

**CARACTERIZACION DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES
ATENDIDOS EN UNA CLINICA PRIVADA DE CUARTO NIVEL
EN LA CIUDAD DE CALI 2012**

GERSON EDUARDO RAMIREZ MORENO



**FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2014**

**CARACTERIZACION DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES
ATENDIDOS EN UNA CLINICA PRIVADA DE CUARTO NIVEL
EN LA CIUDAD DE CALI 2012**

GERSON EDUARDO RAMIREZ MORENO

Proyecto de investigación para optar al título de Magister en Administración
de Salud

Director
ASTOLFO LEÓN FRANCO HERRERA
M.D. Cirujano

**FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2014**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por bendecirme con los conocimientos adquiridos y continuar por el sendero de la sabiduría.

A Alejandro Ospina por su determinación, confianza y su constante forma de animarme.

A mi Madre que siempre me animo a construir un futuro con el conocimiento.

A todos mis profesores por sus enseñanzas depositando en mí su confianza y conocimientos.

CONTENIDO

RESUMEN.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2. ESTADO DEL ARTE	15
3. MARCO TEÓRICO	20
4. OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVO GENERAL	27
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
5. METODOLOGÍA.....	28
5.1 TIPO Y ÁREA DE ESTUDIO	28
5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	28
5.2.1 Criterios de Inclusión	28
5.2.2 Criterio de exclusión	29
5.2.3 Variables.....	29
5.3 INSTRUMENTOS.....	35
5.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	38
5.5 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	39
5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	39
6. RESULTADOS	40
6.1. DISTRIBUCIÓN DE LOS SUCESOS CLÍNICOS (EA, INCIDENTES Y COMPLICACIONES) SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE TIEMPO, LUGAR Y PERSONA.	40
6.2. DISTRIBUCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE PERSONA, LUGAR Y TIEMPO.	46
6.3. FACTORES CONTRIBUTIVOS RELACIONADOS CON LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN PROTOCOLO DE LONDRES (PACIENTE, TAREA Y TECNOLOGIA, INDIVIDUO, EQUIPO DE TRABAJO, AMBIENTE, ORGNIZACION Y GERENCIA).....	58
6.4. DISTRIBUCIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE PERSONA, LUGAR Y TIEMPO.	78
6.5 DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE PERSONA, LUGAR Y TIEMPO.....	89
7. DISCUSIÓN.....	100
8. CONCLUSIONES	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109

ANEXOS	116
---------------------	------------

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los sucesos clínicos según la clasificación, gravedad y prevención	40
Tabla 2. Características generales de los sucesos clínicos	41
Tabla 3. Distribución de los sucesos clínicos según mes y lesión	43
Tabla 4. Tipo de suceso clínico reportado	44
Tabla 5. Servicios de reporte y ocurrencia	45
Tabla 6. Características generales de los eventos adversos	47
Tabla 7. Distribución de eventos adversos según mes, lesión, gravedad y prevención	49
Tabla 8. Tipo de evento adverso reportado.....	50
Tabla 9. Servicio de reporte y ocurrencia.....	51
Tabla 10. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según edad y género	52
Tabla 11. Horas de tratamiento de los eventos adversos.....	53
Tabla 12. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según mes y género	54
Tabla 13. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según régimen y género	55
Tabla 14. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según entidad promotora de salud y género.	57
Tabla 15. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según tipo de prestación y género	57
Tabla 16. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con el paciente.	59
Tabla 17. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con tarea y tecnología.	60
Tabla 18. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con el individuo (personal de salud).....	61
Tabla 19. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con el equipo de trabajo.....	61
Tabla 20. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con el ambiente.	62
Tabla 21. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con la organización y gerencia.....	63
Tabla 22. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con el contexto institucional.	63

Tabla 23. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de extravasaciones.....	64
Tabla 24. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de úlceras por presión.....	66
Tabla 25. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de caídas del paciente.....	67
Tabla 26. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de flebitis química	69
Tabla 27. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de infección del sitio operatorio superficial	71
Tabla 28. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de bacterémias.	72
Tabla 29. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de infecciones respiratorias.....	74
Tabla 30. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de retiro de dispositivos invasivos.	77
Tabla 31. Características generales de la población con incidente	79
Tabla 32. Características generales de la distribución de incidentes.	80
Tabla 33. Prevalencia del tipo de incidente reportado.....	82
Tabla 34. Características del servicio	83
Tabla 35. Frecuencia (x 1000 atenciones) de incidentes según edad y género	84
Tabla 36. Frecuencia (x 1000 atenciones) de incidentes según mes y género.	86
Tabla 37. Frecuencia (x 1000 atenciones) de incidentes según régimen y género .	87
Tabla 38. Frecuencia (x 1000 atenciones) de incidentes según Entidad Promotora de Salud y género.....	88
Tabla 39. Frecuencia (x 1000 atenciones) de incidentes según tipo de prestación y género.	88
Tabla 40. Características generales de la población con complicaciones.	90
Tabla 41. Características generales de la distribución de complicaciones.	91
Tabla 42. Prevalencia del tipo de complicación reportada.	92
Tabla 43. Características del servicio.	93
Tabla 44. Frecuencia (x 1000 atenciones) de complicaciones según edad y género.	94
Tabla 45. Frecuencia (x 1000 atenciones) de complicaciones según mes y género.	96
Tabla 46. Frecuencia (x1000 atenciones) de complicaciones según régimen y género.	97
Tabla 47. Frecuencia (x 1000 atenciones) de complicaciones según Entidad Promotora de Salud y género.	98
Tabla 48. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según tipo de prestación y género	98

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE REPORTE DE SUCESOS	117
ANEXO 2. INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE REPORTE DE SUCESOS	118
ANEXO 3. FORMATO DE ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS	123
ANEXO 4. INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS.....	125

RESUMEN

El progresivo aumento de la actividad medico asistencial, junto al creciente aumento de la complejidad y de la especialización de los procesos y técnicas asistenciales, ha requerido un mayor avance en las exigencias de la calidad, eficacia y eficiencia de la atención de salud. Anteriormente la práctica de la atención de salud solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en nuestra era se ha transformado en complejo, muy efectivo y potencialmente peligroso¹.

A raíz de varios estudios, ha surgido una serie de conceptos encaminados al entendimiento y comprensión del problema en relación con Eventos Adversos (EA), al igual que su clasificación y vínculo con el error humano. Esto ha llevado a que los sistemas de salud de diferentes países en el mundo entero estén tratando de fortalecer la práctica médica para hacerla más segura con lo cual se minimice la probabilidad de error al mismo tiempo que se busca beneficiar al paciente².

Un indicador importante de la seguridad del paciente es la incidencia de los EA durante los procedimientos de atención en salud. Estos pueden ser causados por múltiples procesos y tecnologías, planteándose como un problema para los servicios de salud, no sólo por los costos directos que generan (hospitalización y tratamiento), sino también por los costos indirectos (incapacidad y muerte prematura), que ocasionan un deterioro de la calidad y del estilo de vida de los pacientes (sin contar los años de vida potencialmente perdidos), haciendo que utilicen sus recursos en dar solución al problema.

En esta incidencia de EA se puede identificar una serie de factores que pueden contribuir a que se produzcan los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Pueden señalarse como ejemplos los factores relacionados con características individuales de los profesionales, la formación, las formas de comunicación, la organización, el entorno de trabajo, los equipos y dispositivos que se utilizan, los procedimientos o incluso factores externos como las políticas legislativas³, la rutina del servicio, su cultura, el planteamiento de la gestión de la calidad y de la prevención de riesgos, así como la capacidad de sus miembros de aprender de los errores.

Posterior a la Identificación estos factores se pueden hacer intervenciones encaminadas a la reducción de los EA y en si mejorar los procesos de los servicios de salud, reduciendo costos innecesarios, previniendo futuras demandas, estableciendo sistema de acceso a información de calidad, estandarizando el uso de tecnologías y dando mejor calidad de atención para obtener una fidelizando a los usuarios a las instituciones de salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se asume que el trabajador de la salud brinda la atención con ética y responsabilidad, nunca con la intención de producir daño. Hasta hace pocos años, se creía que el tema de seguridad del paciente era algo implícito en el proceso de atención. Desde los escritos de Hipócrates, el ejercicio de la Medicina se ha soportado en la premisa de “primero no hacer daño”⁴, desde entonces el daño a los pacientes no ha sido un tema ajeno a la literatura médica. Esta conjetura no tenía en cuenta que los sistemas de atención en salud son de los procesos más complejos a que se enfrenta el ser humano y que, por lo tanto, las probabilidades de que algo saliera mal no eran insignificantes.

Moser en 1956, llamó a algunos malos resultados reportados en los pacientes como “las enfermedades del progreso médico”⁵. Leape, pionero en la investigación científica de los errores causados al atender pacientes, en 1994, llamó la atención sobre todo lo que el personal de salud puede aprender a través del análisis de los errores. En el 2000, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos presentó a la opinión pública el reporte «Errar es Humano» con una proyección numérica impresionante. Según este informe, entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año en ese país debido a errores en los procesos de atención⁶.

Aunque este informe fue controversial, a partir de su publicación se ha generado un movimiento creciente en pro de mejorar la seguridad del paciente al interior de los sistemas de salud de distintos países. Posteriormente, España lideró la propuesta del Proyecto IDEA: Identificación de Efectos Adversos”⁴ en el 2004 mostrando una incidencia de efectos adversos del 4.2% en servicios quirúrgicos, médicos, y médico-quirúrgicos de 8 hospitales de cinco comunidades autónomas diferentes. Posteriormente, en el 2005 se desarrolló el “Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS”⁷ que estimó la incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria en un 8,4%, presentando un aumento significativo con respecto al anterior. En el 2008 se presentó el estudio “Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica IBEAS”⁸ determinando una incidencia global de pacientes con algún Evento Adverso del 19,8%.

La Organización Mundial de la Salud, define a este tipo de situaciones como “un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño

innecesario a un paciente”¹⁰, pueden tener su origen en actos intencionados o involuntarios; mientras que el Ministerio de la Protección Social lo define como “el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño”^{7,8}. El resultado para el paciente son las repercusiones total o parcialmente atribuibles al Evento Adverso.

Cuando se ha producido alguna lesión, el grado del daño es la gravedad, la duración y las consecuencias terapéuticas del daño derivado de este, clasificándolo como sin lesión (No se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.), Leve (los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima), Moderado (exige intervenir o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración), Grave (exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración) y Muerte (sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo)⁸.

Con este tipo de clasificación se puede evidenciar las complicaciones generadas por este tipo de sucesos clínicos, por ejemplo, las Ulceras por presión pueden prolongar la estancia hospitalaria¹¹, debido al tratamiento médico y quirúrgico que ellas generan. En cuanto a las flebitis, las complicaciones más graves que se refieren en la literatura son la tromboflebitis purulenta, la sepsis y la formación de trombosis, que conducen a una mayor duración de la hospitalización, necesidad de antibióticos e intervención quirúrgica posible¹², lo cual genera altas tasas de morbilidad y mortalidad que en muchos casos es subestimada.

Por su parte, las caídas, tienen efectos sobre el bienestar y la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores principales¹³, el uso progresivamente creciente de medicamentos propicia la aparición de efectos secundarios; unas veces conocidos, en fármacos con un perfil de seguridad estrecho; pero otras veces desconocidos que aparecen, únicamente, tras su uso generalizado. Se describen daños como consecuencia de la interacción de diferentes medicinas o por su utilización en enfermos con algún compromiso funcional¹. La seguridad de los medicamentos se convierte, así, en un aspecto primordial de su utilización.

La conclusión de estos estudios proponen realizar intervenciones con el propósito de producir beneficio a los pacientes, sin causar daño; pero dejando la posibilidad de aparición. Por ello, las instituciones de salud realizan esfuerzos organizados para conocer la caracterización de sus EA, por identificar las causas y en consecuencia, por desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas, mejorando la calidad de la

atención en la prestación servicios de salud a los usuarios (individuales y colectivos), de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficio, riesgo y costos, con el propósito de lograr la satisfacción y posicionamiento ante de dichos usuarios.

Ahora se conoce que la constante evolución de los sistemas de salud, la aparición de nuevas enfermedades, la innovación en tratamientos y los avances tecnológicos han permitido en la medicina realizar cada vez más diagnósticos y tratamientos efectivos. Por ende, las Instituciones de salud se hacen más complejas, púes intervienen una serie de factores como el número creciente de profesionales; adquieren mayor relevancia los pacientes con patología múltiple; el conocimiento avanza de forma exponencial custodiado en cada especialidad, muchas veces de forma fragmentada, y los enfermos son atendidos por diferentes especialistas en búsqueda de una mayor efectividad.

En la prestación de servicios para ser competitivos en el mercado se debe estar al nivel nacional e internacional tanto en recurso humano como tecnológico, por eso en una Clínica privada de IV nivel de complejidad especializada en las enfermedades del cerebro corazón y arterias, cuenta con las diversas áreas de atención necesarias: El área de angiografía tiene el equipo para cateterismo cardiaco, cerebral y periférico más avanzado, para ver las arterias en tres dimensiones y en todos los ángulos posibles, una sala hibrida que permite realizar intervenciones quirúrgicas y angiografías simultaneas, seis camas para la atención de 300 pacientes mes.

Para el servicio cirugía cardiovascular está en capacidad de realizar y brindar los cuidados en cirugía coronaria con injertos arteriales, cirugías de enfermedades congénitas del adulto, reparación de válvulas tricúspide, pulmonar, aortica y mitral, cirugía de aneurismas aórticos, disección de tumores intracardiacos, trasplantes renales y cardiacos, cirugía venosa, derivaciones arteriales en miembros inferiores y superiores, abdomen y tórax, cuenta con dos quirófanos para la atención de 100 pacientes mes. Cuenta con unidad de cuidados intermedios e intensivos del adulto, con diez camas de intensivo para la atención de 120 pacientes mes y 8 de intermedio para atender 80 pacientes mes. En el servicio de Hospitalización se brinda manejo integral de la enfermedad neuro cardio vascular para que luego de los respectivos tratamientos y cuidados especiales, cuenta con 22 camas para la atención de 150 pacientes mes.

Atención de urgencias las 24 horas para atender de forma inmediata las emergencias relacionadas con las patologías de esta especialidad, cuenta con seis cubículos para la atención de 210 pacientes mes. Se cuenta con toda la estructura de soporte para el diagnóstico especializado, entre otros resonancia magnética nuclear 1.5 y 3 teslas, cardiología no invasiva y el

tomógrafo multicorte 64 con doble tubo de rayos x, densitometría ósea, endoscopias, ecografías, mamografía, doppler, rayos x para la atención de 5000 pacientes mes.

Cuando se habla de este tipo de avances en los sistemas de salud, se debe realizar un ajuste del esfuerzo para conseguir la máxima calidad posible, constituyendo un componente esencial de la gestión de cada organización, que permita estandarizar, monitorizar y evaluar los procesos que a su vez habrán de propiciar el mejoramiento continuo y una práctica clínica segura, exigiendo identificar procedimientos diagnósticos y terapéuticos más seguros y efectivos; asegura que se aplican a quien los necesita y los realiza correctamente y sin errores⁹.

La conjunción de todos estos procesos de atención en salud hace necesario que se consideren sistemas de alto riesgo que favorecen el incremento de los riesgos asociados a la atención y por lo tanto, se involucren en su diseño numerosas barreras de seguridad que prevengan los fallos involuntarios que puedan presentarse durante el cuidado de un paciente. Se sabe que estos eventos generan grandes impactos en la salud poniendo en peligro la calidad de la atención, además de ser una causa importante y evitable de sufrimiento humano y de imponer un elevado tributo en pérdidas financieras y en costos de oportunidad para los servicios de salud¹⁴.

Aun cuando no se trata de un fenómeno nuevo, las evidencias científicas han obligado a los investigadores en salud a tomar decisiones y a coordinar con los salubristas y administradores a establecer políticas relacionadas con la identificación, prevención, medición y evaluación de lo que comúnmente se ha conocido como errores de la práctica médica, que requieren terminología y lenguaje claro para ser analizados e intervenidos¹⁵. Estos conceptos a utilizar en Seguridad del Paciente deben estar destinados a facilitar la detección y recolección de la información, además de permitir su clasificación, interpretación de resultados y seguimiento de las intervenciones realizadas.

2. ESTADO DEL ARTE

Toda atención en salud consiste en tratar de alcanzar la curación o atenuar los padecimientos y problemas de salud del paciente, llevando un riesgo de aparición de EA que podrían ocasionar lesiones, discapacidades e incluso la muerte. La Organización Mundial de la Salud en su informe “reduciendo el riesgo, promocionando vida sana” del 2002 establece que “Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran EA y efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia”¹⁶.

En la inter relación de estos factores intervienen gran número de bienes y servicios desde administración, hotelería y material médico hasta los cuidados de los diferentes profesionales de la salud. La integración de todos estos elementos en las instituciones de salud permite ofrecer una atención de la mayor calidad posible, en la que el paciente que busca un tratamiento médico tiene la garantía de un procedimiento correcto y seguro en aras del resultado deseado.

Sin embargo, dentro de este proceso de atención, los Servicios que se ofertan, la gravedad del estado de salud, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, y la cantidad y complejidad de la información recibida¹⁷, pueden generar riesgos que aumentan la probabilidad de ocurrencia de un daño colateral al paciente. Los EA traen como consecuencia aumento en la estancia médica hospitalaria, mayor riesgo en la vida de los pacientes, inclusive hasta la muerte, además genera en algunas ocasiones invalidez que pueden ser permanentes y un mayor costo en la atención¹⁴. En la literatura publicada en referencia a la Seguridad del Paciente muestra un problema de tal magnitud que ha llevado a algunos autores a considerarlo como la nueva epidemia del nuevo siglo y desafía a todas las instituciones de salud a trabajar en pro de la seguridad de la atención.

El interés por los riesgos de la atención de salud, aun siendo materia de plena actualidad, no resulta novedoso. En 1955 Barr¹⁸ vio la influencia de los avances tecnológicos de los métodos de tratamiento y diagnóstico y los efectos terapéuticos de estos medicamentos; en 1956 Moser⁵ denominó a “las enfermedades del progreso médico”. En 1964 Schimmel¹⁹ 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. En 1981 Steel et al²⁰ 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.

Posteriormente, el Harvard Medical practice study (HMPS)²¹ de 1981, estimó una incidencia de EA de 3,7%. Entre 1989 y 1990 Andrews et al²², obtuvieron que el 45,8% de los pacientes presentaron EA. En 1992, utilizando métodos similares a los del HMPS, Thomas et al²³ encontró una incidencia anual de sucesos adversos del 2,9% en las 15.000 historias revisadas. En Francia en 1993 Giraud et al²⁴, detectó en cinco meses, 316 EA que afectaron al 31 % de los pacientes ingresados.

En 1995 Donchin et al²⁵ detectaron un total de 554 errores humanos que fueron reportados por el personal médico. Hubo un promedio de 178 actividades por paciente por día y un número estimado de 1,7 errores por paciente por día. En el mismo año el "Quality in Australian health care study (QAHCS)"²⁶, encontró una tasa de EA del 16,6%, siendo un 51% de ellos prevenibles. Los sucesos altamente evitables se asociaron a los de mayor discapacidad.

Davis et al²⁷ en 1995 obtuvo una proporción de hospitalizaciones asociadas a un EA fue del 12,9% (tasa de incidencia, 11,2%). En 1998 en los Estados Unidos inicio un proyecto denominado "the quality of health care delivered to adults in the United States"²⁸ del Institute of Medicine (IOM), dentro de este amplio proyecto se inscribe en una fase inicial el informe: "to err is Human: building a safer health system"²⁹, que examina los errores médicos y es una llamada a la acción para hacer los cuidados de salud más seguros para los pacientes.

En estudios realizados en junio de 1999 a Julio de 2000 en Estados Unidos³⁰, tuvo un hallazgo de 454.383 EA relacionados con dispositivos médicos. Vincent et al¹⁵ entre 1.999 y 2.000 en Londres, obtuvo una incidencia de EA del 10,8% en 1014 pacientes hospitalizados.

En el año 2000 en EE UU se encontró por medio de varios métodos de reporte, que de 7.059 eventos, 552 estaban relacionados con riesgos asociados a dispositivos médicos³¹. En este mismo año Baker et al³² en Canadá obtuvo unas tasas de EA de 7,5% siendo el servicio de cirugía el responsable de producir la mayoría.

Vermont entre 2.000 y 2.001 sobre 4.743 pacientes que fueron seguidos de una manera prospectiva, halló un 31,5% de EA (48,6% prevenibles). Las tasas de EA fueron de 4 a 6 veces más altas que las del estudio de

Harvard³³. Con posterioridad, en el año 2001, en EEUU la Society of critical care Medicine en colaboración con australian patient Safety Foundation y la Agency for health care research and Quality desarrolló otro sistema de notificación, el "ICU Incident Safety reporting system (ICUSRS)"³⁴, a través de un formato web. Inspirado metodológicamente en el sistema australiano, incluyó a 23 Unidades de Cuidado Intensivo de pacientes adultos y pediátricos. En el año 2006, se publicaron los resultados obtenidos del análisis de 24 meses de notificación. Se comunicaron 2.075 sucesos, de los cuales el 42 % produjo un daño y el 0,8 % contribuyó a la muerte del paciente.

Todos los años por el sistema de reporte e información de la national health service del Reino Unido, se identifica que alrededor de 400 personas mueren o sufren lesiones serias con la incidencia de EA³⁵. En el 2003 Beckmann³⁶ encontró EA en el 48 %. Los más frecuentes se relacionaron con la infección nosocomial, bronco aspiración, lesiones neurológicas, paro respiratorio y los retrasos en el diagnóstico o en el tratamiento. El potencial de daño se estimó en un mínimo en 49% y significativa en el 51%, el 84% de los incidentes se consideraron evitables.

En España, el "Proyecto IDEA: Identificación de Efectos Adversos"⁴ en el 2004, muestra una incidencia de un 4,2%; El Evento Adverso más frecuente, considerando el total de episodios atendidos fue la bacteremia, seguido de las hemorragias, las neumonías y las infecciones urinarias. Posteriormente en el 2005, el "Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS"⁷ estimó la incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria en un 8,4%.

En la Sociedad Europea de Intensivos³⁷ en el año 2006, se realizó un estudio para conocer la prevalencia de los EA observando 38,8 por 100 días paciente. En el mismo año en Colombia en el estudio "Incidencia y Evitabilidad de EA en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias"³⁸ donde fueron evaluados 6.688 sujetos durante el periodo de vigilancia. Se detectaron 505 pacientes con eventos de tamización positivos (7,9%). De estos se consideró evitable el evento adverso en 189 sujetos (61%). Ocurrió discapacidad permanente en 1,3 %. En estudios realizados de "Costos directos y aspectos clínicos de las reacciones adversas a medicamentos en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una institución de tercer nivel en Bogotá"³⁹ en el 2006, se detectaron 268 reacciones adversas en 208 de los 836 pacientes que ingresaron en el servicio (proporción de incidencia, 25,1%; razón de presencia, 0,32). El 74,3% se clasificó como probable; el 92,5% fue tipo A; el 81,3% correspondió a reacciones moderadas. El sistema más frecuentemente afectado fue el hematológico (33,9%). Los medicamentos que actúan en sangre fueron los más frecuentemente relacionados (37,6%).

En el estudio Nacional Francés del 2007⁴⁰, se encontró una incidencia de 6,6 EA por cada 1000 estancias, siendo el 35% de ellos evitables. En Chile en el 2008 mostro la Tasa de Incidencia de pacientes con EA correspondiente a un 6,3%⁴¹. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con la Global harmonization task force (GHTF), reportaron que entre un 50% y 70% de los incidentes con dispositivos médicos, están relacionados con errores en el ensamble, supresión de alarmas, conexiones erradas, uso clínico incorrecto, incorrecta selección de parámetros de uso, programación incorrecta y falla en el monitoreo⁴².

En el estudio “Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica IBEAS”⁸ realizado en el 2008 muestra la incidencia global de pacientes con algún Evento Adverso fue de un 19,8%. Las variables que explican que un paciente sufra un EA durante la hospitalización el servicio quirúrgico y Unidad de Cuidados Intensivos, si ha ingresado de forma urgente, el tiempo total de hospitalización y si ha sido expuesto a factores de riesgo extrínseco (vías de entrada) o presenta algún tipo de comorbilidad. Los EA detectados estaban relacionados con los cuidados en un 16,24%, con el uso de la medicación en un 9,87%, con la infección nosocomial en un 35,99%, con algún procedimiento en un 26,75% y con el diagnóstico en un 5,10%. Los 5 EA más frecuentes fueron las úlceras por presión (8,92%), las infecciones de herida quirúrgica (7,96%), las neumonías nosocomiales (6,37%), sepsis o bacteremia (6,37%) y las flebitis (5,73%). Un 65% de los EA se consideraron evitables.

En el estudio “Incidencia de EA en una unidad de cuidado Intensivo adulto”⁴³ realizado en el primer semestre del 2008 en Colombia reporto una incidencia de EA del 9.5%. Los eventos reportados en su mayoría se clasificaron en Úlceras por presión (33.3%), retiros de sondas oroyeyunal o nasoyeyunal (14.2%), decanulaciones (9.5%), auto extubaciones (9.5%), retiros de catéteres venosos centrales (9.5%), retiros de sondas vesicales (9.5%), retiro de línea arterial (4.7%), error en el proceso de transfusión sanguínea (4.7%). De los EA reportados el 100% eran prevenibles de los cuales el 57% ocurrieron en las horas de la noche (12 EA) y el 43% en la jornada del día (9 EA). En un estudio “Incidencia de EA asociados a dispositivos médicos en una institución de salud en Colombia”⁴⁴ realizado en un periodo de Enero a Junio del 2010, se reportaron 274 EA, 101 por el servicio de Cirugía.

Estos estudios han demostrado las pérdidas cuantiosas en los sistemas de salud mundiales, en el Reino Unido, las estancias hospitalarias que provocan cuestan cerca de £2000 millones al año, y el pago de indemnizaciones cuesta al Servicio Nacional de Salud en torno a los £400 millones al año. El costo nacional total de los eventos médicos adversos evitables en los Estados Unidos de América, incluidos el lucro cesante, la discapacidad y los

actos médicos, se estima entre US\$ 17 y 29 billones al año. Sin mencionar la erosión de la confianza, de la seguridad y de la satisfacción del usuario y de los proveedores de atención²¹.

En Colombia, la mayor cantidad de procesos que existen por responsabilidad médica y responsabilidad por salud son de tipo penal, ético o disciplinario, es decir, más del 60 por ciento de los procesos son de tipo sancionatorio. En general, el médico especialista, sobre todo en áreas quirúrgicas, es el de mayor incidencia en los EA, sin que esto signifique que en las demás especialidades no se presenten, pues el riesgo es latente en todos los procesos. Un Evento Adverso puede acabar no solo con la rentabilidad, sino hasta de pronto con la permanencia misma en el mercado de una institución prestadora del servicio de salud. (45). Estudios realizados demuestran el costo anual generado por la atención de EA fluctúa entre \$224'720.212 y \$293'172.974²¹.

Es así como aun encontramos que todavía existen numerosas brechas del conocimiento que deben ser cerradas a través de estudios de investigación que demuestren con mayor certeza las prácticas que tienen un alto nivel de evidencia, para poder tener expectativas claras sobre su impacto en la gestión de riesgos clínicos.

3. MARCO TEÓRICO

Toda atención en Salud y la socio sanitaria conlleva riesgos ligados a la misma. En este sentido, la Seguridad del Paciente se define como el conjunto de actuaciones orientadas a evitar, prevenir o minimizar el daño producido al paciente como resultado de los cuidados de salud prestados. Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida. Cuando ese evento o circunstancia produce daño al paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte), decimos que se ha producido un Evento Adverso⁴⁶.

