

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON PROCESOS
QUIRÚRGICOS EN INSTITUCIONES DE SALUD DE
ALTA COMPLEJIDAD EN EL PERÍODO 2010 A 2020**

**ERIKA PATRICIA BUELVAS BANQUEZ
INÉS ELIZABETH TULCANEZ ECHEVERRÍA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
SANTIAGO DE CALI – VALLE DEL CAUCA
2020**

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON PROCESOS
QUIRÚRGICOS EN INSTITUCIONES DE SALUD DE
ALTA COMPLEJIDAD EN EL PERÍODO 2010 A 2020**

**ERIKA PATRICIA BUELVAS BANQUEZ
INÉS ELIZABETH TULCANEZ ECHEVERRÍA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial
para optar al título de Especialista en Auditoría en Salud**

**Asesora:
Mg. ANDREA ROA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
SANTIAGO DE CALI – VALLE DEL CAUCA
2020**

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	4
1. JUSTIFICACIÓN	6
2. OBJETIVOS	8
2.1. OBJETIVO GENERAL	8
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. PROBLEMA	9
3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
4. METODOLOGÍA	12
5. MARCO TEÓRICO	14
5.1. ANTECEDENTES	14
5.2. GENERALIDADES	19
6. MARCO CONCEPTUAL	24
6.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE	24
6.2. METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	24
6.3. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	25
6.4. EVENTOS ADVERSOS	25
7. MARCO LEGAL	28
8. RESULTADOS	29
8.1. INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EDAD Y GÉNERO	29
8.2. CLASIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	32
8.3. EVENTOS ADVERSOS SEGÚN ESPECIALIDAD	35
9. CONCLUSIONES	39
10. RECOMENDACIONES	40
REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS	41

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la seguridad del paciente ha sido considerada como uno de los elementos fundamentales en la atención a los pacientes, por tal motivo a través de elementos estructurales, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud y mitigar sus consecuencias (1), lo anterior es aplicable en las instituciones de salud, porque en él se realizan diferentes actividades como es el trabajo en equipo, pretendiendo con ello mejorar la calidad de atención para que los pacientes tengan una salud adecuada a las necesidades.

En este sentido, se considera que a pesar de brindar atención adecuada y de calidad se presentan una serie de eventos generados por la atención que se brinda, es así como en el caso de los procedimientos quirúrgicos se han generado una serie de situaciones que pueden ser evitables, sin embargo, estos casos existen y se consideran de amplia importancia investigarlos.

Es así como en la monografía se determinaron los eventos adversos relacionados con procesos quirúrgicos en instituciones de salud de alta complejidad, en el período 2010 a 2019, para ello se identificó la incidencia de los eventos adversos según edad y género de los pacientes, se clasificó los eventos adversos que se generaron en los procedimientos quirúrgicos y finalmente la ocurrencia de los eventos según la especialidad.

En el trabajo monográfico se realizó a través de una investigación teórico descriptiva de tipo documental, puesto que se enfocó en la revisión exhaustiva, para ello se tomaron en cuenta los diferentes artículos que se presenten de páginas indexadas, referente a los eventos adversos, para ello se tomó como base de datos: Google académico, Scielo, Redalyc, Dialnet, se tomó la búsqueda a partir del período de

publicación que va desde el año 2010 a 2020, donde se seleccionaron artículos que tienen relación directa con la temática, de los cuales se extrajeron las características metodológicas y proceder a la realización de los resultados de acuerdo a los objetivos específicos.

En el desarrollo del estudio se hace referencia a la justificación, dándole relevancia al interés, utilidad, novedad y factibilidad, posterior a ello se enfocó en los objetivos general y específicos, se continúa con el problema donde se realiza el planteamiento y formulación del mismo, se hace énfasis en la metodología a seguir, para proseguir con el marco teórico donde se da relevancia a los antecedentes y generalidades, seguido del marco conceptual que se enfoca en la seguridad del paciente, metas internacionales de seguridad del paciente, la política de seguridad y los eventos adversos, además se hace relación al marco legal, se presenta los resultados donde se da respuesta a cada uno de los objetivos específicos formulados, para finalmente establecer las conclusiones y recomendaciones.

1. JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es considerada como una prioridad mundial y en Colombia a través de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad también propende por acogerse a dichas políticas mundiales, es así como se toma como referencia las metas internacionales de seguridad del paciente, “se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificados en políticas globales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica. Por tal motivo, la implementación de acciones encaminadas al aseguramiento de los procesos de atención médica es una prioridad, a través de las estrategias planteadas en las metas internacionales para la seguridad del paciente, se reducirán significativamente los eventos adversos” (1).

En el estudio se tuvo en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, esto basándose en la presencia de eventos adversos en los procesos quirúrgicos, por tal motivo se consideró interesante abordarla, puesto que a través de esta se identificaron los eventos adversos relacionados con procesos quirúrgicos en instituciones de salud de alta complejidad, durante el período 2010 a 2020, por tal motivo se identificó la incidencia de los eventos, basándose en la edad y el género de los pacientes, así mismo se clasificó los eventos adversos y la ocurrencia de los mismos según especialidad.

Del mismo modo, es pertinente mencionar que en las instituciones de salud de alta complejidad, específicamente en los procesos quirúrgicos se realizan las diferentes cirugías, lo cual se relaciona con una de las metas internacionales de seguridad social, como es realizar cirugías en el lugar correcto con el paciente correcto y con el procedimiento correcto, por tal motivo en el estudio se enfocaron específicamente en estos aspectos que son la clave para que se brinde una atención segura a los pacientes de dicho servicio.

Esta investigación se consideró útil, en primera instancia para el personal de salud, conformada por especialistas, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, camilleros, entre otros, quienes son los directamente involucrados en los procesos quirúrgicos que se llevan a cabo en los pacientes, pretendiendo con ello identificar los eventos adversos que se relacionan con los procesos quirúrgicos, es decir, tener el conocimiento sobre la incidencia de los mismos, igualmente la clasificación de los eventos adversos y la ocurrencia según la especialidad; del mismo modo, es un aporte significativo para las instituciones de salud de alta complejidad, puesto que a través de la información que se recolecte se tiene la oportunidad de establecer la problemática existente, pretendiendo con ello que se tomen las medidas preventivas y/o correctivas pertinentes en cuanto a los hallazgos en este tipo de instituciones de salud.

En este sentido, se considera que es novedosa esta monografía, porque se abordaron aspectos relacionados con la presencia de eventos adversos en los procesos quirúrgicos, siendo uno de los elementos esenciales para la toma de decisiones, pretendiendo con ello que los hallazgos del mismo sirvan como una fuente de revisión bibliográfica para aquellas personas que realicen estudios con características similares.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los eventos adversos relacionados con procesos quirúrgicos en instituciones de salud de alta complejidad, en el período 2015 a 2020.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la incidencia de eventos adversos según edad y género de los pacientes.
- Clasificar los eventos adversos que se genera en los procedimientos quirúrgicos de las instituciones de salud de alta complejidad.
- Determinar la ocurrencia de los eventos adversos en procedimientos quirúrgicos según especialidad.

