



FRECUENCIA DE SITUACIONES INSEGURAS SEGÚN EL REGISTRO DE UNA CLINICA PRIVADA DE TERCER NIVEL DE BOGOTÁ

Ana María Bravo, Lilia Doria y Andrea Sanabria



Resumen

Introducción: La seguridad del paciente es una prioridad en la atención en salud a nivel mundial, conllevando a que las instituciones empleen estrategias para fomentar su cultura, dentro de ellas el registro de situaciones inseguras.

Objetivo: Determinar frecuencia de registro de situaciones inseguras asociadas a la atención de salud en una clínica privada de tercer nivel de Bogotá, durante el periodo mayo a noviembre de 2013. **Método:** Estudio descriptivo, realizado a partir de una base de datos secundaria de registros diligenciados por el personal de la clínica. **Resultados:** se reportaron 379 situaciones inseguras, incidentes (52%), eventos adversos (36%) y riesgos (12%). La situación insegura más reportada según el tipo fue uso seguro de medicamentos y dispositivos médicos (36,93%). Por servicio el que más reportó fue hospitalización (47%) y urgencias (21%), el cargo que más reportó por enfermería (72,5%). **Conclusión:** La implementación de estrategias orientadas a estimular el reporte favorece la identificación de fallas en el proceso de atención disminuyendo la frecuencia de eventos adversos. Siendo este un primer paso en el programa de seguridad del paciente.



Introducción

- La seguridad del paciente es una prioridad en la atención en salud a nivel mundial
- Las instituciones deben implementar estrategias como el reporte voluntario, búsqueda a través de auditorías de historias clínicas, mecanismos de escucha para asegurar que la atención es lo más segura posible
- La institución de salud en la que se llevó a cabo la investigación ha fomentado la cultura de seguridad del paciente desde su apertura



Marco Teórico

- 1991 USA Harvard Medical Practice incidencia de eventos adversos 3,7% en la ciudad de Nueva York
- 1999 USA To Err is Human: Building a Safer Health System mostró que entre 44 000 a 98 000 personas morían al año en los hospitales en Estados Unidos por errores médicos
- 1999 OMS crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente
- 2005 Comisión Europea presenta el plan de gobierno: Patient Security: Making It Happen: Promoción de la atención segura en Europa
- 2007 Colombia se desarrolló una Política de Seguridad del Paciente
- 2010 Reino Unido crea Building a safe National Health Service: sistema de notificación de situaciones inseguras
- *2010 se publica el estudio IBEAS 10,5% incidencia eventos adversos*
- *2013 Colombia: Resolución 1441 donde establece que debe haber un Programa de Seguridad al Paciente*
- Todos los esfuerzos están encaminados al diseño de estrategias para la detección de situaciones inseguras que ponen en riesgo la seguridad el paciente



Definiciones

- **Seguridad del Paciente:** reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.
- **Situación insegura:** cualquier evento o circunstancia no intencional con ocasión del cuidado de la salud y no de la enfermedad, que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Las situaciones inseguras en el ámbito hospitalario pueden clasificarse en:
 - **Riesgo:** cuando una situación insegura no afecta a un paciente
 - **Incidente:** cuando alcanza al paciente pero no causa ningún daño apreciable
 - **Evento adverso:** cuando genera daño en el paciente, si genera un daño como la muerte o secuelas irreversibles en el paciente se denomina **Evento centinela**



Seguridad del paciente

Desde sus inicios, la clínica estableció un Programa de Seguridad del Paciente en el cual se le ha dado prioridad a 8 ejes de trabajo:

- Cultura de Seguridad del Paciente
- Identificación correcta de pacientes
- Comunicación Efectiva
- Uso seguro de medicamentos y dispositivos
- Prevención de Infecciones
- Prevención de errores en procedimientos
- Prevención de caídas
- Prevención de lesiones en piel



Preguntas de investigación

PRIMARIA

- ¿Cuál es la frecuencia de las situaciones inseguras registradas para la población de pacientes atendidos en una clínica privada de tercer nivel de Bogotá, durante el periodo mayo a noviembre de 2013?

SECUNDARIAS

- ¿Cuáles son las características demográficas de la población de pacientes atendidos que registraron situaciones inseguras?
- ¿Cuál es el eje del programa de Seguridad del Paciente de la clínica donde se realizó el estudio con mayor número de registro de situaciones inseguras durante el periodo estudiado?
- ¿Cuáles son las situaciones inseguras más frecuentemente registradas según el eje del programa?
- ¿Cuál es la ubicación con mayor frecuencia de situaciones inseguras registradas?
- ¿Cuál es la distribución de las situaciones inseguras registradas en los servicios de la Clínica?
- ¿Cuáles fueron el cargo y la vía de reporte más frecuente?



Objetivos

General:

Determinar la frecuencia de situaciones inseguras asociadas a la atención en salud, registradas en una clínica privada de tercer nivel de Bogotá durante el periodo comprendido de mayo a noviembre de 2013.

Específicos:

1. Caracterizar demográficamente a los pacientes atendidos en una clínica de tercer nivel de Bogotá, en los que se reportó alguna situación insegura asociada a la atención en salud.
2. Determinar cuál fue el eje del programa de seguridad del paciente con mayor número de registros de situaciones inseguras durante el periodo estudiado.
3. Identificar las situaciones inseguras más frecuentes registradas en cada uno de los ejes del programa de seguridad del paciente.
4. Identificar la ubicación donde se presenta el mayor registro de situaciones inseguras
5. Establecer cuáles son los principales servicios implicados en las situaciones inseguras.
6. Determinar cuáles fueron el cargo y la vía de reporte más frecuente.



