

INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA DURANTE LOS TRASLADOS INTERNOS
DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A OTROS SERVICIOS

ADA MARGARITA AGUIRRE ALZATE
ISABEL CRISTINA LIZCANO BEDOYA
DAVID ALEJANDRO OSORIO MARTINEZ
NATHALIA VARGAS VIDALES
MATEO ZULUAGA GÓMEZ

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE IPS
OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2020

INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA DURANTE LOS TRASLADOS INTERNOS
DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A OTROS SERVICIOS

ADA MARGARITA AGUIRRE ALZATE
ISABEL CRISTINA LIZCANO BEDOYA
DAVID ALEJANDRO OSORIO MARTINEZ
NATHALIA VARGAS VIDALES
MATEO ZULUAGA GÓMEZ

Monografía para optar por el título de especialista en gerencia de IPS

Asesora
ELIZABETH CRISTINA GAVIRIA GAVIRIA

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE IPS
OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2020

Nota de Aceptación

Medellín, 09 de octubre de 2020

A nuestros pacientes, quienes
deben ser pensados desde la
empatía y primordialmente desde
los principios bioéticos de la
beneficencia y no maleficencia.

A ellos, basados en la firme
convicción de ser el centro de la
atención y el cuidado de la salud.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primordialmente a Dios por darnos la bendición de formarnos para servir, a la Universidad CES por permitir el desarrollo de nuestras ideas y propender por la excelencia de sus profesionales, a nuestras familias que son el motor que nos inspira a ser mejores y a nuestra docente asesora Elizabeth Cristina Gaviria Gaviria por la paciencia y gran apoyo en la realización de esta monografía, en tiempos de pandemia, un reto significativo y un desafío para nuestras profesiones del área de la salud.

CONTENIDO

	Pág.
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	14
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2. JUSTIFICACIÓN	17
2. REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	20
2.1. NORMATIVA DE INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA.	20
2.2. GENERALIDADES DE TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS	20
2.3. DEFINICIONES	21
3. OBJETIVOS	23
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	23
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4. METODOLOGÍA.....	24
4.1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS DE BÚSQUEDA	24
4.1.1. Metodología de la investigación	24
4.1.2. Diseño	24
4.1.3. Fuente de la información	24
4.1.4. Obtención de la información.....	24
4.1.5. Idioma de información	24
4.2. TÉCNICAS DE BÚSQUEDA	25
4.2.1. Técnica.....	25
4.2.2. Población de referencia.....	25
4.2.3. Muestra	25
4.2.4. Criterios de inclusión	25
4.2.5. Criterios de exclusión	26
4.3. PROCESO DE ORDENAMIENTO Y SELECCIÓN DEL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO.....	26

4.4. PLAN DE EVALUACIÓN, ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS E INTERPRETACIÓN DEL MATERIAL	26
4.5. PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS	26
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	28
6.1. CRONOGRAMA	28
6.2. PRESUPUESTO	29
7. RESULTADOS	31
7.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA	31
7.2. INCIDENCIA DE INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA	36
7.2.1. Incidencia de indicios de atención insegura en el mundo	36
7.2.2. Seguridad del paciente Colombia.....	39
7.3. TRAYECTOS INTRAHOSPITALARIOS DESDE URGENCIAS.....	41
7.4. CLASIFICACION DEL RIESGO PARA EL TRANSPORTE HOSPITALARIO	42
7.5. CONDICIONES Y FACTORES DE RIESGO PARA QUE OCURRAN INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA EN URGENCIAS DURANTE LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS	45
7.5.1. Asociados con el desconocimiento o falta de especialistas en servicios de urgencias.....	46
7.5.2. Presión asistencial y la aparición de los errores.....	47
7.5.3. Horarios de trabajo.....	47
7.5.4. Clasificación del triage	47
7.5.5. Cambios de turno	47
7.5.6. Riesgos del transporte	48
7.5.7. Sistema de clasificación del riesgo en el traslado	48
7.6. METAS DE SEGURIDAD RELACIONADOS CON LOS TRASLADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	49
7.7. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA.....	50

7.7.1. Herramientas para la evaluación de indicios de atención insegura en el medio hospitalario	51
7.7.2. Protocolo de Londres	52
7.7.3. Análisis de causa raíz (análisis de ruta causal)	54
7.7.4. Análisis de modo y efecto de fallas (AMEF)	55
7.8. ESTRATEGIAS PROPUESTAS PARA EVITAR INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA EN URGENCIAS DURANTE LOS TRASLADOS.....	56
8. CONCLUSIONES.....	61
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
10. ANEXOS.....	73

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Escala de riesgo durante el transporte intrahospitalario.....	43
--	----

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Análisis del problema.....	17
Figura 2. Modelo organizacional de accidentes	53

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Listado de Chequeo traslado intrahospitalario. Complejo Universitario Albacete.....	73
Anexo 2. Hoja de registro de traslado intrahospitalario. Complejo Universitario Albacete.....	74

RESUMEN

Los indicios de atención insegura hacen referencia a acontecimientos o circunstancias que alertan acerca del aumento del riesgo de ocurrencia de incidentes o eventos adversos. Se propuso hacer una descripción sobre los indicios de atención insegura en relación con el traslado de los pacientes desde Urgencias hacia otros servicios, información que podría ser de vital utilidad en los efectos que esto pueda tener en la seguridad del paciente, que es uno de los pilares sobre los que han venido trabajando diferentes organizaciones internacionales del área de la Salud.

Para obtener los datos se realizó una revisión bibliográfica tomando en cuenta diferentes bases de datos y se recopiló toda la información disponible hasta junio de 2020, posteriormente se realizó la lectura crítica de lo encontrado y se construyó una síntesis de los aspectos claves sobre los cuales se podían obtener algunas conclusiones.

Se encontró entonces, que el reporte de los indicios de atención insegura no es una práctica que se lleve a cabo con regularidad en las instituciones y la literatura al respecto es limitada. Dentro de los hallazgos se destacan las fallas en la comunicación como una de las principales fuentes de indicios de atención insegura relacionados con los traslados intrahospitalarios y debido a los vacíos encontrados en la literatura respecto a este tema se abren importantes posibilidades de construir nuevas estrategias investigativas sobre este mismo rumbo que consoliden nuevas herramientas para advertir y mitigar la ocurrencia de éstos.

PALABRAS CLAVE: atención insegura, transporte de pacientes, servicio de urgencias en hospital, aglomeración, accesibilidad a los servicios de salud, fallas en la comunicación.

ABSTRACT

Unsafe attention indicators refer to events or circumstances that warn us about the increased risk of incidents or adverse events. It was proposed to make a description of the unsafe attention indicators in relation to the transfer of patients from the Emergency Department to other services, information that could be of vital use in the effects that this may have on patient safety, which is one of the pillars on which different international organizations in the Health area have been working.

To obtain the data, a bibliographic review was carried out taking into account different databases and all the information available until June 2020 was compiled, after which a critical reading of what was found was carried out and a synthesis of the key aspects on which some final conclusions could be drawn.

It was then found that the reporting of unsafe attention indicators is not a regular practice carried out in institutions and the literature on this is limited. Among findings, communication failures stand out as one of the main sources of unsafe attention indicators related to intrahospital transfers and due to the gaps found in the literature regarding this topic, important possibilities are opened to continue investigative strategies on this same course that consolidate new tools to warn and mitigate the occurrence of these events.

KEYWORDS: unsafe care, patient transportation, hospital emergency service, agglomeration, accessibility to health services, communication failures.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad clínica de los pacientes impacta en desenlaces importantes la morbilidad y mortalidad (1–3). Entender la seguridad en el ámbito de urgencias y hospitalización conlleva a reconocer que exista una asistencia sin riesgos de eventos no previstos, garantizando una calidad óptima en el servicio prestado. Los eventos adversos existen desde la concepción de la atención sanitaria, pero solo desde el año 1999 con el informe del Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) “To err is human: Building a Safer Health System” se empezó a sensibilizar a cada uno de los actores de la atención en la importancia de las complicaciones asociadas a la atención por eventos adversos, encontrando que puede ocurrir un millón de lesiones al año, y de ellas se presentan entre 4.000 a 88.000 muertes anuales por eventos adversos prevenibles, siendo la primer causa de mortalidad en Estados Unidos para dicho año en ese informe (4).

Es conocido por la literatura que hasta en el 4% de los pacientes que ingresan a un servicio de urgencias u hospitalización presentan algún tipo de daño, en la mayoría de los casos (70%) es temporal, pero hasta en un 14% de ellos conlleva a la muerte (5,6). El departamento de Salud del Reino Unido estima que aproximadamente en el 10% de los pacientes que son hospitalizados presentaran un evento adverso. Teniendo en cuenta el costo de hospitalización, sumado a las indemnizaciones, el pago puede superar los 400 millones de libras al año (7,8). Datos del sistema de salud americano proponen costos cercanos a 18.000 a 29.000 millones de dólares al año en la atención de eventos adversos asociados a la atención del paciente (9).

El alto costo de procedimientos, complicaciones y demás eventos adversos han promovido un término que se menciona en la literatura como indicio de atención insegura. El cual hace referencia a acontecimientos o circunstancias que alertan acerca del aumento del riesgo de ocurrencia de incidentes o eventos adversos relacionados con la atención de los pacientes (3). El primero hace referencia a eventos que se asocian a la atención clínica que no generan daño pero se asocian a fallas en procesos de atención; el segundo término hace referencia al daño que se genera como resultado de una atención en salud de forma no intencional y que a su vez puede ser prevenible o no prevenible de acuerdo a si se puede vitar con el cumplimiento de estándares de cuidado asistencial (3,5).

La mayoría de los datos que se obtienen en la literatura surge a partir de revisiones retrospectivas de eventos declarados y en muchas ocasiones no se realiza seguimiento o no se reporta los casos, por lo cual el mismo subregistro en la información puede limitar u ocultar la realidad actual del problema.

Durante el proceso de atención y hospitalización de los pacientes, se describen factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos asociados a la salud, como la complejidad del proceso (número de procedimiento, número de medicamentos, tipo de intervención), edad avanzada (asociada a las comorbilidades), lugar de atención; siendo el servicio de urgencias el sitio donde ocurre mayores fallas en el diagnóstico y tratamiento, además de sobrecarga asistencial, estrés, falta de entrenamiento, entregas inseguras de pacientes, entre otros (5,10,11).

El traslado intrahospitalario del paciente con alguna patología, desde el servicio de urgencias hasta otra área conlleva una necesidad de intervención: vigilancia en una unidad de alta dependencia, soporte hemodinámico o respiratorio, procedimiento quirúrgico emergente o no emergente, entre otro tipo de intervenciones. Dicho traslado supone un riesgo inherente a la condición clínica, sumado a los errores y faltas que pueden ocurrir durante todo el proceso (2).

Está demostrado además que el riesgo de morbilidad y de mortalidad del paciente grave suele aumentarse durante el traslado, por lo que distintas asociaciones como la Emergency Nurses Association y la American Association of Critical Care Nurses proponen una vigilancia del traslado por personal profesional dedicado y entrenado únicamente para dicho procedimiento. Se debería utilizar un método o herramienta para anticipar las necesidades de cuidados que puede llegar a presentar un paciente desde la estancia en urgencias, durante el traslado a su unidad de cuidado para continuar la atención clínica que necesita (12,13).

Es por ello que, la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) elabora inicialmente un documento sobre parámetros de calidad en traslados de pacientes críticos en el 2005 y son revisados en el 2011 posteriormente (14,15), describiendo que el nivel de cumplimiento como porcentaje de aceptación de eventos adversos debe ser menor al 15% en pacientes críticos. Sin embargo, los autores de esta monografía no encontraron otros parámetros que evalúen de forma objetiva el cumplimiento de dicho ítem en cuanto a la seguridad de traslados en pacientes críticos.

Al hacer la revisión del tema llamativamente no existen muchos estudios afines a los traslados intrahospitalario, sin embargo, se encontró los siguientes aportes de autores que son relevantes mencionar en esta descripción del problema.

Melgarejo et al, en España; analizando 110 traslados realizados en el turno de la mañana a través de una selección de muestra, obtuvo que la media de duración de traslado fue de 37,1 minutos (105 – 10min), principalmente a servicios de radiología (para realización de Tomografías en el 47%) y servicio de hemodinamia (31%). Se realizó un traslado programado en el 61,8% de los casos. Llamativamente, se detectaron 18,1% de eventos adversos durante traslados, principalmente por: fallos en monitorización (5%), bala de oxígeno vacía (1,8%), maletín de traslado incompleto (0,9%), inestabilidad hemodinámica (2,7%), entre otros. En dicho estudio se encontraron por encima del estándar de calidad de Eventos Adversos Durante el Traslado Intrahospitalario (EAATIH) propuesto pro SEMICYUC (16).

Jia et al, en un estudio multicéntrico realizado en China, encontraron en 34 unidades de cuidado hospitalarias un total de 35 eventos adversos asociados al transporte intrahospitalario (7%) en 369 pacientes analizados. En el análisis multivariado se encontraron predictores de eventos adversos como: presión arterial, nivel de pH, niveles de pCO₂ en gases arteriales, nivel de glucosa y Frecuencia Cardíaca previa al traslado (17). Mientras que otros autores reportaron 5,4% de eventos adversos asociados al traslado (18).

En Chile se realizó un estudio en un hospital de alto nivel de complejidad, evaluando 217 traslados, encontrando eventos adversos en el 56,7% de los casos, principalmente por no confirmación de la identificación del paciente (19). En la revisión de la literatura hecha por los autores de esta propuesta de investigación no se encontraron datos locales ni nacionales.

