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

ANA MARIA BRAVO

LILIA E. DORIA C.

ANDREA SANABRIA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO – UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGIA

BOGOTÁ D.C.

2013

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

ANA MARÍA BRAVO

LILIA E. DORIA C.

ANDREA SANABRIA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de especialista en Epidemiología

Asesor:

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO – UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGIA

BOGOTÁ D.C.

2013

AUTORAS

Ana María Bravo P., Médica Cirujana de la Universidad del Rosario, Especialista en Gerencia de servicios de salud y auditoría de calidad Universidad Sergio Arboleda. Especialización en epidemiología en curso Universidad del Rosario Actualmente se desempeña como médica de enlace científico en Janssen Cilag. bravop.ana@urosario.edu.co

Lilia E. Doria C., Médica Cirujana de la Universidad del Rosario, Especialista en Auditoría en Servicios de Salud de la Universidad del Rosario. Especialización en epidemiología en curso en la Universidad del Rosario. Actualmente se desempeña como Jefe de Garantía de Calidad en Clínica La Colina. doria.lilia@urosario.edu.co

Andrea Sanabria, Química Farmacéutica de la Universidad Nacional de Colombia, Especialización en epidemiología en curso en la Universidad del Rosario. Actualmente se desempeña como Gestor del Servicio Farmacéutico en el Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E. sanabriar.andrea@urosario.edu.co

“La Universidad Del Rosario – Universidad CES, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, sólo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la verdad y la justicia”

Agradecimientos

Las autoras expresan sus agradecimientos:

A la INSTITUCIÓN DE SALUD en la que se desarrolló el estudio

A la UNIVERSIDAD DEL ROSARIO – Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

A la UNIVERSIDAD CES – Centro de Estudios Superiores

A CARLOS TRILLOS – Director Postgrado en Epidemiología

A YOLANDA TORRES DE GALVIS – Docente de Metodología de Investigación

A todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.

Dedicatoria

A nuestras familias por su paciencia y comprensión, por sacrificar su tiempo para que nosotras pudiéramos cumplir nuestro objetivo.

Contenido

INTRODUCCIÓN 10

CAPITULO 1. 12

1.1 Marco Teórico 12

1.1.1 La seguridad del paciente un problema de salud pública 12

1.1.2 Identificación de situaciones que afectan la seguridad de los pacientes como estrategia para su prevención 14

1.1.3 Algunas definiciones en seguridad del paciente 15

1.1.4 Programa de Seguridad del Paciente 16

CAPITULO II 31

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN 31

3. Justificación 32

4. OBJETIVOS 32

4.1 General: 32

4.2 Específicos: 32

5. Aspectos Metodológicos 33

5.1 Tipo y diseño del estudio: 33

5.2 Población de estudio: 33

5.3 Criterios de selección 33

5.4 Variables 34

5.5 Instrumento de recolección: 34

5.6 Procesamiento y análisis de datos: 35

5.7 Aspectos éticos: 35

6. RESULTADOS 36

7. DISCUSIÓN 47

8. CONCLUSIONES 49

9. BIBLIOGRAFÍA 51

ANEXOS 54

Anexo 1. Matriz de operacionalización de variables 54

Anexo 2. Formato de reporte voluntario para situaciones inseguras asociadas a la atención en salud. 58

Lista de tablas

	Pag
Tabla 1. Características Demográficas	37
Tabla 2. Distribución por sexo y grupo de edad	38
Tabla 3. Distribución de eventos por grupos de edad	39
Tabla 4.Tipo de situación	39
Tabla 5. Características de la situación de acuerdo al eje del programa	42
Tabla 6. Vía de reporte	43
Tabla 7. Cargo de reporte	43
Tabla 8 Proceso implicado	44
Tabla 9. Distribución de eventos por ubicación	45

Lista de gráficos

	Pag
Gráfico 1. Distribución de registros por meses	36
Gráfico 2. Tasa por 1000 de registro de situaciones inseguras de acuerdo a los ingresos en el periodo de mayo a noviembre 2013	37
Gráfico 3. Clasificación situaciones inseguras	39
Grafico 4. Frecuencias de situaciones inseguras según la ubicación del paciente.	45
Grafico 5. Frecuencia por ubicación del reportante cuando ocurrió la situación insegura según la clasificación del riesgo	45

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.

Introduction: Patient safety is a priority in healthcare worldwide. Health care institutions must employ strategies to promote this culture, like the record of unsafe situations. **Objective:** To determine how often unsafe healthcare practices are reported in a third level private clinic in Bogotá, during the period between May and November 2013. **Method:** A descriptive study was conducted from a secondary database records filled out by clinic staff. **Results:** 379 unsafe practices were reported, incidents (52%), adverse events (36 %) and risks (12%). More insecure situations were reported by safe use of medicines and medical devices area (36.93%). The service that reported the most was hospitalization (47%) and emergency room (21%), the position that most reported was nurses (72.5%). **Conclusion:** The implementation of strategies to encourage reporting helps identify flaws in the health care process by decreasing the frequency of adverse events. This is a first step in patient safety program.

INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes es una prioridad en la atención en salud a nivel mundial, por lo que las instituciones de salud deben implementar estrategias que permitan certificar que el servicio sea lo más seguro posible, fortalecer la gestión clínica y gestionar los riesgos que sean identificados (1).

Cuando en una institución de salud hay un esfuerzo organizacional centrado en proteger el bienestar de los pacientes y sus familias, y el personal se hace responsable de reportar cualquier situación que afecte la seguridad de los pacientes sin el temor de ser señalado y con la convicción de que la información será utilizada para implementar mejoras que prevengan la presentación de eventos adversos, se puede decir que se ha implementado una cultura de seguridad del paciente.(2)

Independiente de la ocurrencia o no de daño en el paciente, cuando ocurren errores en la prestación de un servicio de salud, las instituciones tienen la obligación de realizar acciones tendientes a prevenirlos o evitar su recurrencia. En algunas oportunidades, cuando el error no implica una complicación o una condición clínica adicional para el paciente, puede pasar inadvertido, inclusive para la persona que lo cometió. El reconocimiento del error es un requisito básico para no repetirlo, y es por esto que en las instituciones de salud se implementan estrategias que permitan de manera sistemática el conocimiento de los mismos a través de reporte voluntario, búsqueda a través de auditorías de historias clínicas, mecanismos de escucha. Sin embargo, no todos los eventos o situaciones inseguras son reportados, se ha estimado que el reporte voluntario captura solamente del 5% al 30% de los eventos que se presentan. (3)

Entre las principales causas por las cuales el personal de salud no reporta los eventos o incidentes presentados están: miedo al castigo por parte del empleador, miedo a una acción jurídica posterior, miedo al señalamiento público o miedo a la estigmatización por cometer errores, lo cual puede limitar el reporte voluntario como una medida exclusiva para la identificación de errores. (4)

La institución de salud en la que se llevó a cabo la investigación ha fomentado la cultura de seguridad del paciente desde su apertura, promoviendo en sus trabajadores el reporte voluntario de las situaciones consideradas como inseguras en la prestación de servicios de salud, con un enfoque no punitivo sino en favor del mejoramiento continuo de los procesos y de la práctica asistencial.

El presente estudio pretende aportar los resultados de frecuencia de los eventos e incidentes de situaciones inseguras asociadas a la atención en salud de la estrategia de reporte durante los primeros siete meses de implementación del programa de seguridad del paciente, en una clínica privada en la ciudad de Bogotá.

CAPITULO 1.

