

**COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (PUBLICAS / PRIVADAS), EN COLOMBIA**

AGUDELO SEÑA YENNIFER JULIETH

HERNÁNDEZ APARICIO ARDANIS ARMANDO

SEPÚLVEDA MARTÍNEZ PAOLA SUSANA

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIVISIÓN DE POST GRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

MONTERÍA – CÓRDOBA

2021

**COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (PUBLICAS / PRIVADAS), EN COLOMBIA**

AGUDELO SEÑA YENNIFER JULIETH

HERNÁNDEZ APARICIO ARDANIS ARMANDO

SEPÚLVEDA MARTÍNEZ PAOLA SUSANA

**Monografía presentada como requisito parcial para optar al grado de
Especialistas en Auditoría de la Calidad en Salud**

Magister. CONCEPCIÓN AMADOR AHUMADA. Docente

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIVISIÓN DE POST GRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

MONTERÍA – CÓRDOBA

2021

AGRADECIMIENTOS

A Dios por que sin no somos nadie.

A nuestras familias por ayudarnos y apoyarnos en este proceso de finalización de la Especialización.

A la facultad de Ciencias de la salud, programas de posgrado, docentes, coordinadora y secretaria del programa que fueron de gran ayuda en el proceso de formación en la especialización en Auditoria de calidad en Salud.

DEDICATORIA

A Dios por darme la sabiduría para realizar esta linda especialización y monografía. A mi esposa, hijos, padres y hermanos que siempre estuvieron acompañándome en este arduo proceso.

Hernández Aparicio Ardanis

A Dios por darme la oportunidad de realizar esta especialización y monografía. A mis padres, esposo e hijos que siempre estuvieron apoyándome de corazón en este proceso

Sepúlveda Martínez Paola

A Dios por permitirme obtener la disponibilidad y la paciencia que me a dado para dedicarle todo el tiempo necesario a esta monografía.

A mis hijos y a mi madre que han sido mi mayor motor para cada día lograr mis metas y tener superación como ser humano y como profesional.

Agudelo Señá Yennifer

CONTENIDO

RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
1. METODOLOGÍA.....	15
1.1 TIPO DE ESTUDIO.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	15
1.2.1 General	15
1.2.2 Específicos.....	15
1.3 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	15
1.4 POBLACIÓN.....	16
1.5 MUESTRA	16
1.6 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	16
1.7 MÉTODOS.....	17
1.8 ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	17
1.9 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	17
1.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	18
1.11 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	18
2. MONOGRAFÍA	19

2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y CONCEPTUAL DE LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE COLOMBIA PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.....	19
2.1.1 Estrategias y su Fundamentación Teórico-Conceptual	19
2.1.2 Fundamentación teórico-conceptual de la prevención de los eventos adversos.	22
2.1.3 Unidades de cuidados intensivos.	39
2.2 FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN PACIENTES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO.....	44
2.2.1 Factores presentes en la incidencia de eventos adversos.	44
2.2.2 Concepto de incidencia	47
2.3 EXPERIENCIAS ACERCA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y BARRERAS DE SEGURIDAD UTILIZADAS PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE OCASIONAR EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO.	55
2.3.1 Experiencias acerca las medidas preventivas en la reducción de los EA.....	55
2.3.2 Experiencias acerca de las barreras de seguridad para la reducción de EA.....	58
2.3.3 Gestión del riesgo para disminuir la ocurrencia de un evento adverso.....	61

3.	CONSIDERACIONES FINALES.....	65
4.	CONCLUSIONES	68
5.	RECOMENDACIONES.....	70
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	71

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Criterios para evaluar una estrategia.....	21
Tabla 2. Tipos y Niveles de prevención.....	28
Tabla 3. Principales conceptos vinculados a los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente	34
Tabla 4. Prevención de EA por niveles de atención	37
Tabla 5. Factores relacionados con los EA.	45
Tabla 6 Distribución porcentual de pacientes con Seguimiento a Riesgo de EA según servicio. HUN. Barranquilla.	61
Tabla 7. Distribución porcentual de pacientes en UCI según tipo de riesgo. HUN. Barranquilla.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Características básicas de la Estrategia	20
Figura 2. Fases para prevenir riesgos.....	27
Figura 3. Articulación de la seguridad de pacientes con los componentes del SOGC.	36
Figura 4. Metas del sistema de salud en Colombia.....	39
Figura 5. Modelo organizacional de casualidad de sucesos adversos.....	42
Figura 6. AMFE metodología en 7 pasos	43
Figura 7. Secuencia de Investigación de incidentes	51
Figura 8. Modelo de gestión del riesgo aplicado en el Hospital Universidad del Norte	63

RESUMEN

Los eventos adversos siempre estarán presentes al ingresar a una entidad de salud, por esto, la importancia de identificar acciones preventivas y estrategias que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente, evitar posibles ocurrencias y factores que influyen en la incidencia de eventos, de esta manera en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) Para lograr lo anterior, se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de compilar la documentación que existe acerca del comportamiento de los eventos adversos presentados en pacientes de cuidado intensivo adulto de Colombia. El estudio resalta la importancia de la auditoria internas que aportan en la mejora continua de la calidad de la atención en salud; en este sentido, se utilizó un estudio de tipo revisión documental sistemática, correspondiente a una monografía científica de compilación, los resultados permitirán que el auditor y las UCIA, relacionen la información e identifiquen las medidas preventivas de eventos adversos como, políticas de seguridad del paciente y calidad, gestión de riesgos, cultura general del reporte, barreras de seguridad. se concluye que las estrategias en cuanto a los EA en las UCIA son importantes ya que, son acciones que previenen la aparición de eventos, logrando así una mejor seguridad del paciente, guiada por el SOGC en salud y la política de seguridad, estas estrategias sirven de apoyo para los sistemas de salud, fortaleciendo la calidad en salud y logrando la disminución de estos EA.

Palabras clave: Gestión del riesgo, garantía de la calidad de atención de salud, servicios preventivos de salud.

ABSTRACT

Adverse events will always be present when entering a health entity, for this reason, the importance of identifying preventive actions and strategies that contribute to improving patient safety, avoid possible occurrences and factors that influence the incidence of events, thus in Adult Intensive Care Units (ICUA) To achieve the above, A literature review was conducted with the aim of compiling the documentation that exists about the behavior of adverse events presented in adult intensive care patients in Colombia. The study highlights the importance of internal audits that contribute to the continuous improvement of the quality of health care; in this regard, a systematic documentary review study was used, corresponding to a compilation scientific monograph, the results will allow the auditor and the NICU to relate the information and identify the preventive measures of adverse events such as, patient safety and quality policies, risk management, general reporting culture, safety barriers. it is concluded that the strategies regarding AS in the ICUA are important since, they are actions that prevent the occurrence of events, achieving a better patient safety, guided by the SOGC in health and safety policy, These strategies serve as support for health systems, strengthening health quality and achieving the reduction of these AEs.

Keywords: risk management, quality assurance of health care, preventive health services.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es uno de los pilares más importantes de la atención en salud en la actualidad. “Según sus lineamientos de calidad es imprescindible implementar acciones para reducir el riesgo de eventos adversos que deriven de la atención en salud. De esa forma, las instituciones de salud tanto públicas como privadas deben trabajar en procesos seguros para el paciente, lo cual permite minimizar la ocurrencia de eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) dentro del área institucional”¹.

Un estudio de investigación realizado en España por Bartolomé², demostró que la seguridad en la atención en salud debe ser considerada un hecho relevante y la probabilidad de sufrir un evento adverso aumenta considerablemente con la edad del paciente. Entre un 4,7% y un 5,3% de los ingresos hospitalarios sufre algún evento adverso, con un costo medio por estancia próximo a los 3.000 euros, estas cifras se incrementan en pacientes mayores de 65 años, que reporta 9,7% de los ingresos hospitalarios, dada las condiciones clínicas de los adultos mayores, internados en las UCI.

Asimismo, se han realizado algunos estudios como el de Gaitán³, el cual analizan la incidencia de eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El estudio informó que la incidencia de eventos adversos varió del 1% al 22%,

¹ MINISTERIO de la PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [En línea]. Buenos y Creativos. Bogotá D.C, nov. de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

² BARTOLOMÉ, Ernesto. Impulso de la seguridad del paciente a partir del contrato programa de centro. En: Calidad asistencial. Noviembre, 2016. Vol.11, N°. 3, p.10.

³ GAITÁN, H. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. En: Aquichan. Diciembre, 2016. vol. 6 N°. 1, p.14.

dependiendo de la organización de servicios que realizó la medición, el tipo de organización y el método de medición. Además, se informa que del 30% al 70% de los eventos adversos evitables tienen un impacto importante en la prolongación de la estancia hospitalaria, lo que genera discapacidad, costo y mortalidad.

De esta manera, los eventos adversos se han transformado en un problema que induce muchas muertes evitables cada año. En Colombia “las Ulceras Por Presión (UPP), las flebitis y las caídas son eventos que se presentan con mayor frecuencia durante los cuidados en salud en las UCI, estos se producen mayormente en pacientes de 65 años”⁴.

Cabe destacar que algunos estudios han demostrado que, para los pacientes gravemente enfermos, como los ingresados en la UCI, se producen más errores y lesiones iatrogénicas. “La incidencia está entre el 1% y el 32%; de hecho, todos los pacientes sufrirán eventos adversos; en términos de probabilidad, se puede decir que uno de cada cinco pacientes puede tener EA graves”⁵.

Los eventos adversos afectan la seguridad del paciente puesto que, disminuye la calidad en salud, uno de los factores que actúa en la posibilidad de ocurrencia de este evento son las barreras en la atención, capacitación de los profesionales y demás responsables. Debido a lo antes dicho, el equipo autor se planteó la pregunta: ¿Qué documentación existe acerca del comportamiento de los eventos adversos en Unidades de Cuidados Intensivos adultos?

De este modo, el presente estudio pretende compilar la documentación necesaria en seguridad del paciente, puesto que es fundamental para las entidades de salud

⁴ MORALES, Mirian y ULLOA Catherine. Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna. En: Camagüey. nov.-dic, 2019. vol.23 N°.6. p. 33.

⁵ ACHURY, Diana. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. En: Enfermería Global. Abril, 2016. vol.15 N°.42, p.19.

conocer los riesgos y eventos adversos relacionados al cuidado a pacientes adultos en UCI para poner en práctica soluciones soportadas con evidencia y documentación que faciliten la identificación de los problemas que son evitables en cuanto a la prevención de la ocurrencia; por ende, es necesario buscar soluciones sistémicas y multifactoriales con el compromiso de la alta gerencia y la administración, eliminando los mitos de señalar o culpar a los profesionales del área de enfermería y promoviendo una cultura de buenas prácticas hospitalarias que minimicen riesgos y mejoren la calidad de vida del paciente.

La seguridad del paciente según Morales y Ulloa⁶, se ha establecido como parte de normas indispensables para brindar servicios de salud con calidad en todas las instituciones sanitarias, debido al grado de peligrosidad que existe en cada proceso de atención. Un evento adverso es un daño no intencional causado al paciente, relacionado directamente con los cuidados en salud.

Es por ello que, analizar la problemática de eventos adversos en el contexto de salud y cuidados intensivos de adultos es de importancia, por cuanto puede llegar a aumentar la sensibilización y reflexión sobre el problema y determinar prioridades de intervención basado en evidencias, con el fin de hacer aportes que permitan minimizar los mismos.

Por su parte, es importante tener en cuenta que la ocurrencia de un EA pone en peligro la vida de los seres humanos, porque, empeora su condición, produce sobre costo para la institución y genera sobrecarga laboral y afectiva al profesional.

⁶ MORALES, Mirian y ULLOA Catherine. Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna. En: Camagüey. nov.-dic, 2019. vol.23 N°.6. p. 33.

1. METODOLOGÍA

1.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo revisión documental sistemática, correspondiente a una monografía científica de compilación.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 General

Compilar la documentación que existe acerca del comportamiento de los eventos adversos presentados en pacientes de cuidado intensivo adulto de Colombia.

1.2.2 Específicos

- Describir la fundamentación teórica y conceptual de las estrategias utilizadas en las unidades de cuidado intensivo adulto de Colombia para la prevención de eventos adversos.
- Identificar la información que se ha publicado acerca de los factores que contribuyen en la incidencia de eventos adversos presentados en pacientes de cuidado intensivo adulto.
- Describir las experiencias exitosas (y no exitosas acerca) de las medidas preventivas y barreras de seguridad utilizadas para la reducción del riesgo de ocasionar eventos adversos en pacientes de cuidado intensivo adulto.

1.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

El estudio es la documentación acerca del comportamiento de los eventos adversos presentados en pacientes de cuidado intensivo adulto de Colombia.

1.4 POBLACIÓN

Para la monografía se utilizó como población de referencia 57 documentos entre libros: E-libro, e-books, bases de datos: Scielo, Sciece Direct, Scopus, ProQuest, artículos en Google académico, repositorio de diferentes universidades nacionales e internacionales y materiales documentales obtenidos de las bases del Ministerio de Salud y Protección Social. Artículos de revistas: Redalyc, Dialnet, revista de Salud, revista cubana. de los cuales todos fueron importantes para el desarrollo de la monografía y no se descartó ninguno.

Para la búsqueda de la información de la presente monografía, se realizó a partir de los siguientes descriptores: gestión del riesgo, garantía de la calidad de atención de salud, servicios preventivos de salud. seguridad de los pacientes en servicios de salud.

1.5 MUESTRA

La muestra fue constituida por 57 documentos como fueron libros, base de datos, páginas web certificadas, artículos científicos sobre el comportamiento de los eventos adversos presentados en pacientes de cuidado intensivo adulto.

