



Fecha de recepción: diciembre 22 de 2022
Fecha de aceptación: mayo 15 de 2023

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.39.03.620.112>

Incidencia de eventos adversos prevenibles en servicios de hospitalización de una clínica de la ciudad de Sincelejo (Colombia)

Incidence of preventable adverse events in the hospitalization services of a Clinic from Sincelejo city (Colombia)

FRANK DE HOYOS-CASTRO¹, MARÍA YAQUELIN EXPÓSITO-CONCEPCIÓN²,
DIANA CAROLINA DÍAZ-MASS³, YASMIN SALAZAR-GRAU⁴

¹ Especialista en enfermería del cuidado neonatal y maestrante en Enfermería, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. Profesor Corporación Unificada Nacional de Educación Superior (CUN). <https://orcid.org/0000-0002-5605-6420>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001837356. frankdehoyos79@gmail.com

² Doctora en Ciencias de la Enfermería. Investigador Sénior Minciencias. Profesor Departamento de Enfermería, División Ciencias de la Salud, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-8933-8221>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001614524. mexposito@uninorte.edu.co

³ Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Profesor Departamento de Enfermería, División Ciencias de la Salud, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-1972-3220>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001401304. dmass@uninorte.edu.co

⁴ Especialista en Gerencia de la calidad y Auditoría en salud, Corporación Universitaria del Caribe (CECAR). <https://orcid.org/0000-0002-4282-9146>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001370734. ygrau2021@gmail.com

RESUMEN

En la actualidad, un parámetro importante de satisfacción del cliente en las IPS es la seguridad. Anualmente se reportan 134 millones de eventos adversos (EA) debido a la atención insegura, lo que ocasiona un gran número de muertes y aumento en los costos de la atención.

Objetivo: Estimar la incidencia de eventos adversos prevenibles en los servicios de hospitalización de una clínica de la ciudad de Sincelejo (Colombia) en 2021.

Métodos: Estudio de incidencia en 360 historias clínicas de pacientes ingresados en los servicios de hospitalización durante los meses de enero a junio de 2021 en una clínica de la ciudad de Sincelejo, Colombia. Se aplicó la Guía de Cribado para búsqueda de indicios de Eventos Adversos (EA); a los pacientes con cribado positivo se les aplicó el módulo A de identificación de EA, contenido en el formulario modular para revisión retrospectiva de casos. Se realizó análisis descriptivo y evaluación de asociaciones.

Resultados: Se obtuvieron 54 indicios de EA, la incidencia fue de 6,11 % de EA prevenibles, la mayoría de estos moderados 54,5 % y severos 31,8 %. La especialidad con mayor incidencia fue Medicina Interna (45,5 %), seguido de las especialidades quirúrgicas 36,4 %; Cabe resaltar que el 54,5 % de los eventos estuvo relacionado con factores de riesgo extrínsecos.

Conclusiones: Este es el primer estudio realizado en la institución y permitió identificar la incidencia de eventos adversos prevenibles a través de la Guía de Cribado para la revisión retrospectiva de las historias clínicas, que mostró ser una herramienta útil para este fin.

Palabras clave: eventos adversos, guía de cribado, historias clínicas, hospitalización, incidencia, seguridad.

ABSTRACT

Currently, an important parameter of customer satisfaction in HPI is health safety. It is reported annually 134 million of adverse events (AE) due to unsafe attention, which causes large numbers of deaths and increased costs of care.

Objective: The research estimates the incidence of preventable adverse events in the hospitalization services of a Clinic from Sincelejo city in 2021.

Methods: Study of incidence in 360 clinical records of patients admitted to the hospitalization service from January to June of 2021 in a Clinic from Sincelejo city, Colombia. The Screening Guide was applied to search for signs of adverse events (AE); Module A for the identification of AE, contained in the modular form for retrospective review of cases, was applied to patients with positive Screening Guide. Descriptive analysis and evaluation of associations were performed.

Results: 54 signs of AE were obtained, the incidence was of 6.11 % of preventable AE, most of these moderate 54.5 % and severe 31.8 %. The specialty with most incidence was Internal Medicine (45.5 %), followed by surgical specialties 36.4 %; It should be noted that 54.5 % of the events were related to extrinsic risk factors.

Conclusions: This is the first study carried out in the institution and it allowed us to identify the incidence of preventable adverse events through the Screening Guide for the retrospective review of medical records, which proved to be a useful profiling tool for this purpose.