Una de las definiciones más claras y concluyentes de un Evento Adverso lo considera como cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente^{15, 47, 48, 49,50}. Otros significados para este término podrían ser “una lesión causada por la gerencia del cuidado médico incluyendo actos de omisión es decir de diagnosticar o de tratar, y los actos del diagnóstico o tratamiento incorrecto”^{21, 27,32}.

Dentro de estas definiciones de Evento Adverso, se relaciona con frecuencia la no intencionalidad, la discapacidad y la relación causal de la lesión con la atención; por lo tanto, cualquier signo no intencionado, desfavorable, temporal o permanente relacionado con cualquier procedimiento en el ambiente hospitalario es un EA⁵¹. Al revisar la literatura mundial sobre EA, se identifican varias equivalencias, siempre orientadas a definiciones similares. Otras definiciones se exponen en investigaciones como *errar es humano* que define el EA como una lesión que resulta de una intervención médica, es decir no es debida a la condición subyacente del paciente⁶. El sistema de salud de Reino Unido lo considera como toda lesión imprevista causada por el manejo médico, en lugar del proceso de la enfermedad^{7, 15} y para los australianos lo definen como daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí^{21, 52}.

Los estudios sobre EA realizados en Nueva Zelanda refieren que estos son ocasionados por no proporcionar seguridad al paciente y por la inadecuada calidad del cuidado en los hospitales y lo definen como una lesión involuntaria que da como resultado inhabilidad y que son causados por el

manejo de la atención médico hospitalaria, más que por el proceso subyacente de la enfermedad²⁷. La literatura española lo define como una lesión no intencionada que se relaciona con el proceso asistencial, que involucra manejo médico, (procedimientos diagnósticos y terapéuticos), más que el estado patológico del paciente⁵³.

Así fue que, un Evento Reportable fue originalmente definido como: “el daño causado por el proceso asistencial, más que por la enfermedad de base que prolonga la hospitalización, produce discapacidad al momento de la salida o ambos^{21, 27, 54}; posteriormente, en términos de calidad de la práctica clínica, calidad del manejo operacional, o calidad en la prestación del servicio, denominan solo evento reportable a las situaciones que terminan en daño no intencional al paciente y que son descubiertas después de que ingresa éste a la institución y que puede ocurrir por causa o con ocasión del servicio, y dependiendo del factor o la asociación causal^{55, 56}.

Según esta determinación un evento adverso se podría describir como prevenible, (asociado a los procesos de atención) siendo un resultado no deseado, causando de forma no intencional y que se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado^{50, 57, 58}, y no prevenible, (asociado a los factores intrínsecos) y causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento^{21, 27, 55}.

Según esta clasificación la severidad de un evento lo considera como severos y no severos. Se considera que un evento reportable severo es aquel que produce la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses⁵⁷; Un evento adverso puede tener varios grados de intensidad o de severidad la lesión o daño puede estar relacionada a la discapacidad con el tiempo, y estos son EA Grave: aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta médico hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica. EA Moderado: aquel que ocasiona prolongación de la estancia médico hospitalaria al menos de 1 día de duración. EA Leve: aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia médico hospitalaria^{7, 8}.

Este Evento Adverso grave según la joint commission on accreditation of health organization un evento centinela puede definirse como un “Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro”^{59, 60, 61}.

Existen, además otra serie de términos que en la actualidad hacen parte del tema de seguridad de paciente y hacen referencia a sucesos que no causan lesión ni daño, pero que sí pueden facilitarlos. Teniendo en cuenta el riesgo

enfocado hacia el error humano, se considera el error como la falta de realización de una acción prevista de acuerdo a lo planeado y que los errores dependen de dos tipos de falta Errores durante la ejecución o acción y errores durante la planeación. También se define el error como el uso de un plan incorrecto para alcanzar un objetivo y afirman que no todos los errores producen daño²⁷.

Además, en importantes investigaciones en Estados Unidos definen esto como errores que dan lugar a lesión⁶, el sistema de salud de Reino Unido considera que al prestar la atención de acuerdo a las normas estandarizadas en el cuidado hospitalario el evento adverso puede ser prevenible^{7, 15}.

Otra serie de conceptos se basan en que a veces se producen incidentes, es decir, se presentan errores que pudieron haber resultado en daño que se identificaron antes de que sucedieran. La literatura anglosajona denomina a éstos close-call. A aquellos que se producen pero que no causan daño al paciente se les denomina near miss²⁷. Otra definición lo enuncia como Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias; suceso peligroso que no ha producido daños personales pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles accidentes o efecto adverso propiamente dicho⁷.

Estos sistemas de clasificación a nivel mundial y local permiten realizar una diferenciación entre cada suceso clínico, permitiendo definirlo como riesgo (I1) Situaciones o circunstancias que se podrían transformar en un error, Incidente leve (I2) Error que no alcanzo al paciente, Incidente moderado (I3) Error que alcanzo al paciente pero no le causó daño e Incidente grave (I4) Error que alcanzo al paciente y que requirió la supervisión o confirmación de que no causo daño), Eventos Adversos leve (EA1) Daño temporal leve y no requirió intervención, Evento adverso moderado (EA2) Daño temporal y requiere intervención y Evento adverso severo (EA3) Daño temporal y requiere intervención (Inicio o Prolongación de la Estancia Clínica)) y Evento Centinela (Daño permanente al paciente (EC1), Requiere alguna intervención para sostener la vida (EC2) y Muerte del paciente (EC3)).

Estos conceptos dan claridad en que los sistemas médicos asistenciales son cada vez más complejos y conforman un entorno que puede generar riesgos derivados de la atención en salud más que por la enfermedad. Rodear al paciente de una atención con adecuados procesos que le protejan de tales riesgos y por lo tanto establecer una atención más segura es una de las prioridades del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

El conocimiento de los EA y de los factores que contribuyen a su aparición, junto con la aplicación del mejor conocimiento disponible sobre la seguridad y el cambio de la cultura, son el fundamento de la seguridad del paciente. Las mejores instituciones de salud no son las que carecen de problemas, son las que los detectan y hacen algo para solucionarlos y están dispuestas a evaluar su práctica, porque están preocupadas por la mejora continua.

En este contexto, ha habido algunas iniciativas nacionales tendientes a garantizar que la seguridad del paciente, sea uno de los pilares fundamentales de las políticas de salud, requiriendo que las instituciones conozcan la magnitud, naturaleza e impacto de los daños relacionados con los EA, a su vez se analicen los factores predisponentes y contribuyentes de los EA y con esta caracterización se planifiquen estrategias de monitorización y vigilancia con el fin de orientar las políticas y priorizar las actividades dirigidas a su prevención como parte importante en el proceso de aprendizaje institucional.

En nuestro país las experiencias iniciales de calidad comenzaron en los 80, fueron las experiencias de las oficinas de evaluación de calidad del Instituto del Seguro Social - ISS. El Decreto 2174 de 1994 crea un sistema de calidad, de forma muy estructuralista basándose en la aplicación de listas extensas de chequeo. En 1995, se publicó el primer manual de acreditación de Colombia, en ese momento, los temas de calidad estaban circunscritos a algunas organizaciones o a algunos individuos que estaban particularmente interesados, pero no eran una corriente nacional; sin embargo Colombia fue uno de los países de América Latina pioneros en el asunto de la calidad con una tradición importante. Con estos cambios se abrió el camino, generando las experiencias que permitieron desarrollar el Decreto 2309 de 2002 que crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, con las características que tiene ahora. Un sistema orientado por los principios modernos del mejoramiento continuo y centrado en el cliente y que, aunque de manera sutil, ya planteaba los temas del enfoque al resultado, el abordaje funcional o sistémico, y el aspecto del riesgo.

Desde el 2004, se tomó la decisión de impulsar el tema de los EA trazadores como parte de las acciones internacionales propuestas por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, que emprendió la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo principal de disminuir las consecuencias negativas de los cuidados médicos. En ese mismo año, con la colaboración de ICONTEC, ente acreditador en salud, se estableció como prerequisite necesario para aplicar a la acreditación en salud, que las instituciones de salud demostraran el desarrollo de procesos de vigilancia de los EA. Dos años más tarde, en 2006, la evaluación del proceso mostró avances tangibles que llevaron a tomar la decisión de extender a todo el país la

estrategia; lo cual se hizo mediante la expedición de la Resolución 1446 de 2006.

Finalmente estos sistemas de alta calidad abren las puertas a la Resolución 0123 de 2012 en el que se establece la evaluación del nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, incorporando un nuevo grupo de estándares enfocados en la Seguridad del paciente, con el propósito de incrementar su enfoque sistémico e integral y su impacto en la cultura de calidad y seguridad del paciente y al Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud (Resolución 1441 del 2013 y su modificación en la Resolución 2003 del 2014) que es el instrumento que contiene las condiciones mínimas para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con la condición de brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud. Dado que el Sistema Único de Habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y a las condiciones en que éstos se ofrecen, mediante el cumplimiento obligatorio de requisitos y condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, para dar seguridad a los usuarios.

Para el desarrollo de estas propuestas legislativas nacionales y avanzar en la Seguridad del Paciente es necesario poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallos de sistema desde dos aspectos distintos. En primer lugar desde el punto de vista político, desarrollando políticas que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación de EA. En segundo lugar mediante el desarrollo de programas de gestión de riesgos y la inclusión de tecnología adecuada que permita detectar los problemas e implementar las soluciones.

Lograr una atención en salud más segura requiere un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema, lo que implica por un lado, poner en práctica aquellas actuaciones que han demostrado su efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias; y por otro, generar, mediante la investigación, nuevo conocimiento sobre aquellos factores que pueden contribuir a mejorar la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial.

La elección del método epidemiológico más apropiado para el estudio de los EA depende de cada institución de salud. Los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizar la incidencia y tendencia los eventos adversos. Diferentes trabajos han analizado este punto y sus conclusiones se podrían resumir en que la elección del método hay que hacerla en función de los objetivos del estudio, intentando conjugar la minimización de sesgos y la validez de la identificación de EA con la

reproducibilidad del juicio de valor sobre su carácter iatrogénico y/o su evitabilidad⁶⁷.

En la búsqueda de los factores contributivos que originaron el Evento Adverso, lo más importante es el manejo sistemático, análisis de causa del evento e incidencia del mismo, para formular propuestas, socializar intervenciones y promover algunas prácticas seguras de atención al usuario.

Existen a nivel mundial diferentes métodos de análisis causal de los eventos adversos, en la década de los 40 las fuerzas armadas norteamericanas desarrollaron un sistema de análisis modal de fallos y efectos (AMFE) que es un procedimiento de análisis de fallos potenciales en un sistema de clasificación determinado por la gravedad o por el efecto de los fallos en el sistema. Las causas de los fallos pueden ser cualquier error o defecto en los procesos o diseño, especialmente aquellos que afectan a los consumidores, y pueden ser potenciales o reales. El término análisis de efectos hace referencia al estudio de las consecuencias de esos fallos.

En 1975 se desarrolló el modelo SHEL (Software, Hardware, Environment, Liveware) que es usado para ayudar a visualizar la interrelación entre los componentes de la actividad humano-maquina medio ambiente. Este diagrama no abarca las relaciones que se producen fuera de los factores humanos, y el diagrama es usado solo como ayuda para comprender los factores humanos. En 1990 se desarrolló el modelo Reason (Modelo del Queso Suizo o Teoría del Domino) que identifica qué aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente, con el fin de que la organización puede aprender del evento, perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora continua.

En el 2007 se desarrolla el protocolo para Investigación y análisis de incidentes clínicos (protocolo de Londres), que considera detalladamente y por separado, las acciones inseguras y las barreras que fallaron (factores contributivos), hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones (paciente, tarea y tecnología, individuo, equipo de trabajo, ambiente, organización y gerencia y contexto institucional).

En 2009 se publica por la organización de aviación civil internacional el modelo de manejo de amenazas y error (TEM) que es un modelo conceptual que ayuda a comprender, desde una perspectiva operacional, las interrelaciones entre la seguridad operacional y la actuación humana en contextos operacionales dinámicos y exigentes. Se centra simultáneamente en el contexto operacional y en las personas que desempeñan funciones operacionales en ese contexto.

El modelo ANCLA propuesto por ICONTEC determina los factores contribuyentes para la ocurrencia de incidentes y eventos adversos contemplando cinco niveles de investigación: las precondiciones para actos inseguros (Modelo SHELL), la supervisión, las influencias organizacionales y la influencia de la legislación y el estado.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar los eventos adversos notificados y sus factores contributivos en pacientes ambulatorios y hospitalizados que fueron atendidos en una clínica privada de cuarto nivel en la ciudad de Cali 2012.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la distribución de los eventos adversos según características de persona, lugar, tiempo, evitabilidad y gravedad.
- Determinar los factores de contributivos que se asocian a la ocurrencia de eventos adversos según los criterios del protocolo de Londres identificados durante el estudio.
- Describir el comportamiento de los sucesos (incidentes y complicaciones) según características de persona, lugar y tiempo.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO Y ÁREA DE ESTUDIO

Este es un estudio de tipo observación transversal descriptivo, realizado en una institución de salud de ámbito privado especializada en patologías neurológicas, cardíacas y vasculares, que cuenta con áreas hospitalarias como Urgencias, Unidad de cuidados intensivos e intermedios, Hospitalización, cirugía y angiografía; además de áreas ambulatorias como Tomografía, Resonancia magnética nuclear, ecografía, endoscopia, rayos x, densitometría ósea, cardiología no invasiva, rehabilitación cardíaca, laboratorio especializado, consulta externa para neurología, neuroradiología, cirugía vascular, cirugía cardiorádica, medicina interna, cardiología, nefrología y gastrología, con una población anual de 82,316 atenciones ambulatorias y 7,763 atenciones hospitalarias. (Total de atenciones anuales 90,079)

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población del estudio corresponde a los documentos recolectados de los formatos de reportes de sucesos clínicos que fueron identificados en cada uno de los servicios ambulatorios y hospitalarios durante todo el año 2012: eventos adversos (260), incidentes (266) y complicaciones (30), almacenados en el área de gestión clínica de la institución.

5.2.1 Criterios de Inclusión

- Tener el reporte del evento adverso
- Estar siendo atendidos con ingreso administrativo vigente en algunos de los servicios de estudio (Ambulatorio y/o clínico) en el momento de presentar el evento adverso.
- Reportes de EA que ocurrieron en la Consulta Externa y fueron detectados en la hospitalización, y los que ocurrieron en la hospitalización y se detectaron tras el alta.

5.2.2 Criterio de exclusión

- Paciente cuyo episodio de atención objeto de estudio no se encontró disponible en la historia clínica.
- Paciente cuya historia clínica no estuviera disponible.
- Reportes de eventos adversos que ocurrieron en una hospitalización previa en otra institución de salud por dificultad en el acceso a la información.

5.2.3 Variables

Variable Dependiente

Evento Adverso: todo daño o lesión imprevisto e inesperado recogido en la historia clínica que ha causado muerte, lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la atención en salud y no de la enfermedad de base del paciente.

Variable	Definición operacional	Tipo de Variable	Valores posibles	Método de recolección
Tipo de evento	Es la clasificación de la situación que de manera no intención dio como resultado una falla en el proceso de atención del paciente, esta puede o no producir daño o considerarse como resultado de sus patologías de base.	Categórica nominal	Administración de medicamento, Caída del paciente, Extravasación, Flebitis bacteriana, Flebitis mecánica, Flebitis química, Infección intra hospitalaria (bacteremia, cerebral, vías respiratorias, sitio operatorio (profundo y superficial), vías urinarias, osteomuscular, Lesión por uso de dispositivos, Procedimiento en lugar equivocado, Reacción alérgica (medicamento, insumo médico quirúrgico, medio de contraste, hemocomponente), Retiro de dispositivo invasivo, Ulcera por presión.	Formato de Reporte de Evento adverso

Variables Independientes

Variable	Definición operacional	Tipo de Variable	Valores posibles	Método de recolección
Régimen	Es la clasificación de acuerdo al aseguramiento en salud que el Ministerio de salud ha dispuesto.	Categórica nominal	Subsidiado, Contributivo, Régimen Especial, Aseguradoras, Particular	Formato de Reporte de Evento adverso
Servicio del suceso	El servicio encargado de la atención al paciente en donde sufrió el evento adverso	Categórica nominal	Angiografía, Cardiología, Cirugía, Ecografía, Endoscopia, Hospitalización, ,,,,,,n servicios clínicos	Formato de Reporte de Evento adverso
Género	Es el conjunto de normas y convenciones sociales del comportamiento sexual de las personas y que la identifica como masculino o femenino.	Categórica nominal	Masculino, Femenino	Formato de Reporte de Evento adverso
Edad (Años)	Son los años cumplidos a la fecha de nacimiento.	Cuantitativa continua	1,2,3,4,5,,,,,,,,,,,,, n años	Formato de Reporte de Evento adverso
Grupo patológico	Son el conjunto de patologías que se relacionan a un órgano específico, basándose principalmente en el examen de una lesión en todos los niveles estructurales.	Categórica nominal	Cardiología, Cirugía cardiotorácica, Gastrología, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Otras patologías diagnósticas, Vascular periférico.	Formato de Reporte de Evento adverso
Lesión	Es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno	Categórica nominal	Si, No	Formato de Reporte de Evento adverso

Asociado a (según la clasificación de la OMS)	Es la clasificación internacional dada por la organización Mundial de la Salud al grupo de Eventos adversos en relación con una práctica o tipo específico de tema	Categórica nominal	Cuidados en la atención de salud, Relacionado con error en el diagnóstico, Infección Nosocomial, Relacionado con Informe de examen, Relacionados con cirugía y/o procedimientos, Uso de dispositivos médicos, Uso de Hemocomponentes, Uso de medicamentos, Uso dispositivos médicos.	Formato de Análisis de Eventos adversos
Factores relacionados con el paciente	Son los factores que se relacionan con las condiciones de salud del paciente que infieren 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.	Categórica nominal	Si, No	Formato de Análisis de Eventos adversos

Factores relacionados con tarea y tecnología	Son los factores que se relacionan con la forma en que una determinada función se planea, en la disponibilidad de guías o documentos de consultas, en la realización de pruebas diagnósticas y o terapéuticas y en la calidad de los insumos y medicamentos que pueden afectar la calidad de atención del paciente.	Categórica nominal	Si, No	Formato de Análisis de Eventos adversos
Factores relacionados con el individuo	Son los factores que se relacionan con el conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental de la persona que presta la atención en salud del paciente.	Categórica nominal	Si, No	Formato de Análisis de Eventos adversos
Factores relacionados con el equipo	Son los factores que se relacionan con la adecuada coordinación y comunicación entre el equipo de trabajo.	Categórica nominal	Si, No	Formato de Análisis de Eventos adversos
Factores relacionados con el ambiente	Son los factores que se relacionan con el ambiente físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) entorno a la atención que se brinda al paciente.	Categórica nominal	Si, No	Formato de Análisis de Eventos adversos

Factores relacionados con la organización y gerencia	Son los factores que se relacionan con las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, que afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros.	Categórica nominal	Si, No	Formato de Análisis de Eventos adversos
Factores relacionados con el contexto institucional	Son los factores que se relacionan con la organización y su desempeño en el entorno, en el contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas	Categórica nominal	Si, No	Formato de Análisis de Eventos adversos
Impacto	Son el conjunto de consecuencias provocadas por un hecho o actuación que afecta al paciente.	Categórica nominal	I1, I2, I3, I4, EA1, EA2, EA3, C	Formato de Reporte de Evento adverso
Prevenible	Es la indicación de si el Evento adverso se puede prevenir por conductas individuales, de equipo o institucionales	Categórica nominal	Si, No	Formato de Análisis de Eventos adversos
Horas de tratamiento	Cantidad de hora en números absolutos que duro el paciente en el tratamiento del Evento Adverso	Cuantitativa discreta	1,2,3,4, ,,,,,,,n	Formato de Análisis de Eventos adversos

5.3 INSTRUMENTOS

Se desarrollaron dos tipos de formatos: El formato de reporte de sucesos que informo el tipo de suceso que el paciente sobrellevó y el segundo formato ayudo a establecer los factores causales del tipo de evento adverso.

El formato de reporte consta de 4 módulos (Identificación del paciente, tipo de suceso, descripción del suceso y clasificación del suceso)

El abordaje descrito mejoró el proceso investigativo proponiendo un análisis más cuidadoso que permitió analizar la serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. Además, proporcionó un enfoque estructurado y sistemático. Durante el análisis de un evento adverso, cada uno de estos elementos se consideró detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones.

El formato de análisis de EA se estableció con un módulo de resumen del caso (en orden cronológico), un módulo del nombre del suceso ocurrido con la clasificación de la situación según lo establecido en el Gold estándar (una lista de todos los posibles eventos (según la resolución 1446 y el histórico reportado)

Otro módulo que describa los factores contributivos según el protocolo de Londres, en el cual se seleccionaron los causantes de los EA por cada ítem específico:

- Paciente (Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada, antecedentes de enfermedad mental, ayuno prolongado, comportamientos y conductas no saludables, comunicación no clara con su cuidador principal, deterioro neurológico por patología, discapacidad física o neurológica, inherentes del paciente, lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento, no red de apoyo, patología de base y/o estado de salud, procedimiento quirúrgico, angiográfico y diagnóstico de urgencia o programado, valores y creencias del paciente).
- Tarea y Tecnología (Calidad del medicamento o dispositivo médico, condiciones de conservación inadecuadas, dependencia clínica del medicamento, disponibilidad del insumo, dosis excesiva, efecto secundario, ineffectividad del medicamento, uso de antiséptico, desconocimiento, comprensión, existencia, desactualización, socialización del protocolo, no hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad, fuerza de infusión del dispositivo médico, requiere medicación para la realización del estudio, estandarización para el uso

del equipo biomédico, existencia, pertinencia y procesamiento de la prueba diagnóstica, marcación errada del área del cuerpo a intervenir, error en la identificación del paciente en el informe de la prueba diagnóstica, entrega de resultado a paciente equivocado, prueba diagnóstica no confiable y resultado de prueba diagnóstica no se correlaciona con la clínica del paciente).

- Individuo (Administración de mayor o menor dosis de medicamento ordenado, administración del medicamento por vía incorrecta o paciente incorrecto, capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos, creencias religiosas, educación incompleta al cuidador principal, estado de salud actual, estado de Sobriedad, experticia, idoneidad del colaborador, lapsus, medicamento mal preparado, no Administración del medicamento, no comprensión de la orden médica, no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo, planeación de jornadas laborales inadecuadas, problemas del entorno familiar, emocional, social, problemas psicológicos adyacentes y rasgos de personalidad).
- Equipo de Trabajo (Legibilidad de la orden médica, multifuncionalidad del personal, no colaboración en el equipo de trabajo, no comunicación asertiva con el equipo y no supervisión en la ejecución de tareas).
- Ambiente (Cansancio laboral, falta de efectividad de los planes de acción, la coordinación no permite un acercamiento, patrón de turnos limita un buen desempeño, recurso humano insuficiente, sobrecarga de trabajo, temor a sanciones disciplinarias, ausencia de mantenimiento predictivo, preventivo del equipo, condiciones inadecuadas de las instalaciones, daño en equipo, factores del sitio de trabajo: humedad, ruido, temperatura, falta de inspección para evaluar el funcionamiento de equipos, falta de insumos y equipos médicos para prestar el servicio, falta de señalización de equipos médicos e infraestructura, falta disponibilidad de área para la atención y reutilización de materiales).
- Organización y Gerencia (Ausencia de capacitación, evaluación y retroalimentación de sus resultados, líder de proceso no da respuesta oportuna al suceso, limitación financiera para la ejecución de los planes de acción, no Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales, no hay evidencia de planes de acción , no hay evidencia de seguimiento de planes de acción, Procesos administrativos no claros, recursos financiero Insuficiente para solución de sucesos, único proveedor, tramite incompleto por la EPS, relación contractual con otras entidades, limitación por proveedores y no hay referenciación del proceso).

Para la construcción de este módulo se utilizaron herramientas y metodologías que permite la identificación de los factores contributivos extraídos del Protocolo de Londres⁶³, Norma Internacional ISO 14971⁶⁴, Norma Técnica Colombiana 5736⁶⁵ y Diagrama de Ishikawa⁶⁶. El modelo del formato de análisis de EA se realizó a partir del Estudio IBEAS⁸, considerando que es un estudio representativo en seguridad del paciente y también tenía entre sus intereses, la identificación de los factores contributivos en la ocurrencia de EA.

Y un módulo final que establece su efecto, impacto y carácter evitable el cual permite identificar la situación ocurrida por medio de su clasificación: Incidente / riesgo (I1) Situaciones o circunstancias que se podrían transformar en un error, Incidente leve (I2) Error que no alcanzo al paciente, Incidente moderado (I3) Error que alcanzo al paciente pero no le causó daño e Incidente grave (I4) Error que alcanzo al paciente y que requirió la supervisión o confirmación de que no causo daño), Eventos Adversos leve (EA1) Daño temporal leve y no requirió intervención, Evento adverso moderado (EA2) Daño temporal y requiere intervención y Evento adverso severo (EA3) Daño temporal y requiere intervención (Inicio o Prolongación de la Estancia Clínica)) y Evento Centinela (Daño permanente al paciente (EC1), Requiere alguna intervención para sostener la vida (EC2) y Muerte del paciente (EC3)).

Se entrenó en el diligenciamiento al personal de enfermería (auxiliar y profesional) y al grupo médico de forma grupal e individual, en el cual por medio de talleres con ejemplos se sensibilizo al 100% de todas las áreas de la institución. El reporte de los EA estuvo a cargo de auxiliares de enfermería supervisado por el grupo de enfermeras profesionales y médicos de la Clínica, que estuvieron en la capacitación.

Adicionalmente se realizó un panel de la concordancia entre el equipo de investigación donde se evaluó la formación en la identificación y caracterización de los factores contributivos de los EA, se aclararon las divergencias de opinión y las deficiencias en la descripción de éstos para el formato de análisis de EA. Para esto se revisaron casos formales y se verificaron la causalidad del hecho en historias que con algún tipo de problema.

A cada formato se le realizó una revisión metodológica para ver la consistencia interna, siendo necesario que todos los ítems contenidos en los formatos midan la característica deseada, además se realizó un instructivo de diligenciamiento que permitió al equipo establecer la comprensión de las variables a investigar.

Se conformó un equipo de revisión apoyado por la institución conformado por dos personas: un enfermero de especialidades médico quirúrgicas entrenado y con experiencia en la atención administrativo asistencial de pacientes y un auxiliar de enfermería con experiencia en las especialidades médico quirúrgicas.

El equipo de revisión fue capacitado en el uso del formato de reporte de EA, donde se definieron los conceptos a utilizar (basados en la clasificación referida a seguridad del paciente de la OMS) y se realizaron ejercicios prácticos en jornadas de 4 horas diarias durante dos semanas con ejemplos de posibles situaciones (incidentes, complicaciones y eventos adversos). Se complementó el instructivo de diligenciamiento de ambos formatos junto a este personal para aclarar dudas en el registro.

Aquellos eventos adversos que eran considerados graves y con gran potencial de aprendizaje organizacional, se investigaron por el comité de seguridad del paciente, con el formato de análisis de eventos adverso que permitió realizar de forma sistemática y práctica la conclusión de este tipo de situaciones. De igual manera, el investigador (persona o equipo) realizó la investigación completa, que incluía examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación dependía de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.

5.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Este proyecto fue revisado y aprobado por la Gerencia y comité de investigación de la institución, en el cual revisaron las implicaciones éticas legales de los EA frente a la relación contractual que se posee con las diferentes instituciones del sector Salud.

