

“SEGUIMIENTO AL ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN LOS PERIODOS 2018 Y 2019 EN LA CLÍNICA REINA ISABEL CON BASE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD”



AUTORES:

YULI VANESSA GARCÍA BALANTA
DANIELA JIMÉNEZ DÍAZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD: CIENCIAS EMPRESARIALES

PROGRAMA DE: ESPECIALIDAD GERENCIA CALIDAD EN SALUD VIRTUAL

BOGOTÁ D.C OCTUBRE 2020

“SEGUIMIENTO AL ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN LOS PERIODOS 2018 Y 2019 EN LA CLÍNICA REINA ISABEL CON BASE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD”



AUTORES:

YULI VANESSA GARCÍA BALANTA
DANIELA JIMÉNEZ DÍAZ

DOCENTE ASESOR:

MARY CABRERA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD: CIENCIAS EMPRESARIALES

PROGRAMA DE: ESPECIALIDAD GERENCIA CALIDAD EN SALUD VIRTUAL

BOGOTÁ D.C OCTUBRE 2020

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	4
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	6
3.1 Objetivo General	6
3.2 Objetivos Específicos	6
JUSTIFICACION	7
MARCO DE REFERENCIA.....	9
MARCO METODOLÓGICO	13
6.1 Tipo de estudio:.....	13
6.2 Procedimientos: Cronograma.....	13
6.3 Técnicas para la recolección de la información:.....	13
6.4 Técnicas para el análisis de la información:.....	14
6.5 Consideraciones Éticas:.....	14
ANÁLISIS DE RESULTADOS:	15
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIONES	19
REFERENCIAS	20
ANEXOS	21

De acuerdo con el Ministerio de Salud Seguridad del paciente se define como conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Entendiendo por atención en salud servicios recibidos por los individuos para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. Pero no ignorando que existen una serie de errores que se derivan de la atención, que pueden ser prevenidos, lo cual son la base del reto para las instituciones como diagnóstico incompleto, erróneo o tardío, utilizar pruebas inadecuadas u obsoletas, errores en la interpretación de pruebas, pruebas innecesarias, hablando de diagnóstico; en tratamiento lesiones perinatales por privación de oxígeno, errores en el proceso de consentimiento informado, complicaciones derivadas de la anestesia, complicaciones quirúrgicas; con relación a la medicación errores en la prescripción, fallos en la manipulación o dispensación, fallos en la dosificación, inadecuado seguimiento; en cuanto a cuidados sanitarios no proporcionar tratamiento profiláctico fallos al prevenir daños físico como caídas, úlceras por presión, fallos en prevención de la infección, screening inadecuados y otros como errores en la comunicación, mantenimiento/utilización de equipos y por último procesos mal diseñados. Por esta razón evaluar el programa de seguridad del paciente para la Clínica Reina Isabel constituye un componente clave para la calidad asistencial de la institución, verificando el seguimiento que realizan a la ocurrencia de los diferentes eventos adversos, incidentes y sus planes de mejora cada año.



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social en los últimos años en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas que lleven a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud. La OMS lanzó recientemente la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores. Lo anterior se logra uniformando el conocimiento y estimulando la investigación, no obstante lo anterior hoy las IPS encuentran dificultades acerca de cómo detectar, disminuir el riesgo en la atención y brindar mayor seguridad. La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud las cuales propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud.

Evaluar la seguridad del paciente busca fortalecer la cultura de notificar, analizar y aprender de la experiencia sobre los eventos adversos en la institución, Una de las dificultades para medir los eventos adversos está dada por el temor a mantener la confidencialidad de los datos y lo que de ellos pudiera devenir en directa relación con la responsabilidad profesional. Otro de los motivos que dificulta la objetivación de los errores es la conducta centrada en la punición personal. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema. Pero para que esta premisa se cumpla, se necesita decisión de la conducción de las organizaciones, con respecto a una clara gestión proactiva que busque aportar soluciones para las fallas en lugar de culpables de los errores.

Para definir la necesidad de introducir cambios y/o mejoras y poder evaluar sus consecuencias en el menor tiempo posible: los indicadores de seguridad en la atención pasan a cobrar una importancia fundamental para saber si se atiende en forma segura.