Keywords: adverse events, screening guide, medical records, hospitalization, incidence, health safety.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, uno de los parámetros principales de satisfacción del cliente en las instituciones de salud es la seguridad, definida como las acciones que se implementan para prevenir los daños causados al paciente y sus familiares durante la prestación de los servicios por parte de las entidades de atención médica y sus profesionales, y que no se deben a los aspectos fisiopatológicos del paciente (1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que cada año ocurren 134 millones de eventos adversos (EA) debido a la prestación de atención médica insegura en hospitales de mediano y bajos recursos en los distintos países, y que sumado demuestra una falta de cultura hacia la seguridad del paciente por parte de los profesionales de la salud. Como consecuencia, los EA han generado cerca de 2.6 millones de muertes anuales en todo el mundo, y aumento de los costos adicionales en términos materiales, asociados a la compensación del paciente, debido a las deficiencias relacionadas con la seguridad de este (4).

Los EA son un indicador revelador del resultado final de la atención y muestran, como ningún otro, cuál es la calidad de atención en la institución. En Colombia, según un estudio realizado en 2006, la incidencia de EA en los hospitales estudiados fue de 4.6 % y aproximadamente, el 60 % de los eventos presentados eran prevenibles (4), mientras que entre 2014 - 2017 se reportaron tasas de EA de 29,7 casos por cada 1000 pacientes hospitalizados (5). Por ello, las instituciones prestadoras de salud (IPS), direccionadas por los entes reguladores a nivel local y nacional en Colombia,

basándose en protocolos e investigaciones internacionales, establecen políticas direccionadas a la reducción considerable de EA y a la mejora en la prestación en los servicios de salud. En este sentido, se debe continuar el trabajo para garantizar una mejora sustancial en la seguridad del paciente y minimizar la incidencia de EA prevenibles (6).

Además, se debe crear una cultura de seguridad que incida positivamente en la atención y evolución del paciente, y asegure una comunicación basada en la confianza mutua, la conciencia común sobre la importancia de la seguridad y la convicción sobre la eficacia de las medidas preventivas (7). Todo ello para ofrecer el mejor servicio posible, sin generar perjuicios al paciente, ni más gastos al sistema de salud. Dentro de esta práctica es relevante el reporte de los EA, ya que permiten identificar, analizar y prevenir futuros fallos (8).

En correspondencia con lo expresado, este estudio tuvo como objetivo estimar la incidencia de eventos adversos prevenibles en los servicios de hospitalización de una Clínica de la ciudad de Sincelejo durante 2021.

MÉTODOS

Estudio de incidencia, que incluyó a pacientes ingresados en los servicios de hospitalización durante enero a junio de 2021 en una clínica del sector privado de la ciudad de Sincelejo.

A las historias clínicas se les aplicó la Guía de Cribado para búsqueda de indicios de EA adaptada por los investigadores del estudio INEVAS de la ciudad de Bucaramanga (Colombia) en 2013 (9). Para los pacientes cuyas historias clínicas tenían resultado de cribado positivo, se le aplicó el módulo A de identificación de EA, contenido en el Formulario modular para revisión retrospectiva de casos (Modular Review Form; MRF2, del Estudio Eneas de 2005) (10); en el estudio INEVAS, este instrumento fue utilizado en una prueba piloto para realizar validez facial y de contenido y ser utilizado en el contexto local (9).

La muestra fue de 360 historias clínicas, la cual se calculó sobre la fórmula de proporciones, con un universo conocido (5494 pacientes) y sustentado estadísticamente en un margen de error de 0,05, intervalo de confianza (IC) del 95 %, proporción de ocurrencia de eventos adversos del 50 % (sin evidencia de resultado estadístico de proporción para la región) (11). Como criterio de inclusión se consideró una estancia hospitalaria mayor a 72 horas, teniendo en cuenta que es el tiempo mínimo para que se pueda desencadenar una infección asociada al cuidado de la salud (12).

Principales variables de estudio

- Evento Adverso (EA): todo daño inesperado causado al paciente relacionado con la atención en salud, por intervención asistencial y/o administrativa mas no por su patología de base y que puede desencadenar en este incapacidad, lesiones, prolongación de la estancia hospitalaria o fallecimiento (13).
- Incidente: evento o circunstancia dentro de la atención de un paciente que no le genera daño pero que tiene implícito fallas en el proceso de atención; complicación que se considera un daño no esperado atribuible a la enfermedad o factores propios del paciente, mas no a la atención en salud (14).
- Evento Adverso Relacionado (EAR): término desarrollado en esta investigación para clasificar los EA que no se encontraron directamente en los indicios de la Guía de Cribado sino después de analizar un incidente o una complicación.

Las variables sociodemográficas y clínicas en el estudio fueron: edad, sexo, días de estancia hospitalaria, y especialidad tratante, como criterios importantes para la asociación con el resto de las variables del estudio (13).

