



ACUERDO NO. 1743 CON FECHA DEL 27 DE MAYO DE 2015 DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

**“NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
FERNANDO TRACONIS DE SANTA MARTHA, D.T.C.H. EN EL
PERIODO 2016-2017 ”**

TESIS PARA: **MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

PRESENTA(N): **NURYS CECILIA TRAVECEDO SALAZAR**

DIRECTOR(A) DE TESIS: **MCE NORMA LETICIA PEREA ESTRADA**

Aguascalientes, septiembre 2018.

ASUNTO: Carta de autorización.

Aguascalientes, Ags., 18 Septiembre de 2018.

LIC. ROGELIO MARTÍNEZ BRIONES
UNIVERSIDAD CUAUHTÉMOC PLANTEL AGUASCALIENTES
RECTOR GENERAL

P R E S E N T E

Por medio de la presente, me permito informar a Usted que he asesorado y revisado el trabajo de tesis titulado:

“Nivel de Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de Enfermería del Hospital Universitario Fernando Traconis de Santa Martha, D.T.C.H. en el periodo 2016-2017”.

Elaborado por la **L.E. Nurys Cecilia Travecedo Salazar**, considerando que cubre los requisitos para poder ser presentado como trabajo recepcional para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Enfermería.

Agradeciendo de antemano la atención que se sirva a dar la presente, quedo a sus apreciables órdenes.

ATENTAMENTE



MCE. Norma Leticia Perea Estrada
Asesora de Tesis

CONTENIDO

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
CAPITULO I	
PRESENTACIÓN	9
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	13
1.3 JUSTIFICACION.....	15
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.5 ANTECEDENTES	19
1.6 OBJETIVOS.....	23
1.6.1 GENERAL.....	23
1.6.2 ESPECIFICOS.....	23
1.6.3 HIPOTESIS.....	24
CAPITULO II.	
MARCOS.....	25
2.1 MARCO REFERENCIA	28
2.1.1 MISION8	26
2.1.2 VISIÓN.....	26
2.1.3.PRINCIPIOS.....	29
2.1.4. VALORES	27
2.15 PRINCIPIOS COORPORATIVOS.....	27
2.1.6 RESEÑA HISTORICA	28
2.2 MARCO CONCEPTUAL	30
2.2.1 DEFINICIONES BÁSICAS DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	34
2. 2.2 POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO	67

TROCONIS	
2.2.3 ACCIONES INSTITUCIONAL QUE ESTABLECE LA POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS.	34
2.2.4 LINEAMIENTOS Y ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	37
2.3 MARCO LEGAL INTERNACIONAL	40
2.4 MARCO LEGAL COLOMBIANO	
2.4.1 CLIJMA DE SEGURIDAD	47
2.4.2 CALIFICACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD:	48
2.4.3 DIMENSIÓN SANITARIA Y POLÍTICA:	48
2.4.4 EVENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS ³³ :.....	50
2.4.5 EVENTOS ADVERSOS POR INFECCIONES NOSOCOMIALES ³³ :	51
2.4.6. CULTURA DE SEGURIDAD.....	52
2.4.7 RECOMENDACIONES ³³ :	58
2.4.8 EN LATINOAMÉRICA:	59
2.4.9 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA.....	59
2.4.10 PRINCIPIOS ORIENTADORAS DE LA POLÍTICA.....	60
 CAPITULO III	
 METODOLOGIA	58
3.1 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	59
3.1.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.	59
3.1.2 TIPO DE ESTUDIO.	59
3.1.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	59
3.1.4 ETAPAS DEL DISEÑO	60
3.1.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	59
3.1.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	60
3.1.7. INSTRUMENTO,.....	60
3.1.8 FIABILIDAD DE LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO.....	61
3.1.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.	63
3.1.9 VARIABLES.....	65
3.1.10 IMPORTANCIA DE LAS VARIABLES EN LA INVESTIGACIÓN.....	66

3.1.11 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	66
---	----

CAPITULO IV

4.0 RESULTADOS Y ANALISIS	67
4.1 POSICION LABORAL	68
4.2 UNIDAD DE TRABAJO	69
4.3. REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	70
4.4. AFIRMACIONES SOBRE SU SUPERVISOR/DIRECTOR INMEDIATO O LA PERSONA A LA QUE USTED REPORTA DIRECTAMENTE.	71 72
4.5. AFIRMACIÓN SOBRE LAS UNIDADES DEL HOSPITAL	73
4.6 COMUNICACIÓN	75
4.7. ANÁLISIS GLOBAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL	76

CAPITULO V

5. CONCLUSION.....	81
---------------------------	-----------

5.1 DISCUSION.	82
-----------------------	-----------

PROPUESTAS⁸	83
-------------------------------	-----------

REFERENCIAS ,.....	87
---------------------------	-----------

ANEXOS	91
---------------	-----------

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Proporción De Eventos Adversos Gestionados Por Departamento, 2009 – 2014.....	22
Tabla 2 Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el Cuestionario.....	.65
Tabla 3 Variables	66
Tabla 5. Descripción de las variables.....	67
Tabla Temporalidad, posición Laboral en el Hospital y contacto con el paciente	79
Tabla 4 Análisis global de la Unidad de trabajo.....	. 70
Tabla 5 Unidades que participaron en el estudio.....	72 .
Tabla 6 Calificación del área en General de la seguridad del paciente y las afirmaciones sobre el hospital.....	73
Tabla 7 Frecuencia de Incidentes reportados.....	74
Tabla 8 Percepción del Personal del directivo o jefe Inmediato.....	75
Tabla 9 .Afirmaciones sobre las Unidades del Hospital.....	77
Tabla 10 Percepción del personal sobre la comunicación en su accionar en la seguridad del Paciente.....	88
Tabla 11 .Análisis global de la seguridad del paciente en el Hospital.....	91

LISTA DE FIGURAS

Ilustración 1 Logo Hospital Fernando Troconis Santa Marta

Error! Bookmark not defined.

Ilustración 2 Posición laboral en este hospital. 67

Ilustración 3, Seguridad del paciente 68

Ilustración 4 Análisis global de la Unidad de Trabajo 69

}}Ilustración 1 Unidades que participaron en el estudio 70

Ilustración 2 Grado General seguridad del Paciente - Ilustración 7 Afirmaciones sobre el hospital 71

Ilustración 8. Frecuencia de Incidentes reportados 72

Ilustración 9 Percepción de su directivo Inmediato 73

Ilustración 10, Afirmaciones sobre las Unidades del Hospital 75

Ilustración 11. Percepción del personal sobre la comunicación en su accionar en la seguridad del Paciente 76

Ilustración 12.. Análisis global de la Seguridad del Paciente en el Hospital 78

RESUMEN

Actualmente la enfermería considera primordial la seguridad del paciente en la práctica sanitaria. Este estudio midió la percepción de la Cultura de la seguridad del paciente en el personal de enfermería de la ESE Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta

Materiales y Métodos: El enfoque del estudio es Cuantitativo Retrospectivo porque la recopilación de datos para la prueba de hipótesis fue el cálculo numérico y el análisis estadístico, y así poder establecer las pautas de comportamiento y la prueba de teorías, se ejecutó por fases: la primera fase realiza una indagación de información asociada a la seguridad del paciente en la atención sanitaria, utilizando la entrevista como método de investigación, la segunda parte son los resultados obtenidos en las entrevistas que se realizaron a los enfermeros del Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta, En Colombia la SP., está vinculada mediante el sistema internacional de garantía.

Resultado: El estudio de la percepción en la Cultura de Seguridad del Paciente en lo relacionado al Análisis de las afirmaciones sobre el Hospital alcanzó un nivel (73%) debido a que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo. El ítem asignado al Área /unidad trabajo obtuvo un 19% en la categoría de acuerdo y muy de acuerdo, en términos generales la seguridad del paciente fue considerada aceptable en un 33%, seguido de muy bueno en un 21.4% y solo fue calificada como excelente un 16%.

Conclusión: este resultado obliga a que las entidades de salud sean reforzadas, se considera necesario que se promueva la cultura en todas y en cada una de las dependencias del Hospital Universitario Fernando Troconis.

Palabras claves: Seguridad del paciente, Cultura de seguridad, Eventos adversos, Plan de mejoramiento.

ABSTRACT

Nursing currently considers the safety of the patient in healthcare practice paramount. This study measured the perception of the Culture of patient safety in the nursing staff of the ESE Fernando Troconis University Hospital in the city of Santa Marta.

Materials and Methods: The focus of the study is Quantitative Retrospective because the data collection for the test of hypothesis was the numerical calculation and the statistical analysis, and so to be able to establish the guidelines of behavior and the proof of theories, it was executed in phases: First phase carries out an investigation of information associated with patient safety in health care, using the interview as a research method, the second part is the results obtained in the interviews that were carried out with the nurses of the Fernando Troconis University Hospital in the city of Santa Marta, In Colombia the SP., is linked through the international guarantee system.

Result: The study of the perception in the Safety Culture of the Patient in relation to the Analysis of the affirmations about the Hospital reached a level (73%) because they are neither in agreement nor in disagreement. The item assigned to the Area / unit work obtained a 19% in the category of agreement and very much in agreement, in general terms the patient's safety was considered acceptable in 33%, followed by very good in 21.4% and was only qualified as excellent 16%.

Conclusion: this result requires that health entities be reinforced, it is considered necessary to promote culture in each and every unit of the Fernando Troconis University Hospital.

Keywords: Patient safety, Safety culture, Adverse events, Improvement plan.