Metodología

DISEÑO : Se realizó un estudio descriptivo de los registros de eventos adversos

POBLACION DE ESTUDIO: pacientes atendidos en una institución de salud durante los meses de mayo a noviembre de 2013, que presentaron algún evento o incidente asociado a la atención en salud relacionado con los ejes de seguridad incluidos en el programa de seguridad del paciente y que fue reportado voluntariamente por el personal de la clínica.

CRITERIOS DE SELECCION

Criterio de inclusión:

Pacientes con reporte de cualquiera de las condiciones de inseguridad descritas en el marco teórico relacionado a eventos o incidentes asociados a la atención en salud, referenciados en los ejes de seguridad.

Los criterios de exclusión:

Se excluyen los pacientes con otro tipo de reporte de evento o incidente diferente a los descritos en los ejes de seguridad

Se excluyeron los reportes que no contaban con la información suficiente para ubicar el caso y realizar el análisis.



Variables

- Sexo
- Edad
- Ubicación hospitalaria del paciente
- Tipo de evento
- Discriminación evento adverso o incidente de seguridad
- Vía de reporte
- Cargo del reportante
- Proceso implicado



Metodología

Instrumento de recolección

La recolección de la información se realizó de mayo a noviembre de 2013, mediante la recopilación de las situaciones inseguras reportadas al área de calidad de la institución de salud por medio de buzones de seguridad, correo electrónico, búsqueda activa, quejas institucionales, comités institucionales y comunicaciones verbales, los cuales se canalizaban en los formatos de reporte establecidos en la clínica dentro del marco del programa de seguridad del paciente.

A través del formato se obtenían los datos de identificación del paciente y del reportante, el tipo de eje del programa de seguridad implicado en la situación reportada y la descripción de la situación. Posteriormente se realizaba un análisis de la situación reportada mediante la entrevista con el reportante, revisión de los registros de historia clínica, análisis en conjunto con los líderes del servicio implicado e identificación de oportunidades de mejoramiento.



FORMATO DE REPORTE CARA 1

REPORTE Y ANÁLISIS DE SITUACIONES INSEGURAS						CÓDIGO: 10000001	
						VERSIÓN: 1	
Por favor suministre la mayor cantidad de información posibles. La calidad de esta información contribuye con el éxito del análisis del caso y con la toma de las medidas de seguridad correctas.							
FECHA DE OCURRENCIA DEL EVENTO <small>DÍA / MES / AÑO</small>			DÍA / MES / AÑO		CONSECUTIVO No		
DATOS DEL PACIENTE							
INICIALES DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CAMA	SERVICIO	
	<small>DÍA / MES / AÑO</small>	F	M				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DEL PACIENTE:			CONDICIONES CLÍNICAS RELEVANTES		ALERGIAS		
TIPO DE EVENTO (Marque con una X el tipo de evento ocurrido)							
1. CAIDA	<input type="checkbox"/>	6. RELACIONADO CON IDENTIFICACIÓN		<input type="checkbox"/>	11. RELACIONADO CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS		<input type="checkbox"/>
2. RELACIONADO CON MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	7. RELACIONADO CON CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS		<input type="checkbox"/>	12. RELACIONADO CON REGISTROS CLÍNICOS		<input type="checkbox"/>
3. RELACIONADO CON DISPOSITIVOS Y/O EQUIPOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	8. RELACIONADO CON COMUNICACIÓN		<input type="checkbox"/>	13. RELACIONADO CON MEDIO AMBIENTE (ASEO - RESIDUOS - DESINFECCIÓN)		<input type="checkbox"/>
4. RELACIONADO CON TRANSFUSIONES	<input type="checkbox"/>	9. RELACIONADO CON INFECCIONES		<input type="checkbox"/>	14. RELACIONADO CON PROCESOS Y ACTIVIDADES		<input type="checkbox"/>
5. RELACIONADO CON LESIONES EN PIEL	<input type="checkbox"/>	10. RELACIONADO CON ALIMENTOS		<input type="checkbox"/>	15. OTRO		<input type="checkbox"/>
CUAL?							
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO (Describe breve y concretamente la situación detectada. En caso de un evento con medicamentos o dispositivos médicos, registre el nombre, número de lote y/o registro INVIMA)							
ACCIÓN INMEDIATA							
DATOS DEL REPORTANTE							
NOMBRE:							



FORMATO DE REPORTE CARA 2

REPORTE Y ANÁLISIS DE SITUACIONES INSEGURAS			CÓDIGO: ES-06-01
DILIGENCIADO POR: GARANTÍA DE CALIDAD			VERSIÓN: 1
ACCIONES INSEGURAS			
FACTORES CONTRIBUTIVOS			
PACIENTE	TAREA Y TECNOLOGÍA	INDIVIDUO	
EQUIPO DE TRABAJO	MEDIO AMBIENTE	ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	
CLASIFICACIÓN			
INCIDENTE <input type="checkbox"/>	EVENTO CENTINELA <input type="checkbox"/>	EVENTO ADVERSO <input type="checkbox"/>	PREVENIBLE <input type="checkbox"/>
			NO PREVENIBLE <input type="checkbox"/>



Metodología

Instrumento de recolección

Una vez realizado el análisis de la situación insegura reportada, si la situación reportada cumplía los criterios de inclusión y no cumplían los criterios de exclusión, se registraban las variables de interés dentro de una base de datos en Microsoft Excel® 2010 a partir de la cual se obtuvieron los resultados del presente trabajo.