Los reportes de sucesos clínicos se clasificaron en eventos adversos, incidentes y complicaciones. Mensualmente a los reportes clasificados como EA el grupo de revisión diligenció el formato de análisis y se examinaron todas las historias clínicas de los pacientes buscando la causalidad del Evento adverso. Se realizó una revisión general de las 24 horas anteriores al evento adverso, independientemente del tiempo de estancia del paciente y se buscaron otros EA que no fueron reportados. Se revisaron los reportes de EA y se complementaron con la información, si era necesario, obtenida en las historias clínicas.

Todos los formatos de reporte fueron examinados por el grupo de revisión, buscando inconsistencias, se realizó validación de la información donde se verificó que el evento adverso no se encontrara doblemente reportado, los

formatos de análisis se revisaron a final de cada mes por el comité de seguridad del paciente de la institución donde se discutieron en sesión conjunta aquellos que contenían problemas para decidir su inclusión. Durante todo el proceso de recolección de información, el equipo de revisión estuvo comunicado con el equipo de investigación para resolver dudas. Adicionalmente se entregó en medio físico el instructivo de diligenciamiento de cada formato para consulta de manera inmediata.

5.5 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Para el procesamiento de los datos recopilados en los formatos, se parametrizó una base de datos en el programa Excel, se revisó duplicación de la información por el consecutivo y número de identificación del paciente en relación al tipo de suceso clínico reportado. Posteriormente se importó al paquete estadístico SPSS versión 20.0 para su procesamiento y análisis.

Todas las variables estudiadas fueron sometidas a un análisis descriptivo para ver su distribución de frecuencias. Se organizaron tablas resumen de las variables que recogen las principales estadísticas descriptivas. Para análisis bivariado se realizó la asociación entre variables independientes como Mes, EPS, Régimen, tipo de prestación y género.

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomó la información de una base de datos secundaria considerándose una investigación de riesgo mínimo. El estudio respetó los principios éticos de acuerdo a las normas nacionales estipuladas en la Resolución 8430 de 1993 e internacionales para la investigación con seres humanos.

6. RESULTADOS

Este estudio conto con un total de registros de 536 reportes de sucesos clínicos, del cual se incluyeron 20 (3,59%) correspondientes a la revisión de historias clínicas evidenciando reportes clínicos subregistrados. Como se trabajó con una fuente de datos secundaria se asume que los posibles sesgos de información están distribuidos aleatoriamente.

Los resultados obtenidos se muestran a continuación

6.1. DISTRIBUCIÓN DE LOS SUCESOS CLÍNICOS (EA, INCIDENTES Y COMPLICACIONES) SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE TIEMPO, LUGAR Y PERSONA.

La tabla 1 muestra que por cada incidente reportado se presentó un evento adverso. La prevalencia de EA que inicia o prolongan la estancia hospitalaria fue aproximadamente el 19%. El 10% de los sucesos clínicos se clasificaron como no prevenibles.

Tabla 1. Clasificación de los sucesos clínicos según la clasificación, gravedad y prevención

Clasificación	n (%)	556	(100)
Evento adverso		260	(46,8)
Incidente		266	(47,8)
Complicación		30	(5,4)
Gravedad	n (%)	556	(100)
I4		240	(43,2)
EA3		105	(18,9)
EA1		88	(15,8)
EA2		67	(12,1)
C		30	(5,4)
I3		14	(2,5)
I1		9	(1,6)
I2		3	(0,5)
Prevenible	n (%)	556	(100)
No		52	(9,4)
Si		504	(90,6)

Más del 90% de los reportes realizados se clasificaron entre EA (46,8%) e incidentes (47,8%). Solo una mínima parte correspondieron a complicaciones (5,4%).

Del total de reportes el 43,2% se clasificaron como I4 (incidentes graves), seguido por el EA3 (eventos adversos graves) con un 18,9%. El 90% fueron clasificados como prevenibles.

La tabla 2 muestra que el género en el estudio se distribuyó entre hombres (47.3%) y mujeres (43.3%). La edad fluctuó entre 1 y 93 años con una media de 61 años; un 75% de ellos tenían una edad menor o igual a 74 años.

Tabla 2. Características generales de los sucesos clínicos

Género	n (%)	556	(100)
Masculino	263		(47,3)
Femenino	241		(43,3)
No aplica	52		(9,4)
Edad (Años)		504	(100)
Media +/- D. Estándar	61,49		+/- 16,9
Rango	1 -		93
Mediana			65
Rango intercuartil	52,25		- 74
Grupo patológico	n (%)	556	(100)
Neurología	82		(14,7)
Cirugía cardiorácico	79		(14,2)
Cardiología	65		(11,7)
Nefrología trasplante	41		(7,4)
Vascular periférico	23		(4,1)
Falla cardíaca	21		(3,8)
Neuroradiología	15		(2,7)
Cardiología invasiva	12		(2,2)
Neurocirugía	11		(2,0)
Electrofisiología	10		(1,8)
Gastrología	8		(1,4)
Nefrología	7		(1,3)
Otras patologías diagnosticas	20		(3,6)
Cardiología trasplante	5		(0,9)
Neumología	5		(0,9)

No relacionado		152	(27,3)
EPS	n (%)	556	(100)
Emssanar		107	(19,2)
SOS		101	(18,2)
Nueva EPS		65	(11,7)
Comfenalco		42	(7,6)
Coomeva		32	(5,8)
Saludcoop		26	(4,7)
Sanitas		25	(4,5)
Sura		25	(4,5)
Cafesalud		17	(3,1)
Otras EPS		63	(11,3)
No aplica		53	(9,5)
Régimen	n (%)	556	(100)
Contributivo		336	(60,4)
Subsidiado		136	(24,5)
Régimen especial		15	(2,7)
Planes complementarios		15	(2,7)
Particular		1	(,2)
No aplica		53	(9,5)

EL 14,7% de los pacientes son del grupo patológico de neurología, seguido de cirugía cardiotorácica (14,2%), nefrología trasplante (7,4), vascular periférico (4,1), falla cardíaca (3,8%) e imágenes diagnósticas (3,6%). Cabe resaltar que el 27, 3% no se relacionan en ningún grupo diagnóstico.

Más de la mitad del grupo en estudio corresponden al régimen contributivo, un 9,5% no se relacionan a ningún régimen en específico.

Tabla 3. Distribución de los sucesos clínicos según mes y lesión

Mes	n (%)	556	(100)
Enero	23		(4,1)
Febrero	17		(3,1)
Marzo	42		(7,6)
Abril	33		(5,9)
Mayo	57		(10,3)
Junio	33		(5,9)
Julio	34		(6,1)
Agosto	47		(8,5)
Septiembre	81		(14,6)
Octubre	47		(8,5)
Noviembre	68		(12,2)
Diciembre	74		(13,3)
Lesión	n (%)	556	(100)
No	267		(48,0)
Si	289		(52,0)

La tabla 3 muestra que el comportamiento de la ocurrencia de sucesos clínicos presento fluctuaciones notándose una mayor frecuencia entre los meses de mayo (10.3%), septiembre (14,6%), noviembre (12,2%) y diciembre (13,3%).

La tabla 4 evidencia que el tipo de suceso clínico con mayor prevalencia de reporte fue rechazo de muestras sanguíneas en la fase pre analítica, analítica o post analítica (18,7%). Los otros sucesos clínicos más incidentes fueron administración de medicamentos (12,8%), calidad de dispositivo medico (7,9%), extravasación (5,9%) y úlceras por presión (5%).

Tabla 4. Tipo de suceso clínico reportado

Tipo de Suceso clínico	n (%)	556	(100)
Rechazo de muestras sanguíneas en la fase pre analítica, analítica o post analítica	104	(18,7)	
Administración de medicamentos	71	(12,8)	
Calidad del dispositivo médico	44	(7,9)	
Extravasación	33	(5,9)	
Úlcera por presión	28	(5)	
Caída del paciente	27	(4,9)	
Flebitis química	22	(4)	
Infección intra hospitalaria del sitio operatorio superficial	20	(3,6)	
Infección intra hospitalaria tipo bacteremia	19	(3,4)	
Infección intra hospitalaria de vías respiratorias	19	(3,4)	
Infección intra hospitalaria de vías urinarias	18	(3,2)	
Retiro de dispositivo Invasivo	18	(3,2)	
Reacción alérgica al medio de contraste	16	(2,9)	
Flebitis mecánica	15	(2,7)	
Complicación	10	(1,8)	
Curación no realizada	8	(1,4)	
Cancelación del procedimiento	7	(1,3)	
Error en la identificación del paciente: informe	6	(1,1)	
Flebitis bacteriana	6	(1,1)	
Poca adherencia al proceso: control de líquidos administrados y eliminados	6	(1,1)	
Venopunción vencida	5	(0,9)	
Calidad del medicamento	4	(0,7)	
Error en la identificación del paciente: muestra	4	(0,7)	
Daño en la infraestructura del cubículo o habitación	4	(0,7)	
Infección intra hospitalaria del sitio operatorio profundo	4	(0,7)	
Lesión por uso de dispositivos médicos	4	(0,7)	
Golpe	3	(0,5)	
Infección intra hospitalaria de tipo cerebral	3	(0,5)	
Infección intra hospitalaria de tipo osteomuscular	3	(0,5)	
No procesamiento de prueba	3	(0,5)	
Reacción alérgica al medicamento	3	(0,5)	
Daño de dispositivo médico	2	(0,4)	

Error en la identificación del paciente	2	(0,4)
Disponibilidad del medicamento	2	(0,4)
Fuga de paciente	2	(0,4)
Poca adherencia al proceso: toma de glucometría	2	(0,4)
Procedimiento equivocado	2	(0,4)
Reacción post transfusional	2	(0,4)
Retiro de dispositivo no invasivo	2	(0,4)
Aislamiento inadecuado	1	(0,2)
Procedimiento en lugar equivocado	1	(0,2)
Reacción alérgica al insumo médico quirúrgico	1	(0,2)
Asociado a (según la clasificación de la OMS) n (%)	556	(100)
Cuidados en la atención en salud	192	(34,5)
Uso de medicamentos	116	(20,9)
Relacionado con informe de examen	114	(20,5)
Infección Nosocomial	93	(16,7)
Uso de dispositivos médicos	21	(3,8)
Relacionado con cirugía y/o procedimientos	14	(2,5)
Relacionado con error en el diagnóstico	4	(0,7)
Uso de Hemocomponentes	2	(0,4)

La prevalencia de los reportes de sucesos clínicos según la clasificación de la OMS se relacionaron con los cuidados en la atención en salud (34,5%), uso de medicamentos (20,9%), relacionados con informe de exámenes (20,5%) e infecciones nosocomiales (16,7%).

Tabla 5. Servicios de reporte y ocurrencia

Servicio de reporte	n (%)	556 (100)
Unidad de cuidados intensivos	137	(24,6)
Laboratorio clínico	104	(18,7)
Comité de infecciones	90	(16,2)
Hospitalización	64	(11,5)
Área de Imágenes Diagnósticas	38	(6,8)
Unidad de cuidados intermedios	37	(6,7)
Gestión Clínica	22	(4,0)
Resonancia	19	(3,4)
Urgencias	15	(2,7)
Cirugía	10	(1,8)

Angiografía	8 (1,4)
Atención y seguimiento al usuario	4 (,7)
Laboratorio de Inmunogenética	3 (,5)
Servicio Farmacéutico	2 (,4)
Trasplante renal	2 (,4)
Cardiología	1 (,2)
Servicio de Ocurrencia	n (%)
Unidad de cuidados intensivos	192 (34,5)
Hospitalización	96 (17,3)
Urgencias	67 (12,1)
Mantenimiento	44 (7,9)
Unidad de cuidados intermedios	42 (7,6)
Cirugía	27 (4,9)
Resonancia	22 (4,0)
Tomografía	20 (3,6)
Angiografía	18 (3,2)
Servicio farmacéutico	10 (1,8)
Endoscopia	7 (1,3)
Trasplante (cardiaco y renal)	4 (,7)
Ecografía	3 (,5)
Laboratorio de Inmunogenética	3 (,5)
Cardiología	1 (,2)

La tabla 5 muestra que en la descripción de los servicios, tanto de reporte como de ocurrencia del suceso, la Unidad de Cuidados intensivos es la que más prevalece en este tipo de hallazgos (24.6% – 34.5%), seguidos de hospitalización (11.5% - 17.3%). En los servicios que identifican este tipo de hallazgos se hallan el laboratorio clínico y comité de infecciones. Por conveniencia del estudio se determinó para la variable servicio de reporte, el área de imágenes diagnósticas se incluirían los servicios de tomografía, rayos x, ecografía y endoscopia.

6.2. DISTRIBUCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE PERSONA, LUGAR Y TIEMPO.

La tabla 6 evidencia que el género en los pacientes que presentaron un Evento Adverso se distribuyó entre hombres (52.7%) y mujeres (47.3%). La edad fluctuó entre 18 y 93 años con una media de 63 años; un 75% de ellos tenían una edad menor o igual a 72 años.

Tabla 6. Características generales de los eventos adversos

Género	n (%)	260	(100)
Masculino		137	(52,7)
Femenino		123	(47,3)
Edad (Años)	n (%)	260	(100)
Media +/- D. Estándar		60.66	+/- 16,3
Rango		18	93
Mediana			63
Rango intercuartil		51	72
Grupo patológico	n (%)	260	(100)
Neurología		58	(22,31)
Cirugía cardiorácico		54	(20,77)
Cardiología		43	(16,54)
Nefrología trasplante		21	(8,08)
Falla cardiaca		15	(5,77)
Vascular periférico		15	(5,77)
Neuroradiología		9	(3,46)
Neurocirugía		8	(3,08)
Electrofisiológica		6	(2,31)
Cardiología invasiva		5	(1,92)
Gastrología		5	(1,92)
Nefrología		5	(1,92)
Otras patologías diagnosticas		4	(1,54)
Abdomen Diagnóstico		3	(1,15)
Tórax Diagnóstico		3	(1,15)
Cardiología trasplante		2	(0,77)
Neumología		2	(0,77)
Cuello diagnóstico		1	(0,38)
Ginecología diagnostico		1	(0,38)
EPS	n (%)	260	(100)
SOS		58	(22,31)
Emssanar		46	(17,69)
Nueva EPS		40	(15,38)
Comfenalco		24	(9,23)
Saludcoop		15	(5,77)
Coomeva		14	(5,38)

Sanitas	13	(5,00)
Otras EPS	50	(19, 23)
Régimen	n (%)	260 (100)
Contributivo	180	(69,23)
Subsidiado	62	(23,85)
Régimen especial	10	(3,85)
Planes complementarios	8	(3,08)

EL 22.3% de los pacientes son del grupo patológico de neurología, seguido de cirugía cardiotorácica (20.7%), cardiología (16.5%), nefrología (8.08%), falla cardíaca (5.77%), vascular periférico (5.77%). Las imágenes diagnósticas no son representativas de forma individual y en grupo representan el 4,6%.

Más de la mitad del grupo en estudio corresponden al régimen contributivo, un 23,5% al régimen subsidiado y una mínima parte los planes complementarios (medicina prepagada, pólizas de vida).

En la tabla 7 se mostró el comportamiento de la frecuencia de EA presenta fluctuaciones notándose una mayor ocurrencia entre los meses de mayo (11.9%), septiembre (14,2%), octubre (10.7%) y diciembre (11.1%).

Tabla 7. Distribución de eventos adversos según mes, lesión, gravedad y prevención

Mes	n (%)	260	(100)
Enero		17	(6,54)
Febrero		11	(4,23)
Marzo		15	(5,77)
Abril		24	(9,23)
Mayo		31	(11,92)
Junio		13	(5,00)
Julio		16	(6,15)
Agosto		20	(7,69)
Septiembre		37	(14,23)
Octubre		28	(10,77)
Noviembre		19	(7,31)
Diciembre		29	(11,15)
Lesión	n (%)	260	(100)
Si		254	(97,69)
No		6	(2,31)
Gravedad	n (%)	260	(100)
EA3		105	(40,38)
EA1		88	(33,85)
EA2		67	(25,77)
Prevenible	n (%)	260	(100)
Si		258	(99,23)
No		2	(0,77)

Del total de reportes el 40.3% se clasificaron como EA3 (Daño temporal y requiere intervención (Inicio o Prolongación de la Estancia Clínica), seguido por el EA1 con un 33.8% (Daño temporal leve y no requirió intervención) y EA2 con 25.7% (Daño temporal y requiere intervención). El 99.2% fueron clasificados como prevenibles y el 97.6% reportaron algún tipo de lesión.

En la tabla 8 se muestra que el tipo de Evento Adverso con mayor prevalencia de reporte fue extravasación (12.6%), úlcera por presión (10.7%), caída (10.3%), flebitis química (8%) e infección de sitio operatorio superficial (7.6%). Cabe resaltar que las infecciones asociadas a la atención en salud son más significativas como grupo con un porcentaje de 35.29.

Tabla 8. Tipo de evento adverso reportado

Tipo de Evento Adverso	n (%)	260	(100)
Extravasación	33	(12,69)	
Úlcera por presión	28	(10,77)	
Caída del paciente	27	(10,38)	
Flebitis química	22	(8,46)	
Infección intra hospitalaria del sitio operatorio superficial	20	(7,69)	
Infección intra hospitalaria tipo bacteremia	19	(7,31)	
Infección intra hospitalaria de vías respiratorias	19	(7,31)	
Infección intra hospitalaria de vías urinarias	18	(6,92)	
Retiro de dispositivo Invasivo	18	(6,92)	
Flebitis mecánica	15	(5,77)	
Administración de medicamentos	7	(2,69)	
Flebitis bacteriana	6	(2,31)	
Curación no realizada	4	(1,54)	
Infección intra hospitalaria del sitio operatorio profundo	4	(1,54)	
Lesión por uso de dispositivos médicos	4	(1,54)	
Infección intra hospitalaria de tipo cerebral	3	(1,15)	
Infección intra hospitalaria de tipo osteomuscular	3	(1,15)	
Error en la identificación del paciente: muestra	2	(0,77)	
Golpe	2	(0,77)	
No procesamiento de prueba	2	(0,77)	
Daño de dispositivo médico	1	(0,38)	
Poca adherencia al proceso: toma de glucometría	1	(0,38)	
Reacción alérgica al medicamento	1	(0,38)	
Retiro de dispositivo no invasivo	1	(0,38)	
Asociado a (según la clasificación de la OMS) n (%)	260	(100)	
Cuidados en la atención en salud	127	(48,85)	
Infección nosocomial	92	(35,38)	
Uso de medicamentos	31	(11,92)	
Uso de dispositivos médicos	8	(3,08)	
Relacionado con informe de examen	2	(0,77)	

La prevalencia de los reportes de Evento Adversos según la clasificación de la OMS se relacionaron con los cuidados en la atención en salud (48.8%), infección nosocomial (35.3%), uso de medicamentos (11.9%), uso de dispositivos médicos (3.8%) y una mínima parte relacionados con informe de exámenes (0.7%).

La tabla 9 evidencia que en la descripción de los servicios tanto de reporte como en la aparición del Evento Adverso, la Unidad de Cuidados intensivos es la que más prevalece en este tipo de hallazgos (20.7% – 40.7% respectivamente), seguidos de hospitalización (16.5% - 25% respectivamente). En los servicios que identifican este tipo de hallazgos se hallan el laboratorio clínico y comité de infecciones.

Tabla 9. Servicio de reporte y ocurrencia

Servicio de Reporte	n (%)	260	(100)
Comité de infecciones		90	(34,62)
Unidad de cuidados intensivos		54	(20,77)
Hospitalización		43	(16,54)
Área de Imágenes Diagnósticas		21	(8,08)
Unidad de cuidados intermedios		13	(5,00)
Gestión Clínica		12	(4,62)
Cirugía		6	(2,31)
Resonancia		6	(2,31)
Urgencias		6	(2,31)
Angiografía		3	(1,15)
Atención y seguimiento al usuario		2	(0,77)
Trasplante renal		2	(0,77)
Cardiología		1	(0,38)
Laboratorio de Inmunogenética		1	(0,38)
Servicio del Evento	n (%)	260	(100)
Unidad de cuidados intensivos		106	(40,77)
Hospitalización		65	(25,00)
Cirugía		23	(8,85)
Unidad de cuidados intermedios		16	(6,15)
Tomografía		15	(5,77)
Urgencias		11	(4,23)

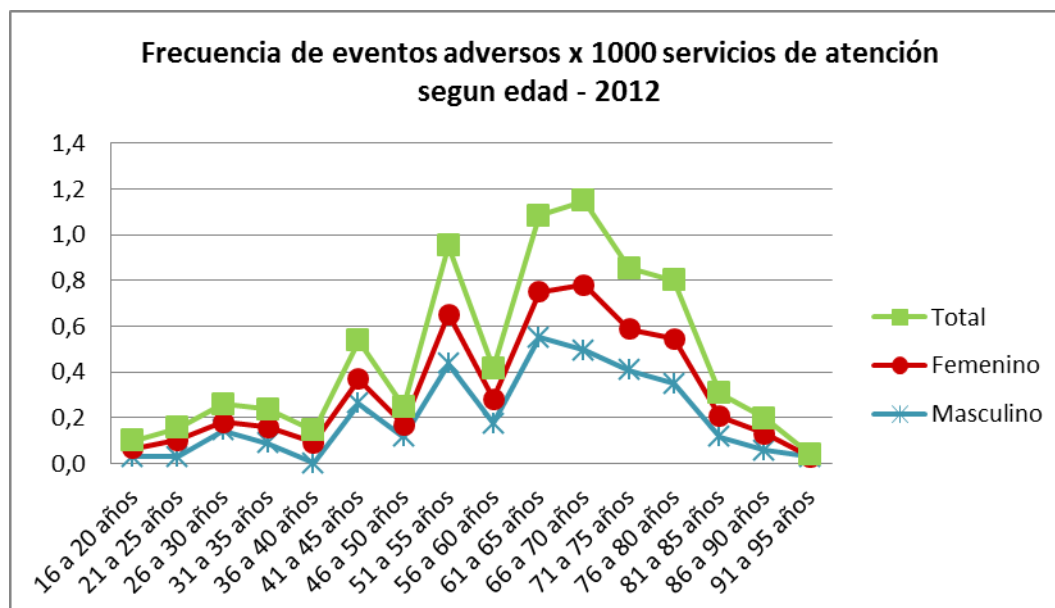
Angiografía	9	(3,46)
Resonancia	6	(2,31)
Endoscopia	4	(1,54)
Ecografía	2	(0,77)
Cardiología	1	(0,38)
Laboratorio de Inmunogenética	1	(0,38)
Servicio farmacéutico	1	(0,38)
Tipo de Prestación	n (%)	260 (100)
Hospitalario	231	(88,85)
Ambulatorio	29	(11,15)

El 88.8% de los EA se presentaron durante la hospitalización del paciente, mientras que el 11.2% se presentaron en pacientes ambulatorios.

Tabla 10. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según edad y género

Edad (años)	Ocuruencia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
16 a 20 años	0,0	0,0	0,0
21 a 25 años	0,0	0,1	0,1
26 a 30 años	0,1	0,0	0,1
31 a 35 años	0,1	0,1	0,1
36 a 40 años	0,0	0,1	0,1
41 a 45 años	0,3	0,1	0,2
46 a 50 años	0,1	0,1	0,1
51 a 55 años	0,4	0,2	0,3
56 a 60 años	0,2	0,1	0,1
61 a 65 años	0,6	0,2	0,3
66 a 70 años	0,5	0,3	0,4
71 a 75 años	0,4	0,2	0,3
76 a 80 años	0,3	0,2	0,3
81 a 85 años	0,1	0,1	0,1
86 a 90 años	0,1	0,1	0,1
91 a 95 años	0,0	0,0	0,0
Total	3,3	1,8	2,4

Gráfica 1. Frecuencia de eventos adversos según grupo etáreo



Por conveniencia del estudio, dadas las características de la población y la especialidad de la institución donde se realizó el estudio, se decidió establecer 5 grupos etáreos por distribución.

La tabla 10 muestra la ocurrencia de EA fue de 2.9; mayor en hombres (4.0) que en mujeres (2.2). Según el grupo etáreo se evidencia una tendencia en aumento con la edad tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 11. Horas de tratamiento de los eventos adversos

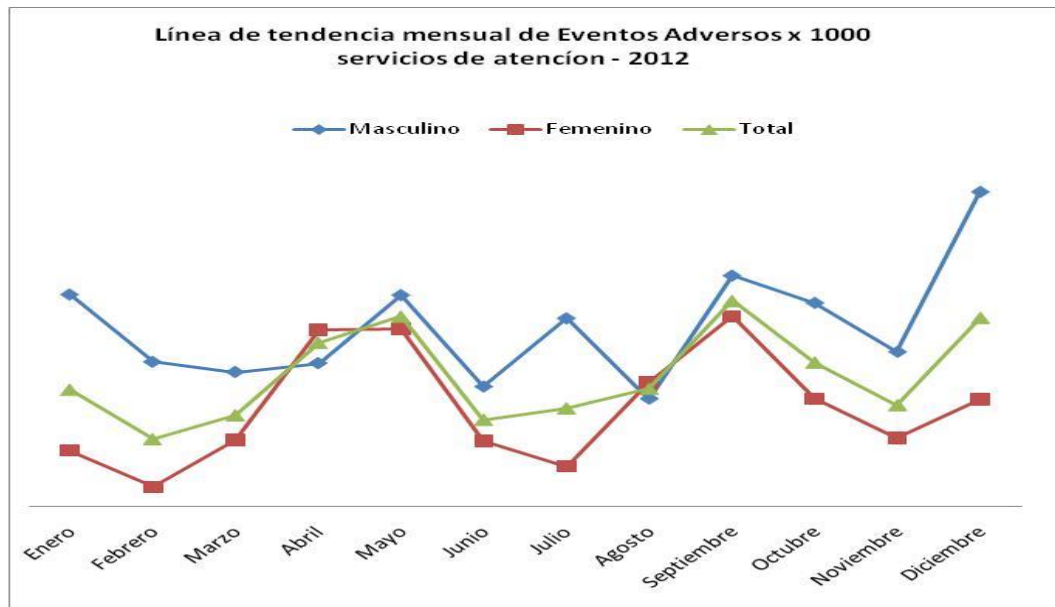
Horas de tratamiento	n (%)	260	(100)
Media +/- D. Estándar		137,97	212,9
Rango		1 -	1204
Mediana			24
Rango intercuartil		6 -	240

En la tabla 11 se muestra la duración del tratamiento de los EA reportados, con un rango entre 1 y 1204 horas, un 75% de ellos tenían 240 horas o menos.