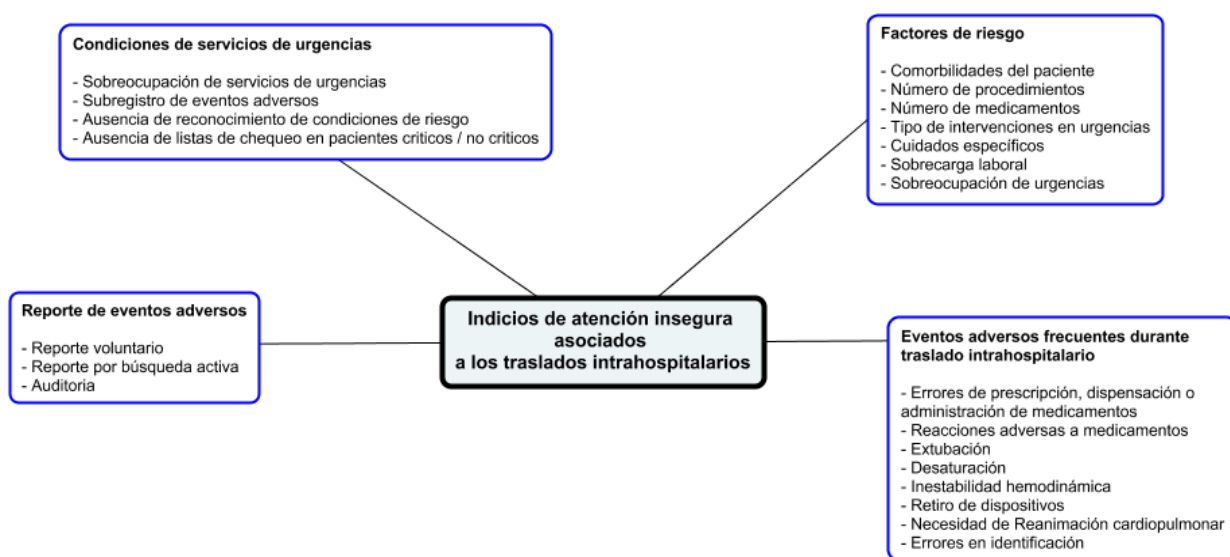
Dentro de la problemática de los indicios de atención insegura, la literatura menciona la importancia de la comunicación asertiva entre los profesionales y actores de la atención de salud durante la asistencia a un paciente, así mismo la saturación del personal por la relación inadecuada con el número de pacientes atendidos, la sobreocupación de servicios de emergencias al momento de ocurrencia de los traslados. Pero en lo revisado hasta este momento no hay datos específicos que aporten a dicha problemática. Así mismo, se menciona la importancia de la utilización y construcción de guías sobre el transporte del paciente crítico desde el servicio de urgencias (20,21), pero no hay guías o listas de chequeo para el transporte de pacientes no críticos, donde también pueden ocurrir indicios de atención insegura.

Sería ideal entonces disponer de mecanismos para el control de calidad, gestión del riesgo y seguridad en los eventos adversos asociados al traslado

intrahospitalario de los pacientes, basado también en buenas prácticas clínicas, en la adopción de medidas óptimas para evitar riesgos y complicaciones.

Es por ello por lo que se propone describir las causas de indicios de atención insegura que ocurren durante los traslados internos desde el servicio de urgencias a otros servicios, para así mismo dilucidar posibles asociaciones a la prestación del servicio e impactar positivamente en eventos adversos prevenibles y seguridad del paciente.

Figura 1. Análisis del problema



Fuente: Elaboración propia

1.2. JUSTIFICACIÓN

A través de los años, la seguridad del paciente ha ido tomando importancia y la atención de grandes organizaciones especializadas en salud como la Organización Mundial de la Salud, se ha enfocado en este tema. Uno de los indicadores más importantes para hacer un seguimiento objetivo a la seguridad del paciente, es el número de eventos adversos que se presentan en una institución (22).

Los eventos adversos pueden presentarse en cualquier momento y en cualquier servicio de una institución prestadora de servicios de salud, desde el ingreso del paciente al centro de salud hasta su egreso, pero poco se sabe qué pasa durante el traslado de un paciente desde un servicio a otro. Por ejemplo, los eventos

adversos más comunes en traslados de pacientes son desaturación, inestabilidad hemodinámica y remoción accidental de catéteres (23).

Desde 1991 con la publicación del estudio de Brennan et. Al en donde se encontró una tasa de eventos adversos de 3.7% en 51 hospitales de Nueva York, se empezó a estudiar esta problemática con el fin de encontrar cuáles factores podrían estar relacionados y así evitarlos en la prestación del servicio de salud²⁵. En el 2004, Baker et al. realizaron un estudio en Canadá con 1.527 pacientes en donde se reportó una incidencia de eventos adversos del 7.5%, lo que confirma la gravedad y el impacto de este tipo de situaciones en la prestación de servicios (22).

Otros estudios que evidencian la afectación de los pacientes por eventos adversos se llevaron a cabo en Latinoamérica en 2011, en Francia en 2013 y Brasil en 2017. En el estudio IBEAS, que contó con la participación de Colombia, se registró una prevalencia de eventos adversos del 10.4% en 11.379 pacientes (24). En el segundo, se realizó un estudio prospectivo observacional que reporta que el 45.8% de los pacientes que requirieron un traslado, presentaron un evento adverso (25). Finalmente, Francielli Mary Pereira Gimenez et al, analizaron los eventos adversos que se presentaban durante los traslados de pacientes críticos, reportando 86 eventos de este tipo en el 39.9% de la población estudiada (26).

Los indicios de atención insegura en los traslados de pacientes desde urgencias a otros servicios es un tema relevante que amerita estudios y reporte de la problemática actual. Al realizar una revisión en los principales buscadores, se encontró que en el mundo y en Colombia, las estadísticas regionales y locales, son escasas y de baja calidad. El estudio de las asociaciones de este problema lograría impactar positivamente en el proceso de seguridad del paciente, disminuyendo riesgos, complicaciones, eventos adversos, gastos incurridos que se suman al proceso de atención normal por el cual acude un paciente a una institución, entre otros. Sin embargo, no es la metodología que se necesita con este tipo de estudio. Sin embargo, se busca hacer una aproximación a la información reportada en la actualidad en toda la literatura científica de alto impacto del tema.

Además, se desconoce la relación que existe entre algunos factores críticos comunes de cualquier servicio de urgencias, tales como: la sobreocupación en el servicio, la falta de personal médico, la falta de acompañamiento por un médico durante el traslado, la atención por médico urgentólogo versus médico general en el servicio de urgencias, relación de auxiliares de enfermería y profesionales de enfermería por paciente, entre otros; que pudieran afectar el momento del traslado

y aumentar el riesgo de presentar un evento adverso. Con el análisis de estos datos, se identificarán eventos que afectan el adecuado movimiento y flujo de pacientes afectando la continuidad de la atención en salud en una institución de alta complejidad en la ciudad de Medellín.

Se pretende que el beneficio de este estudio sea directamente para los pacientes, pues al hacer una revisión de las estrategias positivas para impactar sobre los indicios de atención insegura incurriría en menores gastos operativos, disminución del riesgo durante la estancia en urgencias, traslado y hospitalización del paciente, entre otros. Así mismo se beneficiarían las instituciones prestadoras de servicios de salud, al mejorar procesos internos desde el área de gestión de la calidad y seguridad del paciente.

El impacto que se pretende generar al estudiar este tema es garantizar una continuidad segura durante el traslado de un paciente y su estancia hospitalaria mientras que de forma simultánea podría impactar en la disminución de estancias hospitalarias prolongadas, glosas, daños corporales temporales y permanentes. Si este tema no se considera, el vacío del conocimiento persistiría, así mismo, no se plantearía otros estudios adicionales que promulguen la creación de guías de traslados de pacientes críticos y no críticos desde urgencias a otros servicios.

2. REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. NORMATIVA DE INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA.

En nuestro país, el Ministerio de Salud y la Protección Social expidió en el año 2016 el Decreto Único Reglamentario número 780, en el cual se compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector salud, y específicamente en el capítulo 2 hace referencia a las disposiciones para el funcionamiento adecuado del SOGCS, el cual está orientado a mejorar los resultados en la atención en salud centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad, siendo este último atributo de calidad definido como todas las herramientas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (27,28).

En junio de 2008 el Ministerio de Salud, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectaran la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad (28). En la actualidad, Colombia cuenta con dicha política y es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales (28,29).

2.2. GENERALIDADES DE TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

El traslado de los pacientes de manera intrahospitalaria corresponde a la actividad de llevar un paciente de un área o servicio a otro dentro de la misma institución en donde se va a continuar su atención sea de manera temporal o definitiva; durante la atención de cada paciente en general son varias veces en las que requieren ser trasladados y este traslado va a requerir que se cumplan unos protocolos o listas de chequeo que no siempre están bien establecidas.

Además, los integrantes del equipo de salud que acompañan al paciente durante el traslado van a variar de acuerdo con la condición clínica actual del paciente y sus requerimientos y riesgos, lo que muchas veces puede llevar a traslados inseguros para el paciente, pues no hay criterios claros en todas las instituciones que digan cuándo, cómo y con quién debe ser traslado un paciente, muchos menos una estandarización de esas condiciones.

Es por eso que es importante conocer la ocurrencia de este problema y destacar la necesidad de que haya protocolos y capacitaciones para todas las personas que propendan por la evitación de estas acciones de manera insegura, proceso que fortalezca la calidad de los servicios prestados (19).

2.3. DEFINICIONES

La seguridad del paciente, estrategia definida como la reducción a un mínimo aceptable del riesgo de daño innecesario asociado a la atención a la salud, es el eje central de la prestación de servicios de salud con calidad. Sin embargo, en la actualidad en todas las instituciones de salud se presentan una serie de acontecimientos que ocasionan o pueden ocasionar una falla en la atención en salud y por ende impactar sobre dicha estrategia. A continuación, se realizan algunas definiciones planteadas y utilizadas en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud que facilitarán la comprensión de dichos acontecimientos y por ende de la información contenida en esta monografía.

- **Falla de la atención en salud:** hace referencia a una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- **Indicio de atención insegura:** hace referencia a acontecimientos o circunstancias que alertan acerca del aumento del riesgo de ocurrencia de incidentes o eventos adversos (3,30).
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

- **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención (30,31).
- **Evento adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
 - ✓ **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
 - ✓ **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (3,5,32).
- **Evento centinela:** Este se presenta cuando el evento adverso ocasionó un daño grave/severo para la salud o la vida del paciente, con riesgo de muerte y de consecuencias graves, o la posibilidad de sufrirlas a futuro. Se llama centinela porque su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización, a su evaluación inmediata y a dar una respuesta para evitar la aparición de nuevos casos (70).
- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente (3,30).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características de los indicios de atención insegura que ocurren durante los traslados internos desde el servicio de urgencias a otros servicios, a través de una revisión sistemática de la literatura científica disponible a la fecha, permitiendo la actualización y consolidación de acciones de mejora continua que impacten positivamente en la seguridad del paciente.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los antecedentes históricos frente a los indicios de atención insegura a nivel global y local, reportados en servicios de urgencias y en otros servicios hospitalarios.
- Describir las condicionantes de los servicios de urgencias y factores de riesgo que influyen en la ocurrencia de los indicios de atención insegura.
- Identificar las escalas existentes sobre la clasificación del riesgo para el transporte hospitalario y describir su asociación o el riesgo a ocurrencia de indicios de atención insegura.
- Describir la existencia de herramientas planteadas en la literatura sobre la evaluación de indicios de atención insegura en el medio hospitalario.
- Identificar estrategias para evitar indicios de atención insegura en urgencias durante los traslados de pacientes a otros servicios.

4. METODOLOGÍA

4.1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS DE BÚSQUEDA

4.1.1. Metodología de la investigación

Se realizó la revisión bibliográfica tomando estudios relevantes que responden a la pregunta de investigación evaluando los indicios de atención insegura en los traslados de los pacientes desde urgencias a otros servicios intrahospitalarios.

4.1.2. Diseño

Estudio de corte transversal, observacional, descriptivo.

4.1.3. Fuente de la información

Se realizó una búsqueda en bases de datos como: PubMed, Ovid y Embase. Toda la información recolectada fue en formato digital. Al igual de buscadores como Google Scholar.

4.1.4. Obtención de la información

En vista de la poca información en la literatura, no se tuvo en cuenta limitación de la búsqueda por años para tener mayor disponibilidad de artículos. Se obtuvo toda la información publicada hasta junio de 2020.

4.1.5. Idioma de información

Español e inglés.

4.2. TÉCNICAS DE BÚSQUEDA

4.2.1. Técnica

El proceso de búsqueda se realizó mediante términos DeCS y MeSH utilizando los conectores OR y AND. Los términos MESH utilizados fueron: Risk management, Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions, Transportation of patients, Emergency Medical Services, Crowding, Health Services Accessibility.

Los términos DeCS utilizados fueron: Gestión de riesgos, Efectos Colaterales y Reacciones Adversas Relacionados con Medicamentos, Transporte de pacientes, Servicio Médicos de Urgencias, Aglomeración, Accesibilidad a los servicios de salud.

Se escogieron los artículos de acuerdo con la relación a la pregunta de investigación y su relación con los términos DeCS y MeSH.

4.2.2. Población de referencia

Todos los artículos y documentos relacionados con los indicios de atención insegura en los traslados de los pacientes desde urgencias a otros servicios intrahospitalarios, disponibles en la literatura científica.

4.2.3. Muestra

Todos los artículos y documentos relacionados con los indicios de atención insegura en los traslados de los pacientes desde urgencias a otros servicios intrahospitalarios, disponibles en la literatura científica.

4.2.4. Criterios de inclusión

- Estudios observacionales, artículos de revisión de tema.
- Revisiones sistemáticas de la literatura.
- Guías nacionales e internacionales sobre traslado de pacientes críticos desde urgencias a otros servicios intrahospitalarios.
- Recomendaciones de órganos gubernamentales y no gubernamentales.
- Recomendaciones de sociedades médicas científicas.

4.2.5. Criterios de exclusión

- Estudios que no se realizaron en servicios de urgencias
- Estudios que no tenían disponible texto completo

4.3. PROCESO DE ORDENAMIENTO Y SELECCIÓN DEL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

Se llevó una búsqueda en los principales buscadores y bases de datos durante los meses de Febrero a Septiembre de 2020 evaluando bibliografía sobre el tema, teniendo en cuenta revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones de tema, estudios observacionales y otro tipo de estudios analíticos, al igual que documentos con la normativa vigente del tema a nivel internacional y local, se adiciona todas las practicas obligatorias del tema, las recomendaciones de sociedades científicas, entre otras. En total luego de aplicar criterios de inclusión y exclusión se obtuvo 69 artículos objeto de estudio.

4.4. PLAN DE EVALUACIÓN, ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS E INTERPRETACIÓN DEL MATERIAL

La evaluación se llevó a cabo a través de búsqueda de artículos en repositorios, bases de datos, buscadores, teniendo en cuenta la terminología *MeSH* y *DeCS*, obteniendo distintos artículos y posteriormente aplicando los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

Cada artículo se revisó para dar un análisis a profundidad del tema, extrayendo la información más relevante de acuerdo con los objetivos planteados. Sin embargo, se debe mencionar que la literatura publicada hasta el momento no es muy amplia ni variada y se encuentra poca cantidad sobre el mismo.