3.1 Objetivo General

Analizar la clasificación e intervención realizada con los eventos adversos ocurridos en la clínica Reyna Isabel en los periodos 2018 y 2019 con base en el marco del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar la clasificación de los eventos adversos ocurridos en la clínica Reyna Isabel en los periodos 2018 y 2019 con base en el marco del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud
- ✓ Revisar los planes de mejora empleados a los eventos adversos ocurridos en la clínica Reyna Isabel en los periodos 2018 y 2019
- ✓ Definir si la clasificación e intervenciones de los eventos adversos ocurridos en la clínica Reina Isabel se realizó de acuerdo estipulado en el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud

Es pertinente ya que la seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención, Efectuar la medición del riesgo que conllevan los cuidados hospitalarios es de suma importancia para la institución por el impacto que esto genera en diferentes áreas de la vida, no solo desde el punto de vista sanitario sino también económico, jurídico, ético y social.

es relevante porque en Mayo 2019, la OMS en la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el establecimiento del Día mundial de Seguridad del paciente, cuyo objetivo es crear conciencia mundial sobre esto y fomentar la solidaridad y acción a nivel mundial, teniendo en cuenta que los eventos adversos ocurren cada año debido a la atención insegura en hospitales en países de ingresos bajos y medios, lo que contribuye a 2.6 millones de muertes al año, además los pacientes son perjudicados en los entornos primario y ambulatorio; Se puede evitar hasta el 80% de los daños en estos entornos. OMS lanzará una campaña global para crear conciencia sobre la seguridad del paciente e instar a las personas a mostrar su compromiso de hacer que la atención médica sea más segura.

Su viabilidad está enfocada en adoptar una visión metodológica que permita conocer la realidad institucional particular en relación a la ocurrencia de eventos adversos; y que esta información se traduzca en información útil para la prevención de su ocurrencia. En todo caso nos da el convencimiento de que la seguridad en los procesos asistenciales para el paciente y la minimización de la ocurrencia de eventos adversos y sus efectos debe necesariamente formar parte de todo programa de calidad institucional, actuando como principio orientador fundamental de la atención al paciente, debiendo reconocerse que se trata de una labor compleja que debe involucrar a todas las partes que participan en el proceso. No debemos perder de vista que una premisa fundamental en la implementación de un programa destinado a la prevención y gestión de los riesgos en la atención de salud, es reconocer que la ocurrencia de eventos adversos es una realidad. Según la “Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo”.



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

Es evidente la necesidad de estudiar con mayor profundidad el tema, para dar a conocer el impacto que genera en la institución y aprovechar las experiencias de quienes tienen el reconocimiento en ello, proporcionar oportunidades de mejora, advertir riesgos adicionales para los pacientes relacionados con aspectos particulares del sistema de salud y aportar con todo ello la importancia del seguimiento adecuado institucional al programa de seguridad del paciente y generar resultados que impacten la salud y la vida de los usuarios atendidos en la clínica Reina Isabel.

Es de suma importancia dar cumplimiento a la RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006 donde se “define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”, para crear y fortalecer la cultura de reporte de eventos adversos (E.A.) y así medir la baja o alta incidencia de la ocurrencia de estos y trabajar sobre la mitigación de los E.A que se presenten orientando la atención hacia la seguridad del paciente.

A pesar del creciente interés por la seguridad del paciente todavía no se han tomado conductas generales en la mayoría de las instituciones. Trabajar en la cultura del error es el primer paso en el camino de la seguridad de atención; pero notificar, analizar y aprender de la experiencia sobre los eventos adversos sigue siendo un estamento pendiente. Existe actualmente poca cultura de reporte de EA (eventos adversos), pues, una de las dificultades para medir los eventos adversos está dada por el temor a mantener la confidencialidad de los datos y lo que de ellos pudiera devenir en directa relación con la responsabilidad profesional. Otro de los motivos que dificulta la objetivación de los errores es la conducta centrada en la punición personal.

Esto nos lleva directamente a la necesidad de utilizar indicadores como herramientas útiles para poder interpretar lo que está ocurriendo, para tomar medidas cuando las variables se salen de los límites establecidos, para definir la necesidad de introducir cambios y/o mejoras y poder evaluar sus consecuencias en el menor tiempo posible: los indicadores de seguridad en la atención pasan a cobrar una importancia fundamental para saber si se atiende en forma segura y evaluar el impacto que genera en las instituciones.