Procesamiento y análisis de datos

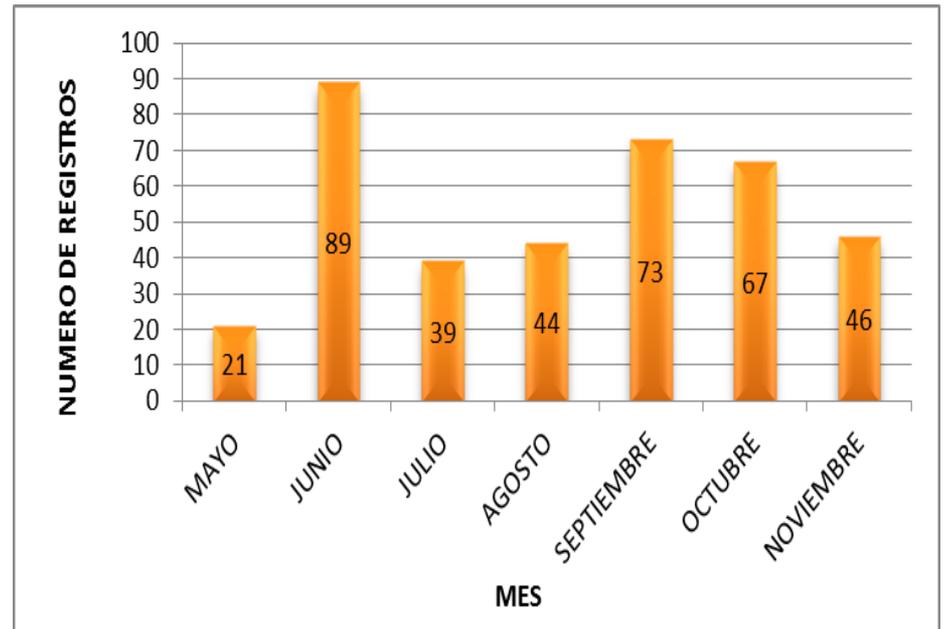
La base de datos en Microsoft Excel®, fue exportada a SPSS® versión 21. Las variables medidas en escala nominal se analizaron con base en distribuciones porcentuales (incidencia y frecuencia); las variables medidas en intervalo se analizaron con base en distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central y variabilidad como media aritmética, mediana, rango de datos y desviación estándar.



Resultados

La población atendida durante el periodo de mayo a noviembre en la Clínica fue de 16.088 pacientes, y se obtuvieron en total 379 situaciones inseguras asociadas a la atención en salud, 360 relacionadas con un paciente específico y 19 relacionadas con las actividades del proceso de atención sin que involucraran a un paciente específico, el mes en el que se obtuvo mayor número de registros corresponde a junio (89) seguido de septiembre (73) y octubre (67), (ver grafico 1)

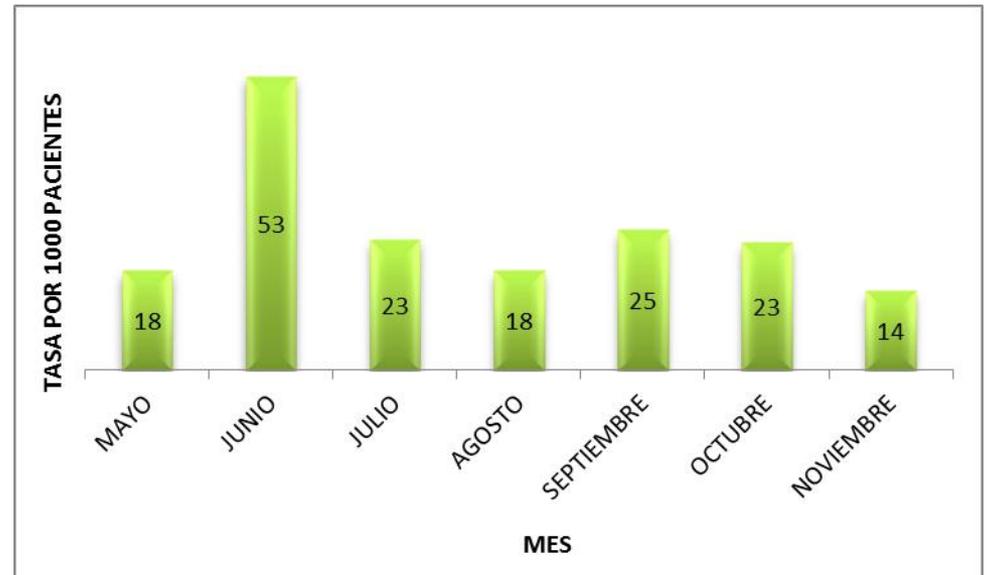
Gráfico1. Distribución de registros por meses



Resultados

- Al comparar la tasa de registro de situaciones inseguras en cada uno de los meses, se encuentra una mayor tasa durante los meses de junio, septiembre y octubre por cada 1000 pacientes. (ver gráfico 2)

Gráfico2. Tasa por 1000 de registro de situaciones inseguras de acuerdo a los ingresos en el periodo de mayo a noviembre 2013.