1.6 FUENTES DE INFORMACIÓN

Por ser monografía, las fuentes bibliográficas de información son primarias como conformada por 2 libros, 9 bases de datos como: Scielo, Sciece Direct, Scopus, ProQuest, prisma, pubmed, cinhal, Embase, Dialnet, 32 artículos originales en revistas, 2 informes utilizados, así mismo se utilizaron fuentes secundarias y terciarias como informes nacionales que compilan las estadísticas del evento en estudio.

1.7 MÉTODOS

La monografía se desarrolló en dos fases sucesivas: heurística o de búsqueda y selección y la hermenéutica conocida como asimilación o redacción de los textos por los autores; de esta segunda fase surgen las consideraciones finales, conclusiones y recomendaciones.

Para el desarrollo de la monografía se utilizó dos mecanismos o métodos para la gestión del conocimiento; el primero de ellos es la fase heurística en la cual el equipo autor busca la información de interés en las redes bibliográficas, seleccionando aquellos tópicos de su interés. La segunda fase o hermenéutica consiste en la redacción de los textos por parte de los autores con base en sus conocimientos especializados y experiencia, de tal manera que las ideas y conceptos que están textuales tendrán el formato de cita breve o de cita extensa según en caso; con lo cual se presupone que el resto de la información ha sido reprocesada, o redactada de nuevo por el equipo de autores. Finalizada la fase hermenéutica con el desarrollo de las Consideraciones finales desde la perspectiva del auditor se responderán las preguntas para obtener las conclusiones y de ellas extraer las recomendaciones.

1.8 ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El documento está organizado en cinco capítulos 1ro (primero) es la metodología, 2do (segundo) la monografía propiamente dicha, 3ro (tercero) las consideraciones finales en la cual los autores expresan su saber desde la perspectiva del auditor de calidad en salud, 4to (cuarto) conclusiones y 5to (quinto) recomendaciones respectivas.

1.9 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los resultados, se presentan en texto, esquemas, figuras, y demás utilizando el paquete ofimático Microsoft Office versión 2016.

1.10 ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos de esta monografía están basados en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, la cual establece las “normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, clasificándola como una investigación sin riesgo.

Así mismo, se basa en los principios de beneficencia pues la monografía tendrá una utilidad para un grupo de beneficiarios, de veracidad pues la información será procedente de fuentes confiables.

1.11 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

La responsabilidad de las opiniones emitidas en el documento, es de sus autores Agudelo Seña Yennifer Julieth, Hernández Aparicio Ardanis Armando y Sepúlveda Martínez Paola Susana quienes conservan la propiedad intelectual de los productos prácticos elaborados para ésta. Se respetará al dar crédito a los autores en las referencias colocadas en el cuerpo del trabajo y en las listas de referencias.

2. MONOGRAFÍA

COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (PUBLICAS / PRIVADAS), EN COLOMBIA

2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y CONCEPTUAL DE LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE COLOMBIA PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

2.1.1 Estrategias y su Fundamentación Teórico-Conceptual

La estrategia “es un acto de reflexión intelectual, focalizado sobre un tema específico, donde debo trazar un camino, una trayectoria, que me permita partir de un problema y llegar a una solución lo más creativa e innovadora posible, donde se privilegie el factor sorpresa frente al adversario”⁷.

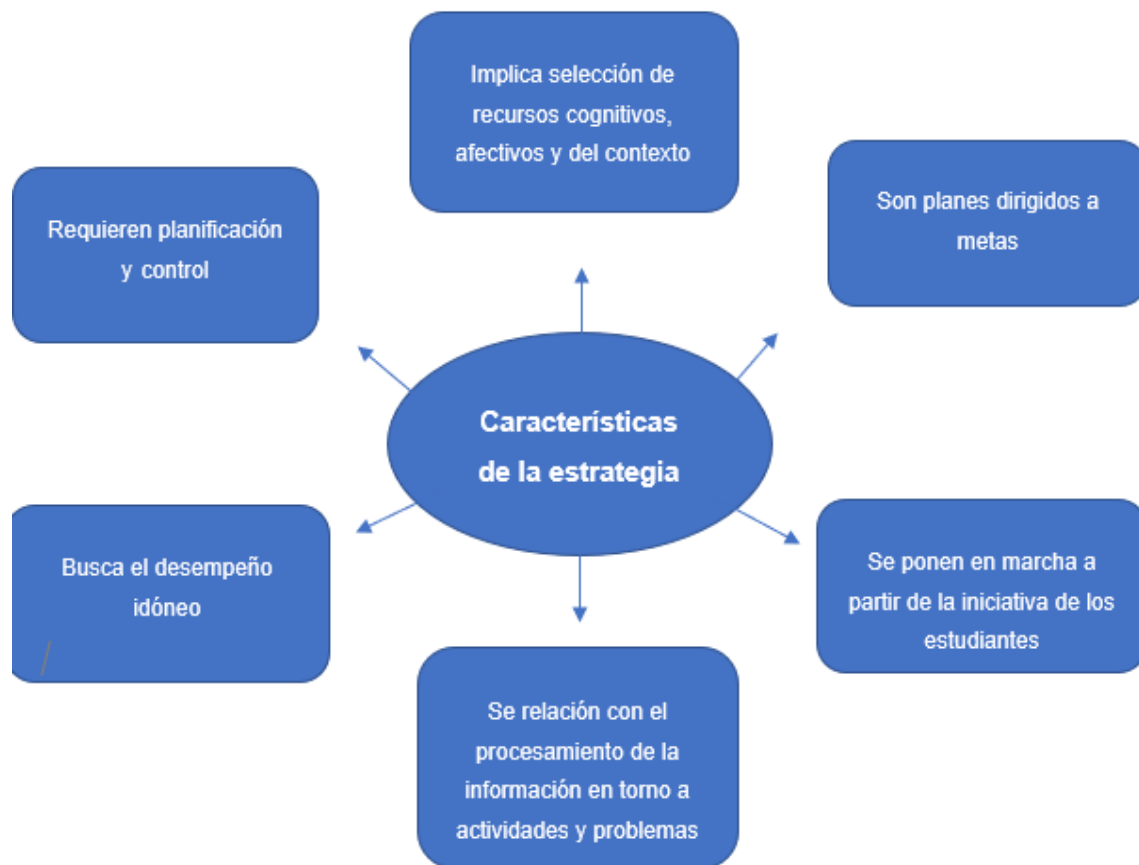
Para comprender el significado de la estrategia es posible acudir a la etimología, desde esta definición estrategia deriva del griego “strategos”, lo cual significaba general, en tal sentido, la estrategia es la exploración deliberada de un método de acción que una empresa realiza para establecer y mantener ventajas competitivas⁸.

En este sentido, es importante conocer las características básicas de una estrategia para lograr que esta se efectiva, como se muestran en la siguiente figura.

⁷ ROIG, Fernando. La estrategia creativa. Relaciones entre concepto e idea. 1 ed. Buenos Aires: Infinito, 2015. 138 p. ISBN 978-987-9393-69-7.

⁸ CASTRO, Emilio y JIMÉNEZ, Martín. En torno al concepto de estrategia. Tendencias actuales en administración de empresas. En: Scielo 1ª Ed. Francisca de Asis, 2015. p. 65-79.

Figura 1. Características básicas de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia basada en Casanova 2015⁹.

Por otro lado, algunos estudios sugieren ciertos criterios básicos para evaluar una estrategia, Mintzberg y Quinn¹⁰, mencionan los siguientes.

⁹ CASANOVAS, August. Estrategias avanzadas de compras y aprovisionamientos. En: Emprendimiento. Estrategias avanzadas de compras y aprovisionamiento. 2015. p,22. [En línea]: <http://445208.gazikov.net/descargar/445208/Estrategias%2Bavanzadas%2Bde%2Bcompras%2By%2Baprovisionamien.pdf>

¹⁰ MINTZBERG, Henry y QUINN James. El proceso estratégico. Traducido por Georgina Greenham Del Castillo. 2 ed. México. 2015 100-230 p. ISBN 968-880-322-7.

Tabla 1. Criterios para evaluar una estrategia

Criterios de evaluación		
1	Objetivos claros y decisivos	El logro de esas metas debe asegurar la viabilidad y vitalidad continua de la empresa u organización frente a sus contrincantes.
2	Conservar la iniciativa	Una posición reactiva prolongada engendra cansancio, hace descender la moral, cede la ventaja del tiempo y los intangibles a los contrincantes.
3	Concentración	Una competencia diversificada permite mayor éxito con menos recursos, lo cual representa la base fundamental para obtener mayores utilidades.
4	Flexibilidad:	El reforzamiento de habilidades, un ámbito de acción planeado y la ubicación renovada permiten mantener a los contrincantes.
5	Liderazgo coordinado y comprometido	Los líderes deben ser seleccionados y motivados, de tal manera, que sus propios intereses y valores coincidan con las necesidades del papel que se les asigne.
6	Sorpresa	la sorpresa puede alcanzar un éxito fuera de toda proporción en cuanto a la energía utilizada, y puede cambiar de manera decisiva posiciones estratégicas.
7	Seguridad	Se debe tomar en cuenta si la estrategia asegura la base de recursos y demás aspectos operativos fundamentales para la empresa.

Fuente: Elaboración propia basada en Mintzberg, Henry y Quinn James.

En este sentido, para la implementación de las estrategias en las empresas, especialmente en las entidades de salud se necesitan 3 mecanismos importantes para la toma de decisiones y el logro de los objetivos.

- Programas: actividades necesarias para lograr un plan
- Presupuesto: costos de los programas
- Procedimientos: secuencia de pasos necesarios a realizar

Los anteriores mecanismos son importantes cuando se desea formular una estrategia ya que, permite la dirección en las actividades que se quieren llevar a cabo, así mismo la estrategia debe ir acompañada de los presupuestos; para poner en función estas estrategias se necesitan recursos que la respalden.

2.1.2 Fundamentación teórico-conceptual de la prevención de los eventos adversos.

El Ministerio de Salud Protección Social¹¹, define la prevención como un proceso donde se toman iniciativas que contribuyen a disminuir la presencia de eventos adversos, donde se vela por la salud y seguridad del paciente, fomentando el autocontrol. Del mismo modo para el ente en mención, la prevención dentro del concepto de la política de seguridad del paciente, se define como el conjunto de medidas tomadas de forma anticipada para disminuir la ocurrencia de eventos negativos que afecten la salud del paciente.

¹¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Lineamientos para operar programas preventivos [en línea]: Dirección de Promoción y Prevención. [Bogotá, Colombia]: Ministerio de Salud, abril, 2015 [citado 7 abril, 2021]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-programas-preventivos.pdf>

En este sentido, Chávez, y Dubón¹². Afirman que existe una preocupación internacional por la prevención del evento adverso, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso las Medidas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP). Con ello, se pretende establecer medidas de barrera entre las condiciones y conductas inseguras y el evento adverso (es decir preventivas), para evitar que éste último se presente, o en su caso reducir el impacto.

Cabe señalar que, la aplicación de medidas preventivas es guiadas por políticas y estrategias de salud, establecidas por los documentos y normatividad expedidas por los entes gubernamentales que trabajan en la prevención de estos eventos adversos (EA) en pacientes UCI.

De acuerdo con Leavell y Clark¹³, la prevención en salud no debe ser tomada en el sentido estricto de la palabra, sino como la prevención de la ocurrencia de las enfermedades. En Colombia, el Ministerio de Salud, al plantear la Política Nacional de Seguridad del Paciente en los siguientes términos:

Reúne las estrategias de aprendizaje enfocados en inconvenientes presentados por la educación de la prevención de los eventos adversos en la atención de salud. Esta estrategia lo que busca es conocer en primer lugar la realidad de los hechos, llevar estos temas de estudio a la creación de preguntas problemas, para luego buscar la solución que fortalezca la prevención de los EA en salud¹⁴.

¹² CHÁVEZ, Guadalupe; DUBÓN, María y GONZÁLEZ Celia. Identificación De Riesgos Asociados a un Modelo Organizacional de Causalidad de Eventos Adversos En: Área investigación, octubre 2015. Vol. 3. N°. 33, p. 18.

¹³GÓMEZ, Luis. Medicina Preventiva y Enfermedades Alérgicas. En: Salud Pública, noviembre 2016. Vol. 6, N°. 5, p.6.

¹⁴ Ministerio de Salud de Colombia, MINSALUD. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente paquetes instruccionales guía técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” 2016.p. 15.

En este sentido, según Vargas¹⁵, las características de la prevención permiten la creación de planes que consoliden la seguridad del paciente, teniendo en cuenta la educación y practicas seguras que prevengan la existencia de un posible evento adversos en la prestación del servicio en salud.

2.1.2.1. Generalidades de los eventos adversos

En los avances de la ciencia de la salud también, pueden ocurrir factores de riesgos, sin que estos hayan sido causados de forma intencional por el personal de salud, más bien hay desconocimiento de factores críticos. Por ejemplo: una investigación realizada por Ministerio de Salud y Protección Social¹⁶. en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, ó las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. En los anteriores casos se observa que las tasas de mortalidad estaban asociadas a falta de atención en salud, que su intención no era causar perjuicios, sino que la falta de conocimiento de los factores de riesgos, es por esto que la entidad de salud debe contar con un sistema de gestión de riesgo que detecte, reporte e intervenga, para conseguir una mayor efectividad.

Según, Pérez y Gardey¹⁷. Existe una acepción de evento que hace referencia a algo imprevisto o que puede acaecer, aunque no exista seguridad al respecto. Para

¹⁵ VARGAS, Erwing. Estrategia del Aprendizaje Basado en Problemas en la prevención de eventos adversos derivados de la atención en salud. Trabajo de grado Educación y Humanidades. Bogotá D.C.: Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Educación y Humanidades. 2017. 36 p.