La seguridad del paciente se constituye entonces la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica. El problema de los eventos adversos que afectan la seguridad del paciente, es un fenómeno que cada día se conoce mejor, pero no es una situación nueva en la medicina. En las décadas de 1950 y 1960, algunos estudios reportaron la presencia de efectos adversos, pero se prestó poca atención a este tema. En la década de 1990, se empiezan a utilizar pruebas científicas para analizar esta problemática, sentando un precedente fundamental la publicación de los resultados del Harvard Medical Practice Study en 1991. Posteriormente se realizaron estudios en Australia, Reino Unido, Irlanda del Norte y Estados Unidos de América.

Rodríguez, Estudio latinoamericano de seguridad de paciente y Acreditación en Salud. La detección, la intervención oportuna del evento adverso y sobre todo su prevención son, desde luego, los asuntos más relevantes en este enfoque que incluye medidas múltiples que van desde la intervención del espacio físico para prevenir el riesgo de caída de un paciente, hasta la revisión de los protocolos para el suministro de medicamentos, pasando por las medidas tomadas para prevenir errores en el diagnóstico o en las intervenciones, por ejemplo, en el sitio equivocado. En Colombia se seleccionaron doce instituciones (ver cuadro anexo), distribuidas en diferentes regiones del país, públicas y privadas, acreditadas, no acreditadas y en preparación para la acreditación, cuya participación permitirá tener una idea más clara del comportamiento de los eventos adversos en Colombia. Estudio transversal de observación de prevalencia y un estudio concomitante de incidencia de carácter retrospectivo que estudiará pacientes hospitalizados, en determinado momento de su atención en las instituciones seleccionadas, independiente del tiempo de hospitalización.

Álzate, Posada, Quintero, Rodríguez, 2016, Diseño del Modelo de Seguridad del Paciente en una ese de primer nivel del suroeste antioqueño, universidad ces facultad de medicina posgrado en auditoría en salud observatorio Salud Pública

Medellín. El Ministerio de Salud y Protección Social, estableció en la Resolución 2003 de 2014 que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben contar con un Programa de Seguridad del Paciente, documentado, socializado y evaluado, que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, con base en el modelo de



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

gestión de seguridad del paciente. El enfoque del diseño del Modelo de Gestión de la Seguridad del Paciente es cualitativo. Se documentó el Programa de Seguridad del Paciente en la ESE, con base en el modelo de gestión de seguridad establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Moya, 2017, La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido. La identificación de los riesgos en seguridad del paciente durante la atención primaria en salud habitualmente se realiza de la misma manera que se hace en la gestión clínica hospitalaria, sin tener en cuenta que los riesgos son diferentes. Construir una cultura de seguridad (CS) en las instituciones de salud es fundamental para conseguir que la SP forme parte de la metodología y de las prácticas de trabajo cotidianas y de mejora continua de la calidad en los servicios asistenciales, y para ello es necesario que cada institución de salud conozca cuál es la situación de partida, a fin de saber cuáles son los aspectos que conviene priorizar.

Pérez, Vásquez, 2013, Seguridad del paciente al alcance de todos, En los diferentes campos de la actividad humana la seguridad es un tema recurrente que cobra vigencia cada vez que ocurren accidentes o eventos que ponen en riesgo la vida de las personas, tiene el propósito de presentar al lector un marco amplio y no reduccionista del tema de la seguridad del paciente. El marco de referencia que se propone es de tipo holístico, por lo que si bien la seguridad del paciente es la unidad de análisis o estudio, se le relaciona con otros niveles o dimensiones de seguridad que es necesario considerar para hacer un abordaje integral.

Rocco, Garrido, 2017, seguridad del paciente y cultura de seguridad, La Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y

la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria. La cultura de seguridad (CS) incluye factores humanos, técnicos, organizativos y culturales. Esta cultura de seguridad ha madurado en distintos entornos, como la industria de la energía nuclear, la aviación y el control aéreo. Lograr una verdadera seguridad es un proceso largo y, puede que no sea posible eliminar por completo el daño y este siempre estará presente.

La alianza Mundial para la seguridad del paciente tiene también una lucha en busca del bienestar del paciente y ellos mencionan que las investigaciones sobre la seguridad del paciente aportan información y ofrecen instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura.