Tabla 12. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según mes y género

Mes	Ocurrencia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Enero	4.7	1.2	2.6
Febrero	3.2	0.4	1.5
Marzo	3.0	1.5	2.0
Abril	3.1	3.9	3.6
Mayo	4.7	3.9	4.2
Junio	2.6	1.4	1.9
Julio	4.1	0.9	2.2
Agosto	2.4	2.7	2.6
Septiembre	5.1	4.2	4.5
Octubre	4.5	2.4	3.2
Noviembre	3.4	1.5	2.2
Diciembre	6.9	2.4	4.2
Total	4.0	2.2	2.9

Gráfica 2. Proporción de eventos adversos por 1000 servicios de atención según mes

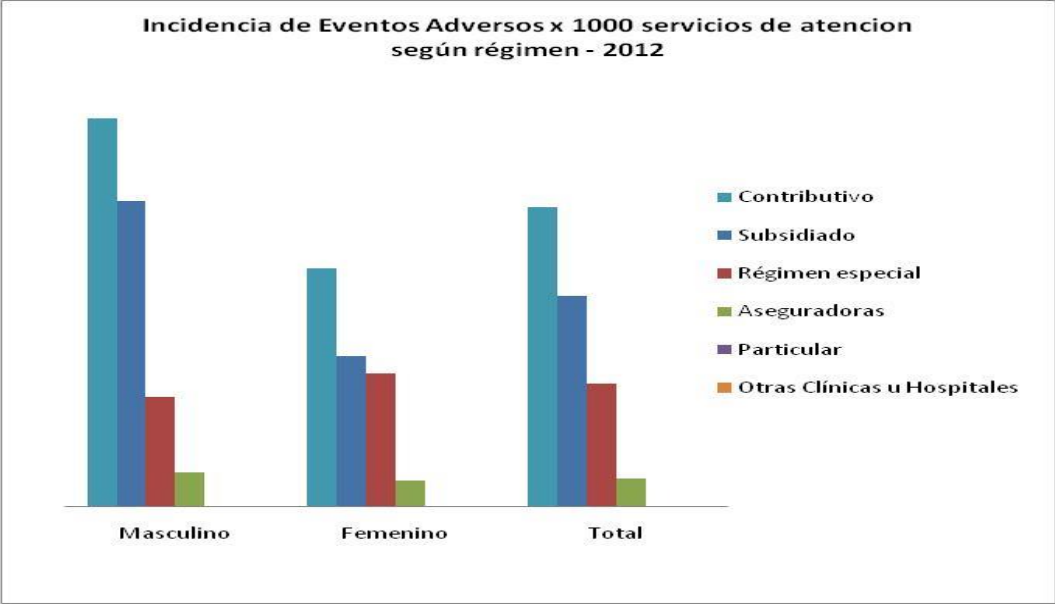


La tabla 12 evidencia que la tendencia de los EA reportados en el año 2012 fue mayor en hombres (4.0) que en mujeres (2.2), presentando fluctuaciones entre los meses de mayo (4.2), septiembre (4.5) y diciembre (4.2), los hombres presentan un aumento en el mes de julio de 3.2 más que las mujeres.

Tabla 13. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según régimen y género

Régimen	Ocurrencia x 1000		
	Género		
	Masculino	Femenino	Total
Contributivo	5,86	3,60	4,52
Subsidiado	4,61	2,27	3,18
Régimen especial	1,65	2,01	1,85
Aseguradoras	0,51	0,39	0,43
Total	3,98	2,21	2,89

Gráfica 3. Frecuencia de eventos adversos por 1000 servicios de atención según régimen



La tabla 13 muestra la Frecuencia de los EA según régimen de atenciones reportadas en el año 2012 fue de 2.89, en mayor proporción para el régimen contributivo tanto en hombres (5.8) como en mujeres (3.6), seguidos por el régimen subsidiado para hombres (4.6) como mujeres (2.2).

Tabla 14. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según entidad promotora de salud y género.

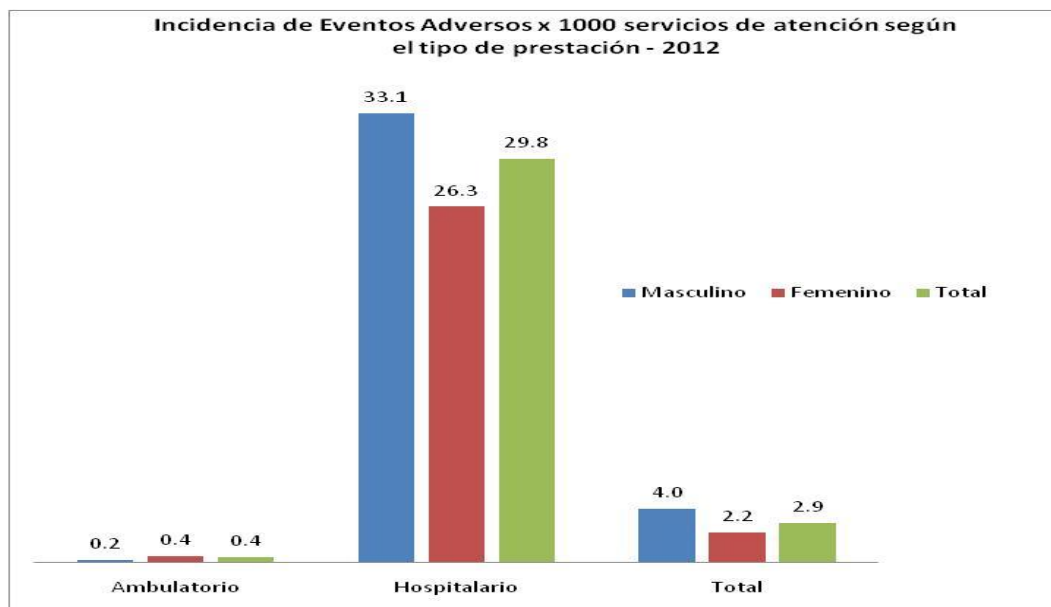
EPS	Ocurrecia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Nueva EPS	7,5	5,8	6,4
SOS	7,4	5,1	6,1
Saludcoop	4,4	3,2	3,8
Comfenalco	3,5	3,4	3,4
Coomeva	7,0	0,8	3,3
Emssanar	4,7	2,1	3,1
Sura	4,8	1,7	2,6
Colsanitas medicina prepagada	1,0	0,6	0,7
Coomeva medicina prepagada	0,0	0,2	0,1
Otras EPS	83,0	62,2	82,9
Total	4,0	2,2	2,9

La Frecuencia de EA según Entidad Promotora de Salud fue en mayor proporción para Nueva EPS (6,4), Servicio Occidental de Salud (6,1), Saludcoop (3,8), Comfenalco (3,4) y Coomeva (3,3). En relación al género fue más predominante en los hombre (4,0) que en las mujeres (2,2).

Tabla 15. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según tipo de prestación y género

Tipo de Prestación	Ocurrecia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Ambulatorio	0.2	0.4	0.4
Hospitalario	33.1	26.3	29.8
Total	4.0	2.2	2.9

Gráfica 4. Frecuencia de eventos adversos por 1000 servicios de atención según el tipo de prestación.



En la tabla 15 se muestra la ocurrencia de eventos adversos con respecto a tipo de prestación, siendo el ámbito hospitalario mayor tanto en hombres (33,1) como en mujeres (26,3) que en el ámbito ambulatorio (0,4).

6.3. FACTORES CONTRIBUTIVOS RELACIONADOS CON LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN PROTOCOLO DE LONDRES (PACIENTE, TAREA Y TECNOLOGIA, INDIVIDUO, EQUIPO DE TRABAJO, AMBIENTE, ORGNIZACION Y GERENCIA)

En la tabla 16 se muestran los factores más incidentes en la aparición de EA en relación con el paciente son la comunicación no clara con su cuidador principal (58,8%), además de otros factores influyentes como alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada (52,1%), las patologías de base y/o estado de salud actual (49,6%), lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento (48.8%).

Tabla 16. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con el paciente.

Factores del paciente	n (%)	260	(100)
Comunicación no clara con su cuidador principal	153	(58.8)	
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	133	(51.2)	
Patología de base y/o estado de salud	129	(49.6)	
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	127	(48.8)	
Ayuno prolongado	119	(45.8)	
Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado	109	(41.9)	
Deterioro Neurológico por patología	93	(35.8)	
Discapacidad Neurológica	81	(31.2)	
Discapacidad física	57	(21.9)	
Comportamientos y conductas no saludables	53	(20.4)	
Antecedentes de enfermedad mental	49	(18.8)	
Inherentes del paciente	46	(17.7)	
Valores y creencias del paciente	11	(4.2)	
Procedimiento quirúrgico, angiográfico y diagnóstico de urgencia	7	(2.7)	
No red de apoyo	1	(0.4)	

En los factores relacionados con el paciente los procedimientos quirúrgicos, angiográficos o de diagnósticos que son programados influyen en la ocurrencia de eventos adversos en este estudio, debido a la especialidad de la institución, el alto volumen de procedimientos de diagnóstico (resonancias, tomografías, ecografías, endoscopias, rayos x, etc.). Los factores de menor influencia fueron la urgencia en el procedimiento quirúrgico, angiográfico y diagnóstico (2,7%) y la ausencia de red de apoyo (0.4%)

Tabla 17. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con tarea y tecnología.

Factores relacionados con tarea y tecnología	n (%)	260	(100)
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad	145	(55.8)	
Estandarización para el uso del equipo biomédico	136	(52.3)	
Desconocimiento del protocolo	98	(37.7)	
Uso de antiséptico	91	(35.0)	
Protocolo no Socializado	90	(34.6)	
Protocolo desactualizado	89	(34.2)	
Fuerza de infusión del dispositivo médico	34	(13.1)	
Efecto secundario	27	(10.4)	
Dependencia clínica del medicamento	25	(9.6)	
Requiere medicación para la realización del estudio	23	(8.8)	
Calidad del medicamento o dispositivo médico	19	(7.3)	
No Existe el protocolo	12	(4.6)	
Dosis excesiva	6	(2.3)	
Prueba diagnóstica no existente en la institución	2	(0.8)	
No procesamiento de prueba diagnostica	2	(0.8)	

La tabla 17 muestra los factores relacionados con la tarea y tecnología más incidentes en la aparición de EA fueron la no comprensión del protocolo por parte del trabajador (57,7%), no hay una descripción de la manera correcta de realizar la actividad en un documento (55,8%), Estandarización para el uso del equipo biomédico (52,3%). Los factores con menor influencia fueron Prueba diagnóstica no existente en la institución (0,8%) y No procesamiento de prueba diagnóstica (0,8%).

Tabla 18. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con el individuo (personal de salud)

Factores relacionados con el Individuo	n (%)	260	(100)
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo	235	(90.4)	
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos	202	(77.7)	
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	196	(75.4)	
Lapsus	194	(74.6)	
Educación incompleta al cuidador principal	164	(63.1)	
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	150	(57.7)	
Experticia	68	(26.2)	
Rasgos de personalidad	36	(13.8)	
No comprensión de la orden medica	10	(3.8)	
Medicamento mal preparado	6	(2.3)	
Administración de mayor dosis de medicamento ordenado	3	(1.2)	
No Administración del medicamento	3	(1.2)	
Estado de salud actual	1	(0.4)	

En la tabla 18 evidencia los factores más incidentes relacionados con el individuo en la aparición de EA son la no verificación del cumplimiento del protocolo (adherencia) es el más prevalente con 42,3%, seguido de la capacidad de manejo de equipos, insumo y dispositivos con un 36,3%, la planeación de jornadas laborales inadecuadas con un 35,3%, sin embargo, un factor atribuible a este es el lapsus que representa un 34,9% de este ítem.

Tabla 19. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con el equipo de trabajo.

Factores relacionadas con el equipo de trabajo	n (%)	260	(100)
No supervisión en la ejecución de tareas	246	(94.6)	
No colaboración en el equipo de trabajo	185	(71.2)	
No comunicación asertiva con el equipo	153	(58.8)	
Comunicación escrita no clara	45	(17.3)	
Multifuncionalidad del personal	2	(0.8)	

Los factores más incidentes que se relacionan en la tabla 19 con respecto a equipo de trabajo en la aparición de EA son la falta de supervisión en la

ejecución de las tareas (44,2%) y la no colaboración en el equipo de trabajo (33,3%), otros factores son la falta de comunicación asertiva (verbal y escrita) en el equipo de trabajo.

Tabla 20. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con el ambiente.

Factores relacionados con el ambiente	n (%)	260	(100)
Reutilización de materiales	18		(6.9)
Condiciones inadecuadas de las instalaciones	10		(3.8)
La coordinación no permite un acercamiento	7		(2.7)
Recurso humano insuficiente	7		(2.7)
Temor a sanciones disciplinarias	5		(1.9)
Daño en el equipo	4		(1.5)
Falta de señalización de infraestructura	4		(1.5)
Falta de disponibilidad de área para la atención	4		(1.5)
Cansancio Laboral	4		(1.5)
Patrón de turnos limita un buen desempeño	3		(1.2)
Sobrecarga de trabajo	3		(1.2)
Falta de inspección para evaluar el funcionamiento de equipos	3		(1.2)

En la tabla 20 se muestran los factores más incidentes relacionados con el ambiente en la aparición de EA son la falta de efectividad de los planes de acción (60.8%), la reutilización de materiales (6,9%), las condiciones inadecuadas de las instalaciones (3,8%), en menor proporción se encuentra el patrón de turno, la sobre carga de trabajo y la falta de inspección para evaluar el funcionamiento de equipos (1.2% cada uno).

Tabla 21. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con la organización y gerencia.

Factores relacionados con la Organización y gerencia	n (%)	260	(100)
Evaluación y retroalimentación de sus resultados	252	(96,9)	
No hay evidencia de planes de acción	242	(93,1)	
Falta de efectividad de los planes de acción	158	(60,8)	
No gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales	153	(58,8)	
Ausencia de capacitación	102	(39,2)	
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	95	(36,5)	
Limitación financiera para la ejecución de los planes de acción	20	(7,7)	
Procesos administrativos no claros	6	(2,3)	
Líder de proceso no da respuesta oportuna al suceso	2	(0,8)	
Recursos financiero insuficiente para solución de sucesos clínicos	2	(0,8)	

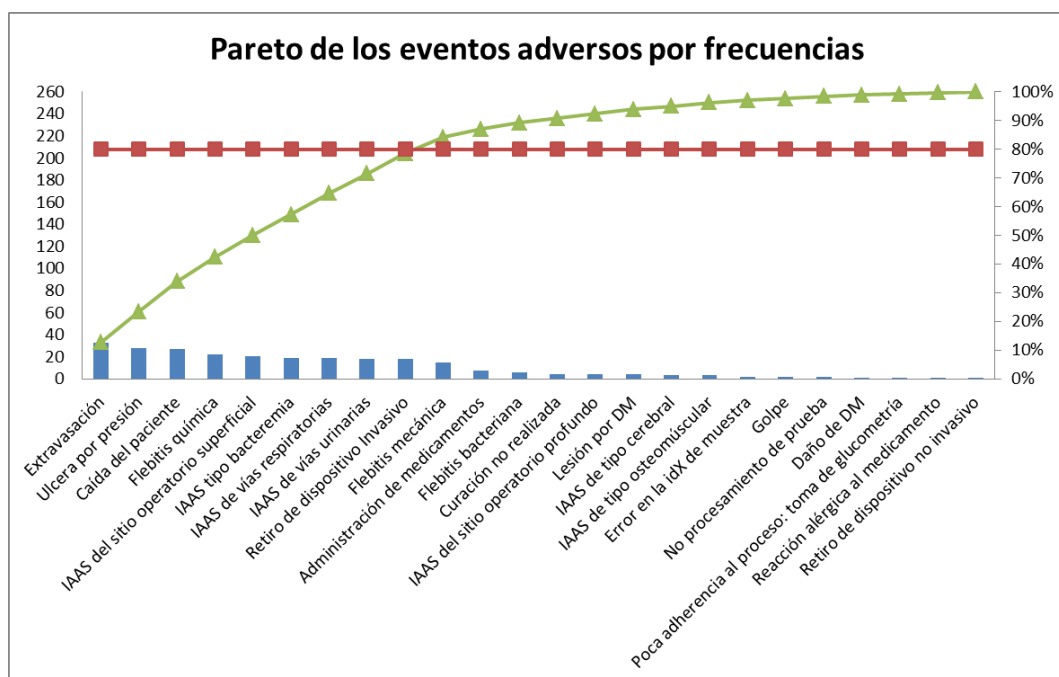
Los factores más incidentes relacionados con la organización y gerencia en la aparición de EA evidenciados en la tabla 21 son la evaluación y retroalimentación de sus resultados (96,9%), no hay evidencia de planes de acción (93,1%), no gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales (58,8%), en menor proporción se evidencia el líder del proceso no da respuesta oportuna al suceso (0,8%), y el recurso financiero insuficiente para la solución de sucesos clínicos (0,8%).

Tabla 22. Factores contributivos en la aparición de eventos adversos relacionados con el contexto institucional.

Factores relacionados con el contexto institucional	n (%)	260	(100)
No hay referenciación del proceso	20	(7,7)	
Limitación por proveedores	14	(5,4)	
Único proveedor	7	(2,7)	
Relación contractual con otras entidades	3	(1,2)	

En la tabla 22 se muestran los factores más incidentes relacionados con el contexto institucional en la aparición de EA son la referencia ión del proceso (7,7%), limitación por proveedores (5,4%), único proveedor (2,7%) y la relación contractual con otras entidades (1,2%).

Grafica 5. Pareto de los eventos adversos por frecuencias



Los eventos adversos más frecuentes según su ocurrencia son extravasación, úlceras por presión, caída del paciente, flebitis química, infección del sitio operatorio superficial, bacteremias, infecciones respiratorias, infección de vías urinarias y retiro de dispositivo invasivo siendo el 80% de los eventos adversos reportados.

Tabla 23. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de extravasaciones

Factores Contributivos que inciden en las extravasaciones	n (%)	33	(100)
Inherentes del paciente		33	(100)
Fuerza de infusión del dispositivo médico		33	(100)
No supervisión en la ejecución de tareas		31	(93,94)
Evaluación y retroalimentación de sus resultados		31	(93,94)
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos		27	(81,82)
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo		27	(81,82)
No hay evidencia de planes de acción		27	(81,82)
Estandarización para el uso del equipo biomédico		26	(78,79)
No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales		24	(72,73)
Lapsus		22	(66,67)

Falta de efectividad de los planes de acción	22 (66,67)
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	21 (63,64)
Educación incompleta al cuidador principal	20 (60,61)
No comunicación asertiva con el equipo	19 (57,58)
No colaboración en el equipo de trabajo	18 (54,55)
Requiere medicación para la realización del estudio	17 (51,52)
Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado	16 (48,48)
Ayuno prolongado	11 (33,33)
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad	11 (33,33)
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	9 (27,27)
Protocolo desactualizado	9 (27,27)
Protocolo no Socializado	9 (27,27)
Ausencia de capacitación	9 (27,27)
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	9 (27,27)
Comunicación no clara con su cuidador principal	8 (24,24)
Desconocimiento del protocolo	8 (24,24)
Patología de base y/o estado de salud	7 (21,21)
Antecedentes de enfermedad mental	5 (15,15)
Deterioro Neurológico por patología	5 (15,15)
Discapacidad Neurológica	5 (15,15)
Exptencia	5 (15,15)
Comportamientos y conductas no saludables	3 (9,09)
Efecto secundario	3 (9,09)
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	3 (9,09)
Comunicación escrita no clara	3 (9,09)
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	2 (6,06)
Único proveedor	2 (6,06)
Discapacidad física	1 (3,03)
Valores y creencias del paciente	1 (3,03)

En la tabla 23 muestra que los factores que de mayor ocurrencia para las extravasaciones son los inherentes al paciente (100%) y la fuerza de infusión del dispositivo medico (100%), otros factores como la no supervisión en la ejecución de las tareas (93,9%), la evaluación y retroalimentación de los resultados (93,9%), la capacidad y manejo de los equipos, insumos y dispositivos (81,8%), la no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo (81,8%) y la no evidencia de planes de acción (81,8%) también son muy influyentes en la ocurrencia de las extravasaciones.

Tabla 24. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de úlceras por presión

Factores contributivos que inciden en las úlceras por presión	28	(100)
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	28	(100)
No supervisión en la ejecución de tareas	28	(100)
Evaluación y retroalimentación de sus resultados	28	(100)
No hay evidencia de planes de acción	28	(100)
No colaboración en el equipo de trabajo	27	(96,43)
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad	26	(92,86)
Estandarización para el uso del equipo biomédico	26	(92,86)
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo	25	(89,29)
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos	24	(85,71)
Lapsus	24	(85,71)
No comunicación asertiva con el equipo	23	(82,14)
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	22	(78,57)
Discapacidad física	22	(78,57)
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	22	(78,57)
Desconocimiento del protocolo	22	(78,57)
Deterioro Neurológico por patología	18	(64,29)
Discapacidad Neurológica	18	(64,29)
Falta de efectividad de los planes de acción	18	(64,29)
No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales	17	(60,71)
Comunicación no clara con su cuidador principal	16	(57,14)
Patología de base y/o estado de salud	16	(57,14)
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	14	(50,00)
Educación incompleta al cuidador principal	14	(50,00)
Protocolo desactualizado	13	(46,43)
Protocolo no Socializado	13	(46,43)
Ausencia de capacitación	13	(46,43)
Ayuno prolongado	12	(42,86)
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	12	(42,86)
Comportamientos y conductas no saludables	10	(35,71)
Antecedentes de enfermedad mental	9	(32,14)
Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado	9	(32,14)
Experticia	5	(17,86)

Valores y creencias del paciente	4	(14,29)
Limitación financiera para la ejecución de los planes de acción	3	(10,71)
Procedimiento quirúrgico, angiográfico y diagnóstico de urgencia	2	(7,14)
Dependencia clínica del medicamento	1	(3,57)
Comunicación escrita no clara	1	(3,57)
No hay referenciación del proceso	1	(3,57)

Los factores que contribuyen a la ocurrencia de las úlceras por presión en este estudio, como lo muestra la tabla 24 son la planeación de jornadas laborales inadecuadas (100%), la no supervisión en la ejecución de tareas (100%), la evaluación y retroalimentación de sus resultados (100%), no hay evidencia de planes de acción (100%); otros factores que influyen en la Frecuencia son la no colaboración en el equipo de trabajo (96,4%), no hay descripción de la manera correcta de realizar la actividad (92,8%), la estandarización para el uso del equipo biomédico (92,8%), la no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo (89,2%), la capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos (85,7%), el lapsus (85,7%) y la no comunicación asertiva con el equipo (82, 1%).

Tabla 25. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de caídas del paciente

Factores contributivos que inciden en las caídas	n (%)	27 (100)
Evaluación y retroalimentación de sus resultados	27	(100)
Educación incompleta al cuidador principal	26	(96,30)
No hay evidencia de planes de acción	26	(96,30)
No supervisión en la ejecución de tareas	25	(92,59)
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo	24	(88,89)
Lapsus	22	(81,48)
Comunicación no clara con su cuidador principal	21	(77,78)
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	20	(74,07)
No colaboración en el equipo de trabajo	20	(74,07)
Falta de efectividad de los planes de acción	19	(70,37)
Comportamientos y conductas no saludables	18	(66,67)
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	18	(66,67)
Estandarización para el uso del equipo biomédico	18	(66,67)
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	17	(62,96)
No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales	16	(59,26)
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la	15	(55,56)

actividad	
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos	15 (55,56)
Rasgos de personalidad	14 (51,85)
Antecedentes de enfermedad mental	12 (44,44)
Deterioro Neurológico por patología	10 (37,04)
Discapacidad Neurológica	10 (37,04)
No comunicación asertiva con el equipo	10 (37,04)
Ausencia de capacitación	10 (37,04)
Patología de base y/o estado de salud	9 (33,33)
Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado	9 (33,33)
No Existe el protocolo	9 (33,33)
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	9 (33,33)
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	8 (29,63)
Ayuno prolongado	7 (25,93)
Discapacidad física	6 (22,22)
Condiciones inadecuadas de las instalaciones	6 (22,22)
Valores y creencias del paciente	5 (18,52)
Experticia	4 (14,81)
Requiere medicación para la realización del estudio	3 (11,11)
Comunicación escrita no clara	3 (11,11)
Falta de señalización de infraestructura	3 (11,11)
Limitación financiera para la ejecución de los planes de acción	3 (11,11)
No comprensión de la orden medica	2 (7,41)
No red de apoyo	1 (3,70)
Desconocimiento del protocolo	1 (3,70)
Protocolo desactualizado	1 (3,70)
Protocolo no Socializado	1 (3,70)
Temor a sanciones disciplinarias	1 (3,70)
Daño en equipo	1 (3,70)
falta de inspección para evaluar el funcionamiento de equipos	1 (3,70)
Falta disponibilidad de área para la atención	1 (3,70)
Líder de proceso no da respuesta oportuna al suceso	1 (3,70)
Procesos administrativos no claros	1 (3,70)

En la tabla 25 muestra que los factores que de mayor Frecuencia para las caídas son la evaluación y retroalimentación de sus resultados (100%), la educación incompleta al cuidador principal (96,3%), no hay evidencia de planes de acción (96,3%), la no supervisión en la ejecución de tareas (92,5%), la no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo (88,8%), el lapsus (81,4%).

Tabla 26. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de flebitis química

Factores contributivos que inciden en las flebitis química	n (%)	22	(100)
Efecto secundario	21	(95,45)	
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo	21	(95,45)	
Evaluación y retroalimentación de sus resultados	21	(95,45)	
No supervisión en la ejecución de tareas	20	(90,91)	
No hay evidencia de planes de acción	19	(86,36)	
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos	17	(77,27)	
Patología de base y/o estado de salud	15	(68,18)	
Dependencia clínica del medicamento	15	(68,18)	
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	15	(68,18)	
Lapsus	15	(68,18)	
No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales	15	(68,18)	
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	14	(63,64)	
Falta de efectividad de los planes de acción	14	(63,64)	
Educación incompleta al cuidador principal	13	(59,09)	
Comunicación no clara con su cuidador principal	11	(50,00)	
No colaboración en el equipo de trabajo	11	(50,00)	
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad	9	(40,91)	
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	7	(31,82)	
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	7	(31,82)	
Desconocimiento del protocolo	6	(27,27)	
Protocolo desactualizado	6	(27,27)	
Protocolo no Socializado	6	(27,27)	
Ausencia de capacitación	6	(27,27)	
Discapacidad física	5	(22,73)	
No comunicación asertiva con el equipo	5	(22,73)	
Ayuno prolongado	4	(18,18)	
Discapacidad Neurológica	4	(18,18)	
Inherentes del paciente	4	(18,18)	
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	4	(18,18)	
Experticia	4	(18,18)	
Comunicación escrita no clara	4	(18,18)	
Deterioro Neurológico por patología	3	(13,64)	

Estandarización para el uso del equipo biomédico	3 (13,64)
Medicamento mal preparado	3 (13,64)
La coordinación no permite un acercamiento	3 (13,64)
Temor a sanciones disciplinarias	3 (13,64)
Procedimiento quirúrgico, angiográfico y diagnóstico de urgencia	2 (9,09)
Recurso Humano insuficiente	2 (9,09)
Calidad del medicamento o dispositivo médico	1 (4,55)
Fuerza de infusión del dispositivo médico	1 (4,55)
Requiere medicación para la realización del estudio	1 (4,55)
Estado de salud actual	1 (4,55)
No comprensión de la orden medica	1 (4,55)
Rasgos de personalidad	1 (4,55)
Relación contractual con otras entidades	1 (4,55)

Los factores que contribuyen a la ocurrencia de las flebitis químicas en este estudio, como lo muestra la tabla 26 son el efecto secundario (95,4%), la no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo (95,4%), la evaluación y retroalimentación de sus resultados (95,4%), la no supervisión en la ejecución de las tareas (90,9%) y no hay evidencia de planes de acción (86,3%).

Tabla 27. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de infección del sitio operatorio superficial

Factores contributivos que inciden en la infección del sitio operatorio superficial	n (%)	20	(100)
Uso de antiséptico	20	(100)	
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo	20	(100)	
Evaluación y retroalimentación de sus resultados	20	(100)	
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	19	(95,00)	
No supervisión en la ejecución de tareas	19	(95,00)	
No hay evidencia de planes de acción	19	(95,00)	
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	18	(90,00)	
Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado	17	(85,00)	
Educación incompleta al cuidador principal	16	(80,00)	
No colaboración en el equipo de trabajo	16	(80,00)	
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos	14	(70,00)	
Lapsus	14	(70,00)	
Comunicación no clara con su cuidador principal	13	(65,00)	
Patología de base y/o estado de salud	12	(60,00)	
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	12	(60,00)	
Falta de efectividad de los planes de acción	12	(60,00)	
Ayuno prolongado	11	(55,00)	
No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales	11	(55,00)	
Estandarización para el uso del equipo biomédico	10	(50,00)	
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad	9	(45,00)	
No comunicación asertiva con el equipo	9	(45,00)	
Ausencia de capacitación	8	(40,00)	
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	8	(40,00)	
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	7	(35,00)	
Desconocimiento del protocolo	7	(35,00)	
Protocolo desactualizado	7	(35,00)	
Protocolo no Socializado	7	(35,00)	
Experticia	5	(25,00)	
Deterioro Neurológico por patología	4	(20,00)	
Discapacidad Neurológica	3	(15,00)	
Comunicación escrita no clara	2	(10,00)	
La coordinación no permite un acercamiento	2	(10,00)	
Antecedentes de enfermedad mental	1	(5,00)	

Discapacidad física	1	(5,00)
Dependencia clínica del medicamento	1	(5,00)
No Existe el protocolo	1	(5,00)
Recurso Humano insuficiente	1	(5,00)
Temor a sanciones disciplinarias	1	(5,00)
Líder de proceso no da respuesta oportuna al suceso	1	(5,00)
Procesos administrativos no claros	1	(5,00)

En la tabla 27 muestra que los factores que de mayor Frecuencia para las infecciones del sitio operatorio superficial son el uso de antiséptico (100%), la no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo (100%), la evaluación y retroalimentación de sus resultados (100%), la planeación de jornadas laborales inadecuadas (95%), la no supervisión en la ejecución de tareas (95%), no hay evidencia de planes de acción (95%), la alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada (90%), procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnostico programado (85%), la educación incompleta al cuidador principal (80%) y la no colaboración en el equipo de trabajo (80%).