En cada uno de los pacientes representados en la historia clínica seleccionada se evaluó, de acuerdo con la Guía de Cribado, la existencia de factores de riesgo que estuvieran relacionados con la aparición de eventos.

- Factores intrínsecos (FI): se definen como aquellos aspectos fisiopatológicos.
- Factores extrínsecos (FE): los relacionados con procedimientos realizados y/o dispositivos instalados durante la estancia hospitalaria.

Indicio de Evento Adverso

Al aplicar la Guía de Cribado, uno de los criterios importantes se refiere a la valoración en la historia clínica de la existencia de aspectos que sugieran un acercamiento a la presencia de EA, pero que no se determina en la valoración inicial, sino en un análisis posterior del evento presentado. Al detallar el indicio, se puede encontrar eventos adversos, incidentes, complicaciones o eventos adversos relacionados.

Caracterización del evento adverso

Al identificar de manera precisa la existencia del EA, se clasifican de acuerdo con la posibilidad de prevención, teniendo como dimensiones “prevenibles y no prevenibles”, lo cual se determinó basado en las características definatorias del evento que esboza la literatura científica. Como segunda clasificación tenemos el grado de afectación, en el cual se incluyen las dimensiones “leve, moderado y severo”, donde “leve” es aquel que ocasiona lesión sin prolongación de la estancia hospitalaria, “moderado” es el que ocasiona prolongación de la estancia al menos de 1 día de duración, y “severo” cuando se ocasiona fallecimiento, incapacidad al egreso o el requerimiento de una intervención quirúrgica (9).

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, lo que permitió recopilar la información observada en frecuencias absolutas y relativas (porcentaje), medidas de tendencia central y de dispersión. Para determinar la asociación entre las variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student, contenida en el mismo programa, en la que se consideró $p < 0,05$ como significativo. Se diseñó una plantilla en Excel para la consolidación de la información según las variables de interés.

El estudio se condujo basado en los principios de la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano, en esta última la investigación es considerada sin riesgo, sin embargo, se tuvo en cuenta los principios bioéticos de autonomía y confidencialidad que amparan a los pacientes cuyas historias clínicas se utilizaron en el estudio. Así mismo, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Corporación Unificada de Educación Superior y la autorización del Comité de Historias Clínicas de la institución, como organismo encargado en esta entidad de vigilar la correcta utilización de los datos contenidos en las historias clínicas, los cuales, a su vez, fueron consolidados en la planilla de Excel sin los datos personales de los pacientes.

RESULTADOS

Se revisaron 360 historias clínicas de los pacientes que ingresaron a los diferentes servicios de hospitalización de la Clínica en el periodo de estudio. La edad media fue de 45 años, pero con una alta variabilidad (DE +/- 25 años), lo cual es predecible al observar en la muestra como valor mínimo < 1 año y como máximo 102 años. El sexo mostró una paridad entre masculinos (182) y femeninos (178), respectivamente, al igual que la presentación de factores de riesgo en los pacientes. El servicio de Medicina Interna hospitalizó al 52 % (189) de los pacientes que se analizaron en el