3. PROBLEMA

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la atención en salud juega un papel fundamental la seguridad del paciente que “es el conjunto de elementos estructurales, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (2), dichos procesos son realizados por las personas que laboran en las instituciones de salud, realizando un trabajo en equipo, con comunicación asertiva, aprendizaje colectivo, entre otros, permitiéndoles a los pacientes alcanzar el bienestar y por ende la satisfacción en la atención recibida.

En vista que la atención en salud requiere de humanos, se han manifestado una serie de errores, dando a los entes de dirección establecer las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, “se basan en nueve soluciones definidas por expertos mundiales en seguridad del paciente; que a su vez fueron publicadas por la Organización Mundial de la Salud desde el 2001 y dadas a conocer a la comunidad internacional desde entonces, las cuales siguen vigentes hasta el día de hoy” (3).

Según los planteamientos anteriores las metas internacionales de seguridad del paciente, contribuyen significativamente en salvar vidas, aún no se ha podido lograr las metas, debido a que se manifiestan errores, estudios realizados en “Estados Unidos se determinó que alrededor de 98.000 defunciones ocurrían por errores médicos prevenibles; en Gran Bretaña se publica que uno de cada 10 pacientes sufre un evento adverso mientras está hospitalizado; en Nueva Zelanda y Canadá las cifras son similares, los datos de los países en desarrollo son más escasos” (4)

En México, a partir de los resultados que arrojó el estudio IBEAS, se sabe que la tasa de prevalencia de eventos adversos en hospitales nacionales fue de 7.7 %” (5), lo anterior indica que la prevalencia de enfermedades se manifiesta continuamente, es decir, aún persisten ciertos errores que generan alteraciones a la salud de los pacientes.

En Latinoamérica, “los estudios sobre la frecuencia y el tipo de eventos adversos señalan que el 17.6% de estos ocasiona el reingreso al hospital, y que el 23.9% provoca daño grave al paciente, incluyendo la defunción. Se estima que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados han presentado efectos adversos alguna vez durante la hospitalización y se espera que la tasa aumente a 20 si se duplica el número de días de estancia hospitalaria. En el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), la prevalencia estimada de efectos adversos fue de 10% y además se encontró que más de 28% de los efectos adversos desencadenaron discapacidad y 6% muerte” (6).

Desde esta perspectiva es importante mencionar que los eventos adversos se presentan continuamente, a pesar de las políticas de seguridad del paciente, aún persisten, es así como se constituye en uno de los efectos negativos de la atención en salud.

El estudio IBEAS, “prevalencias de efectos adversos en Latinoamérica, se encontró: la prevalencia global de pacientes con algún evento adverso fue de un 10.5%, la prevalencia de evento adverso fue de 11.85%, la incidencia global fue de 19.8%, los eventos adversos detectados estaban relacionados con los cuidados en un 13.27%, con el uso de la medicación en un 8.23%, con la infección nosocomial en un 37.14%, con algún procedimiento en un 28.69% y con un diagnóstico en un 6.15% (7), siendo ésta una situación que afecta directamente a los pacientes que reciben atención en dichas instituciones de salud.

En Colombia, el estudio mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. A este punto es importante advertir que, contrario a los demás países, la mayoría de hospitales participantes fueron hospitales acreditados (8).

De acuerdo a lo anterior, se considera que Colombia no ha sido ajena a esta situación, encontrándose un alto porcentaje en relación a los eventos adversos que se manifiestan en los hospitales, más aún si se tiene en cuenta que éstos están debidamente acreditados, situación que indica que aún existe el problema.

Del mismo modo, el estudio IBEAS mostró una prevalencia de eventos adversos del 13.1%, de los cuales 43.3% estuvieron relacionados con procedimientos quirúrgicos. La severidad de estos fue variable con predominio de severidad moderada (57%), seguido de la clasificación grave (22,3%) lo que demuestra la pertinencia de trabajar acciones seguras en el acto quirúrgico” (9)

Igualmente, es importante mencionar que “los sucesos adverso registrados se clasificaron en eventos adversos prevenibles 58,44%, eventos adversos no prevenibles 13,64%, acciones inseguras 22,73% e incidentes 5,19%, además los sucesos adversos obedecen a cancelaciones inoportunas de procedimientos quirúrgicos, descuido en la administración de medicamentos, identificación incorrecta de pacientes, no lavado de manos por parte del equipo quirúrgico y falta de aseo en el quirófano durante los recambios” (10).

3.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué eventos adversos relacionados con procesos quirúrgicos se presentan en instituciones de salud de alta complejidad, en el período 2015 a 2020?

4. METODOLOGÍA

El presente trabajo monográfico, es una investigación teórico descriptiva de tipo documental, ya que en él se realizó el rastreo, organización, sistematización y análisis de los documentos electrónicos relacionados con los eventos adversos relacionados con procesos quirúrgicos en instituciones de salud de alta complejidad, en el período 2010 a 2020.

Las unidades de análisis fueron en primer lugar la búsqueda para la recolección de diferentes artículos e investigaciones científicas, se tuvo en cuenta las palabras clave como “eventos adversos”, “procesos quirúrgicos”, “instituciones de alta complejidad”, en español e inglés, en bases de datos tales como Google Académico, Biblioteca CES, Scielo, Redalyc, Dialnet. Además, se realizó la búsqueda a partir del período de publicación que va desde el año 2010 a 2020.

Se seleccionaron aquellos artículos que tuvieron relación directa con la temática a investigar, de ellos se extraerán los objetivos generales, las características metodológicas y sus resultados para posteriormente organizarlas y analizar su contenido, sus diferencias y similitudes, según cada objetivo específico. Es importante resaltar que se realizó la respectiva revisión documental sobre diferentes monografías.

Posteriormente se realizó el análisis de cada uno de los objetivos específicos establecidos, identificando de esta manera el problema abordado, metodología, instrumentos, describiendo cada uno de los aspectos establecidos y posteriormente hacer la comparación de los hallazgos en cada uno de los artículos científicos mencionados.

En el proceso de resultados se mencionan los hallazgos y se plantea la opinión personal de los investigadores, para finalmente elaborar las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó en el estudio, para posteriormente contribuir al aporte de las investigaciones realizadas con características similares.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. ANTECEDENTES

En México, 2011, “eventos quirúrgicos adversos en tres instituciones públicas de salud mexicanas”, el objetivo fue cuantificar la prevalencia de eventos adversos (EA) en pacientes quirúrgicos adultos atendidos en instituciones públicas de México. Se evaluaron 6119 expedientes clínicos de pacientes quirúrgicos seleccionados aleatoriamente. La prevalencia de EA se estimó mediante la aplicación de dos instrumentos secuenciales por parte de médicos capacitados. Se efectuó análisis multivariado por regresión logística para identificar variables asociadas.