Resultados

De los 360 pacientes involucrados en los reportes se encontró que 54,2% pertenecen al género femenino y 45,8% al género masculino. El promedio de edad de los pacientes es de 36,05 años, con una mediana de 34, 32 y un rango de 0 a 94 años.

(Ver Tabla 1).

Tabla 1. Características Demográficas

Sexo	N (%)
Masculino	165 (45,8)
Femenino	195 (54,2)

Edad	Años
Media	36,05
Desv. típ.	28,63
Mediana	34,32
Rango	0 - 94



Resultados

Tabla 2. Distribución por sexo y grupo de edad

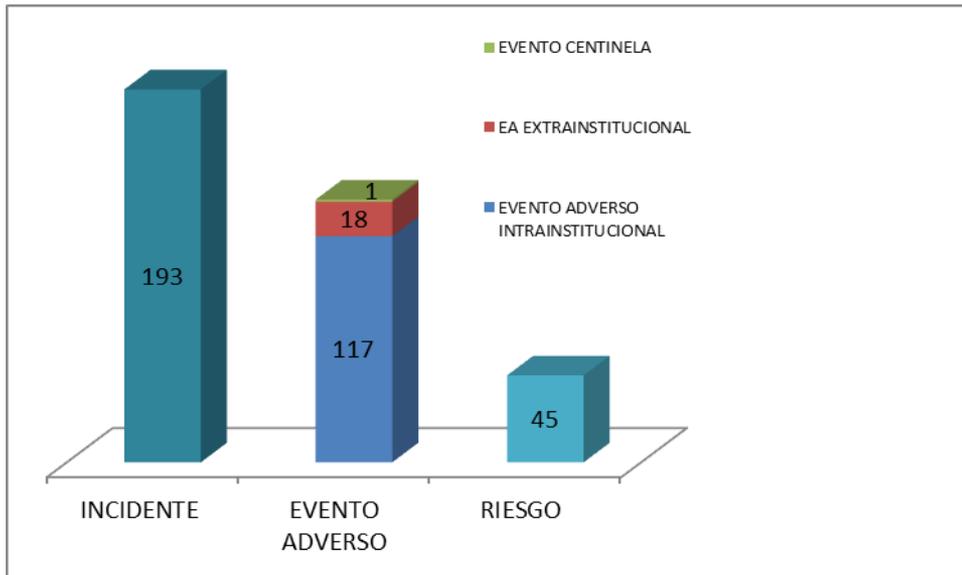
Grupo de Edad	Sexo		Total (n=360)
	Femenino (n= 195)	Masculino (n= 165)	
Edad			
Menor de un año	16	32	48
De uno a 4 años	22	21	43
De 5 a 14 años	11	9	20
De 15 a 29 años	32	14	46
De 30 a 44 años	39	34	73
De 45 a 59 años	17	23	40
De 60 a 69 años	15	18	33
De 70 a 79 años	17	7	24
Mayor de 80 años	26	7	33

Al analizar la distribución por grupos de edad se encuentra que la mayoría de reportes ocurrió en menores a 5 años, y entre los 15 a 59 años.



Resultados

Gráfico 3. Clasificación situaciones inseguras



Al clasificar las situaciones inseguras registradas se encontró que la mayoría fueron clasificadas como incidentes (52%), seguido de eventos adversos (36%) y riesgos (12%), (Ver Gráfico 3); identificando que por cada evento adverso se reportaban dos incidentes y riesgos



Resultados

- Se incluyeron en el estudio 18 eventos adversos originados por fuera de la institución que requirieron asistencia sanitaria dentro de la clínica, los cuales fueron definidos como evento adverso extra institucional y estaban relacionados con los ejes del programa de seguridad del paciente de prevención de lesiones en piel (28%), prevención de infecciones (11%) y uso seguro de medicamentos (61%).
- De los eventos adversos originados en la institución de salud, se identificó uno (1%) que correspondía a evento centinela, el cual estaba relacionado con la prevención de errores en procedimientos, generando una secuela no reversible en el paciente implicado.
- Los eventos adversos registrados, el 50% se relacionaban con fallas en el uso seguro de medicamentos, 26% con lesiones en piel, 10% con errores en procedimientos, 5% con caídas, 3% con fallas en comunicación, 3% con fallas en las estrategias de prevención de infecciones y 1% con fallas en la identificación.
- Con respecto a los incidentes, se identificaron reportes de situaciones inseguras por fallas en la comunicación efectiva 32%, uso seguro de medicamentos 32%, identificación correcta de pacientes 19%, prevención de infecciones 8%, prevención de errores en procedimientos 5%, prevención de lesiones en piel 3% y prevención de caídas 2%.