Posterior al análisis se realiza una síntesis del tema, tratando de responder los objetivos planteados para la revisión de forma cualitativa, generando unas conclusiones y recomendaciones finales.

4.5. PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se hará el plan de divulgación en el repositorio de la biblioteca de la Universidad CES.


5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta monografía se clasifica según los lineamientos de la Resolución 8430 del 04 de octubre de 1993 en su artículo 11 como un proyecto sin riesgo, teniendo en cuenta que se utilizarán técnicas y métodos de recolección de información a través de revisiones bibliográficas y no se realiza ninguna intervención o modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.


Adicionalmente el desarrollo del proyecto estuvo basado en los criterios de uso adecuado de la información, de la no invasión a la privacidad, del uso adecuado de las tecnologías, del respeto a la confidencialidad y de la no manipulación de los datos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, de igual manera contenidos en dicha resolución.

6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

6.1. CRONOGRAMA

 UNIVERSIDAD CES <i>Un Compromiso con la Excelencia</i>		DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Cronograma											
DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES	8 meses												
Importante: Para efectos de la convocatoria, el cronograma sólo debe incluir las actividades propias de la ejecución del proyecto (Aquellas posteriores a su aprobación)													
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	MESES												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Elaboración del proyecto	X	X											
Presentación al COI		X											
Correcciones del asesor		X	X	X	X								
Recolección de la información			X	X	X								
Análisis de la información					X	X							
Construcción de los resultados					X	X							
Ajustes con tutor de proyecto						X							
Socialización de los resultados						X	X						
Presentación de informe final							X						
Presentación a la biblioteca y aprobaciones							X	X					

6.2. PRESUPUESTO

 UNIVERSIDAD CES <i>Un Compromiso con la Excelencia</i>												DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN INNOVACION ANEXO 3. FORMATO CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO VERSIÓN 2.0 febrero 2016			
PRESUPUESTO DETALLADO															
PERSONAL						RECURSOS PROPIOS				UNIVERSIDAD CES					
Cédula del participante	Nombre del participante	Nivel máximo de formación	Rol en el proyecto	Tipo de participante	Horas mensuales dedicadas al proyecto	No de meses	Valor / Hora	Dinero	Especie	Dinero	Especie				
1214714655	Mateo Zuluaga Gómez	Posgrado	Investigador principal	Estudiante especialización no clínica.	20	7									
43567878	Isabel Cristina Lizcano Bedoya	Posgrado	Investigador principal	Estudiante especialización no clínica.	20	7									
1144065478	Nathalia Vargas Vidales	Posgrado	Investigador principal	Estudiante especialización no clínica.	20	7									
39359227	Ada Margarita Aguirre Alzate	Posgrado	Investigador principal	Estudiante especialización no clínica.	20	7									
1113659624	David Alejandro Osorio Martinez	Posgrado	Investigador principal	Estudiante especialización no clínica.	20	7									
Asesor	Elizabeth Cristina Gaviria Gaviria	Magister	Asesor	Asesora	20	7					\$343.137				
VIAJES				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN			RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES						
Lugar de origen	Lugar de destino	No de días	No de personas	Valor pasaje por persona	Valor estadía por persona	Justificación	Dinero	Especie	Dinero	Especie					
No aplica															
MATERIALES E INSUMOS				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN			RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES						
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación	Dinero			Dinero	Especie	Dinero	Especie					

Resma de hojas								
Lapiceros								
SERVICIOS TÉCNICOS				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES	
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación	Dinero	Dinero	Especie	Dinero	Especie
No aplica								
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES	
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación	Dinero	Dinero	Especie	Dinero	Especie
Artículos de revistas médicas pagos.								
EQUIPOS Y SOFTWARE				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES	
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación	Dinero	Dinero	Especie	Dinero	Especie
Computadores personales								
SALIDAS DE CAMPO				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	RECURSOS PROPIOS		ENTIDAD 3	
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación	Dinero	Dinero	Especie	Dinero	Especie
No aplica								

7. RESULTADOS

7.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA

El proceso de cuidar se relaciona directamente con la evolución del paciente, pues durante la práctica clínica ocurren una serie de eventos relacionados con las labores asistenciales, la organización y el clima laboral que se convierten en un factor positivo o negativo en el proceso de recuperación del paciente (16). Por lo anterior, las instituciones de salud adoptaron el término “seguridad del paciente”, componente esencial de la calidad en la atención, como dimensión transversal durante todo el proceso de atención, es decir desde que el paciente ingresa a la institución prestadora de servicios de salud hasta que sale de la misma el personal encargado de la prestación de servicios debe velar por el bienestar y satisfacción de todas las necesidades del paciente causando el menor daño posible (33).

Sin embargo, en cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar indicios de atención insegura, decir un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente, evento adverso o evento centinela. Tanto el incidente como el evento adverso ocurren debido a que algo que fue planificado como parte de la atención médica no funcionó como era deseable o porque esa planificación fue la equivocada.

No debe considerarse un indicio de atención insegura como un error médico punitivo, sino como todas las situaciones adversas que se presentan durante el proceso de atención. Es por ello que no es atribuible a una especialidad o profesión del área de salud específica, sino a todo el equipo de salud, incluso colaboradores de soporte logístico e infraestructura (26,34). Sin embargo, cabe resaltar que los eventos/incidentes son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran cual es la calidad de la atención en una institución de salud.

Durante la atención de un paciente ocurren cambios constantes, relacionados con los actores y el ambiente en el que se desarrolla dicho proceso, que en últimas contribuyen a la presencia de errores en la atención y por ende en la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Por ello, es común en las organizaciones reguladoras, tanto a nivel nacional como internacional la implementación de estrategias y prácticas seguras, dentro de un contexto de una política y un programa de seguridad del paciente, que contribuyan a reducir al máximo posible

el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención de un paciente.

Al generar un alto impacto no solo en el ámbito sanitario sino también en el económico, social, ético y jurídico, la seguridad del paciente se convirtió en una preocupación para las instituciones prestadoras de servicios de salud y se dio inicio a una serie de investigaciones y mediciones iniciales que no tuvieron gran relevancia ya que fueron de carácter local y no trascendieron más allá de la institución donde fueron realizadas (35).

A partir de los años 50 y 60 del siglo pasado, algunos estudios mencionan el término evento adverso como un resultado clínico que es adverso al esperado y que es causado por el cuidado asistencial. El estudio de mala práctica médica de la Universidad de Harvard reportó en 1991 que aproximadamente 100.000 pacientes mueren cada año como producto de este fenómeno. Otras investigaciones en Australia, Nueva Zelanda, y el Reino Unido e Irlanda del Norte han corroborado la magnitud del problema (30,31).

El informe *Errar es humano, construyendo un sistema de salud más seguro* del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, expuso el problema en la agenda de los políticos, no sólo en dicho país, sino a nivel mundial. Este reporte se publicó en noviembre de 1999 y resultó siendo un aporte relevante sobre los errores médicos que existían en los Estados Unidos de esa época, pues se realizó un análisis de múltiples estudios hechos por diferentes organizaciones y concluyó que entre 44.000 y 98.000 personas morían cada año por errores médicos prevenibles. En comparación, menos de 50.000 personas murieron por Alzheimer y 17.000 murieron por el uso ilegal de drogas en el mismo año. El informe pidió un esfuerzo integral a los proveedores de atención médica, del gobierno, consumidores y otros (4).

Este informe es reconocido hoy como el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a esta problemática mundial, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, y exhortó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004 (31,36).

Como respuesta a estas nuevas estrategias establecidas por la OMS, se han venido realizando varios estudios, entre el que se encuentra el realizado por Parra et, el cual investigó la incidencia de algunos eventos adversos que son derivados

de las acciones de enfermería como las úlceras por presión, caídas, flebitis y retiros de dispositivos terapéuticos en una institución de salud de tercer nivel de atención. De los 198 pacientes acompañados 16,16% (n=32) presentaron eventos adversos, de estos el 65,62% de los pacientes (n=21) presentó un evento; el 25% de los pacientes (n=8) dos eventos y el 9,37% de los pacientes (n=3) tres eventos para un total de 46 eventos adversos, siendo el más frecuente las úlceras por presión.

En este sentido, el evento adverso no solo tiene impacto en el paciente y su familia, dado no sólo por las lesiones físicas o el daño psicológico que producen, sino que además generan estrés postraumático, depresión, inicio de ejercicio profesional a la defensiva, costos en el patrimonio y en el buen nombre. Adicionalmente, repercuten en el factor económico y financiero de los sistemas de salud por los costos que representan la atención de estos (entre 17 y 29 billones de dólares al año) y finalmente influyen en la pérdida en la credibilidad de la sociedad en la calidad de los servicios cuando estas situaciones se hacen públicas (37).

A partir de los resultados obtenidos en Estados Unidos y los esfuerzos de la OMS por mejorar seguridad del paciente, en España, país pionero en Europa, se llevó a cabo la realización de 3 grandes estudios: ENEAS, APEAS y SYREC que tenían como objetivo principal ampliar el conocimiento sobre los eventos adversos y su relación con las muertes, discapacidades y aumento en los días de estancia hospitalaria. El primero de ellos fue ENEAS, en el cual participaron 24 establecimientos hospitalarios y tuvo como resultados relevantes que los eventos adversos tuvieron una incidencia de 9,3% en el total de los pacientes y de éstos la mayor parte se relaciona directamente con la asistencia hospitalaria: 37.4% con los medicamentos, 25.0% con problemas técnicos durante un procedimiento y el 25.3% fueron infecciones asociadas a la atención en salud. Adicionalmente, se supo que el 45% se consideraron leves, el 39% moderados y el 16% graves. De igual modo, se concluyó que el 42.8% de estos eventos adversos fueron evitables y que representaron el 22.2% de los reingresos hospitalarios (18).

Este proyecto fue seguido por APEAS, el cual fue desarrollado en 48 centros médicos en el servicio de consulta externa y dio como resultado que la prevalencia de los eventos adversos fue del 11.18%. De estos el 6.7% se consideraron no evitables, el 23.1% poco evitables y el 70.2% evitables. Los eventos fueron clasificados como leves el 54.7%, moderados el 38.0% y graves el 7.3% (38).

Finalmente, se realizó el SYREC el cual estuvo enfocado en las unidades de cuidados intensivos. Este estudio arrojó que la probabilidad de sufrir al menos un

incidente relacionado con la seguridad fue de 62%, con una tasa de 5.89 incidentes por cada 100 pacientes/hora. Los incidentes más frecuentes fueron los relacionados con fármacos. El 90% de todos los incidentes y el 60% de los eventos adversos fueron clasificados como evitables o posiblemente evitables. El porcentaje de eventos adversos detectados dentro del total de incidentes fue del 33.8%, con casi un 21.5% en los que existió un daño moderado (daño temporal o prolongación de la estancia) y un 3.65% con daño grave (daño permanente o compromiso vital) (39).

En el continente americano destaca el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), éste es el primer estudio sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria que se realiza a gran escala en Latinoamérica incluyendo a países como Colombia, Argentina, Costa Rica, Perú y México. Este estudio encontró que la prevalencia global de pacientes con algún evento adverso fue de un 10,5%. Las variables que explican que un paciente presente un evento adverso un día dado son: el servicio donde está ubicado (menor riesgo en servicios médicos), la complejidad del hospital donde es atendido, si ha ingresado de forma urgente, el tiempo que lleve hospitalizado y si presenta factores de riesgo extrínseco (vías de entrada) o comorbilidad. El 10,95% de los eventos adversos tuvo lugar antes de la hospitalización a estudio, afectando sobre todo a menores de 15 años (40,41). Por tanto, se concluyó que es necesaria una buena coordinación entre niveles asistenciales y un seguimiento al alta, eficaz para detectar posibles complicaciones.

Dichos eventos que fueron 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 el diagnóstico en un 6,15%. Los 5 eventos adversos más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (9,4%), las infecciones de herida quirúrgica (8,2%), úlceras por presión (7,2%), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6,4%) y sepsis o bacteriemia (5%), acumulando un total del 36,2% de los eventos adversos identificados. Adicionalmente, establecen que sería necesario establecer estrategias dirigidas a la minimización de la infección nosocomial que constituye el conjunto de eventos adversos más prevalente identificado en el estudio.

Entre las principales consecuencias de estos eventos adversos, se encontró que el 62,9% aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 16,1 días y un 18,2% causaron un reingreso. Las variables que explican el impacto que tienen los eventos adversos sobre el estado de salud del paciente o el gasto de recursos (tiempo de hospitalización o nuevos ingresos) son: la edad del paciente, el

pronóstico de la enfermedad principal, el tiempo que permanezca ingresado, que esté ubicado en un servicio quirúrgico o unidad de cuidado intensivo (UCI), que el evento adverso haya ocurrido durante un procedimiento, antes del ingreso o al alta y que se trate de una infección nosocomial, una complicación de un procedimiento o un error o retraso en el diagnóstico (40,41).

Un 60% de los eventos adversos se consideraron evitables. De los dos grupos que suponen dos tercios del total de eventos adversos identificados, casi el 60% de las infecciones nosocomiales y el 55% de los problemas relacionados con un procedimiento se podrían haber evitado. Las variables que explicarían la evitabilidad del evento adverso son: la complejidad del hospital donde haya ingresado el paciente, que haya ingresado de forma programada, el servicio donde esté ubicado (mayor en obstetricia y menor en el resto) y que el evento adverso esté relacionado con los cuidados o con el diagnóstico (37,41).

Otro estudio multicéntrico realizado en México, que tenía como propósito estudiar los factores relacionados con la aparición de eventos adversos en siete unidades de cuidados intensivos reportados por el personal de enfermería, concluyó que los eventos adversos más comunes son aquellos relacionados con el cuidado con un porcentaje de 29.9% y de éstos aproximadamente el 75% se podrían evitar. Por tanto, exponen la necesidad de implementar estrategias para la gestión de la seguridad del paciente para detectar, registrar, prevenir y minimizar la frecuencia de aparición de eventos adversos. De igual modo, un estudio realizado en una unidad pediátrica de Brasil reveló que, de los 556 eventos adversos identificados durante la asistencia clínica-pediátrica, los más frecuentes eran los que estaban relacionados con el acceso vascular (40,8%), después los relacionadas con sondas, catéteres y drenajes (27,2%), seguidos por los relacionados con los medicamentos (15,5%) (42,43).