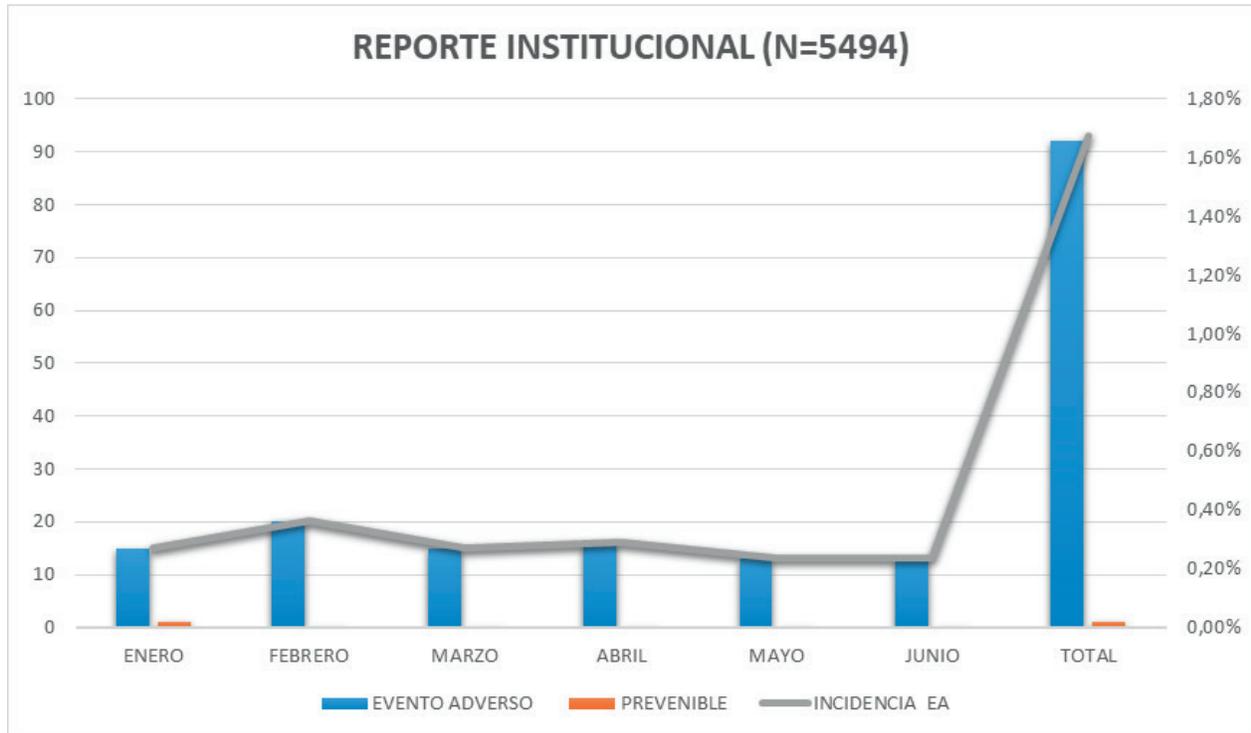
estudio. Los días de estancia hospitalaria también mostraron una amplia dispersión (DE +/- 6,7) con relación a la media de 8,4 días. El 55 % (200) de los pacientes presentaba factores de riesgo que estuvieron relacionados con la aparición de eventos (tabla 1).

Tabla 1. Características de los pacientes estudiados

Variable Sociodemográfica	Total	p
	n= 360	
Edad en años (Media +/- DE)	45 +/- 25	NS
Sexo n (%)		< 0,01
Masculino	182 (50,6%)	
Femenino	178 (49,4%)	
Días de estancia hospitalaria (Media +/- DE)	8,4 +/- 6,7	NS
Especialidad tratante n (%)		< 0,05
Ginecología	43 (12%)	
Quirúrgicas	61 (17%)	
Medicina Interna	189 (52%)	
Pediatría	42 (12%)	
Otras	27 (8%)	
Factores de riesgo n (%)		< 0,05
Sin FR	160 (45%)	
Con FR	200 (55%)	

Fuente: elaboración propia.

En el 15 % (54) de las historias clínicas de los pacientes que estuvieron hospitalizados se encontró indicios de EA, lo que motivó el análisis de estas y la aplicación del módulo A del formulario para revisión retrospectiva. Se pudo determinar que la incidencia de los Eventos Adversos 7,7 % (EA, EAR y 2º EA) estuvo equilibrada con la sumatoria entre incidentes y complicaciones (Inc/Comp.), lo que contrasta con el reporte institucional, en el que se tiene una incidencia en el mismo periodo del 1,6 % (gráfica 1).



Fuente: datos archivos institucionales.

Gráfica 1. Reporte de EA institucionales

En el 14,8 % de las historias revisadas se identificó que la aparición de EA corresponde en primer lugar a cualquier infección asociada al cuidado de la salud, seguido por el reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 20 días (11,1%). Se apreció que las estancias prolongadas por fallas en el proceso de atención (22,2 %), junto con los traslados no programados a unidad de cuidados especiales (intensivos e intermedios), en el 14,8 % fueron las causas más importantes de aparición de incidentes y complicaciones (tabla 2).