Tabla 28. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de bacterémias

Factores contributivos que inciden en las Bacteremias n (%)	19	(100)
Uso de antiséptico	19	(100)
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos	19	(100)
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo	19	(100)
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	19	(100)
No supervisión en la ejecución de tareas	19	(100)
Evaluación y retroalimentación de sus resultados	19	(100)
No hay evidencia de planes de acción	19	(100)
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	17	(89,47)
Ayuno prolongado	17	(89,47)
No colaboración en el equipo de trabajo	17	(89,47)
Educación incompleta al cuidador principal	14	(73,68)
Estandarización para el uso del equipo biomédico	13	(68,42)
Comunicación no clara con su cuidador principal	12	(63,16)
Desconocimiento del protocolo	12	(63,16)
Protocolo desactualizado	12	(63,16)
Protocolo no Socializado	12	(63,16)
Lapsus	12	(63,16)

Ausencia de capacitación	12 (63,16)
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	12 (63,16)
Patología de base y/o estado de salud	11 (57,89)
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad	11 (57,89)
No comunicación asertiva con el equipo	11 (57,89)
Falta de efectividad de los planes de acción	11 (57,89)
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	10 (52,63)
Deterioro Neurológico por patología	9 (47,37)
Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado	9 (47,37)
Discapacidad Neurológica	7 (36,84)
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	7 (36,84)
No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales	7 (36,84)
Experticia	6 (31,58)
Discapacidad física	5 (26,32)
Comunicación escrita no clara	4 (21,05)
Antecedentes de enfermedad mental	3 (15,79)

Los factores que contribuyen a la ocurrencia de las bacterémias en este estudio, como lo muestra la tabla 28 son el uso de antiséptico (100%), la capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos (100%), la no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo (100%), la planeación de jornadas laborales inadecuadas (100%), la no supervisión en la ejecución de las tareas (100%), la evaluación y retroalimentación de sus resultados (100%), no hay evidencia de planes de acción (100%), la alta rotación y/o estancia hospitalaria (89,4%), el ayuno prolongado (89,4%) y la no colaboración en el equipo de trabajo (89,4%).

Tabla 29. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de infecciones respiratorias

Factores contributivos que inciden en las infecciones respiratorias	n (%)	19	(100)
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	19	(100)	
Uso de antiséptico	19	(100)	
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo	19	(100)	
No supervisión en la ejecución de tareas	19	(100)	
Evaluación y retroalimentación de sus resultados	19	(100)	
No hay evidencia de planes de acción	19	(100)	
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad	18	(94,74)	
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	18	(94,74)	
Reutilización de materiales	18	(94,74)	
No colaboración en el equipo de trabajo	17	(89,47)	
No comunicación asertiva con el equipo	17	(89,47)	
Ayuno prolongado	16	(84,21)	
Estandarización para el uso del equipo biomédico	16	(84,21)	
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos	16	(84,21)	
Lapsus	16	(84,21)	
Deterioro Neurológico por patología	14	(73,68)	
Patología de base y/o estado de salud	14	(73,68)	
No hay referenciación del proceso	13	(68,42)	
Comunicación no clara con su cuidador principal	12	(63,16)	
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	12	(63,16)	
Falta de efectividad de los planes de acción	12	(63,16)	
Limitación financiera para la ejecución de los planes de acción	12	(63,16)	
Limitación por proveedores	12	(63,16)	
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	11	(57,89)	
No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales	10	(52,63)	
Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado	9	(47,37)	
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	9	(47,37)	
Discapacidad Neurológica	8	(42,11)	
Desconocimiento del protocolo	8	(42,11)	
Protocolo desactualizado	8	(42,11)	
Protocolo no Socializado	8	(42,11)	
Ausencia de capacitación	8	(42,11)	

Discapacidad física	5 (26,32)
Antecedentes de enfermedad mental	3 (15,79)
Educación incompleta al cuidador principal	3 (15,79)
Experticia	2 (10,53)
Comunicación escrita no clara	2 (10,53)
Procedimiento quirúrgico, angiográfico y diagnóstico de urgencia	1 (5,26)
Rasgos de personalidad	1 (5,26)
Recurso Humano insuficiente	1 (5,26)

En la tabla 29 muestra que los factores que de mayor Frecuencia para las infecciones respiratorias son la alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada (100%), el uso de antiséptico (100%), la no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo (100%), la no supervisión en la ejecución de las tareas (100%), evaluación y retroalimentación de sus resultados (100%), no hay evidencia de planes de acción (100%), no hay descripción de la manera correcta de realizar la actividad (94,7%), la planeación de jornadas laborales inadecuadas (94,7%), la reutilización de materiales (94,7%), la no colaboración en el equipo de trabajo (89,4%), la no colaboración en el equipo de trabajo (89,4%), la no comunicación asertiva con el equipo (89,4%), ayuno prolongado (84,2%), la estandarización para el uso del equipos biomédicos (84,2%), la capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos (84,2%) y el lapsus (84,2%).

Tabla 30. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de infección de vías urinarias

Factores contributivos que inciden en la infección de vías urinarias	n (%)	18	(100)
Ayuno prolongado	18	(100)	
Uso de antiséptico	18	(100)	
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo	18	(100)	
No supervisión en la ejecución de tareas	18	(100)	
Evaluación y retroalimentación de sus resultados	18	(100)	
No hay evidencia de planes de acción	18	(100)	
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos	17	(94,44)	
Lapsus	17	(94,44)	
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	17	(94,44)	
No colaboración en el equipo de trabajo	17	(94,44)	
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	16	(88,89)	
Educación incompleta al cuidador principal	15	(83,33)	
Falta de efectividad de los planes de acción	15	(83,33)	
Estandarización para el uso del equipo biomédico	14	(77,78)	

Comunicación no clara con su cuidador principal	13 (72,22)
Patología de base y/o estado de salud	12 (66,67)
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	12 (66,67)
No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales	11 (61,11)
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	10 (55,56)
Discapacidad Neurológica	8 (44,44)
Deterioro Neurológico por patología	7 (38,89)
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	7 (38,89)
Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado	6 (33,33)
Desconocimiento del protocolo	6 (33,33)
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad	6 (33,33)
Protocolo desactualizado	6 (33,33)
Protocolo no Socializado	6 (33,33)
No comunicación asertiva con el equipo	6 (33,33)
Ausencia de capacitación	6 (33,33)
Antecedentes de enfermedad mental	5 (27,78)
Discapacidad física	3 (16,67)
Comunicación escrita no clara	3 (16,67)
Experticia	1 (5,56)
No hay referenciación del proceso	1 (5,56)

Los factores que contribuyen a la ocurrencia de las infecciones de vías urinarias en este estudio, como lo muestra la tabla 30 son el ayuno prolongado (100%), el uso de antiséptico (100%), la no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo (100%), la no supervisión en la ejecución de las tareas (100%), la evaluación y retroalimentación de sus resultados (100%), no hay evidencia de planes de acción (100%), la capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos (94,4%), el lapsus (94,4%), la planeación de jornadas laborales inadecuadas (94,4%), la no colaboración en el equipo de trabajo (94,4%), la alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada (88,89%), la educación incompleta al cuidador principal (83,3%) y la falta de efectividad de los planes de acción (83,3%).

Tabla 30. Frecuencia de factores contributivos para la ocurrencia de retiro de dispositivos invasivos.

Factores contributivos que inciden en el retiro de dispositivos invasivos	n (%)	18	(100)
Experticia	18	(100)	
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	18	(100)	
Rasgos de personalidad	18	(100)	
No supervisión en la ejecución de tareas	18	(100)	
Evaluación y retroalimentación de sus resultados	18	(100)	
Comportamientos y conductas no saludables	17	(94,44)	
No comunicación asertiva con el equipo	17	(94,44)	
No hay evidencia de planes de acción	17	(94,44)	
Comunicación no clara con su cuidador principal	16	(88,89)	
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo	16	(88,89)	
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	15	(83,33)	
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad	15	(83,33)	
Comunicación escrita no clara	15	(83,33)	
Lapsus	14	(77,78)	
No colaboración en el equipo de trabajo	14	(77,78)	
Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado	12	(66,67)	
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos	12	(66,67)	
Educación incompleta al cuidador principal	12	(66,67)	
Falta de efectividad de los planes de acción	12	(66,67)	
Patología de base y/o estado de salud	11	(61,11)	
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	11	(61,11)	
No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales	10	(55,56)	
Deterioro Neurológico por patología	9	(50,00)	
Discapacidad Neurológica	8	(44,44)	
Ayuno prolongado	7	(38,89)	
Ausencia de capacitación	7	(38,89)	
Dependencia clínica del medicamento	6	(33,33)	
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	6	(33,33)	
Protocolo desactualizado	5	(27,78)	
Protocolo no Socializado	5	(27,78)	
Desconocimiento del protocolo	4	(22,22)	
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	3	(16,67)	
Discapacidad física	2	(11,11)	

No Existe el protocolo	2 (11,11)
Procedimiento quirúrgico, angiográfico y diagnóstico de urgencia	1 (5,56)
Valores y creencias del paciente	1 (5,56)
Estandarización para el uso del equipo biomédico	1 (5,56)
No comprensión de la orden medica	1 (5,56)
Procesos administrativos no claros	1 (5,56)
No hay referenciación del proceso	1 (5,56)

En la tabla 31 muestra que los factores que de mayor Frecuencia para el retiro de dispositivos invasivos son la experticia (100%), la planeación de jornadas laborales inadecuadas (100%), los rasgos de personalidad (100%), la no supervisión en la ejecución de tareas (100%), la evaluación y retroalimentación de sus resultados (100%), los comportamientos y conductas no saludables (94,4%), la no comunicación asertiva con el equipo de trabajo (94,4%), la no evidencia de planes de acción (94,4%), la no comunicación clara con su cuidador principal (88,89%), la no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo (88,8%), el lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento (83,3%), no hay descripción de la manera correcta de realizar la actividad (83,3%) y la comunicación escrita no clara (83,3%).

6.4. DISTRIBUCIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE PERSONA, LUGAR Y TIEMPO.

La tabla 23 muestra que el género en los pacientes que presentaron un Incidente se distribuyó entre hombres (42,5%) y mujeres (38,0%). La edad fluctuó entre 1 y 89 años con una media de 67 años; un 75% de ellos tenían una edad menor o igual a 74,8 años.

Tabla 31. Características generales de la población con incidente

Género	n (%)	266	100
Masculino		113	(42.5)
Femenino		101	(38.0)
No aplica		52	(19.5)
Edad (Años)	n (%)	260	(100)
Media +/- D. Estándar		63.2	+/- 16,1
Rango		1	89
Mediana			67
Rango intercuartil		55	- 74.8
Grupo Patológico	n (%)	266	(100)
No relacionado		152	(57.14)
Cirugía cardiorácico		21	(7.89)
Nefrología trasplante		20	(7.52)
Cardiología		16	(6.02)
Neurología		14	(5.26)
Vascular periférico		7	(2.63)
Falla cardiaca		6	(2.26)
Neuroradiología		6	(2.26)
Cardiología invasiva		5	(1.88)
Electrofisiología		4	(1.50)
Cardiología trasplante		3	(1.13)
Neumología		3	(1.13)
Gastrología		2	(0.75)
Nefrología		2	(0.75)
Neurocirugía		2	(0.75)
Tórax Diagnóstico		2	(0.75)
Otras patologías diagnosticas		1	(0.38)
EPS	n (%)	266	(100)
Emssanar		61	(22.93)
No aplica		53	(19.92)
SOS		41	(15.41)
Nueva EPS		22	(8.27)
Comfenalco		13	(4.89)
Sura		13	(4.89)
Coomeva		12	(4.51)
Otras EPS		51	(19.20)

Régimen	n (%)	266	(100)
Contributivo		128	(48.12)
Subsidiado		73	(27.44)
No aplica		53	(19.92)
Aseguradoras		7	(2.63)
Régimen especial		4	(1.50)
Particular		1	(0.38)

El 7,8% de los pacientes son del grupo patológico de cirugía cardiotorácica, nefrología trasplante (7,5), cardiología (6.02%), neurología (5,2%), en este grupo destacan los no incidentes no relacionados con pacientes con 57.1%.

El 48,1% del grupo en estudio corresponde al régimen contributivo, un 27,4% al régimen subsidiado y una mínima parte a aseguradoras. Los incidentes que no se relacionan a pacientes no tienen régimen respectivo.

Tabla 32. Características generales de la distribución de incidentes.

Mes	n (%)	266	(100)
Enero		5	(1.88)
Febrero		3	(1.13)
Marzo		22	(8.27)
Abril		6	(2.26)
Mayo		23	(8.65)
Junio		19	(7.14)
Julio		17	(6.39)
Agosto		23	(8.65)
Septiembre		40	(15.04)
Octubre		16	(6.02)
Noviembre		48	(18.05)
Diciembre		44	(16.54)
Lesión	n (%)	266	(100)
No		261	(98.12)
Si		5	(1.88)
Impacto	n (%)	266	(100)
I4		240	(90.23)
I3		14	(5.26)
I1		9	(3.38)
I2		3	(1.13)

Prevenible	n (%)	266	(100)
Si		246	(92.48)
No		20	(7.52)

El comportamiento de la Frecuencia de Incidentes que se evidencia en la tabla 24 presenta fluctuaciones notándose una mayor ocurrencia entre los meses de marzo (8.2%), mayo (8,6%), agosto (8,6%), septiembre (15,0%), noviembre (18,0%) y diciembre (16,5%).

Del total de reportes el 90.2% se clasificaron como I4 (Error que alcanzó al paciente y que requirió la supervisión o confirmación de que no causo daño), seguido por el I3 con un 5,2% (Error que alcanzó al paciente pero no le causó daño), I1 con un 3,3% (Situaciones o circunstancias que se podrían transformar en un error) y I2 con un 3,3% (Error que no alcanzó al paciente).

El 92,4% fueron clasificados como prevenibles y el 98,1% se reportaron sin lesión.

En la Tabla 25 muestra el tipo de Incidente con mayor prevalencia de reporte fue rechazo de muestra sanguínea en la fase pre/ trans/ post analítica (39,1%), administración errada de medicamentos (24,0%), calidad de dispositivo médico (16,5%), cancelación de procedimientos (2,6%), error en la identificación del paciente (3,7%).

Tabla 33. Prevalencia del tipo de incidente reportado

Tipo de Suceso	n (%)	266	(100)
Rechazo de muestras sanguíneas en la fase pre analítica, analítica o post analítica	104		(39.10)
Administración de medicamentos	64		(24.06)
Calidad del dispositivo médico	44		(16.54)
Cancelación del procedimiento	7		(2.63)
Error en la identificación del paciente: informe	6		(2.26)
Poca adherencia al proceso: control de líquidos administrados y eliminados	6		(2.26)
Venopunción vencida	5		(1.88)
Calidad del medicamento	4		(1.50)
Curación no realizada	4		(1.50)
Daño en la infraestructura del cubículo o habitación	4		(1.50)
Error en la identificación del paciente	2		(0.75)
Error en la identificación del paciente: muestra	2		(0.75)
Disponibilidad del medicamento	2		(0.75)
Fuga de paciente	2		(0.75)
Procedimiento equivocado	2		(0.75)
Aislamiento inadecuado	1		(0.38)
Daño de dispositivo médico	1		(0.38)
Golpe	1		(0.38)
No procesamiento de prueba	1		(0.38)
Poca adherencia al proceso: toma de glucometría	1		(0.38)
Procedimiento en lugar equivocado	1		(0.38)
Reacción alérgica al medicamento	1		(0.38)
Retiro de dispositivo no invasivo	1		(0.38)
Asociado a (según la clasificación de la OMS)	n (%)	266	(100)
Relacionado con informe de examen	112		(42.11)
Uso de medicamentos	67		(25.19)
Cuidados en la atención en salud	64		(24.06)
Uso de dispositivos médicos	12		(4.51)
Relacionado con cirugía y/o procedimientos	7		(2.63)
Relacionado con error en el diagnóstico	4		(1.50)

La prevalencia de los reportes de Incidentes según la clasificación de la OMS se relacionaron con el informe de examen (42,1%), uso de medicamentos (25,1%), cuidados en la atención en salud (24,0%), uso de dispositivos médicos (4,51%), relacionado con cirugía y/o procedimientos (2,6%) y error en el diagnóstico (1,5%).

Tabla 34. Características del servicio

Servicio del reporte n (%)	266	(100)
Laboratorio clínico	104	(39.10)
Unidad de cuidados intensivos	81	(30.45)
Unidad de cuidados intermedios	24	(9.02)
Hospitalización	20	(7.52)
Área de Imágenes Diagnósticas	12	(4.51)
Urgencias	7	(2.63)
Cirugía	4	(1.50)
Resonancia	4	(1.50)
Angiografía	2	(0.75)
Atención y seguimiento al usuario	2	(0.75)
Gestión Clínica	2	(0.75)
Laboratorio de inmunogenética	2	(0.75)
Servicio Farmacéutico	2	(0.75)
Servicio del suceso n (%)	266	(100)
Unidad de cuidados intensivos	83	(31.20)
Urgencias	54	(20.30)
Mantenimiento	44	(16.54)
Hospitalización	29	(10.90)
Unidad de cuidados intermedios	26	(9.77)
Servicio farmacéutico	9	(3.38)
Resonancia	5	(1.88)
Trasplante (cardíaco y renal)	4	(1.50)
Angiografía	3	(1.13)
Endoscopia	3	(1.13)
Cirugía	2	(0.75)
Laboratorio de inmunogenética	2	(0.75)
Tomografía	2	(0.75)
Tipo de prestación n (%)	266	(100)
Hospitalario	250	(93.98)
Ambulatorio	16	(6.02)

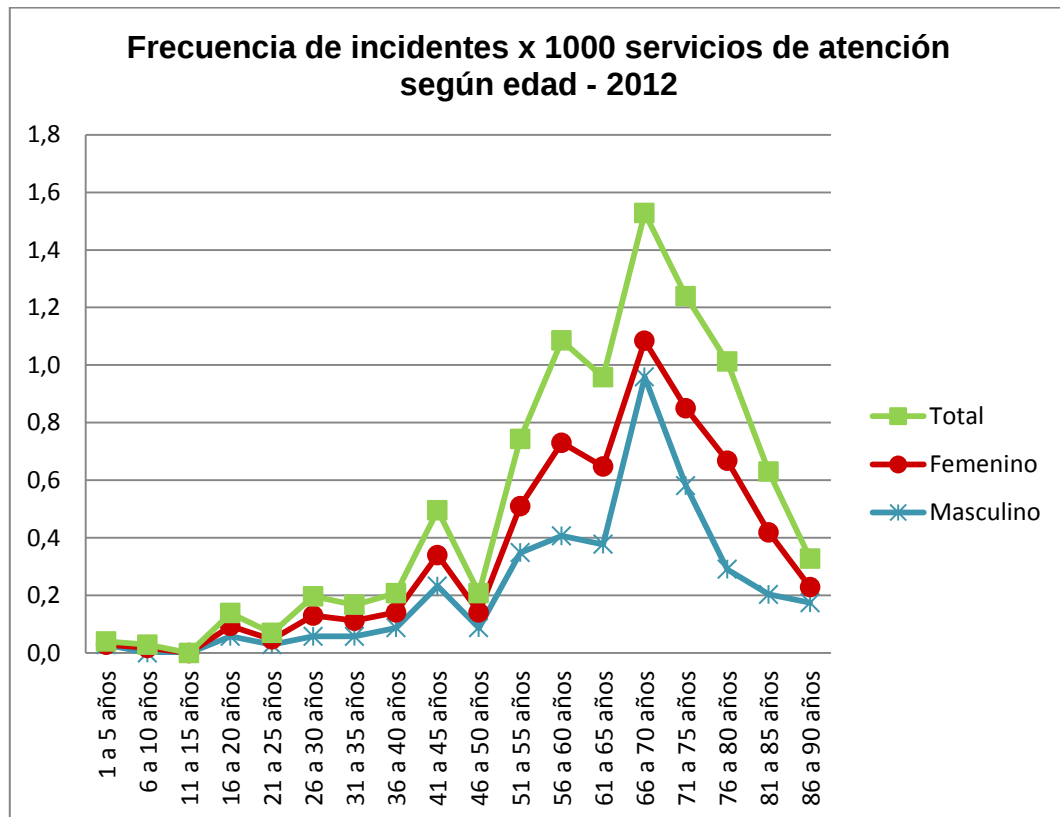
En la descripción de los servicios tanto que presentan y reportan incidentes mostrados en la tabla 26 tenemos a la Unidad de Cuidados intensivos es la que más prevalece en este tipo de hallazgos (31,2% – 30,4% respectivamente), sin embargo, el servicio que más reportes de incidentes realiza es el laboratorio clínico (39,1%). El segundo servicio con mayor frecuencia es urgencias (20,3%).

El 93,9% de los incidentes se presentaron durante la hospitalización del paciente, mientras que el 6,0% se presentaron en pacientes ambulatorios.

Tabla 35. Frecuencia (x 1000 atenciones) de incidentes según edad y género

Edad (años)	Ocurrencia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
1 a 5 años	0,0	0,0	0,0
6 a 10 años	0,0	0,0	0,0
11 a 15 años	0,0	0,0	0,0
16 a 20 años	0,1	0,0	0,0
21 a 25 años	0,0	0,0	0,0
26 a 30 años	0,1	0,1	0,1
31 a 35 años	0,1	0,1	0,1
36 a 40 años	0,1	0,1	0,1
41 a 45 años	0,2	0,1	0,2
46 a 50 años	0,1	0,1	0,1
51 a 55 años	0,3	0,2	0,2
56 a 60 años	0,4	0,3	0,4
61 a 65 años	0,4	0,3	0,3
66 a 70 años	1,0	0,1	0,4
71 a 75 años	0,6	0,3	0,4
76 a 80 años	0,3	0,4	0,3
81 a 85 años	0,2	0,2	0,2
86 a 90 años	0,2	0,1	0,1
Total general	4,0	2,2	2,9

Gráfica 5. Frecuencia de incidentes por 1000 servicios de atención según grupo etáreo.

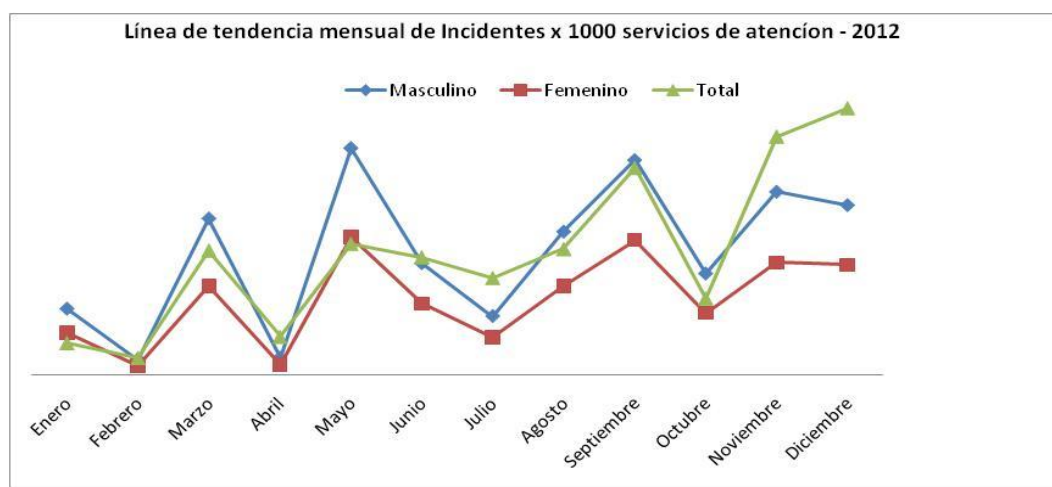


La frecuencia de Incidentes fue de 2,9; mayor en hombres (4,0) que en mujeres (2,2). Según el grupo de edad de 52 a 73 años en los hombres se presenta 4,4. La tendencia en hombres mayores de 52 años es el doble a las mujeres.

Tabla 36. Frecuencia (x 1000 atenciones) de incidentes según mes y género.

Mes	Ocurrencia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Enero	1.6	1.0	0.8
Febrero	0.4	0.2	0.4
Marzo	3.7	2.1	2.9
Abril	0.4	0.2	0.9
Mayo	5.4	3.3	3.1
Junio	2.6	1.7	2.8
Julio	1.4	0.9	2.3
Agosto	3.4	2.1	3.0
Septiembre	5.1	3.2	4.9
Octubre	2.4	1.5	1.8
Noviembre	4.3	2.7	5.6
Diciembre	4.0	2.6	6.3
Total	2.9	1.8	3.0

Gráfica 6. Tendencia de incidentes por 1000 servicios de atención según mes

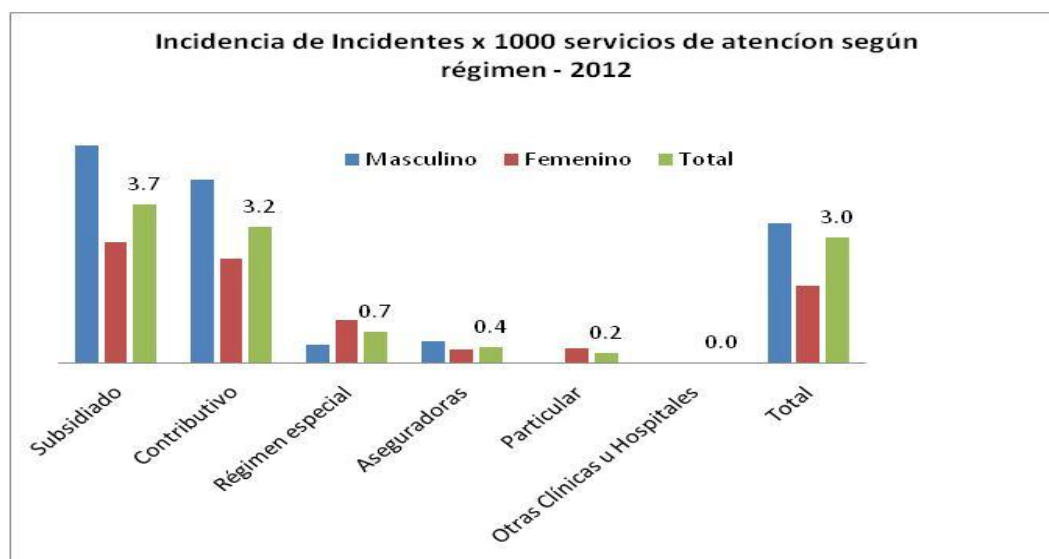


La tendencia de los Incidentes reportados en el año 2012 fue mayor en hombres (2,9) que en mujeres (1,8), presentando fluctuaciones entre los meses de mayo (3,1), septiembre (4.9), noviembre (5,6) y diciembre (6,3).