- **Determinar los daños:** La determinación de los problemas e incidentes que ocurren en la atención sanitaria consiste en estimar el número de pacientes que sufren daño o pierden la vida por causa de la atención sanitaria. Consiste también en identificar cuáles son los eventos adversos registrados (por ejemplo, errores de medicación, infecciones nosocomiales, etc.). Esta información es esencial para aumentar la sensibilización sobre el problema y determinar prioridades. Sin embargo, sólo es el primer paso.
- **Entender las causas:** Una vez identificados los principales problemas, el paso siguiente consiste en entender las principales causas que favorezcan los eventos adversos que han perjudicado a los pacientes. Debido a la naturaleza compleja de la atención sanitaria, esos eventos no son consecuencia de una causa única. Por consiguiente, es necesario investigar para determinar los principales factores prevenibles en la cadena causal.
- **Encontrar soluciones:** Para mejorar la seguridad del paciente se necesitan soluciones que aborden las causas fundamentales de la atención poco segura. Es necesario identificar soluciones eficaces para conseguir una atención más segura y prevenir posibles daños a los pacientes.
- **Evaluar el impacto:** Aun cuando se hayan encontrado soluciones de eficacia demostrada en los entornos controlados, es importante evaluar los efectos, la aceptabilidad y la asequibilidad de las soluciones aplicadas en la vida real.

A continuación se conceptualizan aspectos importantes y claves relacionados con la seguridad del paciente en las instituciones:

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



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

- **ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

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

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

- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).

- **FALLAS LATENTES:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

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

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

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

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

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



Aspectos que se deben tener en cuenta a claramente al iniciar un programa de seguridad del paciente

MARCO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio: Se usará una metodología cualitativa descriptiva el cual permita identificar los eventos adversos ocurridos en la clínica Reina Isabel con el fin de analizar la adecuada clasificación y las intervenciones que se realizaron de acuerdo al sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud en el periodo 2018 y 2019.

6.2 Procedimientos: Cronograma

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Presentación del proyecto a realizar en la institución		■													
Definir los aspectos que se requieren para atención centrada en seguridad del paciente			■	■	■										
Aplicación de instrumento (Lista de chequeo)					■	■									
Análisis de resultados							■	■							
Tabular el impacto que genera la ocurrencia de eventos adversos									■	■					
Proceso de conclusiones											■				
Presentación al gerente y coordinadores con los hallazgos encontrados la importancia de crear un programa de seguridad del paciente													■	■	
													■	■	

6.3 Técnicas para la recolección de la información: Mediante al uso de una matriz denominada “seguridad del paciente” en donde se registran la estrategia de análisis de los diferentes eventos adversos ocurridos en los periodos 2018 y 2019, con su respectiva clasificación, intervención y grado de priorización,



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

Involucrando la responsabilidad de los profesionales que les corresponde la aplicación y el seguimientos de los planes de mejora.

6.4 Técnicas para el análisis de la información: Se trabajara con la base de datos del programa de seguridad del paciente de la Clínica Reina Isabel,

Se tabulara los principales eventos adversos, sus causas y sus planes de mejora por año

6.5 Consideraciones Éticas: De acuerdo a Artículo 11 de la Res. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano, la actual investigación se constituye Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
ANÁLISIS DE RESULTADOS:

El presente estudio mostró que la mayoría de eventos adversos se presentaron de tipo leve durante el año 2018 y de tipo moderado durante el 2019.

Los Eventos Adversos que se reportaron con mayor frecuencia en el presente estudio estaban relacionados con procesos y procedimientos seguros durante el año 2018, seguido de infecciones y por último a causa de infraestructura y con predominando infecciones durante el año 2019 seguido de procesos y procedimientos seguros, y por último farmacovigilancia. Dentro de la categoría utilizada para determinar la priorización del evento, en el año 2018 y 2019 se obtuvo puntaje de 16 lo que indica que el evento requirió intervención de inmediato. Este resultado es importante e indica dificultades para cumplir estándares

Los Eventos Adversos relacionados con procesos procedimientos seguros, evidenciaron un porcentaje significativo para la presencia de caídas. Los factores que desencadenaron estos eventos fueron los del sistema relacionado a la falta de adhesión a protocolos, guías y procedimientos. Convirtiéndose en un problema de salud de primer orden, tanto para el paciente y sus cuidadores, como para los sistemas de salud y los profesionales. La implementación de intervenciones basadas en la evidencia, para prevenir las caídas, es una prioridad en el campo internacional de la seguridad del paciente, siendo uno de los objetivos nacionales de seguridad (Nacional Patient Safety Goals) propuestos por la Joint Commission para el 2009, y de las estrategias seleccionadas por el Institute of Healthcare Improvement en su campaña nacional para proteger al paciente de cinco millones de incidentes adversos.