¹⁶ MINSALUD. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [en línea]. [Bogotá, Colombia]: Minsalud [citado 1 may.,2021]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

¹⁷ PÉREZ, Julián y GARDEY, Ana. [en línea] Definición: Bogotá D.C. 2016 [citado 19 abril 2021] Disponible en internet: <https://definicion.de/evento/>

la ciencia, un evento es un fenómeno un hecho observable en un momento dado o acontecimiento que ocurre en una posición y momento determinados, por lo tanto, puede especificarse como un punto en el espacio-tiempo.

De esta manera, el Ministerio de Salud y Protección Social¹⁸, describen los eventos adversos como circunstancias que pueden influir en una atención en salud de pacientes con enfermedades intensitas, que pueden generar factores de riesgo y determinantes que afectan la salud de los pacientes

Sin embargo, existen dos clases de eventos, el primero es prevenible. Este consiste en “aquella acción que pudo haber causado daños ya que, se siguieron los protocolos en los cuidados de forma correspondiente, este evento debe ser reportado con el fin de crear estrategias y mejorar la calidad en salud”¹⁹.

El segundo, es un evento no prevenible, este se define como aquel obstáculo asociado directamente al paciente que afecta su salud, donde el personal de salud, aunque haya tomado las medidas y acciones necesarias para mitigar los efectos negativos, se presenta.

Ahora bien, un evento adverso es “el perjuicio, lesión o muerte producidos por el procedimiento de intervención de una enfermedad o estado del paciente”²⁰.

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD. Sistema de Vigilancia en Salud Pública [en línea]. Minsalud. [Bogotá, Colombia]: nov, 2017 [citado 8 abril, 2021] Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SIVIGILA.aspx>

¹⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Seguridad del paciente y la atención segura: Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". vol.2, (2015). Colombia, 2015. 18 p.20. [Consultado el 28 de enero de 2020] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

²⁰ RAMÍREZ, M.E y GONZÁLEZ A. En: Enfermería Universitaria. Febrero, 2017. Vol. 14, N°. 2. p. 7.

También, un Evento Adverso (EA) es “aquel que produce daño al paciente después de que este ingrese a una institución en salud sin importar el nivel de complejidad, este se relaciona más con el cuidado proporcionado que con la enfermedad de origen”²¹.

Así mismo, según Llanes²². Es importante generar mecanismos de control que permitan prevenir errores. Pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud. Tal seguridad es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad.

Cabe señalar, que los EA se presentan por diferentes factores que sin duda perjudican la salud del paciente, esto se debe al “no autocuidado de los mismos usuarios, profesionales de la salud, condiciones institucionales constreñimientos económicos, financieros y fragilidades institucionales, por último, la falta de equipos y recursos”²³.

Si bien es cierto, Cucolo²⁴, recomienda reducir el riesgo asociado a los cuidados de salud, es fundamental el progreso de indicadores de apoyo a la gestión de la calidad y seguridad de los cuidados de EA.

Además, “los EA tiene características similares que afectan la calidad en salud, por ende, la del paciente, es por esto que, se relacionan los tipos de eventos que

²¹ LLANES, Caridad. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. En: Revista cubana de Enfermería. Mayo, 2015. Vol. 27. N°1, p. 1-3.

²² LLANES, Caridad. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. En: Revista cubana de Enfermería. Mayo, 2015. Vol. 27. N°1, p. 1-3.

²³ NEVES, Teresa, et al. En: Revista Latino-Americana. Noviembre 2018, vol. 26, N° 2. p. 33.

²⁴ CUCOLO, Danielle y PERROCA, Márcia. En: Acta Paulista. enfermagem. 2015, vol.28, N°2, p. 40. [En línea]: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200120&lng=pt&tlng=pt

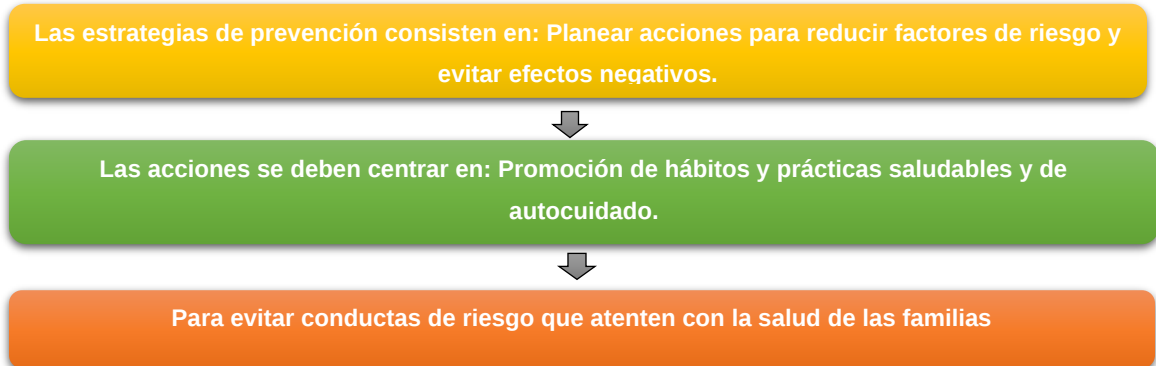
producen un daño, algunos de estos efectos son más riesgosos y no siempre constituyen amenazas inevitables para la salud, puesto que, existen medidas y protocolos que pueden prevenir que el suceso sea exitoso”²⁵.

2.1.2.1 Conceptualización de prevención.

El concepto prevención se define como “las acciones encaminadas a la eliminación, minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad; incluye medidas sociales, políticas, económicas y terapéuticas”²⁶.

De igual manera, significa manipular y gestionar los riesgos a través de estrategias para prevenir que los riesgos se presenten en la salud, la calidad de vida y el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. La gestión en la prevención tiene 3 fases estratégicas para minimizar riesgos.

Figura 2. Fases para prevenir riesgos



Fuente: Elaboración propia basada del Ministerio de Salud y Protección Social²⁷.

²⁵ CUCOLO, Danielle y PERROCA, Márcia. En: Acta Paulista. enfermagem. 2015, vol.28, N°.2, p. 40. [En línea]: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200120&lng=pt&tlng=pt

²⁶ QUINTERO, Eva. En: Medicentro Electrónica, jun. 2017. vol.21 N°.2, p 15.

²⁷ MINISTERIO DE SALUD, Herramientas para hacer prevención y mitigación. [en línea]. Minsalud. [Bogotá, Colombia]: feb, 2016 [citado 8 abril,.2021] Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/presentacion-prevencion-mitigacion.pdf>

Evidentemente, resulta importante esclarecer que existen tres tipos y cinco niveles de prevención en salud. Estas se describen en la siguiente tabla.

Tabla 2. Tipos y Niveles de prevención

Tipos de prevención	Niveles de prevención
Prevención primaria	1. Promoción de salud 2. Protección específica
Prevención secundaria	3. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno 4. Limitación del daño
Prevención terciaria	5. Rehabilitación

Fuente: Elaboración propia basada en Quintero, Eva.

La prevención primaria se conoce como las medidas orientadas a detener el desarrollo y aparición de la enfermedad, como consecuencia previene mediante acciones específicas como educación sanitaria, pruebas de detección y tamizaje poblacional.

Entonces, de acuerdo con la anterior distribución, en el nivel preventivo de tipo primario, se realizan las acciones destinadas a la promoción de la salud, que para este sector significa realizar acciones de salud dirigidas a la población, estas medidas ejercen mayor control sobre su salud con la finalidad de mejorarla, así mismo, la protección específica se entiende como las acciones de salud dirigidas al control de riesgos mediante intervenciones como inmunización, control de los riesgos ambientales con medidas especialmente dirigidas a ello como la fluorización del agua, y yodificación de la sal, topicación con flúor y similares.

Seguidamente, la prevención secundaria tiene que ver con la recuperación de la salud, de personas que han sufrido alguna enfermedad, por ende, necesitan de la prestación de un servicio de salud.

Por otra parte, en el nivel terciario se encuentran las medidas de rehabilitación que son definidas como las acciones de salud destinadas para ayudar a los pacientes a conseguir el bienestar físico, mental y psicológico.

2.1.2.2 Prevención de los eventos adversos en salud.

Es de interés conocer, de dónde proviene la palabra “sistema”, según el diccionario etimológico la describe como: “conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto”²⁸.

Además, Gutiérrez²⁹, describe otras definiciones de sistema que son agrupadas de la siguiente manera:

- Es una reunión o conjunto de elementos interrelacionados con un objetivo común.
- Es una unión de partes o componentes conectados de una forma organizada.
- Es un conjunto o combinación de cosas o partes que forman un todo complejo unitario.

Por otra parte, los elementos de un sistema pueden referirse a sujetos, procesos u objetos (imágenes, textos, aplicaciones multimedia). Si los elementos se logran identificar plenamente, pueden ser organizados en un modelo. En Colombia, la Ley 1011 de 2006 define:

²⁸ COROMINAS, Joan. Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. 3 ed. Madrid. Gredos, 2014. 628 p. ISBN 84-249-1331-0. [En línea]: <https://desocuparlapieza.files.wordpress.com/2016/02/corominas-joan-breve-diccionario-etimologic3b3gico-de-la-lengua-castellana.pdf>

²⁹ GUTIÉRREZ, Gonzalo. Teoría general de sistemas. [Recurso electrónico]. Universidad Santo Tomás 1 ed. [Bogotá]: Vicerrectoría Universitaria Abierta y a Distancia. Noviembre 2015 [citado el 2 mar., 2021]. [En línea]: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/23242/Teor%C3%ADa%20general%20de%20sistemas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) que se define como las instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos voluntarios y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. deben cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un EA.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Por lo tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social³⁰, en Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de circunstancias que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.

³⁰ MINSALUD. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [en línea]. [Bogotá, Colombia]: Minsalud [citado 1 may.,2021]. Disponible en Internet:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

Adicionalmente, “la seguridad y atención del paciente se consideran una prioridad en la asistencia de salud. Por esta razón, se resaltan los principios orientadores de la política de seguridad del paciente. Para alcanzar el propósito de una atención segura resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar”. Ministerio de Salud y Protección Social³¹. Estos principios son:

1. **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad.
 2. **Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza.
 3. **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de seguridad del paciente es parte integral del SOGCS y es transversal a todos sus componentes.
 4. **Multicausalidad.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal.
 5. **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
 6. **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
 7. **Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud.
- **Prevención de los EA con buenas practicas de vigilancia en salud como son:**

³¹ MINSALUD. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [en línea]. [Bogotá, Colombia]: Minsalud [citado 1 may.,2021]. Disponible en Internet:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

Tecnovigilancia. Colombia se rige por la Resolución No. 4816 de 20088. Para ello, “la organización debe determinar los factores de riesgo para el uso de dispositivos médicos, educar a sus socios para garantizar la seguridad de dicho uso, monitorear la incidencia y frecuencia de eventos adversos relacionados con el uso de dispositivos médicos y EAUDM, e implementar medidas a tomar Mejorar las medidas para prevenir la recurrencia”. Ministerio de Salud y Protección Social³².

Farmacovigilancia. Es una actividad específica que monitorea el uso de medicamentos por parte del paciente. La Organización Mundial de la Salud³³. (OMS), lo define como ciencia y actividades relacionadas con el descubrimiento, evaluación, comprensión y prevención de reacciones adversas o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos. Cualquier fármaco administrado a los pacientes tiene el potencial de provocar efectos adversos, por lo que es necesario tomar medidas para mejorar la seguridad de su uso y controlar sus efectos.

Hemovigilancia. El término se utiliza para definir un conjunto de medidas de vigilancia epidemiológica que pueden detectar, registrar y analizar información relacionada con eventos adversos y eventos adversos de donaciones y transfusiones de sangre. Ésta es la etapa final de la cadena de transfusión de sangre.

³² Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, MINSALUD. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente paquetes instruccionales guía técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” 2016.p. 15.

³³ Organización Mundial de la Salud. OMS Indicadores de farmacovigilancia Un manual práctico para la evaluación de los sistemas de farmacovigilancia [WHO pharmacovigilance indicators: a practical manual for the assessment of pharmacovigilance systems]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; sep. 2019 [citado 5 jun.,2020] Disponible en Internet: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325851/9789243508252-spa.pdf?ua=1#:~:text=La%20farmacovigilancia%20es%20definida%20por,los%20f%C3%A1rmacos%E2%80%9D%20\(6\).](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325851/9789243508252-spa.pdf?ua=1#:~:text=La%20farmacovigilancia%20es%20definida%20por,los%20f%C3%A1rmacos%E2%80%9D%20(6).)

Farmacovigilancia. Es la actividad específica que monitorea el uso de medicamentos en los pacientes. La Organización Mundial de la Salud³⁴, la define como la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos. Cualquier medicamento que se le suministre a un paciente tiene el efecto potencial de desencadenar eventos adversos, por lo tanto, es necesario que se implementen acciones para el mejoramiento de la seguridad en su utilización y se vigile el efecto de la misma.

Hemovigilancia. Según Peñuela³⁵, es el término que se utiliza para definir el conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica que permiten la detección, registro y análisis de la información relativa a los eventos adversos e indeseables derivados tanto de la donación, como de la transfusión de sangre. Ésta es la última etapa de la cadena transfusional que involucra consecutivamente Promoción de la donación, criterios de selección de donantes, clasificación de composición sanguínea, cribado de agentes infecciosos, condiciones de almacenamiento y transporte, pruebas pretransfusionales, correcta identificación de unidades y pacientes, monitorización del comportamiento transfusional y seguimiento tras la transfusión sanguínea.