Tabla 2. Aplicación de guía de Cribado

Indicios de Eventos Adversos en la Historia Clínica*	Total n=360	Clasificación (n=54)			2do EA (n= 54)
		Inc/Comp	EA	EAR	
1. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 20 días.	9 (2,5%)	2 (3,7%)	6 (11,1%)	1 (1,9%)	-
5. Traslado de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados especiales inesperado o no programado.	12 (3,3%)	8 (14,8%)	3 (5,5%)	1 (1,9%)	-
7. Tras la realización de un procedimiento, se produjo una lesión en un órgano o sistema que precisó la indicación de un tratamiento o intervención quirúrgica.	2 (0,6%)	-	2 (3,7%)	-	-
14. Daño o complicación relacionado con aborto, amniocentesis, parto o parto.	2 (0,6%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	-	-
17. Algún daño o complicación relacionada con cirugía ambulatoria o con un procedimiento invasivo que resultaran en ingreso o tratamiento de urgencia no programado.	1 (0,3%)	-	1 (1,9%)	-	-
19. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos, materiales o medicamentos.	2 (0,6%)	2 (3,7%)	0	-	-
21. Flebitis en sitios de venopunción relacionada o no con aplicación de medicamentos.	1 (0,3%)	-	1 (1,9%)	-	-
23. Paciente con diagnóstico de apendicitis aguda que no son atendidos quirúrgicamente después de 12 horas de realizado el diagnóstico.	1 (0,3%)	-	1 (1,9%)	-	-
24. Cualquier tipo de infección asociada al cuidado de la salud.	8 (2,2%)	-	8 (14,8%)	-	2 (3,7%)
25. Estancia prolongada por fallas en el proceso de atención ligado al modelo de atención o los profesionales de salud.	12 (3,3%)	12 (22,2%)	-	-	-
26. Estancia prolongada por demora en la autorización de actividades, procedimientos, remisiones e intervenciones que afectan la salud del paciente.	4 (1,1%)	3 (5,6%)	-	1 (1,9%)	-
Total Indicios encontrados (n=360)	54 (15%)	28 (7,7%)	23 (6,3%)	3 (0,8%)	2 (0,6%)

* Adaptado de la Guía de Cribado del proyecto INEVAS 2013 (Ver metodología). **Inc/Comp**: Presencia de incidentes o complicaciones al revisar el indicio. **EA**: Evento Adverso. **EAR**: Evento Adverso Relacionado (Ver metodología)

Fuente: Elaboración propia

El 35,7 % (10) de los EA identificados corresponden a infecciones asociadas al cuidado de la salud, seguidos de las lesiones tras intervención quirúrgica y tratamiento médico ineficaz, con 14,3 % (4), respectivamente. La incidencia de EA prevenibles fue de 6,11 % (n=360, IC 95 %, p=0,02) (tabla 3).

Al caracterizar los EA prevenibles (tabla 4), de acuerdo con la severidad, el 54,5 % (12) se clasifican como eventos moderados, que son los que ocasionan prolongación de la estancia, y el 31,8 % (7) como eventos severos, que este estudio fueron causante del requerimiento de una intervención quirúrgica. Se identificaron 27 factores intrínsecos (FI) y 22 factores extrínsecos (FE), en la que el

54,5 % (12) de los eventos estuvo relacionado con factores de riesgo extrínsecos, entre los que se encuentran: instalación de dispositivos urinarios, catéter central y la realización de procedimientos quirúrgicos; la especialidad que presentó más eventos fue Medicina Interna 45,5%.

De los 22 EA prevenibles, 13 (59,1%) no fueron descritos en los diagnósticos de egreso, y solo 1 de estos fue reportado a la oficina de seguridad del paciente de la institución. Al observar la incidencia de EA reportados institucionalmente, se aprecia que no se realizó una descripción clara y concluyente en las historias clínicas de la aplicación de los procesos de calidad establecidos.

Tabla 3. Identificación de EA prevenibles

(n= 28)	Total	Prevenibles
	p (< 0,01)	p (< 0,05)
Infección asociada al cuidado	10 (35,71%)	10 (35,71%)
Daño o lesión tras intervención quirúrgica	4 (14,29%)	3 (10,71%)
Error de diagnóstico	2 (7,14%)	2 (7,14%)
Flebitis en sitio de venopunción	3 (10,71%)	3 (10,71%)
Daño o lesión por procedimiento	2 (7,14%)	1 (3,57%)
Neumonitis aspirativa	1 (3,57%)	1 (3,57%)
Óbito fetal	1 (3,57%)	1 (3,57%)
Retraso en el diagnóstico	1 (3,57%)	1 (3,57%)
Tratamiento médico ineficaz	4 (14,29%)	-
Incidencia EA prevenibles (n=360)		22 (6,11%)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Caracterización del Evento Adverso

Variable (n=360) 22 (6,11%)	Prevenible 6 (1,67%)	No prevenible n=28	Total	p
Severidad (n=22)				< 0,05
Leve	3 (13,6%)	-	3 (10,3%)	
Moderado	12 (54,5%)	4 (57,1%)	16 (55,2%)	
Severo	7 (31,8%)	2 (42,9%)	9 (34,5%)	
Reporte institucional (n=22)				> 0,05
Reportado	1 (4,5%)	1 (14,3%)	2 (6,9%)	
No reportado	21 (95,5%)	5 (85,7%)	26 (93,1%)	
Diagnosticado al egreso (n=22)				< 0,05
Sí	9 (40,9%)	-	9 (31%)	
No	13 (59,1%)	6 (100%)	19 (69%)	
Especialidad (n=22)				< 0,05
Medicina Interna	10 (45,5%)	4 (71%)	14 (52%)	
Quirúrgicas	8 (36,4%)	2 (29%)	10 (34%)	
Otras	4 (18,2%)	-	4 (14%)	
Estancia en días (Media) (n=22)	14,4	10	13,3	
Factor de Riesgo (n=22) *				< 0,05
Sin FR	8 (36,4%)	4 (71%)	13 (48%)	
Intrínseco	2 (9,1%)	1 (14%)	3 (10%)	
Extrínseco	12 (54,5%)	1 (14%)	12 (41%)	