1.1 Marco Teórico

1.1.1 La seguridad del paciente un problema de salud pública

Aunque el interés por los riesgos de la asistencia sanitaria pareciera tener una reciente aparición, no es un tema nuevo en la investigación sanitaria, desde 1955 se encuentran publicaciones que llamaban la atención sobre el impacto en salud de los métodos modernos de diagnóstico y terapéutica.(5,6) Desde la década de los 80 la preocupación por la seguridad del paciente a nivel mundial viene en aumento, principalmente por el impacto que los errores médicos han tenido, poniendo en riesgo la vida de los pacientes y aumentando el costo de la atención en salud. (7) Con la publicación estadounidense del libro To Err is Human: Building a Safer Health System en 1999, se concluyó que entre 44 000 a 98 000 personas morían al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que ocurren en el proceso de atención lo cual situaba la mortalidad por errores médicos en los EUA en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o por SIDA; la preocupación por la seguridad de los pacientes en los servicios de salud ha adquirido una dimensión mundial, incorporándose en las políticas de salud pública de los países.

A partir de esa publicación, la Organización Mundial de la Salud, puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, cuyo programa incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y fallecimientos que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. A esta iniciativa se sumó en 2005 la Comisión Europea con su declaración Patient Security: Making It Happen que promueve en las instituciones europeas la generación de acciones en pro de la atención sanitaria segura. El primer paso que dieron las institu ciones de salud fue identificar los principales errores que se producían en la atención y a partir de este diagnóstico diseñar e implementar acciones correctivas. (8)

En el Reino Unido la preocupación por los errores y sucesos adversos ha llevado a promover una política de identificación y reducción de errores médicos, llegando a incluir en sus planes de gobierno un programa denominado “Building a safe National Health Service” que ha conducido a la

creación de un sistema obligatorio para notificar los sucesos adversos y complicaciones derivados de la asistencia sanitaria, gestionado por la “National Patient Safety Agency”. (9)

En el estudio *Harvard Medical Practice* que estimó una incidencia de eventos adversos de 3,7% en New York, se encontró que una de las mayores causas de efectos nocivos relacionados con la atención médica, era el uso de medicamentos 19% (10), estimando que en los países industrializados, las reacciones adversas a medicamentos se asocian con 5 a 10 % del total de los costos hospitalarios anuales. (11)

Según el proyecto IBEAS realizado con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú en el que se realizó la medición de los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en 58 hospitales de América Latina, en un total de 11.555 pacientes hospitalizados, la prevalencia de eventos adversos en estos países fue del 10,5%, estando relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. El 62,9% de los eventos adversos detectados aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 16,1 días y un 18,2% causaron un reingreso. (12)

En Colombia, existe un sólido compromiso de los actores del sistema en desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura como principal indicador de la calidad en la prestación de los servicios, es así como en 2007 se desarrolló una Política de Seguridad del Paciente que brinda estrategias para 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 (13). Para la prestación de servicios de salud en cualquier institución de salud pública o privada, se hace necesario el cumplimiento de condiciones mínimas de capacidad técnico - administrativas, de suficiencia patrimonial - financieras, y tecnológicas - científicas, las cuales pretenden controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y brindar seguridad a los pacientes, los cuales son periódicamente evaluados por los entes de vigilancia y control como requisito para la permanencia en el sistema de salud (14).

Se debe tener presente, que los errores asistenciales además de tener un costo personal muy importante, también afectan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los médicos que son, sin duda, su segunda víctima, lo que hace que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben implementar estrategias que fortalezcan la identificación

temprana de situaciones que pongan en riesgo la seguridad de los pacientes y las gestionen para disminuir su incidencia.

1.1.2 Identificación de situaciones que afectan la seguridad de los pacientes como estrategia para su prevención

Uno de los principales problemas relacionados con la seguridad de los pacientes es la carencia de información o la existencia de información incompleta, cuya solución inicia con el reporte sistemático de los incidentes de seguridad, que permite crear bases de datos con información suficiente para realizar análisis y establecer estrategias efectivas para su prevención. Sin embargo esto es sólo una parte de la transformación cultural que deben lograr las instituciones de salud, rediseñando sus procesos para mejorar la calidad del servicio. (15)

De esta forma ha surgido el reporte voluntario, como una estrategia mediante la cual los trabajadores de la salud deben registrar los errores que hayan cometido en el tratamiento de los pacientes. Sin embargo como el reporte es de carácter voluntario puede ocurrir que no se reporten todas las situaciones que afectan la seguridad de los pacientes (16). Para algunos autores, esta falta de reporte obedece en primera medida a que muchas veces el error cuando es visible sólo para la persona que lo comete no es reportado (17) y en segunda medida a que el castigo potencial por el error cometido, desde una sanción o reclamo interno hasta una acción legal, hace que el personal de salud se abstenga de reportarlo. (18) Esta situación en América latina se suma a la falta de información sobre la seguridad de los pacientes, de comprensión epidemiológica e importancia, haciendo que las notificaciones se obtengan principalmente por vigilancia activa e integración de subsistemas (comité de infecciones hospitalarias, hemovigilancia, farmacovigilancia, sistema de quejas, auditorías y revisión de reintervenciones quirúrgicas no programadas) pues sólo el 1,4% se obtiene por reporte voluntario. (19)

Al revisar los resultados de la estrategia de reporte voluntario en las instituciones de salud, se encuentra que en Estados Unidos de 1659 hospitales encuestados, el 94 y el 98% tienen sistemas centralizados de reporte de eventos adversos, el cual es utilizado en un 98% por el personal de enfermería, mientras que el resto de profesionales sólo utiliza este mecanismo en un 38% de los casos, el uso por parte de los médicos es entre el 1 y 2% (20). En 6 hospitales australianos que han implementado estrategias de reporte voluntario, se ha encontrado que el 99% de las enfermeras lo conoce frente a un 93% de los médicos, pero su uso sólo alcanza el 89% y 64% respectivamente (21).

Algunos estudios ponen de manifiesto que los eventos adversos y los incidentes son más frecuentes en las unidades de cuidado intensivo, debido a la complejidad y gravedad de los pacientes, las múltiples interacciones entre el paciente y los profesionales, la frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos a los que son sometidos, la utilización de muchos fármacos, la mayoría de ellos intravenosos, el estrés y la fatiga y la necesidad de una comunicación estrecha entre los diferentes profesionales, reportando incidencias entre el 1 y el 32 % según las series y la metodología empleada. (22)

En los servicios de urgencias, el estudio ENEAS reportó una tasa de eventos adversos del 0,76%, y de ellos, el 48,3% estuvo relacionado con los cuidados, el 20,7% con la medicación y el 13,8% con la infección nosocomial. El 75,9% del total se consideró evitable. En cuanto a eventos adversos relacionados con procedimientos, se reporta una tasa de 25,04% (22)

En estudios realizados para demostrar la eficacia de la implementación de mecanismos para la identificación de eventos relacionados con medicamentos, las herramientas de indicio han mostrado un 45% de detección de eventos adversos, la revisión de historias clínicas un 65% y los reportes voluntarios un 4% por sí solos, en el mismo estudio se describe la superposición de métodos con un 12% de detección cuando se unían las herramientas de indicio con la revisión de historias clínicas y un 1% de detección cuando se unían las tres estrategias (24).

1.1.3 Algunas definiciones en seguridad del paciente

Para facilitar el aprendizaje y la generación de mejoras de la seguridad del paciente los diferentes sistemas, los organismos internacionales han definido una taxonomía que facilita la realización de estudios y la homologación de terminología la cual ha sido adoptada en el presente estudio y se detalla a continuación:

Seguridad del Paciente se refiere a la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

Situación insegura es 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: *riesgos* cuando no llegan al paciente, *incidentes* cuando alcanzan al paciente pero no causan ningún daño apreciable y *eventos adversos* cuando generan daño en el paciente**,** éstos últimos se denominan *eventos centinela* cuando el daño generado incluye la muerte o secuelas irreversibles en el paciente (25).

