EVENTOS ADVERSOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO EN BARRANQUILLA, COLOMBIA, 2017-2018.

Mercedes Marina Donado Linero

ESTUDIANTE

María Zoraida Marín Rojas

ASESORA DE PROYECTO

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

BOGOTA, 16 DE OCTUBRE 2019

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

1. INTRODUCCIÓN.....3

2. AREA PROBLEMA - ANTECEDENTES 4--9

3. JUSTIFICACION.....10-11

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General 12

4.2 Objetivos específicos.....12

5. MARCO TEORICO.....13

5.1 Seguridad del Paciente…….....13

5.2 Cultura de la Seguridad…….....13-14

5.3 Eventos Adversos ……..…...14

5.3.1 Clasificación de los eventos Adversos ……..…14-15

5.4 Medicina Intensiva…….……15

5.5 Paciente Critico……..15

6. PROPUESTA METODOLOGICA …….....16-18

7. PLAN DE ANALISIS DE DATOS.....19

8. CONSIDERACIONES ETICAS…….……20

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....21

10. PRESUPUESTO.....22

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS……..23-24

EVENTOS ADVERSOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO EN BARRANQUILLA, COLOMBIA, 2017-2018

La seguridad del paciente desde la resolución 1446 del decreto 1011 del 2006 en Colombia se convirtió en tema de importancia en el país y ha sido un reto implementar herramientas y planes para poder garantizar una atención segura, el instrumento de reporte de los eventos adversos ha sido especialmente útil para poder conocer las fallas y errores que se presentan en la atención .Consciente de las deficiencias en la cultura de la atención segura y del reporte de los eventos adversos pero conociendo todo el trabajo que llevan realizando por muchos años, algunas instituciones acreditadas del país , y que han recopilado datos que serán fuentes de investigación y conocimiento de cómo se están presentando actualmente estos.

El propósito del estudio es obtener una aproximación actualizada ,lo más cercana a la realidad de como en nuestro medio se están presentando, los eventos adversos en las unidades de cuidados intensivos, también esperamos alcanzar a conocer la frecuencia de los eventos adversos en nuestra ciudad con una muestra de una institución acreditada de 4 nivel y si está frecuencia de los eventos están dentro de los rangos nacionales o si su realidad es diferente; conociendo estos datos se puede emplear los medios y herramientas útiles, ya diseñadas por expertos para construir una línea de base de actuación en la gestión clínica de los eventos adversos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente hoy en día ocupa un lugar muy importante en la atención en salud, cobró gran relevancia hace pocas décadas a nivel mundial y en nuestro país desde el decreto 1011 de 2006 donde se implementa el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud (SOGCS) ha sido tema de prioridad y un reto para el sistema. Toda atención sanitaria lleva inherente el riesgo de aparición de eventos adversos que pueden ocasionar en los pacientes lesiones, discapacidades e, incluso, la muerte[1].

La problemática emergente de los eventos adversos constituye un problema de salud pública por la mortalidad que causa, el incremento de discapacidades y de los altos costos que representa para los usuarios del actual sistema de salud. En los últimos años, en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas que lleven a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud. [2]De modo semejante a otros estudios, el estudio ENEAS identificó que casi la mitad (42,8%) de los EA relacionados con la asistencia podrían ser evitables.[3]

En el actual siglo XXI la literatura publicada en referencia a la Seguridad del Paciente muestra un problema de tal magnitud que ha llevado a algunos autores a considerarlo como la nueva epidemia del siglo 21 y conmina a todas las instituciones de salud a trabajar en pro de la seguridad de la atención. El informe «To Err is Human: Building a Safer Health System» publicado por el Instituto de Medicina De los Estados Unido marcó un antes y un después en la gestión y aplicación de los cuidados en salud. Él 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[4]. Otras investigaciones en Australia, Nueva Zelanda, y el Reino Unido e Irlanda del Norte han corroborado la magnitud del problema.

Debido a lo demostrados a través de diversos estudios muy confiables a nivel internacional ha llevado a que los sistemas de salud de diferentes países en el mundo entero estén tratando de fortalecer la práctica médica para hacerla más segura con lo cual se minimice la probabilidad de que al mismo tiempo que se busca beneficiar al paciente, se le produzca una lesión; Existe gran heterogeneidad en cuanto a las tasas de reporte de incidentes y eventos adversos en la literatura. En un estudio de 26 hospitales de atención aguda en los Estados Unidos, con sistemas de registro electrónicos, la tasa varió entre 9 y 95 reportes por 1000 días paciente. En un estudio multicéntrico en Japón, la tasa media de reporte por médicos fue de 0,26 y por enfermeros de 9,13 por 1000 días paciente. Un estudio australiano reporta tasas

entre 4 y 6 reportes por 1000 días paciente.[5]La tasa de Efectos Adversos (EA) en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los que alrededor de un 50% han sido considerados evitables. Estos estudios se han realizado en EE UU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá[6].

La mayoría del conocimiento actual sobre cómo evitar estos incidentes y mejorar la atención insegura procedían de los países más avanzados. El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), fue el primer estudio sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria que se realiza a gran escala en Latinoamérica. De este estudio se sacaron conclusiones muy importantes y que animaron a la realización de estudios nacionales e internacionales en este tema. Entre las conclusiones estaban : que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios y además que los factores que más influyeron para la aparición de estos eventos fue el servicio en el que estaba ingresado el paciente (mayor frecuencia en las Unidades de Tratamiento Intensivo y luego otros servicios como el de cirugía) y además otra conclusión fue que de cada 10 incidentes debidos a los cuidados sanitarios que produjeron daño, casi 6 podrían haberse evitado[12].