Tabla 37. Frecuencia (x 1000 atenciones) de incidentes según régimen y género

Régimen	Ocurrencia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Subsidiado	5.1	2.9	3.7
Contributivo	4.3	2.5	3.2
Régimen especial	0.4	1.0	0.7
Aseguradoras	0.5	0.3	0.4
Particular	0.0	0.3	0.2
Total	3.3	1.8	3.0

Gráfica 7. Frecuencia de incidentes por 1000 servicios de atención según régimen.



La frecuencia de los Incidentes según régimen de atención reportados en el año 2012 fue de 3, en mayor proporción para el régimen subsidiado (3,7) tanto en hombres (5.1) como en mujeres (2,9), seguidos por el régimen contributivo (3,2) para hombres (4.3) como mujeres (2.5). En menor proporción el régimen especial (0.7), aseguradoras (0.4) y particulares (0.2). Los hombres presentaron casi el doble en relación a las mujeres.

Tabla 38. Frecuencia (x 1000 atenciones) de incidentes según Entidad Promotora de Salud y género

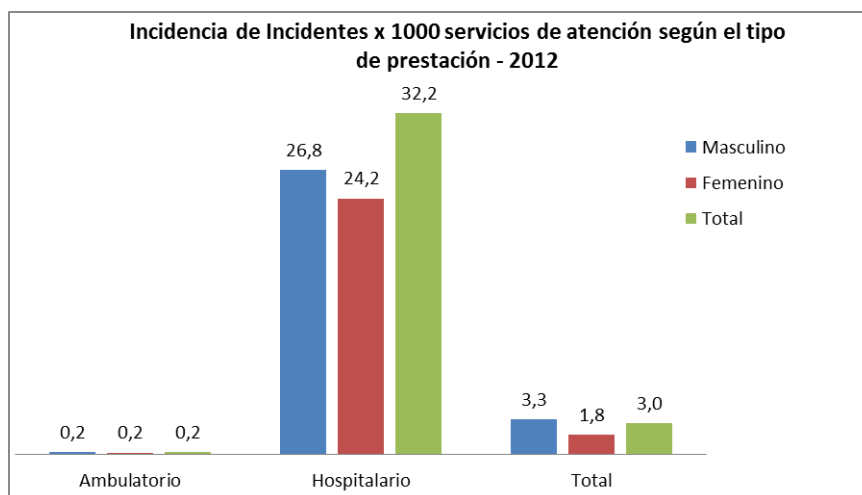
EPS	Ocurrencia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
SOS	6,0	3,0	6,0
Sura	5,8	2,9	5,8
Emssanar	5,4	3,3	5,4
Nueva EPS	5,3	2,5	5,3
Coomeva	5,2	1,2	5,2
Saludcoop	2,8	2,3	2,8
Comfenalco	0,8	2,5	0,8
Otras EPS	62,0	38,0	56,9
Total	3,3	1,8	3,0

La frecuencia de Incidentes según Entidad Promotora de Salud fue en mayor proporción para Servicio Occidental de Salud (6,0), sura (5,8), Emssanar (5,4), nueva EPS (5,3), Coomeva (5,2). En relación al género fue más predominante en los hombre (3,3) que en las mujeres (1,8).

Tabla 39. Frecuencia (x 1000 atenciones) de incidentes según tipo de prestación y género.

Tipo de prestación	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Ambulatorio	0.2	0.2	0.2
Hospitalario	26.8	24.2	32.2
Total	3.3	1.8	3.0

Gráfica 8. Frecuencia de incidentes por 1000 servicios de atención según tipo de prestación.



La frecuencia de los Incidentes según el tipo de prestación se mostró en mayor proporción para el ámbito hospitalario (3,3) tanto en hombres (26,8) como en mujeres (24,2); el ámbito ambulatorio la proporción de Incidentes no es significativa (0,2).

6.5 DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE PERSONA, LUGAR Y TIEMPO.

En la tabla 32 muestra el género en los pacientes que presentaron una Complicación se distribuyó entre hombres (56,5%) y mujeres (43,3%). La edad fluctuó entre 8 y 85 años con una media de 52,6 años; un 75% de ellos tenían una edad menor o igual a 77,2 años.

Tabla 40. Características generales de la población con complicaciones.

Género	n (%)	30	(100)
Masculino		17	(56,67)
Femenino		13	(43,33)
Edad (Años)	n (%)	30	(100)
Media +/- D. Estándar		52,86	+/- 23,63
Rango		8 -	85
Mediana			56
Rango intercuartil		31	- 77,2
Grupo patológico	n (%)	30	(100)
Neurología		10	(33,33)
Cardiología		6	(20,00)
Cirugía cardiorácico		4	(13,33)
Cardiología invasiva		2	(6,67)
Otras patologías diagnosticas		2	(6,67)
Abdomen Diagnóstico		1	(3,33)
Gastrología		1	(3,33)
Ginecología diagnostico		1	(3,33)
Neurocirugía		1	(3,33)
Tórax Diagnóstico		1	(3,33)
Vascular periférico		1	(3,33)
EPS	n (%)	30	(100)
Coomeva		6	(20,00)
Comfenalco		5	(16,67)
Nueva EPS		3	(10,00)
Sanitas		3	(10,00)
Sura		3	(10,00)
Colsanitas medicina prepagada		2	(6,67)
Cruz Blanca		2	(6,67)
SOS		2	(6,67)
Cafesalud		1	(3,33)
Ecopetrol		1	(3,33)
Medisanitas medicina prepagada		1	(3,33)
Saludcoop		1	(3,33)

Régimen	n (%)	30	(100)
Contributivo	28	(93,33)	
Subsidiado	1	(3,33)	
Régimen especial	1	(3,33)	

El 33,3 % de los pacientes son del grupo patológico de neurología, cardiología (20,0%) cirugía cardiorácica (13,3%), cardiología invasiva (6,6%), otras patologías diagnosticas (16,5%).

El 93,3% del grupo en estudio corresponde al régimen contributivo, un 3,3% al régimen subsidiado y a régimen especial.

Tabla 41. Características generales de la distribución de complicaciones.

Mes	n (%)	30	(100)
Enero	1	(3,33)	
Febrero	3	(10,00)	
Marzo	5	(16,67)	
Abril	3	(10,00)	
Mayo	3	(10,00)	
Junio	1	(3,33)	
Julio	1	(3,33)	
Agosto	4	(13,33)	
Septiembre	4	(13,33)	
Octubre	3	(10,00)	
Noviembre	1	(3,33)	
Diciembre	1	(3,33)	
Lesión	n (%)	30	(100)
Si	30	(100)	
No	0	(0,00)	
Impacto	n (%)	30	(100)
C	30	(100)	
Prevenible	n (%)	30	(100)
No	30	(100)	
Si	0	(0,00)	

En la tabla 33 evidencia el comportamiento de la frecuencia de Complicaciones presenta fluctuaciones notándose una mayor ocurrencia entre los meses de marzo (16,6%), agosto (13,3%) y septiembre (13,3%).

El 100% fueron clasificados como no prevenibles y reportaron lesión.

En la tabla 34 evidencia el tipo de complicación con mayor prevalencia de reporte fue reacción alérgica a medio de contraste (53,3%), complicación (33,3%), reacción post transfusional (6,6%), reacción alérgica al medicamento (3,3%), reacción alérgica al insumo médico quirúrgico (3,3%).

Tabla 42. Prevalencia del tipo de complicación reportada.

Tipo de evento	n (%)	30	(100)
Reacción alérgica al medio de contraste		16	(53,33)
Complicación		10	(33,33)
Reacción post transfusional		2	(6,67)
Reacción alérgica al medicamento		1	(3,33)
Reacción alérgica al insumo médico quirúrgico		1	(3,33)
Asociado a (según la clasificación de la OMS)	n (%)	30	(100)
Uso de medicamentos		18	(60,00)
Relacionado con cirugía y/o procedimientos		7	(23,33)
Uso de hemocomponente		2	(6,67)
Cuidados en la atención en salud		1	(3,33)
Infección nosocomial		1	(3,33)
Uso de dispositivos médicos		1	(3,33)

La prevalencia de los reportes de Complicaciones según la clasificación de la OMS se relacionaron uso de medicamentos (60,0%), relacionado con cirugía y/o procedimientos (23,3%), uso de hemocomponentes (6,6%), cuidados en la atención en salud (6,6%), infección nosocomial (3,3%) y uso de dispositivos médicos (3,3%).

Tabla 43. Características del servicio.

Servicio de reporte	n (%)	30	(100)
Resonancia	9		(30,00)
Gestión Clínica	8		(26,67)
Área de Imágenes Diagnósticas	5		(16,67)
Angiografía	3		(10,00)
Unidad de cuidados intensivos	2		(6,67)
Urgencias	2		(6,67)
Hospitalización	1		(3,33)
Servicio del suceso	n (%)	30	(100)
Resonancia	11		(36,67)
Angiografía	6		(20,00)
Tomografía	3		(10,00)
Unidad de cuidados intensivos	3		(10,00)
Cirugía	2		(6,67)
Hospitalización	2		(6,67)
Urgencias	2		(6,67)
Ecografía	1		(3,33)
Tipo de prestación	n (%)	30	(100)
Ambulatorio	15		(50,00)
Hospitalario	15		(50,00)

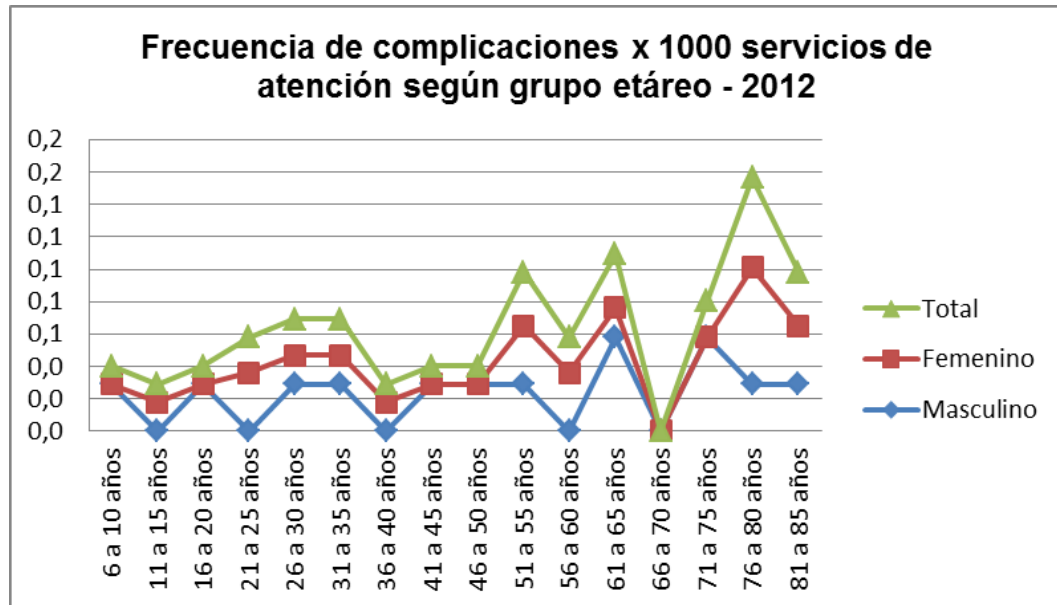
En la descripción de los servicios tanto que presentan y reportan complicaciones tenemos a resonancia es la que más prevalece en este tipo de hallazgos (36,6% – 30,0% respectivamente), sin embargo, uno de los servicios que más reportes de complicaciones realiza es el área gestión clínica (26,6%), en la revisión de reportes que hace el comité de seguridad identifica complicaciones no reportadas. El segundo servicio con mayor frecuencia es angiografía (20,0%).

El 50% de las complicaciones se presentaron durante la hospitalización del paciente y la otra mitad se presentaron en pacientes ambulatorios.

Tabla 44. Frecuencia (x 1000 atenciones) de complicaciones según edad y género.

Edad	Ocuruencia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
6 a 10 años	0,0	0,0	0,0
11 a 15 años	0,0	0,0	0,0
16 a 20 años	0,0	0,0	0,0
21 a 25 años	0,0	0,0	0,0
26 a 30 años	0,0	0,0	0,0
31 a 35 años	0,0	0,0	0,0
36 a 40 años	0,0	0,0	0,0
41 a 45 años	0,0	0,0	0,0
46 a 50 años	0,0	0,0	0,0
51 a 55 años	0,0	0,0	0,0
56 a 60 años	0,0	0,0	0,0
61 a 65 años	0,1	0,0	0,0
66 a 70 años	0,0	0,0	0,0
71 a 75 años	0,1	0,0	0,0
76 a 80 años	0,0	0,1	0,1
81 a 85 años	0,0	0,0	0,0
Total general	0,4	0,3	0,3

Gráfica 9. Frecuencia de complicaciones por 1000 servicios de atención según grupo etáreo.

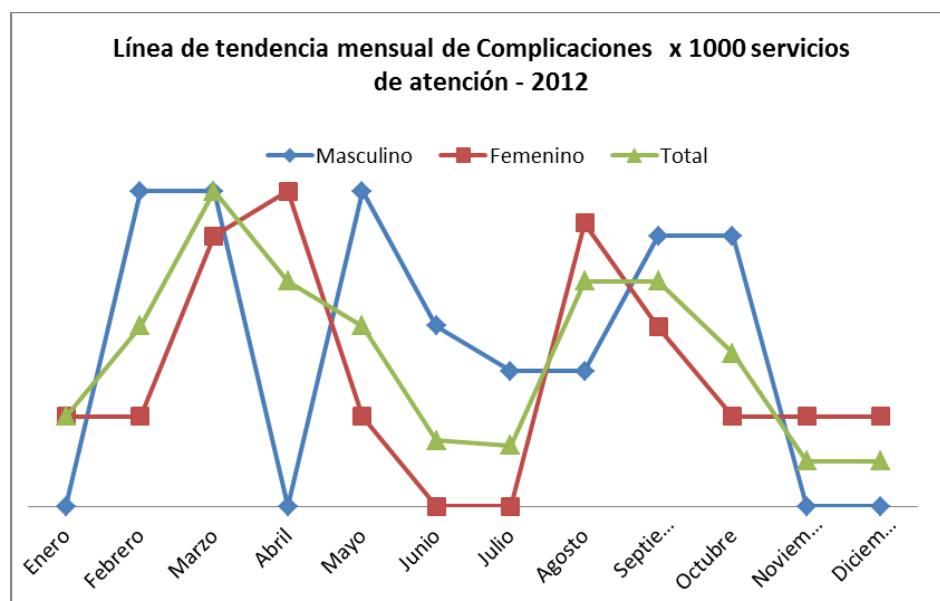


La frecuencia de Complicaciones fue de 0,3; mayor en hombres (0,4) que en mujeres (0,3). Según el grupo de edad de 74 a 93 años en igual distribución se presenta 0,7.

Tabla 45. Frecuencia (x 1000 atenciones) de complicaciones según mes y género.

Mes	Ocurrencia x 1000		Total
	Género		
	Masculino	Femenino	
Enero	0,0	0,2	0,2
Febrero	0,7	0,2	0,4
Marzo	0,7	0,6	0,7
Abril	0,0	0,7	0,5
Mayo	0,7	0,2	0,4
Junio	0,4	0,0	0,1
Julio	0,3	0,0	0,1
Agosto	0,3	0,6	0,5
Septiembre	0,6	0,4	0,5
Octubre	0,6	0,2	0,3
Noviembre	0,0	0,2	0,1
Diciembre	0,0	0,2	0,1
Total	0,4	0,3	0,3

Gráfica 10. Tendencia de complicaciones por 1000 servicios de atención según mes.

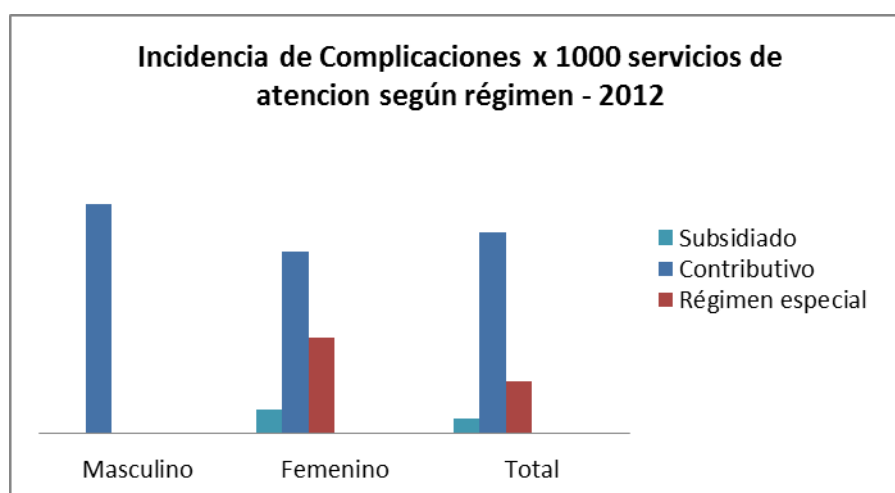


La tendencia de las complicaciones reportadas en el año 2012 fue mayor en hombres (0,4) que en mujeres (0,3), presentando fluctuaciones entre los meses de marzo (0,7), abril (0,5), agosto (0,5) y septiembre (0,5).

Tabla 46. Frecuencia (x1000 atenciones) de complicaciones según régimen y género.

Régimen	Ocurrencia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Contributivo	0,8	0,6	0,7
Régimen especial	0,0	0,3	0,2
Subsidiado	0,0	0,1	0,1
Total	0,4	0,3	0,3

Gráfica 11. Frecuencia de complicaciones por 1000 servicios de atención según régimen



La frecuencia de las complicaciones según régimen de atención reportadas en el año 2012 fue de 0.3, en mayor proporción para el régimen contributivo (0,7) tanto en hombres (0,8) como en mujeres (0,6), seguidos por el régimen especial (0,2). En menor proporción el régimen subsidiado (0,1).

Tabla 47. Frecuencia (x 1000 atenciones) de complicaciones según Entidad Promotora de Salud y género.

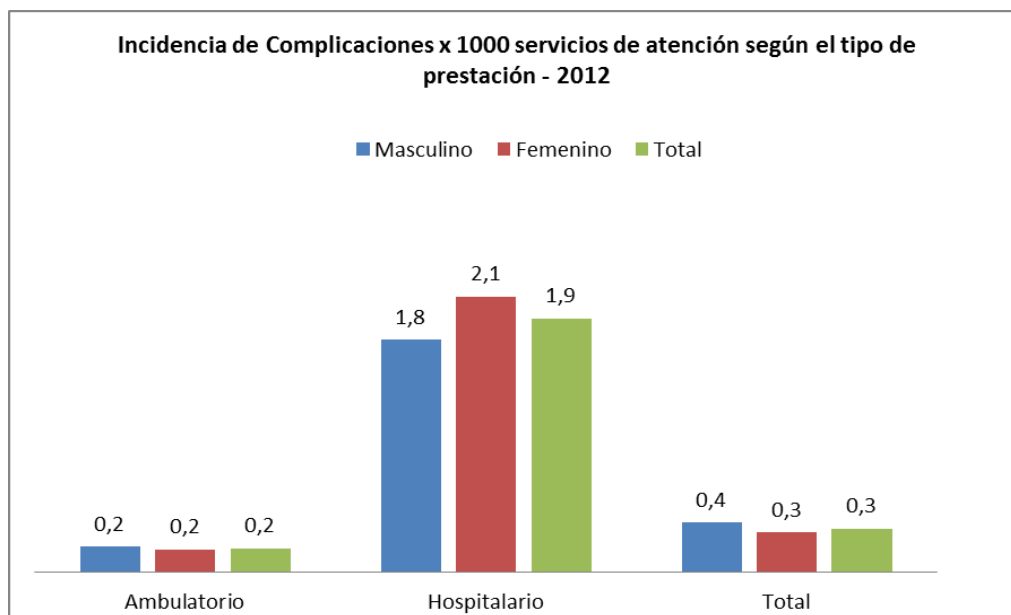
EPS	Ocurrencia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Cruz Blanca	2,5	2,0	2,2
Medisanitas medicina prepagada	9,0	0,0	2,1
Sanitas	3,0	0,0	1,6
Cooimea	1,7	1,2	1,4
Sura	0,0	1,3	0,9
Ecopetrol	0,0	1,5	0,9
Comfenalco	0,8	0,7	0,7
Nueva EPS	0,0	0,8	0,5
Colsanitas medicina prepagada	1,0	0,3	0,5
Cafesalud	0,0	0,7	0,4
Saludcoop	0,0	0,5	0,3
SOS	0,5	0,0	0,2
Total	0,4	0,3	0,3

La frecuencia de Complicaciones según Entidad Promotora de Salud fue en mayor proporción para Cruz Blanca (2,2) con una distribución en hombres de 2,5 y mujeres de 2,0, Medisanitas (2,1) tanto hombres (9,0) como mujeres (0), Sanitas (1,6) tanto hombres (3,0) como mujeres (0), Coomeva (1,4) tanto hombres (1,7) como mujeres (1,2), y Sura (0,9).

Tabla 48. Frecuencia (x 1000 atenciones) de eventos adversos según tipo de prestación y género

Tipo de prestación	Ocurrencia x 1000		
	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Ambulatorio	0,2	0,2	0,2
Hospitalario	1,8	2,1	1,9
Total	0,4	0,3	0,3

Gráfica 12. Frecuencia de complicaciones por 1000 servicios de atención según tipo de prestación.



La frecuencia de las complicaciones según el tipo de prestación se mostró en mayor proporción para el ámbito hospitalario (1,9) tanto en hombres (1,8) como en mujeres (2,1); el ámbito ambulatorio la proporción de complicaciones no es significativa (0,2).

7. DISCUSIÓN

La frecuencia de eventos adversos notificados en pacientes hospitalizados y ambulatorios fue de 2.9 por ciento por año (2.9 %/año). El estudio mostro que por cada incidente se presentó un evento adverso. Las variables que explican que un paciente presente un Evento Adverso son: Comunicación no clara con su cuidador principal, no hay descripción de la manera correcta de realizar la actividad en los documentos institucionales, no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo, no supervisión en la ejecución de tareas, reutilización de materiales, evaluación y retroalimentación de los resultados de los planes de acción y la falta de referenciación del proceso.

Los eventos adversos detectados estaban relacionados con los cuidados en un 48,85%, con la infección nosocomial en un 35,38%, con el uso de la medicación en un 11,92%, con el uso de dispositivo médicos en un 3,08% y con el diagnóstico en un 0,77%. Los 5 EA más frecuentes fueron la extravasación (12,69%), las úlceras por presión (10,77%), las caídas de pacientes (10,38%), las flebitis químicas (8,46%) y las infecciones intra hospitalarias del sitio operatorio superficial (7,69%), acumulando un total del 49,99% de los EA identificados.

Al hacer asociación de eventos adversos por similitud encontramos que las infecciones intra hospitalarias ocupan un 35,33% del total de eventos adversos, por venopunción (Calidad de vena, calibre de vena, inmovilización) representan un 18,07%, las lesiones producidas por fricción/humedad o golpes representan un 13,08% en la aparición de EA. Los eventos relacionados con medicamentos (flebitis químicas, reacciones alérgicas y/o administración equívoca de medicamentos) tiene una frecuencia de 11,53% y las caídas representan un 10,3%.

Según el estudio ENEAS, el 31,4% de los eventos adversos tuvieron como consecuencia un incremento en la estancia hospitalaria⁷ y en el estudio IBEAS⁸ el 61,2% de los Evento Adversos aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 10,4 días. En el presente estudio el 40,38% de los EA aumentaron el tiempo de hospitalización una media de un día (24 horas) y el 75% del total de los EA invierte 10 días (240 horas) de tratamiento.

Las variables en general, que explican el impacto que tiene un eventos adversos sobre el estado de salud del paciente o el gasto de recursos (tiempo de hospitalización o nuevos ingresos) son: la comunicación no clara con su cuidador principal, la alta rotación y/o estancia hospitalaria

prolongada, la patología de base y/o estado de salud, el lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento, el ayuno prolongado, el procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado y el deterioro Neurológico por patología.

Por cada mil prestaciones de servicio (indiferente el área) ocurren cuatro eventos adversos a hombres y dos a mujeres. Los meses de menor frecuencia corresponden a Enero (1,2), febrero (0,4), julio (0,9) en el género femenino, mientras que en los hombres se ve una frecuencia constante.

La edad en el estudio se muestra igual en la aparición de eventos adversos como en la frecuencia de sucesos clínicos; la población atendida en esta institución es adulta mayor. En la frecuencia de EA por cada mil atenciones se evidencia que los hombres tienen el doble de riesgo en la aparición de EA. En la población de la 52-73 años es más notoria esta cualidad. El grupo patológico con mayor frecuencia de EA es aquel que presenta alguna evidencia de alteración de estado de consciencia y hemodinámico en el paciente.

En cuanto a la afiliación al SGSSS, el estudio de Alfonso Salazar et al mostró que la mayor prevalencia de eventos adversos se registró en pacientes afiliados al régimen subsidiado con un 57,1%, seguido del pobre no afiliado con un 24,5%, y por último, al régimen contributivo con un 10.2%⁴⁴. En el presente estudio por cada mil atenciones ocurren cinco EA para hombres y tres para mujeres, en el régimen subsidiado se presentan por cada mil atenciones cuatro EA para hombres y dos para mujeres.

El factor contribuyente más incidente en la aparición de eventos adversos fue la comunicación no clara con su cuidador principal (tomándose desde dos puntos de vista: la información suministrada al cuidador fue insuficiente, la información dada al cuidador fue incomprensible). Las estancias hospitalarias y la rotación por los servicios es otro factor que contribuye en la frecuencia de EA debido a las necesidades clínicas de los pacientes.

Dentro de los factores de la esfera mental de los pacientes con eventos adversos encontramos el deterioro neurológico por patología (35,8%), discapacidad neurológica (31,2%) y antecedentes de enfermedad mental (18,8%). El ayuno prolongado mayor de doce horas constituye un factor predisponente en la frecuencia de los mismos.

Dentro de los factores contributivos relacionados con tarea y tecnología que son atribuibles en la frecuencia de eventos adversos, son los de mayor influencia los relacionados con la estandarización de las tareas (creación, actualización, socialización y evaluación de los procedimientos y procesos de cada área). La actitud, la experiencia y la capacidad para planear las

jornadas laborales son los factores contributivos más relevantes relacionados con el individuo en la aparición de eventos adversos, influyendo directamente en la verificación de las actividades cotidianas en la atención de los pacientes, sin embargo, el olvido de las acciones constituye un factor situacional de influencia en las fallas procedimentales.

El inadecuado trabajo en equipo (comunicación, colaboración y supervisión), son los factores más influyentes en la aparición de eventos adversos. Los factores contributivos relacionados con el ambiente que influyen en la frecuencia de eventos adversos pero no son estadísticamente significativos, la percepción del personal acerca del manejo de los EA (reporte y mitigación), es uno de los factores contributivos relacionados con el ambiente que más influyen.

En los factores contributivos relacionados con la organización y gerencia que influyen en la frecuencia de eventos adversos encontramos que las soluciones parciales o definitivas dados a los inconvenientes encontrados como generadores de incidentes e incidentes clínicos y su evaluación y retroalimentación son los de mayor significancia estadística (ausencia, efectividad, seguimiento, evaluación y feed back de los planes de acción), la ausencia de capacitación al personal, las limitaciones financieras y los procesos administrativos no claros son factores que influyen en otras áreas de nuestro estudio. La referenciación del proceso influye en la frecuencia de eventos adversos relacionados con el contexto institucional no tener un marco de comparación con otras instituciones, sin embargo, no es estadísticamente significativo. La relación con los proveedores (contratación, limitación y disponibilidad en el mercado) son otros factores que influyen en esta área.