Resultados. La prevalencia de EA fue de 4.1%. No existieron diferencias significativas por institución ni sexo. Los pacientes mayores de 64 años y los atendidos en hospitales grandes presentaron mayor riesgo de tener un EA. Los pacientes con EA permanecieron hospitalizados en promedio nueve días más que aquellos sin EA. 62% de los EA fueron considerados prevenibles. Se llegó la conclusión que la prevalencia encontrada significa que, durante el 2008, se presentaron por lo menos 128 400 EA quirúrgicos en México. Es necesario seguir investigando la naturaleza de estos últimos para mejorar la seguridad de los pacientes (11).

En México, 2011, “eventos adversos en cirugía”, el objetivo fue analizar los eventos adversos reportados en el sistema de notificación de evento adverso centinela, evento adverso y cuasifalla “Vencer II” del Instituto Mexicano del Seguro Social. El diseño fue un estudio transversal, retrospectivo, observacional, descriptivo, se tomó porcentajes como medida de resumen para las variables cualitativas.

Los resultados indican que del total de eventos adversos 78, el grupo de edad más afectado fue de 16 a 45 años (49%), el género predominante fue el femenino con 66%, en el turno en el que ocurrieron con mayor frecuencia fue el matutino con 77%, especialidad de mayor incidencia fue cirugía general con el 51%. En relación al origen, la infección en sitio quirúrgico correspondió al 69%, otras infecciones nosocomiales 1.5% y causas no infecciosas 29.5% (lesión de órgano), la severidad moderada en el 71% de los casos y el personal involucrado con mayor frecuencia fue el médico con el 57%. Conclusión: El sistema prevé retroalimentación permanente, análisis para identificar la causa raíz y las acciones de mejora tendientes a reducir y prevenir los eventos adversos (12).

En Buenos Aires, 2012, “gestión de riesgo y eventos adversos en cirugía torácica”, el objetivo fue identificar, analizar e informar eventos adversos evitables ocurridos en procesos clínico-quirúrgicos en Cirugía Torácica como prevención de riesgo. Reconocer y analizar factores causales de eventos adversos. Estimular la educación continua para desarrollar una cultura de seguridad. Se realizó un análisis estadístico retrospectivo, de los eventos adversos (EA) en cirugía torácica, en un Servicio de Cirugía General, analizando factores contribuyentes de los mismos, de un total de 57 pacientes de cirugía torácica desde el 01 de Diciembre 2009 al 01 de Enero 2011.

Resultados. 10(17,5 %) pacientes presentaron EA y todos (100%) se consideraron prevenibles. En 5 casos (50 %) hubo discapacidad temporal y en 4 (40 %) no hubo discapacidad agregada a la patología de base. Uno (10 %) presentó incapacidad permanente. No se registró mortalidad asociada al evento adverso. El 100% de los EA ocurrieron por factores humanos, 7(70 %) por técnica inadecuada, 1(10%) por falla en diagnóstico, 2 (20 %) por complicaciones en manejo postquirúrgico. Conclusión. Cuando un evento adverso ocurre, falló el sistema de salud. La lista de chequeo resulta de utilidad pudiendo alertar y evitar acciones inseguras. Analizar factores contribuyentes, registrar e informar eventos ocurridos en cirugía torácica

sirven simultáneamente para prevención, disminución de riesgo y desarrollo de una cultura de seguridad para el paciente (13).

En México, 2016, “conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México”, el objetivo fue evaluar el nivel de implementación de las medidas de seguridad del paciente quirúrgico en el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura en pacientes pediátricos. El tipo de estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, en el periodo comprendido de abril 2014– diciembre 2015. Se trabajó con una muestra de 72 profesionales de salud que integran el equipo quirúrgico.

Predominó el femenino 56.4% (n=44), estado civil de los encuestados fue casados 71.8% (n=56), el tipo de profesión de los participantes fueron médicos cirujanos 24.4% (n=19), licenciados en enfermería e instrumentistas 14.1% (n=11). El tipo de plaza fueron de adscripción estatal 42.3% (n=33); el turno en el que laboran fueron del matutino 62.8% (n=29), la antigüedad de los trabajadores con más de 20 años de servicio 38.5% (n=30). Se concluyó que el nivel de conocimientos de la seguridad quirúrgica fue aceptable. Sin embargo, en la implementación de la seguridad quirúrgica se identificó una menor evaluación en la medición de la lista de verificación quirúrgica en la etapa II, mostrando que son áreas de oportunidad para mejorar su implementación y avanzar sobre una cultura de seguridad del paciente quirúrgico (14).

En Cuba, 2017, “seguridad en cirugía mayor. Experiencia de cinco años”, el objetivo fue determinar la seguridad en las cirugías mayores. Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo analizando los resultados de las cirugías mayores en el servicio de cirugía general del Hospital Militar Docente “Dr. Mario Muñoz Monroy” de Matanzas, en el periodo comprendido de enero del 2011 a diciembre del 2015.

Resultados. se realizó un total de 7366 cirugías mayores, electivas 5525(75%), urgentes 1841(25%). Fueron clasificadas como A1 7264 (98,6%), se efectuaron 127 reintervenciones (1,7%), se produjeron 107 eventos adversos (1,4%) y una mortalidad operatoria de 86 pacientes (1,16%). Se concluye que son seguras las intervenciones de cirugías mayores. Los eventos adversos se presentaron por debajo de lo reportado en la literatura médica mundial. La mortalidad operatoria está dentro de parámetros aceptados en estándares internacionales (15)

En Colombia, 2013, “verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente”, el objetivo describir la aplicación de la lista de verificación en cirugía de la OMS, a partir de ítems verificables por el paciente, y describir el comportamiento de eventos adversos antes y después de implementar la lista de verificación en el HGM (Colombia). Métodos: estudio de corte transversal, se incluyeron todos los pacientes de cirugía mayor del HGM atendidos en febrero y marzo de 2011.

Los resultados indican que de un total de 246 pacientes aceptaron participar en el estudio. Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en más del 90%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento (86%) fue el de la presentación completa de los miembros del equipo quirúrgico, incluidas sus funciones. El 97% de los pacientes recomendaron este hospital para intervenciones quirúrgicas. Se observó una reducción de los eventos adversos en cirugía luego de la implementación de la lista de verificación (7,26% en 2009 vs. 3,29% en 2010). Se concluyó que la aplicación de la lista de verificación de la OMS se cumple en el HGM. La incidencia de eventos adversos disminuyó con su implementación (16).

En Colombia, 2015, “caracterización y análisis de eventos adversos en procesos cerrados de anestesiólogo apoderado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación en Colombia entre 1993 y 2012”, el objetivo fue caracteriza y analizar los eventos adversos asociados a procesos éticos y jurídicos

cerrados de anesthesiólogos. Materiales y métodos: estudio retrospectivo que analiza información de procesos de responsabilidad médica de anesthesiólogos, gestionados por el Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas.