En un estudio multicéntrico en los países de Colombia, México y Argentina en el 2013 entre sus conclusiones encontramos que los EA que se reportaron con mayor frecuencia en el presente estudio estaban relacionados con el cuidado directo al paciente, seguido de vía aérea, accesos vasculares, infección asociada al cuidado, medicamentos y, por último, procedimientos, la mayoría prevenibles.[7]

En un estudio de los eventos adverso en uci en el Brasil en el que se hizo una revisión bibliográfica del 2005 al 2015, Nos habla de que la cultura punitiva aparece como responsable de la subnotificaciòn y omisión de los eventos adversos, que constituyen un obstáculo para la aplicación efectiva de las investigaciones. Es esencial estimular una cultura de seguridad para establecer estrategias que aseguren la prestación de cuidados libres de daños.[8]

La presencia de fallas consecutivas en la atención en salud con la consecuente presencia de un evento adverso pone en peligro la vida de las personas ,en algunos casos llevándolas incluso a la muerte, estos eventos no solo empeora la salud del paciente en la mayoría de los casos sino que repercuten a nivel familiar ya que conlleva una carga emocional y la prolongación de su estancia hospitalaria con lo que esto conlleva a la familia además de incurrir en aumento de los costos de la atención para las organizaciones prestadoras del servicio y para el sistema en general, no sin antes ser motivo también de una sobrecarga laboral para el personal asistencial.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios de alta complejidad cuyo objetivo es brindar una atención integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, con riesgo de muerte y complicaciones irreversibles; por lo tanto requieren de tratamientos

complejos, un número elevado de medicamentos, diversos procedimientos invasivos, uso de la tecnología, monitoreo constante y la toma de decisiones inmediatas; aspectos que desencadenan que la persona en estado crítico sea vulnerable al daño iatrogénico, lo cual aumenta la aparición de eventos adversos[9].

La medicina intensiva constituye uno de los principales componentes de los sistemas sanitarios modernos; Es un recurso con una demanda creciente y que conlleva un gasto sanitario elevado. En Estados Unidos se considera que más de la mitad de la población ingresará en una unidad de cuidados intensivos (UCI) a lo largo de su vida y que un porcentaje importante fallecerá en estas unidades, consumiendo entre el 0,5 y el 1%del producto interior bruto del país[7].

El estudio SYREC encontró que en los eventos adversos en cuidado Intensivo existían una serie de Factores Contribuyentes (FC) donde de los 1424 incidentes notificados, 1247 presentaban algún FC, y se refieren principalmente a la sobrecarga asistencial. El factor que más veces se ha notificado en este grupo relacionado con incidentes ha sido la excesiva carga de trabajo, 34.63%, y a su alrededor, la presión del tiempo, 19.43%, la razón de personal deficiente, 8.95%, y la fatiga ligada a turnos, 7.60%. En un entorno similar, el personal temporal, 11.15%, y la falta de habilidades, 6.25%.[9]

Con respecto a cifras estadísticas sobre los eventos adversos en uci a nivel nacional no es mucha la información que existe, en la actualidad son pocos los estudios que se han hecho en algunas regiones del país en la última década y por ende en los últimos 5 años. Por lo tanto, se desconoce la magnitud del problema y otra variable a tener en cuenta es a causa del subregistro que se presenta en las instituciones hospitalarias. La incidencia que se notifica en las UCI ha sido de 1.7 % EA por paciente por día[101112].

En presencia de los escasos estudios en las regiones de nuestro país, donde se encuentra limitada información respecto a esta problemática encontramos un solo estudio en la ciudad de Barranquilla quienes concluyeron: Los eventos adversos que más son reportados en las unidades de cuidados intensivos adultos son aquellos que ocurren cuando hay una mayor intervención en el paciente. Condiciona la aparición de eventos adversos un personal sanitario con déficit de conocimientos y falta de preparación. Al evaluar el tipo de riesgo más común presente en UCIA se encontró los incidentes y los EA prevenibles, con un 37 %, las reacciones adversas, con 7 %, y los eventos centinelas presentaron el menor tipo de riesgo, con un 2% [13].Durante el período de 2012 los EA que más se presentaron en la UCI fueron la infección nosocomial, con un 25 %, las úlceras por presión, con un 18 %, neumonía asociada a ventilación mecánica, con un 16 %, siendo estos las 3 primeras causas de EA.

En Colombia existen pocas investigaciones en las ucis de nuestras regiones, estudio en la ciudad de Tunja donde se encontró que, se muestra una tasa de reporte de eventos adversos en el rango superior de lo publicado en la literatura. Sin embargo, somos conscientes de que

aún existe una proporción no cuantificada de subregistro. Las principales categorías de evento adverso documentadas fueron asociadas con vías intravenosas(55%) y desviación de procesos(22%) y errores relacionados con medicamentos (7%).En cambio en el estudio encontrado del eje cafetero encontró en sus datos que los EA más frecuentes fueron la infección hospitalaria (28 %), re-hospitalización (25 %), complicaciones quirúrgicas (14 %), problemas relacionados con medicamentos que implican daño al paciente (7,4 %), complicaciones médicas (7 %) y otros en 18,6 %. El 60,5% de los pacientes con EA, presentó incremento de la estancia hospitalaria con respecto al promedio de estancia del periodo, equivalente a 17 días [14].