La existencia de casos de caídas de pacientes en la investigación debe ser cuidadosamente evaluada, porque tiene el potencial de causar lesiones y secuelas, prolongar el tiempo y los costos de hospitalización, con consecuente responsabilidad legal del equipo de salud y la institución.

Las medidas preventivas que han demostrado eficacia han sido el uso correcto de la colocación de medidas de protección, el establecimiento de unos parámetros para la identificación de los posibles factores de riesgo que puedan ocasionar una caída

y evaluar la frecuencia de éstas, establecer una escala de atención de la dependencia y compararla con el modelo de factores de riesgo, analizar los factores de riesgo extrínsecos que las favorecen,



realizar una puntuación para identificar a los pacientes con alto riesgo, establecer un programa de intervención de caídas y desarrollar estrategias para la prevención de éstas.

Las medidas preventivas que no han demostrado eficacia son las que están relacionadas con la elaboración de un plan de cuidados en grupo, una intervención multifactorial, la vigilancia del Paciente por vídeo y/o monitores, cuidadoras, intervención de fisioterapeutas, sistemas de detención y la identificación de las restricciones de las actividades por miedo a caer.

En los Eventos adversos se encontró durante el 2019 la predominancia de las infecciones y en el 2018 también ocupó un lugar importante en el porcentaje de presentación de eventos adversos.

En el 2018 el porcentaje mayor de infecciones lo ocupan las flebitis.

El fenómeno de la flebitis reportado en el presente estudio, coincide con otros como el de Cornely; quien destaca la necesidad de establecer acciones de mejoramiento que permitan prevenirlo, puesto que se convierte en uno de los indicadores de calidad de los cuidados brindados.

Por otro lado, las infecciones intrahospitalarias, que predominan en el 2019 hoy llamadas infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), fue otro Evento Adverso reportado en el estudio. Los factores responsables fueron los relacionados al sistema, particularmente con la falta de adhesión a protocolos.

En los Eventos Adversos, relacionados con reacción anestésica, demostraron en el presente estudio un porcentaje del 100% en farmacovigilancia en el año 2019 ocupando el 3er lugar con un 10% en los eventos presentados durante éste año,

Afortunadamente, las reacciones alérgicas durante la cirugía son poco frecuentes: los estudios epidemiológicos indican que la frecuencia de presentación de reacciones graves oscila entre 1 de cada 3.500 hasta 1 de cada 20.000 anestесias generales realizadas. Entre éstas, se cuentan también las que aparecen cuando el paciente ya ha salido de quirófano y se encuentra en la sala de reanimación, que llegan a contabilizar un 28% del total, muchas de las cuales son causadas por medicamentos para reducir el dolor posoperatorio.

En los eventos Adversos, relacionados con infraestructura segura, se encontró en un 100% la fuga. La fuga o abandono no programado de un paciente ingresado es considerado uno de los eventos adversos que puede ocurrir en cualquier momento de la hospitalización, siendo más frecuentes en los casos en los que los pacientes desconfían del entorno terapéutico o han sido ingresados de forma involuntaria.



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

Lo anterior permite concluir que los factores desencadenantes de los eventos adversos descritos fueron los del sistema, siendo la falta de adhesión a protocolos el más frecuente. Y todos prevenibles. Al parecer, el déficit en la incorporación de la evidencia científica en la práctica asistencial, a través de las guías de práctica clínica y la utilización de protocolos que contemplen las medidas que han demostrado ser efectivas para disminuir el riesgo de aparición de Eventos Adversos, no se ha considerado como una prioridad.