1.1.4 Programa de Seguridad del Paciente

La institución de salud en donde se llevó a cabo la investigación, es una clínica privada, de carácter general, de alto nivel de complejidad. Su modelo de servicio está orientado al paciente, enfocados en garantizar una atención de calidad en pro de su seguridad, satisfaciendo sus necesidades y expectativas, favoreciendo su fidelización y por ende la supervivencia institucional.

Siendo consecuentes con ese modelo de servicio, se han establecido una serie de controles de los factores de riesgo propios de la prestación de servicios de salud como una de las prioridades desde su direccionamiento, las cuales están articuladas con su Sistema de Gestión de Calidad por medio del cual se identifican, evalúan y gestionan los riesgos en la atención de los pacientes, constituyéndose en herramientas de aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo.

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, identificación correcta de pacientes, comunicación efectiva entre los integrantes del equipo de salud y hacia los pacientes y familiares, uso seguro de medicamentos y dispositivos, prevención de infecciones, prevención de errores en cirugía, prevención de caídas y prevención de lesiones en piel, basados en las metas de seguridad definidos por la Joint Commission para la acreditación de hospitales.

Primer eje de seguridad: Cultura de Seguridad del Paciente

El programa fomenta en todos los trabajadores el reporte de cualquier situación que sea considerada de riesgo para la seguridad del paciente, con un enfoque no punitivo y confidencial, que pretende promover y desarrollar la participación de los profesionales y pacientes en el conocimiento e implementación de la cultura de seguridad del paciente, implementar prácticas seguras recomendadas nacional e internacionalmente a partir de la detección de los eventos e incidentes, reducir la incidencia de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente y diseñar e implementar medidas preventivas que eviten que las acciones inseguras se transformen en eventos adversos.

Mediante el análisis de los factores que llevaron al error, la búsqueda de cambios razonables en los procesos que puedan prevenir que el error suceda de nuevo; y

efectivamente, a través de la implementación de estos cambios, se espera que se pueda reducir la posibilidad de que los errores ocurran otra vez.

A continuación se enumeran un listado de situaciones que podrían ser reportadas, sin embargo cualquier otra situación que no encuentre en este listado, y que pueda afectar la seguridad de los pacientes es considerada como una oportunidad de mejoramiento institucional:

1. Incidentes relacionados con los trámites administrativos para la prestación de servicios:

- No se realiza el trámite cuando está indicado
- El trámite se realiza de manera incompleta o insuficiente
- No hay disponibilidad para realizar el trámite
- Se realiza el trámite para el paciente equivocado
- Se genera el trámite para el proceso o servicio equivocado

2. Incidentes relacionados con fallas en los procesos o procedimientos asistenciales

- No se realiza el procedimiento cuando está indicado
- El procedimiento se realiza de manera incompleta o insuficiente
- No hay disponibilidad para realizar el procedimiento
- Se realiza el procedimiento en paciente equivocado
- Se realiza el procedimiento / tratamiento equivocado
- Se realiza el procedimiento en parte del cuerpo equivocada

3. Incidentes relacionados con fallas en los registros clínicos

- Falta de disponibilidad de espacios o documentos para el registro
- Retrasos en el acceso al sistema o a los documentos
- Registros sistemáticos o físicos para el paciente equivocado

- Información en los registros sistemáticos o físicos confusa o ambigua, ilegible o incompleta.

4. Infecciones asociadas al cuidado de la salud

   - Torrente sanguíneo
   - Zona quirúrgica
   - Absceso
   - Neumonía
   - Dispositivos intravasculares
   - Prótesis infectadas
   - Dispositivos urinarios
   - Tejidos blandos

5. Incidentes relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales

   - Administración a paciente equivocado
   - Medicamento equivocado
   - Dosis/Frecuencia incorrecta
   - Formulación incorrecta o presentación
   - Ruta equivocada
   - Cantidad incorrecta
   - Etiquetado / instrucción incorrecta o confusa
   - Contraindicación
   - Almacenamiento incorrecto
   - Omisión de medicamento o dosis

- Medicamento vencido
- Reacción adversa al medicamento

6. Incidentes relacionados con la transfusión de sangre y hemoderivados
   - Administración a paciente equivocado
   - Sangre equivocada / producto sanguíneo equivocado
   - Dosis o frecuencia incorrecta
   - Cantidad incorrecta
   - Etiquetado / instrucción incorrecta o confusa
   - Contraindicación
   - Almacenamiento incorrecto
   - Omisión de medicación o la dosis
   - Sangre / derivado sanguíneo caduco
   - Reacción adversa a la transfusión

7. Incidentes relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos
   - Paciente equivocado
   - Dieta incorrecta
   - Cantidad incorrecta
   - Frecuencia incorrecta
   - Consistencia incorrecta
   - Almacenamiento incorrecto
   - Elementos extraños en las dietas

8. Incidentes relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales

   · Paciente equivocado

   · Gas / Vapor Incorrecto

   · Flujo y Concentración equivocados

   · Modo de entrega equivocado

   · Contraindicación

   · Almacenamiento Incorrecto

   · Fallas de Administración

   · Contaminación

9. Incidentes relacionados con los dispositivos y equipos médicos

   · Presentación y embalaje deficientes

   · Falta de disponibilidad

   · Inapropiado para la tarea

   · Sucio / No estéril

   · Fallas / Mal funcionamiento

   · Desalojado / desconectado / eliminado

   · Error de uso

10. Incidentes relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente

   · Incumplimiento de normas o falta de cooperación / obstrucción

   · Desconsideración / rudeza / hostilidad / maneras inapropiadas

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

11. Caídas de pacientes
    - Cama
    - Silla
    - Cuna
    - Camilla
    - Baño
    - Equipo terapéutico o diagnóstico
    - Escaleras
    - Traslado
12. Accidentes de pacientes
    - Contundentes
    - Cortante – Penetrante
    - Temperatura
    - Amenazas para la respiración
    - Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
    - Otros mecanismos de lesión

13. Incidentes relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistencia o existencia inadecuada de infraestructura requerida
- Daños / Defectos / Desgastes del ambiente físico

14. Incidentes relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
- Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
- Recursos humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de equipos / personal
- Protocolos / políticas / procedimientos / disponibilidad de guías / adecuación

15. Incidentes relacionados con las ayudas diagnósticas

- Toma de estudios / laboratorios / muestras
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / Validación
- Resultados

Segundo eje de seguridad: Identificación correcta de pacientes

Las estadísticas internacionales muestran que una de las diez causas más frecuentes de inseguridad hospitalaria es la identificación de pacientes, debido a que, con frecuencia se tiende a abreviar nombres completos de los pacientes, ubicaciones y otras características, que sin las adecuadas barreras de seguridad pueden generar errores graves como: administración de medicamentos en horario y dosis equivocada, transfusiones sanguíneas sin verificación de compatibilidad de grupo y Rh, toma de muestras de laboratorio a pacientes equivocados o pruebas modificadas, intervenciones quirúrgicas en sitio incorrecto, entrega de recién nacido a familias equivocadas, entre otras, es por esto que se incluyó este aspecto como uno de los ejes de seguridad del programa, estableciendo barreras de seguridad que permitan identificar en forma confiable a los pacientes como aquella persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento y hacer que éstos a su vez coinciden con la persona.