Aunque la mayoría de los trabajos publicados en el ámbito de la Medicina Intensiva se han basado en sistemas de declaración voluntaria de eventos adversos, podemos encontrar estudios que han seguido otras metodologías. Así los que han utilizado como fuente de datos la observación directa de la atención recibida por el paciente, han estimado una incidencia de eventos entre el 20 y el 46 %, cifra superior a la detectada por los sistemas de declaración voluntaria o la revisión de la historia clínica ([1)].La probabilidad de sufrir al menos un incidente relacionado con la seguridad por el hecho de estar ingresado en un Servicio de Medicina Intensiva, ha sido del 62% ([1)].

La atención en salud conlleva riesgos inminentes en las personas, que se encuentran ingresadas en las unidades especializadas de cuidados intensivos, como lo demuestran algunos estudios, entre los realizados en Colombia encontramos que la mayor cantidad de eventos reportados se presentó en unidades médicas (63 %), seguidos de las quirúrgicas (32,4 %). Predominó como lugar del suceso la unidad de cuidado intensivo (98,3 %) [15].

Gaitán y cols. en tres instituciones hospitalarias colombianas encontraron una incidencia acumulada de EA de 4,6 % durante la hospitalización, de los cuales se consideró que eran evitables el 61 % y se produjo discapacidad permanente en 1,3 % de los pacientes. La mortalidad asociada al evento adverso fue de 6,4 % y se incrementó la hospitalización, como consecuencia del EA, un total de 1 072 días [16].

Moreno-Millán en su estudio "Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva", acerca del origen del error humano en las UCIA, confirma una media de 178 intervenciones profesionales por día y paciente, con 1,7 errores relacionados; pero aun cuando los profesionales en enfermería desarrollan muchas más acciones (84 %) que los médicos (4,7 %), ambas disciplinas se comportan de manera similar (55 y 45 %, respectivamente).[7] Asimismo, Moreno-Millán señala que el riesgo creciente de EA se asocia a los propios procesos asistenciales, por la combinación del uso de tecnologías complejas con la interacción de profesionales no siempre coordinados.([7)]

Recientemente en el 2017 en uno de los estudios de calidad y seguridad del paciente de uci nos dice como la monitorización, medición y mejora de la seguridad y la calidad de la

atención en la unidad de cuidados intensivos representan un gran desafío para la comunidad de los cuidados intensivos. Además, entre sus conclusiones podemos citar que muchas intervenciones que han demostrado reducir significativamente los eventos adversos no requieren grandes inversiones de dinero o una sofisticada tecnología, sino simplemente un cambio de mentalidad y la reorganización del trabajo en equipo para desarrollar y fortalecer la cultura de seguridad en la UCI.[17]

También se encuentra que en un estudio realizado en el 2018 donde basándose en el seguimiento de la actualización de la norma UNE que permite reducir el riesgo de los pacientes frente a los eventos adversos también encontró en su estudio que la implementación de estas medidas fue posible principalmente debido a los cursos de formación del personal asistencial y el adaptarla a su práctica clínica habitual, también su análisis de los eventos adversos demostró que la falta de comunicación que hay detrás de muchos de los hechos denunciados, específicamente 12,5% se debieron a errores de comunicación, comparado con el 8% publicado por el grupo SENSAR. Los errores clínicos fueron los eventos más comunes con un 42,1 % en comparación con 26% publicado por SENSAR, seguido de los errores de medicación (18% vs. 24% en SENSAR) y errores de comunicación. Aproximadamente el 6% de los eventos adversos resultó en una mayor morbilidad o causó la muerte del paciente, similar a la 4,28% descrito en el estudio SYREC. Se vio que los eventos con el mayor impacto para el paciente son más frecuentes en la UCI, debido a la gravedad subyacente de los pacientes ingresados en esa unidad.[18]

También se puede verificar la escases de publicaciones actualizadas como se menciona en un estudio bibliométrico en el 2017 sobre el tema de los eventos adversos en uci; además en este artículo se anota que la falta de métodos educativos proporciona la más alta incidencia de eventos adversos, como los miedos profesionales al castigo produce la subnotificaciòn y por ende el subregistro de los casos que con llevaran luego a cometer el error de nuevo y en consecuencia no se podrá aplicar las medidas preventivas y se favorece la prevalencia de los eventos adversos.[19]

En el 2004 la Organización Mundial de las Salud (OMS) crea la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente (AMSP) con el fin de ser un instrumento de intercambio de las experiencias que tiene el propósito de facilitar las políticas de seguridad del paciente y el desarrollo de las mismas. La seguridad del paciente en las áreas críticas de hospitalización entre ellas a destacar las ucis han sido objeto de diversas investigaciones a nivel mundial, en Colombia está creciendo la conciencia acerca de la gestión de los eventos adversos y la necesidad de estudios acerca de este tema. En un estudio realizado en el eje cafetero de nuestro país se concluyó que la presencia de eventos adversos hospitalarios es una situación común en los hospitales de Antioquia y Eje Cafetero, los cuales se asociaron a la edad mayor de 45 años, la estancia general superior a 5 días, y la hospitalización en UCI, entre las más relevantes además estaba otras asociaciones como la hospitalización en UCE y al tipo de tratamiento recibido durante la hospitalización.[20]

La información válida y oportuna sobre la frecuencia y el impacto de los eventos adversos relacionados con la atención médica y la capacidad del sistema para detectar, prevenir y gestionar estas reacciones adversas es extremadamente importante para comprender las fallas de la atención médica, y para diseñar y evaluar la efectividad de la reducción de riesgos y estrategias.