CAPITULO I

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un tópico tratado por el personal de enfermería a inicios del año 2000, en el informe "Errar es Humano", del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, en el cual se probó el efecto de los errores en la atención en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 44.000 a 98.000 personas murieron ese año en hospitales debido a errores prevenibles, superando las muertes a causas de accidentes de tránsito (43.458), cáncer de mama (42.297) y sida (16.516) (Institute of medicine, 1999). En el 2002 la Asamblea Mundial de la Salud versión 55, asevera que la intranquilidad por la seguridad del paciente se origina de la falta de cultura de la misma, conduciendo a un mayor riesgo de aparición de eventos adversos prevenibles. Por tal razón los profesionales sanitarios están abocados a formar parte del impacto negativo que trae la inseguridad del paciente en el personal de enfermería y la manera como aumenta esto los costos en el sistema de salud. En el reporte del Institute of medicine 2004 de los Estados Unidos se hace un reconocimiento del valor del personal de enfermería en su ambiente laboral, encontró que el ambiente en el cual se desempeña enfermería se caracteriza por contener importantes amenazas a la seguridad del paciente, coincidiendo con Ulrich (2014) que informa que las causas que condicionan el riesgo se encuentran en la estructura básica de cualquier organización: el estilo de dirección, la asignación de tareas, la planeación del trabajo y la cultura organizacional. Rea citado por Pfeiffer, (2010) dice que la evaluación de la cultura de seguridad del paciente da información sobre los aspectos organizacionales que permiten detectar fallas activas y condiciones latentes que deben ser direccionadas hacia iniciativas de seguridad del paciente (Asociación Mexicana de Cirugía General, 2010). Debido a lo anterior, este estudio describe la cultura de seguridad del paciente practicado por el personal de enfermería en el hospital Fernando Troconis de Santa Marta. Enfrentado a los retos sin antecedentes, teniendo en cuenta las variaciones demográficas y epidemiológicas y el impacto presupuestal que representan; es una realidad que los avances técnicos generan mayor exactitud diagnóstica y terapéutica, con inclinación a ser mínimamente invasivo, a la vez, continúan existiendo riesgos vinculados con la atención sanitaria que pueden acarrear graves consecuencia., condición que genera riesgos y vulnerabilidad.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA

En la presente investigación se hizo un análisis sobre la seguridad del paciente en Colombia que hace parte del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud por protocolos internacionales con precisión y la unificación de los lineamientos en cuanto a procesos y procedimientos en la práctica del Hospital Universitario Fernando Troconis, como valor agregado este trabajo suministra a la entidad una herramienta que les permita mejorar frente a las dificultades encontradas. Con el soporte de la normatividad internacional. Se facilitan los servicios y se disminuyen los riesgos de la aparición de eventos adversos.

La encuesta nacional realizada en el año 2004 por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (AHRQ), demostró que el 55% de los participantes manifestaron sentirse descontentos con la calidad de atención sanitaria en su país (11% mayor que la encuesta del 2000) y de la misma manera un 40% opinaban que la calidad de atención había desmejorado.

Posteriormente en el 2009 (diez años de la publicación) aparece un nuevo informe realizado por la misma agencia continuando con la idéntica percepción y evidencia, de cada 7 pacientes hospitalizados del Medicare sufre 1 o más Eventos Adversos; y que millares tienden a presentar cada año infecciones relacionadas al cuidado de su salud.

El IBEAS fue el primer estudio realizado en México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina donde se evidenció la problemática de la seguridad, comprobando que en promedio 1 de cada 10 pacientes en hospitales (10%) presentaron deterioro durante la hospitalización. En el estudio de prevalencia de los eventos adversos en la atención ambulatoria (AMBEAS 2.00, realizado en 4 países de Latinoamérica y basado en la capacidad de los pacientes como declarante de eventos adversos graves, reportó que la prevalencia de los mismos fue del 5.6%, y un 73.3% de ellos estuvo relacionado con la medicación.

En Colombia con el estudio IBEAS puso en evidencia una prevalencia de eventos

adversos del 13.1%, el 27.3% de los mismos se presentaron en niños de 15 años y el durante la realización de procedimientos en un 27.7%. Podemos resaltar, contrario a los otros países, que la totalidad de hospitales participantes fueron acreditados, en Colombia (Ministerio de Protección Social (2007)).

Se ha continuado la investigación durante varios años con relación a los hallazgos científicos sobre la aplicación de prácticas seguras, cada año, muchos pacientes en el mundo padecen deterioro o muerte como efecto de un cuidado médico inseguro. Según un reciente informe de Ashish, reporta que los eventos adversos relacionados a errores en la atención médica constituyen el mayor origen de morbilidad y mortalidad. Para el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2007) el 42.7 millones de eventos adversos reportados, equivalen a 23 millones años/vida perdidos por discapacidad.

1.1 ANTECEDENTES DE EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL

En este momento el Hospital dispone con la política de seguridad y salud en el trabajo, en su actividad de prestación de servicio de salud para la gestión de los riesgos laborales, cubriendo todas las diferentes áreas de trabajo, sus trabajadores independientes de su forma de contratación o vinculación, incluyendo contratistas y subcontratistas. Soportado con base jurídica por la (resolución interna No. 075 del 20 de marzo el 2015).

Esta investigación arroja resultados donde se evidencia que la mayoría de las enfermeras no tienen antigüedad dentro de su actual área o unidad de trabajo. La información sobre la seguridad del paciente es escasa, la cual no cumple las expectativas en cuanto a tener información organizada y accesible a alta gerencia del Hospital. De tal manera que la seguridad del paciente afronta problemas en la generación de la “cultura del reporte, la no publicación de los documentos de salud y seguridad en el trabajo.”

El reto de crear cultura de seguridad del paciente en el hospital es desarrollarla, no

como un compromiso, ni como una acción encaminada a favorecer la libertad profesional y evitando sanciones pecuniarias, situación que se presenta de forma similar en otros Hospitales públicos de Colombia.

La detección, la intervención y prevención del evento adverso forman parte de la cultura de seguridad del paciente, incluyendo la creación de intervenciones que van desde acciones en la infraestructura física para prevenir el riesgo de caída, como también el estudio de protocolos aplicación de medicamentos y medidas para evitar errores diagnósticos e internacionales. Todas estas acciones pueden verse afectadas por la insuficiencia de personal de planta para realizar todo el trabajo, el utilizar más personal temporal para el cuidado y el considerar que el error más serio ocurre en otros hospitales. Para el Hospital la medición de eventos adversos implica según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2007).

- *“La formalización de un sistema para reportar eventos adversos con acciones que favorezcan su implementación y mejoramiento.*
- *Creación de un sistema que audite las consecuencias clínicas no esperadas que defina la cantidad real de eventos adversos.*
- *Un sistema de mejora continuo inclinado a minimizar la incidencia de eventos adversos.*

Listado de referencia de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en salud en Colombia adoptado por el Hospital Universitario Fernando Troconis.

- *Cirugías canceladas por factores relacionados al desempeño de la organización o a los profesionales*
- *Pacientes con neumonías bronco aspirativas en pediatría o UCI neonatal*
- *Pacientes con úlceras de posición.*
- *Pacientes con hipotensión severa en post – quirúrgico.*
- *Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días.*
- *Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados-*
- *Caídas desde su propia altura intra – institucional.*
- *Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.*
- *Flebitis en sitios de venopunción.*
- *Accidentes pos transfusionales*

- *Neumotórax por ventilación mecánica.”*

En el hospital la modificación de la conducta en los cuidadores sobre la seguridad del paciente se ve reflejado en la prevalencia durante el año 2016 y 2017, en donde se reportaron 66 incidentes, con dos picos modales durante el mes de mayo y octubre con una prevalencia de 15.2% simultáneamente, seguido del mes de marzo con un 13.6%, y en tercera instancia el mes de noviembre de la prevalencia de un 12%, la prevalencia de los eventos que predominaron fueron las caídas en primer lugar con un 24%; seguido de los errores en el reporte de los resultados de laboratorios con un 9%., en lo relacionado a los servicios que presentan mayor prevalencia, la unidad de cuidados intensivos adultos y quirúrgica con 18% simultáneamente, seguido de medicina interna con un 15%, y en tercera instancia el servicio de infectología, en lo relacionado a la prevalencia de los eventos adversos el comportamiento durante el año 2016 y 2017 predominaron las flebitis en un 25%, las caídas el 14%, y las escaras el 14%(Hospital Universitario Fernando Troconis 2018)..

1.2 JUSTIFICACION

Seguridad del Paciente se define como una compilación de procesos, herramientas y métodos basados en la evidencia científica, cuyo objetivo es reducir el riesgo de padecer una complicación que agrave el estado de salud como consecuencia de la atención en salud o de minimizar sus efectos (Ministerio de Salud y Protección Social (2007).

La deficiente atención de servicio de salud, en muchas ocasiones de los casos origina aún más enfermedades, puesto que no se le está dando al paciente los adecuados cuidados, ocasionando complicaciones severas como la muerte de los usuarios del sistema sanitario. Los eventos adversos son de interés en todos los países para encontrar soluciones a la problemática bajo la premisa de que, en el futuro, al reducir el riesgo, disminuirá la muerte.(Ministerio de Protección Social, 2007)

La inquietud por la seguridad del paciente en el hospital, tiene su origen en la alta incidencia de complicación como producto de la prestación de cuidados sanitarios que afectan negativamente la calidad de la atención, el sistema de seguridad del paciente está en un proceso de implementación que intenta prever la aparición de acontecimientos que impacten la seguridad del paciente, disminuyendo y/o eliminando los eventos adversos creando organizaciones seguras y competitivas a nivel internacional. Entre los eventos de mayor frecuencia se observa las caídas, las flebitis y los errores en el reporte de laboratorios.

Por consiguiente, es preciso conocer qué sucede con el conocimiento y las conductas de los cuidadores primarios sobre la “cultura de seguridad”, para tener un concepto real de la situación del hospital y que sea punto de partida, para plantear las acciones de mejora, siendo fuente para aportar nuevos datos a las investigaciones en esta área, ya que se ha convertido en una competitividad necesaria del profesional enfermero en el mundo actual; siendo este un determinante en el cuidado y seguimiento del bienestar del paciente, a pesar que son pocos los investigadores que han explorado la significación de “cultura de seguridad” en el cuidado sanitario; específicamente en el cuidado de enfermero. Es indiscutible la poca información, debido a las insuficientes reseñas locales de investigación sobre las intervenciones del profesional de enfermería en lo que implica la cultura de seguridad del paciente. De ahí que nace la necesidad de realizar un estudio investigativo sobre seguridad del paciente en el Hospital Universitario Fernando Troconis, que describa las debilidades y amenazas de la institución y convertirlas en fortalezas.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGCS), en cuanto a la aplicación obligatoria sobre políticas de seguridad del paciente a través del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. El Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta D.T.C.H, desde el año 2007, su objetivo es la mejora de la calidad de atención, en factores afines con la seguridad del paciente implementando programas de seguridad clínica y gestión del riesgo, y sistemas de vigilancia de eventos adversos, cuya finalidad es la aceptación de la cultura de seguridad clínica en las organizaciones sanitarias (Ministerio de protección social, 2007).