De esta manera: En el momento de la admisión, el personal que realiza ingreso administrativo debe exigir el documento de identidad y emplear tres datos identificadores para corroborar la identidad de un paciente, ninguno de los cuales podrá ser el número de habitación asignada, siendo de uso obligatorio para:

Todos los pacientes:

- Nombres y Apellidos completos
- Número de identificación
- Fecha de Nacimiento

Recién Nacidos:

- Nombres y Apellidos de la madre
- Número de identificación de la madre
- Fecha de nacimiento
- Hora de nacimiento
- Sexo

- Número de hijo por orden de nacimiento

Paciente incapacitado de dar información (sin acompañante y sin identificación):

- NN (en lugar del nombre)
- Sexo
- Número de admisión
- Fecha y hora del ingreso

Y todos los pacientes ingresados deben quedar identificados desde su ingreso, con al menos dos dispositivos que contengan: nombre completo del paciente, número de identificación y fecha de nacimiento. Los dispositivos mencionados son: manilla de identificación, sticker de identificación y tarjeta para la cabecera del paciente.

Los recién nacidos se deben identificar de manera inmediata, con un dispositivo que incluya apellidos de la madre, sexo y hora de nacimiento. Posteriormente se debe colocar el dispositivo correspondiente con los datos de identificación mencionados.

Los pacientes deben hacerse partícipes del programa, por lo que previo a la colocación de los dispositivos de identificación se le debe informar al paciente y/o su familiar, sobre la importancia de portar el dispositivo de identificación en un área visible y no retirarlo por ningún motivo.

Es responsabilidad de la persona que retire el dispositivo de identificación al realizar algún procedimiento profiláctico, diagnóstico o terapéutico, colocarlo nuevamente al finalizar el mismo y si el procedimiento continúa en el siguiente turno, será responsabilidad del personal que lo recibe, verificar la ubicación en algún sitio del paciente.

Se debe comprobar la identificación del paciente antes de realizar cualquier actividad asistencial, y especialmente en las siguientes situaciones consideradas de alto riesgo para la presentación de errores:

- Antes de la administración de todo tipo de medicación o infusión intravenosa

- Antes de la transfusión sanguínea y toma de muestras
- En cualquier procedimiento médico o quirúrgico antes, durante y después de su ejecución
- Antes de cualquier traslado dentro o fuera de la institución.

Tercer eje de seguridad: Comunicación Efectiva

Establecer una comunicación clara y efectiva en la prestación de servicios de salud ha demostrado ser esencial para proporcionar atención médica de alta calidad y además para garantizar mayor seguridad para el paciente. Cuando los equipos funcionan como expertos individuales y asumen que está garantizada la seguridad, pueden aumentar inadvertidamente el riesgo de error y daño para el paciente, es por esto que se definió incluir este aspecto como uno de los ejes de trabajo del programa de seguridad.

Desde su direccionamiento, la institución definió que los equipos de salud debían funcionar como una unidad colaborativa con comunicación bidireccional, buscando siempre lograr resultados positivos en el paciente, atención más segura y mayor satisfacción del paciente y su familia, bajo la regla de *no asumir la seguridad, y tomarse un minuto para asegurarla.*

La base de la comunicación entre los profesionales de la institución es la historia clínica, por lo que se establecieron unos lineamientos para su adecuado diligenciamiento, cuya omisión, incumplimiento o el diligenciamiento inadecuado podían favorecen el error médico.

Se fomenta en los líderes de los procesos y subprocesos para que involucren a todos los miembros del equipo de atención, utilicen el nombre de pila de las personas para que todos se sientan con libertad para expresar sus opiniones, animen a la retroalimentación, den respuesta a las sugerencias, respeten y valoren a cada miembro del equipo y sus aportes.

Por otro lado se hace énfasis en la no recepción de órdenes verbales, de ser estrictamente necesarias en casos de emergencia, la persona que recibe la orden repetirá en voz alta la instrucción recibida a su interlocutor y esperará confirmación verbal por parte de él y registrará la orden en la historia clínica.

Cuarto eje de seguridad: Uso seguro de medicamentos y dispositivos

La administración de medicamentos es una labor que exige atención, responsabilidad, habilidades psicomotoras y gran conocimiento científico por el riesgo que representa a los pacientes. Los tipos de errores de medicación, según la American Society of Health System Pharmacist incluyen la omisión, prescripción, hora, medicamento, dosis, presentación, preparación, técnica de administración, monitorización e incumplimiento por parte del paciente (26), lo cual posiciona a los medicamentos como una de las potenciales fuentes de error en la práctica sanitaria. Algunos estudios reportan a nivel hospitalario, entre un 12 y un 28% de los errores relacionados con medicamentos ocurridos durante la administración, seguidos de cerca por los errores en la prescripción y la dispensación (27) (28), siendo el personal de enfermería quienes bloquean el 86% de los errores ocurridos durante la prescripción, transcripción y dispensación de medicamentos y el 2% son bloqueados por los pacientes. (29) (30).

El desarrollo de estrategias como la prescripción electrónica, las prescripciones preimpresas y la participación de los químicos farmacéuticos en la atención de pacientes son estrategias que pretenden disminuir los errores en el uso de medicamentos, sin embargo no son suficientes por sí solas, por lo que es importante conocer cuáles son los errores más frecuentes para llegar a prevenirlos. (31)

El manejo adecuado de los medicamentos durante el tratamiento de los pacientes es fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes, y en la institución objeto del estudio se ha dado prioridad al establecimiento de estrategias para la prevención y reducción de errores en la medicación a nivel individual y organizacional que incluye la implementación de un Programa de Farmacovigilancia el cual informa constantemente a los profesionales de la clínica sobre nuevos medicamentos lanzados en el mercado y adicionados al vademécum institucional, así como interacciones medicamentosas, reacciones e inestabilidades. Adicionalmente cuenta con registros electrónicos para la generación de órdenes médicas, reconciliación medicamentosa, dosis unitarias para la administración de medicamentos, se utilizan mezclas estandarizadas para la formulación de electrolitos en pacientes internados las cuales se gestionan desde el servicio farmacéutico, en donde se dispone de un sistema de etiquetado por colores para diferenciarlos de otros, se ha estandarizado la identificación de soluciones de infusión continua y se cuenta con bombas de infusión para administrar soluciones concentradas.

La administración de medicamentos es realizada por enfermeras profesionales capacitadas, y los errores que suceden durante esta actividad son un indicador de su desempeño. La clínica cuenta con profesionales muy bien preparadas para proveer cuidados de calidad, analizar y evaluar las acciones que le son delegadas por otro profesional, no actuando solamente como un ejecutor, sino también utilizando su criterio clínico e interviniendo en caso de irregularidades, aplicando las reglas de los correctos: paciente correcto, medicamento correcto, fecha de vencimiento correcta, dosis correcta, frecuencia de administración correcta, hora correcta, concentración correcta, fecha de preparación correcta, vía correcta, información correcta: efectos del medicamento, alergias, reacciones secundarias, registro de administración.

Quinto eje de seguridad: Prevención de Infecciones

La prevención y el control de infecciones suponen un desafío en la mayoría de los entornos sanitarios y los índices de aumento de infecciones asociadas al cuidado de la salud representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

Desde su concepción, la institución ha tenido como una de sus prioridades la prevención de infecciones, diseñando y construyendo los espacios asistenciales de manera que se faciliten las actividades de limpieza y desinfección de las superficies, y se evite la contaminación cruzada de pacientes. De igual manera se cuenta con las instalaciones físicas para garantizar la calidad del agua requerida para la prestación de los servicios.

La planeación de los procesos institucionales ha incluido la implementación de la estrategia de la Organización Mundial de la Salud para el lavado de manos como la principal herramienta para reducir el riesgo de infecciones, disponiendo permanentemente del suministro de jabones y geles especiales para llevar a cabo esta actividad y facilitando su adherencia con la exhibición de recordatorios que promueven la higiene de manos en los lugares de trabajo.

El equipo multidisciplinario está obligado a difundir esta técnica y propender por su cumplimiento en los 5 momentos establecidos, así como de las técnicas de asepsia para los procedimientos, bajo la permanente supervisión de jefes y coordinadoras de procesos.