Los factores contributivos según el protocolo de Londres que se asocian a la frecuencia de extravasaciones en este estudio fueron la no supervisión en la ejecución de las tareas (equipo de trabajo con un promedio de 53,7% en 4 factores), la capacidad de manejo de los equipos, insumos y dispositivos (Individuo con un promedio de 52,5% en 6 factores), la evaluación y retroalimentación de los resultados (organización y gerencia con un promedio de 46,9% en 8 factores), la fuerza de infusión del dispositivo medico (tarea y tecnología con un promedio de 46,1% en 9 factores) y los inherentes al paciente (paciente con un promedio de 24,7% en 13 factores).

Los factores contributivos según el protocolo de Londres que se asocian a la frecuencia de úlceras por presión en este estudio fueron los relacionados con el individuo con un promedio de 71,4% (7 factores) siendo el principal la no descripción de la manera correcta de realizar la actividad; seguidos del Equipo de trabajo con un promedio de 70,5% (4 factores) siendo el principal la no supervisión en la ejecución de las tareas. Otra área del protocolo de

Londres es la relacionada con ambiente con un promedio de 64,2% (1 factor) siendo la falta de efectividad de los planes de acción la más incidente. En tarea y tecnología se evidencio un promedio de 58,6% (7 factores) siendo la no descripción de la manera correcta de realizar la actividad la más incidente. En organización y gerencia con un promedio de 52% (7 factores) incide la evaluación y retroalimentación de los resultados y en el paciente con un promedio de 49,4% (13 factores) la alta rotación y/o estancia hospitalaria.

Los factores contributivos según el protocolo de Londres que se asocian a la frecuencia de caídas en este estudio fueron la educación incompleta al cuidador principal (Individuo con un promedio de 78,3% en 6 factores), la no supervisión de la ejecución de las tareas (Equipo de trabajo con un promedio de 53,7% en 4 factores), la evaluación y retroalimentación de los resultados (organización y gerencia con un promedio de 43% en 8 factores), la comunicación no clara con su cuidador principal (Paciente con un promedio de 38,1% en 13 factores), la estandarización para el uso del equipo biomédico (tarea y tecnología con un promedio de 30% en 8 factores) y la falta de efectividad de los planes de acción (ambiente con un promedio de 16,9% en 7 factores).

Los factores contributivos según el protocolo de Londres que se asocian a la frecuencia de flebitis en este estudio fueron los relacionados con la organización y gerencia con un promedio de 52,2% (6 factores) siendo la evaluación y retroalimentación de los resultados la más incidente; seguidos del Equipo de trabajo con un promedio de 45,4% (4 factores) siendo el principal la no supervisión en la ejecución de las tareas. Otra área del protocolo de Londres es la relacionada con el individuo con un promedio de 40,9% (10 factores) siendo no verificación del cumplimiento del protocolo la más incidente. En tarea y tecnología se evidencio un promedio de 32,2% (11 factores) siendo la más frecuente el efecto secundario del medicamento. En paciente con un promedio de 26,8% (10 factores) incide las patologías de base y/o el estado de salud y el ambiente con un promedio de 25% (4 factores) la falta de efectividad de los planes de acción.

Los factores contributivos según el protocolo de Londres que se asocian a la frecuencia de infecciones asociadas a la atención en salud en este estudio fueron no supervisión en la ejecución de las tareas (equipo de trabajo con un promedio de 64,5% en 4 factores), la no verificación del cumplimiento del protocolo (individuo con un promedio de 60,2% en 9 factores), la alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada (paciente con un promedio de 49,4% en 11 factores), la evaluación y retroalimentación de los resultados (organización y gerencia con un promedio de 43,7% en 9 factores), el uso inapropiado de antiséptico (tarea y tecnología con un promedio de 42,6% en 8 factores) y la falta de efectividad de los planes de acción (ambiente con un promedio de 14,7% en 5 factores).

Los factores contributivos según el protocolo de Londres que se asocian a la frecuencia de retiro de dispositivos invasivos en este estudio fueron los relacionados con la equipo de trabajo con un promedio de 88,8% (4 factores) siendo la no supervisión en la ejecución de las tareas la más incidente; seguidos del individuo con un promedio de 75,6% (8 factores) siendo el principal la experticia y la planeación de jornadas inadecuadas. Otra área del protocolo de Londres es la relacionada con el ambiente con un promedio de 66,6% (1 factor) siendo la falta de efectividad de los planes de acción la más incidente. En organización y gerencia se evidencio un promedio de 47,6% (7 factores) siendo la más frecuente la evaluación y retroalimentación de los resultados. En paciente con un promedio de 47,2% (12 factores) incide los comportamientos y conductas no saludables y en tarea y tecnología con un promedio de 34% (8 factores) la no descripción de la manera correcta de realizar la actividad.

En el estudio ENEAS se reportó que el 42,6% de los eventos adversos eran evitables o prevenibles, mientras que el 57,4% de los mismos fueron no evitables⁷; en el estudio IBEAS un 65% de los EA se consideraron evitables⁸; en el presente estudio se encontró que el mayor porcentaje eran prevenibles: 99,2%, y que los no prevenibles correspondieron al 0,8%.

Con respecto al tipo de servicio al que pertenecían los pacientes, se encontró mayor riesgo de ocurrencia de eventos en los servicios de gineco-obstetricia y urgencias; es de anotar que en el servicio de consulta externa no se reportaron eventos⁴⁴. En el presente estudio el servicio que más reporta es el comité de infecciones debido a la vigilancia activa que realiza semanalmente. La criticidad del paciente influye en la frecuencia de eventos adversos. Adicionalmente el uso de Dispositivos médicos y mayor tecnología son factores influyentes.

Se presentaron muchos inconvenientes respecto al acceso a las historias clínicas, debido al método empleado para archivarlas y a la falta de información completa en la base de datos de eventos adversos, lo cual limitó considerablemente la recolección de los datos y el número final de historias que se incluyeron en el estudio.

El factor contributivo de mayor frecuencia en las extravasaciones son los inherentes al paciente y la fuerza de infusión de los dispositivos médicos. Sin embargo el área de mayor influencia son los relacionados con el individuo (capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos, la no verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo y el lapsus) y la organización y gerencia (la evaluación y retroalimentación de resultados, la falta de evidencia de planes de acción y la no gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales).

8. CONCLUSIONES

Según los resultados del presente estudio se concluye que por cada error que alcanza al paciente y que requiere supervisión o confirmación de que no causo daño se reporta un Evento Adversos que presenta daño temporal en el paciente y requiere intervención con inicio o prolongación de estancia hospitalaria; lo que es un indicador de alerta para el grupo de Seguridad del Paciente de la institución, permitiendo establecer barreras producto del análisis de los incidentes clínicos presentados.

Una conclusión sobre los resultados de los reportes de sucesos clínicos es que en su mayoría son prevenibles y su mitigación se podría establecer con la estandarización de las tareas relacionadas con los cuidados en la atención de pacientes. Uno de los pilares de los programas de Seguridad de paciente que toda institución debe tener en cuenta.

Se concluye además, que existe mayor riesgo en el servicio de Cuidado Intensivo, seguido por el servicio de Hospitalización, lo que concuerda con las características de la población encontrada en la base de datos de eventos adversos de la Clínica privada. Sin embargo, estos tienen una confiabilidad deficiente debido al subregistro que se puede evidenciar en la ausencia de eventos correspondientes a consulta externa y otros servicios clínicos asistenciales, lo que puede ser insumo para un nuevo trabajo investigativo en la institución.

Una conclusión muy importante por su impacto en sobrevida y costos que genera sobre el paciente (falta de productividad debida al retraso en la incorporación a la vida laboral, desplazamiento de familia y cuidadores, etc.) y sobre la institución (estancia hospitalaria, personal, medicamentos administrados, pruebas diagnósticas) son las acciones que se deben establecer para reducir las infecciones nosocomiales (infecciones asociadas a la atención en salud), tanto en el mantenimiento de los equipos de vigilancia como en los programas educacionales destinados al personal, programas de intervención en la política antibiótica, uso de antibióticos de buena calidad, campañas de prevención de infecciones (lavados de manos), estandarización de procesos enfocados a las reducción y control de infecciones asociadas a catéteres venosos y arteriales (periféricos y centrales), catéteres vesicales, ventilación mecánica y sitios operatorios.

En relación con los factores contributivos se puede concluir que la verificación de las actividades por medio de listas de chequeo, la vigilancia activa por rondas de seguridad y la retroalimentación de los resultados

obtenidos son metodologías más eficientes para el aprendizaje institucional de los eventos adversos. Allí se ve inmerso el personal asistencial, las coordinaciones y el grupo de seguridad del paciente en el cual proponen continuamente la forma de crecimiento institucional de acuerdo a los hallazgos encontrados.

Una conclusión importante son los esfuerzos organizacionales para la reducción de los eventos adversos más importantes por medio de acciones que mitiguen los factores contributivos de estos. La capacitación continuada acerca del manejo de los equipos biomédicos para la graduación de la fuerza de infusión, además de los mantenimientos preventivos a los mismos; así como la estandarización de protocolos en donde se reflejan los insumos y la técnica de abordaje e incluye la verificación por parte de un experto, son las actividades que se desarrollaron para prevenir las extravasaciones. En la prevención de las úlceras por presión se desarrollaron planes de acción que incluyeron la modificación de los protocolos, la estandarización de los movimientos (manejo de cargas) y posiciones del paciente por horas, la disminución de estancia hospitalaria del paciente, dando egresos seguros y verificando el estado de la piel por medio de listas de chequeo.

Los esfuerzos organizacionales para la reducción de caídas se encaminaron a la estandarización del uso de las camas (adicionalmente el mantenimiento preventivo que necesitan), la realización de listas de verificación (identificación de riesgo de caídas, acciones para evitar las mismas) y la educación brindada (por medio de folletos) tanto al paciente como a su cuidador principal en cada turno. En cuanto a las flebitis se estandarizó la administración segura de los medicamentos (diluyente, velocidad y duración de la administración), adicionalmente el uso adecuado de las vías periféricas y centrales venosas, el uso de los dispositivos médicos (bombas de infusión y perfusores) como herramienta para la prevención de los eventos adversos, en cuanto a los medicamentos de alto riesgo fue asignado al personal de enfermería profesional.

Las infecciones asociadas a la atención en salud (bacterémias asociadas a catéteres, neumonías asociadas a ventilación mecánica, infección del sitio operatorio y las infecciones del tracto urinario asociada a sonda vesical) diseñaron diferentes acciones desde todos los profesionales de salud en el cual se incluyen el cambio del antiséptico y la forma adecuada para su utilización, la limpieza diaria del paciente con jabón de clorhexidina, el lavado de manos, la preparación de la piel, el diligenciamiento de listas de chequeo específicas para la monitorización de las acciones y la educación continuada por parte del comité de infecciones en los temas relacionados con prevención de las mismas. En cuanto al retiro de dispositivos invasivos se establecieron acciones encaminadas a la estandarización de las sujeciones preventivas en pacientes con sedo analgesia y/o medicamentos que alteren

el sensorio, la educación continua al cuidador principal y al paciente además del acompañamiento permanente, la inmovilización adecuada de los dispositivos médicos, la rutina de verificación de las acciones para evitar este tipo de evento adverso y protocolización de cada una de las actividades a realizar por cada profesional que interviene en la atención del paciente.

Los hallazgos sobre incidentes y complicaciones ayudan a concluir que las instituciones deben trabajar más sobre el personal asistencial en las capacitaciones enfocadas a toma de muestras de laboratorios y administración segura de medicamentos, además de establecer barreras que permitan identificar las posibles reacciones alérgicas que puedan presentar los pacientes (medios de contraste, transfusiones sanguíneas y medicamentos).

Según los resultados encontrados en este estudio, se concluye que en la Clínica Privada de IV Nivel de la ciudad de Cali se encontraron falencias significativas en la calidad del registro, recolección de la información, procesamiento y seguimiento de la misma, lo que se traduce en un programa deficiente en la gestión y prevención de los eventos adversos, implicando un mayor riesgo en la prestación del servicio. Una de las grandes limitantes del presente estudio fue el acceso a la información contenida en las historias clínicas, ya que se presentaban demoras debido a fallas en el sistema de archivo de la institución y fallos en la base de datos de reporte de eventos adversos en los datos específicos de identificación del paciente.

Con referencia a los procesos de selección e inducción del personal, hay que ser más exigentes en la calidad y cantidad de experiencia adquirida para brindar mejor servicios de atención. Los patrones de turnos del personal es otro factor que influye en la ocurrencia de los eventos adversos. Los planes de acción deben hacer más énfasis en el problema, el área de calidad debe verificar la profundidad de las acciones a tomar para evitar los eventos adversos.

Debido a las falencias encontradas y expuestas anteriormente, se concluye que es necesario fortalecer la política de seguridad del paciente para corregir fallos que se traducen en lesión al paciente por eventos prevenibles; Todo lo anterior es el reflejo de falencias en la cultura institucional de Seguridad del Paciente en la Clínica privada de IV nivel, las cuales limitan el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

Se recomienda mejorar el conocimiento de los eventos adversos y de los factores que contribuyen a su aparición (aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto), junto con la aplicación del mejor conocimiento disponible sobre la seguridad y la virtud de la perseverancia, como

fundamento de la política de seguridad del paciente y el cambio de cultura necesario.

Lograr una atención en salud más segura requiere un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema, por un lado el fortalecimiento de la cultura de reporte, para poder identificar las fallas y errores que conllevan a eventos adversos, seguido de la estructuración de barreras que han demostrado su efectividad para reducir la probabilidad de aparición de estos eventos clínicos, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias; y por otro, generar, mediante la investigación, nuevo conocimiento sobre aquellos factores que pueden contribuir a mejorar la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial.

Este estudio servirá como base para futuros estudios de caracterización de eventos adversos en las instituciones de salud, además de profundizar en las características de cada evento adverso que ocurre, así como en los factores contributivos. A futuro estos estudios deberían considerar la variable cotizante, para ver el impacto que tiene la prolongación de la estancia hospitalaria en los costos directos del paciente y las empresas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chantler C, The role and education of doctors in the delivery of health care. The Lancet 1999; 353:1178-81.
2. World Health Organization. World Alliance For patient Safety, Forward Programme 2005. Geneva: WHO; 2005.
3. National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety. London: National Patient Safety Agency; 2004.
4. Aranaz JM, Vitaller J. y Grupo de Estudio del Proyecto IDEA: Identificación de Efectos Adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. España: Escuela Valenciana de estudios de la Salud; 2004.
5. Moser R, Diseases of medical progress. New England Journal of Medicine 1956; 255:606.
6. Institute of Medicine. Incidencia y Severidad de los Acontecimientos Adversos que afectan a Pacientes después del Alta del Hospital. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Pr; 2000.
7. Aranaz JM, Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: Informe final. España: Ministerio de Sanidad y Consumo - Universidad Miguel Hernández del Elche; 2006.
8. Ministerio de la Protección Social. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica: Informe de resultados. Colombia: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. 2008 [citado 1 Sep 2013];p. 71-98. Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/autotest.aspx
9. Leape LL, Berwick DM, Bates DW, ¿What Practices Will Most Improve Safety? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. JAMA 2002; 228: 501-7.
10. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente: Más que palabras. Informe Técnico Definitivo. Ginebra: OMS; 2009.

11. Gonzales J, Gonzales A, Heredero M, Vera R de, González B. Pulido M, et al. Factores de riesgo de las úlceras por presión en pacientes críticos. *EnfermClin* 2001; 11(5): 12-18.
12. Gorski, L. Speaking of Standards. *Journal of InfusionNursing* 2007; 30 (5): 265-266.
13. Huang HC, A Checklist for Assessing the Risk of Falls Among the Elderly. *Journal of Nursing Research* 2004; 12 (2): 131-141.
14. Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de La Salud, Calidad de la atención en seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2002. Tercer informe de la Comisión A. A55/52
15. Vincent C, Neale G, Woloshyowych M. Adverse events in British hospitals. Preliminary retrospective record review. *British Medical Journal* 2001; 322:517-19.
16. World Health Organization. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. The World Health Report. Geneva: WHO.[Internet]. 2002 [citado 14 Feb 2014] Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/>.
17. Graf J, von den Driesch A, Koch KC, Janssens U. Identification and characterization of errors and incidents in a medical intensive care unit. *ActaAnaesthesiologicaScandinavica* 2005; 49:930-9.
18. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay -. *JAMA* 1955; 159:1452
19. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Ann Internal Medicine* 1964; 60:100-10.
20. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *New England Journal of Medicine* 1981; 304:638-42.
21. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, LawthersAG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal Medicine* 1991, 324: 370-376.

22. Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet* 1997;349:309-13.
23. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38(3):261-71.
24. Giraud T, Dhainaut JF, Vaxelaire JF, Joseph T, Journois D, Bleichner G, et al. Iatrogenic complications in adult intensive care units: a prospective two center study. *Crit Care Med.* 1993; 21(1):40-51.
25. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 1995; 23(2):294-300.
26. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163:458-71.
27. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *The New Zealand Medical Journal* 2002;115(1167):U271.
28. McGlynn E, Asch E, Adams J, Keesey J, Hicks J, Kerr E, et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348:2635-2645.
29. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.
30. Hefflin B, Gross T, Schroeder T. Estimates of Medical Device –Associated Adverse Events from Emergency Departments. *American Journal of Preventive Medicine* 2004; 27(3):246-53.
31. Samore E, Lassen A, Gould P, Lloyd J, Gardner R, Abozelof R, et al. Surveillance of medical Device-Related Hazard and Adverse Events in Hospitalized Patient. *JAMA* 2004; 291(3):325-34.
32. Baker R, 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.
33. Aranáz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria: una revisión crítica. *Med Clin* 2004; 123:21-5.

34. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Dorman T, Dickman F, et al. Toward learning from patient safety reporting systems. *J Crit Care*. 2006; 21(4):305-15.
35. Department of Health. An organization with a memory. Report an expert group of learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief. United Kingdom: Department of Health. [Internet]. 2000. [citado 4 Dic 2013] Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf
36. Beckmann U, Bohringer C, Carless R, Gillies DM, Runciman WB, Wu AW, et al. Evaluation of two methods for quality improvement in intensive care: facilitated incident monitoring and retrospective medical chart review. *Crit Care Med*. 2003; (4):1006-11.
37. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno RP, Dolanski L, Bauer P, et al; Research Group on Quality Improvement of European Society of Intensive Care Medicine; Sentinel Events Evaluation Study Investigators. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. *Intensive Care Med*. 2006; (10):1591-8.
38. Gaitán H, Grupo de evaluación de tecnologías y políticas en salud et al. Incidencia y Evitabilidad de eventos adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006. *Rev. Salud pública* 2008; (10):215-226.
39. Ribino G, Maldonado C, Segura O, Díaz J. Costos directos y aspectos clínicos de las reacciones adversas a medicamentos en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una institución de tercer nivel de Bogotá. *Revista Biomédica* 2006; (26): 31-41.
40. Michel P, Quenen JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, Sarasqueta AM de. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qualsaf health care* 2007; (5):369-77
41. Alarcón C, Ortiz A. Estudio de incidencia de eventos adversos. Hospital Padre Alberto Hurtado. Chile. [Internet]. 2008 [citado 27 Nov 2013]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7099_recurso_1.pdf
42. Hernández A. Tecnovigilancia, perspectiva de la Organización Panamericana de la salud. Colombia: Asociación Colombiana de

Químicos Farmacéuticos Hospitalarios; 2008. Disponible en: <http://www.acqfh.org>

43. Ramírez DL. Incidencia de eventos adversos en una unidad de cuidado Intensivo adulto [Trabajo de grado Especialización en Auditoria Médica]. Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali; 2008.
44. Alfonso L, Salazar C, Franco A. Incidencia de eventos adversos asociados a dispositivos médicos en una institución de salud en Colombia. *Revista Ingeniería Biomédica* 2010; 4(8):71-84.
45. Blanco F. Errores médicos los paga el usuario. UN periódico. [Internet]. 2008 Dic 02; Salud: 117 (col.1). [citado 20 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/errores-medicos-los-paga-el-usuario.html>
46. World Health Organization. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Technical Report of World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization (WHO); 2009.
47. Michel P, Quenen JL, Sarasqueta AM de, 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.
48. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio R, Barnes B, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991; 324:377-84.
49. Hiatt HH, Barnes BA, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Leape LL, et al. A study of medical injury and medical malpractice: an overview. *N Engl J Med*, 1989; 321: 480-4.
50. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: Entendiendo el problema. Santiago de Cali: Universidad del Valle: 2005.
51. Ministerio de la Protección social. Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
52. Brennan TA, Localio AR, Leape LL, Laird NM, Peterson L, Hiatt HH et al. Identification of adverse events occurring during hospitalization. A cross-

sectional study of litigation, quality assurance, and medical records at two teaching hospitals. *Ann Intern Med* 1990; 112(3): 221-6.

53. Aranaz JM. Experiencias Nacionales e Internacionales en la gestión de riesgos: Pasado, Presente y Futuro. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Departamento de Salud Pública. [Internet]. [citado 17 Jul 2013]. Disponible en: http://www.saludinnova.net/site_media/practices/19/experiencia_nacional_es_e_internacionales_j._aranaz.pdf.
54. Gaitán H. Frecuencia de Eventos Reportables y su Evitabilidad en la Clínica Santa Rosa de Lima. Bogotá: 2006-2007.
55. Ministry of Health New Zeland. Reportable Events Guidelines. Wellintong: Ministry of Health New Zeland; 2001.
56. Wilson RM, Harrison BT. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *BMJA* 1999; 170:411-415.
57. Gaitán H, Eslava JS, Garzón CD, Rubio JA, Forero J, Valbuena LG, et al. Tamizajes de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005; 56 (1):18-17.
58. Franco A. Cirugías más Seguras: El factor Cirujano. *Revista de Cirugía* 2006.
59. The Joint Commission International. Events adverse 2006. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Health Organization; 2006.
60. The Joint Commission International. Criterios para el análisis de incidentes de calidad. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Health Organization. [Internet] 2006.[citado 9 Mar 2013]-Disponible en: <http://jointcommission.org/Generalpublic/Complaint>
61. The Joint Commission International. Causes of adverse Events. Types of Adverse Events. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Health Organization.[Internet] 2006.[citado 9 Jun 2013]-Disponible en: www.jointcommission.org/SentinelEventesAlert/
62. Vincent C, Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and

Association of Litigation and Risk Management protocol. BMJ 2000; 320; 777-781.

63. Ministerio de la Protección Social. Herramienta 5: Proceso sugerido para la investigación y análisis de eventos adverso, Protocolo de Londres. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. [Internet] 2008.[citado 28 Jun 2013] Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite10/protocolo%20Londres.pdf>.
64. International Organization of Standardization. Norma Internacional 14971. Ginebra: ISO; 2007. p.1, 9, 25-31, 49-53, 60-75.
65. Instituto Colombiano de Normas Técnicas. Norma técnica Colombiana 5736: Dispositivos Médicos. Estructura de codificación para tipos de eventos adversos y sus causas. Bogotá: ICONTEC; 2009. p.3, 2-8.
66. Massoud R, Askov K, Reinke J, Franco L, Bornstein T, Knebel E, et al. A Modern Paradigm for Improving healthcare Quality: The Quality Assurance Project. [Internet]. 2012.[citado 3 Jun 2013] Disponible en: <http://www.healthqual.org/modern-paradigm-improving-healthcare-quality-quality-assurance-project-monograph>
67. Michel P, Aranaz JM, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: Cómo detectarlos. Rev Calidad Asistencial 2005;20:204-10.

ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE REPORTE DE SUCESOS

MÓDULO A: IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE											
HC N° _____		INGRESO N° _____		FECHA DE INGRESO _____				EDAD _____			
INICIALES DEL PACIENTE _____				SERVICIO _____		CAMA _____		ENTIDAD _____			
GÉNERO M ☐ F ☐		FECHA DEL EVENTO _____		Hora: _____							
Dx _____											
Procedimiento _____											
ANTECEDENTES PERSONALES _____											
Estado de Conciencia (Previo) ☐ CONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ DESORIENTADO ☐ SOMNOLIENTO ☐ INCONSCIENTE ☐ SEDADO o ANESTESIADO											
MÓDULO B: TIPO DE EVENTO Y/O INCIDENTE											
CAIDA CON/SIN LESIÓN GRAVE ☐		EXTRAVASACIÓN DE VENA ☐		AUTORETIRO DE DISPOSITIVO MÉDICO ☐							
ERROR EN LA MEDICACIÓN ☐		ÚLCERA POR PRESIÓN ☐		REACCIÓN ALERGICA (Medicamento) ☐							
ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PCTE ☐		FLEBITIS (Mecánica/Química) ☐		GOLPE POR O CONTRA INFRAESTRUCTURA ☐							
USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ☐		OTRO CUAL _____ ☐									
MÓDULO C: DESCRIPCIÓN DEL SUCESO (Evento adverso, incidente o complicación)											
DESCRIPCIÓN DE LO SUCEDIDO _____ _____ _____											
HALLAZGOS _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____											
CONDUCTA A SEGUIR _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____											
PARTE DEL CUERPO AFECTADA CABEZA ☐ CARA ☐ CUELLO ☐ PECHO ☐ ESPALDA ☐ GENITALES ☐ GLUTEOS ☐ M.INF ☐ M.SUP ☐ ABDOMEN ☐ NA ☐											
MÓDULO D: CLASIFICACIÓN DEL SUCESO											
Prevenible SI ☐ NO ☐		Lesión SI ☐ NO ☐		Complicación SI ☐ NO ☐		Análisis ☐ ☐ ☐ ☐		Calificación Impacto ☐ ☐ ☐ ☐			

ANEXO 2. INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE REPORTE DE SUCESOS

1. OBJETIVO

Estandarizar un registro que permita la identificación y caracterización de los sucesos clínicos (eventos adversos, incidentes y complicaciones)

2. ALCANCE

Este instructivo aplica a todos los procesos implicados con la atención en salud de los pacientes que se encuentran en Una institución de Salud de IV Nivel de Complejidad.

3. DEFINICIONES

De acuerdo a la reunión de expertos, se establece el “Gold Standard” en las definiciones a utilizar en el diligenciamiento del formato

- Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que proponen minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible, los eventos adversos en la atención de salud. Ello incluye desde el mejoramiento de acciones cotidianas como los cuidados de enfermería, el lavado de manos, todos los procedimientos médicos y de enfermería, hasta la investigación de eventos adversos para encontrarles solución y difundir resultados.
- Riesgo: Es la probabilidad de que ocurra un incidente, evento adverso o una complicación.
- Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.
- Daño relacionada con la atención en salud: Se refiere a causar perjuicio, menoscabo, molestia o dolor que se deriva de las intervenciones diagnósticas, terapéuticas, de cuidado y de monitoreo brindadas durante la prestación de asistencia sanitaria, y que no se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede durante la atención de un paciente pero no le genera daño y en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

- Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos se clasifican en: prevenibles, no prevenibles y centinelas
- Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles.
- Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- Evento Adverso Centinela: Evento adverso en el que está presente la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente.
- 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.
- Discapacidad: Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.
- Efecto secundario: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
- Atención en salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario acordados por su Entidad Promotora de Servicios, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que debe alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- Factor contributivo: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que este se produzca.
- Acción insegura: Son aquellas violaciones de una norma establecida como segura. En general se cometen estas acciones cuando no se obedecen prácticas o procedimientos correctos o cuando se incurren en exposiciones innecesarias al riesgo.
- Fallas de la atención en salud: Es la deficiencia en la realización de una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- Falla de acción: Es la ejecución de procesos que se encuentran con fallas en cualquiera de sus fases.