Según la estadística que maneja el Hospital Universitario Fernando Troconis; durante el año 2016 y 2017 se observaron 66 eventos incidentes, con dos picos modales durante el mes de mayo y octubre con una prevalencia de 15.2% simultáneamente, seguido del mes de marzo con un 13.6%, y en tercera instancia el mes de noviembre de la prevalencia de un 12%, la prevalencia de los eventos incidentes que predominaron fueron las caídas en primer lugar con un 24%; seguido de los errores en el reporte de los resultados de laboratorios con un 9%. En lo relacionado a los servicios que presentan mayor prevalencia están la unidad de cuidados intensivos adultos y quirúrgica con 18% respectivamente, seguido de medicina interna con un 15%, y en tercera instancia el servicio de infectología. En lo relacionado a la prevalencia de los eventos adversos, el comportamiento durante el año 2016 y 2017 predominaron las flebitis en un 25%, las caídas el 14%, y las escaras el 14%.

Al relacionar las áreas críticas se observó que la prevalencia de los eventos adversos es: Medicina Interna y Unidad de Cuidados Intensivo Adulto con un 15%, seguido de la unidad de Cuidados Intensivos Neonatal con un 13% en tercer lugar se encontró Infectología con un 10.5%, y el cuarto lugar lo ocupa el servicio de Quirúrgica con un 7.9%. con un χ^2 de 396 y una $p=0.000$ sugiere que hay una probable asociación entre la prevalencia de los eventos adversos y las practicas inseguras del talento humano que labora en estos servicios.

Es preocupante el que no se tenga en cuenta la seguridad del paciente al realizar la prestación de servicios sanitarios por lo cual es de interés del investigador describir ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta, D.T.C.H. en el periodo 2016-2017?

1.4 ANTECEDENTES

En Nueva York (Harvard Medical Práctica Study, 1984), fue publicado el primer estudio cumpliendo con la metodología establecida y con las características, dándole la validez suficiente para ser reconocido como un modelo guía. Es así como en 1992, un estudio parecido aplicado en los estados de Utah y Colorado, se observó una la aparición de casos nuevos anuales de eventos adversos en un 2.9% en 15.000 expedientes; a su vez, el estudio del Sistema Australiano de Salud descubrió una proporción del 16.6% en Eventos adversos, la investigación fue ejecutada en 28 organizaciones hospitalarias y 51% de ellos eran de fácil prevención. Los acontecimientos evitables se relacionaron a los de mayor incapacidad; además los resultados relacionados con el posible deterioro del paciente, la inconformidad y/o negación de los resultados, fue causa de demandas legales con las implicaciones jurídicas de cada caso (Ministerio de Protección Social, 2007).

En Colombia vienen trabajando de manera seria y organizada los gestores de seguridad del paciente en el mejoramiento del mismo, a la vez, para hacer acciones efectivas de esta seguridad se requieren intervenciones concretas que cristalicen los resultados tangibles en beneficio del paciente (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2007).

El Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia partir del 2004, decidió incentivar el tema de los eventos adversos trazadores; se realizaron comités en diferentes departamentos del país y se iniciaron los procedimientos de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones. A través de la ayuda del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC 2004), entidad acreditada en salud, se establece como condición necesaria para aplicar la acreditación en salud; que todas las instituciones evidenciaran el desarrollo de procesos de vigilancia ante estos eventos.

El proceso de la evaluación realizada en el año 2006, evidenció avances visibles que orientaron la decisión de replicar en todo el país la intervención; lo que se hizo a través de la Resolución 1446 de 2006. La complejidad de la SP requiere intervenciones

engranadas y, un cambio cultural a nivel organizacional y en Colombia, además de una amplia concertación. Siendo así que, a partir de diciembre de 2007, Colombia obtiene los adelantos más notables y creando un enfoque general de los aspectos conceptuales y técnicos implicados. Además, ofrece una variedad de instrumentos prácticos para el profesional sanitario asociado con la seguridad del paciente demostrando que es viable, continuar con estos esfuerzos.

El Ministerio de Sanidad de España implemento en el 2005 una política social, con objetivos como:

1) realizados, como el estudio ENEAS (2006), la cualificación de los profesionales y la incentivación del ejercicio investigativo.

2) Planear y crear sistemas eficientes para divulgar los incidentes asociados con la seguridad del paciente, 3) Favorecer la creación de prácticas seguras en las organizaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud facilitando la participación de ciudadanos y pacientes. Es así como en año 2006, se ejecutó el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización), se evaluaron 5.624 historias clínicas, en diversos hospitales españoles, detectándose un 8.4% de eventos adversos de ellos 42.8% eran prevenibles y se encontraron 4.4% de muertes, si se comparan estos porcentajes con los 4.6 millones de hospitalizaciones anuales; alcanzó 7388 muertes prevenibles al año en España. En Iberoamérica en el año 2011 se renovó la práctica y se llevó nuevamente el estudio IBEAS (Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica), incluyendo 11.379 pacientes de 5 países en 58 hospitales, siendo la tasa de eventos adversos de un 10.5%, de estos el 60% se consideraron como prevenibles y 6% de los decesos evitables. " (Aranaz & Moya, 2011).

Desde el informe de 1999 del Instituto de Medicina de los EE. UU; obtuvo el número total de hospitalización, en el año 2013 comprobándose que este afecta la incidencia real de decesos por error médico; con los nuevos datos se identifica que el error médico es la tercera causa de mortalidad en los EE. UU, ocupando los primeros lugares las causas cardiovasculares y el cáncer.

ANTECEDENTES DE EVENTOS ADVERSOS EN COLOMBIA.

El IBEAS tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de los efectos adversos en las instituciones hospitalarias de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú en los años 2007 a 2009. Este estudio fue dirigido por el Ministerio de Salud y Política Social de España, la OMS con apoyo de los ministerios de los países seleccionados y la OPS. Se observaron 11.426 pacientes hospitalizados, en los cuales se determinó la prevalencia de eventos adversos en un 10.5% (Ministerio de Protección Social, 2007).

Por consiguiente, para Colombia la publicación IBEAS, estableció una prevalencia de 11.6%. La observación de los eventos adversos se establece partiendo de la correlación entre la cifra total de los eventos adversos descubiertos y gestionados y la cifra total de los mismos.³² Se observó una tendencia descendente en el indicado: pasó de 86.25% en 2009 a 6.64% en 2014. El 76% en las IPS en 2014 también tuvo el mismo comportamiento. El indicador donde se evidencio más aumento en el 2014 fue en los departamentos de Vaupés (100%) y Guaviare (95.36%). Siendo el más bajo en Sucre (4.62%), Bogotá (2.46%) y Boyacá (2.18% (Ministerio de Protección Social, 2007).

Los departamentos con el índice con mayores cambios durante el período analizado del (2009 - 2014) fueron los departamentos de: Antioquia saltando de 86.6% a 11.08%, Atlántico de un 79.6% a un 22.9% y Bogotá D.C. que para el 2009 reporto un 8.9% sin embargo para el 2014 muestra un 2.46% de gestión de eventos adversos evidenciándose que para el tiempo comprendido entre el 2009 al 2014, hubo un aumento del reporte del indicador: saltó de 3.242 a 7.154 (Ministerio de Protección Social, 2007).

ANTECEDENTES DE REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA.

La proporción de reporte de los eventos adversos en el departamento del Magdalena tuvo un pico modal en el 2010 con el 90.4%, y luego en el 2014 con un descenso a 6.27%, mostrando un comportamiento similar en Colombia, es decir el departamento del Magdalena con unos indicadores por debajo de los indicadores de Colombia. Teniendo en cuenta que el Hospital Fernando Troconis es una institución de referencia del Departamento del Magdalena.

EVENTOS ADVERSOS GESTIONADOS POR DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

Tabla 12. P Eventos Adversos Gestionados Por Departamento, 2009 – 2014.

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
del Magdalena	75.5	90.4	61.75	20.83	39.22	6.27
	86.2	88.9	71.16	8.88	11.03	6.64

Ministerio de Salud de Colombia. Informe nacional de la calidad de la atención en salud 2015

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Medir el nivel de cultura de seguridad del paciente referido por el personal de Enfermería del Hospital Universitario Fernando Troconis Santa Marta, Distrito Turístico Cultural e Histórico en el periodo 2016-2017.

1.5.2 Específicos:

1. Describir la percepción del personal de enfermería en la cultura de seguridad del paciente, a través del cuestionario de seguridad de los pacientes (AHRQ 2005).
2. Medir el cumplimiento del personal de enfermería en el área clínica en la cultura de seguridad del paciente según: análisis de, percepción del director, jefe inmediato y la comunicación entre ellos.
3. Caracterizar la temporalidad de los incidentes y eventos adversos según: frecuencia, grado de seguridad y tipo de percepción del Hospital.

1.5.3 HIPOTESIS.

- Ho= El personal de enfermería no tiene una percepción positiva en la cultura de seguridad del Paciente.
- Ha= El personal de Enfermería tiene una percepción positiva en la cultura de seguridad del paciente.

CAPITULO II

MARCOS

2.1 MARCO REFERENCIA



Ilustración 1. Logo Hospital Universitario Fernando Troconis Santa Marta D.T.C.H

2.1.1 Misión.

“Somos un hospital universitario prestador de servicios de salud de mediana y alta complejidad. Contamos con tecnología de punta y un capital humano altamente capacitado para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios basados en una filosofía de mejoramiento continuo, buscando alcanzar altos estándares de calidad. Nuestra acción la enmarcamos generando escenarios de prácticas formativas e investigación, contando con una excelente infraestructura física para brindar bienestar a nuestros usuarios y generar una cultura de seguridad del paciente “.

“Para el 2020 la E.S.E. Hospital universitario Fernando Troconis será reconocida a nivel regional y nacional como una institución segura, líder en la atención integral con altos niveles de eficiencia y eficacia, con un alto rigor científico y académico, acreditada institucionalmente y centrada en la humanización del servicio. Nos consolidaremos por promover estrategias que favorezcan la salud y nutrición materna infantil y la práctica de la lactancia materna, propiciando calidad y calidez en la atención”. (Hospital Universitario Fernando Troconis,2018).