El Comité de Vigilancia Epidemiológica realiza permanentemente actividades de seguimiento y control al cumplimiento del manual de bioseguridad, propendiendo por el mejoramiento de las prácticas institucionales para la prevención de infecciones.

En el proceso de atención quirúrgica conscientes de que la Infección del Sitio Operatorio es una importante complicación postoperatoria, se han implementado estrategias para la preparación del paciente para el acto quirúrgico que incluye técnicas de bañado, rasurado, preparación de la piel y profilaxis antibiótica basados en las recomendaciones del Centers or Disease Control and Prevention (CDC); así como se cuenta con una Central de Esterilización con procesos estandarizados para garantizar la disponibilidad de materiales estériles durante todo el acto quirúrgico.

En las áreas de cuidado intensivo se han implementado los paquetes de medidas (CARE BUNDLES), para la prevención de infecciones en el tracto urinario, bacteremias asociadas al catéter y neumonía asociada al ventilador que incluyen:

Paquete de medidas utilizado para la prevención de infecciones relacionadas con el catéter:

- Higiene de manos
- Uso de barreras durante la inserción de catéter
- Uso de Clorhexidina en la asepsia
- Evitar la vía femoral
- Remoción de catéteres innecesarios

Paquete de medidas para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación:

- Protección gástrica
- Interrupción diaria de la sedación
- Elevación de la cama 30°
- Profilaxis de trombosis venosa

Paquete de medidas para la prevención de la infección del tracto urinario:

- Higiene adecuada de manos
- Limitar la indicación de la sonda
- Personal entrenado para su inserción
- Uso de técnica aséptica para su inserción y cuidados
- Uso de la sonda por el mínimo tiempo indispensable

A nivel hospitalario se ha implementado el protocolo de aislamiento de pacientes con el cual se siguen una serie de precauciones antes de acceder al paciente que reducen el riesgo de infección cruzada entre pacientes.

Sexto eje de seguridad: Prevención de errores en procedimientos

Una de las prioridades en la atención segura es asegurar el sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto en todos los procedimientos realizados.

Los errores en los procedimientos son el resultado de una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, falta de participación del paciente en el marcado del sitio y ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación.

Se han implementado protocolos universales que incluyen la verificación del proceso antes de cualquier procedimiento intervencionista:

- Identificación correcta del paciente
- Correlación con el procedimiento y área anatómica a intervenir
- Asegurar que se cuenta con la historia clínica, apoyos diagnósticos y consentimientos informados

- Marcación del sitio quirúrgico por parte del especialista con la participación del paciente despierto y consciente.

- Lista de verificación que permite registrar y documentar las acciones de aseguramiento realizada para el paciente a intervenir, dentro de la sala de procedimientos, en tres etapas: al ingresar el paciente a la sala, antes del procedimiento y antes de que el paciente salga de la sala, dejando el registro en la historia clínica de cada paciente.

Séptimo eje de seguridad: Prevención de caídas

Las caídas constituyen una parte importante de las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados, con un impacto importante en términos de morbilidad, mortalidad y aumento en los costos de atención. De allí la importancia de la implementación de escalas para evaluación del riesgo de presentar este evento en cada uno de los pacientes y tomar las medidas de precaución para reducir el riesgo de caídas y de lesiones en caso de ocurrir.

Octavo eje de seguridad: Prevención de lesiones en piel

Las lesiones en la piel tienen un importante impacto a nivel hospitalario ya que ocasionan consecuencias de diferente índole afectando la salud y la calidad de vida de los pacientes, reduciendo su independencia para el autocuidado y prolongando su recuperación.

En la institución se cuenta con dotación hospitalaria que facilita la implementación de estrategias para mantener la integridad de la piel de los pacientes, basados en protocolos para su detección temprana y tratamiento.

Conscientes de los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud y de que a pesar de la implementación de barreras para la presentación de errores, la institución ha diseñado mecanismos para el reporte de eventos adversos y situaciones inseguras relacionadas con la seguridad del paciente, que faciliten está acción a cualquier persona motivando el reporte voluntario a través de buzones de seguridad ubicados en las diferentes áreas asistenciales y administrativas, y por correo electrónico de seguridad, y se cuenta con un formato estandarizado para garantizar que la información del reporte contenga los datos mínimos necesarios para realizar el análisis de la situación reportada. Otros mecanismos para la detección de situaciones inseguras incluyen los buzones de servicio al paciente mediante los cuales los pacientes manifiestan sus percepciones frente

al servicio recibido, los comités institucionales con la participación de equipos de salud multidisciplinarios y las auditorías realizadas por los pagadores de servicios.

Es así como en esta institución cada incidente puede representar una oportunidad de mejorar un proceso, sin embargo, con el ánimo de mejorar, los errores deben ser reconocidos y dados a conocer, para que de este modo sean analizados apropiadamente, mediante el análisis de los eventos que llevaron al error, la búsqueda de cambios razonables en los procesos que puedan prevenir que el error suceda de nuevo; y efectivamente, a través de la implementación de estos cambios, se sabe que se puede reducir la posibilidad de que los errores ocurran otra vez.

CAPITULO II

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿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?
- ¿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?

3. Justificación

El presente trabajo pretende aportar información sobre los resultados de la implementación de una estrategia de reporte voluntario de incidentes y eventos adversos denominados situaciones inseguras asociadas a la atención en salud en una clínica de tercer nivel en Bogotá, la estrategia está enmarcada en el programa de seguridad del paciente y busca primordialmente la concientización de todos los profesionales de salud para llevar a cabo el reporte voluntario de estos eventos o incidentes, se presentará frecuencia de los datos recolectados lo cual permitirá tomar decisiones que fortalezcan la cultura de seguridad y mejoramiento continuo de la calidad en las instituciones de salud.

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.

4. OBJETIVOS

4.1 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.

4.2 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 os 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.

5. Aspectos Metodológicos

5.1 Tipo y diseño del estudio: Se realizó un estudio descriptivo de los registros.

5.2 Población de estudio: La población de estudio corresponde a los 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.

.

5.3 **Criterios de selección:**

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.

5.4 Variables

Se estudiaron las siguientes 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. Cada variable se explica en la matriz de operacionalización de variables ver anexo 1.

5.5 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. Ver anexo 2.

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.

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.

5.6 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.

5.7 Aspectos éticos:

Bajo la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en donde se define este tipo de investigación como sin riesgo, se considera que este estudio no requiere de consentimiento informado para su realización

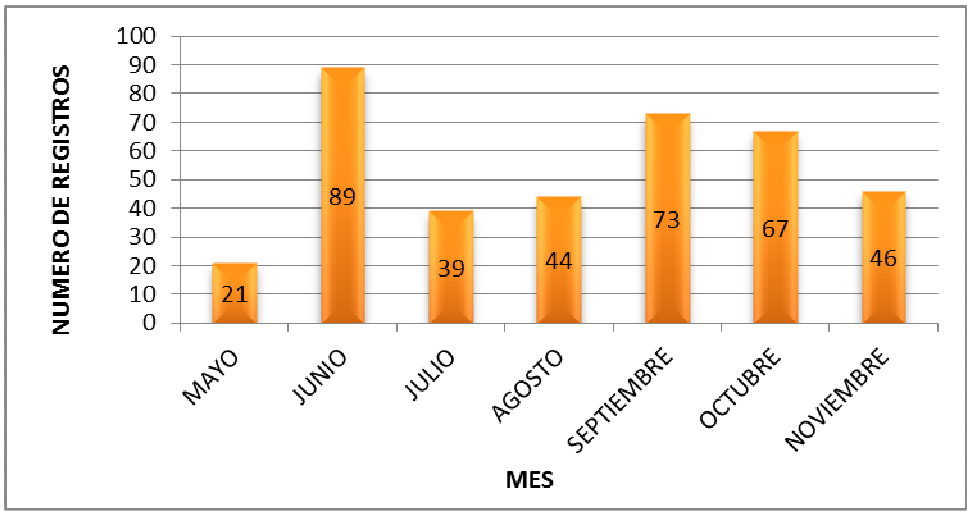
El protocolo y los procedimientos realizados dentro de este estudio, están basados en parámetros éticos determinados por la Universidad del Rosario. La revisión de los formatos de reporte se realizó bajo la autorización escrita de la Clínica, bajo custodia de confidencialidad tanto de los datos del paciente como del profesional que hizo el reporte voluntario.