En el ámbito nacional, en Colombia se encuentran algunos estudios como el realizado en el año 2012 en la ciudad de Bucaramanga, el cual tenía como objetivo principal describir la incidencia de algunos eventos adversos relacionados con las acciones de Enfermería en una institución de salud de tercer nivel de atención. Dentro de los resultados más relevantes se encuentra que la incidencia de eventos adversos durante la prueba piloto del estudio fue de 16.16% (n=32, IC 95%= 11.32 – 22.04). De los pacientes que realizaron eventos adversos el 65.63% (n=21) presentó un evento; el 25% (n=8) dos eventos y el 9.38% (n=3) tres eventos. Adicionalmente, se estableció que entre todos los eventos adversos presentados el evento más frecuente fueron las úlceras por presión: 12 úlceras por presión por cada 100 pacientes, seguida por 10 flebitis por cada 100 pacientes y una caída por cada 100 pacientes (37). Otros estudios realizados incluyen la

valoración de la adherencia y potenciales eventos adversos prevenidos durante la administración de medicamentos endovenosos empleando bombas de infusión inteligentes en cuatro unidades de cuidados intensivos en Colombia, el cual concluyó que el uso continuo de bombas de infusión contribuyó a la reducción de eventos adversos durante la administración de medicamentos (44).

7.2. INCIDENCIA DE INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA

7.2.1. Incidencia de indicios de atención insegura en el mundo

A nivel mundial siempre ha existido cierta preocupación por el tema de la seguridad en la prestación de los servicios de salud, en Europa en los años sesenta, ya algunos autores publicaban algunos datos sobre lo que llamaban “las enfermedades del progreso de la medicina” (35), haciendo alusión a todos esos daños no intencionados a los pacientes producto de procedimientos o la atención médica misma. Con el avanzar de los reportes de los casos fue cada vez más notoria la necesidad de empezar actuar sobre esta problemática y es que en reportes individuales, se hablaba de un 20 a 36% de los pacientes ingresados a una institución y que eran víctimas de algún tipo de iatrogenia y hasta un 25% de los mismos con consecuencias graves sobre la vida o calidad de la misma en los pacientes afectados (8,45).

Tomando esos datos y bajo la hipótesis de que probablemente en sus instituciones podrían obtenerse resultados similares; hacia los noventa en Estados Unidos se inició el proyecto sobre la “Calidad de la Atención en Salud en América” en la que se publicó el conocido informe “Error es humano” que invita a los profesionales de salud a tener acciones “más seguras” sobre la atención de la población, informe sobre el que se han basado muchas de las políticas internacionales acerca de la seguridad del paciente y que incluso ayudó a la creación de la “Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente” en el Reino Unido (4,46).

Desde la implementación de estas nuevas estrategias y la creación de estas unidades, cada vez se han encontrado más investigaciones sobre la incidencia de eventos adversos, destacando una de las primeras llevada a cabo en Nueva York en 1984 estimando una incidencia de estos eventos del 3.8%, de los cuales el 3% llevó a discapacidades graves en los pacientes y el 14% a la muerte, siendo más frecuentes los eventos asociados a reacciones de medicamentos en el 19%,

seguido por infecciones en el sitio operatorio en el 14% y complicaciones técnicas en el 13% (47). Múltiples estudios posteriores en otros estados americanos validaron los mismos reportes estadísticos y aunque inicialmente los objetivos de estas investigaciones eran medir el grado de negligencia médica y la responsabilidad de los diferentes profesionales al respecto, con el tiempo se encontró en estos la oportunidad para crear estrategias de mejora (47).

La seguridad del paciente en los últimos años ha tenido un auge dentro de los servicios de salud, es por eso que hace más de 10 años la Organización Mundial de la Salud en su asamblea mundial redactó un documento en la que insta a los estados miembros a realizar unas acciones específicas, en un intento por fomentar la investigación en la seguridad de la atención sanitaria como un elemento esencial para la mejoría de la salud de cualquier población, de modo que los datos obtenidos se pudieran transformar en acciones para mitigar los efectos de este problema, y es que en ese momento se concebía como un inconveniente de gran magnitud sobre el cual no se tenía unos datos objetivos que permitieran cuantificar de alguna manera los daños al paciente y en general a los sistemas de salud producidos por las atenciones inseguras y se hace énfasis en que estos datos son aún más difíciles de conseguir cuando se trata de reportes en instituciones de países en vía de desarrollo (47).

Dentro del marco de la Alianza llamada a formarse por parte de la organización mundial de la salud se determinaron algunas prioridades en torno a la búsqueda de los datos y el planteamiento de la soluciones al problema, lo primero es identificar las fallas en los servicios o los factores precipitantes y evaluar cuáles de estos se podrían prevenir de alguna manera, entendiendo que la atención insegura tiene una naturaleza multicausal; lo segundo es encontrar soluciones eficaces, atendiendo primero a conseguir una atención segura y a prevenir los daños que puedan ser resultado de un fallo y por último medir el impacto de las acciones tomadas en términos de eficacia respecto a los efectos obtenidos, la aceptabilidad de los procesos y la asequibilidad de la soluciones planteadas teniendo en cuenta los recursos de la población y el contexto de cada país (47).

En su asamblea de 2019 además reconoce a los eventos adversos como una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo, con una incidencia anual de 134 millones de eventos al año lo que se ve traducido en 2.6 millones de personas muertas al año relacionadas con estas situaciones, comprometiéndose con la elaboración de un plan de acción pertinente con el objetivo de presentar resultados favorables en la próxima asamblea en 2021 (46,47).

Como respuesta a las especificaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, en países europeos, especialmente España, se empezaron a realizar esfuerzos para contribuir a la disminución de los eventos adversos relacionados con la práctica clínica. El Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS), fue la parte inicial de un grupo de estudios que tenía como objetivo principal ampliar el panorama sobre los eventos adversos y cómo estos se relacionaban con la aparición de muertes, discapacidad, aumento en la estancia hospitalaria y reingresos. El estudio detectó 1.063 pacientes que presentaron eventos adversos y de estos aproximadamente el 9.3% estuvo relacionado directamente con la asistencia sanitaria. Al realizar una descripción más específica se encuentra que el 37.4% de estos eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación, seguido de las infecciones nosocomiales con un 25.3% y un 25.0% se relacionó con problemas técnicos durante procedimientos. Adicionalmente reportó que el 31,4% de los eventos adversos tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia, y en un 24,4% el evento adverso condicionó el ingreso (algunos pacientes que reingresaron por EA presentaron más de un EA) y, por lo tanto, toda la hospitalización fue debida a éste. Finalmente, este estudio permitió concluir que el 42,8% de los eventos adversos se consideró evitable y su gravedad también se asoció a su evitabilidad, de tal forma que los eventos adversos leves eran evitables en un 43,8%, los moderados lo eran en un 42,0% y los graves en un 41,9% (18).

Posteriormente, se continuo con el proyecto APEAS, Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria en salud, el cual reportó una prevalencia de eventos adversos de un 18.63% y de un 7.45% para los incidentes. De esto se consideraron leves el 54.7% (606), moderados el 38.0% (421) y graves el 7.3% (81). Se encontró que el 47,8% de los EA (530) estaban relacionados con la medicación, las infecciones asociadas a los cuidados de cualquier tipo representaron el 8,4% (93) del total de los eventos adversos, el 10,6% (118) se asociaron a algún procedimiento, y el 6,5% (72) con los cuidados. Adicionalmente, se consideró que los eventos adversos completamente inevitables fueron el 6,7% (n=74), poco evitables el 23,1% (n=256), y claramente evitables el 70,2% (n=778) de los casos (38).

Finalmente, se llevó a cabo el estudio nacional sobre incidentes y eventos adversos en medicina intensiva Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico, SYREC en el cual participaron 79 unidades pertenecientes a 76 hospitales. Este estudio notificó 1424 incidentes en 591 de los cuales 943 fueron incidentes y 481 eventos adversos. El riesgo de sufrir un incidente por el hecho de ingresar en la UCI fue del 73 %, mientras que para un evento adverso fue del 40 %. Se produjeron 1,22

incidentes por cada paciente que ingresó. El 74 % de los incidentes comunicados estuvieron en relación con la medicación, aparatos, cuidados, accesos vasculares y sondas, vía aérea y ventilación mecánica. Adicionalmente, se supo que el 90% de todos los incidentes y el 60% de los eventos adversos fueron clasificados como evitables o posiblemente evitables. El porcentaje de eventos adversos detectados dentro del total de incidentes fue del 33.8%, con casi un 21.5% en los que existió un daño moderado (daño temporal o prolongación de la estancia) y un 3.65% con daño grave (daño permanente o compromiso vital) (39).

Otros países como México reportan resultados similares a los encontrados en España al reportar que los eventos adversos más comunes son aquellos asociados al cuidado del paciente y la mayoría son de carácter evitable (42,43).

7.2.2. Seguridad del paciente Colombia

Es por eso que en consecuencia a esta alianza, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido con los diferentes países unos “retos mundiales de seguridad del paciente”, mismo que en el caso de Colombia han sido acogidos por el Ministerio de Salud creándose políticas lideradas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud que busca prevenir, reducir y eliminar la ocurrencia de las acciones inseguras que lleven a las instituciones nacionales a ser más competitivas internacionalmente y explícitamente plantean cómo todos los trabajadores del sector salud deben integrarse a esta política que permita crear una cultura de seguridad del paciente con enfoque de atención basada en el usuario en una alianza con su familia y el profesional de salud para garantizar que la atención recibida sea la más pertinente y segura (48).

Dentro de esta política se creó un modelo que busca reforzar la seguridad de la atención en salud y brinda un lineamiento para que cada institución tenga una guía de trabajo al respecto, creándose desde el 2008 una guía de buenas prácticas en seguridad que comprende aspectos propios de nuestros territorios, recursos e infraestructura y plantea unas metodologías con mayor adaptación a lo que poseemos (48).

El primer estudio que se realizó en Latinoamérica y que logró evidenciar el problema de seguridad de la atención sanitaria fue el IBEAS (Estudio Iberoamericano de eventos adversos) – 2008 – (que incluyó a Colombia – entre las instituciones se encuentran dos centros asistenciales de Medellín); los resultados arrojaron que hasta el 10% de los pacientes hospitalizados sufrieron al menos un daño relacionado con su seguridad durante su estancia hospitalaria, la

mayoría de ellos relacionados con medicamentos. Para el caso colombiano, la prevalencia de eventos fue mayor al promedio comparativo con los otros países participantes con un 13.1% incluso teniendo en cuenta que las instituciones en nuestro país en donde se desarrolló el estudio fueron hospitales acreditados (40,41). Aunque con esos datos y acogidos a políticas mundiales en Colombia se ha hecho todo tipo de esfuerzos por actuar sobre los eventos adversos, los efectos negativos de los mismos siguen siendo muy altos por lo que la promoción de campañas institucionales como el lavado de manos, las listas de chequeo en quirófano y traslados, los “correctos” al momento de la aplicación de los medicamentos a los pacientes, las listas para definir necesidad de anticoagulación, escalas de caída y probabilidad de aparición de úlceras por presión continúan con su implementación y mejora individual en cada unidad (48).

En junio de 2008 el Ministerio de Salud de Colombia, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectaran la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad (28).

En la actualidad, Colombia cuenta con dicha política y es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales (27–29).

Algunos estudios realizados en Colombia, específicamente en Bucaramanga reportan que en general los eventos adversos se encuentran relacionados con la atención del personal de enfermería, pues se encontró que las tres primeras causas están relacionadas directamente con las actividades cotidianas realizadas por dicho personal. El evento adverso que encabeza, al ser el que se presentó con mayor frecuencia, fueron las úlceras por presión con 12 casos de úlceras por cada 100 pacientes, seguido de las flebitis con 10 casos por cada 100 pacientes y finalmente las caídas con una caída por cada 100 pacientes (37). De igual modo, un estudio realizado en la ciudad de Bogotá reporta datos similares al establecer que, de un total de 594 eventos adversos presentados en tres unidades de cuidados intensivos, aproximadamente el 38.7% (n=230) se encontraba relacionado con el cuidado del enfermero. El manejo de la vía aérea con un 14.8% ocupa el

segundo lugar y el manejo de dispositivos médicos (sondas, accesos vasculares y drenajes) el tercer lugar con 12.6% (49).

Otras instituciones reportan la importancia del uso de las nuevas tecnologías, como es el caso de las bombas de infusión durante la administración de medicamentos ya que su uso continuo permite contribuir a la reducción de los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería (44). Sin embargo, es evidente la necesidad imperativa de realizar otras contribuciones que permitan ampliar el panorama de esta situación en el país, ya que se encuentra muy poco contenido sobre dicha problemática tan trascendental en las instituciones de salud.

7.3. TRAYECTOS INTRAHOSPITALARIOS DESDE URGENCIAS

Según el estudio realizado por Noa et al., el transporte intrahospitalario de pacientes críticos se define como el movimiento en situación crítica dentro del propio hospital (2). Aunque actualmente existen muchas facilidades para prestar atención de calidad a los pacientes y para realizar distintos procedimientos al pie de la cama del paciente, en ocasiones se requiere la movilización de estos para realizar imágenes como tomografías, para ser llevados al quirófano o a unidades de cuidado intensivo.

En este mismo estudio, se describen cuatro trayectos dentro de la movilización intrahospitalaria (2):

1. Traslado desde urgencias, el quirófano o sala de hospitalización general hacia la UCI: Se consideran traslados unidireccionales y son para los pacientes que requieren manejo en UCI.
2. Traslado desde la UCI hacia el quirófano con retorno: traslado requerido por los pacientes que están siendo manejados en la UCI pero que necesitan un procedimiento quirúrgico; estos pacientes volverán a la UCI en su posoperatorio. La responsabilidad del paciente se comparte entre el equipo de la UCI y el equipo quirúrgico.
3. Traslado desde la UCI hacia un área no crítica: son traslados bidireccionales y se considera área no crítica servicios como imágenes diagnósticas. La responsabilidad recae en el personal de la UCI.
4. Traslado desde la UCI hacia unidad de cuidados intermedios o sala de hospitalización general: traslado unidireccional. Se dan cuando el paciente

ha evolucionado satisfactoriamente y requiere manejo en una unidad de menor dependencia.