³⁴ Organización Mundial de la Salud. OMS Indicadores de farmacovigilancia Un manual práctico para la evaluación de los sistemas de farmacovigilancia [WHO pharmacovigilance indicators: a practical manual for the assessment of pharmacovigilance systems]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; sep. 2019 [citado 5 jun.,2020]. Disponible en Internet: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325851/9789243508252-spa.pdf?ua=1#:~:text=La%20farmacovigilancia%20es%20definida%20por,los%20f%C3%A1rmacos%E2%80%9D%20\(6\).](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325851/9789243508252-spa.pdf?ua=1#:~:text=La%20farmacovigilancia%20es%20definida%20por,los%20f%C3%A1rmacos%E2%80%9D%20(6).)

³⁵ PEÑUELA, Oscar, et.al. Manual de Hemovigilancia. [en línea]. Instituto Nacional de Salud. [Bogotá, Colombia]: INC, May. 2016. [citado 5 jun.,2020]. Disponible en Internet: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionSangre/Publicaciones/Manual%20de%20Hemovigilancia.pdf>

En una investigación realizada por Alvarado y Achury³⁶, se desarrollan estrategias para reducir y evitar eventos adversos, y enfatizaron una serie de estrategias en el manejo de fármacos, control de complicaciones infecciosas y mecánicas de catéteres y cultivos Precauciones de seguridad. informe. Se describirán con más detalle a continuación.

En este orden de ideas, se tiene en cuenta la tabla 3 que ilustra acerca de los principales conceptos vinculados a los eventos adversos y la seguridad del paciente.

Tabla 3. Principales conceptos vinculados a los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente

Daño asociado a la Atención Sanitaria: es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención de salud.
Incidente relacionado con la Seguridad del Paciente: es un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que, si bien no le genera un daño directo a su salud.
Evento Adverso: incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención en salud que produce la muerte, una discapacidad, entre otros.
Evento Adverso grave: evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica
Evento Adverso moderado: si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.
Evento Adverso leve: si ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.

³⁶ ALVARADO Herly y ACHURY Diana. Prevención de los eventos adversos en las unidades de cuidado intensivo. En: Salud Uninorte. Sep, 2016. vol. 32, N°. 1, p. 25

Evento Adverso prevenible: incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión.

Incidente con daños: denominado también como Evento Adverso, que es un incidente que causa algún daño al paciente.

Incidente sin daños: es aquél en que un evento alcanza al paciente, pero que no le causa algún daño apreciable.

Error: es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.

Infracción es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.

Cuasierror: es un incidente que no alcanza al paciente, pero que evidentemente debe ser considerado para estudio.

Fuente: Boletín CONAMED – OPS 2015.

De acuerdo con el artículo 34 que describe acciones que está inmersa en el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Por su parte, existe una relación con el SOGCS y los EA puesto que, se definen procedimientos, actividades y mecanismos de auditoría que deben efectuar los altos directivos y la entidad de salud, de manera retrospectivamente para prevenir, comunicar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de acciones en la prevención de su recurrencia”.

Para lograr la articulación de la seguridad de pacientes con los componentes del SOGC, se requiere de un modelo integral y transversal en el cual todos los actores responsables de esta seguridad, trabajen de manera coordinada.

Figura 3. Articulación de la seguridad de pacientes con los componentes del SOGC.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social 2015.

Para lograr la articulación de la seguridad del paciente en relación al SOGC se necesita de fases importantes, comenzando por la habilitación y los sistemas de información para la calidad, el cual son base para el mejoramiento en salud. De esta manera, se deben tener en cuenta las auditorias tanto internas como externas que permitan un mayor cumplimiento de criterios establecidos para obtener la acreditación institucional y seguir mejorando los procesos continuamente.

Para cumplir con las estrategias y mecanismos descritos en la figura 3, también se han nombrado formas de prevenir los EA en salud por niveles de atención. Los cuales son primario, secundario y terciario; de tal manera que las actividades preventivas por cada nivel se representan de forma esquemática en la siguiente tabla.

Tabla 4. Prevención de EA por niveles de atención

Niveles de atención			
Actividad	Primario	Secundario	Terciario
	Fomento de la cultura de la seguridad en la organización.	Mantenimiento de sistemas de vigilancia y notificación de incidentes y algunos eventos adversos.	El análisis detallado, profundo y pormenorizado de las posibles causas que pueden contribuir a la aparición del evento adverso.
	Formación y entrenamiento de los profesionales en técnicas y procedimientos complejos.	Mejora de los sistemas de comunicación a fin de detectar lo más precozmente posible, situaciones de riesgo y eventos adversos.	La comunicación entre las áreas para coordinar y planificar la ocurrencia de EA en la atención Hospitalaria, especializada.
	Establecimiento de alertas clínicas encaminadas a evitar sucesos adversos.	Acciones a seguir para minimizar sus consecuencias y evitar que vuelva a producirse un EA.	En su caso, comités de conciliación y negociación de las indemnizaciones a que hubiera lugar
Actividad	Diseño de procesos evitando la aparición de previsibles fallos y errores.	Facilitar la vigilancia, notificación y detección precoz de incidentes por eventos adversos.	Implementar programas de seguridad del paciente y mecanismos de prevención.

Fuente: Elaboración propia basada en Abiar, Carlos³⁷.

³⁷ AIBAR, Carlos. Seguridad del paciente y prevención de Eventos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Junio, 2016. En: MSSSI. Vol. 3 N° 4, p. 7.

Cuando se previenen los EA por niveles de atención, se busca que en cada actividad ya sea primaria, secundaria o terciaria, se mitiguen factores de riesgos que pueden ocurrir desde la promoción y prevención hasta la hospitalización, esto con el fin de crear una cultura de seguridad del paciente que mejore la atención en salud.

En Colombia, se tiene una política nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, (SOGCAS), la cual tiene como objetivo prevenir la ocurrencia de EA que afecten la salud del paciente, implementar medidas de prevención para intervenir en la ocurrencia de eventos adversos, y contar entidades de salud de calidad. Además, desde “junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.

Por un lado, el Ministerio de Salud y Protección Social³⁸, “por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas y medidas de prevención para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales”.

Del mismo modo, el Ministerio de Protección Social, diseña un documento donde se describen las prácticas más relevantes en un contexto de la seguridad del paciente, denominada (Guía técnica de buenas prácticas en la atención en salud) esta tiene como objetivo principal brindar a las entidades de salud líneas técnicas sobre prevención.

³⁸ MINSALUD. seguridad del paciente y la atención segura [en línea]. Ministerio de Salud [Bogotá Colombia]: 2018 [citado 20 abril, 2021] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Las medidas de prevención de las que se trata la guía son: una buena “política de seguridad y la cultura del reporte de los EA, las cuales deben ser aplicadas por su obligatoriedad en todos los niveles de prevención y de atención en salud, desde el primario hasta el más avanzado como en las unidades de cuidados intensivos”³⁹.

2.1.3 Unidades de cuidados intensivos.

Para la OMS⁴⁰, “un sistema de salud es la suma de todas las instituciones y recursos cuyo propósito primordial es mejorar la salud. Los sistemas de salud, tienen una organización definida (elementos, procesos, resultados), así mismo, sus funciones, metas y resultados deseados”. De esta manera, se presentan las funciones, metas y resultados de los sistemas de salud.

Figura 4. Metas del sistema de salud en Colombia



Fuente: Hernández Christian 2016¹.

³⁹ MINSALUD. seguridad del paciente y la atención segura [en línea]. Ministerio de Salud [Bogotá Colombia]: 2018 [citado 20 abril, 2021] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

⁴⁰ RODRÍGUEZ, Ocampo et. al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Abril, 2013 vol. 12, no. 24, p.114-129.

Con base a ello, Vignolo⁴¹, afirma que; “dentro de los sistemas de salud se ha determinado que el sistema de atención en salud el cual se clasifica en niveles de atención, cada uno de estos se definen como una forma sistemática y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población, además, se distinguen tres niveles de atención como se mencionan a continuación”.

El primer nivel es el más próximo a la población, el cual consiente solucionar las necesidades de atención básicas y más habituales, que pueden ser resueltas por actividades en salud.

El segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se suministran servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

El tercer nivel de atención se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

Del mismo modo, existen niveles de complejidad en salud, definidos por Vignolo⁴², estos se entienden como el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos, estos se dividen en tres niveles de complejidad como:

El primer nivel de Complejidad se refiere a atención ambulatoria, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales.

En el segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría.

⁴¹ VIGNOLO, Julio, et al. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. En: Archivos de Medicina interna, feb, 2011. vol. 33, no 1, p. 7-11.

⁴² VIGNOLO, Julio, et al. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. En: Archivos de Medicina interna, feb, 2011. vol. 33, no 1, p. 7-11.

El tercer nivel de complejidad consiste en las prestaciones de atenciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades. Dentro de la cual se localizan las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Pero con todo esto, los niveles de prevención de los EA están conformados en la práctica por un símil del modelo preventivo del sistema de atención en salud; por lo cual puede asumirse que, en cuanto a la prevención de los EA, la secuencia sería:

- Prevención primaria de los EA. La prevención primaria de los eventos adversos precede a su aparición y tiene como finalidad reducir su incidencia, incrementando aquellos factores que mejoran la seguridad del paciente como el uso de barreras de seguridad blandas y duras.
- Prevención secundaria de los EA. Consisten en la detección y abordaje precoz de los eventos adversos, su finalidad es mitigar las consecuencias de los incidentes, casi incidentes y para el paciente y los servicios sanitarios de manera habitual en las instituciones este nivel preventivo de los EA se realiza mediante el estudio de cada caso utilizando para ello el Protocolo de Londres, que es una propuesta de análisis de incidentes o consecuencias basadas en el modelo organizacional de James Reason.
- Prevención terciaria de los EA. En este nivel el evento adverso ha ocurrido, y sus consecuencias clínicas son patentes; es decir el daño al paciente o a su salud es evidente y demostrable.

La prevención secundaria y terciaria se aplica en todo el sistema de atención, pero más específicamente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), las cuales son definidas como un área funcional tipo unidad especial en la cual se admiten pacientes en especiales condiciones de salud, pero con potencial de sobrevivencia.

En este sentido, y en concordancia con todo lo expresado antes, la prevención de los EA en las UCI tiene una triple finalidad: disminuir el riesgo de que aparezcan,

abordarlos precozmente para disminuir su evolución y mitigar las consecuencias, y por último evitar su reaparición y reducir su impacto.

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)⁴³. “el peligro del estado de salud de los pacientes allí atendidos, la diversidad y el número de medicamentos aplicados, las técnicas que se somete a los pacientes, la práctica de distintos procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, las barreras de comunicación existentes y la cantidad y complejidad de la información recibida, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de mayor riesgo para que se produzcan EA”.

Prevención de los EA en las UCI, posibles EA en las UCI adultos.

En Colombia se ha adoptado el protocolo de Londres como guía oficial de actuación en las diversas entidades de salud para la prevención, clasificación y gestión de los EA⁴⁴.

Figura 5. Modelo organizacional de casualidad de sucesos adversos



Fuente: Angulo⁴⁵.

⁴³ GARCÍA, R. Construyendo seguridad en cuidados intensivos. En: Enfermería Intensiva. Enero, 2016. Vol. 22, N°. 1, p. 1-2.

⁴⁴ ANGULO, Yudi. Política de seguridad del paciente en el E.S.E norte 2, caloto, cauca según Protocolo de Londres. Trabajo de grado para optar al título de especialista en auditoría en salud. Pereira: fundación universitaria del área andina centro de posgrados. Departamento de salud pública, 2019. 18 p. [En línea]: <https://core.ac.uk/download/pdf/326424158.pdf>

⁴⁵ ANGULO, Yudi. Política de seguridad del paciente en el E.S.E norte 2, caloto, cauca según Protocolo de Londres. Trabajo de grado para optar al título de especialista en auditoría en salud.

De igual manera, el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), desarrollada por los autores de la escala, resultó en una solución factorial ligeramente diferente del previsto, evidente sobre todo en la subescala de percepción riesgo y ocurrencia de EA.

Figura 6. AMFE metodología en 7 pasos



Fuente: Automotive Industry Action Group, 2019⁴⁶.

Por último, al conocer la problemática de eventos adversos en el contexto de salud y sobre todo en las unidades de cuidados intensivos de adultos es de mucha importancia, ya que para aumentar la sensibilización y reflexión sobre el problema, así mismo para determinar prioridades de intervención basado en evidencias; al identificar, analizar y evaluar “la ocurrencia de estos eventos adversos en el tratamiento de pacientes adultos en UCI, se empieza a crear planes de gestión del riesgo y mejora continua de los procesos, de esta manera logrando el bienestar y la seguridad del paciente”⁴⁷.

Pereira: fundación universitaria del área andina centro de posgrados. Departamento de salud pública, 2019. 18 p. [En línea]: <https://core.ac.uk/download/pdf/326424158.pdf>

⁴⁶ Automotive Industry Action Group, El manual del AMFE se renueva. En: ACMP. noviembre, 2020. vol.1 N°.18, p. 4. [En línea]: <https://acmplean.com/actualidad/el-manual-del-amfe-se-renueva/>

⁴⁷ ACHURY, Diana. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. En: Enfermería Global. Abril, 2016. vol.15 N°.42, p.19.

2.2 FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN PACIENTES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO.

2.2.1 Factores presentes en la incidencia de eventos adversos.

Un factor “es un mecanismo que puede impactar en algo, de esta forma, influyen cuando las cosas son analizadas y concretas”⁴⁸.

Es importante que en las unidades de cuidados intensivos se gestionen los EA y los factores que pueden causar, ya sean intrínsecos, extrínsecos y del sistema institucional.