Las investigadoras niegan algún conflicto de intereses.

6. RESULTADOS

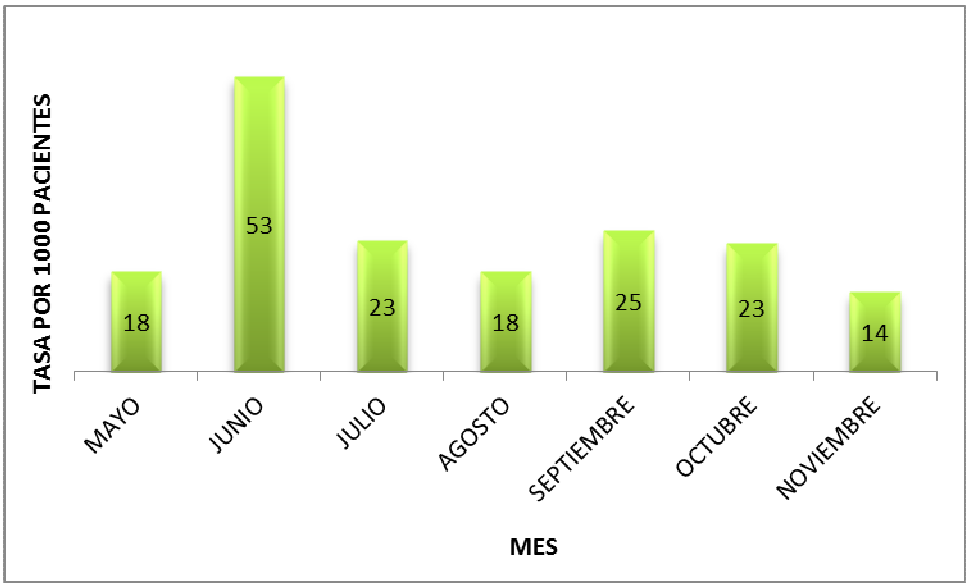
La población atendida durante el periodo de mayo a noviembre en la Clínica fue de 16.088 pacientes, y se obtuvieron en total 379 situaciones inseguras asociadas a la atención en salud, 360 relacionadas con un paciente específico y 19 relacionadas con las actividades del proceso de atención sin que involucraran 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



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.



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. CaracterIsticas 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

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.

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 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.

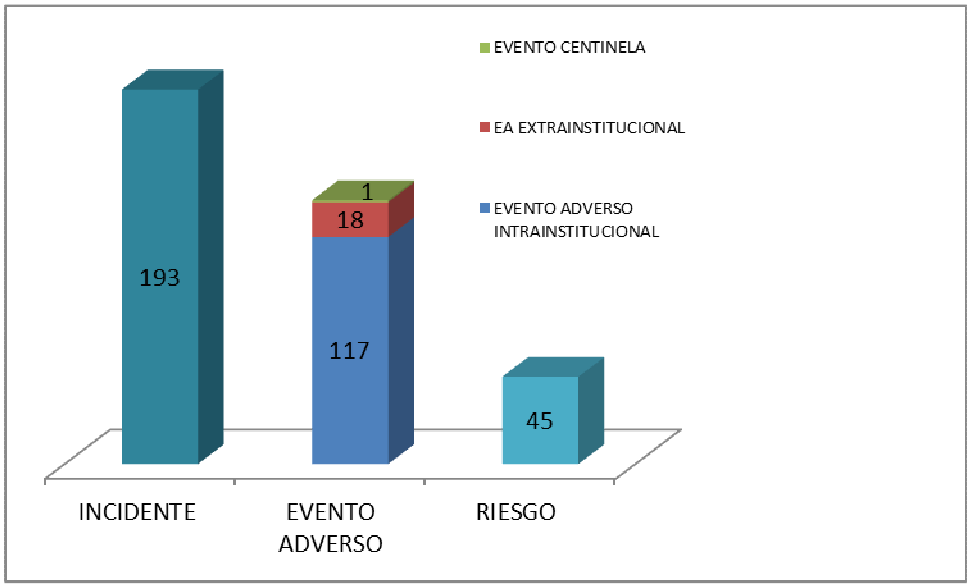
Se incluyeron en el estudio 18 eventos adversos originados por fuera de la institución que requirieron asistencia sanitaria dentro de la clínica, los cuales fueron definidos como evento adverso extra institucional y estaban relacionados con los ejes del programa de seguridad del paciente de prevención 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%.

Gráfico 3. Clasificación situaciones inseguras



También 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.

Los eventos adversos fueron más frecuentes en los grupos de edad de 15 a 59 años y menores de un año; por su parte los incidentes fueron más frecuentes en los grupos de edad de 15 a 59 años también, pero con una mayor frecuencia en los pacientes de 30 a 44 años; finalmente, el riesgo se reportó más frecuentemente en pacientes de 30 a 44 años y menores de un año. (Ver Tabla 3).

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

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).

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 caidas	10 (2,63)
No relacionado con seguridad	5 (1,31)
Otro	5 (1,31)

En la caracterización por cada uno de los ejes se encontró que las situaciones más frecuentes fueron: en el eje de comunicación efectiva, incidentes presentados durante el traslado de los pacientes 16,4% y errores en el reporte de resultados de laboratorio 15,1%. En el eje de identificación correcta de pacientes, deficiencias en la adherencia al protocolo de identificación de

pacientes en un 37% por carencia de manillas, identificadores en la cabecera del paciente o etiquetas de identificación y deficiencias en la transcripción de los datos de identificación contra el documento de identidad del paciente, en un 31,5%. En cuanto al eje de prevención de caídas se encontraron criterios para caída de paciente en el 90% de reportes y riesgos en la infraestructura que favorecen la presentación de las mismas en 10%. En el eje de prevención de errores en procedimientos se identificaron situaciones relacionadas con deficiencias en el cumplimiento del protocolo establecido en un 42,9% y complicaciones derivadas de los procedimientos en un 14,3%. En el eje de prevención de infecciones se identificaron situaciones relacionadas con deficiencias en el cumplimiento de los protocolos para la prevención de infecciones (aislamientos, lavado de manos, listas de chequeo, medidas de bioseguridad, limpieza y desinfección de las áreas) 31% y riesgos de infecciones por alteración en las pruebas físico – químicas del agua para consumo 17,2%. En el eje de prevención de lesiones en piel se identificaron lesiones producidas por la fijación o contacto con dispositivos en un 26,2% y úlceras de presión en sus diferentes grados en un 21,4%. En el eje del uso seguro de medicamentos, predominó el registro de reacciones adversas a medicamentos en un 19,28% y flebitis químicas en un 12,14%. Se identificaron registros que no se relacionaban con la seguridad de los pacientes sino con desviaciones de la calidad de la atención en aspectos de oportunidad o eficiencia por incumplimiento de protocolos 60% y fuga de paciente de los servicios en un 40%. También se identificaron reportes no relacionados con los ejes de seguridad del programa institucional por estructura física inadecuada en un 80% y falla en la disponibilidad de ropería en un 20% (Ver Tabla 5).