El movilizar a los pacientes desde la UCI hacia otros servicios representa un riesgo igual o mayor al mismo procedimiento que se va a realizar por fuera de la unidad y adicionalmente, aumenta el riesgo de presentar inestabilidad del paciente y responsabilidad del personal que lo acompaña, por lo cual se debe evaluar el riesgo/beneficio del traslado del paciente y tratar de reproducir el ambiente de la UCI durante el mismo con el fin de disminuir la presencia de eventos adversos.

Por lo anterior, Noa et al., consideran que el traslado de los pacientes debe ser un procedimiento planeado y organizado, dicho hecho se describe en tres fases (2):

1. Fase de preparación: el objetivo es “*minimizar los riesgos y garantizar la continuidad de cuidados*” (2). Se valora el estado del paciente, se define que materiales y/o equipos se necesitan para su traslado, se verifica el adecuado funcionamiento de sondas, catéteres y monitores. Se coordina con el servicio receptor del paciente la llegada de este y se asigna al personal que acompañara al paciente durante el traslado.
2. Fase de transporte: es la fase de mayor riesgo y el objetivo principal es mantener la estabilidad del paciente para evitar complicaciones. Se deben mantener la monitorización y los cuidados del paciente tal y como se mantienen en la UCI.
3. Fase de regreso y estabilización tras el transporte: esta etapa se refiere al retorno del paciente a la unidad de cuidados intensivos. A su llegada a la unidad, se debe conectar nuevamente a los equipos y se debe verificar nuevamente el funcionamiento de accesos venosos, drenajes y demás dispositivos. Se debe consignar en la historia clínica cualquier incidencia que haya ocurrido durante el traslado del paciente.

7.4. CLASIFICACION DEL RIESGO PARA EL TRANSPORTE HOSPITALARIO

Según los datos anteriormente descritos y siguiendo el ejemplo de una escala ya existente usada en el Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez en La Habana, Cuba, Noa et al., diseñaron una escala de riesgo para el transporte del paciente crítico en el ámbito intrahospitalario desde la UCI hacia otros servicios. La escala permite evaluar el riesgo del paciente durante el traslado y permite también anticiparse ante lo que pueda requerir el mismo.

El riesgo se calcula sumando puntos que han sido asignados las condiciones clínicas de cada paciente y las intervenciones terapéuticas que se le han realizado. Con el total de puntos, se clasifica como transporte de bajo, intermedio o alto riesgo (15,16).

Tabla 1. **Escala de riesgo durante el transporte intrahospitalario**

PARAMETRO A EVALUAR	PUNTAJE
Vía aérea	
• No aislada	0
• TET o traqueostomía	2
Soporte ventilatorio	
• No	0
• Oxígeno suplementario	1
• Ventilación mecánica	2
Monitorización electrocardiográfica	
• No	0
• Necesaria	1
• Imprescindible	2
Arritmias	
• No	0
• Aisladas	1
• Frecuentes	2
Glasgow	
• 15 puntos	0
• 8 – 14 puntos	1
• < 8 puntos	2
Soporte farmacológico	
• No	0
• Antiarrítmicos	1
• Aminas	2

Fuente: Adaptado de Transporte intrahospitalario del paciente grave. Necesidad de una guía de actuación. Tomado de Noa JE, Carrera E, Cuba JM, Cárdenas L. Transporte intrahospitalario del paciente grave. Necesidad de una guía de actuación. *Enferm Intensiva*. 2011; 22: 74-7.

En la literatura también describen una lista de chequeo con el fin de promover y aumentar la calidad, la seguridad, la eficiencia y la eficacia al momento de prestar de servicios de salud (15,16).

Melgarejo et al realizó un estudio observacional en el 2014 en donde analizaron 110 traslados intrahospitalarios; con las variables recogidas, la relación que existía con la situación clínica del paciente y con los eventos adversos presentados, crearon una lista de verificación cuyo objetivo principal era mejorar la calidad en la atención de los pacientes durante los traslados intrahospitalarios y reducir la cantidad de eventos adversos que como se mencionó anteriormente, la mayoría de ellos son prevenibles. Según lo que concluyen Melgarejo et al., proponen que el listado es una herramienta útil para lograr identificar factores latentes de seguridad y asociados con indicios de atención insegura (15).

En 2004 la American College of Critical Care Medicine propone una guía para el transporte intra e interhospitalario de pacientes críticamente enfermeros a partir de desenlaces previos en pacientes hospitalizados (20).

Con respecto al transporte intrahospitalario supone que deben cumplirse por lo menos unos mínimos para garantizar un transporte seguro:

1. Coordinación y comunicación pre-transporte: antes del transporte, el sitio que recibe al paciente debe confirmar que cuenta con todos los procedimientos y elementos para poder recibir al paciente, al igual que notificar a las especialidades que se necesiten en caso de que se requiera.
2. Personal que acompaña. Se recomienda fuertemente que por lo menos haya dos personas que acompañen el traslado de un paciente críticamente enfermero, usualmente personal de enfermería y una persona adicional que podrá ser terapeuta respiratorio, auxiliar de enfermería o médico en caso de que se requiera sobre todo en los pacientes que requieran algún tipo de soporte hemodinámico o ventilatorio.
3. Equipo: el equipo de monitorización debe estar funcionando, al igual que se recomienda la presencia de un desfibrilador, entre otros.
4. Monitoreo durante el transporte

El complejo Hospitalario Universitario Albacete, propone un protocolo intrahospitalario del paciente crítico teniendo en cuenta los cambios fisiológicos y fases previamente mencionadas en apartados anteriores de esta monografía. Además, propone una lista de chequeo para aplicar durante el traslado intrahospitalario, con el objetivo de la calidad del mismo (50). ([Ver anexos 1 y 2](#))

El Hospital Español de Mendoza propone también una guía de traslado de pacientes desde servicio de emergencias a servicios críticos para mantener al paciente seguro y disminuir las complicaciones. De acuerdo con ello, se propone una clasificación de los pacientes previo al traslado basado en parámetros hemodinámicos (51).

- ✓ **Grupo I.** Hemo dinámicamente estables, Glasgow 15/15, sin necesidad de soporte ventilatorio (Bajo riesgo para el traslado).
- ✓ **Grupo II.** Situación inestable con soporte hemodinámico.
- ✓ **Grupo III.** Situación inestable y soporte ventilatorio.

En estos últimos dos grupos propone que se cumpla la guía de la American College of Critical Care Medicine (52), priorizando la estabilización de paciente en el servicio de emergencias previo a su traslado.

Existen otros listados o score de riesgo que son tenidos en cuenta desde el traslado desde UCI a otros servicios, utilizando escalas como APACHE que permite al clínico evaluar cambios o mejorar parámetros hemodinámicos en el paciente previo al traslado (53).

En la búsqueda realizada por parte del equipo investigador, no se encontró reportes o artículos en donde se validen dichas escalas de riesgo o listas de verificación en Colombia o en el medio local.

7.5. CONDICIONES Y FACTORES DE RIESGO PARA QUE OCURRAN INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA EN URGENCIAS DURANTE LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

Los indicios de atención insegura en urgencias no suelen reportarse ni en la literatura ni en los estudios que se llevan a cabo desde los servicios de hospitalización. Es importante mencionar que en general van relacionados con condiciones del trabajo o el talento humano. Las políticas en salud deben ir encaminadas siempre a la cultura de seguridad el paciente para impactar desde el reconocimiento del riesgo y la corrección de los eventos adversos generados (54).

Un estudio realizado en España (ENEAS, por sus siglas, Estudio Nacional de Efectos Adversos), encontró una incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia en urgencias del 0,76% (0,51% - 1,1%) y en la mayoría de los casos el reporte se realizaba desde el servicio de hospitalización. El 13% de ellos fueron eventos adversos graves, principalmente por medicación 20%, infecciones

nosocomiales 13%, algún procedimiento diagnóstico o terapéutico 7%. Cuando se realizó el análisis de cada uno de estos casos, se encontró que hasta el 46,7% de ellos era evitable (18).

Existen entonces condicionantes o facilitadores reconocidos por la literatura para eventos adversos y errores en urgencias de forma general, que se describirá a continuación (54,55):

7.5.1. Asociados con el desconocimiento o falta de especialistas en servicios de urgencias

La falta de preparación del personal va en relación con el realizar funciones asistenciales y clínicas de una manera incorrecta, repercutiendo directamente en los desenlaces del paciente. Factores como: falta de formación académica, desconocimiento de patologías, errores en diagnósticos y tratamiento indicado de forma adecuada, ausencia de especialidades de apoyo en el servicio de urgencias. Se ha documentado que la presencia de especialistas en Medicina de Urgencias mejora estadísticamente el indicador de calidad de demanda no atendida, esto impacta positivamente en la calidad del servicio. Como encontró Jui-Li y colaboradores en una revisión retrospectiva donde midieron el impacto de la experiencia de los especialistas en Medicina de Urgencias en la eficiencia y desenlaces clínicos de los pacientes; entre más experiencia tuvieran los especialistas en Medicina de Urgencias, usualmente más de 10 años de ejercicio, se observaron menores tasas de mortalidad de los pacientes en el servicio de urgencias y un menor uso de recursos en pacientes no emergentes (55). Adicionalmente, la presencia de un especialista en Medicina de Urgencias en el servicio ayuda a optimizar el flujo de pacientes hacia las diferentes unidades hospitalarias, a definir altas tempranas de forma segura y a articular con otras especialidades el manejo integral y seguro de los pacientes durante su estancia en el departamento (56), permitiendo a su vez una mayor organización y distribución del servicio cuando se compara con instituciones que no tienen especialistas en urgencias, esto impacta también positivamente en la seguridad de la atención de los pacientes urgentes (57).

La disposición de los profesionales y la motivación a la atención el paciente puede incurrir según la literatura como fuentes de error, asociado probablemente a algún grado de negligencia (55,58).

7.5.2. Presión asistencial y la aparición de los errores

Se describe por algunos autores que la concentración en la atención de un paciente en un ambiente y en unas condiciones controladas y silenciosas, es diferente al contexto de los servicios de urgencias, esto probablemente sea difícil de hacer algo objetivo, pero sin duda alguna influye en la forma que el personal atiende y se encarga de sus pacientes (54).

Los espacios deficientes, la falta de recursos, la ubicación inadecuada en pasillos o en lugares que no es posible detectar el riesgo de un paciente, puede llevar a evaluaciones y tratamientos tardíos para pacientes con patologías tiempo dependientes.

7.5.3. Horarios de trabajo

Un horario mayor a 15 o 20 horas seguidas impacta en fuente de cansancio físico y psicológico, repercutiendo de forma negativa el cuidado de los pacientes (55).

7.5.4. Clasificación del triage

La clasificación del triage estima riesgos de atención en el paciente, al momento de hacer un subtrriage (asignar un nivel mayor del que verdaderamente le corresponde al paciente, y en especial en situación de inestabilidad o gravedad) puede tener consecuencias irreparables debido al tiempo de atención en promedio que debe esperar un paciente en la sala de espera (54,58).

7.5.5. Cambios de turno

El momento del cambio de turno tanto por personal asistencial médico o de enfermería es crucial para garantizar la continuidad de un proceso para el paciente. El hecho de omitir datos puede incurrir incluso en no reconocer riesgos ya detectados o que aún no se han detectado, incrementando la posibilidad de que se presente un evento adverso.

La comunicación poco asertiva y la coordinación en situaciones críticas, con errores en asignación de roles o de cumplimiento de órdenes no ordenadas también hace parte de los factores para tener en cuenta. Puede ocurrir errores de comunicación en múltiples direcciones: profesional – paciente, profesional – profesional, cambios de turno, órdenes verbales, letra no legible, no revisión por equipo dispensador de farmacia (54).

Existen otros factores de riesgo que han sido poco estudiados por la literatura frente al traslado intrahospitalario de los pacientes. Ellos pueden ocurrir desde: riesgos asociados al transporte, características biomédicas del paciente y evaluación del estado de gravedad (54,55,58,59).

7.5.6. Riesgos del transporte

Se podría mencionar cambios en el movimiento (aceleración o desaceleración) que conlleva a cambios fisiológicos (detección de cambios de presión por receptores propioceptivos o de presión), esto produce un efecto hemodinámico que se traduce en un aumento o disminución de cifras tensionales.

Las comorbilidades del paciente influyen en cuanto a las complicaciones que pueden aparecer durante su atención y el curso natural de su enfermedad, siendo una desventaja orgánica de base que no puede ser modificada.

Las pacientes mayores de 50 años presentarán menor probabilidad de requerir cuidado y vigilancia en unidad de cuidados intensivos cuando se compara con hombres de la misma edad, asociado probablemente a patologías o comorbilidades y a menor riesgo de mortalidad.

El apoyo hemodinámico y ventilatorio requerido por el paciente y su empeoramiento clínico puede conllevar a la necesidad de aumento en soporte vasopresor y/o respiratorio, conllevando a otros desenlaces que deben ser tenidos en cuenta durante el traslado.

7.5.7. Sistema de clasificación del riesgo en el traslado

En general no hay reglas o predictores del riesgo de traslado de un paciente. Existen guías para el traslado de paciente crítico en especial a unidades de alta dependencia. En la búsqueda de literatura relacionada se encontró un grupo de investigadores del Hospital Universitario doctor Miguel Enríquez (Cuba) en donde se evaluó una escala de clasificación intrahospitalaria para determinar el riesgo del paciente a partir del puntaje final, logrando anticipar necesidades durante el traslado (*Ver tabla 1*).

7.6. METAS DE SEGURIDAD RELACIONADOS CON LOS TRASLADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Un indicador es una medida cuantitativa para guiar, controlar y valorar la calidad de algún aspecto importante en la práctica asistencial. En cuanto a seguridad del paciente se puede mencionar el PSI (Por sus siglas en inglés, Patient Safety Indicators) de la AHRQ (por sus siglas en inglés, Agency for Healthcare Research and Quality). Dichos indicadores son utilizados principalmente en el ambiente hospitalario y permiten conocer la posibilidad y necesidad de intervenir algún factor importante (58,59).

Entre ellos podemos mencionar: punciones accidentales durante un procedimiento, infecciones asociadas a catéter venoso central, muerte en grupos relacionados de diagnóstico de bajo índice de mortalidad, muerte entre pacientes hospitalizados por cirugía con complicaciones graves, hematomas o sangrado excesivos como consecuencia de un procedimiento, fractura de cadera en postoperatorio, trombosis venosa profunda intrahospitalaria, entre otros.