2.1.3 Principios.

“INTEGRIDAD HUMANA: Garantizando, promocionando y respetando, los derechos universales e irrenunciables de la persona. UNIVERSALIDAD: Atendiendo a todas las

personas que soliciten nuestros servicios sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida. *INTEGRALIDAD: Brindando atención integral de las diferentes quejas y funciones físicas, emocionales y psicosociales de los pacientes y demás usuarios. EFICIENCIA: Utilizando todos los recursos institucionales con criterios de rentabilidad social y financieros. EFICACIA: Garantizando, la solución de aquellos problemas de salud de la población usuaria que correspondan a sus principales necesidades y expectativas. SOLIDARIDAD: Practicando la ayuda mutua, apoyándonos en el ámbito personal, institucional y social. CALIDAD: logrando la excelencia en nuestros procesos y procedimientos mediante el mejoramiento continuo. EQUIDAD: Atendiendo a los pacientes y demás usuarios sin distinción de clase social, creencias religiosas, etnia, sexo, y cultura". (Hospital Universitario Fernando Troconis,2018).*

2.1.4. Valores.

Los valores corporativos del hospital son: "Respeto, Responsabilidad, Trabajo en Equipo, Liderazgo, Honestidad y Lealtad." (Hospital Universitario Fernando Troconis, 2018).

2.1.5. Objetivos Corporativos.

- *"Propender por ofrecer un servicio humanizado, generando un vínculo entre el paciente y todo el personal involucrado en su atención.*
- *Promover una cultura de seguridad del paciente, que permita disminuir los riesgos en la atención y generar una Institución segura*
- *Fomentar espacios investigativos, proporcionando escenarios de prácticas formativas en convenio con las principales universidades a nivel regional.*
- *Impulsar altos estándares de calidad, encaminando las acciones del Hospital hacia la acreditación Institucional.*
- *Garantizar un óptimo manejo de los recursos, generando una sostenibilidad financiera.*

- *Lograr conquistar el 70% del mercado demandante de servicios de salud del departamento.*
- *Promover estrategias que favorezcan la lactancia materna orientando las acciones² necesarias para mejorar el estado de salud y nutrición de mujeres y niños.*
- *Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, a través de la implementación de nuevas tecnologías.*
- *Establecer políticas que permitan la selección, capacitación y mejoramiento del talento humano de la Institución”*

2.1.6 Reseña Histórica

“La Gobernación del departamento del Magdalena, en el año 1968, obtuvo el lote para la edificación de un hospital nueva que sustituyera la infraestructura del hospital “San Juan de Dios”. En el año 1970, el Ministro de Salud el Doctor José Ignacio Díaz Granados Alzamora, le tocó crear el diseño y estudio del proyecto de la nueva edificación y suministro del Hospital Central de Santa Marta- En 1992 al cierre definitivo del Hospital San Juan de Dios, por orden del Ministerio de Salud de la Protección Social se da la apertura al Hospital Central y en distinción al Ginecobstetra doctor Julio Méndez Barreneche, y se decide colocarle su nombre al nuevo hospital. En 1995, se inicia una reestructuración del personal administrativo y científico. Dándose nuevamente en el año 2004 la liquidación del personal definitiva de la institución. (2018)

En el año 2006 en, el mes de abril el Centro de Rehabilitación y Diagnóstico “Fernando Troconis” estructura inmediata al Hospital Central, de II nivel de atención con atención básica de salud mental, bajo la dirección del Doctor Juan Eljadue Gutiérrez y el gobernador el Doctor Trino Luna Correa, se da inicio a la ampliación de atención de III y IV nivel, en las instalaciones del Hospital Central, comenzando con Consulta Externa Especializada, en el mes de Marzo del 2007, se integran los demás servicios de atención

para la comunidad de Santa Marta y el departamento Magdalena y otros Departamentos de la Costa, con una influencia amplia, moderna y gran sentido social. EL HOSPITAL universitario Fernando Troconis con un Área Física de 45. 770m2. Zonas Verdes amplias, una edificación de nueve pisos divididos en tres bloques de Servicios y un espacio anexo donde funcionamiento la unidad Mental.

En el primer piso, se encuentran los Consultorios médicos Laboratorio Clínico, Ayudas Diagnósticas, En el segundo piso las oficinas administrativas-En el tercero al octavo piso, se encuentran los Quirófanos, UCIS: Neonatal, Pediátrica, y de Adultos, y hospitalización. En el noveno piso funciona actualmente los salones de clases y una oficina de la Universidad Cooperativa de Colombia-

La Institución cuenta con unas instalaciones que brindan soporte logístico como son: Lavandería, Cocina, Almacenamiento de Suministros, Taller de Mantenimiento, Planta Eléctrica y Calderas. La institución se encuentra ubicada estratégicamente en el Distrito de Santa Marta con amplias vías de acceso. Y comunicación.

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario Fernando Troconis brinda atención en salud de III y IV Nivel de Complejidad a la población del Departamento del Magdalena y otros departamentos de la región Caribe, convirtiéndose en la institución con profesionales cualificados en las diferente. en especialidades.

Geográficamente en cobertura el Hospital Universitario Fernando Troconis se convierte en una organización de Alta Complejidad de referencia de los 30 municipios del Departamento del Magdalena, de La Guajira y Cesar “.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Políticas de Seguridad Del Paciente

Acciones de reducción de riesgo: *medidas apropiadas, cuyo objetivo principal es poder modificar el riesgo, para evita los perjuicios interiores al factor de riesgo, y así poder aprovechar las ventajas que pueda reportarnos. El sistema de tratamiento de riesgos debe avalar como mínimo: un trabajo efectivo y eficiente de la institución, controles internos seguros., conformidad con las leyes y reglamentos vigentes (Franco A. 2011).*

El hospital logra una efectiva gestión del riesgo porque mantiene un plan de mitigación en el que se establecen las acciones a **nivel estructural, no estructural y funcional** que necesita para poder implementar y que garanticen la disminución de los efectos y daños que pueda ocasionar un evento adverso.

Atención en salud: Son servicios donde los pacientes reciben una vigilancia y el cuidado oportuno de la atención sanitaria. La prestación de los servicios de salud en el hospital traza un sistema con dos regímenes similares: el contributivo, para los estratos del 3 al 6 aportan una cantidad de su salario mensual para financiar el sistema y el subsidiado, para los estratos 1 y 2 personas de muy bajos recursos económicos y los aportes llegan del Estado

Atención insegura: Son el circunstante que alertan sobre el evento adverso. Uno de los objetivos de la institución es brindar una atención segura basada en las normas, protocolos y herramientas establecidos por el Ministerio de Salud y protección Social, evitando una atención insegura (Icontec internacional 2016)

Auditoria para mejorar la calidad en la atención de salud: metodología continúa de evaluación y mejora, observada con relación a la calidad deseable en la atención sanitaria -La institución implementa este componente¹

El Hospital Trabaja con base en los registros de todo lo realizado, evaluando la calidad, contrastando la relación directa entre la veracidad de los mismos y la de la atención en salud. Incidiendo en aspectos financieros administrativos ajustando la adecuada relación entre eficiencia, costos, calidad y seguridad de la atención en salud brindada. Con relación al aspecto ético corresponde supervisa y realiza un control de calidad con el fin de garantizar el acatamiento de las normas éticas y morales en las conductas de las personas.

Barrera de Seguridad en salud: se define como una acción o suceso que disminuye la posibilidad de exposición de un incidente o evento adverso.² En la Institución están clasificadas en: físicas, administrativas, humanas, naturales o tecnológicas:

Barrera Protectora Física: actúan de forma cuidadosa, por ejemplo, las barandas de las camas, los frenos de las camillas, las escalerillas, los antideslizantes en las superficies de riesgo. (López D. Ríos S. Vélez 2016)

Barrera de Control Administrativo: forman parte, como las capacitaciones, el entrenamiento dirigido, la supervisión, la adopción de guías y los protocolos para la atención.

Barrera Humana: comprenden las listas de chequeo, no permitir que algo se olvide, por ejemplo, cirugía segura, lavado de manos, check list en antes de procedimientos.¹⁰

Barrera en Prevención de Errores en la identificación: La identificación del paciente utilizando siempre el nombre y número identificación. (Los datos que se ingresan a la historia clínica se deben verificar con el documento en físico) Se le coloca la manilla al paciente con la información correcta incluyendo la clasificación por colores de riesgo antes de cualquier procedimiento o interacción con el paciente se verifica su nombre e identificación.

Utilización de rótulos o stickers de identificación Barrera Tecnológica: los códigos de barra en los medicamentos (ruta segura de medicamentos).

Calidad: características que cumple un producto y/o servicio que permiten satisfacer las necesidades del paciente y como la efectividad, eficacia, sostenimiento, el beneficio, la disponibilidad y la oportunidad.

Calidad en la atención en salud: se define como el suministro de servicios viables e imparciales, con un nivel de atención insuperable, teniendo en cuenta los recursos utilizables y la relación entre riesgo- beneficio - costos para satisfacer al usuario. (Ministerio de salud y Protección Social /2008)

Por ser una empresa Social del estado (ESE) el hospital se basa en los indicadores y modelos de calidad trazados por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, esencial en la atención integral en salud que se le ofrece a la población (Hospital Universitario Fernando Troconis 2018)

Cultura de seguridad: por primera vez apareció en un reporte del desastre de la planta nuclear Chernobyl en la antigua Unión Soviética, el cual fue preparado por el Grupo Consejero Internacional para la Seguridad Nuclear en el año 1988. El concepto ha ganado desde entonces importancia a nivel internacional en diversas empresas de mayor riesgo, tales plantas nucleares y de industria aeronáutica. (López D. Ríos S, Vélez L (2016:).

El personal de Enfermería del hospital Universitario Fernando Troconis viene tomando interés y conciencia en la Cultura de seguridad del paciente durante la atención del cuidado ya que brindando un cuidado integral y con calidad se disminuyen los eventos adversos e incidentes. Todo esto se ha logrado con base a las capacitaciones realizadas a nivel institucional.

Evento adverso: Es la aparición de lesiones o complicaciones de un signo, síntomas, que suceden en forma involuntaria durante la atención en salud, son más atribuibles a esta que a la enfermedad y pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente (Caro S. Giraldo A, Forero C,)

Es así como mensualmente en la institución son reportadas por el profesional de Enfermería a través de un formato institucional a la oficina de Calidad y Departamento de Enfermería. Cuando el evento es grave, el análisis se hace inmediato, de lo contrario se efectúa en comité de seguridad del paciente mensualmente de 1 a 30 días dependiendo de la fecha de ocurrencia del evento.