El Seguimiento a los eventos adversos ocurridos en los periodos 2018 y 2019 en la Clínica Reina Isabel con relación al sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud, permitió identificar que la clínica cuenta con un programa de seguridad del paciente establecido en busca de una atención con altos estándares de calidad, buscando aportar áreas de mejora que benefician a los pacientes, sin embargo se identifica un gran vacío en conocer la magnitud de los problemas y en priorizar las acciones a tomar frente a los eventos adversos, en relación a los seguimientos dado que estos deben de ser de manera continua, no tienen muy claro los sobre costos que generan las no intervenciones tempranas y correctas a los eventos adversos encontrados en la clínica. Implementan programas que permite conocer la naturaleza y las causas de los eventos adversos de la Clínica, y así se logró Conocer la epidemiología de los eventos adversos. Se identifica debilidad en la oportunidad e importancia de sensibilizar al personal hacia el cambio y la seguridad de los pacientes para hilar la cultura de seguridad del paciente. También se logra evidenciar que hay una clasificación de los eventos adversos en los periodos 2018 y 2019 en la clínica Reyna Isabel, con base en el marco del sistema obligatorio de garantía de calidad, estableciendo el tipo de evento y su clasificación bien sea leve, moderado o severo, además identificando que se le realizo estrategia de análisis, mediante la herramienta protocolo de Londres, estableciendo si el evento era prevenible o no prevenible. Pero lo más importante se efectuó una revisión logrando encontrar que se realizaron diferentes planes de mejora ero sin seguimiento a estos eventos, instaurando la revaloración del riesgo y así dar prioridad a sus planes.

Se encontró que el programa de seguridad del paciente cuenta con unos subprogramas, los cuales se evidencio que la mayoría de eventos adversos se encuentran en los subprogramas de infraestructura, procesos y procedimientos seguros e infección. Los eventos adversos relacionados con infraestructura corresponde a fuga del paciente, con respecto a procesos y procedimientos seguros a caídas que han presentado los pacientes, y en relación con el subprograma de infecciones algunos pacientes manifestaron flebitis y otros infecciones en el sitio operatorio. Se demuestran algunas fallas y vacíos en la atención en los pacientes dado que el 100% de los eventos adversos presentados se habían podido evitar solo realizando adherencia adecuada a los protocolos clínicos. Sin embargo los eventos ocurridos fueron moderados en su gran mayoría con relación en el año 2018. Los eventos adversos ocurridos en el año 2019, hacen parte de los subprogramas de farmacovigilancia, procesos y procedimiento e infecciones. En relación a farmacovigilancia ocurrió una reacción anestésica; en cuanto a procesos y procedimientos seguros hubo pacientes que presentaron caídas, una muerte y broncoasiracion. Del subprograma de infecciones sucedieron muchas infecciones del sitio operatorio y una complicación. Igual que en el año 2018 el 100 100% eran prevenibles, pero estos a diferencia del 2018 se ubican en la clasificación leve.



- Laguna, J.M. (2010), Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática, Barcelona, España. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300002
Strategies for preventing pressure ulcers, joint commission perspectives on patient
- safety. 2008 8 (1) (citado 2014 mar 13). Disponible en: http://www.jcrinc.com/pressure-ulcers-stageIII-IV_decubits-ulcers Achury. D. (2016), Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo, Murcia, España. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011
- Cornely O, Bethe U, Waldschmidt D. (2002), Catéteres de teflón periférico: factores que determinan la incidencia de las flebitis y la duración de la canalización. *Infection control and hospital epidemiology*. 249-253.
- Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. (2015) Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. [acesso em 20 out Enfermería Global N° 55 Julio 2019 Página 322 2016]; 68(1): 144-154. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000100144&lng=en.
- Garcia, P. La alergia en el quirófano. Badalona, España. Recuperado de: <https://www.fbbva.es/microsite/alergiasfbbva/alergia-a-los-medicamentos/34-la-alergia-enel-quiropano/index.html>

Instrumento

“Matriz seguridad del paciente “

EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN EL AÑO 2018 POR SUB PROGRAMAS												
SUBPROGRAMAS				EVENTO		APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE LONDRES		ANALISIS DEL EVENTO		APLICACIÓN DE PLANES DE MEJORA / SEGUIMIENTO		
EQUIPOS SEGUROS	INFRAESTRUCTURA SEGURA	MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	GESTION CLINICA	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	TIPO DE EVENTO	CLASIFICACION (LEVE, MODERADO SEVERO)	SI	NO	PREVENIBLE	NO PREVENIBLE	SI	NO