Dichos indicadores probablemente tengan en parte relación con el proceso de traslado de los pacientes, pero tienen un objetivo diferente (56).

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU) proponen en conjunto una serie de indicadores de relevancia para los servicios de urgencias, entre los cuales se mencionan (56):

- Estructura (física y humana): principalmente hace referencia a revisión del carro de paro, material de sala de reanimación, disponibilidad de antidotos, conocimiento de los profesionales de su uso, detección de incidentes.
- Demoras diagnósticas y en el tratamiento: entendido como tiempo hasta la primera asistencia posterior al triage, tiempo en patologías que son dependientes al momento de atención, atención de pacientes de acuerdo con el triage, entre otros.
- Adecuación y formación de profesionales: existencia de protocolos de atención frente a situaciones más frecuentes, patologías críticas, entre otros.
- Reducción en la variabilidad de actuaciones
- Transferencia de información y traslado de pacientes: Oportunidad en el cambio de turno, transmisión de la información, mantenimiento de la continuidad asistencial. Verificación de condiciones ópticas o correctas previas al traslado del paciente.

- Prevención de efectos adversos
- Detección de efectos adversos

Algunos estudios mencionan que el estándar o nivel de cumplimiento para eventos adversos asociados a traslado intrahospitalario se define en un 15% sin un claro soporte desde la literatura (57,60). Vemos que hay una relación de algunos de los indicadores desde el traslado intrahospitalario de los pacientes, pero como tal no hay un fuerte en la elaboración de dichos indicadores reportado en la literatura para evitar indicios de atención insegura.

7.7. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA

Se hace necesario para hablar de las herramientas de indicios de atención insegura conocer los sistemas de notificación los cuales permiten su gestión y análisis causal; el informe de dichos reportes se registrará de manera escrita, en tiempo real o posterior a su ocurrencia, a través de revisiones retrospectivas de historias clínicas, análisis de casos, reporte de las entidades administradoras de planes de beneficio, o a través de servicio al usuario, entre otras. Cuando se hace una búsqueda en la literatura se encuentran los siguientes sistemas de notificación:

- Sistemas de notificación obligatoria: se centran en la notificación de los eventos que producen lesiones graves en los pacientes. Tiene un enfoque en la implementación de acciones y destinación de recursos para la seguridad del paciente en áreas determinadas.
- Sistemas de notificación voluntaria: se centran en la notificación de los incidentes o errores que han producido daños leves. Buscan identificar las áreas deficientes y las vulnerabilidades del sistema antes de que se produzcan daños en los pacientes, además de entregar información a los profesionales sobre lo aprendido (61).

Dicha clasificación está sujeta a la cultura de seguridad, proceso que se establece a través del tiempo y que requiere de un alto compromiso para lograr que el reporte de los indicios de atención insegura revele el comportamiento real de seguridad del paciente, es por esto que existen otros métodos de identificación de indicios de atención insegura, de los sistemas de notificación y la sub notificación los cuales son insuficientes, razones por la que países como: Estados Unidos,

Reino Unido, Canadá y Australia, han comenzado a emplear la búsqueda intencionada de EA por medio de la revisión de historias clínicas utilizando distintas metodologías aplicadas por profesionales capacitados. Debido a esto en el año 1991 se realizó The Harvard Medical Practice Study utilizando una metodología de búsqueda de EA con base en la indagación de las historias clínicas de pacientes sobre la presencia de uno o más criterios sugerentes que el paciente pudiese haber sufrido un EA (definida como una lesión incapacitante causada por el tratamiento médico), estudio que identificó de manera efectiva la presencia de fallas e incluso muertes relacionadas a estos aspectos. El “método Harvard” identificó indicios de atención insegura en todos los países donde se aplicó durante el tiempo de realización.

En la identificación de indicios de atención insegura por búsqueda, El Global Trigger Tool, metodología que fue creada por el Institute for Healthcare Improvement de Estados Unidos en el año 2002, y actualizado en el año 2009, está descrito como una herramienta fácil de adaptar y enseñar que permite la identificación y medición de los daños en el tiempo, siendo útil para la aproximación a los problemas de seguridad clínica y la gestión en base a las deficiencias detectadas. Esta metodología se centra en la identificación de “triggers”, es decir, detonadores o disparadores que se refieren a factores desencadenantes de indicios de atención insegura. Al detectar un detonador se genera una alerta para identificar en los registros clínicos lo acontecido al paciente o EA. Aunque se debe aclarar que si un detonador se identifica en un registro, no necesariamente indica una atención insegura (62).

El revisor debe investigar los registros clínicos para determinar si realmente se ha producido un indicio de atención insegura. Esta herramienta está orientada a la búsqueda de los daños a los pacientes causados producto de una atención activa de salud.

Una vez identificados los EA la herramienta sugiere la aplicación de la clasificación NCC MERP Index for Categorizing Errors, utilizada generalmente para tipificar errores de medicación (62,63).

7.7.1. Herramientas para la evaluación de indicios de atención insegura en el medio hospitalario

La evaluación y el análisis de los indicios de atención insegura en una institución nos sirven para identificar y corregir las causas o factores desencadenantes de un probable futuro evento adverso; muchas veces esa identificación puede llegar a

ser sencilla y rápida, sin embargo ese sólo sería el primer paso, una investigación más profunda del indicio de atención insegura nos puede llevar al verdadero origen del daño y así lograr una corrección más eficaz (30,64).

Debido a lo anteriormente descrito se han creado y validado diferentes herramientas y metodologías que permitan hacer una evaluación más estructurada y objetiva, con el fin de estandarizar los factores desencadenantes y tomar una acción más apropiada.

Dentro de estas herramientas destacan tres como las más usadas y validadas: el protocolo de Londres, el Análisis de Causa raíz (O análisis de ruta causal) y el Análisis de modo de falla y efectos (AMFE) (65).

7.7.2. Protocolo de Londres

El protocolo actual parte de una revisión y actualización de un primer documento publicado en 1999 por Vincent, et al llamado “protocolo para la investigación y el análisis de incidentes clínicos”, en este se describe un proceso para la investigación de incidentes que puede ser usado por clínicos, investigadores, personal administrativo a cargo del área de seguridad del paciente o cualquiera que quiera tener una aproximación dentro de la reflexión y el aprendizaje de los indicios inseguros a nivel hospitalario (66).

Inicialmente este protocolo fue pensado como una herramienta de evaluación de los incidentes clínicos de la práctica médica en donde se atendían casos agudos (principalmente urgencias), pero luego se expandió a otras áreas del cuidado en salud incluyendo el área hospitalaria. Se genera a modo de proceso con un entendimiento acerca de que los incidentes clínicos son inherentes a la práctica médica y teniendo en cuenta de que en la mayoría de los casos no existe una sola causa, sino que cada suceso de estas características es el resultado de una serie de eventos que se pueden evaluar con el fin de descubrir las fallas o las brechas en la atención en salud de una institución específica (9,66).

Los estudios sobre la causalidad de los indicios de atención insegura se iniciaron en el área de la industria petrolera y de la aviación, creándose un modelo que posteriormente fue adaptado al área clínica y en el que tiene su principal base el protocolo de Londres, en este se tienen en cuenta factores relacionados con la organización y la cultura de la institución, el paciente como individuo y su entorno (ambiente), las acciones u omisiones que llevamos a cabo y los obstáculos humanos y naturales que se presentan hasta la ocurrencia de un evento adverso (67).

Figura 2. **Modelo organizacional de accidentes**



Fuente: Boletín CONAMED Volumen 4, No. 22 – 2019. (OPS-OMS)

Este modelo se traduce en el protocolo en forma de un diagrama de flujo de varios pasos:

1. **Identificación y decisión de investigar:** Se trata de identificar la ocurrencia del incidente y definir las razones por las cuales se considera que requiere una evaluación más detallada, el peso de esta razón puede ser por las repercusiones sobre un paciente o su familia o simplemente relacionado con el potencial aprendizaje que se pueda obtener para la mejoría del servicio.
2. **Selección del equipo investigador:** Escoger a las personas apropiadas para la investigación del incidente es muy importante, se debe escoger con cautela las personas con características que pueden ser útiles en la evaluación del incidente y la retroalimentación del mismo. Debería siempre tenerse en cuenta la utilidad que puede tener que uno de los involucrados en el equipo investigador sea una persona externa al servicio o departamento investigado.
3. **Organización y obtención de datos:** En este paso se deben tener en cuenta varios puntos, el primero será documentar ese incidente, incluyendo todos los hechos, conocimientos y objetos físicos relacionados con el incidente, de la manera más rápida posible. Se deberá guardar y organizar esta información e identificar lo más relevante. Lo segundo sería la realización de entrevistas con el fin de obtener información del equipo o las

personas involucradas en el incidente, esa podría ser la forma más efectiva de determinar si hay factores del entorno que pudieron favorecer la ocurrencia del mismo. Dentro de la entrevista y con la información obtenida se debe hacer una recreación de la escena, establecer una cronología e identificar problemas relacionados con la atención u otros factores contribuyentes que puedan estar relacionados, como la idoneidad del personal, el tiempo y el lugar de la tarea que se desarrollaba o factores que tengan que ver con el individuo y el equipo.

4. **Determinar la cronología del suceso:** A partir de la narrativa obtenida en las entrevistas y valiéndose de otras herramientas como líneas de tiempo, cuadros de ubicación de las personas involucradas según la hora y diagramas de flujo que mejoren el entendimiento de la escena.
5. **Identificar las causas directas:** Principalmente obteniendo información de los involucrados y preguntado directamente sobre las acciones u omisiones que piensan ellos llevaron a la ocurrencia del incidente. Esa información se adicionará a la obtenida en las entrevistas a otros miembros.
6. **Identificar los factores contribuyentes:** Se trata de especificar todas esas condiciones que estuvieron asociadas al desarrollo del incidente, tiene mucho que ver con lo expuesto en el modelo que se presentó arriba identificando esas características del paciente, del individuo, del ambiente, el equipo, la organización y el manejo o la tarea que favorecieron el fallo.
7. **Hacer las recomendaciones y un plan de acción:** Es la finalidad última del protocolo y de la evaluación, luego de identificar las causas directas y los factores contribuyentes se deben generar una estrategia para mejorar / evitar que vuelva a suceder un indicio de atención insegura similar. Se sugiere que a cada factor causal o contribuyente se le asigne una tarea de mejora que vaya dirigido específicamente a alguien o a un equipo, con un tiempo determinado para su consecución y con una promesa de evaluación posterior del cumplimiento (68).

7.7.3. Análisis de causa raíz (análisis de ruta causal)

El análisis causa- raíz es una metodología ampliamente utilizada como una forma de evaluación sistemática de las causas que llevaron a la ocurrencia de un incidente y que no pudieran ser aparentes inmediatamente a su ocurrencia, se

establece como una investigación reactiva, es decir, aparece como una reacción al hecho sucedido y basa su enfoque en tratar las bases sobre las que se desarrolló un indicio de atención insegura y no sólo a tratar sus consecuencias, con el objetivo de que tratando el problema “de raíz” no va a volver a presentarse.

Podría decirse que fue una versión inicial y más simplificada del protocolo de Londres, en donde va a ser importante la identificación del evento centinela y a partir de ahí cuestionarse el porqué de lo sucedido y el qué se puede hacer para que no pase de nuevo. Sus pasos un poco menos específicos que en el protocolo incluyen el establecimiento de un equipo idóneo, la obtención de la información y establecer un plan de divulgación de resultados y de implementación de mejoras propuestas a partir de esos resultados.

En este análisis se hace una simplificación de esa raíz de los problemas hacia una ruta causa única o que implica muy pocos aspectos relacionados, a diferencia del protocolo de Londres en donde específicamente se busca la contribución de muchos más aspectos hasta llegar a ese causal. Y a partir de ahí se desarrolla otra diferencia grande relacionado con el propósito de la investigación en donde a diferencia del protocolo en donde se desea hacer una reflexión sobre esas brechas en la atención o en la ruta de cuidado de los pacientes, aquí sólo se pretende establecer la causa para dar una solución sencilla y muy enfocada en lo sucedido sin ir más allá en las consecuencias o en los otros factores que pueden contribuir a la perpetuación u origen de otros incidentes de algún modo relacionado (69).

7.7.4. Análisis de modo y efecto de fallas (AMEF)

Probablemente la metodología más antigua de las tres mencionadas, nació en los años 40 en la NASA con el objetivo de determinar la seguridad de sus equipos a la vez que se obtenía un estudio sobre las consecuencias que tenían las fallas de estos.

Este concepto y por lo tanto este proceso fue adaptado de la industria por lo que deja brechas en la obtención de adecuados resultados en el área asistencial médica. Comparte con los otros dos métodos algunos pasos como la formación del equipo de trabajo, determinar los momentos críticos que llevaron al hecho y definir las potenciales consecuencias o fallas, analizar cada una de las mismas a partir de su probable causa, general unos controles de detección y dar una prioridad o índice de gravedad a cada uno de esos momentos críticos (Acciones inseguras) y ejecutar acciones de corrección, prevención o mejora (70).

Cada una de estas metodologías supone una forma de aproximación a esa evaluación, análisis y manejo de los indicios de atención insegura y aunque en muchos aspectos se asimilan en su proceder es el Protocolo de Londres hasta ahora el que ha tenido una actualización y mayor validación desde su creación que nos permita utilizarlo en el área hospitalaria, su proceder con pasos claros lo convierte en una herramienta de gran utilidad que genera como resultados no sólo conocer la causa directa de una situación determinada, sino todo un abanico de factores sobre los que podemos trabajar para mitigar las consecuencias de lo sucedido y a la vez prevenir nuevas ocurrencias de sucesos similares o relacionados (68).

7.8. ESTRATEGIAS PROPUESTAS PARA EVITAR INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA EN URGENCIAS DURANTE LOS TRASLADOS

Es evidente que las fallas en la comunicación son la principal fuente de indicios de atención insegura durante el traslado de los pacientes; una comunicación poco asertiva e ineficiente favorece en el equipo de salud conductas poco seguras; las causas son multifactoriales, pero cuando hablamos en particular de los servicios de urgencias notamos como la preparación del personal es un aspecto que disminuye la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, aspecto que debe ser complementada según Beckmann , con supervisión en el equipo de transporte, premisa comprobada en el estudio “Impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de pacientes, Chile, 2015 (71).