Cuando sucede un evento adverso el manejo del paciente está orientado hacia:

1. la ocurrencia del evento adverso no se niega; por el contrario, se da información al paciente y se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.
2. Para atenuar los efectos del evento adverso se lleva a cabo todo lo necesario.
3. Mejorar al paciente si ha sufrido un evento adverso.
4. Brindar educación de cómo se debe prevenir futuros evento adverso.
5. Manifestar que no se evadirá los compromisos ante la aparición del evento adverso y que se tendrá el interés de ayudar en las consecuencias.
6. Si el ambiente lo merece: se le presenta al paciente excusa y a su familia por el evento(Caro Giraldo A, Forero C.

Evento centinela: definido como un evento imprevisto, que no se relaciona con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave que causa deterioro permanente o muerte al paciente¹ Casi nunca se producen ya que la atención está basada en protocolos de actuación correctos...

Seguridad del Paciente: conglomerado de intervenciones y procesos que brinda el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud que tiene como objetivo proteger al usuario de riesgos prevenibles derivados de la atención sanitaria. Involucrando métodos operativos y acciones de la institución que contribuyan a disminuir el riesgo y aumenten la posibilidad de impedir errores cuando ocurran (López D Ríos S. Vélez).

En la Institución durante la ejecución del programa, el equipo de seguridad se ha encontrado con dificultades a pesar de que se han realizado adiestramientos a todo el personal y se les reitera la importancia del reporte y que no es un régimen disciplinario, a la vez no se ha conseguido el aumento en los reportes.

Sistema de gestión del evento adverso: conjunto de herramientas, procedimientos y acciones que sirve para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de deterioro del paciente, con el fin de prevenir o mitigar sus consecuencias (Cifuentes A Miranda, Chávez). Se realiza a través de un diagrama de flujo el cual es responsable de la notificación el profesional de Salud o funcionario administrativo: 1. El profesional de salud o funcionario administrativo, confirma si el suceso ocurrido en el servicio se encuentra en el listado de sucesos definidos por la Sección. 2. a través de informe escrito

o llamada telefónica, se le informa al jefe de la Sección sobre el evento, para que se evalúe el peligro p realizar una reunión extraordinaria. 3. En el momento del suceso, se diligencia el Formato de reporte de incidentes y/o eventos adversos establecido por la institución, con el fin de realizar la notificación del suceso y dejando el soporte como evidencia de las estrategias realizadas en el momento. 4. El Comité de seguridad del paciente. (Personal de calidad) revisa y analiza la investigación entregada en el formato de reporte de incidentes y/o eventos adversos explicando qué tipo de sucesos es la investigación de tal manera que se logren tomar las acciones correctas o preventivas que sean necesarias. 5. Identificar las barreras o falencias en la atención, la causa y el factor que favoreció al suceso. Si s fue catalogado como incidente y/o evento adverso analizándolo en el formato establecido. 6 cada evento o incidente traza las acciones a tomar según sea el caso. 7 El personal profesional de salud, comunica al personal del servicio sobre las estrategias a seguir ac, cines inseguros, barreras que fallaron y acciones de mejora a implementar. 8 El encargado de realizar a investigación es el jefe de sección en cuanto al desempeño y gestión de los informes, acciones de mejora y proponiendo acciones cuando sea inevitable para lograr la mejora continua.

2. 2.2 Políticas de seguridad del paciente en el Hospital Universitario Fernando Troconis.

El Sistema Único de Acreditación en salud en el año 2005, puso como requisito indispensable de entrada a las instituciones de Colombia para poder acceder a la acreditación como tal tenían que tener un sistema de reportaje de eventos adversos espontáneamente de la institución a trazar, realizar y mejorar de forma continua un programa de seguridad del paciente. Seguidamente la Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad obligó a los prestadores de atención de salud a ejecutar programas de seguridad del paciente, con diez buenas prácticas definidas como prioritarias. Actualmente el hospital cuenta con una Política Nacional de Seguridad y cuya ejecución del programa se basó en Ejes conductores como:

Apoyo de la alta dirección: esencial porque envuelve el involucramiento en la seguridad de paciente a la Junta directiva y la Gerencia., no se pueden iniciar acciones sin este

apoyo en el rediseño e implementación de las acciones y procedimientos institucionales. Como consecuencia de esto, la seguridad es una prioridad gerencial, convirtiéndose en una situación en la delineación de los procesos y se plasmándose en una política de seguridad del paciente, la Gerencia crea un presupuesto económico para las acciones de seguridad, y se conformándose un equipo líder para dar adiestramiento en los aspectos de seguridad del paciente, se capacita continuamente a los colaboradores en las prácticas seguras recomendadas y se realizan las acciones de mejora.(Hospital Universitario Fernando Troconis (2008).

a. Análisis y gestión de riesgos: a. El AMEF (Análisis de Modo y efecto de falla) es una Herramienta eficaz que se emplea para gestionar el riesgo de una potencial falla. describiendo un grupo de actividades que intenta reconocer y evaluar el potencial del proceso y sus efectos, e identificando las acciones que puedan excluir o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Para elaborar un AMEF se lleva a cabo una lista de todas las posibles causas de falla asignables a cada modo de falla potencial y se tiene en cuenta: o su ocurrencia: qué tan repetidamente se programa que ocurra la causa o el componente de falla específico. Se estima la posibilidad de ocurrencia en una escala de 1 a 10. o su severidad (Colombian Journal of Anesthesiology (2018).

b. **Adherencia a guías de práctica clínica.** es la estandarización en forma ordenada y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la institución. Su objetivo es proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Y no solo el estado del arte científico para el diagnóstico y tratamiento correctos de las patologías, sino que además incluye las guías de procedimientos de enfermería y de instrumentación quirúrgica.

c. **Educación en Seguridad del paciente.** Es fundamental la formación continua en los aspectos afines con la seguridad del paciente y en la creación de cultura. Las actividades educativas que se realizan diariamente tenemos:

Las sesiones breves de seguridad. se presentan cuando el líder del equipo o cualquier otro integrante aprovecha que el equipo se encuentra reunido, por ejemplo, en una

entrega y recibo de turno, comités, en una revista diaria, etc. para proporcionar información relacionada con una práctica segura. Ejemplo, evocar los cinco momentos del lavado de manos, o la forma correcta de identificar y comunicarse con un paciente, con otro profesional de la salud alrededor de las órdenes médicas, etc.

Folletos. Son pliegos ilustrados que se conceden a los colaboradores y a los servicios con alguna periodicidad, y que tienen como objeto recordar el carácter prioritario que en la institución se le da a la seguridad de los.

Es recomendable incorporar a los métodos formativos la herramienta AMFE, para ser utilizada en los procesos más habituales en la práctica asistencial-

2.2.3 Acciones Institucional de las políticas de la Seguridad del Paciente en el Hospital Universitario Fernando Troconis.

“ El Hospital implementa la Política Institucional de Seguridad del Paciente basados en los lineamientos nacionales e internacionales para garantizar una atención segura en todos los procesos asistenciales, y administrativos mediante la Resolución No.075 de marzo del 2015 por el cual se actualiza y se divulga en la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Universitario Fernando Troconis.”

A través del manejo de esta política se observa el conjunto de habilidades corporativos expuestos a agrandar los niveles de seguridad en la prestación de la atención en garantizando con ello al paciente de riesgos evitables derivados de la atención sanitaria. Siendo el objetivo desarrollar la cultura de seguridad fomentando en nuestros colaboradores, usuarios y familias el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención.

Acciones Implementadas en la Institución • Las capacitaciones sobre Eventos Adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el objetivo de favorecer la “Cultura del Reporte”. • Educación continua en: Prácticas seguras, en la prevención de infecciones, sistema de gestión de eventos adversos, fármaco y tecno

vigilancia. • Establecer que el personal sea consciente en brindar un ambiente seguro, y ayudando la respuesta oportuna y no punitiva frente a los eventos adversos e incidentes • Comunicar al Paciente sobre sus Derechos y Obligaciones e involucrándolo en las soluciones, dentro de un ambiente de confidencialidad y confianza. • Examinando cada evento, asocia por causas y creando acciones de mejoramiento • Elaborar planes de mejoramiento relacionados: con condiciones peligrosas en el ambiente físico. • Educación al paciente y su familia a través de folletos y cartillas en la cultura del auto cuidado.

Principios:

1. **Enfoque de atención centrado en el usuario**- resultados logrados y su seguridad, lo cual es el eje alrededor donde giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. **Cultura de seguridad.** El ambiente extiende las acciones de seguridad del paciente y se le brinda un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
3. **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** Es la parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos sus componentes.
4. **Multicausalidad.** Es un problema general y multicausal en el cual se implican las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
5. **Validez** Impactado al paciente realizando metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
6. **Alianza con el paciente y su familia.** En La política de seguridad del paciente cuenta con los pacientes y sus familias e involucrándolos en sus acciones de mejora.
7. **Alianza con el profesional de la salud.** Parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos técnicos, por lo tanto, contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificado (Ministerio de Salud y Protección Social (2008)

2.2.4 Lineamientos Y Estrategias de la Política De Seguridad Del Paciente.

Fortalecer la práctica de Lavado de Manos en la Institución • El Personal de todas las áreas de la institución, no realizan el lavado de manos. • Educar al personal de enfermería e con énfasis sobre lavado de manos en forma continua • Disminuir los eventos adversos ligados a la ausencia de lavado de manos • La institución contará con los elementos necesarios e indispensable para el correcto lavado de manos. • Impulsar los cinco momentos originados por la OMS/OPS: 1. Lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente. 2. Antes de realizar un procedimiento limpio aséptico. 3. Inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes. 4.Después de palpar a un paciente. 5.Antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, Aplicar las Técnicas de Asepsia en todos los Procedimientos que se realicen durante la Prestación de la Atención sanitaria • Personal del área de la salud debe aplicar en forma correcta los principios de asepsia, durante la atención y cuidado del usuario(a). Establecer programas de educación a todo el personal asistencial sobre principios de asépticas. (Ministerio de Salud y Protección Social 2008)

Manejo Adecuado de los Desechos Peligrosos • con la normatividad institucional los trabajadores de la salud cumplen sobre el manejo adecuado de desechos peligrosos en establecimientos de salud. • Capacitar a todo el personal sobre el manejo de desechos peligrosos en las instituciones de salud.