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)
Prevención 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)
Prevención 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)
Prevención de lesiones en piel	
Lesión en piel por dispositivo	11 (26,2)
Ulcera 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)

Al analizar el proceso de reporte como tal, se encontró que la mayoría se hizo utilizando el buzón de seguridad (80,73%), seguido del correo electrónico con 12,13%. (Ver Tabla 6).

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)

En cuanto al cargo del reportante se encontró que las enfermeras son quienes más reportes realizan (72,56%), encontrando que las coordinadoras de enfermería aportaron el 15,56% de los reportes mientras que el personal a su cargo reportó el 50,4% las enfermeras jefes y 6,6% las auxiliares de enfermería.

El personal médico realizó el 9,4% del total de reportes, entre los jefes médicos de servicio y los médicos especialistas. (Ver Tabla 7).

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)

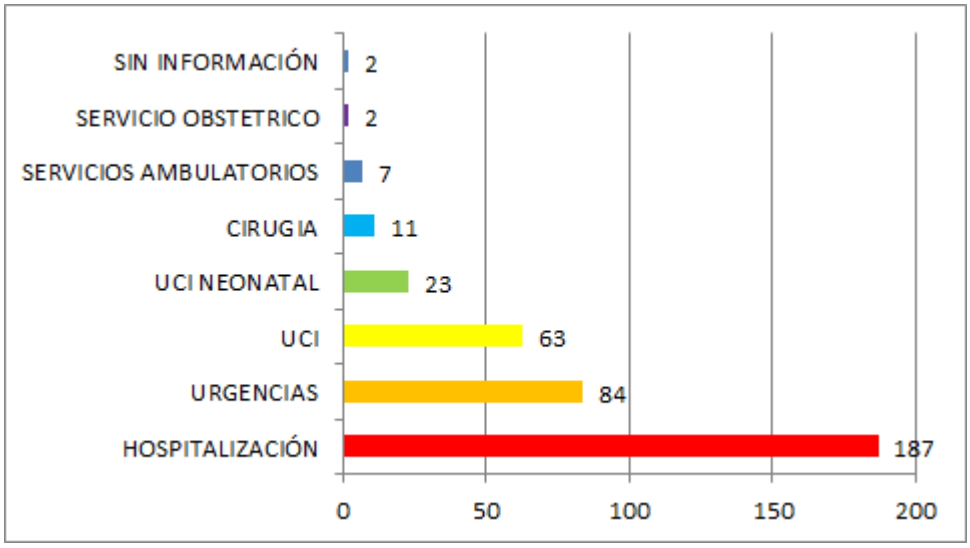
Aproximadamente la mitad de las situaciones inseguras implican los procesos de Urgencias y Hospitalización, con 27,7% y 21,6% respectivamente; seguido de UCI adultos y Admisiones con 7% cada uno. (Ver Tabla 8)

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)
Extrainstitucional	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)

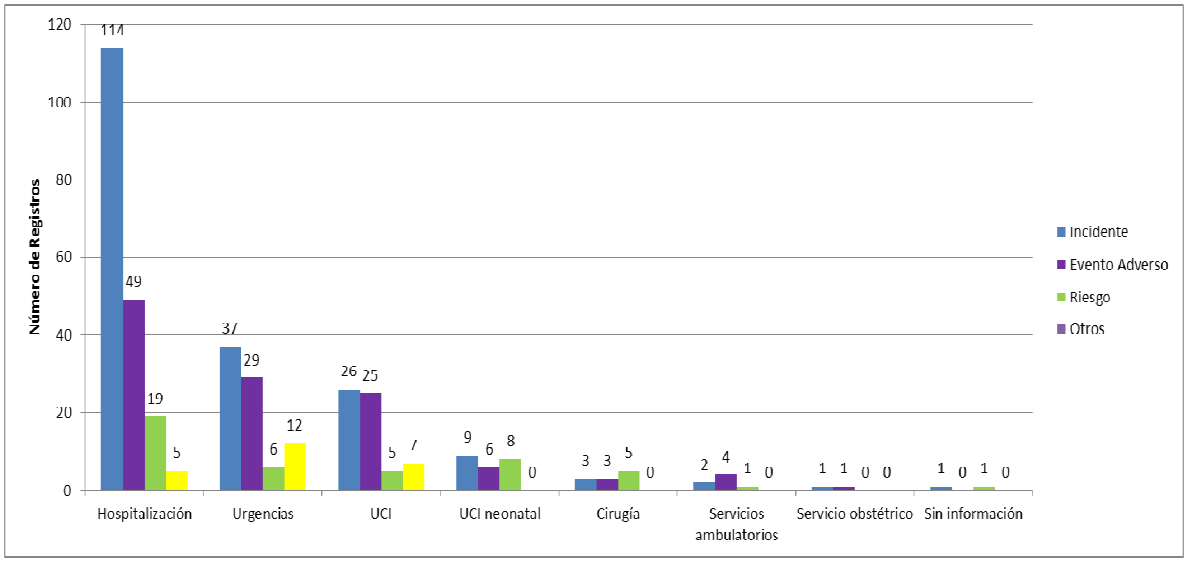
En cuanto a la ubicación del reportante según las frecuencias cuando ocurrió la situación insegura se encontró que la mayoría provenía de hospitalización, seguido del servicio de urgencias y la Unidad de Cuidado Intensivo. (Ver Gráfico 4).

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



Según las frecuencias 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. (Ver Gráfico 5).

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



Para finalizar se evaluó la relación entre la clasificación de situación insegura y ubicación del paciente. (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de eventos por ubicación

Ubicación del reportante	Clasificación			
	Incidente (n= 193)	Evento Adverso (n= 117)	Riesgo (n= 34)	Otros (n= 24)
		n(%)		
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

Se encontró que aproximadamente 60% de los incidentes se reportan en hospitalización, 20% en el servicio de Urgencias y 20% distribuido en los otros servicios. Esta distribución difiere en el caso de los eventos adversos ya que 40% se reportan en hospitalización, aproximadamente 25% en el servicio de urgencias y 20% en UCI adultos. Por su parte el riesgo es más frecuente en hospitalización (42%), seguido de la UCI neonatal (18%) y el servicio de urgencias (13%). Esta diferencia fue estadísticamente significativa *(P= 0,000)*.

7. 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%.

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.

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.

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.

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.

El mecanismo más frecuentemente utilizado para identificar las situaciones inseguras, fueron los buzones de seguridad (80%), seguido del 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.

8. 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.

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.

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.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. (2002). Calidad de la atención: Seguridad del Paciente. 55a Asamblea Mundial de la Salud, (pág. Punto 13.9 del orden del día).

2. Behan R. An organizational framework for transformational change in patient safety: Agenda for hospital leaders. In: Youngberg B, Latlie MJ. The Patient Safety Handbook. Jones and Bartlett,Massachusetts.2004;53.

3. Cohen M.R, Why error reporting systems should be voluntary: they provide better information for reducing errors 2000; 320 (7237): 728-9.

4. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from nonmedical near miss reporting system. BMJ 2000;320:759-763

5. Barr, D.Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay -. JAMA 1955; 159:1452.

6. Moser, R.Diseases of medical progress. N Engl J Med 1956;255:606.

7. Mahajan, R. P. (2010). Critical incident reporting and learning. British Journal of Anesthesia, 105, 69Y75

8. Great Britain. Department of Health. Building a safer NHS for patients: implementing an organisation with a memory. London: Great Britain

9. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio R, Lwthers AG, *et al*. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. N Engl J Med. 1991;324:370-6.

10. Gautier S, Bachelet H, Bordet R, Caron J. The cost of adverse drug reactions. Expert Opin Pharmacother. 2003;4:319-26

11. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamérica.. Informes, estudio e investigación

12. Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la

Política de Seguridad del Paciente.Repúblicaa de Colombia.