* Hace referencia al factor de riesgo que tiene relación con el EA.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los estudios sustentan una prevalencia de eventos adversos a nivel mundial cercana al 10 % (14), constituyéndose en uno de los criterios más importantes en la evaluación de la seguridad del pa-

ciente a nivel intrahospitalario. Dentro de este amplio grupo, los eventos prevenibles o evitables tienen una incidencia entre 58 – 70 % de los EA reportados (15).

En correspondencia, en este estudio el mayor porcentaje de aparición de EA corresponde a cualquier infección asociada al cuidado de la salud. Villarreal et al. (16) en un estudio realizado el contexto nacional reportan que los EA tuvieron una incidencia del 33 % en el servicio de hospitalización y el 41,6 % fueron prevenibles, resultados que difieren de este estudio.

Los EA prevenibles han sido estudiados desde sus características, y el análisis converge en que existen dificultades para el establecimiento y cumplimiento de los protocolos de atención, la mayoría relacionados con la incidencia de infecciones asociados a la atención en salud (IAAS) y con los procedimientos quirúrgicos, en los cuales se demuestra que en un 31 % son prevenibles (17).

De igual modo, los principales eventos identificados en este estudio corresponden a IAAS (flebitis y daños tras intervención quirúrgica). Este tipo de eventos tienen un gran impacto asistencial, económico y social (18). Las IAAS se han constituido en uno de los EA prevenibles de mayor importancia, partiendo de una incidencia en Latinoamérica en 2010 del 5 - 10 % de los ingresos hospitalarios (19), que se ha mantenido estable, con un 5 -12 %, para 2019 (20); incluso, según cifras de la OMS, las infecciones asociadas al cuidado afectan a cerca de 1,4 millones de personas a nivel global, y en los países en desarrollo estas cifras pueden aumentar de 2 -20 veces (21). Para el caso de la flebitis, el resultado obtenido es superior a la incidencia reportada internacionalmente, que se reporta en 1,38 % del total de los pacientes atendidos y en la que gran parte data de eventos ocurridos en la administración de medicamentos e infusiones (22).

La evaluación del nivel de prevención en las intervenciones quirúrgicas es difícil de establecer, sabiendo que en estos procedimientos intervienen una serie de factores del paciente y del procedimiento como tal. Se ha encontrado: utilización de equipos, insumos, y/o tecnología especial, personal multidisciplinario, entre otros, que ayudan a la existencia de un riesgo mayor de presentarse un EA (23).

Con relación a la severidad, es superior la incidencia de EA moderados y severos, teniendo como medidor el aumento de los días de estancia hospitalaria, discapacidad y necesidad de intervención quirúrgica. En los estudios reportados es relativa la incidencia de cada uno de estos; al estudiar EA quirúrgicos, refieren que la mayoría fueron leves, sin consecuencias graves, y con una incidencia

de discapacidad permanente de un 4 % (24), mientras que en EA relacionados con medicamentos, la mayor parte fueron moderados (61,17 %), que sumado a los graves superaron en un amplio margen a los eventos leves (25).

Los factores de riesgo extrínsecos causan mayor impacto en la presentación de los EA prevenibles, entre los cuales se puede mencionar el uso de catéteres venosos y urinarios, la realización de procedimientos quirúrgicos, entre otros. Al igual que en otros estudios, la especialidad con la que más se relacionan los eventos adversos y los factores de riesgo es Medicina Interna; esto obedece a que la estancia hospitalaria por lo general es mayor a 7 días en estos pacientes (26); por lo tanto, las estancias prolongadas son un indicador negativo en la calidad de la prestación de los servicios de salud y la seguridad del paciente, ya que disminuyen la rotación de camas hospitalarias y aumentan la incidencia de EA asociados al uso de dispositivos como catéter venoso periférico y sondas urinarias (27).

Todo lo anterior hace evidente la importancia de brindar una atención de calidad; en especial por parte de los profesionales de enfermería, quienes son los que están más tiempo con el paciente. Como lo evidencia la literatura científica, los EA con mayor prevalencia están relacionados, en su mayoría, con el cuidado directo al paciente. Por tal motivo, el profesional de enfermería debe establecer estrategias para fortalecer y mejorar los procesos relacionados con la aplicación de protocolos, comunicación y una política de recursos humanos (28).