Investigación, Análisis y Gestión de los Eventos Adversos. • Contar con un Personal capacitado para la investigación, análisis y reporte de eventos adversos. • Implementar indicadores de Eventos Adversos, que propicien acciones correctivas. • Crear un Sistema de reporte de los Eventos Adversos adecuadamente. • Establecer Planes de Mejoramiento Continuo, basados en los reportes de eventos adversos.

Seguimiento a las Tecnologías • Implementar programas como: Tecno vigilancia y

tecnologías seguras y programa de Farmacovigilancia.

Sistema Institucional De Reporte e Incidentes y Eventos Adversos- En el área clínica de la institución se realiza el reporte de eventos adversos en el formato establecido. Estos eventos son analizados por el personal de cada proceso y después serán referenciados con la líder de calidad de la institución quien llevara los eventos adversos al comité de seguridad del paciente (Hospital Universitario Fernando Troconis 2018)

Concerniente al Equipo Funcional Líder del Programa de Seguridad de Pacientes La Subdirección Científica es el líder del proceso de calidad de la institución, sin embargo, cada proceso cuenta con un guía quien hará la función de presentar el área en el Comité de Seguridad del Paciente (Hospital Universitario Fernando Troconis (2018)

Comité de Seguridad del Paciente: asesor técnico científico dentro de la institución, cuyo objetivo principal es concienciar y capacitar al personal sobre la seguridad del paciente, analizando las situaciones adversas que se muestren durante la atención sanitaria, realizar retroalimentación de los resultados y gestionando los recursos indispensables para asegurar la calidad de la prestación del servicio a través la ayuda de de prevención y control de los incidentes y los eventos adversos (Hospital Universitario Fernando Troconis 2018)

2.3 MARCO LEGAL INTERNACIONAL

La Constitución de la República en su artículo 32 establece que: la salud es un deber que garantiza el Estado, cuya ejecución se sujeta al ejercicio de otros derechos, entre ellos el de agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Y será defendido por el estado. A través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción, prevención y atención integral, salud sexual y salud reproductiva. Además, la prestación de los servicios de la atención sanitaria se administrará por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución Política de Colombia 1991).

En su artículo 4 indica la Ley Orgánica: la salud es un deber que responde el Estado. Y consiste en el acceso en igualdad de oportunidades a una atención integral, mediante servicios de salud que reconozcan de manera oportuna y con calidad a las necesidades y demandas de la población en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, así como de estrategias en otros ámbitos del área social que protejan la salud colectiva Constitución Política de Colombia (1991) -

El artículo 358 del RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR establece el Sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral”. Mediante tratado N°. 0000067, llevado a cabo entre el Ministerio de Salud Pública y Acreditación Canadá elaboran la gestación y acreditación de 44 Hospital del Ministerio de Salud con base al modelo canadiense, enfocado a acreditación de entidades públicas y de atención primaria (Constitución Política de Colombia (1991).

En el 2009 en la Unión Europea (UE) anunció la Recomendación 2009/C 151/01 del

Consejo sobre la seguridad de los pacientes, que propuso crear un marco para estimular el desarrollo de políticas y las acciones futuras, en los Estados Miembros y entre ellos. Se constituye en seis recomendaciones en seguridad del paciente (sobre políticas y programas, participación de los pacientes, sistemas de notificación, formación de los trabajadores sanitarios, terminología y evaluación, intercambio e investigación) y dos recomendaciones adicionales sobre las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (implantación de medidas y uso de antimicrobianos).

La Comisión presenta dos informes al Consejo relacionado con la implementación de la Recomendación, donde evalúa el grado de formación para los Estados Miembros. y el conjunto de la Unión Europea En el año 2012 el primer informe reveló avances satisfactorios en políticas y programas nacionales y señaló la formación del personal sanitario, la capacitación de los pacientes y el aprendizaje a partir de los errores como ámbitos de mejora.

En el período comprendido entre el 2012 a 2014, la Comisión Europea ha inducido la Red de colaboración en Seguridad del Paciente y Calidad (European Unión Network for Patient Safety and Quality of Care, PaSQ), para establecer y compartir Prácticas Clínicas Seguras.⁶

2.4 MARCO LEGAL COLOMBIANO.

1. Constitución Nacional de Colombia del 4 de julio de 1991 Congreso de La República de Colombia. Artículo 48 determina que:

“El Estado debe garantizar a toda la población del país el derecho irrenunciable a la seguridad social y a la salud, por lo cual el Estado está obligado a ampliar progresivamente la cobertura de seguridad social y deberá subsidiar a quienes no cuenten con los recursos y no tengan acceso a los servicios de salud”. En su artículo 189. El cual menciona las funciones del presidente de la república señalando que este debe ejercer la potestad reglamentaria mediante la expedición de los decretos, resoluciones y órdenes necesarios para la cumplida ejecución de las leyes”. (Congreso de la Republica, 1991)”.

2. Ley 100 del diciembre 23 1993. Artículo 180. *“Referente a los Requisitos de las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública, privada o mixta”. (Congreso de la Republica, 1993)*

3. Ley 1122 de enero 9 de 2006 Ministerio de la Protección Social. El objeto de esta ley es:

“Realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como base primordial el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en diversos aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud” (Ministerio de Salud y Protección, 2006).

4. Ley 715 de diciembre 21 de 2001: Esta ley introduce reformas en cuanto a medios y

aptitudes para la prestación de los servicios educativos y sanitarios, entre otros aspectos. El Artículo 42 determina que: “corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional”(Congreso de la Republica, 2001)-.

Al analizar el tópic legal en los Eventos Adversos (EA), encontramos en la ley 100 de diciembre de 1993, que su artículo 186 cita: “El Gobierno Nacional propiciara la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (Congreso de la Republica 1993).

5. Resolución 1445 del 8 De mayo 2006 Ministerio de La Protección Social Por la cual:

“...se definen las funciones de la Entidad Acreditadora, que tienen como funciones: Promover el Sistema Único de Acreditación, Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el Sistema Único de Acreditación. Estandarizar los procedimientos de evaluación. El procedimiento operativo para que las empresas puedan postularse, Conformar la Junta de Acreditación y el Comité de Apelaciones, Revocar o suspender la acreditación otorgada, Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participen en el Sistema Único de Acreditación. Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la acreditación”. (Ministerio de Salud y Protección Social 2006.) .

6. Decreto 4747 Del 7 de diciembre De 2007 Ministerio de la Protección Social. A través de este decreto se establecieron criterios respecto a los vínculos entre los prestadores de servicios de salud y las organizaciones encargadas del pago de dichos. En su Artículo 5 señala “uno de los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos y voluntades para la prestación de servicios” (Ministerio de Salud y i Protección, 2007).

Por su parte, el Capítulo 3 procesos de atención:

*“Artículo 10 Sistemas de selección y de clasificación de pacientes en urgencias “triage”. Artículo 11 La Verificación de los derechos de los usuarios es el procedimiento por el cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad. **Párrafo 1** El procedimiento de verificación de usuarios será posterior a la selección y clasificación del paciente, y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias”. (Ministerio de Salud y Protección, 2007).*

10. Circular 030 del 19 De mayo de 2006 Superintendencia Nacional de Salud: *Da instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. El Sistema obligatorio de Garantía de Calidad ha determinado los métodos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud, y las EPS definidas en el artículo 181. de la Ley 100 de 1993: “Para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios” (Supersalud, 2006).*

11. Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia junio de 2008. *La política de seguridad del paciente no genera ilegalidad cuando el acto inseguro se deba a descuido o falta de experiencia o cuando no hay intención de hacer daño respetando las normas y leyes del país. Pero de igual forma, tiene como objetivo proteger al profesional que de forma ética y comprometida cuestiona los equívocos del cuidado para extender barreras de seguridad y protección al paciente. Según la Organización Mundial de Salud (OMS):*

“La seguridad es un derecho fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorar la calidad requiere una actividad compleja que perturba a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo.” (OMS, 2008).

En el desarrollo de la actividad de enfermería, este concepto está supuesto en el acto de cuidado porque hace alusión a los fundamentos de la profesión entendida como "una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado" (3). Enfermería demuestra siempre habilidad y compromiso con la seguridad del paciente, desde que Florence Nightingale, afirmó que "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados..." (4). Aun así, las propuestas vinculadas con la seguridad del paciente han hallado problemas en su proceso de ejecución pues el término "seguridad del paciente", adquiere significados distintos en los profesionales de la salud y los conceptos en la práctica son todavía dispersos.

En el contexto internacional este tema lo lidera la (OMS), que estimula a los países a que "presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, se establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria".⁵ Además ha propuesto y socializado lineamientos de cuidado, a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que comenzó a funcionar en octubre de 2004 ⁶ debido a que "la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo" . En la parte final del marco teórico sintetiza una serie de estudios en los que se ha empleado el sistema de medida de la cultura de seguridad del paciente en diferentes países.

El departamento de salud del Reino Unido, en su reporte anual “Una organización con memoria” del año 2000, informo que los eventos adversos suceden cerca al 10% de

las hospitalizaciones; sin embargo, a la vez en Australia la tasa de evento adverso estuvo en un 16.6% entre pacientes admitidos en un hospital. El costo de los eventos es suficientemente amplio y se compone de la depresión de la confianza, la seguridad y la satisfacción de los pacientes (González, 2011).

En la China Feng, Acord, Cheng, Zeng & Song (2011) reportaron que el compromiso de la alta dirección estaba significativamente relacionado con el conocimiento positivo de la cultura de seguridad del paciente y servía como predictor de la misma.

En un trabajo realizado en 741 hospitales de Holanda, Estados Unidos y Taiwán durante los años 2005 a 2008, sobre la cultura de Seguridad de las personas realizado con el fin de determinar las fortalezas y debilidades comunes de los tres países, por medio de una encuesta de la AHRQ sobre cultura de seguridad, la totalidad de los hospitales en los tres países tuvo mayor puntaje en trabajo en equipo dentro de las unidades; la dimensión con un alto potencial para mejoramiento fue transferencias y transiciones. Las discrepancias más marcadas entre países fueron: respuestas no punitivas al error, comunicación e información sobre errores, apoyo de la administración a la seguridad del paciente, aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo.