En los traslados de pacientes críticos o en estado de riesgo, la morbilidad causada por esta actividad se considera "pobremente documentada y resalta la probabilidad de aumento en la duración de la hospitalización, secuelas neuropsicológicas y mortalidad". Es importante recordar en este punto, y dado el impacto de los incidentes o eventos adversos en proceso evaluados, las metas internacionales de seguridad del paciente que nos ayudan a definir la importancia de la identificación exacta del paciente para la realización de una acción sobre esto, sea por personal médico o de apoyo (72).

Basados en la meta de seguridad de comunicación efectiva, entre las intervenciones propuestas en la literatura para evitar e impactar sobre esta característica, se describe entre otros el método de comunicación SBAR Situation Background Assessment Recommendation (SAER Situación, Antecedentes,

Evaluación y Recomendación) herramientas de fácil aplicabilidad durante los traslados desde el servicio de urgencias, proporcionado una adecuada información del paciente para asegurar que la transferencia de la información sea completa; logrando que se informe verbalmente el estado de salud del paciente a un compañero del equipo de manera rápida y efectiva, permitiendo decidir quién, cómo, cuándo y dónde se continúa la atención del paciente (73).

A nivel mundial existen varios estudios epidemiológicos a nivel mundial en donde se ha descrito una lista de eventos adversos, se hace una retroalimentación y esto ha contribuido a la identificación de factores de riesgo para la presentación de eventos adversos tanto del paciente como del personal y el medio por donde se transporta, además de la organización al momento del transporte (74).

Los riesgos relacionados con el traslado de pacientes se pueden superar desarrollando una cultura de estandarización de procesos lo que resulta en sistemas de trabajo y en la homogenización de las modalidades implementadas para el traslado de los pacientes. Además, esto contribuye a una disminución en la incidencia de eventos adversos y permite que el traslado del paciente sea por beneficio del mismo (74).

En el 2009, la Organización Mundial de la Salud publicó el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente en su versión 1.1, en donde describen algunas estrategias que pueden ser utilizadas para reducir el riesgo de presentar un evento que conlleve a la atención insegura de los pacientes, tanto en su estancia en su servicio como durante los traslados entre servicios.

En esta identificamos varios factores de riesgo desde donde se puede intervenir la atención insegura:

- **Factores relacionados con el paciente:** al entrar en contacto con el paciente, se presta la atención y el apoyo adecuado y necesario para cada uno según sus necesidades; deben existir protocolos al momento de la toma de decisiones con un paciente; cada paciente debe tener un equipo de monitorización al momento del traslado. Adicional a esto, cada paciente debe recibir educación frente a su condición médica y el requerimiento de tratamiento intrahospitalario, incluyendo la realización de paraclínicos, ayudas diagnósticas y procedimientos en diferentes servicios.
- **Factores relacionados con el personal:** las personas encargadas de la atención de los pacientes deben tener una formación académica que permita que tengan los conocimientos mínimos para cumplir con sus tareas.

El personal debe tener una orientación al ingresar a una institución y supervisión en algunas de sus funciones. El personal debe ser suficiente en número para la atención de los pacientes y así mismo se evita la sobrecarga de trabajo.

- **Factores relacionados con la organización/ambientales:** se deben respetar los reglamentos vigentes para cada país y/o ciudad. Es importante garantizar el acceso fácil y rápido a protocolos de apoyo en el momento de la toma de decisiones. Se debe promover el liderazgo, la adaptación a las diferentes tareas y funciones con las que deben cumplir y se debe mantener una cultura de seguridad del paciente.
- **Factores relacionados con los equipos:** todos los pacientes deben contar con un equipo de monitorización y el personal debe conocer sus funciones, como se maneja y en qué momento reportar daños o anomalías en el mismo. Para evitar esto, se deben realizar auditorías periódicas y realizar mantenimiento constante a los equipos (75).

La seguridad del paciente va muy de la mano con la calidad de los servicios de salud que se brindan, pues si el paciente es víctima de un evento adverso o un incidente, este generara insatisfacción e inseguridad.

En el 2015, en Chile, se publicó el trabajo titulado “Impacto de la gestión de riesgo en la prevención de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de pacientes”, en donde se buscaba “determinar el impacto de la prevención de los eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de pacientes mediante la aplicación de un programa de gestión de riesgos” (19).

El estudio se realizó en 3 etapas: preintervención, análisis de datos y postintervención. En la segunda etapa, el incidente con mayor prevalencia fue “no corroborar la identidad del paciente”. Con los resultados obtenidos, se desarrolló el programa de Gestión de riesgos para la prevención de eventos adversos que pudieran ocurrir durante los traslados; este programa consistió en realizar un “análisis de los procesos relacionados con el problema identificado, reestructuración de normativas, creación de nuevos protocolos, capacitación del personal, elaboración de afiches recordatorios y definición del indicador de proceso para la evaluación del impacto (tasa de incumplimiento)” (19). Posteriormente, se implementó el programa de gestión de riesgos que incluyó un “cambio en el sistema de vigilancia de pasiva a activa de los eventos adversos e incidentes relacionados con el traslado; reestructuración del proceso de traslado, siendo incorporado un check list para asegurar que las actividades se realizaran en un 100%, en especial la ” verificación de la identidad del paciente; educación y

entrenamiento del personal encargado de esta actividad donde se incorporó metas internacionales de seguridad del paciente con énfasis en una identificación segura, el diagnóstico inicial y la importancia de la identificación correcta del paciente antes del traslado” (19).

En la tercera etapa del estudio, se realizó “un estudio de prevalencia de incidentes y/o eventos adversos relacionado solo con el incumplimiento de la corroboración de la identidad del paciente” (19), esto solamente durante el traslado intrahospitalario.

El error de ejecución, definido por la Organización Panamericana de la Salud como “la omisión de acciones que se deben realizar y están previstas en los procesos” (19). En este trabajo, se identificó que en el 56.7% de los traslados se omite la confirmación de la identidad del paciente y esta omisión se traduce en dos problemas de inseguridad para el paciente: el paciente que es trasladado puede ser sometido a procedimientos o intervenciones que no le corresponden y aquí, se debería notificar el evento adverso “procedimiento en paciente erróneo” (19); pero el paciente que no se traslada, presenta otro evento adverso denominado “oportunidad de atención y retraso en el tratamiento, diagnóstico o cuidado” (19), afectando todos los procesos de los servicios origen de los pacientes.

El estudio concluye que la aplicación de un Programa de Gestión de Riesgo parece ser una metodología efectiva para el fomento de buenas prácticas en salud. Su aplicación es sencilla y de bajo costo, requiere solo de un trabajo sistemático y que permanezca en el tiempo. Con el fin de tener un seguimiento a la aplicación de este tipo de medidas, se debe tener una medición permanente de la herramienta e intervenir en caso de que se presente la interrupción de su uso.

En el 2010, entre integrantes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y la Universidad CES en Medellín, se publicó el trabajo de grado “Sistema de Identificación, análisis y gestión de los eventos adversos en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón”; se encontró que dicha institución no contaba en ese entonces con los “requerimientos exigidos por el Ministerio de la Protección Social con respecto al registro, notificación, vigilancia y gestión de eventos adversos según lo exigía la resolución 1446 del 2006” (76). No se encontró un sistema de registro o notificación de eventos adversos, pero en el área de sistemas, se encontraron datos que sirvieron para identificar la presencia de un único evento adverso: reingreso al servicio de urgencias por la misma causa antes de las 72 horas en 170 casos durante 6 meses.

Debido a la falta de un sistema de identificación, análisis y gestión, se propuso la creación de una herramienta que cumpliera con estas funciones según lo estipulado por el Ministerio de la Protección Social en Colombia:

- Herramienta que permita identificar un evento adverso que requiera investigación.
- Una vez se confirme la necesidad de investigar dicho evento, se selecciona al equipo responsable de esa tarea y se inicie la Investigación de un Evento Adverso. Con esta herramienta se podrían identificar cuáles fueron las acciones inseguras o los factores que contribuyeron a la presentación del evento adverso.
- Por último, una herramienta que permita conocer el plan de acción para corregir dicho evento adverso y realizar el reporte oficial.

Con la implementación de dicha estrategia, se lograría cumplir con unos de los lineamientos exigidos por el Ministerio de la Protección Social y se contaría con un sistema de vigilancia institucional. Adicionalmente, todo esto se hace con el objetivo de concientizar al personal de la institución sobre la importancia de reconocer e intervenir los eventos adversos en pro de la seguridad del paciente.

En la literatura revisada, tanto mundial como nacional, se encuentran datos sobre eventos adversos durante los traslados de los pacientes; sin embargo, no se encuentra literatura sobre gestión de riesgo o protocolos que se hayan construido a partir del traslado de pacientes desde el servicio de urgencias, por lo que podemos decir que tenemos un vacío del conocimiento en esta área y que puede ser una fuente de investigación muy grande con el objetivo de mejorar la atención para nuestros pacientes.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de la monografía, se puede identificar que los indicios de atención insegura en urgencias no suelen reportarse tanto en la literatura como en los estudios que se llevan a cabo desde la hospitalización, y por lo general éstos van relacionados con condiciones del trabajo o del talento humano. Por lo anterior es importante mencionar que las políticas en salud deben ir encaminadas siempre a la generación y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

En Colombia, las estadísticas regionales y locales son escasas frente al manejo de datos de seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Además, se desconoce la relación que existe entre algunos factores críticos comunes en estos servicios tales como: la sobreocupación en el servicio, la falta de personal médico, la falta de acompañamiento por un médico durante el traslado, así como la diferencia en términos de ocurrencia de eventos e incidentes con relación a la atención por médico urgentólogo versus médico general en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta que según los resultados de la literatura, la presencia de especialistas en el área de medicina de urgencias impacta positivamente en la organización del servicio, optimización del uso de sus recursos, reducción de la morbilidad y riesgos para el paciente.

Existen algunas escalas que identifican el riesgo del transporte de pacientes críticos desde el servicio de urgencias, sin embargo, son pocas las escalas validadas para pacientes no críticos, lo cual sería una estrategia investigativa para generar a futuro y aportar a la mitigación del riesgo de ocurrencia de indicios de atención insegura.

Respecto a las herramientas planteadas en la literatura para la evaluación de indicios de atención insegura en el medio hospitalario, se logran identificar varias, siendo la más recomendada y con mayor impacto la metodología de análisis bajo Protocolo de Londres.

Referente a las características de los indicios de atención insegura que ocurren durante los traslados internos desde el servicio de urgencias a otros servicios, las fallas en la comunicación son la principal fuente de indicios de atención insegura durante el traslado de los pacientes, evidenciándose que una comunicación poco asertiva e ineficiente favorece en el equipo de salud conductas poco seguras, las causas son multifactoriales, pero particularmente en los servicios de urgencias. Se

sugiere con base en los resultados de esta monografía el desarrollo de nuevos estudios que permitan identificar con mayor objetividad el comportamiento de estos indicios de atención insegura en servicios de atención inmediata como el servicio de urgencias.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) - Ministerio de Calidad y Consumo. La seguridad del paciente en siete pasos [Internet]. Rumagraf, S. A; 2005 [citado 21 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf
2. Hernández JN, González EC, Romero JC, de Baños LC. Transporte intrahospitalario del paciente grave. Necesidad de una guía de actuación. *Enferm Intensiva*. 2011;22(2):74-7.
3. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Ministerio de sanidad y consumo [Internet]. Rumagraf, S. A; 2007 [citado 27 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/psc_sp3.pdf
4. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system. Vol. 6. National Academies Press; 2000.
5. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324(6):377-84.
6. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust*. 1995;163(9):458-71.
7. Reason J. Understanding adverse events: human factors. *BMJ Qual Saf*. 1995;4(2):80-9.
8. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Jama*. 1995;274(1):29-34.
9. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med*. 2003;348(11):1051-6.
10. Tomás S. Introducción a la seguridad clínica del paciente. *Monogr Emerg*. 2007;3:1-6.
11. Thomas E j. (1 6), Studdert D m. (1 2), Burstin H r. (1), Orav E j. (1), Zeena T(1 2), Brennan T a. (1 2), et al. Incidence and types of adverse

events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 01 de 2000;38(3):261-71.

12. Hall J, Schimidt G, Wood L. Cuidados Intensivos. 2.^a ed. McGraw-Hill Interamericana; 2001. 85-91 p. (1; vol. 1).
13. McLennon M. Use of a specialized transport team for intrahospital transport of critically ill patients. Dimens Crit Care Nurs. 2004;23(5):225-9.
14. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actual Del. 2005;
15. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades coronarias. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. 2011 [citado 16 de septiembre de 2020];1(1):188. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/actualizacion_indicadores_calidad_2011.pdf
16. Melgarejo A, Adell B, Llorente P. Análisis de eventos adversos asociados a traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación. 1. 2014;25(2):58-64.
17. Jia L, Wang H, Gao Y, Liu H, Yu K. High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China. Critical Care. 20(12):1-13.
18. Secretaria General de Sanidad M de S y C. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. 2006 [Internet]. 2006;1(1):1-170. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/E NEAS.pdf>
19. Ramirez B, Febre N. Impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de paciente. 2015 [citado 15 de agosto de 2020];21(1):35-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/278737457_IMPACTO_DE_LA_GESTION_DE_RIESGOS_EN_LA_PREVENCION_DE_EVENTOS_ADVERSOS_DURANTE_EL TRASLADO_INTRAHOSPITALARIO_DE_PACIENTES
20. Guidelines committee ACoCCM, Society of Critical Care Medicine. Guidelines for the transfer of critically ill patients. Critical Care Medicine [Internet]. 1993;21(6):931-7. Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjjournal/Abstract/1993/06000/Guidelines_for_the_transfer_of_critically_ill.24.aspx
21. Camacho A, Garrido D, Carcelén L, Gonzalez C. Transporte de pacientes en estado crítico. Transporte intrahospitalario [Internet]. 2020. Disponible en:

<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/48573291fc4abb1f33aec2d4ad54511f.pdf>

22. Bajer G, Norton P, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ [Internet]. 2004 [citado 17 de septiembre de 2020];170(11):1679-86. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/170/11/1678>
23. Brennan T, Leape L, Hebert L, Localio A, Lawthers A, Newhouse J. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. NEJM [Internet]. 1991 [citado 10 de septiembre de 2020];324(6):370-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1987460/>
24. Aranaz-Andrés J, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo F, Urroz O. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the «Iberoamerican Study of Adverse Events» (IBEAS). BMJ Qual Saf. 2011;20(12):1043-51.
25. Parmentier-Decrucq E, Poissy J, Favory R, Onimus T, Guerry M. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. Ann Intensive Care [Internet]. 2013;3(1):10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23587445/>
26. Pereira F, Bueno de Camargo W, Gomez A, Sumery T, Maria M, de A F Sé Valverde M. Analysis of Adverse Events during Intrahospital Transportation of Critically Ill Patients. Crit Care Res Pr [Internet]. 2017 [citado 15 de septiembre de 2020];1:6847124. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29062574/>
27. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: [Internet]. Ministerio de la Protección Social; 2006 [citado 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014. Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Bogotá [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2014 [citado 14 de septiembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2082-de-2014.pdf>

29. Ministerio de Salud y 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. Bogotá [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2006 [citado 16 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
30. Ministerio de Salud. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. [Internet]. Colombia; 2008 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
31. WHO. 10 Datos sobre la seguridad del paciente [Internet]. WHO; 2019 [citado 1 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
32. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) - Ministerio de Calidad y Consumo. La seguridad del paciente en siete pasos [Internet]. Rumagraf, S. A; 2005 [citado 21 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf
33. Fernandez S. Los eventos adversos y la seguridad del paciente [Internet]. OPS; 2016 [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
34. Campaña G. Errores médicos en el ambiente quirúrgico: Como prevenirlos. 2006 [Internet]. 2006 [citado 1 de septiembre de 2020];58(3):235-8. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000300015
35. Robert M. Diseases of medical progress. 1956 [Internet]. 1956;255(1):606-14. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM195609272551306>
36. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system. Vol. 6. National Academies Press; 2000.
37. Parra D, Camargo F, Rey Gómez R. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. Enfermería Global [Internet]. 2012;11(28). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es.