Los factores intrínsecos tienen que ver con la salud del paciente y los extrínsecos se relacionan con el cuidado que se está ofreciendo a través de los servicios intrahospitalarios, además, los factores del sistema se enfocan más que todo en el talento humano y equipos.

En este sentido, los factores en los EA son calculados estadísticamente por el coeficiente Phi; donde el rango se determina entre -1 y 1; los valores positivos quieren decir, que es el punto donde existe la unión de los factores y eventualidad, las pruebas se valoran con el nivel de significancia de $p < 0.05$ y se convino el error tipo alfa a un valor $p < 0.01$. En la tabla 5 se registra que la mayoría de factores relacionados se enfocan en los del sistema.

⁴⁸ HERRERA, Almeida y POZO, Marco. Eventos adversos evitables en los servicios de: emergencia, pediatría, centro quirúrgico, neonatología, centro obstétrico y unidad de cuidados intensivos del Hospital San Vicente de Paúl en el periodo 2013-2014. Tesis de grado previo a la obtención del título de la licenciatura en enfermería. Ecuador: Universidad Técnica del Norte facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería. Facultad de Enfermería, 2015. 147 p.

Tabla 5. Factores relacionados con los EA.

Evento Adverso Relacionado con	Factor relacionado	Coefficiente Phi p< 0,05
El cuidado	Factores ligados a la tarea	0,106
Vía aérea y ventilación mecánica	Factor intrínseco	0,145
Accesos vasculares, sondas, drenajes y tubos	Factor intrínseco	0,259
Infección asociada al cuidado	Factores ligados al sistema tarea	0,236

Evento Adverso Relacionado con	Factor relacionado	Coefficiente Phi p< 0,05
	Factor Intrínseco	
Medicamentos	Factor del sistema	0,178
Otros	Factor del sistema	0.294

Fuente: Rodríguez⁴⁹.

En las entidades de salud, existen varios tipos de factores que pueden ocurrir en la atención médica, principalmente en las unidades de cuidados intensivos, es por ello que se mencionan una serie de tipología que puede afectar o poner en riesgo la salud del paciente.

Factor causal: este factor muestra las causas o factores que se encuentran inmersos en los procesos de salud-enfermedad de los pacientes.

Factor contribuyente: se entiende como la “acción que influyen en la ocurrencia de un EA de manera que causa un incidente, a su vez la posibilidad de aumentar el riesgo”⁵⁰.

⁴⁹ RODRÍGUEZ, Sandra, et.al. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. En: Enfermería global. abr. 2016. vol.15 N°.42. p. 60.

⁵⁰ Hospital San Rafael de Tunja. Diccionario de Seguridad del Paciente. [En línea]. [Boyacá Colombia]: Hospital San Rafael de Tunja, nov 2017 [citado 20 abril., 2021]. Disponible en internet:

Factores atenuantes: estos factores en un momento dado, “previenen la posibilidad de sufrir un EA o en su efecto el daño en salud puesto que, detecta y atenúa logrando así la recuperación del paciente de forma moderada”.

Factores contributivos: son las situaciones que inducen una falla activa. “Los factores contributivos se gestionan en el Protocolo de Londres donde interviene: el paciente, incidente, profesionales de salud”. Minsalud

Factor de riesgo: según, la Organización Mundial de la Salud (OMS) “es la explosión de un paciente a la probabilidad de sufrir un daño o lesión por un riesgo no atendido”.

Factores humanos: estos “comprenden ciencias sociológicas y psicológicas, del conocimiento y conducta del individuo frente a la tecnología”⁵¹.

Por otra parte, “los factores de riesgo que inciden en la aparición de eventos adversos son considerados factores directos e indirectos. Los factores directos. Están relacionados con el profesional de la salud y los factores indirectos (activos o latentes) relacionados con el entorno, la estructura, el mantenimiento, los sistemas”⁵².

https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/attachments/article/1021/DICCIONARIO%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf

⁵¹ PEÑALOZA, Mario. Factores humanos y error médico. En: Anestesióloga. Junio, 2017. Vol. 40. N°. 2, p.25.

⁵² Ministerio De Protección Social. Seguridad del paciente [En línea]. Fundación FITEC. [Bogotá Colombia]: diciembre de 2015 [citado 20 abril, 2021]: Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

2.2.2 Concepto de incidencia

Se definen en los libros de texto de epidemiología, que “la incidencia es una cuantificación de la magnitud de la dinámica de un evento particular en una población determinada”⁵³.

La incidencia de una enfermedad se refiere según Pineda⁵⁴, al número de casos de la enfermedad en una población susceptible dentro de un cierto período de tiempo. Estos se denominan casos nuevos o emergencias. En comparación con la prevalencia, la morbilidad se determina identificando la enfermedad o población libre de eventos (generalmente la población no deseada) y monitoreando en el tiempo con pruebas específicas para cuantificar los individuos que han adquirido la enfermedad. Este método es un método correspondiente al estudio de cohorte, que no solo puede determinar el número final de nuevos casos durante el período de seguimiento, sino también establecer una relación causal entre determinadas variables o características de la población y la aparición de una determinada población enferma.

En consecuencia, los autores de la presente monografía, extrapolan la definición de incidencia al estudio de los eventos adversos; desde estas definiciones la incidencia de evento adverso en salud sería concebida como el número de casos nuevos o casos incidentes de eventos adversos al interior de un organismo de salud; la incidencia de eventos adversos en salud se calcula teniendo en cuenta la cantidad

⁵³ TAPIA, José A. Incidencia: concepto, terminología y análisis dimensional. En: Programa de Publicaciones. Ago., 2014. Vol.1 N°.1. p.3.

⁵⁴ PINEDA, Luis Fernando, et.al. Interpretación y utilidad de las principales medidas en epidemiología clínica. Revista Epidemiológico. Vol. 2 N°.3. p.9.

de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, por ejemplo un año.

Actualmente, se han realizado algunos estudios en todo el mundo para evaluar la incidencia de eventos adversos, siendo los más relevantes los estudios sobre Nueva York, Utah y Colorado, Australia, Nueva Zelanda, Londres y Dinamarca, y su uso del español. En España se ha realizado un estudio sobre la incidencia de "Reacciones adversas nacionales relacionadas con la hospitalización" (ENEAS) y "Estudio de seguridad del paciente de atención primaria de salud" (APEAS)⁵⁵.

En cuanto a los servicios de atención en UCI, de acuerdo con la investigación de Gaitán y Col⁵⁶, sobre la incidencia y evitabilidad de eventos adversos, un estudio realizado en Colombia encontró que los eventos adversos de cada paciente en la región por día La tasa de incidentes fue de 1,7. Entre los pacientes hospitalizados, los sitios más frecuentes de EA fueron quirófano 31%, hospitalización 28,8%, servicio de obstetricia 17,7%, urgencias 9,4%, UCI 6,7% y recuperación postoperatoria 6,3%.

De esta forma, con el fin de comprender y evaluar el estado de seguridad del paciente de algunos hospitales de América Latina y las incidencias que han ocasionado daños a la atención médica, surgió la Investigación de Seguridad del Paciente (IBEAS) de los Hospitales de América Latina. Es muy grande en nuestro continente. Este es el resultado de la cooperación entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud y Política Social de España y el Ministerio de Salud, así como instituciones de

⁵⁵ ARCE, Diana. Programa de seguridad del paciente reporte y gestión de eventos adversos terapia respiratoria. Especialización en Administración de la Salud. Guadalajara. Universidad Católica de Manizales, 2017.23 p.

⁵⁶ GAITÁN, H. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2016. En: Revista de Salud Pública vol. 10, no. 66, p. 215-226.

Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. en 58 hospitales de 2015 a 2017 en. En Colombia, “el estudio IBEAS se considera la primera vía para mejorar los EA en salud, pero esto no es exclusivo de nuestro país, por lo que el tema es muy relevante para nuestra revisión”⁵⁷.

Ahora bien, el estudio realizado por Cantillo⁵⁸, describe los eventos adversos que más son reportados en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) son aquellos que ocurren cuando hay una mayor intervención en el paciente. Adicionalmente se condiciona la aparición de eventos adversos cuando personal de salud tiene déficit de conocimientos y falta de preparación.

Evidentemente, es común encontrar eventos que conlleven a posibles complicaciones para los pacientes o empeoren su salud. "Evento" se define como “situación que no causa daño en la atención clínica de un paciente, pero incorpora el fracaso en el proceso de enfermería cuando ocurre. Por lo tanto, se deben considerar una variedad de factores que pueden causar la ocurrencia de este evento”.⁵⁹

Con respecto a la situación anterior, se encuentra que existen pocas estadísticas de eventos adversos a nivel nacional. Por lo tanto, se desconoce la gravedad del

⁵⁷ Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [En línea]: Informes, estudios e investigación [Madrid, España]. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>

⁵⁸ CANTILLO, E. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). En: Salud Uninorte. vol. 30, no 3, p. 381-391.

⁵⁹ VILLARREAL, Elizabeth. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. En: Revista salud Uninorte. Sep., 2015. vol.30 N°.3, p.20.

problema debido al subregistro que ocurre en las instalaciones hospitalarias. La incidencia reportada en la UCI es de 1,7% EA por paciente por día.

De acuerdo con Villareal⁶⁰, la aplicación de conceptos de ingeniería de factores humanos para estudiar “las debilidades de UCIA específicas puede ayudar a reducir el número de errores. Los errores no deben ser considerados como una enfermedad incurable, sino, más bien, como fenómenos prevenibles.

En este orden de ideas, el análisis de los EA mostró que solo en el área de cuidados intensivos existen factores para la ocurrencia de EA en las siete unidades de salud en Colombia. Se analiza que la incidencia se relaciona en los adultos y los EA están directamente relacionados con la enfermería, la mayoría de ellos pueden evitarse. Del mismo modo, si los factores del sistema se resuelven a tiempo, es posible reducir la gravedad y la frecuencia de los EA. Además, no se encontró relación entre los eventos adversos y la proporción enfermera / paciente. Por tanto, “estudiar los resultados de la enfermería y formar profesionales relevantes en esta situación es sin duda la clave para mejorar la cultura de seguridad y hacer más segura la unidad de cuidados intensivos”⁶¹.

Lo mismo ocurre, en el estudio de Guse y cols⁶², en el cual la edad superior a 45 años fue determinada como un factor asociado a la presencia de EA, coincidiendo en los hallazgos con el estudio realizado en España, en donde se observó que la edad superior a los 65 años asociada a la presencia de EA, encontraron que la edad

⁶⁰ VILLARREAL, Elizabeth. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. En: Revista salud Uninorte. Sep., 2015. vol.30 N°.3, p.20.

⁶¹ ZÁRATE, R. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. En: Enfermería Universitaria. Jun, 2015. vol.12 N°.2, p.17.

⁶² PALACIOS, AU y BAREÑO, Silva. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. En: CES Med. Ene, 2015 Volumen 26 N°.1. p. 19-28.

se asoció de forma débil como factor de riesgo para sufrir un EA”. En la figura 7, se ilustra la secuencia de pasos a seguir para investigar y analizar un incidente clínico, es decir, tanto un error como un evento adverso.

Figura 7. Secuencia de Investigación de incidentes



Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto, en un estudio realizado por Aizaga⁶³, el análisis de los EA esta estandarizado por procesos, fue diseñado para utilizarse como acciones en incidentes de tipo menores, como, por ejemplo: los EA graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos. La decisión acerca de

⁶³ AIZAGA, Ximena. Eventos adversos resultantes de la atención en un Hospital Público de Córdoba. En: Enfermería Universitaria. Jun, 2017. vol.1 N°.6, p.45.

lo extenso y profundo de la investigación, depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.

Del mismo modo, el Ministerio de Salud y Protección Social⁶⁴, define la metodología de evaluación de la seguridad del paciente que es adaptada a las características asistenciales de los hospitales de Latinoamérica, la cual contribuirá al conocimiento de la frecuencia, naturaleza y factores predisponentes y contribuyentes de los EA, a planificar estrategias de monitorización, vigilancia, y orientar las políticas, por último, actividades dirigidas a su prevención.

Por otra parte, para disminuir la repetición de los problemas de seguridad es necesario analizar sus causas y diseñar métodos para prevenir o detectar los EA antes de que produzcan un daño a los pacientes. De ahí que, aprender de los propios errores se ha transformado en uno de los objetivos de las estrategias para la seguridad de los pacientes. “Una forma de lograr esto es tener, un sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos que permita su identificación para crear estrategias para su contracción”⁶⁵.

Sin embargo, “conocer con detalle la cadena de sucesos que culmina con un incidente para la seguridad del paciente, representa una oportunidad para prevenir posibles ocurrencias de situaciones similares en otros pacientes y, por tanto, debiera contribuir a reducir los EA”.

⁶⁴ MINISTERIO de la PROTECCIÓN SOCIAL, Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. [en línea]. Dirección General de Calidad de Servicios. [Bogotá, Colombia]: Ministerio de la Protección Social, feb, 2018 [citado 21abril,2021]. Disponible en Internet: <https://www.visitaodontologica.com/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/D%20ESTUDIO%20IBEAS%20Y%20LA%20PSP.pdf>

⁶⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington, D.C: OPS., 2015. ISBN 978-92-75-31734-1. [En línea]: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/HSS-HS-SistemasIncidentes-2015.pdf>

Así mismo, las barreras de seguridad son las medidas que reducen las probabilidades de presentarse un EA. “Las barreras son importantes ya que, analizan los factores que influyen en la incidencia de efectos negativos y previenen accidentes, de manera se busca mejorar la seguridad del paciente y mitigar medidas inseguras como son: las tecnológicas y no tecnológicas”⁶⁶.