En general hubo más respuestas positivas en Estados Unidos que en Taiwán y Holanda; sin embargo, mostró grandes desacuerdos entre los hospitales del mismo país. Taiwán obtuvo en respuestas positivas el 80% en promedio en la dimensión aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo, trabajo en equipo dentro de las unidades obtuvo 81%, la dimensión calificada como más baja fue respuesta no punitiva a error con un 31%. Estados Unidos calificó como más alto el trabajo en equipo dentro de las unidades con el 79% y las más bajas fueron: respuesta no punitiva al error y transferencias y transiciones, con el 44%.

En Holanda la más alta fue trabajo en equipo dentro de 25 unidades con un 85% y la más baja fue trabajo en equipo entre las unidades con el 28%. Para las debilidades se

sugiere implementar actividades de mejoramiento como rondas de seguridad, cuando hay debilidad en la dimensión de compromiso de la administración; cuando la debilidad está en la transferencia de pacientes se sugiere establecer un protocolo de entrega de turno (Wagner, 2013).

En Jordania, al aplicar la encuesta de la AHRQ al personal de enfermería de diferentes hospitales, se halló que la única dimensión calificada como fortaleza fue la de 'Trabajo en equipo dentro de las unidades'. El estudio reveló que existe la necesidad de reemplazar la cultura de vergüenza/culpa por una cultura no punitiva (Khater, 2015). Actualmente en los Centros de atención Primaria del Sistema Nacional de Salud en España ha aumentado el nivel de concientización en cuanto a cultura de seguridad del paciente, principalmente cuando la percepción es que se actúa con un enfoque no punitivo (Ministerio de Sanidad y Consumo (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. España, 2009).

2.4.1 Clima de seguridad en los hospitales del SNS español.

El clima de seguridad asociado al tamaño del hospital evidencia más semejanzas que diferencias entre instituciones. Las diferencias encontradas, incluyendo las significativas estadísticamente, son mínimas con poca consecuencia en la práctica a la hora de pensar en implementar acciones para mejorar la cultura de seguridad, dado que las prioridades resultantes son muy similares. La significación estadística de algunas se dilucida por el elevado tamaño muestral, que concede un gran significancia estadística a las comparaciones, y exalta diferencias muy pequeñas en términos absolutos (Tol, 2014).

2.4.2 Calificación del clima de seguridad.

La calificación del clima de seguridad es mayor en hospitales grandes que en el

resto. A la vez, la diferencia en la media es mínima (7.3 en los grandes, comparándola a una media de 7.0 y 6.9 en los hospitales pequeños y medianos, y lo más llamativo es la desigualdad en la dispersión de los resultados, donde los hospitales grandes crearon una respuesta es más homogénea, situándose el 50% de los datos entre 7 y 8, mientras que en otras instituciones el percentil 25 es de 6, y el 50% central de los valores corresponden a calificaciones entre 6.

2.4.3 Dimensión Sanitaria y Políticas.

La seguridad de los pacientes ha adquirido importancia en el aspecto político en el último quinquenio, obligando al gobierno español a ubicarla en el epicentro de las políticas sanitarias; como mecanismo principal para mejorar la calidad y en la implementación de técnicas e información de cultura sobre seguridad, tanto en el contexto profesional y ciudadano; el avance en los sistemas de información de los eventos adversos, y promover en las instituciones brindadoras de servicios de salud de prácticas seguras. Estas son acciones asociadas con *la alianza mundial* para la seguridad del paciente, quien plantea los cambios en la cultura institucional, realizando mecanismos para minimizar las barreras estructurales, fortalecer el liderazgo, incluir a los profesionales y justipreciar sin castigar (Ministerio de Sanidad y Política Social 2014).

Esto implica modificar la orientación de la individual a la grupal, a la cultura interactiva, a la confianza y el apoyo, a la honestidad y el perdón, de la vergüenza y la culpabilidad al orgullo y el apoyo y al respeto compartido, además permite la optimización de los sistemas de registro e información que faciliten reconocer los eventos adversos y aprender de las practicas registradas, el análisis de las situaciones a través de la gestión del riesgo e identificar si se pudo haber hecho mejor y la inclusión de los afectados en el proceso curativo y sus estilos de vida, están relacionados con el incremento de respuestas no deseables a procedimientos curativos de los profesionales sanitarios.

Para el Modelo Español hablar sobre la seguridad del paciente incluyendo la

gestión adecuada de riesgos, tener la capacidad para reconocer riesgos de incidentes, aprender de los mismos e implementar actividades que solucionen y minimicen su aparición, así como unas buenas prácticas afines con la evidencia científica relacionada con la separación de eventos adversos generadas por una institución asistencial apta.(Aranaz & Moya, 2011)

El Estudio Nacional de Efectos Adversos en España unido a la hospitalización (ENEAS) realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), la incidencia de efectos adversos, afines con la asistencia sanitaria es del 9.3% de los que casi el 43% -

El modelo español tiene como finalidad las siguientes estrategias seguridad del paciente:

- Conocer la percepción de los profesionales afín a la seguridad del paciente.
- Optimizar la información, promoviendo, jornadas financiadas por el MSC con la finalidad de compartir experiencias aprendidas nacionales e internacionales en seguridad de pacientes.
- Optimizar la cualificación posgradual sobre seguridad.
- Promover la investigación de interés nacional.
- Implementar indicadores que permitan controlar la calidad de atención sanitaria a nivel del SNS, así poder poner en marcha un sistema de notificación de eventos adversos.

En España los procedimientos de notificación de sucesos adversos presentan significativas limitaciones, entre las que sobresalen: su carácter retrospectivo, la indeterminación de los casos a incluir, su notificación, los sesgos que suponen la voluntariedad y la tendencia a informar los errores más graves en detrimento de incidentes y casi errores de gran utilidad formativa, la falta de continuidad, escasez de inversión y recursos y la lentitud en el análisis de la información y divulgación de recomendaciones (Aranaz & 2011)

2.4.4 Eventos adversos por medicamentos

Los eventos adversos a medicamentos (EAM) han sido problema de estudios a nivel mundial ya que acontecen con frecuencia aumentando la morbimortalidad de los pacientes, y constituyéndose en una nueva complicación de la atención en salud sanitaria. Son los efectos no esperados y nocivos, cuando se emplean a dosis adecuadas y con indicaciones correctas. En el contexto hospitalario el proceso de medicación tiene las siguientes fases: prescripción, proceso de la orden, dispensación y administración, los profesionales que participan en este proceso son enfermeros, médicos, farmacéuticos

Los errores fueron clasificados según la American Society of Hospital Pharmacists (ASHP). y clasifica los errores de medicación en error de prescripción (selección incorrecta de la droga, dosis, vía, concentración, velocidad de administración, prescripción ilegible u órdenes prescritas que permiten errores que perjudican al paciente); error de omisión (falla en la administración de una dosis prescrita a un paciente antes de una próxima, si existiese); error de tiempo/horario (administración de medicamento fuera de un intervalo predefinido de tiempo del esquema de administración); error de medicamento no autorizado (administración de medicamento no prescrito); error de dosificación (administración de una dosificación superior o inferior a la prescrita o administración de dosis duplicada); error en la preparación del medicamento (droga formulada o manipulada incorrectamente antes de la administración); error de técnica de administración (procedimiento inapropiado o técnica de administración impropia); error de deterioración de la droga (administración de medicamento con fecha de validez vencida).

A pesar de que muchos de los errores informados no ocasionan complicaciones serias a los pacientes, estos deben ser estudiados evaluados, para evitar que vuelvan a repetirse y ayuden para disminuir la estancia hospitalaria, no dejar consecuencias o hasta mismo evitar la muerte. Es imprescindible, que las instituciones hospitalarias valoricen los aspectos de la formación continua de sus con respecto a temas farmacológicas en la atención asistencial(American Asociación of Hospital Pharmacists 2011).

2.4.5 Eventos adversos por infecciones adquiridas en la Hospitalización.

Las infecciones intrahospitalarias componen hoy en día, una difícil complicación mundial, representando un verdadero problema para el equipo interdisciplinario en la atención sanitaria debido al crecimiento y variedad de factores que influyen a su aparición y mantenimiento.

Según Martínez-Jiménez Cristina (2017), nos muestra en su revisión bibliográfica que las infecciones más frecuentes son las relacionadas con los procedimientos de carácter invasivos: la neumonía asociada a la ventilación mecánica, las infecciones urinarias relacionadas con la sonda vesical, las infecciones asociadas a heridas quirúrgicas y las asociadas a los catéteres vasculares, mientras que en los artículos recopilados mediante esta revisión narrativa nos afirmaron todo lo mencionado en las anteriores líneas. Por su parte esta revisión también nos indica que la sepsis cree que la primera causa de mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos. Y se debe al continuo contacto entre los profesionales sanitarios y los pacientes con un estado de salud comprometido mientras que la investigación realizada por R. Garza Velasco, et al (2013) nos revelan que la bacteria S.Aureus es la principal causa que se relaciona a elevadas tasas de morbimortalidad en las instituciones hospitalaria, situación que se ve empeorada por de la resistencia de este microorganismo y el éxito de los regímenes terapéuticos, lo que se traduce en considerables índices de mortalidad y en permanencias hasta cuatro veces más prolongadas de los pacientes ocasionando los altos costos.