Resultados

Tabla 3. Distribución de eventos por grupo de edad

Edad	Clasificación			
	Evento Adverso (n= 117)	Incidente (n= 187)	Riesgo (n= 34)	Otros (n= 22)
	n(%)			
Menor de un año	15 (12,82)	24 (12,83)	9 (26,47)	0
De uno a 4 años	10 (8,54)	28 (14,97)	3 (8,82)	2 (9,09)
De 5 a 14 años	6 (5,12)	11 (5,88)	3 (8,82)	0
De 15 a 29 años	20 (17,09)	20 (10,69)	2 (5,88)	4 (18,18)
De 30 a 44 años	15 (12,82)	45 (24,06)	8 (23,52)	5 (22,72)
De 45 a 59 años	16 (13,67)	19 (10,16)	2 (5,88)	3 (13,63)
De 60 a 69 años	13 (11,11)	17 (9,09)	1 (2,94)	2 (9,09)
De 70 a 79 años	9 (7,69)	10 (5,34)	3 (8,82)	2 (9,09)
Mayor de 80 años	13 (11,11)	13 (6,95)	3 (8,82)	4 (18,18)

Chi cuadrado p= 0,202

Se realizó un análisis bivariado donde se evaluó si existía alguna diferencia en la clasificación de la situación insegura de acuerdo a los diferentes grupos de edad; sin embargo no se encontró ninguna diferencia significativa.

En casi todos los grupos de edad fue más frecuente el incidente que el evento adverso, excepto en los pacientes de 15 a 29 años y mayores de 80 años, donde la presencia de eventos adversos e incidentes fue similar



Resultados

Tabla 4. Tipo de situación

Uso seguro de medicamentos	140 (36,93)
Comunicación efectiva	73 (19,26)
Identificación correcta de pacientes	54 (14,24)
Prevención de lesiones en piel	42 (11,08)
Prevención de infecciones	29 (7,65)
Prevención de errores en procedimientos	21 (5,54)
Prevención de caídas	10 (2,63)
No relacionado con seguridad	5 (1,31)
Otro	5 (1,31)

En cuanto al tipo de situación insegura se encontró que el 36,93% estaba relacionado con el uso seguro de medicamentos, seguido de una comunicación efectiva y la identificación correcta de pacientes. (Ver Tabla 4).



Resultados

Tabla 5. Caracterización de la situación de acuerdo al eje del programa

Comunicación Efectiva	
Falla en el traslado de pacientes	12 (16,4)
Error en reporte de laboratorio	11 (15,1)
Error en registro electrónico del paciente	6 (8,2)
Falla en la toma de muestras	4 (5,5)
Falla en la distribución de dieta	3 (4,1)
Otros	37 (51,5)
Identificación correcta de pacientes	
Falla en adherencia al protocolo de identificación de pacientes	20 (37)
Error en transcripción de datos	17 (31,5)
Falla en la marcación de muestras	16 (29,6)
Falla en la identificación del resultado de lateralidad	1 (1,9)
No relacionado con seguridad	
Falla en cumplimiento de protocolo	3 (60)
Fuga de paciente	2 (40)
Otro	
Estructura física inadecuada	4 (80)
Falla en la disponibilidad de ropería	1 (20)
Prevención de caídas	
Caída de paciente	9 (90)
Estructura física inadecuada	1 (10)



Resultados

Prevenclón de errores en procedimientos

Falla en cumplimiento de protocolo	9 (42,9)
Lesión producida durante procedimiento	3 (14,3)
Complicación de procedimiento	2 (9,5)
Falla dispositivos médicos	2 (9,5)
Estructura física inadecuada	1 (4,8)
Otros	4 (19,2)

Prevenclón de Infecciones

Falla en cumplimiento de protocolo	9 (31)
Alteración en las pruebas fisicoquímicas del agua	5 (17,2)
Estructura física inadecuada	3 (10,3)
Falla en la fijación de dispositivos	3 (10,3)
Infección asociada al cuidado de la salud	3 (10,3)
Otros	6 (20,5)

Prevenclón de lesiones en piel

Lesión en piel por dispositivo	11 (26,2)
Úlcera de presión	9 (21,4)
Lesión en piel	5 (11,9)
Falla en cumplimiento de protocolo	4 (9,5)
Zona de presión	4 (9,5)
Otros	9 (21,6)

Uso seguro de medicamentos

Reacción adversa a medicamento	27 (19,28)
Flebitis química	17 (12,14)
Falla en la prescripción	15 (10,71)
Falla en la administración	12 (8,57)
Infiltración	11 (7,85)
Otros	58 (41,42)



Resultados

Tabla 6. Vía de reporte

	n(%)
Buzón	306 (80,73)
Correo electrónico	46 (12,13)
Búsqueda activa	15 (3,95)
Queja	8 (2,11)
Comité	2 (0,52)
Otro	1 (0,26)
Verbal	1 (0,26)



Resultados

Tabla 7. Cargo Reportante

Enfermera Jefe	191 (50,4)
Coordinadores	59 (15,56)
Química Farmacéutica	26 (6,9)
Auxiliar De Enfermería	25 (6,6)
Calidad	21 (5,5)
Jefes de Servicios	23 (6,0)
Especialistas	13 (3,4)
Otros profesionales de la salud	20 (5,3)
Usuario	1 (0,3)



Resultados

Tabla 8. Proceso implicado

Urgencias	105 (27,7)
Hospitalización	82 (21,63)
UCI adultos	28 (7,38)
Admisiones	27 (7,12)
Cirugía	22 (5,80)
Laboratorio	19 (5,01)
UCI neonatal	17 (4,48)
Farmacia	14 (3,69)
Infraestructura	12 (3,16)
Nutrición	9 (2,37)
Servicios ambulatorios	8 (2,11)
Imagenología	6 (1,58)
Sistemas	6 (1,58)
Terapia respiratoria	6 (1,58)
Servicios generales	5 (1,31)
Endoscopia	4 (1,05)
Extrahospitalaria	2 (0,52)
Tecnovigilancia	2 (0,52)
Cocina	1 (0,26)
Compras	1 (0,26)
Esterilización	1 (0,26)
Lavandería	1 (0,26)
Seguridad	1 (0,26)