Por ende, “las barreras tecnológicas son intervenciones conducentes al uso de equipos biomédicos y estructuras físicas que ayuden a minimizar la aparición de los (EA) en cada una de las etapas del proceso de administración de medicamentos; el conocimiento y selección de estas barreras le permitirá al enfermero especialista suministrar un cuidado con altos estándares de calidad”⁶⁷.

Es por esto que, según Villareal⁶⁸, la seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. Por su parte, la importancia de reflexionar sobre la dimensión que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y florecer acciones que garanticen una práctica segura. Por tanto, “el programa de seguridad del paciente se diseña con el fin de promover medidas seguras en las entidades de salud, además, brinda a las

⁶⁶ CASTRO, Emilio y JIMÉNEZ, Martín. En torno al concepto de estrategia. Tendencias actuales en administración de empresas. En: Scielo 1ª Ed. Francisca de Asis, 2015. p. 65-79.

⁶⁷ CASTRO Adriana y SÁNCHEZ Viviana. Barreras de seguridad para prevenir los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en la unidad de cuidado intensivo. Trabajo de grado Enfermería. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería, 2015. 67.p. [En línea]: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15544/CastroGonzalezAdrianaJazmin2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶⁸ VILLARREAL, Elizabeth. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. En: Revista salud Uninorte. Sep., 2015. vol.30 N°.3, p.20.

pacientes prácticas de autocuidado que mejoren su actuación entorno a la calidad en salud”.⁶⁹

De acuerdo con el Fondo de Bienestar Social⁷⁰, para llevar a cabo una buena política de seguridad del paciente se debe tener en cuenta la práctica del sistema de reporte de eventos adversos, con el fin de optimizar algunos aspectos, como la cultura del auto reporte, definición de los tipos de errores, establecimiento de conductos regulares, garantizar el análisis y la gestión de todas las fallas que se cometan en la atención de los pacientes. Adicionalmente, crear bases de datos, que permitan tener indicadores relacionados con los errores y eventos adversos.

Así también, para que una entidad de salud fortalezca su política y mitigue los incidentes y factores que se presentan en una UCIA, se debe contar herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Por último, un estudio realizado por el Fondo de bienestar social⁷¹, donde se identifica los EA más habituales en salud, y efectúan un registro continuo, para llevarlo al análisis causa-efecto, es fundamental porque se comienza a trabajar en planes de acción que reduzcan su aparición de EA y que, al mismo tiempo se debe

⁶⁹ Fondo de Bienestar Social. Protocolo de Seguridad del Paciente. [En línea]. SICME. [Bogotá, Colombia]: Fondo de Bienestar Social. Sep. 2017 [citado 21 abr.,2021]. Disponible en Internet: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MN-M-350-01%20Protocolo%20de%20seguridad%20del%20paciente%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MN-M-350-01%20Protocolo%20de%20seguridad%20del%20paciente%20(2).pdf)

⁷⁰ Fondo de Bienestar Social. Protocolo de Seguridad del Paciente. [En línea]. SICME. [Bogotá, Colombia]: Fondo de Bienestar Social. Sep. 2017 [citado 21 abr.,2021]. Disponible en Internet: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MN-M-350-01%20Protocolo%20de%20seguridad%20del%20paciente%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MN-M-350-01%20Protocolo%20de%20seguridad%20del%20paciente%20(2).pdf)

⁷¹ Fondo de Bienestar Social. Protocolo de Seguridad del Paciente. [En línea]. SICME. [Bogotá, Colombia]: Fondo de Bienestar Social. Sep. 2017 [citado 21 abr.,2021]. Disponible en Internet: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MN-M-350-01%20Protocolo%20de%20seguridad%20del%20paciente%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MN-M-350-01%20Protocolo%20de%20seguridad%20del%20paciente%20(2).pdf)

diseñar estrategias que minimicen los efectos y consecuencias de los errores. Teniendo un control del sistema de reporte de eventos adversos.

2.3 EXPERIENCIAS ACERCA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y BARRERAS DE SEGURIDAD UTILIZADAS PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE OCASIONAR EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO.

2.3.1 Experiencias acerca las medidas preventivas en la reducción de los EA.

La E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería- Córdoba, promueve una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas”⁷².

Las experiencias de esta E.S.E se reflejan en las medidas preventivas que son implementadas para la disminución de EA en la UCI, las cuales se describen a continuación:

- La capacitación sobre eventos adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el fin de favorecer la “cultura del reporte”.

⁷² MINSALUD. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [en línea]. [Bogotá, Colombia]: Minsalud [citado 1 may.,2021]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

- Educación continuada en los paquetes instruccionales en seguridad del paciente.
- Hacer que el personal sea consciente en ofrecer al paciente un ambiente seguro.
- Estimulando y favoreciendo la respuesta oportuna.
- Informando al paciente sobre sus derechos y deberes e involucrándolo en las soluciones, dentro de un ambiente de confidencialidad y confianza.
- Analizando uno a uno cada evento, asociándolos por causas y montando estrategias de mejoramiento auto gestionadas por los servicios.
- Elaborando planes de mejoramiento en cuanto: control de condiciones peligrosas en el ambiente físico, mitigación de eventos adversos, guías de manejo.
- “Educación al paciente y su familia a través de folletos y cartillas en la cultura del auto cuidado”⁷³.

Por su parte, han existido varias investigaciones nacionales que evalúan la frecuencia con que ocurren los EA, se han descrito diferentes modalidades epidemiológicas, las cuales se aplican dos fases importantes como: técnicas de tamizaje por el personal de la salud, en la segunda fase, se analiza por parte de los médicos si ese tamizaje anterior no causa ningún EA para entonces detectarlo y reportarlo.

En los estudios de incidencia se evaluaron los casos ocurridos durante el período de observación, la frecuencia varía entre el 9%. Por otra parte, los estudios de prevalencia, evaluaron casos ocurridos durante y antes del período de observación, que según Aranaz JM solamente se han encontrado tres estudios relevantes: el de

⁷³ E.S.E Hospital San Jerónimo. Política de seguridad del paciente E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería. [en línea]. [Montería, Colombia]: E.S.E Hospital San Jerónimo. [citado 1 may.,2021]. Disponible en Internet: <http://www.esesanjeronimo.gov.co/wp-content/uploads/2020/10/ITA/6.1/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-2020.pdf>

Quennon y colaboradores, el de Mostaza en España y el de Herrera-Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%.

Además, según Aranaz⁷⁴. “los países latinoamericanos han seleccionado la metodología de evaluación de prevalencia, ya que es “la que se ha encontrado como más factible en las condiciones específicas de las instituciones de salud. No obstante, en el caso de la prevalencia aún hay un camino por recorrer para encontrar los valores de referencia adecuados a las condiciones propias de la prevención, proceso que se está avanzando a través de los desarrollos del proyecto iberoamericano IBEAS”.

Por lo tanto, la concienciación y capacitación del personal son aspectos importantes de la prevención de la EA. Algunos autores sugieren que se deben considerar cuatro factores para lograr esta funcionalidad. Reconocer el potencial de cometer errores, implementar sistemas para identificar todos los trastornos y sus causas, diseñar sistemas de atención que puedan reducir la probabilidad de error, identificar los problemas emocionales que afectan a los pacientes. Los profesionales sanitarios suelen tener un gran compromiso de cuidar de no dañar al paciente cuando se dan cuenta de que puede cometer un error.

La notificación de los errores es una tarea muy elemental, y debe realizarse en un clima en el que no se busque generar error, permita equilibrar, analizar y crear barreras protectoras, facilitando de este modo, la elaboración de guías y protocolos. La notificación de los eventos permite incluso la creación de indicadores de calidad en la atención, la educación continua y formación del personal.

Así mismo, “un buen clima organizacional fundamentado en la comunicación, y optimización de los sistemas le facilita al profesional de la salud realizar reportes de eventos adversos”.

⁷⁴ ARANAZ. A. et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. En: Revista de Calidad Asistencial, 2011, vol. 26, no 3, p. 194-200.

2.3.2 Experiencias acerca de las barreras de seguridad para la reducción de EA.

Según, Castro⁷⁵. Una barrera de seguridad es un conjunto de intervenciones inmediatas, específicas y específicas que pueden reducir la probabilidad de eventos adversos (EA). Se originan a partir del análisis de factores relacionados con la ocurrencia de eventos adversos, con el objetivo de prevenir accidentes, asegurar la limpieza y reducir las consecuencias de conductas inseguras; estos se dividen en categorías técnicas y no técnicas. Las barreras técnicas son intervenciones diseñadas para utilizar equipos biomédicos y estructuras físicas para ayudar a minimizar la aparición de (EA) en cada etapa del proceso de gestión de medicamentos. El conocimiento y la elección de estas barreras permitirá que las enfermeras especializadas brinden una atención de alta calidad, minimizando así los riesgos y estableciendo un proceso de transformación que mejore la seguridad clínica.

Autores como Salazar L et al., (2011) realizaron un estudio cuyo objetivo fue: detectar, cuantificar y comparar “los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos producidos con un sistema de prescripción manual comparado con un sistema de prescripción electrónica asistida, por esta razón plantearon dos fases, en la primera utilizaron la prescripción manual, donde la enfermera y el farmacéuta tenían que interpretar dicha información, en la segunda fase se implementó la prescripción electrónica encontrando una reducción de un

⁷⁵ CASTRO, Adriana y SÁNCHEZ, Viviana. Barreras de seguridad para prevenir los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en la unidad de cuidado intensivo. Trabajo de grado Enfermería. Bogotá DC.: Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería, 2015. 120. p. [En línea]: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15544/CastroGonzalezAdrianaJazmin2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

27.6% de errores por formulas ilegibles, confusas u omitidas y un 55% en las dosis ilegibles, confusas u omitidas”⁷⁶.

Enfatizaron que la PEA puede brindar información casi instantánea sobre los medicamentos (alergias, dosis regulares, alertas de dosis máxima, interacciones, duración del tratamiento, ajustes de dosis en situaciones clínicas especiales), lo cual es importante para ayudar a los médicos y profesionales de enfermería a identificar oportunamente los riesgos que enfrentan los pacientes. pueden afrontar y prevenir errores; estos datos también son consistentes con los resultados encontrados en su estudio por Armada Eduardo R et al. (2014), quienes aplicaron las mismas barreras en el estudio y encontraron que los errores de prescripción se redujeron en un 98%. En cuanto al impacto de la implementación de la PEA en el flujo de trabajo, “los profesionales de enfermería calificaron la herramienta como buena o muy buena, no solo pueden utilizar el programa de prescripción electrónica, sino también evaluar el desempeño general, pues les permite ver de inmediato la fórmula y duplicar la confirmación de la información evitando la interpretación errada; además veían una disminución de tiempo dedicado a la revisión de la formulación”.⁷⁷

Sin embargo, el 74% de los médicos lo establece como una rutina porque aumenta la carga de trabajo, porque en la UCI, debido a la complejidad del tratamiento, es necesario cambiar la preparación muchas veces al día.

⁷⁶ CASTRO, Adriana y SÁNCHEZ, Viviana. Barreras de seguridad para prevenir los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en la unidad de cuidado intensivo. Trabajo de grado Enfermería. Bogotá DC.: Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería, 2015. 120. p. [En línea]: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15544/CastroGonzalezAdrianaJazmin2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷⁷ CASTRO, Adriana y SÁNCHEZ, Viviana. Barreras de seguridad para prevenir los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en la unidad de cuidado intensivo. Trabajo de grado Enfermería. Bogotá DC.: Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería, 2015. 120. p. [En línea]: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15544/CastroGonzalezAdrianaJazmin2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Estos autores coinciden en que la herramienta PEA “es una barrera de gran efectividad” Puesto que disminuyó en gran porcentaje la presencia de EA relacionados con el proceso de prescripción, además evita que se presenten errores por parte de la enfermera como de los farmaceutas, durante el proceso de interpretación de la autorización médica”.

De este modo, las estrategias de seguridad del paciente para prevenir eventos adversos incluyen la identificación y análisis de eventos adversos y accidentes, para conocer las causas y barreras de seguridad de su intervención en las acciones realizadas. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

El diseño de “barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomiendan la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera”. Ministerio de la Protección Social

2.3.3 Gestión del riesgo para disminuir la ocurrencia de un evento adverso.

La gestión de riesgos en la asistencia sanitaria debe entenderse como la realización de actividades de gestión clínica y administrativa para identificar, evaluar y reducir el riesgo de daño a pacientes, profesionales, visitantes del centro y organizaciones.

Un estudio descriptivo, realizado a los pacientes ingresados al Hospital Universidad del Norte en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Cirugía, UCI Adultos⁷⁸, demuestran los riesgos presentados de forma estadística como lo muestran las siguientes tablas.

Tabla 6 Distribución porcentual de pacientes con Seguimiento a Riesgo de EA según servicio. HUN. Barranquilla.

Servicio	Incidente	Complicación	Evento centinela	Reacción adversa
Hospitalización	76	17	2	12
Urgencias	31	1	1	7
Cirugía	15	2	1	8
UCI Adultos	49	6	2	9
UCI Neonatal	12	1	1	1
Gineco-Obstetricia	5	3	1	1
Consulta Externa	2	1	1	1
Radiología	9	1	1	2
Laboratorio	37	1	1	1
Total	236	33	11	42

Fuente: Base de datos del Hospital Universidad del Norte.

⁷⁸ LOZANO, Wendy, et.al. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). En: Salud Uninorte. Ene 2014, vol. 30, N°. 3, p. 381-39.

En la tabla 6, se observa que el servicio UCIA es el segundo dato que presenta el mayor número de riesgos de ocurrencia de un EA: en 49 casos. No obstante, es importante considerar que el servicio aquí es donde juega un papel importante la gestión del riesgo.