Por otro lado, se identificó un índice muy bajo en el reporte de los EA, lo cual es una preocupación general en las instituciones asistenciales, y que se debe, entre otras causas, al temor que genera en los trabajadores las sanciones o represalias de la institución; esta visión deja entrever la necesidad de una cultura de seguridad y el fortalecimiento de las políticas institucionales (29). Se requiere trabajar para que se comprenda que el reporte podría mejorar la calidad y que la seguridad del paciente sea eficaz, que no implicaría represalias y que garantizaría que todos conocen el sistema.

Se concluye que la incidencia de EA prevenibles es de 6,11 %. De los eventos identificados en el estudio, la mayoría corresponde a IAAS, flebitis y daños tras intervención quirúrgica.

Además, en el proceso de análisis de la información se evidenciaron fallas en la calidad de los datos reportados en las historias clínicas, no coherentes con las recomendaciones del Ministerio de Salud de Colombia en la Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (30).

La Guía de Cribado para la revisión retrospectiva de las historias clínicas mostró ser una herramienta útil en la determinación de EA prevenibles en los servicios de hospitalización, la cual se encuentra estructurada bajo estándares internacionales y validada en Colombia, lo que se constituye en una alternativa para la institución en el fortalecimiento de su programa de seguridad del paciente.

Cabe resaltar que la historia clínica no es el único recurso que se puede utilizar en el análisis de los eventos adversos, por lo que se recomienda, además de la aplicación de la Guía, el establecimiento de estrategias que motiven al reporte de los EA asistenciales y administrativos, para que el análisis se realice de una manera oportuna.

Conflicto de intereses: ninguno.

Agradecimientos: a la institución que otorgó el aval para realizar el estudio y a las personas que fueron atendidas en la institución, a las cuales pertenecen las historias clínicas revisadas.

REFERENCIAS

1. Kim L, Lyder C, McNeese - Smith D, Leach L, Needleman J. Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *J Adv Nurs*; 2015; 71; 2490-2503. Disponible en: <https://bit.ly/3rbOOVn>.
2. Seher U, Seda C. Patient Safety Attitude of Nurses Working in Surgical Units: A Cross-Sectional Study in Turkey. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2020; 35(6): 671-675. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.03.012>.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente. 13 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2ZzQRHq>.
4. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagón N, Forero-Supelano V, Santofimio-Sierra D, Altahona H. Incidencia y Evitabilidad de Evento Adverso en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2006. *Rev. Salud Pública*. 2008; 10(2): 215-226. Disponible en: <https://bit.ly/3wrZPTE>.
5. García-Bermúdez R, Herrera-Rodríguez C. Prevalencia de eventos adversos en pacientes hospitalizados en institución de alta complejidad de Neiva años 2012 a 2017. *Cina Research*. 2018; 2 (1). Disponible en: <https://lc.cx/cep5f->.

6. Moloney W, Boxall P, Parsons M, Cheung G. Factors predicting Registered Nurses' intentions to leave their organization and profession. A job demands-resources framework. *J Adv Nurs*. 2018; 74: 864-875. Disponible en: <https://bit.ly/3nUxPVs>.
7. Tamara Kear, Ulrich, B. Patient safety and patient safety culture in nephrology nurse practice settings: issues, solutions, and best practices. *Nephrol Nurs J*. 2015; 42: 113-122. Disponible en: <https://bit.ly/3cXaRa2>.
8. Wagner A, Rieger MA, Manser T, Sturm H, Hardt J, Martus P et al. Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. *BMC health services research*. 2019 [citado 27 sep 2021];19(1):53. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3862-7> [Links].
9. Gutiérrez- Zehr J, Serpa- Pérez P, Paredes- Gómez C. Prueba piloto de detección de indicios de eventos adversos en seis meses y análisis de incidencia y costos de un mes con metodología IBEAS adaptada en el servicio de hospitalización de una institución de salud. *Repositorio Universidad de Santander*; 2013. Disponible en: <https://bit.ly/3ct0aeX>.
10. Lancis-Sepúlveda M, Asenjo-Araya C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014; 29(2): 78-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.10.003>.
11. Fajreldines A, Schnitzler E, Torres S, Panattieri N, Pellizzari M. Medición de la incidencia de eventos adversos atribuidos a la atención sanitaria en un Departamento de Pediatría de un hospital universitario. *Arch. argent. Pediatr*. 2019: 106-109. Disponible en: <https://bit.ly/3curxVV>.
12. Coronell W, Rojas J, Escamilla M, Manotas M, Sánchez M. Infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Precop SCP*. 2010; 9(3): 30-9. Disponible en: <https://bit.ly/3oYcrha>.
13. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T, EVADUR- SEMES grupo de trabajo. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010; 22(6): 415-28. Disponible en: <https://bit.ly/3cQSUD1>.
14. Estrada - González C, González - Restrepo, L. Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018; 44 (3): 1-14. Disponible en: <https://bit.ly/3D1rpYS>.
15. Zárate-Grajales R, Salcedo-Álvarez R, Olvera-Arreola S, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López M et al. Eventos adversos em pacientes hospitalizados relatados por enfermagem: um es-