Resultados: Se analizaron 278 procesos con evento adverso relacionado con la anestesia. La mayoría (67%) ocurrieron en procedimientos quirúrgicos programados (en intervenciones de cirugía general, ortopedia, cirugía plástica y ginecoobstetricia), realizados bajo anestesia general, en pacientes ASA I, atendidos en segundo nivel de complejidad. Un porcentaje relevante de EA (18%) ocurrieron en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA). Los EA más frecuentes fueron cardiovasculares y respiratorios (55,4 y 36,7%, respectivamente). Los desenlaces que predominaron fueron muerte (50,3%) y lesión cerebral (22,3%). Se encontraron fallas en el diligenciamiento de la valoración preanestésica y consentimiento informado, adherencia a guías, normas o protocolos, comunicación con el paciente o su familia posterior al evento y comunicación entre el equipo de salud (17).

En Colombia, 2018, se realizó el estudio titulado: “sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de alta complejidad”, el objetivo fue determinar las causas que ocasionan la presencia de sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de alta complejidad, para ello el método de estudio fue el descriptivo con temporalidad retrospectiva. Se revisaron 164 registros de reporte de evento adverso. Se diseñó un formato de recolección de datos y se tomó como referente el instrumento de reporte de evento adverso del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Los resultados del estudio evidencian que los sucesos adversos registrados se clasificaron como eventos adversos prevenibles con el 58.44%, eventos adversos no prevenibles 13.64%, accidentes inseguros 22.73% e incidentes con el 5.19%.

El estudio se concluye que los sucesos adversos obedecen a cancelaciones inoportunas de los procedimientos quirúrgicos, descuido en la administración de

medicamentos, identificación incorrecta de pacientes, no lavado de manos por parte del equipo quirúrgico y falta de asejo en el quirófano durante los recambios (10).

5.2. GENERALIDADES

En el mundo entero el reporte “Error es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes (18), hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones.

Cinco años después de publicado el reporte y de haberse iniciado las acciones tendientes a disminuir el problema, paradójicamente la percepción del consumidor de la salud en ese país parecía mostrar que en vez de mejorar, se había empeorado. Esto probablemente cómo un efecto del mismo.

En el 2004 la encuesta nacional hecha por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (AHRQ), la misma que fue creada por el gobierno Clinton para que apoyara económicamente todo el trabajo relacionado, evidenció que el 55% de quienes respondieron se sentían insatisfechos con la calidad de atención en salud en su país (11% más que la encuesta 4 años atrás) y de hecho, 40% creían que la calidad de atención había empeorado. Cinco años más tarde (diez años después de la publicación) un nuevo reporte de la misma agencia continua con la misma percepción y evidencia en el 2009 que uno de cada 7 pacientes hospitalizados del Medicare experimenta 1 o más Eventos Adversos y

que miles de pacientes desarrollan cada año infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACC) (19).

Desde la publicación del reporte *Errar es humano*, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación, en educación al rededor del tema de la seguridad de los pacientes, y en la implementación de múltiples practicas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica. Colombia no ha sido ajena a este esfuerzo. Cómo muestra de ello, en el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente, así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias.

Hoy el país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas, o más bien, de prácticas seguras, las cuales se recomiendan porque tienen suficiente evidencia o son recomendaciones de expertos, acerca de que incrementan la seguridad de la atención y por ende del paciente. Para un mejor entendimiento de estas prácticas, por parte quienes conforman el sector salud, a cada una de ellas se le elaboró un paquete educativo que instruye al lector sobre cómo implementar la práctica en su lugar de trabajo y evaluar su impacto.

Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en nuestras instituciones, más recientemente en las instituciones pasan de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una

estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta la reciente resolución 2003 de 2014 (20).

La realidad es que los errores médicos y otros efectos adversos de la atención de salud son factores que inciden en forma significativa en la carga mundial de enfermedad y muerte. Un estudio realizado en 1999 por el Instituto de Medicina de Estados Unidos determinó que los errores médicos en este país ocasionan unas 98.000 defunciones al año —cifra superior a la de decesos causados por el cáncer de mama, los accidentes automovilísticos o el sida. Por otra parte, varios estudios de Gran Bretaña indican que uno de cada 10 pacientes sufre un efecto adverso mientras está hospitalizado. En Nueva Zelanda y Canadá las cifras son similares, mientras que, en Australia, la tasa es del 16,6%” (21).

La falta de seguridad para el paciente no sólo ocasiona una enorme pérdida de vidas, sino que tiene también graves repercusiones económicas. El error humano es apenas una parte del problema de las fallas en la seguridad del paciente. Si bien es cierto que un enfoque más consciente del personal médico evitaría muchos errores, cabe reconocer que también hay problemas crónicos en los procedimientos y en los sistemas médicos. Por ejemplo, se cuentan por miles los pacientes que cada año son tratados con medicamentos inadecuados —y algunas veces esto tiene consecuencias mortales— debido a las recetas manuscritas y a las órdenes de los hospitales que son difíciles de leer. Esto ocurre a pesar de que el uso de sistemas electrónicos para notificación y registros médicos se ha generalizado, pero no llega a ser estándar.

En este aspecto se hace referencia a los principios orientadores de la política, “alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; éstas son solamente el marco de referencia. Es

necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos” (22).

En la seguridad del paciente se hace referencia a los protocolos para el manejo del paciente: la institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso. De las experiencias internacionales y nacionales, se extrae las siguientes recomendaciones:

- Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos.
- Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
- Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un EA, y acompañarlo” (22).

Cuando ocurre un evento adverso, el manejo del paciente debe estar orientado hacia:

- “No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.
- Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso
- Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
- Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
- Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.

- Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del evento adverso” (22)

Las metas internacionales de seguridad del paciente se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificados en políticas globales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica. Por tal motivo, la implementación de acciones encaminadas al aseguramiento de los procesos de atención médica es una prioridad, a través de las estrategias planteadas en las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, se reducirán significativamente los eventos adversos” (22).

En las metas internacionales de seguridad del paciente se establecen las diferentes actividades con el propósito de establecer los lineamientos que permitan la realización de las actividades del personal que participa en la atención médica, es por ello que se establecen para que sean aplicados y se brinde atención a los pacientes, enfocándose en la prevención y disminución de los riesgos a los pacientes.

En la investigación se abordará la meta denominada, garantizar cirugías con el lugar correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto.

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente hace referencia “no hacer daño” se atribuye a Hipócrates. Si bien no se sabe si él en realidad la pronunció, esta oración perdura como una expresión elegante de lo que debería ser el principio fundamental en la atención de salud: los profesionales de la salud debemos mejorar la salud de los pacientes, no empeorarla con nuestros errores (21).

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos (23).

6.2. METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las metas internacionales de seguridad del paciente son: identificación correcta de los pacientes, mejora de la comunicación efectiva, mejora de la seguridad en los medicamentos de alto riesgo, garantizar cirugías con el lugar correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, reducción de las infecciones adquiridas por la atención, reducción del riesgo de las lesiones del paciente por caídas (24).