- **Falla de omisión:** Es la no ejecución correcta de los procesos que se encuentran establecidos.
- **Violación de la seguridad de la atención:** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.
- **Barrera de la seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentar del incidente o evento adverso.
- **Sistema de gestión del evento adverso:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.
- **Acciones de reducción del riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en los procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Pueden ser acciones proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo, o acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.
- **Cultura Justa:** Es un entorno favorable al diálogo abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras. En el ámbito académico, el cual se define como una unidad de apoyo al trabajo en el que, los miembros pueden cuestionar las prácticas existentes, expresar sus preocupaciones o sus diferencias, y admitir los errores sin sufrir el ridículo o el castigo. Un ambiente de confianza donde se alienta e, inclusive, premia a las personas por brindar información vital relacionada con la seguridad operacional, aún si es auto-incriminatoria, y donde todas las partes entienden claramente qué tipos de comportamiento son aceptables o inaceptables.

4. REQUISITOS GENERALES

Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud por tal razón, se establece la detección y reporte de los eventos adversos e incidentes en el formato FR₁ “Reporte de Suceso” necesarios para lograr un mejoramiento continuo en la atención del paciente.

En la institución de Salud de IV Nivel de Complejidad hemos seguido los lineamientos de la política de seguridad del paciente y nos hemos guiado

por los principios transversales que orienten todas las acciones a implementar que allí se enuncian.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

5.1 Reporte del Suceso (Evento adverso, incidente o complicación)

El formato de registro de sucesos clínicos contiene lo siguiente:

MODULO A: IDENTIFICACION DEL PACIENTE

- Número de Historia clínica: es el número del documento de identidad del paciente (Cedula de Ciudadanía / Tarjeta de Identidad / Cedula de Extranjería / Registro civil.
- Número de Ingreso: es el número asignado por admisiones en la hospitalización correspondiente.
- Fecha de ingreso: corresponde a la fecha cronológica en el cual el usuario ingreso a la institución
- Edad en años (si es adulto) o en meses (si es pediátrico < 1 año)
- Iniciales del Paciente: corresponde a las iniciales de los Apellidos y nombres completos.
- Servicio: es el área donde ocurre el evento adverso
- Cama : es el número de cama o habitación asignado al paciente
- Entidad: hace referencia a la afiliación de los servicios de salud que tiene el paciente
- Género: especificar con una equis (x) al género que corresponde el usuario
- Fecha del Evento: es la fecha en la cual ocurre el suceso.
- Hora: es el momento estimado en el que ocurrió o inicio el evento adverso o incidente (esta es más aplicable en el caso de investigación o estudios clínicos)
- Diagnóstico: hace referencia a la patología de ingreso a la institución por la cual el usuario consulta
- Antecedentes personales: son las patologías de base con las cuales el usuario convive hace algún tiempo
- Estado de consciencia del paciente en el momento anterior al evento adverso, especificar con una equis (x)

MODULO B: TIPO DE EVENTO O INCIDENTE

- Tipo de incidente: es la clasificación del evento adverso según lo ocurrido, con respecto a flebitis se debe especificar si era mecánica (M) o química (Q) y si las reacciones alérgicas fueron a medicamentos (M) o transfusiones (T), hay una casilla específica si el evento no está en esta categorización y se debe especificar en el espacio designado para tal fin; en el caso de investigación o estudios clínicos se diligencia en este espacio.

MODULO C: DESCRIPCION DEL SUCESO.

- En descripción del Suceso, se debe escribir la condición clínica del paciente antes del incidente, o por la cual ingreso al servicio, en caso de pacientes participantes de investigaciones o estudios clínicos se debe aclarar al tipo de estudio que pertenece.
- En hallazgos de debe aclarar que fue el evento adverso ocurrido, como ocurrió y cuáles fueron las posibles causas del acontecimiento además de como quedo el paciente; en caso de investigaciones o estudios clínicos se realiza la relación causal con la droga del estudio.
- En conducta a seguir se escribe todo lo que se le realizo al paciente para minimizar el evento adverso; en el caso de estudios clínicos o investigaciones se describe los medicamentos empleados para la resolución del evento adverso, la suspensión o no del medicamento del estudio. se debe señalar el área del cuerpo afectada, si no aparece se debe anotar en otro

MODULO D: CLASIFICACION DEL SUCESO.

Este espacio es exclusivo de diligenciamiento de los líderes investigadores

- Prevenible: se marca con una equis (x) el caso de poderse desarrollar acciones que hubiesen evitado este tipo de suceso.
- Lesión: se marca con una equis (x) si se evidencia cualquier alteración de las condiciones normales de mantenimiento de un cuerpo u organismo.
- Complicación: se marca con una equis (x) si se considera o no que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella.
- Análisis: se describe la causalidad del suceso según el contexto en el cual ocurrió.
- Calificación de impacto: Se categoriza el suceso según la clasificación de cada agremiación, (farmacovigilancia, Tecnovigilancia, investigaciones, estudios clínicos o trazadores)

6. DOCUMENTOS

FR₁ Reporte de Sucesos.

ANEXO 3. FORMATO DE ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

1 Resumen del caso (en orden cronológico)

--

2 Nombre del Suceso

3 Tipo de situación: Evento ☐ Incidente ☐ Complicación ☐

4 Análisis de Causalidad (Según protocolo de Londres)

	ACCIONES INSEGURAS y FACTORES CONTRIBUTIVOS	SI/ NO	AREA
1	Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada		RELACIONADOS CON EL PACIENTE
2	Antecedentes de enfermedad mental		
3	Ayuno prolongado		
4	Comportamientos y conductas no saludables		
5	Comunicación no clara con su cuidador principal		
6	Deterioro Neurológico por patología		
7	Discapacidad física		
8	Discapacidad Neurológica		
9	Inherentes del paciente		
10	Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento		
11	No red de apoyo		
12	Patología de base y/o estado de salud		
13	Procedimiento quirúrgico, angiográfico y diagnóstico de urgencia		
14	Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado		
15	Valores y creencias del paciente		RELACIONADOS CON TAREA Y TECNOLOGIA:
16	Calidad del medicamento o dispositivo médico		
17	Condiciones de conservación inadecuadas		
18	Dependencia clínica del medicamento		
19	Disponibilidad del insumo		
20	Dosis excesiva		
21	Efecto secundario		
22	Inefectividad del medicamento		
23	Uso de antiséptico		
24	Desconocimiento del protocolo		
25	No Comprensión del protocolo por parte del trabajador		RELACIONADOS CON TAREA Y TECNOLOGIA:
26	No Existe el protocolo		
27	No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad		
28	Protocolo desactualizado		
29	Protocolo no Socializado		
30	Fuerza de infusión del dispositivo médico		
31	Requiere medicación para la realización del estudio		
32	Estandarización para el uso del equipo biomédico		
33	Prueba diagnóstica no existente en la institución		
34	Pertinencia de la Prueba diagnóstica		RELACIONADAS CON EL INDIVIDUO
35	No procesamiento de prueba diagnostica		
36	Marcación errada del área del cuerpo a intervenir		
37	Error en la identificación del paciente en el informe de la prueba diagnostica		
38	Entrega de resultado a paciente equivocado		
39	Prueba diagnóstica no confiable		
40	Resultado de prueba diagnóstica no se correlaciona con la clínica del paciente		
41	Administración de mayor dosis de medicamento ordenado		
42	Administración de menos dosis de medicamento ordenado		
43	Administración del medicamento por vía incorrecta		RELACIONADAS CON EL EQUIPO DE TRABAJO
44	Administración del medicamento a paciente incorrecto		
45	Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos		
46	Creencias religiosas		
47	Educación incompleta al cuidador principal		
48	Estado de salud actual		
49	Estado de Sobriedad		
50	Experticia		
51	Idoneidad del colaborador		
52	Lapsus		
53	Medicamento mal preparado		
54	No Administración del medicamento		
55	No comprensión de la orden medica		
56	No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo		
57	Planeación de jornadas laborales inadecuadas		
58	Problemas del entorno familiar, emocional, social		
59	Problemas psicológicos adyacentes		
60	Rasgos de personalidad		
61	Comunicación escrita no clara		
62	Legibilidad de la orden médica		
63	Multifuncionalidad del personal		
64	No colaboración en el equipo de trabajo		
65	No comunicación asertiva con el equipo		
66	No supervisión en la ejecución de tareas		

67	Cansancio laboral			
68	Falta de efectividad de los planes de acción			
69	La coordinación no permite un acercamiento			
70	Patrón de turnos limita un buen desempeño			
71	Recurso Humano insuficiente			
72	Sobrecarga de trabajo			
73	Temor a sanciones disciplinarias			
74	Ausencia de mantenimiento predictivo del equipo			
75	Ausencia de mantenimiento preventivo del equipo			
76	Condiciones inadecuadas de las instalaciones			
77	Daño en equipo			
78	Factores del sitio de trabajo: Humedad			
79	Factores del sitio de trabajo: ruido			
80	Factores del sitio de trabajo: Temperatura			
81	Falta de inspección para evaluar el funcionamiento de equipos			
82	Falta de insumos y equipos médicos para prestar el servicio			
83	Falta de señalización de equipos médicos			
84	Falta de señalización de infraestructura			
85	Falta disponibilidad de área para la atención			
86	Reutilización de materiales			
87	Ausencia de capacitación			
88	Evaluación y retroalimentación de sus resultados			
89	Líder de proceso no da respuesta oportuna al suceso			
90	Limitación financiera para la ejecución de los planes de acción			
91	No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales			
92	No hay evidencia de planes de acción			
93	No hay evidencia de seguimiento de planes de acción			
94	Procesos administrativos no claros			
95	Recursos Financiero Insuficiente para solución de sucesos			
96	Único proveedor			
97	Trámite incompleto por la EPS			
98	Relación contractual con otras entidades			
99	Limitación por proveedores			
100	No hay referenciación del proceso			

5 Análisis del evento y/o incidente

Si el evento adverso o incidente era prevenible se considera secundario a :

I	_____	II	_____
III	_____	IV	_____
V	_____	VI	_____

6 Clasificación de Impacto

Incidente

I1: Situaciones o circunstancias que se podrían transformar en un error

I2: Error que no alcanzo al paciente

I3: Error que alcanzo al paciente pero no le causo daño

I4: Error que alcanzo al paciente y que requirió la supervisión o confirmación de que no causo daño

☐
☐
☐
☐

Eventos Adversos

EA1: Daño temporal leve y no requirió intervención

EA2: Daño temporal y requiere intervención

EA3: Daño temporal y requiere intervención (Inicio o Prolongación de la Estancia Clínica)

☐
☐
☐

Evento Centinela:

EC1: Daño permanente al paciente

EC2: Requiere alguna intervención para sostener la vida

EC3: Muerte del paciente

☐
☐
☐

ANEXO 4. INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

7. OBJETIVO

Identificar y minimizar el riesgo a EA e incidentes en la atención del paciente con la identificación de análisis de sus causas y el establecimiento de planes de acción oportunos

8. ALCANCE

Este instructivo aplica a todos los procesos implicados con la atención en salud de los pacientes que se encuentran en una institución de Salud de IV Nivel.

9. DEFINICIONES

De acuerdo a la reunión de expertos, se establece el “Gold Standard” en las definiciones a utilizar en el diligenciamiento del formato

- Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que proponen minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible, los eventos adversos en la atención de salud. Ello incluye desde el mejoramiento de acciones cotidianas como los cuidados de enfermería, el lavado de manos, todos los procedimientos médicos y de enfermería, hasta la investigación de eventos adversos para encontrarles solución y difundir resultados.
- Riesgo: Es la probabilidad de que ocurra un incidente, evento adverso o una complicación.
- Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.
- Daño relacionada con la atención en salud: Se refiere a causar perjuicio, menoscabo, molestia o dolor que se deriva de las intervenciones diagnósticas, terapéuticas, de cuidado y de monitoreo brindadas durante la prestación de asistencia sanitaria, y que no se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede durante la atención de un paciente pero no le genera daño y en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

- Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos se clasifican en: prevenibles, no prevenibles y centinelas
- Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles.
- Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- Evento Adverso Centinela: Evento adverso en el que está presente la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente.
- 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.
- Discapacidad: Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.
- Efecto secundario: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
- Atención en salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario acordados por su Entidad Promotora de Servicios, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que debe alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- Factor contributivo: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que este se produzca.
- Acción insegura: Son aquellas violaciones de una norma establecida como segura. En general se cometen estas acciones cuando no se obedecen prácticas o procedimientos correctos o cuando se incurren en exposiciones innecesarias al riesgo.
- Fallas de la atención en salud: Es la deficiencia en la realización de una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- Falla de acción: Es la ejecución de procesos que se encuentran con fallas en cualquiera de sus fases.
- Falla de omisión: Es la no ejecución correcta de los procesos que se encuentran establecidos.

- Violación de la seguridad de la atención: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.
- Barrera de la seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentar del incidente o evento adverso.
- Sistema de gestión del evento adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.
- Acciones de reducción del riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en los procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Pueden ser acciones proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilística del riesgo, o acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.
- Cultura Justa: Es un entorno favorable al diálogo abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras. En el ámbito académico, el cual se define como una unidad de apoyo al trabajo en el que, los miembros pueden cuestionar las prácticas existentes, expresar sus preocupaciones o sus diferencias, y admitir los errores sin sufrir el ridículo o el castigo. Un ambiente de confianza donde se alienta e, inclusive, premia a las personas por brindar información vital relacionada con la seguridad operacional, aún si es auto-incriminatoria, y donde todas las partes entienden claramente qué tipos de comportamiento son aceptables o inaceptables.

10. REQUISITOS GENERALES

El análisis de los eventos adversos e incidentes son necesarios para lograr un mejoramiento continuo en la atención del paciente y se hace a través del FR_x-GCL “Formato de análisis de incidentes y eventos adversos”, y debe ser diligenciado de manera completa por la coordinadora del proceso, el coordinador de gestión clínica y los colaboradores que estuviesen participando en la atención directa del paciente en el momento del suceso. Para el análisis se utilizara la metodología del Protocolo de Londres

11. FLUJOGRAMA

No aplica

12. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

El formato de registro de análisis de eventos adversos contiene lo siguiente:

MODULO 1: RESUMEN DEL CASO:

Se realiza un breve resumen de HC con el motivo del ingreso y lo ocurrido durante la estancia hospitalaria con los datos más relevante que se puedan obtener.

MODULO 2: NOMBRE DEL SUCESO:

Se escribe cual fue el suceso que ocurrió según la clasificación que se tiene en el momento.

- Administración de medicamento
- Aislamiento inadecuado
- Caída del paciente
- Calidad de dispositivo médico
- Cancelación de procedimiento
- Calidad del medicamento
- Curación no realizada
- Daño de Dispositivos médicos
- Error en la identificación del paciente: informe
- Error en la identificación del paciente: muestra
- Error en la medicación: disponibilidad de medicamento
- Extravasación
- Flebitis bacteriana
- Flebitis mecánica
- Flebitis química
- Fuga de paciente
- Golpe
- Daño en la Infraestructura del cubículo o habitación
- Infección entra hospitalaria tipo bacteremia
- Infección entra hospitalaria tipo cerebral
- Infección entra hospitalaria tipo de vías respiratorias
- Infección entra hospitalaria tipo Infección del sitio operatorio profundo
- Infección entra hospitalaria tipo Infección del sitio operatorio superficial
- Infección entra hospitalaria tipo infección de vías urinarias
- Infección entra hospitalaria tipo osteomuscular
- Lesión por uso de dispositivos
- Rechazo de muestras sanguíneas en la fase pre analítica/analítica/post analítica

No procesamiento de prueba
Procedimiento en lugar equivocado
Procedimiento equivocado
Reacción alérgica al medicamento
Reacción alérgica a insumo médico quirúrgico
Reacción alérgica a medio de contraste
Reacción post transfusional
Retiro de dispositivo invasivo
Retiro de dispositivo no invasivo
Úlcera por presión
Venopunción vencida

MODULO 3: TIPO DE SITUACION:

Se clasifica la situación dependiendo del daño ocasionado al paciente en Evento, Incidente o complicación.

MODULO 4: ANALISIS DE CAUSALIDAD (Según el protocolo de Londres)

El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.

Relacionados con el paciente

Este ítem es de gran importancia para detectar características del paciente y de su funcionamiento familiar que pueden afectar las situaciones que rodean la estancia hospitalaria, por lo cual tenga en cuenta los siguientes aspectos:

✓ **Esfera física del paciente:**

- ✓ Discapacidades físicas: se debe tener en cuenta condicionantes de la funcionalidad física del paciente, tales como: Antecedentes, Examen físico de ingreso, Examen físico en el momento del evento o incidente, entre otros.
- ✓ Alteración física secundario al comportamiento de la enfermedad de Base que produzcan Deterioro Neurológico, ayuno prolongado, lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento, alta rotación por los servicios clínicos y/o estancia hospitalaria prolongada (mayor a 10 días).
- ✓ Procedimiento quirúrgicos, angiográficos y/o diagnósticos que se realicen de urgencia y/o programado.
- ✓ Aquellas situaciones clínicas que sean de inherencia del paciente como reacciones alérgicas entre otros.

- ✓ **Esfera mental del paciente:**
 - ✓ Valoración neurológica
 - ✓ Valoración mental: Evidenciar datos clínicos que haga referencia a cambios de su comportamiento y conducta que no sean saludables.
 - ✓ Antecedentes de patologías mentales y/o discapacidad neurológica
 - ✓ Alteraciones de la esfera mental relacionadas con la patología actual y tratamiento farmacológico.
- ✓ **Estructura familiar del paciente:**
 - ✓ Cuidador principal del paciente: acompañamiento del paciente, Conocimiento de la patología, signos y síntomas, afrontamiento y tolerancia al estrés, comunicación con el paciente, red de apoyo, entre otros.
 - ✓ Rol y relaciones con su familia y/o acompañante.
 - ✓ Valores y creencias del paciente y su familia.

Relacionados con la tarea y tecnología

- **Medicamentos y dispositivos médicos:**
 - ✓ Se evalúan los problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRUM): Calidad del medicamento y dispositivo médico, prescripción, disponibilidad y dispensación (condiciones de conservación), uso (dependencia clínica, dosis excesiva, efecto secundario, ineffectividad del medicamento)
- **Protocolos, Guías e Instructivos**
 - ✓ En este ítem se analizan el conjunto de normas y disposiciones legales vigentes en la institución que describen de manera ordenada las acciones que se deben llevar a cabo en una situación determinada, especificando claramente la responsabilidad de cada una de las personas que intervienen en la misma.

Los protocolos, guías e instructivos (Existencia de un protocolo que enmarque la situación, Fecha de emisión y revisión, Descripción de la manera correcta de realizar la actividad, Asignación de responsabilidad al perfil del colaborador)

Conocimiento frente al protocolo, guía e instructivo (Conocimiento del protocolo, Fecha de socialización, Asistencia del colaborador a la última socialización, Comprensión del trabajador del protocolo, Adherencia).

✓ **Pruebas Diagnosticas**

- ✓ Se evalúa lo concernientes a las pruebas diagnósticas que influyen en la aparición del evento adverso tales como (Prueba diagnóstica no existente en la institución, Pertinencia, Error en la identificación del paciente en el informe de la prueba diagnóstica, Prueba diagnóstica no confiable, Resultado de prueba diagnóstica no se correlaciona con la clínica del paciente).

Relacionados con el Individuo

✓ **Características del colaborador**

Tener en cuenta las siguientes condiciones del colaborador

- ✓ Idoneidad del colaborador
- ✓ Comunicación asertiva con los compañeros de labor.
- ✓ Adherencia a protocolos
- ✓ Horas laboradas.
- ✓ Jornada de la última semana (horas extras, descansos)
- ✓ Estado de sobriedad
- ✓ Influencia de la personalidad
- ✓ Creencias religiosas
- ✓ Problemas psicológicos relacionado con fatiga, la familia y el entorno (estados fisiológicos y mentales adversos)
- ✓ Estado de salud actual (patologías, cansancio, sueño, miopía, hipermetropía, astigmatismo, necesidad de audífono y/o otros dispositivos)
- ✓ Capacitación en el manejo y utilización de los equipos, insumos y dispositivos médicos.

Relacionadas con el Equipo de trabajo

- ✓ Trabajo en Equipo
- ✓ Se evalúa las características del equipo de trabajo en el cual se presentó el Evento Adverso tales como colaboración y comunicación en el equipo de trabajo, Multifuncionalidad del personal, Planeación de jornadas laborales inadecuadas y supervisión en la ejecución de las tareas.
- ✓ Comunicación
- ✓ Se evalúa la Legibilidad de la orden médica y la Comunicación escrita, la ejecución de órdenes verbales.

Relacionadas con el Ambiente

✓ **Clima organizacional**

- ✓ Se evalúa la percepción del clima laboral en el momento de la aparición del evento adverso tales como cansancio laboral, Sobrecarga de trabajo, Patrón de turnos limita un buen desempeño, Temor a sanciones disciplinarias, La coordinación no permite un

acercamiento, Recurso Humano insuficiente o Falta de efectividad de los planes de acción

- **Mantenimiento e Infraestructura**

- ✓ En este ítem se evalúa que los recursos con los que se contaba al momento de la prestación del servicio fueran los adecuados, y se encontraran en perfecto estado (Condiciones inadecuadas de las instalaciones, Falta de insumos y equipos médicos para prestar el servicio, Reutilización de materiales, Ausencia de mantenimiento preventivo o predictivo del equipo médico, Falta de inspección para evaluar el funcionamiento de equipos, Falta en la Señalización de la infraestructura y/o equipos médicos, Factores del sitio de trabajo: Ruido, temperatura, ambiente contaminado)

Relacionado con la Organización y Gerencia

- **Dirección y manejo organizacional**

En este ítem se analizan las condiciones que se garantizan por parte de la dirección para brindar una atención de calidad, oportuna y segura.

- ✓ Coordinador de proceso (Recurso humano insuficiente, Planeación de jornadas laborales inadecuadas, No supervisión en la ejecución de tareas, Evaluación y retroalimentación de sus resultados, Ausencia de capacitación en las nuevas tecnologías institucionales, Conocimiento de las condiciones del servicio y ejecución de medidas preventivas, correctivas y de mejora)

Relacionadas con contexto institucional

- **Procesos administrativo:**

- ✓ Claridad de los procesos administrativos involucrados en la prestación del servicio, incluyendo secretarías clínicas, liquidadores, facturadores y auditoría médica

- **Directivas:**

- ✓ receptividad, disposición y gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales.

MODULO 5: ANALISIS DEL EVENTO Y/O INCIDENTE

Dependiendo de los factores analizados se ordenan de mayor a menor cada una de las áreas de relacionadas con el Evento adverso.

MODULO 6: CLASIFICACION DE IMPACTO:

Se clasifica dependiendo del tipo de situación y se sub clasifica de la siguiente forma

Incidente

- **riesgo (I1):** Situaciones o circunstancias que se podrían transformar en un error
- **leve (I2):** Error que no alcanzo al paciente
- **Moderado (I3):** Error que alcanzo al paciente pero no le causó daño
- **Severo (I4):** Error que alcanzo al paciente y que requirió la supervisión o confirmación de que no causo daño

Eventos Adversos

- **Leve (EA1):** Daño temporal leve y no requirió intervención
- **Moderado (EA2):** Daño temporal y requiere intervención
- **Severo (EA3):** Daño temporal y requiere intervención (Inicio o Prolongación de la Estancia Clínica)

Evento Centinela:

- **EC1:** Daño permanente al paciente
- **EC2:** Requiere alguna intervención para sostener la vida
- **EC3:** Muerte del paciente

Factores contributivos	Bacteremias		Neumonias		ISO		IVU		% Acum
Evaluación y retroalimentación de sus resultados	19	100,00	19	100,00	20	100,00	18	100,00	100,0
No verificación (adherencia) del cumplimiento del protocolo	19	100,00	19	100,00	20	100,00	18	100,00	100,0
Uso de antiséptico	19	100,00	19	100,00	20	100,00	18	100,00	100,0
No hay evidencia de planes de acción	19	100,00	19	100,00	19	95,00	18	100,00	98,8
No supervisión en la ejecución de tareas	19	100,00	19	100,00	19	95,00	18	100,00	98,8
Planeación de jornadas laborales inadecuadas	19	100,00	18	94,74	19	95,00	17	94,44	96,0
Alta rotación y/o estancia hospitalaria prolongada	17	89,47	19	100,00	18	90,00	16	88,89	92,1
No colaboración en el equipo de trabajo	17	89,47	17	89,47	16	80,00	17	94,44	88,3
Capacidad de manejo de equipos, insumos y dispositivos	19	100,00	16	84,21	14	70,00	17	94,44	87,2
Ayuno prolongado	17	89,47	16	84,21	11	55,00	18	100,00	82,2
Lapsus	12	63,16	16	84,21	14	70,00	17	94,44	78,0
Estandarización para el uso del equipo biomédico	13	68,42	16	84,21	10	50,00	14	77,78	70,1
Falta de efectividad de los planes de acción	11	57,89	12	63,16	12	60,00	15	83,33	66,1
Comunicación no clara con su cuidador principal	12	63,16	12	63,16	13	65,00	13	72,22	65,9
Patología de base y/o estado de salud	11	57,89	14	73,68	12	60,00	12	66,67	64,6

Educación incompleta al cuidador principal	14	73,68	3	15,79	16	80,00	15	83,33	63,2
No hay Descripción de la manera correcta de realizar la actividad	11	57,89	18	94,74	9	45,00	6	33,33	57,7
No comunicación asertiva con el equipo	11	57,89	17	89,47	9	45,00	6	33,33	56,4
No Comprensión del protocolo por parte del trabajador	7	36,84	11	57,89	12	60,00	12	66,67	55,4
Procedimiento quirúrgico, angiográfico o diagnóstico programado	9	47,37	9	47,37	17	85,00	6	33,33	53,3
Lenguaje y comunicación que limitan el entendimiento	10	52,63	12	63,16	7	35,00	10	55,56	51,6
No Gestión para corregir y aportar a las necesidades institucionales	7	36,84	10	52,63	11	55,00	11	61,11	51,4
No hay evidencia de seguimiento de planes de acción	12	63,16	9	47,37	8	40,00	7	38,89	47,4
Deterioro Neurológico por patología	9	47,37	14	73,68	4	20,00	7	38,89	45,0
Ausencia de capacitación	12	63,16	8	42,11	8	40,00	6	33,33	44,6
Desconocimiento del protocolo	12	63,16	8	42,11	7	35,00	6	33,33	43,4
Protocolo desactualizado	12	63,16	8	42,11	7	35,00	6	33,33	43,4
Protocolo no Socializado	12	63,16	8	42,11	7	35,00	6	33,33	43,4
Discapacidad Neurológica	7	36,84	8	42,11	3	15,00	8	44,44	34,6
Reutilización de materiales			18	94,74					23,7
Discapacidad física	5	26,32	5	26,32	1	5,00	3	16,67	18,6
No hay referenciación del proceso			13	68,42			1	5,56	18,5

Experticia	6	31,58	2	10,53	5	25,00	1	5,56	18,2
Antecedentes de enfermedad mental	3	15,79	3	15,79	1	5,00	5	27,78	16,1
Limitación financiera para la ejecución de los planes de acción			12	63,16					15,8
Limitación por proveedores			12	63,16					15,8
Comunicación escrita no clara	4	21,05	2	10,53	2	10,00	3	16,67	14,6
Recurso Humano insuficiente			1	5,26	1	5,00			2,6
La coordinación no permite un acercamiento					2	10,00			2,5
Procedimiento quirúrgico, angiográfico y diagnóstico de urgencia			1	5,26					1,3
Rasgos de personalidad			1	5,26					1,3
Dependencia clínica del medicamento					1	5,00			1,3
Líder de proceso no da respuesta oportuna al suceso					1	5,00			1,3
No Existe el protocolo					1	5,00			1,3
Procesos administrativos no claros					1	5,00			1,3
Temor a sanciones disciplinarias					1	5,00			1,3