13. Resolución 1441 de 2013 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Mayo 2013.

14. Buetow S. Kiata L. Liew T, Kenealy T., Dovey S., Patient error: a preliminary taxonomy. Ann Fam Med. 2009 May - Jun; 7 (3): 223 – 231

15. Hartnell, N., MacKinnon, N., Sketris, I., & Fleming, M. (2012). Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: A focus group study. BMJ Quality and Safety, 21(5), 361Y368. doi:10.1136/ bmjqs-2011-000299.

16. . Pfeiffer, Y., Manser, T., & Wehner, T. (2010). Conceptualizing barriers to incident reporting: A psychological framework. Quality and Safety in Health Care, 19, 1Y10.

17. Kohn, L. T., Corrigan, J.M., & Donaldson,M. S. (Eds.). (1999). To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press

18. Espiritu, N., Lavado, G., Pantoja, L., Lam, C., Barrientos, M. y Centeno (2007), Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima. Revista de Calidad Asistencial Vol. 22. Núm. 06. Noviembre 2

19. Farley DO, Haviland A, Champagne S, Jain AK, Battles JB, Munier WB et al. Adverse event reporting practices by US hospitals: results of a national survey. Qual Saf Health Care. 2008;17:416-23.

20. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, Shaughnessy J O et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. Qual Saf Health Care. 2006;15:39-43

21. Ordoñez, J. Sistema de Reporte de Seguridad de la Unidad de Cuidado Intensivo. Ministerio de la Protección Social.

22. Chanovas Borras M, Campodarve I, Tomás Vecina S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente?. Monografías emergencias. 2007; 3: 7-13.

23. Morimoto T, Ghandi TK, Hsied TCW, Bates DW. Adverse drug events and medication errors: detection and classification methods. Qual Saf Health Care. 2004;13:306-14

24. World Health Organization. (2009) Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

25. Am J Hosp Pharm. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. 1993;50:306-14.

26. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human. Building a saber healthcare. Executive summary. National Academy Press, 2001

27. Brennan TA, Leape L, Lair NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients : Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991;324:370-376
28. Cassiani SH. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. Rev Esc Enf – USP, São Paulo, v.34, n.1, p. 16-25, mar. 2000

29. Miasso AI.; Cassiani SH. Conhecimento de pacientes sobre medicamento. In: Cassiani SH.; Ueta, J. (Org). A segurança de pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas, 2004. Cap. 13, p.133-144

30. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Recommendations to enhance accuracy of prescription writing. Disponible a:http://www.nccmerp.org/council/council1996-09-04.html

31. World Health Organization. (2007) Comunicación durante el traslado de pacientes . Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volumen 1, solución 3, Mayo 7. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Comunicaci%C3%B3n%20durante%20el%20traspaso%20de%20pacientes.pdf

32. Tomás Sebastián Viana, M. Rosa García Martín, Fernando Núñez Crespo, Eva M. Velayos Rodríguez, Gema Martín Merino, José Miguel González Ruiz, Iabel Lema Lorenzo, Carmen Gloria Nogueira Quintas. Enferm Clin. 2011;21:271-4.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	NATURALEZA	UNIDADES O CATEGORÍAS	ESCALA
Sexo	Independiente	Clasificación biológica a la que pertenece el paciente	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal
Edad en años	Independiente	Años cumplidos en el momento del estudio	Cuantitativa	Años	Razón
Ubicación	independiente	Sitio donde se encuentra el paciente en el momento del reporte voluntario de evento o incidente	cualitativa	Hospitalización Salas de cirugía UCIA UCIN S. obstétrico S. ambulatorio URN Sin dato	Nominal

Tipo de situación insegura	dependiente	Clasificación del tipo de situación insegura	cualitativa	Comunicación efectiva Identificación correcta de pacientes Prevención de caídas, errores en procedimientos, lesiones en piel , infecciones Uso seguro de medicamentos No relacionado con seguridad otro	Nominal
Clasificación "incidentes de seguridad"	dependiente	Clasificación de la situación insegura	cualitativa	Evento adverso Incidente Riesgo	Nominal
Vía de Reporte Voluntario	Dependiente	Mecanismo por el cual se reporta voluntariamente la situación insegura	Cualitativa	Buzón Correo Electrónico Verbal	Nominal
Cargo del reportante	Independiente	Nombre de la actividad que	Cualitativa	Enfermera	Nominal

		desempeña la persona que detecta la situación insegura		Coordinador Médico Nutricionista Bacterióloga Auxiliar de enfermería Director Químico Farmacéutico Terapeuta Técnico de Farmacia	
Reporte Voluntario	Dependiente	Mecanismo de identificación de situaciones inseguras mediante el reporte realizado por el personal asistencial de la Clínica.	Cualitativa	Si No	Nominal

Multireporte	Independiente	Reporte realizado más de una vez por diferentes personas	Cualitativa	Si No	Nominal
PROCESO IMPLICADO	independiente	Proceso en el cual se reporta la situación insegura	cualitativa	Sistemas Laboratorio UCIA UCIN Nutrición Urgencias Cirugía Hospitalización Endoscopia Terapia Respiratoria Admisiones Esterilización Imagenologia Infraestructura Terapia Respiratoria Compras Seguridad	Nominal

Anexo 2. Formato de reporte voluntario para situaciones inseguras asociadas a la atención en salud.

	REPORTE Y ANÁLISIS DE SITUACIONES INSEGURAS	CÓDIGO: [illegible]
		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 DÍA / MES /AÑO	DÍA / MES / AÑO	CONSECUTIVO No

DATOS DEL PACIENTE

INICIALES DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CAMA	SERVICIO	STICKER DEL PACIENTE
	DÍA / MES / AÑO	F	M				

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DEL PACIENTE:	CONDICIONES CLINICAS RELEVANTES	ALERGIAS

TIPO DE EVENTO
(Marque con una X el tipo de evento ocurrido)

1. CAIDA	☐	6. RELACIONADO CON IDENTIFICACION	☐	11. RELACIONADO CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS	☐
2. RELACIONADO CON MEDICAMENTOS	☐	7. RELACIONADO CON CIRUGIAS O PROCEDIMIENTOS	☐	12. RELACIONADO CON REGISTROS CLÍNICOS	☐
3. RELACIONADO CON DISPOSITIVOS Y/O EQUIPOS MEDICOS	☐	8. RELACIONADO CON COMUNICACIÓN	☐	13. RELACIONADO CON MEDIO AMBIENTE (ASEO - RESIDUOS - DESINFECCIÓN)	☐
4. RELACIONADO CON TRANSFUSIONES	☐	9. RELACIONADO CON INFECCIONES	☐	14. RELACIONADO CON PROCESOS Y ACTIVIDADES	☐
5. RELACIONADO CON LESIONES EN PIEL	☐	10. RELACIONADO CON ALIMENTOS	☐	15. OTRO	☐

CUAL?

DESCRIPCION DEL EVENTO
(Describa 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)

ACCION INMEDIATA

DATOS DEL REPORTANTE

NOMBRE:

	REPORTE Y ANÁLISIS DE SITUACIONES INSEGURAS	CÓDIGO: [illegible]
		VERSIÓN: 1

DILIGENCIADO POR GARANTIA DE CALIDAD

ACCIONES INSEGURAS

FACTORES CONTRIBUTIVOS

PACIENTE	TAREA Y TECNOLOGÍA	INDIVIDUO

EQUIPO DE TRABAJO	MEDIO AMBIENTE	ORGANIZACIÓN Y GERENCIA

CLASIFICACIÓN

INCIDENTE ☐ EVENTO CENTINELA ☐ EVENTO ADVERSO ☐ PREVENIBLE ☐ NO PREVENIBLE ☐