La seguridad del paciente sigue siendo un desafío global para los sistemas de salud. Partiendo de las premisas "Lo primero es no hacer daño" y el derecho de las personas a recibir a una atención eficaz y segura, se debe de planificar la atención para planificar una atención segura en todo momento, eliminando y corrigiendo aquellas prácticas que se reconocen como inseguras.

Después de este panorama general, la presente propuesta de investigación tiene como pregunta de investigación**:**

¿**Cuáles son los eventos adversos más relevantes presentados en 3 unidades de cuidados intensivos adulto de una institución de salud en la ciudad de Barranquilla, Colombia, durante los años 2017-2018***?*

JUSTIFICACIÓN

Este estudio representa utilidad para el conocimiento científico porque aborda un fenómeno de interés en el área, ya que el reporte de los eventos adversos en la uci hace parte de los mecanismos de control de la calidad de la atención en salud especialmente en la dimensión de seguridad del paciente. Es importante este proyecto porque con sus resultados se espera sensibilizar al personal de salud sobre la importancia del reporte y formar una cultura de reporte donde no se encuentren medidas represivas y punitivas, sino que se motive hacia una cultura de calidad del reporte.

Se considera necesario estudiar y conocer el estado de estas unidades en nuestras regiones colombianas porque debido a diversos factores estos pacientes se encuentran en una situación vulnerables como son: las propias del paciente como la pluripatologías, gravedad o estado crítico etc. y los factores extrínsecos como son los dispositivos médicos invasivos, diversos procedimientos médicos, etc. Además, que el aumento de la estancia hospitalaria de los pacientes por presencia de eventos adversos afecta emocionalmente al paciente, la familia y son aumento de la carga emocional que llevan y también de los inconvenientes y problemas que significa para la economía familiar y el funcionamiento del entorno familiar.

Por ende, el procurar evitar la presencia de estos eventos redundaran en beneficios para todo el sistema con minimización de los costos en la atención y beneficios para el paciente y su familia.

Debido a lo dicho anteriormente y consciente de la necesidad de contar con datos útiles de nuestra región para poder implementar las herramientas necesarias para promover planes mejoras constantes y eficaces aplicables en nuestro medio y evitar los factores que faciliten la aparición de estos eventos adversos en la atención de salud.

El resultado de esta investigación enriquecerá los conocimientos que se tiene en el área de este tema. constituyendo una base para el desarrollo de futuras investigaciones que den respuestas a solucionar un problema evidente tanto nacional e internacional.

Para la institución de salud, es valioso que conozcan sus procesos y el que esté realizando recopilaciones de los reportes de los eventos adversos en su base de datos y en donde se evalúan y analizan los eventos más relevantes notificados y sus posibles causas ; es muy importante conocer cuál es la frecuencia de su presentación, ,como se distribuyen, también cuales son los más frecuentes etc., para que con estos datos ya organizados, analizados y estadistificados se genere información útil que ayudaran a que se realicen procesos más estructurados y seguros como barrera para la prevención de la presentación de dichos eventos y conformar así una institución más fortificada en el ámbito de la seguridad en salud. Y de esta manera subsanar las faltas o errores en la profundización sobre los procesos

estructurados con los que la institución cuente, que genere información para pautar la prevención de los eventos.

Para la universidad del Bosque y para el programa de especialización que visibiliza la necesidad de formación en esta área del conocimiento que cada día cobra más importancia y fortalecer el componente investigativo en los profesionales participantes.

Además, se considera necesario motivar a los trabajadores de la salud sobre la necesidad de realizar estudios que fortalecen las prácticas seguras y la calidad de atención en salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir los eventos adversos más relevantes presentados en 3 unidades de cuidados intensivos adulto en una Institución de salud en la ciudad de Barranquilla, Colombia, durante los años 2017-2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar clínicamente las Unidades de Cuidado Intensivo participantes.
2. Identificar la frecuencia de eventos adversos prevenibles y no prevenibles presentados en las 3 unidades de cuidado intensivo.
3. Identificar los eventos adversos desde la clasificación Internacional de Seguridad del Paciente en los componentes: tipo, resultado para el paciente, factores contributivos y resultados para la organización.
4. Clasificar los eventos según la gravedad de su desenlace en serios, moderados y leves
5. Proponer situaciones factibles de intervención para prevenir dichos eventos.

MARCO CONCEPTUAL

1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

En Colombia se tiene implementado, desde el año 2002, un Sistema Obligatorio de Garantía de calidad que se ha desarrollado en varias etapas y en, donde se apunta, inicialmente, a garantizar unos estándares mínimos en términos de la estructura: de la infraestructura, de procesos, de insumos, de medicamentos y de recurso humano ([4]). A continuación, se mencionan algunos conceptos dentro del panorama de seguridad del paciente:

Seguridad del Paciente: el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. [21]

Cultura de la seguridad: Una de las definiciones que se encuentra en la literatura lo define como "el conjunto de características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguren que, como prioridad esencial, las cuestiones de seguridad reciban la atención que merecen en razón de su significación", concretándose como "el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de manejo de la seguridad de una organización". Los términos "cultura de la seguridad" y "clima de la seguridad", por ejemplo, son utilizados indistintamente en varios de los cuestionarios diseñados para medir la cultura de la seguridad algunos sin un adecuado fundamento teórico o con un deficiente desempeño métrico.[23]