Haciendo relación a la seguridad del paciente, definida como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención en salud recibida (25), en ella se exige una atención y actuaciones permanentes a nivel: institucional, plano profesional, nivel político y social, lo cual

está acorde con las iniciativas mundiales que se están dando en este tema, se encuentra en la agenda de múltiples organizaciones, instituciones, asociaciones internacionales (26).

6.3. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Asimismo, los principios orientadores de la política de seguridad del paciente son: enfoque de atención centrado en el usuario: significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente; cultura de seguridad, el ambiente de despliegue debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre los pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad; integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud; multicausalidad, validez, alianza con el paciente y familia; alianza con el profesional de salud (27).

6.4. EVENTOS ADVERSOS

De la misma manera, en la seguridad del paciente se hace relación a los eventos adversos: muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso, usualmente, descubre una serie de eventos relacionados que condujeron al resultado adverso. Además, un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos.

Metodologías para este propósito son el Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efectos u otros (AMFE)” (28).

Cuando ocurre un evento adverso, el manejo del paciente debe estar orientado hacia: “no negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle

información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo; hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso; resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente; explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso; mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este; si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del evento adverso” (28).

La política institucional de Seguridad del paciente deberá estar coordinada con las líneas estratégicas en Seguridad del Paciente de la Política Nacional de Prestación de Servicios. Esta se operativizará a través de la acción coordinada de líneas de acción (29).

Los conceptos de eventos adversos mencionados anteriormente están relacionados directamente con los errores o fallas que en la mayoría de los casos son evitables, siendo esto riesgoso para la salud de los pacientes.

Los eventos adversos han sido clasificados según la causa básica del evento, la severidad, la discapacidad resultante, el componente de la atención donde se origina y el momento de la aparición del evento con respecto al tiempo.

Respecto a la naturaleza u origen de los eventos adversos se clasifican en operatorio o no operatorio, su relación con medicamentos y la clase de medicamento y el tipo de complicación, sitio de atención, tipo de error general o específico que llevó al evento adverso. Por otra parte, según el momento de su presentación puede ser clasificados como originados en el periodo previo a la hospitalización, durante la hospitalización o en el periodo post hospitalización” (30).

Existen problemas inherentes al cuidado de la salud que dificultan diferenciar entre las lesiones por la provisión del servicio, de aquellas que hacen parte de la historia natural de la enfermedad y de las propias del curso clínico durante el tratamiento, como también diferenciar los eventos prevenibles de aquellos que razonablemente no pueden ser prevenidos.

La búsqueda activa de eventos adversos, conociendo que la gran mayoría de los eventos adversos que suceden realmente se reportan, claramente los hospitales necesitan una manera más efectiva de identificar eventos que causan daño a los pacientes para determinar la severidad de iniciar las acciones para minimizar sus consecuencias (1).

7. MARCO LEGAL

En el estudio se tiene en cuenta aquellas leyes, decretos y resoluciones que tienen que ver directamente con la temática de eventos adversos en las instituciones de salud de alta complejidad de atención.

Ley 100 de 1993. La Ley 100 de 1993, en su artículo 153 sobre el tema de la calidad, prevé que el Sistema General de Seguridad Social debe establecer mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional (31).

Resolución 0112 de 2012. Por el cual se establecen los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, específicamente en el anexo 2, se hace referencia a la clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos (32)

Decreto 1011 de 2006. “Reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad, incluye como uno de sus componentes obligatorios por parte de la aseguradora y prestadores de servicios de salud, la evaluación de satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, consolidando en la práctica de la atención en salud, los conceptos expuestos” (33).

Resolución 3100 de 2019. “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud” (34).

8. RESULTADOS

En el desarrollo del estudio se abordó una aproximación teórica sobre los eventos adversos relacionados con procesos quirúrgicos en instituciones de salud de alta complejidad, para ello se tomó como referencia el período 2010 a 2020, es así como se plantean los resultados dando respuesta a los objetivos planteados para cumplir con el general, en el estudio se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: incidencia de eventos adversos según edad, sexo y género, clasificación de los eventos adversos y ocurrencia de los eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos según especialidad.

8.1. INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EDAD Y GÉNERO

De acuerdo a la revisión bibliográfica de los artículos investigados (10), se encontró que siete de ellos hacen relación a la incidencia de eventos adversos según edad y género, o algunas de las dos opciones establecidas, es así como se hacen referencia a los estudios que se mencionan a continuación:

El estudio realizado en México, 2011, titulado: “eventos quirúrgicos adversos en tres instituciones públicas de salud mexicanas”, los resultados indican que “la prevalencia de evento adverso fue de 4.1%, no existieron diferencias significativas por institución ni sexo. Los pacientes mayores de 64 años y los atendidos en hospitales grandes presentaron mayor riesgo de tener un evento adverso” (11).

De acuerdo a los hallazgos anteriores es claro mencionar que los eventos adversos quirúrgicos que se presentaron en cirugías no tienen prevalencia en el sexo, mientras que la edad de los pacientes se ha considerado uno de los factores influyentes para que se presente este tipo de situación, por lo que es considerado

uno de los factores de riesgo para este grupo de pacientes mayores de 64 años de edad.

De igual manera, el estudio realizado en México, 2011, titulado: “eventos adversos en cirugía”, los resultados del mismo indican que “del total de eventos adversos 78, el grupo de edad más afectado fue de 16 a 45 años (49%), el género predominante fue el femenino con el 66%” (12). Analizando los resultados del estudio, es evidente que el grupo afectado se encuentra en la edad adulta, además las mujeres fueron las que mayor incidencia tuvieron en cuanto a los eventos adversos que se generaron en el proceso quirúrgico, es decir, que existen una constante en este grupo de pacientes.

Igualmente, el estudio realizado en Argentina, 2012, titulado: “gestión de riesgo y eventos adversos en cirugía torácica”, al respecto, es importante mencionar que en el estudio se tomó a 10 pacientes que presentaron eventos adversos, de los cuales el 70% fueron mayores de 50 años, en menor proporción se encuentran en el rango de 19 a 49 años de edad, además el 50% son del género femenino y el 50% del género masculino (13).

Es importante mencionar que los riesgos de eventos adversos que se manifestaron estuvieron representados en personas mayores de 50 años, quienes fueron padecieron de este tipo de situaciones en cuanto a la cirugía torácica, aunque también existe pacientes menores de 50 años, aunque en menor proporción, unido a lo anterior, el género se manifiesta en mujeres y hombres en igualdad, lo que significa que no hay una incidencia en cuanto a ningún género.

De manera análoga, se hace referencia al estudio realizado en Brasil, 2019, titulado: “prevalencia de evitación de eventos adversos quirúrgicos en el hospital de enseñanza de Brasil”, en él se encontró que “la media de edad fue de 44.5 años (desviación estándar de más o menos 5,5)” (35). Los resultados del estudio

únicamente se analizó la edad que se presentó en 44.5 años, con una desviación estándar, que evidencia que se manifiesta puede estar en 50 años o 39 años de edad, para que se presenten este tipo de eventos adversos en el quirófano.