El proceso corresponde al servicio donde ocurrió la situación insegura



Resultados

Tabla 9. Distribución de eventos por ubicación

Ubicación del reportante	Clasificación			
	Incidente (n= 193)	Evento Adverso (n= 117)	Riesgo (n= 34)	Otros (n= 24)
				<i>n(%)</i>
Hospitalización	114 (59,06)	49 (41,88)	19 (42,22)	5 (20,83)
Urgencias	37 (19,17)	29 (24,78)	6 (13,33)	12 (50)
UCI	26 (13,47)	25 (21,36)	5 (11,11)	7 (29,16)
UCI neonatal	9 (4,66)	6 (5,12)	8 (17,77)	0
Cirugía	3 (1,55)	3 (2,56)	5 (11,11)	0
Servicios ambulatorios	2 (1,03)	4 (3,41)	1 (2,22)	0
Servicio obstétrico	1 (0,51)	1 (0,85)	0	0
Sin información	1 (0,51)	0	1 (2,22)	0

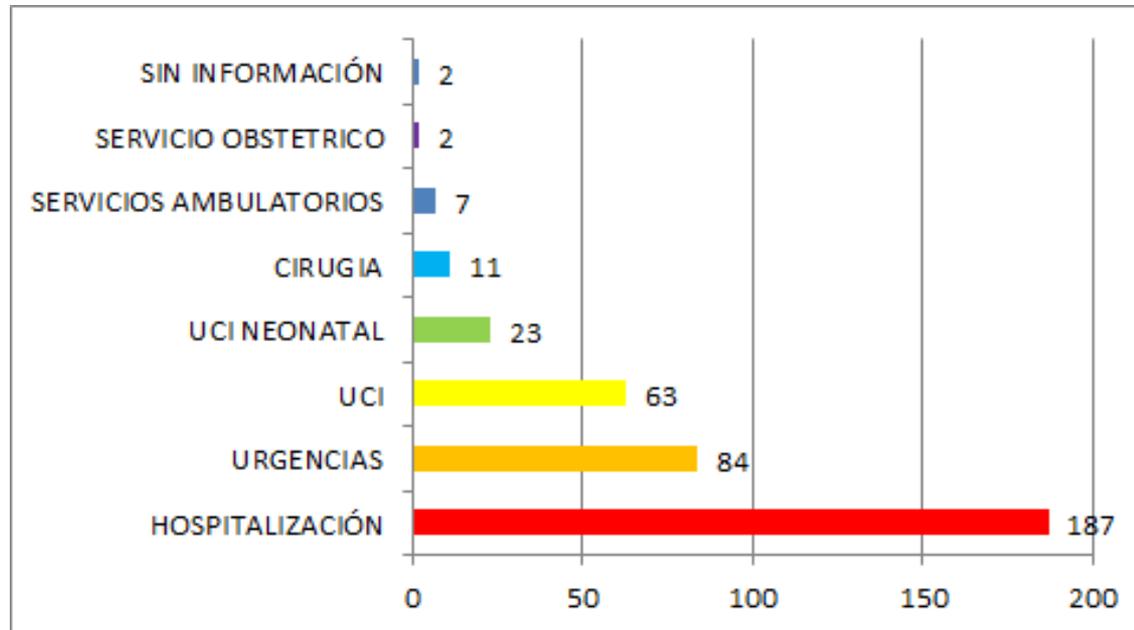
Fisher $p=0,000$

La ubicación corresponde al servicio al que pertenece el reportante



Resultados

Gráfico 4. Frecuencias de situaciones inseguras según la ubicación del reportante.