Dos grandes enfoques conceptuales predominan en la cultura de la seguridad: el enfoque antropológico y el enfoque funcionalista; en el primero, el antropológico, la cultura de la seguridad en sí es el objetivo de estudio y este se ha desarrollado poco en el campo de la salud y en el segundo, el funcionalista el objeto de estudio es la organización, y la gestión de la cultura es uno de sus procesos, este enfoque fue desarrollado en "organizaciones de alta confiabilidad" definidas como aquellas que, a pesar de trabajar en situaciones de alto riesgo, presentan una frecuencia de accidentes o complicaciones sorprendentemente baja; La implementación de una política de cultura de la seguridad debe apoyarse en mediciones que permitan conocer su grado de desarrollo y evaluar los cambios a lo largo del tiempo y para esta medición se encuentra en la literatura diversos abordajes metodológicos que han agrupado en tres categorías: el socio-antropológico, el sociológico y el epidemiológico; se han utilizado diversos instrumentos para medirlos, algunos demás relevancias que otros;una revisión de 2010 considera que cuatro de los instrumentos descritos son los más utilizados

en diferentes países y escenarios clínicos, son ellos: El Hospital Survey on Patient Safety Culture -HSOPSC- , El Safety Attitudes Questionnaire, El Patient Safety Climate in Health Care Organizations y El Hospital Safety Climate Scale.[23]

En los sistemas de salud de Colombia El HSOPSC viene siendo utilizado para medición de la cultura de la seguridad, en cumplimiento de los lineamientos del Ministerio de la Protección Social para la implementación de la política de seguridad del paciente.[23]

2. EVENTO ADVERSO

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. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

Las definiciones que se presentan a continuación están basadas en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social:

Indicio de Atención Insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

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.

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.[20]

Evento Centinela: Según la Joint Commission on Accreditation of Health Organization un Evento Centinela puede definirse como un "Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro".

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. CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Los eventos adversos tienen diversas clasificaciones de acuerdo el grado de compromiso de la persona, las causales y las consecuencias. Una de las clasificaciones más usadas es: Eventos Adversos Prevenibles y Eventos Adversos No prevenibles.

Tambien se pueden clasificar según la Severidad Como Severos y No Severos. Se considera que un evento reportable severo es aquel que produce la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses.

Otra forma de hacer la clasificación de acuerdo a la severidad es:

Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.

Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.
Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.

4. Unidad de cuidado intensivo-Medicina Intensiva

Se define la Medicina Intensiva como aquella parte de la Medicina, que se ocupa de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad tal, que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad. El concepto actual de terapéutica intensiva, comprende la aplicación sistemática de las múltiples posibilidades terapéuticas modernas, que se utilizan en situaciones de peligro para la vida, lo que supone la sustitución temporal de las funciones orgánicas alteradas o suprimidas, sin abandonar por ello el tratamiento simultaneo de la enfermedad de base, que ha dado lugar a estos trastornos y teniéndose en cuenta que tales medidas y al final de la terapéutica, proporcionaran una buena calidad de vida para el futuro. Las Unidades de cuidados Intensivos (U.C.I.) son los lugares fundamentales en donde se realiza la labor propia de la medicina intensiva.[22]

Es una sección especializada de un hospital que provee un cuidado continuo e integral para personas críticamente enfermas con alto riesgo de morir, que pueden beneficiarse de un tratamiento.

5. Paciente crítico

Describe a una persona que presenta una patología grave, en la que se ve amenazada su vida, por la disfunción actual o potencial de uno o varios órganos pero que con un tratamiento

adecuado y oportuno puede ser recuperable. Dadas sus condiciones, requiere una serie de cuidados y tratamientos que deben ser ofrecidos en una unidad especializada, en donde se pueda hacer un seguimiento y monitorización casi que personalizada, esto, con la gran ayuda de equipos de tecnología y la mayoría a través de procedimientos invasivos[22]

PROPUESTA METODOLÓGICA

Tipo de estudio: Documental de tipo Descriptivo Transversal retrospectivo.

Población y muestra: La población del estudio son los Pacientes ingresados en una Institución de Salud acreditada de la ciudad de Barranquilla que cuenta actualmente con 4 UCIS de adultos, denominadas : UCI Adulto 1, UCI Adulto 2 y UCI adulto Intermedia y UCI Hemato-Oncologica; las 3 primeras llevan funcionando desde hace varios años y la última UCI lleva funcionando desde mayo del 2018 se especializa en Hemato-Oncologia, se atienden pacientes de estas patologías, las otras 3 primeras son Ucis polivalentes (se atiende pacientes con múltiples patología ej.: cirugías cardiovasculares, respiratorias, renales etc.).

Se realizará el estudio de la población de las Ucis adultos durante los dos años en que se recogió la muestra a estudio desde enero del 2017 a diciembre del 2018 y que presentaron eventos adversos (EA), notificados por personal de la institución, y que cumplieron los criterios de inclusión.

La población total de estos 2 años en las Ucis con las 49 camas disponibles durante todo el año fue de: 2628 pacientes atendidos, con un promedio de estancia paciente- día en el 2017 de 8,95 y en el 2018 de 8,61; con un giro cama durante el 2017 de 5,41 y durante el 2018 de 3,37 además el promedio de ocupación de las Ucis en el 2017 fue de 90,24% y en el 2018 88,79%.

