanente al paciente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C. Requiere tratamiento e intervención médica</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>G. Evento cercano a la muerte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D. Requiere hospitalización prolongada</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>H. Muerte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				A. Error que no llega al paciente, se evita (Incidente)	<input type="checkbox"/>	E. Daño temporal al paciente	<input type="checkbox"/>	B. Sin daño al paciente	<input type="checkbox"/>	F. Daño permanente al paciente	<input type="checkbox"/>	C. Requiere tratamiento e intervención médica	<input type="checkbox"/>	G. Evento cercano a la muerte	<input type="checkbox"/>	D. Requiere hospitalización prolongada	<input type="checkbox"/>	H. Muerte	<input type="checkbox"/>
A. Error que no llega al paciente, se evita (Incidente)	<input type="checkbox"/>	E. Daño temporal al paciente	<input type="checkbox"/>																
B. Sin daño al paciente	<input type="checkbox"/>	F. Daño permanente al paciente	<input type="checkbox"/>																
C. Requiere tratamiento e intervención médica	<input type="checkbox"/>	G. Evento cercano a la muerte	<input type="checkbox"/>																
D. Requiere hospitalización prolongada	<input type="checkbox"/>	H. Muerte	<input type="checkbox"/>																

	REGISTRO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS	CAPRECOM IPS GIRARDOT NUEVO HOSPITAL SAN RAFAEL Carrera 5 Calle 22 Esq. PBX 8351020 Fax: 8350946
--	---	--

IPS CAPRECOM GIRARDOT NUEVO HOSPITAL SAN RAFAEL

ACCION:	PREVENTIVA	CORRECTIVA
NO. Solicitud:	Reportado por :	Reportado por :
	Fecha:	Fecha:
AREA INVOLUCRADA:		

ORIGEN DE LA ACCION						
	Inconformidad con el servicio		Indicador de gestión	Queja de un cliente	Auditoria de seguimiento	Otro:

DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD

ANALISIS DE CAUSAS
PROCESOS PRIORITARIOS:
RESULTADO DE LA EVALUACION DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO

SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

FECHA D/M/A	RESULTADOS	RESPONSABLE			
La acción preventiva / correctiva fue eficaz: SI			NO		N/A

CIERRE DE LA SOLITUD DE ACCION PREVENTIVA / CORRECTIVA	
RESPONSABLE:	FECHA:

**IPS CAPRECOM GIRARDOT
NUEVO HOSPITAL SAN RAFAEL
REGISTRO DE SEGUIMIENTO**

Nombre:

Área:

Descripción del evento

Fecha del evento:

Calificación del Evento:

Fecha del seguimiento	Proceso al que pertenece el evento	Responsable del Proceso	Oportunidad de mejora identificada	Plan de Acción Preventiva				Plan de Acción Correctiva				
				Fecha Inicio	Fecha final	Reunión De Cierre	Observaciones	Fecha inicio	Fecha final	Reunión Cierre	Observaciones	

FLUJOGRAMA