- tudo multicéntrico no México. *Enfermería universitaria*. 2017; 14(4): 277-285. Disponible en: <https://bit.ly/3FQA2HI>.
16. Villarreal - Cantillo E, Lozano - Brun W, Mendoza- Ballesteros S, Hernández- Montenegro N, Olarte-Fernández A. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2014; 30 (3): 381 - 391. Disponible en: <https://bit.ly/31auJnw>.
 17. Castillo- Lamas L, Cabrera- Reyes J, Sánchez- Maya A, Miranda- Veitia V, Denis- Delgado D. Seguridad en cirugía mayor. Experiencia de cinco años. *Revista Médica Electrónica*. 2017; 39(5), 1033-1040. Disponible en: <https://bit.ly/3lctmeW>.
 18. Díaz C, Lerena-Giordano R, Peralta N, Tiseira P. Autoevaluación de programas de prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2018; 9(37): 43-46. Disponible en: <https://bit.ly/3xs0unX>.
 19. Pérez- Montoya L, Zurita- Villarroel I, Pérez- Rojas N, Patiño-Cabrera N. Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, Manejo Actual y Prevención. *Rev Científica Cienc Médica*. 2010; 13(2):90-4. Disponible en: <https://bit.ly/3cVebm0>.
 20. González - Cano J, Noriega - Verdugo D, Escariz - Borrego L, Mederos - Molina K. Incidencia de factores de riesgo en infecciones asociadas a la atención de salud en pacientes críticos. *San Gregorio*. 2019; 31: 110-117. Disponible en: <https://bit.ly/3FORZGs>.
 21. Barrero - Garzón L, Rivera-Vargas S, Villalobos- Rodríguez A. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en salud pública infecciones asociadas a dispositivos, 2020. *INS*. Disponible en: <https://bit.ly/32I4gyp>.
 22. Souza- Urbanetto J, Grassmann- Peixoto C, Amanda- May T. Incidence of phlebitis associated with the use of peripheral IV catheter and following catheter removal. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2016; 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0604.2746>.
 23. Arteaga- Soto M. Relación entre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la gravedad de los efectos adversos en pacientes del servicio de neurocirugía del Hospital Honorio Delgado Espinoza. *Repositorio UNAS*; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3D2ipCO>.
 24. Carrillo I, Mira J, Astier-Peña M, Pérez-Pérez P, Caro-Mendivelso J, Olivera G et al. Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y

- gravedad. *Atención Primaria*; 2020. doi:10.1016/j.aprim.2020.02.008. Disponible en: <https://bit.ly/3170tJP>.
25. Mollar-Maseres J, Aranaz-Andrés J, Martín-Moreno J, Miralles-Bueno J, Requena-Puche J, Martínez-Morel H, Luján-Tolosa, M. Eventos adversos relacionados con la medicación en los hospitales de la Comunidad Valenciana. Estudio EPIDEA 2005-2013. *Revista Española de Quimioterapia*. 2017; 30(5). Disponible en: <https://bit.ly/3p6I5t5>.
26. Parcon-Bitanga M, Rodríguez-Díaz J, Ulloa-Meneses C, Morales-Cangas M. Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2019; 23(6): 738-747. Disponible en: <https://bit.ly/3DZwBhj>.
27. Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo P, Jaén-Posada J. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*; 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>. Recuperado en: <https://bit.ly/3xsdoT3>.
28. Achury-Saldaña D, Rodríguez S, Díaz J, Cavallo E, Zárate-Grajales R, Vargas-Tolosa R, De las Salas R. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería global*. 2016; 15(2): 324-340. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.2.215791>.
29. Navarro- Maldonado X, Pereira- do Nascimento E, Delacanal-Lazarri D. Profesionales de enfermería y la notificación de los eventos adversos. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2020; 29. Disponible en: <https://bit.ly/3xsAgBG>.
30. Minsalud. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Bogotá, 11 de junio de 2008. Disponible en: <https://bit.ly/3oJ1ZKA>.