Técnica de muestreo: Muestra simple por conveniencia, con una relación de eventos adversos durante los 2 años de aproximadamente 10,78 %. Con una base inicial de datos de a siguiente manera: UCI 1: 5,49; UCI 2 :11,71; UCI 3:15,16.

Se cumplirá la muestra de forma secuencial con la inclusión de 260 casos de eventos adversos registrados en los dos años, de los registros de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del estudio, reportados en el formulario digital presentado en línea, en la web de la institución.

Criterios de inclusión:

Ambos sexos, edades mayores de 18 años, ingresados en cualquiera de las 3 Ucis de la organización, sin limitación de diagnósticos, que hayan presentado un evento ocurrido durante el ingreso, permanencia o traslado de su hospitalización.

Criterios de exclusión:

Que el formulario digital no esté completamente diligenciado, que el formulario no esté bien diligenciado, que los datos recogidos se contradigan o sea incorrectos o falsos, y que el evento adverso no haya ocurrido en los momentos antes mencionados.

Variables

Variables primarias y secundarias: La variable primaria corresponde a la presencia de eventos adversos.

Las secundarias hacen relación a la clasificación de los eventos de acuerdo a tres categorías: Evento adverso, Incidente e Indicio de Atención Insegura; De acuerdo a la clasificación de gravedad se plantean a través de 4 categorías: Grave, Moderado, Leve y No Aplica.

De acuerdo a la tipología del evento, se tendrán las variables presentadas en las siguientes tablas.

TABLA#1

TIPO DE EVENTO

CATEGORIAS	DEFINICION OPERATIVA
Asociada a Medicamentos	Errores en prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración y monitorización
Asociados a Dispositivos Médicos	Fallo de equipos y pruebas diagnosticas
Complicaciones Terapéuticas	Falla en aplicación de tto y procesos
Asociados a Transfusión	Fallo en transfusiones
Complicaciones Quirúrgicas	Fallas proceso Qx.
Infecciones asociado a la Atención	Flebitis, infección en sistemas etc.
Vía aérea y ventilación mecánica	Obstrucción de la vía área, extubación no programada, reintubación, desconexión accidental de la ventilación, progresión del tubo endotraqueal, atelectasia, barotrauma, bronco aspiración
Accesos vasculares, sondas, tubos, drenajes	Retiro accidental, o desconexión no programada
Asociadas a El cuidado	Caída, inmovilización, presencia de úlcera por presión, no aplicación de cuidados pautados, otros.
Otros	No clasificados anteriormente.

Variables sociodemográficas- clínicas: se tendrá en cuenta sociodemográficas (género, edad), y variables clínicas (Dx médico, lugar del suceso, turno, reporte a la familia, estado de consciencia, ratio enfermera - paciente).

TABLA#2

Tipos de variables socio demográficas

Variables sociodemográficas-clínicas	Definición operativa
Género	Masculino – Femenino.
Edad	Por rango de edad
Tipo de servicio	Uci adulto 1, Uci adulto 2, Uci cuidados Intermedios.
Diagnóstico médico	CIE 10
Estancia en UCI	Promedio días
Lugar del suceso	En Uci-En el traslado.
Turno	Mañana - Tarde – Noche
Reporte a la familia	Sí - No.
Estado de Conciencia	Alerta - Agitado – Sedado- Inconsciente RASS
Ratio enfermera - paciente	1:1 - 1: 2 - 1:3 - 1:4 - 1:5.

Otras variables a considerar son las relacionada con el tipo de evento adverso a las categorías y según esto se encuentran, las asociadas a:

Asociada a Medicamentos, Asociados a Dispositivos Médicos, Asociadas a Complicaciones Terapéuticas, Asociados a Transfusión, Asociadas a Complicaciones Quirúrgicas, Infecciones asociado a la Atención, Asociadas a la Vía aérea y ventilación mecánica, Asociadas a Accesos vasculares, sondas, tubos, drenajes, Asociadas a El cuidado.

Métodos y técnicas para la recolección de la información:

Se realizará un análisis descriptivo con los datos obtenidos de la base de datos de la organización a estudio durante el periodo seleccionado (2017 al 2018) con distribución de frecuencias absolutas y relativas. periodo de tiempo 2 años.

La base de datos recoge estos mismo mediante un formato electrónico en el programa de seguridad del paciente, en la web de la organización donde se empieza anotando los datos del reportante: nombre y cargo, sigue datos del evento: fecha, servicio que reporta y servicio que genera el evento, se continua con los datos del paciente: edad, sexo, documento, diagnostico base, tipo de evento, clasificación del evento, severidad del evento, además se debe anotar datos como especifique cual fue el daño o el error, describir brevemente el

evento, medidas terapéuticas inmediatas tomadas con el paciente, correcciones, un espacio para un breve análisis y si se informó al paciente y al familiar del evento.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La tabulación de la información se realizará utilizando una base de datos diseñada para tal fin con base en la base de datos de la IPS, de la ciudad de Barranquilla donde se realizará el estudio. Esta base de datos institucional permite la captura eficiente de información y la posterior exportación a la base de datos propias del estudio para ser luego trasladada a un formato compatible con software estadístico. El análisis posterior se realizará teniendo en cuenta la descripción de las variables cuantitativas contempladas en el estudio por medio de promedios y desviaciones estándar en variables que siguen una distribución aproximadamente normal o en caso contrario, mediante medianas y rangos. Las variables cualitativas serán descritas mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Todas las pruebas serán significativas a un $p \leq 0.05$ y los análisis serán procesados a través de un programa estaditcio SPSS Statistics 24.0 – 2016.