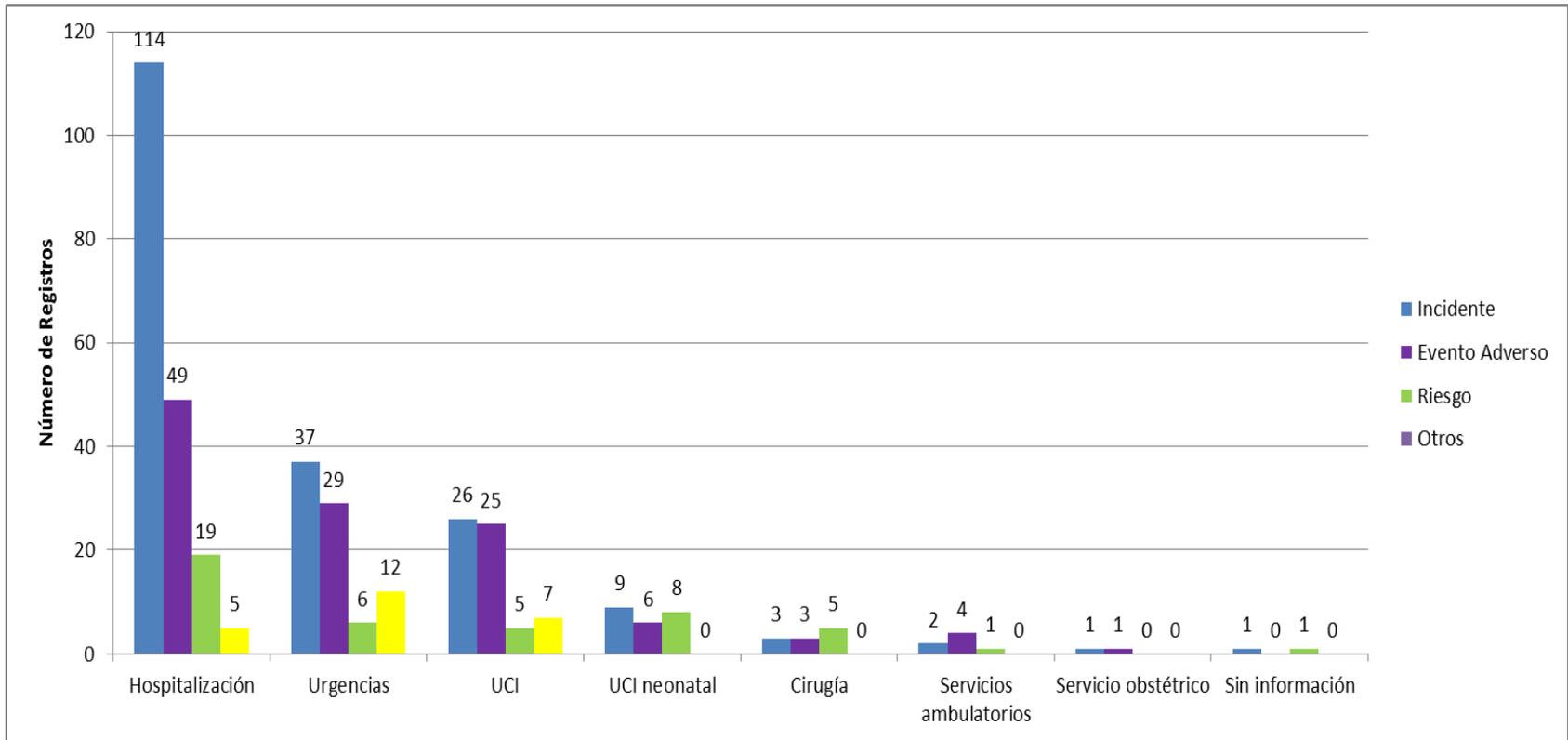


La ubicación corresponde al servicio al que pertenece el reportante



Resultados

Gráfico 5. Frecuencia por ubicación del reportante cuando ocurrió la situación insegura según la clasificación del riesgo



La ubicación corresponde al servicio al que pertenece el reportante



Discusión

Se trata de un estudio descriptivo, donde se tomaron los registros de las situaciones inseguras realizados por el personal de una clínica de tercer nivel de Bogotá. Se incluyeron 379 reportes de situaciones inseguras de los cuales 360 están relacionados con un paciente específico y 19 con el proceso de atención sin que afectara directamente a un paciente específico, pero poniendo en riesgo la atención. De acuerdo a la tasa de registro por cada 1000 pacientes, se identifica que la mayor frecuencia de reportes se presentó durante el mes de junio (53 por cada 1000 pacientes atendidos), esto relacionado con el lanzamiento de una campaña para fortalecer la cultura del reporte dentro de los ejes del programa de seguridad del paciente de la institución de salud, evidenciando que las estrategias de recordación y las campañas de sensibilización aumentan el reporte de situaciones inseguras.

La distribución por géneros muestra una mayor proporción de pacientes de género femenino involucradas con las situaciones inseguras reportadas 54% frente a los pacientes de género masculino 46%, sin embargo no se cuenta con la caracterización por géneros de los pacientes que acudieron a la institución para correlacionar la distribución encontrada con una mayor asistencia de pacientes de género femenino, sin embargo este hallazgo es concordante con los resultados del estudio IBEAS en donde la prevalencia de eventos adversos en mujeres fue de 54,2% y en hombres 45,8%.



Discusión

El promedio de edad de los pacientes involucrados con las situaciones inseguras fue de 36 años con un rango entre 0 y 96 años, encontrando una mayor frecuencia de situaciones inseguras reportadas en los pacientes del grupo etario entre 30 a 44 años (20%), seguida de los menores de 1 año (13%) y entre 15 y 29 años (13%), distribución etaria similar a la detectada en el estudio IBEAS donde la mayor prevalencia de eventos adversos se encontraba en los pacientes hospitalizados entre 16 – 45 años, lo cual podría estar relacionado con la mayor implementación de estrategias de seguridad en la población de los grupos etarios extremos.

De acuerdo a la clasificación del tipo de situación insegura reportada, se identifica un mayor reporte de incidentes (52%), seguido de eventos adversos (36%) y riesgos (12%), con una relación casi de 2 incidentes y riesgos frente a 1 evento adverso reportado, lo cual favorece la detección de desviaciones en el proceso de atención antes de llegar a producir lesiones o daños en los pacientes, siendo este el principal objetivo del programa de seguridad de la institución.