Del mismo modo, se tuvieron en cuenta estudios realizados en Colombia, es así como en Bogotá, 2011, se realizó el estudio titulado: “frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos”, en él se concluyó que “los eventos adversos son debidos a algún procedimiento (63%): suspensión quirúrgica (38%), seguido de otras complicaciones relacionadas con la intervención quirúrgica o procedimiento (13.3%), viéndose mayormente afectada la población masculina (61%), en edades de 10 a 29 años (37%), lo cual podría estar influyendo en la medida de frecuencia, se espera una menor incidencia en pacientes jóvenes y en hombres, según comparaciones realizadas con otros estudios (36).

Analizando los hallazgos del estudio anterior, se considera que los eventos adversos en procesos quirúrgicos se han manifestado frecuentemente, en diferentes procedimientos, situación que ha sido mayoritaria en hombres, cuyas edades están entre los 10 a 29 años, es decir, una población de jóvenes, quienes han padecido estas situaciones y por ende vieron alterada su salud, siendo éstos aspectos negativos para lograr el proceso de recuperación.

De forma semejante, se encontró un estudio realizado en Colombia, 2015, titulado: “caracterización y análisis de eventos adversos en procesos cerrados de anestesiólogo apoderado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación en Colombia entre 1993 y 2012”, en el estudio se analizaron las características de los pacientes que presentaron eventos adversos relacionados con la anestesia, “los pacientes fueron en su mayoría mujeres (66.6%), la mitad tenían entre 20 y 44 años de edad, 10 pacientes eran menores de un año (3.6%), de los cuales 5 eran menores de 6 meses (17).

De acuerdo a los hallazgos del estudio es evidente que los eventos adversos fueron comunes en la población de mujeres, cuyas edades son jóvenes representados entre 20 y 44 años de edad, aunque también se manifestaron en niños menores de un año, situación que evidencia negatividad, ya que sus procesos de recuperación se vieron alterados y con ello su bienestar físico y mental, viéndose reflejado en la calidad de atención que se brinde en las instituciones de salud que participaron en el estudio.

8.2. CLASIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

En cuanto a la clasificación de eventos adversos, se analizó el estudio realizado en México, 2011, titulado: “eventos quirúrgicos adversos en tres instituciones públicas de salud mexicanas”, los hallazgos indican que “de la evaluación de 6.119 expedientes clínicos de pacientes quirúrgicos seleccionados aleatoriamente, el 62% de los eventos adversos fueron considerados prevenibles” (11). Es importante resaltar que los eventos que se manifiestan en procesos quirúrgicos han sido considerados prevenibles, situación que indica que en la atención a los pacientes, puesto que el porcentaje es alto sobre los eventos que se presentaron en las instituciones de salud de este país.

De forma semejante, se hace mención al estudio realizado en Argentina, 2012, titulado: “gestión de riesgo y eventos adversos en cirugía torácica”, los hallazgos indican que “de los 10 pacientes correspondiente al 17.5% de los pacientes presentaron eventos adversos y todos (100% se consideran prevenibles, ya que en 5 casos (50%) hubo discapacidad temporal y el 4 (40%) no hubo discapacidad agregada a la patología de base. Uno (10%) presentó incapacidad permanente” (13)

Es importante mencionar que la presencia de eventos adversos en la cirugía torácica se presentaron situaciones que pudieron haberse prevenido, en la mayoría de los casos, situación que trajo consigo complicaciones a la salud de los pacientes,

es así como se manifestó la discapacidad temporal y agregada a la patología, por lo que se asume que un evento ha generado dificultades a la salud de los pacientes que fueron sometidos a esta cirugía.

Del mismo modo, se analizó la investigación realizada en Chile, 2013, titulado: “estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile”, en el estudio se incluyeron 500 pacientes, de los cuales 31 presentaron eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (6.2%), los procesos asociados fueron: cuidados 32.4%, procedimientos 32.4%, medicación 13.5%, infecciones nosocomiales 10.8% y diagnóstico 8.1%, se consideró evitable el 67.6%” (37).

Analizando los hallazgos del estudio mencionado, es evidente que la mayoría de eventos adversos que se presentaron pudieron haber sido evitados, puesto que las causas que se generaron estuvieron relacionados con los diferentes procedimientos que se realizaron, aunque es de resaltar que las infecciones nosocomiales que se manifestaron son un problema muy común en el proceso quirúrgico que se realice a los pacientes.

De la misma manera, el estudio realizado en España, 2015, titulado: “detección de efectos adversos en cirugía general mediante la aplicación de la metodología “Trigger Tool”, las conclusiones a que se llegaron indican que “la prevalencia de eventos adversos fue de 36.8%, con un número de eventos adversos por paciente de 0.5. Además, el 56.2% se considera evitables” (38). Es pertinente analizar que los eventos adversos que se presentaron en cirugía general pueden haber sido evitables, sin embargo, el porcentaje es alto y representa un problema que se genera en la atención a los usuarios en las cirugías generales.

De forma similar, se hace referencia al estudio realizado en Brasil, 2019, titulado: “prevalencia de evitación de eventos adversos quirúrgicos en el hospital de enseñanza de Brasil”. Los hallazgos del estudio indican que “la prevalencia de

eventos adversos quirúrgicos fue de 21.8%, en el 52.4% de los casos la detección ocurrió en el retorno al ambulatorio, de los 60 casos analizados, 90% (54) eran evitables y más de dos tercios resultaron en daños leves o moderados” (35). De acuerdo a lo anterior es evidente mencionar que la mayoría de los eventos adversos que se generaron en los procesos quirúrgicos podrían haberse evitado, llama la atención que es un alto porcentaje correspondiente al 90%, situación que indica alteraciones a la salud de los pacientes desde el proceso quirúrgico e incide en el tratamiento y la recuperación de los mismos.

A nivel nacional, se encontró el estudio realizado en Bogotá, 2011, titulado: “frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos”, los hallazgos del estudio indican que “se evidencia la posibilidad de prevención, de total de eventos adversos (142= en un 37.32% existía evidencia moderada de la posibilidad de prevención, seguido de un 21.83% con una ligera evidencia de posibilidad de prevención. Estos eventos pudieron haber sido evitados en un 74% de los casos, en conclusión, el presente estudio mostró que los eventos adversos ocurridos con mayor frecuencia fueron las quemaduras, erosiones y contusiones, lo cual produjo una prolongación de los días de estancia (36).

Analizando la información anterior, se considera que el porcentaje de eventos adversos prevenibles es alto, lo que indica que existen situaciones negativas en cuanto a la atención que se brinda a los pacientes, por ello, vale la pena mencionar que la ocurrencia de estos eventos están enfocados en los procesos y procedimientos que de alguna manera se evitarían si se mejora la calidad en la atención y por ende se contribuye a un mejor tratamiento y recuperación.