CONSIDERACIONES ETICAS

La presente propuesta se clasifica como una investigación sin riesgo, según lo estipulado en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, ya que no se realizará ninguna intervención sobre seres vivos y ninguna intervención o modificación intencionada de la información obtenida de los individuos objeto de estudio, ni de los datos obtenidos a través de la base de datos etc. en la investigación.

Se respetarán las normas de buena práctica de la investigación epidemiológica (corrección técnica de la investigación, competencia de los investigadores, interpretación rigurosa y veraz de los resultados y su publicación, y declaración de los conflictos de interés). En este proyecto se adoptará la posición de Gracia, quien sitúa a los principios de justicia y no maleficencia en un nivel superior a los principios éticos de los estudios epidemiológicos. [23]

Al realizar el estudio se aplicarán toda la normativa vigente por ley 1581 del 2012 de la protección de la intimidad y la confidencialidad de los datos, y respeto a las diferencias culturales y protección de grupos vulnerables.

Se llevará acabo el estudio teniendo presente siempre bajo la guía de los principios rectores de derecho a la autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia[23]

Se considera que por el tipo de investigación y por los objetivos de la misma no causa ningún impacto ambiental ni efecto directo, porque no manipulan variables que pongan en riesgo la salud de las personas sobre las cuales se analizan los factores relacionados con la aparición de los eventos adversos.

Se realizarán los procesos para la autorización desde los comités de ética de la Institución de Salud y de la Universidad el Bosque.

CRONOGRAMA												
Actividad	Meses											
	PRIMER PERIODO ACADEMICO						SEGUNDO PERIODO ACADEMICO					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Planteamiento del proyecto y elección del tema.	**X**											
2.Eleccion del tipo de diseño del proyecto.		**X**										
3.Busqueda de la información en las bases de datos.		**X**	**x**									
4.Seleccion de la información encontrada.			**x**	**x**								
5.Analisis detallado de la información escogida y organización de la misma.			**x**	**x**	**x**							
6.Elaboracion del anteproyecto.				**x**	**x**							
7.Elaboracion del power point del anteproyecto.					**x**							
8.Socializacion del anteproyecto.					**x**	**x**						
9.Correccion de fallas y aspectos a mejorar.								**x**	**x**	**x**		
10.Inicio de etapa de investigación.												

PRESUPUESTO				
Rubro	Desembolso personal ($)	Contrapartida otra institución (Si aplica)		Total ($)
		Contrapartida efectiva ($)	Contrapartida especie ($)	
1. Personal	$3.000.000	0	0	$3.000.000
2. Equipos especializados	0	0	$2.000.000	$2.000.000
2.1. Equipos propios	$1.000.000	0	0	$1.000.000
3. Materiales y reactivos	$300.000	0	0	$ 300.000
4. Salidas de campo	$1.000.000	0	0	$1.000.000
5. Refrigerios	$500.000	$500.000	$500.000	$ 500.000
6. Servicios técnicos	$2.000.000	0	0	$2.000.000
7. Capacitaciones	0	0	0	0
8. Adquisición o actualización de software	$100.000	0	0	$ 100.000
9. Otros	$1.000.000	0	0	$1.000.000
Total	$8.900.000	0	0	10.900.000

BIBLIOGRAFIA

1- Merino P, Álvarez J, Cruz M, Alonso A, Gutiérrez I. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. Int J Qual Health Care 2012;24(2):105-113.

2- Gaitán H, Eslava J, Rodríguez N, Forero V, Santofimio D, Altahona H. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2006. Rev Salud Pública 2008;10(2):215-226.

3- Achury Saldaña Diana, Rodríguez Colmenares Sandra, Díaz Álvarez Juan Carlos, Gómez Johana, Gómez Hernández Angélica, Díaz Jorge Enrique et al. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Enfermería Global Nº42, abril 2016:324-340.

4- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá, diciembre 2007.

5- Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005.

6- Moreno-Millán E., Villegas-Del Ojo J., Prieto-Valderrey F., Nieto-Galeano J. Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. Med. Intensiva [Internet]. 2011 feb.

7- M.C. Martín Delgado, F. Gordo-Vidal. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España. Algo más que palabras.Med Intensiva., 35 (2011), pp. 201-205.

8- Lazarou J, Pomeranz B, Corey P. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. Jama 1998;279(15):1200-5

9- Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe, mayo 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

10- Villareal Cantillo, Elizabeth et al. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). Salud, Barranquilla [online]. 2014, vol.30, n.3, pp.381-391.

11- Efraín Riveros, Paula Amado, Paula Zambrano. Reporte de eventos adversos en una unidad de cuidados intensivos de Tunja, Colombia Revista Facultad de Ciencias Médicas 2013; 70(2):70-75.

12-Ministerio de la Protección Social, Protocolo Nacional del Proyecto IBEAS, agosto 2006, www.minproteccionsocial.gov.co/sogc.

13- Ministerio de la Protección Social. Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos. Paquetes instruccionales. Buenas prácticas para la atención en salud. Ministerio de la Protección Social; 2011.