Discusión

Al analizar la distribución de procesos implicados en la situación insegura se identifica mayor participación del proceso de urgencias en un 27,7% seguido de hospitalización en un 21,63% siendo éstos los procesos con un mayor volumen de atenciones en la institución, y la mayor variabilidad de actividades en éstas áreas. Con respecto a los servicios a los que pertenecen los reportantes, se encuentra una mayor frecuencia de reporte en el servicio de hospitalización (47%), seguido de urgencias (21%) y unidad de cuidado intensivo de adultos (16%), lo cual se relaciona con el mayor volumen de pacientes atendidos y la permanencia del paciente en el servicio que permite conocer más su proceso de atención. Según las frecuencias de registro por clasificación del riesgo cuando ocurrió la situación insegura se encontró que en hospitalización se reportaron más incidentes que eventos adversos, a diferencia de los otros servicios donde el reporte de eventos adversos e incidentes fue similar, lo cual sugiere que en hospitalización es mayor la cultura de reporte de incidentes.



Discusión

Analizando los ejes prioritarios establecidos por el programa de seguridad de la institución, se encontró que el uso de medicamentos y dispositivos médicos fue el eje con mayor frecuencia de reportes, con un 37% en comparación con un 19% (10) y 8,23% (12) reportados en la literatura, por encima del eje de prevención de infecciones (7,6%) que predomina en los estudios disponibles (37,14%), lo cual podría estar explicado por tratarse de una institución de salud recientemente en funcionamiento, con menor población de pacientes crónicos y la adecuada implementación de estrategias de bioseguridad.

El eje del programa denominado comunicación efectiva presenta una frecuencia de reportes del 19,2% frente a un 11% reportado en la literatura, siendo en su mayoría incidentes que no llegaron a generar daño o lesión en los pacientes implicados, aún cuando las fallas en la comunicación están presentes en la mayoría de eventos adversos de acuerdo a las revisiones bibliográficas (32).

Los ejes del programa que menos frecuencia de reportes presentan son los relacionados con prevención de errores en procedimientos 5,54% y prevención de caídas 2,63% frente a un 1,6% reportado (33) lo que sugiere que las estrategias de seguridad establecidas están generando resultados positivos en la institución.



Discusión

Se resaltan los resultados de reportes relacionados con el eje de prevención de lesiones en piel 11% siendo en su mayoría eventos adversos, lo cual sugiere un bajo desarrollo de las estrategias de seguridad establecidas para la detección oportuna de este tipo de lesiones.

Los mecanismos más frecuentemente utilizados para identificar las situaciones inseguras, fueron los buzones de seguridad (80%) y correo electrónico (12,13%). La utilización del formato disponible en los buzones de seguridad favorece la consecución de una mayor cantidad de información a través de su diligenciamiento permitiendo así realizar un mejor análisis de la situación insegura reportada, sin embargo es uno de los mecanismos menos utilizados por el personal médico frente al personal de enfermería según lo encontrado en los estudios sobre sistemas centralizados de reporte en los Estados Unidos (20). Al correlacionar el cargo de los reportantes con el mecanismo de reporte, se identifica una mayor participación del personal de enfermería (72,56%), que podría explicar la mayor frecuencia de utilización de los buzones de seguridad. Los resultados del estudio pueden estar afectados por la sensibilidad del instrumento de recolección, por subregistro, sesgos de memoria y sesgos de selección.



Conclusiones

La información recolectada permite la toma de decisiones encaminadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad y del mejoramiento continuo de la calidad en las instituciones de salud, previniendo la ocurrencia de eventos adversos. Se sugiere la realización periódica de campañas así como implementar estrategias de recordación que motiven al personal a realizar reportes voluntarios de las situaciones que afecten la seguridad de los pacientes. Se propone caracterizar la población atendida para implementar estrategias dirigidas a cada grupo etario de acuerdo a su riesgo. Es recomendable incentivar el reporte de incidentes y riesgos asociado a la generación de un programa de gestión del riesgo.

Se debe fortalecer la implementación de estrategias de seguridad en los procesos de urgencias y hospitalización donde se vio el mayor número de registros. Dado que el eje con más reportes fue el del uso seguro de medicamentos y dispositivos médicos se recomienda fortalecer el sistema de vigilancia activa de los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia.

Para fortalecer la comunicación efectiva se sugiere realizar capacitaciones, talleres de comunicación en el equipo de trabajo conllevando esto a mejorar los procesos de traslado de pacientes y las interfaces entre procesos.



Conclusiones

Se recomienda continuar implementando estrategias para la prevención de infecciones cuya frecuencia de reportes podría aumentar con el incremento a lo largo del tiempo del volumen de pacientes.

Se plantea realizar un mayor despliegue de las estrategias para la identificación temprana de lesiones en piel hacia el personal de enfermería, favoreciendo su tratamiento oportuno.

Se debe continuar sensibilizando al personal de la institución sobre la importancia del reporte de situaciones inseguras, e implementar otros mecanismos de reporte que sean atractivos para otros profesionales de la salud incluyendo los médicos favoreciendo su adherencia a la cultura del reporte.

Igualmente, se puede implementar una integración de subsistemas teniendo en cuenta los datos provenientes de comité de infecciones hospitalarias, tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia, sistema de quejas, auditorías y revisión de reintervenciones quirúrgicas no programadas así como realizar una búsqueda activa en las historias clínicas que permita tener un diagnóstico más certero.



Conclusiones

Este es un primer paso dentro del programa de seguridad el cual con los resultados obtenidos en este estudio, buscara fortalecerse y servirá de modelo para la aplicación en otras instituciones que lo requieran.

Se recomienda realizar estudios posteriores para la validación de instrumentos como el utilizado en la recolección de datos que permitan realizar comparaciones entre instituciones e implementar estrategias que impacten a una mayor población de pacientes.



GRACIAS