38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. 1.^a ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. 194 p. (1; vol. 1). Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
39. Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico [Internet]. 1.^a ed. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010 [citado 5 de septiembre de 2020]. 302 p. (1; vol. 1). Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/syrec.pdf>
40. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica IBEAS [Internet]. 1.^a ed. Vol. 1. OMS; 2009 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>
41. OMS. BEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. [Internet]. OMS; 2010 [citado 15 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
42. Zárate R, Olvera S, Hernández A, Hernández C, Sánchez S, Valdez R. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. Enfermería Universitaria [Internet]. 2015;12(2):63-72. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000081>
43. Pereira J, Gomes M, Alves I, Gomes M, Alves I. Adverse events identified in nursing reports in a pediatric clinical. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2014 [citado 15 de septiembre de 2020];20(2):53-63. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200006&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200006.
44. López L, Cáceres D, Dueñas R, Acosta-Barón J, Robles-Méndez I, Rincón D. Adherencia y potenciales eventos adversos prevenidos durante la administración de medicamentos endovenosos empleando bombas de infusión inteligentes en cuatro unidades de cuidados intensivos en Colombia. Salud UIS [Internet]. 2019 [citado 30 de julio de 2020];51(4):289-300. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000400289&lng=en

45. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy: the price we pay. J Am Med Assoc [Internet]. 1955;159(15):1452-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13271097/>
46. The Kaiser Family Foundation. National survey on consumers' experiences with patient safety and quality information [Internet]. The Kaiser Family Foundation; 2004 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/national-survey-on-consumers-experiences-with-patient-safety-and-quality-information-survey-toplines.pdf>
47. WHO. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente, Ginebra, 28 de mayo de 2019. [Internet]. WHO; 2019 [citado 17 de junio de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf
48. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Colombia; 2007 [citado 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
49. Achury D, Rodriguez S, Diaz J, Gómez J, Gómez A, Díaz J. Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia). Salud Uninorte Barranquilla [Internet]. 2017 [citado 29 de julio de 2020];33(2):105. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n2/2011-7531-sun-33-02-00105.pdf>
50. Camacho A. el al. Protocolo de transporte intrahospitalario del paciente crítico. [Internet]. 2012 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/48573291fc4abb1f33aec2d4ad54511f.pdf>
51. Hospital Español de Mendoza. Guía de traslado de pacientes desde servicio de emergencias a servicios críticos. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.hespanol.com.ar/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/AB_GUIA_DE TRASLADO_DE PACIENTES_DES DE SERVICIO_DE EMERGENCIAS-1.pdf
52. Warren J, Fromm RE, Orr RA, Rotello LC, Horst HM. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. Crit Care Med [Internet].

enero de 2004 [citado 24 de septiembre de 2020];32(1):256-62. Disponible en: <http://journals.lww.com/00003246-200401000-00038>

53. Ringdal M, Chaboyer W, Warrén Stomberg M. Intrahospital transports of critically ill patients. *Nurs Crit Care* [Internet]. mayo de 2016 [citado 24 de septiembre de 2020];21(3):178-84. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/nicc.12229>
54. Cohen E. Comparación de indicador “demanda no atendida” en urgencias, antes y después del especialista en emergencias [Internet]. 2006 [citado 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9489/200014947.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
55. Li C, Syue Y, Tsa T, Kuan-Han W, Lee C, Lin Y. The Impact of Emergency Physician Seniority on Clinical Efficiency, Emergency Department Resource Use, Patient Outcomes, and Disposition Accuracy. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016 [citado 29 de agosto de 2020];95(6):e2706. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753903/pdf/medi-95-e2706.pdf>
56. González A. et al. Indicadores de calidad SEUP. [Internet]. 2018 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/mejora_indicadores.pdf
57. Fraser I. Guide to patient safety indicators, Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. AHRQ; 2007 [citado 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V30/psi_guide_v30a.pdf
58. Tomás S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2010 [citado 24 de septiembre de 2020];33:131-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
59. Carnevale TJ, Meng D, Wang JJ, Littlewood M. Impact of an Emergency Medicine Decision Support and Risk Education System on Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging Use. *J Emerg Med* [Internet]. enero de 2015 [citado 24 de septiembre de 2020];48(1):53-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0736467914007951>
60. Aljama M, López-Andújar L, Fernández-Valderrama J, Jiménez L, Tejedor M. Estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales,

Sociedad Española de Medicina de Urgencias. Soc Esp Med Urgenc Emerg SEMES [Internet]. 2019;1(1):79. Disponible en: <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/11/CRITERIOS-ACREDITACION-SEMES-v6-2019.pdf>



61. Astargo C. Detección Eventos Adversos en pacientes adultos egresados de una Unidad de Paciente Crítico utilizando una herramienta de búsqueda intencionada. Universidad de Chile. Facultad de medicina. Escuela de salud pública. [Internet]. 2016 [citado 1 de agosto de 2020]. Disponible en: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/498/Tesis_Carmen%20Astargo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
62. Ramirez B, Febré N. Impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de pacientes. 1 [Internet]. 2015;1:35-45. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100004
63. Rizo J. Herramientas para contribuir a la Seguridad del Paciente. [Internet]. OMS; 2018 [citado 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/herramientas_contribuir_seguridad.pdf
64. Garzón M. Indicios de atención insegura, errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención en salud y enfermería en una IPS de Bogotá en el periodo junio 2009-junio 2010. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8902/1/539454.2012.pdf>
65. Ortiz A, Encinales P, Gómez S. Sistema de información en salud que otorga herramientas para evaluar, prevenir y evitar el riesgo de padecer caídas durante la atención hospitalaria de la población pediátrica, adulta y adulto mayor al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud [Internet]. 2010 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/539/OrtizAlma2010.pdf;jsessionid=CDB577EC4A1D517610F0BC9BD818CD10?sequence=1>
66. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ [Internet]. 11 de abril de 1998 [citado 24 de septiembre de 2020];316(7138):1154-7. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.316.7138.1154>
67. Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud. Guía técnica para el análisis Causa - Raíz de eventos adversos en hospitales. [Internet]. 2013 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00A.pdf

68. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. Clin Risk [Internet]. noviembre de 2004 [citado 24 de septiembre de 2020];10(6):211-20. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/1356262042368255>
69. Ruiz-López P, González C, Alcalde-Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. [Internet]. 2005 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://seguretatdelspacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretatpacient s/professionals/documents/recursos/ACR_herramienta_util_prevenccion_error es.pdf](http://seguretatdelspacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretatpacients/professionals/documents/recursos/ACR_herramienta_util_prevenccion_error es.pdf)
70. Consuegra O. Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario. [Internet]. 2015 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4096/409640743004.pdf>
71. Ministerio Nacional de Salud y de la Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica «buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud». [Internet]. 2010 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia -buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
72. Monografías de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Seguridad clínica de los pacientes en los Servicios de Urgencias. [Internet]. 2007 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SEMES_S P_en_Urgencias.pdf
73. Caparachin E, Henostroza R. Eventos adversos durante el traslado del paciente postoperado inmediato en sala de operaciones en la Clínica Stella Maris. Lima, Perú, 2016. [Internet]. 2016 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/651/Eventos%20adversos%20durante%20el%20traslado%20del%20paciente%20postoperado%20inm ediato%20en%20sala%20de%20operaciones%20en%20la%20Cl%C3%ADni ca%20Stella%20Maris%20Lima%2C%20Per%C3%BA%2C%202016.pdf?seq uence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/651/Eventos%20adversos%20durante%20el%20traslado%20del%20paciente%20postoperado%20inm ediato%20en%20sala%20de%20operaciones%20en%20la%20Cl%C3%ADni ca%20Stella%20Maris%20Lima%2C%20Per%C3%BA%2C%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
74. Fanara B, Manzon C, Barbot O, Desmettre T, Capellier G. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. Crit Care [Internet]. 2010 [citado 24 de septiembre de 2020];14(3):R87. Disponible en: <http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc9018>

75. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. [Internet]. 2009 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
76. Sanchez Vera Y, Corredor L, Olivella E. Sistema de identificación, análisis y gestión de los eventos adversos en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón en el año 2009. [Internet]. 2009 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://m.smschungama.in/bitstream/10946/1286/1/Sistema_identificacion_analisis.pdf

10. ANEXOS

Anexo 1. Listado de Chequeo traslado intrahospitalario. Complejo Universitario Albacete



ANEXO I

CHECK LIST DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO
(Antes de iniciar cualquier traslado intrahospitalario debemos de verificar la cumplimentación de la siguiente lista)

Nombre:	Edad:
Apellidos:	Sexo:
Nº historia:	Fecha nacimiento:

PEGAR ETIQUETA

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- ☐ Monitorización correcta y adecuada a cada traslado
- ☐ Revisión de perfusiones necesarias durante el traslado
- ☐ Comprobación y fijación de vías, tubos, drenajes, etc.
- ☐ Retirar nutrición enteral o parenteral según protocolo
- ☐ Confirmar funcionamiento baterías monitor y/o respirador
- ☐ Comprobar/revisar mochila transporte y medicación necesaria
- ☐ Oxígeno correcto

PREPARACIÓN DEL TRASLADO

- ☐ Avisar a la familia del paciente la realización del traslado/prueba diagnóstica.
- ☐ Comunicar al servicio receptor de nuestra llegada y sus condiciones
- ☐ Verificar consentimientos necesarios
- ☐ Historia necesaria
- ☐ Llave para bloqueo del ascensor
- ☐ En pacientes aislados actuar según protocolo

EL TRASLADO NO SE INICIARÁ SI NO SE HAN VERIFICADO TODOS LOS ITEMS

Fuente: Protocolo de transporte intrahospitalario del paciente crítico - Complejo Hospitalario Universitario Albacete

Anexo 2. Hoja de registro de traslado intrahospitalario. Complejo Universitario Albacete

<u>HOJA DE REGISTRO E INCIDENCIAS DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRITICO</u>					
<p> Diagnostico: Fecha traslado: Hora salida: H. entrada: </p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> Nombre: Edad: Apellidos: Sexo: Nº historia: Nacimiento: </p> <p align="center" style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">PEGAR ETIQUETA</p> </div>				
<p><u>Prueba diagnóstica/terapéutica:</u></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> Arteriografía <input type="checkbox"/> RMN </div> <div> <input type="checkbox"/> Quirófano <input type="checkbox"/> Ecografía <input type="checkbox"/> Otros..... </div> </div>					
<p><u>Datos clínicos:</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Antes del traslado</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Después del traslado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> PA FC SatO2 </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> PA FC SatO2 </td> </tr> </tbody> </table>		Antes del traslado	Después del traslado	<ul style="list-style-type: none"> PA FC SatO2 	<ul style="list-style-type: none"> PA FC SatO2
Antes del traslado	Después del traslado				
<ul style="list-style-type: none"> PA FC SatO2 	<ul style="list-style-type: none"> PA FC SatO2 				
<p><u>Perfusiones y fluidoterapia que LLEVAMOS en el traslado:</u></p> <p> Drogas vasoactivas: <input type="checkbox"/> Noradrenalina <input type="checkbox"/> Dobutamina <input type="checkbox"/> Dopamina <input type="checkbox"/> Otros: Sedantes: <input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/> Propofol <input type="checkbox"/> Otros: Relajantes: <input type="checkbox"/> Nimbex <input type="checkbox"/> Otros: Analgésicos: <input type="checkbox"/> Fentanest <input type="checkbox"/> Nolotil <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Suero Fisiológico Mantenimiento </p>					
<p><u>Medicación extra que ponemos durante el traslado:</u></p> <p> Midazolam.....mg Fentanest.....mg Otras..... S.F.0'9%.....ml </p>					
<p><u>Datos ventilatorios:</u></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <ul style="list-style-type: none"> Modo de ventilación: V.total P.soporte: </div> <div> <p>FiO2:</p> <p>V.M.E.:</p> <p>PEEP:</p> </div> </div>					
<p><u>Catéteres:</u></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> Shaldon <input type="checkbox"/> C. Kher </div> <div> <input type="checkbox"/> Traqueostomía <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> T. TORAX <input type="checkbox"/> Catéter PIC <input type="checkbox"/> Redon <input type="checkbox"/> Otros..... </div> </div>					
<p><u>Incidencias durante traslado:</u></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Desaturación <input type="checkbox"/> Extubación accidental <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Aparición de arritmias <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Hipotensión </div> <div> <input type="checkbox"/> Fallo con el respirador <input type="checkbox"/> Pérdida de vías <input type="checkbox"/> Fallos baterías monitor <input type="checkbox"/> Esperas en el servicio receptor <input type="checkbox"/> Fallo/gasto de oxígeno <input type="checkbox"/> Otras..... </div> </div>					

Fuente: Protocolo de transporte intrahospitalario del paciente crítico - Complejo Hospitalario Universitario Albacete