Igualmente, en Colombia, 2015, se realizó el estudio titulado: “caracterización y análisis de eventos adversos en procesos cerrados de anestesiólogo apoderado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación en Colombia entre 1993 y 2012, se analizaron 278 procesos con eventos adversos relacionados con la

anestesia, de los cuales se considera que el 38.5% de los casos se considera que el evento adverso pudo prevenirse” (17). Situación similar se encontró en el estudio anterior, en donde la mayoría de eventos adversos podrían prevenirse si se brinda una atención adecuada y acorde a las necesidades de los pacientes.

De igual modo, se hace relación al estudio realizado en Cali, 2018, titulado: “sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de alta complejidad”. Los hallazgos de estudio indican que “los sucesos adversos se clasificaron en eventos adversos prevenibles para el 58.44%, eventos adversos no prevenibles 13,64%, acciones inseguras el 22.73% e incidentes el 5.19% (10).

De acuerdo a los hallazgos del estudio se considera que un alto porcentaje de eventos adversos pueden ser prevenibles, ya que de la atención que brinde depende en gran parte el proceso de recuperación de los pacientes a los procedimientos que se generan en el acto quirúrgico.

8.3. EVENTOS ADVERSOS SEGÚN ESPECIALIDAD

En el estudio se analizaron los eventos adversos según especialidad, al respecto se menciona la investigación realizada en México, 2011, titulada: “eventos quirúrgicos adversos en tres instituciones públicas de salud mexicanas”, se encontró que “los principales tipos de eventos adversos fueron la dehiscencia de suturas (19%), retraso en el diagnóstico (8.5%), infecciones de heridas quirúrgicas (7.5%) y hemorragias o hematomas (6.7%). La mayor parte de estos eventos (57.8%) tuvo lugar durante el procedimiento (cirugía y anestesia) y los cuidados posteriores (reanimación o cuidados intensivos)” (11).

De acuerdo a los hallazgos del estudio mencionado, se considera que la especialidad que presentó mayor porcentaje de eventos es la cirugía, específicamente en anestesia, aunque también se presentan menores eventos en

cuidados intensivos o reanimación, pero en el caso en mención son aquellos que se generan en procesos quirúrgicos.

En este orden de ideas, se hace referencia al estudio realizado en México, 2011, titulado: “eventos adversos en cirugía”, se encontró que “la especialidad con mayor incidencia fue cirugía general con el 51%. En relación al origen, la infección en sitio quirúrgico correspondió al 69%, otras infecciones nosocomiales 1.5% y causas no infecciosas 29.5% (lesión de órgano), la severidad moderada en el 71% de los casos” (12). Los hallazgos indican que la especialidad en donde se manifestaron mayores eventos adversos es en cirugía general, es así como éstos se generan por diferentes causas, entre las más comunes están las infecciones que se ocasionan en el sitio quirúrgico.

Del mismo modo, se hace referencia al estudio realizado en Brasil, 2011, titulado: “frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos”, “el servicio donde se presentan más frecuentemente estos eventos es cirugía (52%) (36). Es evidente que los eventos adversos están relacionados con la especialidad de cirugía, puesto que un alto porcentaje se manifestó en este grupo de pacientes atendidos en dichas instituciones de salud de alta complejidad.

Asimismo, el estudio realizado en Argentina, 2012, titulado: “gestión de riesgo y eventos adversos en cirugía torácica”, las conclusiones del estudio indican que “el 100% de los eventos adversos ocurrieron por factores humanos, 7(70 %) por técnica inadecuada, 1(10%) por falla en diagnóstico, 2 (20 %) por complicaciones en manejo postquirúrgico, siendo la especialidad cirugía general (13). De acuerdo a los hallazgos, es evidente que se presentó un alto porcentaje de eventos adversos en la cirugía torácica, donde se manifestó que fueron los errores humanos los que influyeron en las complicaciones de los pacientes con dicho procedimiento quirúrgico y por ende en su proceso de recuperación.

De forma similar, se hace relación al estudio realizado en Chile, 2013, titulado: “estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile”, en el estudio se incluyeron 500 pacientes, los servicios con mayor tasa por 100 altas fueron Unidad de pacientes críticos (21.4), obstetricia y ginecología (7) y médico quirúrgico (6)” (37). Analizando los datos anteriores, es evidente que la mayoría de eventos adversos estuvieron en pacientes críticos, aunque también se hace referencia a los procedimientos quirúrgicos que tienen una participación relevante.

Asimismo, en España, 2015, se realizó el estudio titulado: “detección de efectos adversos en cirugía general mediante la aplicación de la metodología “Trigger Tool”, en él se concluyó que “la prevalencia fue de 36.8%, y un 69.3% se relacionaron directamente con el proceso quirúrgico” (38). De acuerdo a los hallazgos es importante mencionar que la mayoría de eventos establecidos se manifestaron en los procesos quirúrgicos.

De igual manera, el estudio realizado en Brasil, 2019, titulado: “prevalencia de evitación de eventos adversos quirúrgicos en el hospital de enseñanza de Brasil”, en el estudio se encontró que “aproximadamente la mitad de los eventos adversos fueron en cirugía general, en él se encontró que los eventos quirúrgicos fueron identificados en el retorno ambulatorio, causaron daños leves o moderados y mayoritariamente fueron clasificados como evitables” (35). Es importante mencionar que la mayoría de eventos adversos estuvieron representados en cirugía general, siendo esta especialidad la más frecuente en sus diferentes procedimientos que se brindó a los usuarios atendidos en la institución de salud.

Igualmente, en Colombia, 2011, se realizó el estudio titulado: “caracterización y análisis de eventos adversos en procesos cerrados de anestesiólogo apoderado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación en Colombia entre 1993 y 2012”, los hallazgos del estudio indican que “las especialidades quirúrgicas más relacionadas con el evento adverso fueron cirugía general, ortopedia, cirugía

plástica, obstetricia y ginecología, el cuidado intensivo estuvo implicado como especialidad en 18 casos (6,5% del total) (17). Analizando los aspectos anteriores, es evidente que la especialidad que mayores eventos adversos generó está en primera instancia cirugía general.

Finalmente, se hace referencia al estudio realizado en Cali, 2018, titulado: “sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel”. En él se llegó a la conclusión de que “los reportes de sucesos adversos en las especialidades de cirugía general, ortopedia y anestesiología aparecieron con una frecuencia entre uno y tres meses, mientras que en las especialidades de cirugía de tórax, urología y cirugía plástica es menor, puesto que surgieron entre uno y seis meses” (10). De acuerdo a lo anteriormente mencionado los eventos adversos que se reportaron en este estudio estuvieron representados en cirugía general, lo que evidencia prácticamente la mayoría de casos.

9. CONCLUSIONES

Con relación a la incidencia de eventos adversos en procesos quirúrgicos, en los estudios revisados se encontró que no existe una constante con respecto a la edad, ya que ésta es variable, se manifiesta en diferentes grupos de edad, es así como se manifestó en personas jóvenes como en adultos mayores, además en niños. Situación similar ocurre con el sexo, se presentó en hombres y en mujeres, no siendo prevalente en ninguno de estos dos grupos, aunque un estudio mencionó que no hay diferencia significativa con respecto al sexo de los pacientes.