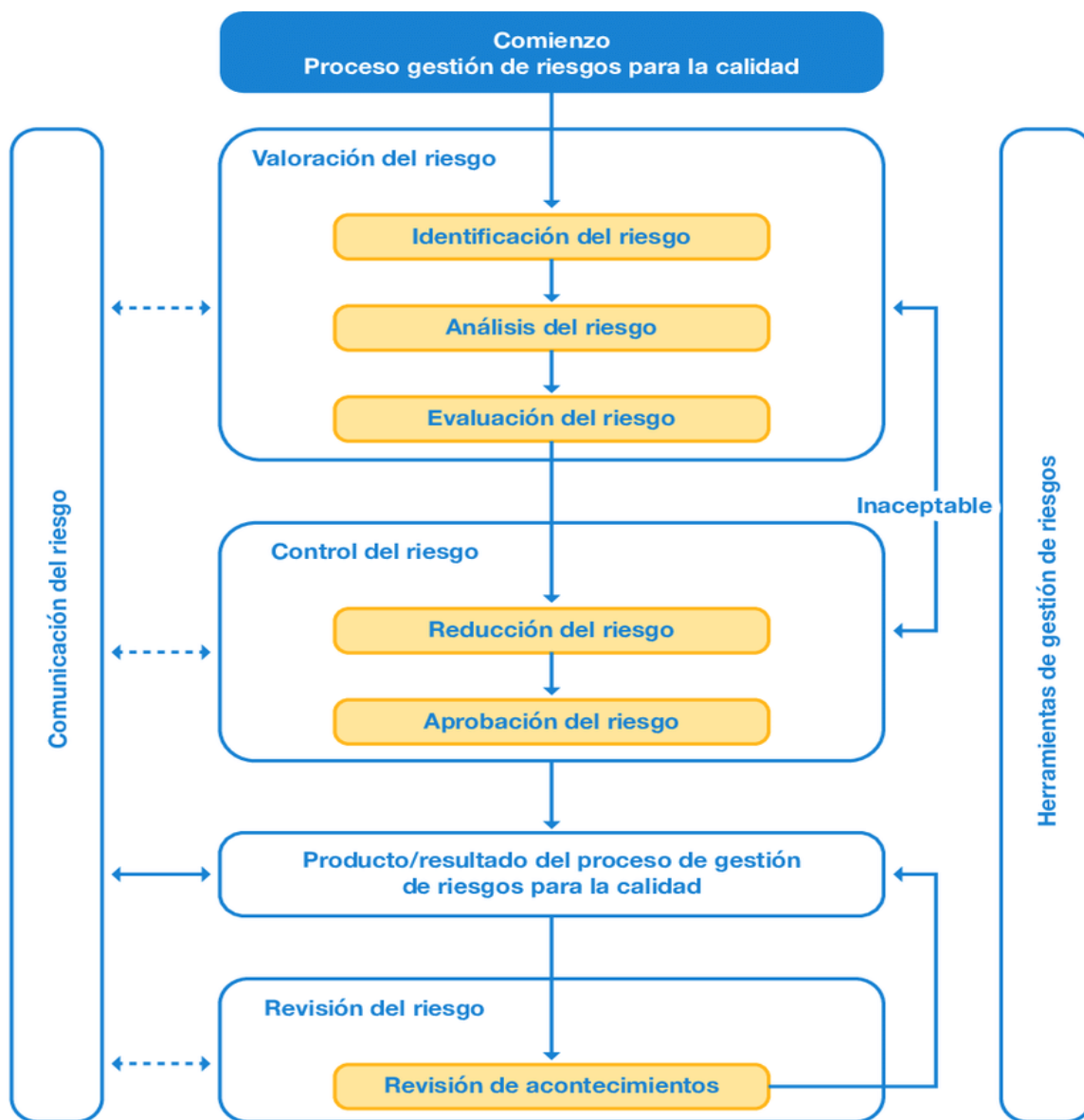
Tabla 7. Distribución porcentual de pacientes en UCI según tipo de riesgo. HUN. Barranquilla.

Tipo de riesgo	Frecuencia	Porcentaje %
Incidente	49	37
Complicación	6	5
Evento centinela	2	2
Reacción adversa	9	7
Evento Adverso prevenible	49	37
Evento Adverso no prevenible	15	12
Total	130	100

Fuente: Base de datos del Hospital Universidad del Norte

De acuerdo con la tabla 7, se observa que los incidentes son los que causan el mayor riesgo en este estudio realizada en el HUN barranquilla, por ello el hospital con la experiencia de gestionar el riesgo utiliza la siguiente herramienta de evaluación.

Figura 8. Modelo de gestión del riesgo aplicado en el Hospital Universidad del Norte



Fuente: Alvear⁷⁹.

⁷⁹ ALVEAR, Fernando. Modelo de gestión del riesgo En: Universidad Internacional. Sep, 2016. Vol. 1, N° 3. p.12.

De esta forma, el estudio de Moreno-Millán "Efectos adversos, interacciones, gestión de riesgos y estrategias de enfermería en cuidados intensivos" toma en cuenta las causas raíz del error humano en la unidad de cuidados intensivos, confirmando un promedio de 178 intervenciones profesionales por caso. errores relacionados en la medida día y el paciente; pero si bien la formación del personal de enfermería tiene más acciones (84%) que los médicos (4,7%), estas dos disciplinas funcionan de manera similar (55 y 45%, respectivamente). En comparación con la detección de Moreno-Wenlan, el número de fallas en los turnos de mañana y tarde se incrementó (68,4-72,7%) en la noche (27,3-31,6%).

Asimismo, Moreno-Millán⁸⁰. señaló que el aumento del riesgo de EA está relacionado con el propio proceso asistencial, que se debe al uso de tecnología compleja combinada con una interacción profesional no siempre coordinada. Muchos de estos errores se deben a problemas de comunicación entre médicos y enfermeras. Por tanto, dada la relevancia de estos eventos, se debe mantener una buena transmisión de información entre estos profesionales que intervienen en la atención al paciente. Moreno-Millán informa que en el 37% de estos errores ocupa el primer lugar la comunicación verbal, caracterizada por ser severa o muy grave, representando el 29%, y en el 3% de los casos todos tienen consecuencias fatales, mientras que en el 9,9% las Circunstancias necesitan para cambiar el tratamiento.

⁸⁰ MORENO, E. Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. Julio 2011. En: Medicina Intensiva. vol. 35, no 1, p. 3-5.

3. CONSIDERACIONES FINALES

En Colombia, los eventos adversos se han considerado un problema para la salud de los pacientes atendidos en las Unidades de Cuidado Intensivos Adultos (UCIA), uno de los factores influyentes es la seguridad del paciente en la atención de salud, por lo tanto, es de interés para la auditoría de servicios, auditoría contingente y auditoría financiera.

Lo anterior debido a que la posibilidad de que ocurra un Evento Adverso (EA) aumenta el riesgo de que el paciente adulto sufra un daño o lesión con serias implicaciones para la institución y sus procesos de calidad, por ello, al igual que en todo el sistema de salud, se utilizan las barreras de seguridad como prevención y como mecanismo de seguridad para minimizar los impactos que puede causar estos EA en la salud de los pacientes UCI. Asimismo, se tiene presente que en muchas ocasiones las entidades en salud no aplican las medidas o lineamientos descritos por el Ministerio de Salud en Colombia, lo que es preocupante para los pacientes adultos ya que, están expuesto a conductas inseguras.

Por esta razón, el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, propone una política nacional de seguridad del paciente, esta reúne una serie de estrategias y practicas seguras que mejoran las condiciones de prevención en lo relacionado con los EA en las unidades de cuidado intensivo adultos, dicha política en sus aspectos ejecutivos es asignada a la auditoría de calidad en salud, lo cual es importante puesto que, todas las entidades que prestan los servicios de salud para pacientes UCIA deben contar con una buena política y gestión de la seguridad, diseñando planes estratégicos que mitiguen la aparición u ocurrencia de eventos adversos.

En este sentido, de la documentación compilada sobre los EA en UCIA, es interesante para el saber del auditor en salud, por cuanto se hace énfasis en los factores de riesgos que, en varios estudios presentes, lo atribuyen al cuidado del paciente por parte del personal médico. Donde la consecuencia de sufrir errores

cada vez aumenta, y las causas de algunos de los EA se dan por desconocimiento de lineamientos internos o de origen intencional por factores críticos, igualmente, las UCI deben contar con un sistema de gestión de riesgos que permita identificar el posible evento y reportarlo, para lograr un mejor cuidado en salud de forma eficiente. Además, se tiene en cuenta que la implementación de programas de seguimiento y vigilancia de los eventos adversos en Colombia tienen relevancia, porque ayudan a mitigar la ocurrencia de efectos negativos en pacientes adultos.

Cabe señalar, que algunos autores resaltaron la importancia de generar mecanismos de control y prevención de errores, lo que puede generar una buena cultura en la seguridad de los pacientes atendidos, ya que los servicios prestados son respaldados con procesos de calidad, además, si las UCI aplicaran estas medidas preventivas fundamentadas en el cuidado de pacientes adultos se lograría minimizar eventos adversos. De esta forma, se gestionan los riesgos a través de estrategias que previenen futuros sucesos que puedan aparecer en la atención de servicios en salud para pacientes con enfermedades críticas.

Hay que mencionar, que en las UCI los procesos en la atención de pacientes adultos, requieren de diversidad de medicamentos, procedimientos, diagnósticos, tratamiento de la enfermedad, comunicación médico-paciente y la cantidad de información compleja, reflejan que estas entidades de salud de nivel superior son áreas donde pueden ocurrir muchos EA. Por ende, se debe contar con protocolos como es el de Londres, la metodología AMFE y diagrama de causas-efectos que reducen el impacto de sufrir EA en las UCIA.

De acuerdo, con un estudio realizado en Colombia sobre incidencia de los EA en las UCIA se tiene como resultado que el servicio de urgencias es quien presenta más EA en la atención de pacientes adultos, por lo que se considera pertinente la implementación de una herramienta fundamental en la seguridad del paciente denominado IBEAS, el cual es muy utilizado en los hospitales de América Latina,

es por esto que, en Colombia debe ser relevante este estudio ya que, es el primer paso para regular los EA en la prestación de servicios UCI de pacientes adultos.

En consecuencia, a nivel nacional son pocas las cifras en reportes de EA, en cambio en Colombia en la mayoría de los casos los EA no son reportados en las UCIA y ocurren porque el personal de salud no está capacitado y tiene poco conocimiento en cuanto a la política de seguridad y gestión de riesgo interno de la entidad en salud, estudiar a fondo las debilidades de las UCIA puede contribuir en disminuir las incidencias y EA, por otro lado, los EA están relacionados con el cuidado de enfermería, sin embargo, el enfermero no es quien elimina o erradica la causa de un evento, sino que lo disminuye utilizando medidas preventivas, lineamientos, políticas y protocolos, antes mencionados. Así también, la formación del personal de salud es una decisión acertada para mejorar la calidad y seguridad en las UCIA.

Por otro lado, el comportamiento de los eventos adversos en adultos varía dependiendo de la edad, por esta razón, se asocia como un riesgo dependiendo de las patologías y enfermedades que se están tratando, por ello, existe una mayor probabilidad de que ocurra un EA; para identificar estos comportamientos negativos se debe contar con herramientas, procesos y procedimientos que analicen el incidente o la falla, con el fin de obtener buenos resultados en salud frente a los EA que deteriora la salud de los adultos en Colombia.

4. CONCLUSIONES

Las estrategias en cuanto a los EA en las UCIA son importantes ya que, son acciones que previenen la aparición de eventos, logrando así una mejor seguridad del paciente, guiada por el SOGC en salud y la política de seguridad, estas estrategias sirven de apoyo para todos los sistemas de salud, fortaleciendo la calidad en salud y logrando la disminución de estos EA que afectan la salud de los pacientes tanto en la atención primaria como en la terciaria.

Las entidades de salud, en especial las UCIA se presentan una serie de factores como: la edad, del sistema, humanos, intrínsecos y los factores de la tarea, asimismo, las incidencias que influyen a la hora de analizar, identificar un evento adverso en pacientes atendidos, estos se relacionan con factores humanos y del sistema. Así mismo, lo importante de la incidencia de estos EA se pueden cuantificar y tomar decisiones para mejorar la seguridad del paciente en las UCIA.

Conocer la experiencia exitosa como es el caso del La E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería- Córdoba quien promueve una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, implementa como estrategia la cultura de la seguridad del paciente y las medidas preventivas que disminuyen la incidencia de un EA, además, el Hospital aplica un estudio denominado IBEAS por el cual, se evalúan la prevalencia de un EA. Así también, se tiene el caso exitoso del Hospital Universidad del Norte de Barranquilla, donde se aplica una estrategia que logra buenos resultados llamado modelo de gestión del riesgo, este modelo juega un papel fundamental en la identificación, análisis, control y evaluación del riesgo en las UCIA.

Por otra parte, se conocen los casos no éxitos en estudios realizados por diferentes autores, en donde las instituciones de salud que no implementan medidas preventivas en la seguridad del paciente y el riesgo en salud, pueden ser

generadoras de muchos EA ya que, no utilizan estrategias que minimicen los impactos producidos por errores que al final terminan desmejorando la salud del paciente o provocando la muerte del mismo.

Por último, las barreras y gestión de riesgos son fundamentales puesto que, desde estos estudios de casos se pueden tomar decisiones en pro de mejorar y reducir las posibilidades de que se presenten EA en las UCIA, así mismo, se toman acciones y medidas de prevención que sirven para mantener una cultura de seguridad y planes de gestión de riesgos más efectivos que conducen a la mejora en la atención y formación del personal de salud, Además, las experiencias negativas fueron causadas por factores que inciden en el error y no reporte de los EA en las unidades de cuidados intensivos adultos.