14- M. Chanovas Borràs*, I. Campodarve**, S. Tomás Vecina. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? Monografías emergencias 2007; 3:7-1

15-Achury S.,Rodríguez D.,Díaz SM., CavalloJC et al.Study of adverse events,factors and periodicity in hospitalized patients in ICU.Enfermeria globalº42, abril 2016.

16-Mirela Lopes de Figueiredo, Maria D'Innocenzo. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa Adverse events related to assistance practices: an integrative review.Enfermeria global nº47,julio2017.

17-González-Méndez MI, López-Rodríguez L. Seguridad y Calidad en la Atención al Paciente crítico. Enferm Clin. 2017; 27: 113 --- 117.

18- Cabadas Avión R, Leal Ruiloba MS, Mu˜noz Mella MA, Vázquez Lima A, Ojea Cendón M, Enríquez de SalamancaI. Mejora continua de la seguridad en el ámbito de un Servicio de Anestesiología y Cuidados Intensivos a través de la certificación según la norma de UNE 179003:2013: 8 años de experiencia. Rev. Esp Anestesiol Reanim. 2018; 65:486-494.

19- Dutra DD; Duarte MCS; Albuquerque KF; et al. Los eventos adversos en Unidades de Cuidados Intensivos: estudio bibliométrico. Rev. Online Cuidado Fondo. 2017 jul / conjunto; 9 (3): 669-675. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.669-

20- Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá, D. C.: Ministerio de la Protección Social; 200

21-/Palacios-Barahona AU, Bareño-Silva. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. Rev CES Med 2012; 26(1):19-28

22-Cruz, R. G. P. (1992). Medicina Intensiva y las unidades de cuidados intensivos. Hondureña, 60, 49.

23-Arias-Botero JH, Gómez-AriasRD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición.CES Med 2017; 31(2): 180-191.

PIE DE PAGINA

(1)Merino P, Álvarez J, Cruz M, Alonso A, Gutierrez I. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. *Int J Qual Health Care* 2012;24(2):105-13.

(2) Gaitán H, Eslava J, Rodríguez N, Forero V, Santofimio D, Altahona H. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2006. Rev Salud Pública 2008;10(2):215-226.(

(3) Achury Saldaña Diana, Rodríguez Colmenares Sandra, Díaz Álvarez Juan Carlos, Gómez Johana, Gómez Hernández Angélica, Díaz Jorge Enrique et al. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Enfermería Global Nº42, abril 2016:324-340.

(4)Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá, diciembre 2007.

(5)Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005.

(6)Moreno-Millán E., Villegas-Del Ojo J., Prieto-Valderrey F., Nieto-Galeano J. Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. Med. Intensiva [Internet]. 2011 feb. 3

(7) M.C. Martín Delgado, F. Gordo-Vidal. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España. Algo más que palabras.Med Intensiva., 35 (2011), pp. 201-205.

(8) Lazarou J, Pomeranz B, Corey P. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. Jama 1998;279(15):1200-5

(9) Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe, mayo 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

(10)Villareal Cantillo, Elizabeth et al. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). Salud, Barranquilla [online]. 2014, vol.30, n.3, pp.381-391.

(11) Efraín Riveros, Paula Amado, Paula Zambrano. Reporte de eventos adversos en una unidad de cuidados intensivos de Tunja, Colombia Revista Facultad de Ciencias Médicas 2013; 70(2):70-75.

(12)Ministerio de la Protección Social, Protocolo Nacional del Proyecto IBEAS, agosto 2006, www.minproteccionsocial.gov.co/sogc.

(13) Ministerio de la Protección Social. Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos. Paquetes instruccionales. Buenas prácticas para la atención en salud. Ministerio de la Protección Social; 2011.

(14) M. Chanovas Borràs*, I. Campodarve**, S. Tomás Vecina. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? Monografías emergencias 2007; 3:7-1.

(15) Achury S.,Rodríguez D.,Díaz SM., CavalloJC et al.Study of adverse events,factors and periodicity in hospitalized patients in ICU.Enfermeria globalº42, abril 2016.

(16)Mirela Lopes de Figueiredo, Maria D'Innocenzo. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa Adverse events related to assistance practices: an integrative review.Enfermeria global nº47,julio2017.

(17)González-Méndez MI, López-Rodríguez L. Seguridad y Calidad en la Atención al Paciente crítico. Enferm Clin. 2017; 27: 113 --- 117.

(18) Cabadas Avión R, Leal Ruiloba MS, Mu˜noz Mella MA, Vázquez Lima A, Ojea Cendón M, Enríquez de SalamancaI. Mejora continua de la seguridad en el ámbito de un Servicio de Anestesiología y Cuidados Intensivos a través de la certificación según la norma de UNE 179003:2013: 8 a˜nos de experiencia. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2018;65:486---494.

(19) - Dutra DD; Duarte MCS; Albuquerque KF; et al. Los eventos adversos en Unidades de Cuidados Intensivos: estudio bibliométrico. Rev OnlineCuidado Fondo. 2017 Jul / conjunto; 9 (3): 669-675. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.669.

(20)Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá, D. C.: Ministerio de la Protección Social; 200.

(21)-/Palacios-Barahona AU, Bareño-Silva. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. Rev CES Med 2012; 26(1):19-28.

(22)Cruz, R. G. P. (1992). Medicina Intensiva y las unidades de cuidados intensivos. Hondureña, 60, 49.

(23)Arias-Botero JH, Gómez-AriasRD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición.CES Med 2017; 31(2): 180-191.