Los eventos adversos que se generaron en el proceso quirúrgico según los estudios referenciados, indican que en la mayoría de los casos estos podrían haber sido prevenibles, además llama la atención que los porcentajes de este tipo de eventos prevenibles son altos, si se tiene en cuenta la clasificación establecida, en menor proporción fueron acciones inseguras o incidentes que se manifestaron en la atención a los pacientes en las instituciones de salud de alta complejidad.

En la revisión bibliográfica de estudios enfocados en los eventos adversos que se generan en los procesos quirúrgicos, se encontró que la especialidad que presentó mayores números de casos estuvo representada cirugía general, aunque también se manifiestan en las otras especialidades, tales como: ortopedia, ginecología, cirugía plástica, entre otros, ya que los eventos adversos se manifiestan en diferentes situaciones generadas por la atención a los pacientes en estos procedimientos.

10. RECOMENDACIONES

Se considera indispensable continuar con estudios relacionados con los eventos adversos en los procesos quirúrgicos, ya que éstos se manifiestan continuamente, sin embargo, las investigaciones sobre la temática no son numerosas, si se tiene en cuenta que estos artículos de revisión pueden contribuir a la toma de decisiones pertinentes enfocadas en prevenir o mitigar la presencia de este tipo de casos.

Es importante que la Universidad Santiago de Cali, a través de las diferentes formaciones en especialidades, aborde este tipo de temáticas, que son uno de los aportes útiles para contribuir a la prevención de eventos adversos y con ello fortalecer la calidad de atención.

REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente. 2010. <https://bit.ly/2jKx5jF>.
2. Kohn L, Carrigan J, Donaldson M. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care System. 2000. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. La OME lanza "nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. 2007. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>.
4. CAMES. Seguridad del paciente. 2009. http://www.cames.gob.mx/cames/exposiciones/SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_2.pdf.
5. Delgado , Márquez H, Santacruz. La seguridad del paciente: eje total de la calidad de la atención. 2012. : <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-07.pdf>.
6. Mondragón A, Rojas J. La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latia. REVista Panamericana de Salud Pública. 2012 Marzo ; 3(6).
7. MInisterio de Sanidd y Política Social. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 2010. <http://bit.ly.12glek>.
8. Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura. 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
9. Aranaz. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the iberoamerican study of adverse events (IBEAS). BMJ Qual Saf. 2010.
- 10 Estrada González , González Restrepo LD. Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. Revista Cubana de Salud Pública. 2018 Julio - septiembre de 2018; 44(3).

- 11 Pineda Pérez D, Puentes Rosas E, Rangel Chávez NJ, Garrido Latorre FG.
. Eventos quirúrgicos adversos en tres instituciones públicas de salud mexicanas. Salud Pública de México. 2011 Enero ; 53(4).
- 12 Echevarría Zuno , Sandoval Castellanos F, Gutiérrez Dorantes S, Alcantar
. Bautista A, Cote Estrada L. Eventos adversos en cirugía. Medigraphic.org. 2011 Julio - septiembre ; 33(3).
- 13 Algien , Arribalzaga , Segura , Ferrante , Nowydwor , Fernández. Gestión de
. riesgo y evento adversos en cirugía torácica. Revista Argentina de Cirugía. 2012; 102(3).
- 14 León MF, Vicente Ruiz MA, De la Cruz García C. Conocimiento e
. implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. Calidad y gestión en salud. 2016 Septiembre ; 15(3).
- 15 Castillo Lamas , Cabrera Reyes , Sánchez Maya , Miranda Veitía , Delgado DD.
. Seguridad en cirugía mayor. Experiencia de cinco años. Revista Médica Electrónica. 2017 Septiembre - octubre ; 39(5).
- 16 Collazos , Bermudez , Quintero , Quintero , Díaz. Verificación de la lista de
. chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Revista Colombiana de Anestesiología. 2013 Abril - junio ; 41(2).
- 17 Bocanegra Rivera JC, Arias Botero JH. Caracterización y análisis de eventos
. adversos en procesos cerrados de anestesiólogos apoderados por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación en Colombia entre 1993 y 2012. Revista Colombiana de Anestesiología. 2015 Junio ; 44(3).
- 18 Ashish K. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of
. observational servational studies. 2013. BMJ Qual Saf 2013;22:809-815.
- 19 Carolyn M, Clancy M. AHRQ: One Decade after To Err Is Human. 2009.
. <http://www.psqh.com/analysis/september-october-2009-ahrq/>.
- 20 MInisterio de la Protección social. República de Colombia. Herramientas para
. promover la estategia de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad dd la atención en salud. 2007. Bogotá.
- 21 Donaldson SL. La seguridad del paciente: no hacer daño. 2010.
. www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/patient_safety_20110721/es/.

- 22 Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
- 23 Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.. República de Colombia. .
- 24 Instituto Mexicano de Seguro Social. Guía para la implementación de las metas internacionales de seguridad del paciente. 2010. México: IMSS.
- 25 Vincent C, Patient S. London: Churchill-Livingstone. 2006..
- 26 World Alliance for Patient Safety. A year of living less dangerously. 2005. World Health Organization.
- 27 Ministerio de la Protección Social. La seguridad del paciente y la atención segura. 2016..
- 28 Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. 2010. Santafé de Bogotá.
- 29 Luengas Amaya S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. 2001. <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>.
- 30 En Colombia. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en algunas instituciones hospitalarias en Colombia. 2009. <http://www.encolombia.com/medicina/-revistas-medicas/academedicina/vola-83/Premiosalaciasclinicas3>.
- 31 Presidencia de la República. Ley 100 de 1993. 1993. Santafé de Bogotá.
- 32 Ministerio de la Protección Social. Resolución 0112 de 2012. República de Colombia. 2012.
- 33 Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006. por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2006 abril. Diario Oficial 46230 de Abril 3 de 2006.
- 34 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. República de Colombia. 2019.

- 35 Batista J, De Almeida Cruz ED, Taporosky Alpendre , Munhoz da Rocha DJ, Borges Brandao , Sanches Maziero EC. Prevalencia y evitación de eventos adversos quirúrgicos en el hospital de enseñanza de Brasil. Revista Latinoamericana Enfermagem. 2019.
- 36 Bautista LM, Parada Rico DA, Ballesteros N, Rodríguez J, Ornella Carreño Z, Guampe Bayona L, et al. Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. Revista Ciencia y Cuidado. 2011 Diciembre; 8(1).
- 37 Lancis ML, Asenjo C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. Revista de Calidad Asistencial. 2013 Marzo - abril; 29(2).
- 38 Pérez Zapata AI, Gutiérrez Samaniego , Rodríguez Cuellar , Andrés Esteban EM, Gómez de la Cámara , López PL. Detección de efectos adversos en cirugía general mediante la aplicación de la metodología "Trigger Tool". Cirugía Española. 2015 Febrero; 93(2).