5. RECOMENDACIONES

El presente estudio es importante porque relaciona temas que para el sector salud generan valor en el paciente como eje central de la atención en salud, por esta razón se recomienda que todas las UCIA implementen una cultura del reporte de los EA, así mismo, que identifiquen, analicen y realicen seguimiento a los riesgos que influyen en la salud del paciente adulto en su recuperación.

Cabe señalar, que la utilización de programas y políticas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, como son, las prácticas de seguridad y salud del paciente, además, la puesta en marcha de herramientas importantes en salud y que previenen la ocurrencia de EA como los protocolos de Londres, la matriz de AMFE y el diagrama causa-efecto o conocido también como espina de pescado, que sirven como barreras que contrarrestan la probabilidad de que un paciente sufra un EA.

Igualmente, las unidades de cuidados intensivos deben trabajar en la formación del talento humano, en el fortalecimiento de sus conocimientos, en cuanto al manejo integral de los EA en adultos mayores, esto mejora la atención en salud y genera una disminución en errores que producen EA.

6. BIBLIOGRAFÍA

AIBAR, Carlos. Seguridad del paciente y prevención de Eventos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Junio, 2016. En: MSSSI. Vol. 3 N° 4, p. 7.

ARANAZ. A. et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. En: Revista de Calidad Asistencial, 2011, vol. 26, no 3, p. 194-200.

ANGULO, Yudi. Política de seguridad del paciente en la ese norte 2, caloto, cauca según Protocolo de Londres. Trabajo de grado para optar al título de especialista en auditoría en salud. Pereira: fundación universitaria del área andina centro de posgrados. Departamento de salud pública, 2019. 18 p. [En línea]: <https://core.ac.uk/download/pdf/326424158.pdf>

Automotive Industry Action Group, El manual del AMFE se renueva. En: ACMP. noviembre, 2020. vol.1 N°.18, p. 4. [En línea]: <https://acmplean.com/actualidad/el-manual-del-amfe-se-renueva/>

ACHURY, Diana. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. En: Enfermería Global. Abril, 2016. vol.15 N°.42, p.19.

ARCE, Diana. Programa de seguridad del paciente reporte y gestión de eventos adversos terapia respiratoria. Especialización en Administración de la Salud. Guadalajara. Universidad Católica de Manizales, 2017.23 p.

AIZAGA, Ximena. Eventos adversos resultantes de la atención en un Hospital Público de Córdoba. En: Enfermería Universitaria. Jun, 2017. vol.1 N°.6, p.45.

ALVARADO Herly y ACHURY Diana. Prevención de los eventos adversos en las unidades de cuidado intensivo. En: Salud Uninorte. Sep, 2016. vol. 32, N°. 1, p. 25

ALVEAR, Fernando. Modelo de gestión del riesgo En: Universidad Internacional. Sep, 2016. Vol. 1, N°.3. p.12.

BARTOLOMÉ, Ernesto. Impulso de la seguridad del paciente a partir del contrato programa de centro. En: Calidad asistencial. Noviembre, 2016. Vol.11, N°. 3, p.10.

CASTRO, Emilio y JIMÉNEZ, Martín. En torno al concepto de estrategia. Tendencias actuales en administración de empresas. En: Scielo 1ª Ed. Francisca de Asis, 2015. p. 65-79.

CASANOVAS, August. Estrategias avanzadas de compras y aprovisionamientos. En: Emprendimiento. Estrategias avanzadas de compras y aprovisionamiento. 2015. p,22. [En línea]: <http://445208.gazikov.net/descargar/445208/Estrategias%2Bavanzadas%2Bde%2Bcompras%2By%2Baprovisionamien.pdf>

CHÁVEZ, Guadalupe; DUBÓN, María y GONZÁLEZ Celia. Identificación De Riesgos Asociados a un Modelo Organizacional de Causalidad de Eventos Adversos En: Área investigación, octubre 2015. Vol. 3. N°. 33, p. 18.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Seguridad del paciente y la atención segura: Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". vol.2, (2015). Colombia, 2015. 18 p.20. [Consultado el 28 de enero de 2020] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

CUCOLO, Danielle y PERROCA, Márcia. En: Acta Paulista. enfermía. 2015, vol.28, N°.2, p. 40. [En línea]: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200120&lng=pt&tlng=pt

COROMINAS, Joan. Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. 3 ed. Madrid. Gredos, 2014. 628 p. ISBN 84- 249-1331-0. [En línea]: <https://desocuparlapieza.files.wordpress.com/2016/02/corominas-joan-breve-diccionario-etimolc3b3gico-de-la-lengua-castellana.pdf>

CASTRO Adriana y SÁNCHEZ Viviana. Barreras de seguridad para prevenir los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en la unidad de cuidado intensivo. Trabajo de grado Enfermería. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería, 2015. 67.p. [En línea]: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15544/CastroGonzalezAdrianaJazmin2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CANTILLO, E. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). En: Salud Uninorte. vol. 30, no 3, p. 381-391.

E.S.E Hospital San Jerónimo. Política de seguridad del paciente E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería. [en línea]. [Montería, Colombia]: E.S.E Hospital San Jerónimo. [citado 1 may,.2021]. Disponible en Internet: <http://www.esesanjeronimo.gov.co/wp-content/uploads/2020/10/ITA/6.1/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-2020.pdf>

Fondo de Bienestar Social. Protocolo de Seguridad del Paciente. [En línea]. SICME. [Bogotá, Colombia]: Fondo de Bienestar Social. Sep. 2017 [citado 21 abr,.2021].

Disponible en Internet: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MN-M-350-01%20Protocolo%20de%20seguridad%20del%20paciente%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MN-M-350-01%20Protocolo%20de%20seguridad%20del%20paciente%20(2).pdf)

GAITÁN, H. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. En: Aquichan. Diciembre, 2016. vol. 6 N°. 1, p.14.

GÓMEZ, Luis. Medicina Preventiva y Enfermedades Alérgicas. En: Salud Pública, noviembre 2016. Vol. 6, N°. 5, p.6.

GUTIÉRREZ, Gonzalo. Teoría general de sistemas. [Recurso electrónico]. Universidad Santo Tomás 1 ed. [Bogotá]: Vicerrectoría Universitaria Abierta y a Distancia. Noviembre 2015 [citado el 2 mar.,2021]. [En línea]: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/23242/Teor%C3%ADa%20general%20de%20sistemas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

GARCÍA, Christian. et al. Impact of litter contaminated with glyphosate-based herbicide on the performance of *Pontosclex corethrurus*, soil phosphatase activities and soil pH. *Applied Soil Ecology*, 2016, vol. 104, p. 31-41.

GARCÍA, R. Construyendo seguridad en cuidados intensivos. En: Enfermería Intensiva. Enero, 2016. Vol. 22, N°. 1, p. 1-2.

GAITÁN, H. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2016. En: Revista de Salud Pública vol. 10, no. 66, p. 215-226.

HERRERA, Almeida y POZO, Marco. Eventos adversos evitables en los servicios de: emergencia, pediatría, centro quirúrgico, neonatología, centro obstétrico y unidad de cuidados intensivos del Hospital San Vicente de Paúl en el periodo 2013-2014. Tesis de grado previo a la obtención del título de la licenciatura en enfermería.

Ecuador: Universidad Técnica del Norte facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería. Facultad de Enfermería, 2015. 147 p.

Hospital San Rafael de Tunja. Diccionario de Seguridad del Paciente. [En línea]. [Boyacá Colombia]: Hospital San Rafael de Tunja, nov 2017 [citado 20 abril., 2021]. Disponible en internet: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/attachments/article/1021/DICCIONARIO%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf

LLANES, Caridad. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. En: Revista cubana de Enfermería. Mayo, 2015. Vol. 27. N°1, p. 1-3.

LOZANO, Wendy, et.al. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). En: Salud Uninorte. Ene 2014, vol. 30, N°. 3, p. 381-39.

MINISTERIO de la PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [En línea]. Buenos y Creativos. Bogotá D.C, nov. de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

MINTZBERG, Henry y QUINN James. El proceso estratégico. Traducido por Georgina Greenham Del Castillo. 2 ed. México. 2015 100-230 p. ISBN 968-880-322-7.

MINSALUD. seguridad del paciente y la atención segura [en línea]. Ministerio de Salud [Bogotá Colombia]: 2018 [citado 20 abril.,2021] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Lineamientos para operar programas preventivos [en línea]: Dirección de Promoción y Prevención. [Bogotá, Colombia]: Ministerio de Salud, abril, 2015 [citado 7 abril, 2021]. Disponible en Internet:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-programas-preventivos.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia, MINSALUD. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente paquetes instruccionales guía técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” 2016.p. 15.

MORALES, Mirian y ULLOA Catherine. Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna. En: Camagüey. nov.-dic, 2019. vol.23 N°.6. p. 33.

MINISTERIO DE SALUD. Sistema de Vigilancia en Salud Pública [en línea]. Minsalud. [Bogotá, Colombia]: nov, 2017 [citado 8 abril, 2021] Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SIVIGILA.aspx>

MINISTERIO DE SALUD, Herramientas para hacer prevención y mitigación. [en línea]. Minsalud. [Bogotá, Colombia]: feb, 2016 [citado 8 abril, 2021] Disponible en internet:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/presentacion-prevencion-mitigacion.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [En línea]: Informes, estudios e

investigación [Madrid, España]. Disponible en internet:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>

MINSALUD. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [en línea]. [Bogotá, Colombia]: Minsalud [citado 1 may.,2021]. Disponible en Internet:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

MINISTERIO de la PROTECCIÓN SOCIAL, Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. [en línea]. Dirección General de Calidad de Servicios. [Bogotá, Colombia]: Ministerio de la Protección Social, feb, 2018 [citado 21abril.,2021]. Disponible en Internet:
<https://www.visitaodontologica.com/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/D%20ESTUDIO%20IBEAS%20Y%20LA%20PSP.pdf>

MORENO, E. Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. Julio 2011. En: Medicina Intensiva. vol. 35, no 1, p. 3-5.

NEVES, Teresa, et al. En: Revista Latino-Americana. Noviembre 2018, vol. 26, N° 2. p. 33.

Organización Mundial de la Salud. OMS Indicadores de farmacovigilancia Un manual práctico para la evaluación de los sistemas de farmacovigilancia [WHO

pharmacovigilance indicators: a practical manual for the assessment of pharmacovigilance systems]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; sep. 2019 [citado 5 jun.,2020] Disponible en Internet: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325851/9789243508252-spa.pdf?ua=1#:~:text=La%20farmacovigilancia%20es%20definida%20por,los%20f%C3%A1rmacos%E2%80%9D%20\(6\).](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325851/9789243508252-spa.pdf?ua=1#:~:text=La%20farmacovigilancia%20es%20definida%20por,los%20f%C3%A1rmacos%E2%80%9D%20(6).)

PÉREZ, Julián y GARDEY, Ana. [en línea] Definición: Bogotá D.C. 2016 [citado 19 abril 2021] Disponible en internet: <https://definicion.de/evento/>

PEÑALOZA, Mario. Factores humanos y error médico. En: Anestesióloga. Junio, 2017. Vol. 40. N°. 2, p.25.

PINEDA, Luis Fernando, et.al. Interpretación y utilidad de las principales medidas en epidemiología clínica. Revista Epidemiológico. Vol. 2 N°.3. p.9.

PEÑUELA, Oscar, et.al. Manual de Hemovigilancia. [en línea]. Instituto Nacional de Salud. [Bogotá, Colombia]: INC, May. 2016. [citado 5 jun.,2020]. Disponible en Internet: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionSangre/Publicaciones/Manual%20de%20Hemovigilancia.pdf>

Ministerio De Protección Social. Seguridad del paciente [En línea]. Fundación FITEC. [Bogotá Colombia]: diciembre de 2015 [citado 20 abril, 2021]: Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington, D.C: OPS., 2015. ISBN 978-92-75-

31734-1. [En línea]: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/HSS-HS-SistemasIncidentes-2015.pdf>

PALACIOS, AU y BAREÑO, Silva. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. En: CES Med. Ene, 2015 Volumen 26 N°.1. p. 19-28.

QUINTERO, Eva. En: Medicentro Electrónica, jun. 2017. vol.21 N°.2, p 15.

RAMÍREZ, M.E y GONZÁLEZ A. En: Enfermería Universitaria. Febrero, 2017. Vol. 14, N°. 2. p. 7.

ROIG, Fernando. La estrategia creativa. Relaciones entre concepto e idea. 1 ed. Buenos Aires: Infinito, 2015. 138 p. ISBN 978-987-9393-69-7.

RODRÍGUEZ, Ocampo et. al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Abril, 2013 vol. 12, no. 24, p.114-129.

RODRÍGUEZ, Sandra, et.al. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. En: Enfermería global. abr. 2016. vol.15 N°.42. p. 60.

TAPIA, José A. Incidencia: concepto, terminología y análisis dimensional. En: Programa de Publicaciones. Ago., 2014. Vol.1 N°.1. p.3.

VARGAS, Erwing. Estrategia del Aprendizaje Basado en Problemas en la prevención de eventos adversos derivados de la atención en salud. Trabajo de grado Educación y Humanidades. Bogotá D.C.: Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Educación y Humanidades. 2017. 36 p.

VILLARREAL, Elizabeth. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. En: Revista salud Uninorte. Sep., 2015. vol.30 N°.3, p.20.

VIGNOLO, Julio, et al. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. En: Archivos de Medicina interna, feb, 2011. vol. 33, no 1, p. 7-11.

ZÁRATE, R. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. En: Enfermería Universitaria. Jun, 2015. vol.12 N°.2, p.17.