Cristina en el 2017 en un informe bibliográfico acerca de infecciones intrahospitalarias habla de dos grandes grupos de medidas para prevenir la aparición de gérmenes multirresistentes; el primer grupo consiste en programas de optimización de uso y administración de antibióticos, con la implementación de protocolos de tratamiento basados en las guías clínicas. El segundo grupo consiste en medidas de control y prevención, como el lavado de manos, medidas de aislamiento de contacto (bata y guantes) en aquellos pacientes colonizados por microorganismos multirresistentes, mostrando que la prevención de las infecciones intrahospitalarias necesita de la participación de todos los profesionales sanitarios e incluso de los no sanitarios para

lograr la completa eficacia de estos métodos y así poder evitar los eventos adversos

2.4.6. Cultura de Seguridad.

Corresponde a un conjunto de creencias y actitudes que surgen partiendo del desarrollo investigativo y la práctica diaria, enfocadas a suministrar un enorme de bienestar al sujeto de cuidado. Esta expresión abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente vigentes en nuestro país, que tiene origen el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) (Ministerio de Salud y Protección Social 2007)

Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, instituye el despliegue de las acciones de seguridad del paciente los cuales deben darse en una ambiente confidencialidad, confianza. los profesionales y la comunidad. Siendo para el sistema Nacional de Salud del Reino Unido, esta expansión parte de “la conciencia de que las cosas pueden ir mal,” y el reconocimiento de que los errores en la prestación del servicio no están sólo ligados a la persona, sino también al sistema en que ella trabaja. Desde este punto de vista, la “cultura de seguridad del paciente”, además de involucrar la capacidad de examinar los errores, involucra también la conciencia de que estos deben ser reportados para que el análisis posterior redunde en mejorar las cosas.

La cultura de seguridad es un contenido de sensibilización y no una carga laboral extra, caso en el que los recursos humanos dejarían de ser impulsores del cambio, para empezar a resistirse a el. Es por ello que la promoción del aprendizaje y la retroalimentación permanente es un asunto de vital importancia. La cultura de seguridad instituye así, el trato adecuado de la información (privacidad, confidencialidad) y el apoyo legal y psicológico a los integrantes del equipo de salud, al paciente y a su familia; que se hace posible gracias a la definición previa de los procesos.

La Seguridad del paciente: Son todas aquellas acciones, elementos y procesos

derivados de la evidencia científica, que se llevan a cabo con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de una atención en salud y disminuir los posibles daños, haciendo el cuidado más seguro. Según la Organización Mundial de la Salud. en el documento “calidad de la atención seguridad del paciente”¹⁰. -La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo.

En la práctica de enfermería, está implícito en el acto de cuidado “pues es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente.

Calidad de la atención: seguridad del paciente disponible en: [http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidad de atencion.pdf](http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidad%20de%20atencion.pdf): Consultado el 16 de febrero de 2009 preocupada por las personas que confían en su cuidado”.

A partir de esta vez, desde Florence Nightingale, la precursora de la enfermería, afirmo que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados”.

Personal de enfermería: son los funcionarios que laboran en o para una organización. brindando cuidados de enfermería integral en instituciones u organismos establecidos en conocimientos científicos. Para este estudio este término incluye a los profesionales de enfermería que laboran en las instituciones en la cual se aplicó el instrumento.

Instituciones de III nivel. “Instituciones prestadoras de Salud. Oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de la atención sanitaria a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas”.

Donde se llevó a cabo esta investigación es una institución de III nivel prestadora de salud y está constituidas por recursos humanos, infraestructura y tecnología destinada al

diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que requieran servicios médicos de alta complejidad y especialización.

2.4.8 En Latinoamérica.

En el año 2011 IBEAS “Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica”, estudio realizado a gran nivel en América Latina donde participaron países de: Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el amparo de la OMS con el fin de medir los eventos adversos ocasionados como resultado de la atención sanitaria. Evaluaron 58 centros asistenciales de los 5 países participantes, llegando a analizar un total de 11.555 pacientes hospitalizados. Que 10 de cada 100 pacientes que ingresan en un día a un hospital sufren lesiones derivado por los cuidados sanitarios; además, este riesgo se duplica si se considera, durante todo el tiempo que el paciente estuvo hospitalizado. Las cifras cuantifican que 20 de cada 100 pacientes ingresados al centro hospitalario presentan al menos un incidente lesivo a lo largo de su estancia hospitalaria; reveló una incidencia total de Eventos Adversos de 19.8% y una prevalencia de 10.5% (Ministerio de Salud y Protección Social (2011))

2.4.9 Seguridad del Paciente en Colombia

Colombia promueve una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), cuyo objetivo principales es prevenir la ocurrencia de circunstancias que afecten la seguridad del paciente, someter y de ser posible excluir la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente (Ministerio de Salud y Protección Social (2007)).

La Seguridad del Paciente es una prelación de la atención en salud en nuestras

instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos ocurren en cualquier actividad y son un indicador esencial de su calidad. En nuestro país existe una consistente decisión por parte del Gobierno prestadora y aseguradora de desplegar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud. Esta investigación se integra con el desarrollo de paquetes instrucciones que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones, los cuales están publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, cuentan con una herramienta de “e-learning” para la auto instrucción y un aula virtual para la formación de instructores.

Es así como Ministerio de Salud de la Protección Social a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud entrega a disposición de todos los profesionales de la salud de nuestro país este instrumento, que, si es implementada e internalizada en los procesos de atención, contribuirá al mejor cumplimiento del mandato constitucional de proteger la vida y la salud de los ciudadanos de nuestro país.³

Continuando con el objetivo de mejorar la seguridad en las instituciones, hospitalarias recientemente pasamos de la recomendación estatal de trabajar en la misma, a la obligatoriedad de tener una estructura, una política, un programa de SP., y de precisar procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo establece nuestra resolución 2003 de 2014.

2.4.10 Principios Orientadoras De La Política.

Es importante que exista responsabilidad y trabajo por parte del personal de enfermería, una coordinación, para lograr alcanzar los metas propuestos en una entidad de salud, los inconvenientes de seguridad del paciente son inevitables, no obstante, resulta importante crear los elementos tangenciales que orienten todas las acciones que se deben implementar.

En Colombia la Política de Seguridad del Paciente, aún muestra dificultades con relación a la “cultura del reporte” debido a la falta de notificación de eventos adversas creando un su registro errores en el diligenciamiento de los formatos de notificación en los que se incluyen el no registro del nombre o el cargo de la persona que reporta ,o error en el diagnóstico del evento adverso asimismo, aunque los sistemas actuales de notificación de incidentes, facilitan una datos valiosos, no brindan índices confiables de la tasa de incidentes adversos, problema que



Ilustración 3 Seguridad del Paciente

está relacionado en orden de jerarquía por: “parecerle innecesario al personal”, “incremento de la carga de trabajo”, “miedo al castigo”, “olvido” y “probabilidad de un litigio o el temor de ser culpado” Del mismo modo, la escasa participación en la realización de los planes de mejora de los profesionales relacionados en los EA influye en la resistencia para reportar. (2018)

Por ser la seguridad una particularidad de la calidad de atención , el Hospital Universitario Fernando Troconis atiende una Política de seguridad y está basada en los siguientes principios: • En el ambiente de la atención sanitaria, las condiciones de trabajo, los riesgos, los pacientes cambian constantemente, contribuyente de esta manera con la aparición de los de los eventos adversos • Y no son constantemente culpa del personal y se cree la posibilidad que el error humano y la fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados por la misma institución. • Que evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su área de trabajo • Es más fácil cambiar el esquema de los sistemas que el comportamiento frecuente de los funcionarios • No obstante las

lesiones inconscientes a los pacientes no son ineludibles, en su totalidad sí se pueden prevenir (Hospital Universitario Fernando Troconis 2018).

Esta política de seguridad busca que los profesionales sanitarios logren un actuación seguro deseada. Se caracteriza por: admitir que sea el experto quien haga las cosas. - Confiar cada vez menos en la memoria- Gestionar el riesgo de cada actividad - Avisar sin miedo sobre el error - Participar en el aprendizaje - Ante la duda, pedir ayuda. o Adhesión a las guías de práctica clínica. Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería- Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las listas de chequeos.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 Orientación Metodológico de la Investigación.

El enfoque de este estudio es Cuantitativo **Retrospectivo** ya que se utiliza la recopilación de datos con el fin de probar hipótesis basándose en la medición numérica el análisis estadístico, estableciendo pautas de comportamiento y prueba de teorías.(Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010) , El estudio busca establecer cuál es la cultura que tiene el personal de enfermería del Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H., (Bermudez, 2018).

3.1.2 Tipo de Estudio.

Este estudio optó un diseño descriptivo de corte transversal y correlacional, se realizó una sola intervención con el personal de enfermería en las cuales se valoró el nivel de conocimiento sobre la seguridad del paciente a través de la aplicación del instrumento “Hospital Survey on Patient Safety Culture” diseñado por la Agency for the Healthcare Research and Quality (AHQR), versión en español (2005) encuesta es útil para evaluar la cultura de seguridad de un hospital (Smiths, 2012 y Gómez, 2011). De acuerdo con Dankhe (en: Sampieri, Collado & Lucio, 2010)

3.1.3 Universo y Población de estudio

La población de estudio lo conforman 44 profesionales enfermeros del área clínica que laboran en el Hospital Universitario Fernando Troconis de III nivel de complejidad y que llenen todos los criterios de inclusión.

El muestreo fue Aleatorio estratificado, ya que cada unidad de la población tenía la

misma probabilidad de ser escogido dentro de su respectivo estrato. La muestra fue intencional para el personal enfermero.

3.1.4 Etapas del Diseño

Después de requerir y conseguir las autorizaciones pertinentes mediante entrevista personal y solicitud escrita, y teniendo en cuenta las consideraciones éticas de la investigación, se explicaron los objetivos, su metodología, y se procedió a la recolección de la información en quienes firmaron el consentimiento informado y accedieron a participar.

1. Aplicación del instrumento validado sobre la cultura de la seguridad del paciente elaborado por la AHRQ. (Agency for Healthcare Research and Quality 2005).

2. Analizar la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital Universitario, determinado fortalezas y debilidades en los resultados.

3.1.5 Criterios de Inclusión y Exclusión.

- Enfermeros que accedieron participar en la investigación voluntariamente.
- Con contrato vigente con el hospital al momento de participar en el estudio.
- Sin impedimento mental al momento de participar en el estudio.

3.1.6 Criterios de exclusión.

El personal de enfermería de la institución que cumpliendo los criterios de inclusión no accedieron.

3.1.7. Instrumento.

Se utiliza el instrumento de medición el cuestionario 'Hospital Survey on Patient Safety Culture', diseñado por la **Agency for Healthcare Research an Quality (AHRQ)**, versión en español **(2005)** encuesta útil para evaluar la cultura de seguridad de un hospital en su totalidad o en áreas específicas. Puede ser usado para hacer control de cambios y evaluar el impacto de estrategias en seguridad del paciente, validada originalmente en un grupo de 1437 personas de 21 hospitales de Estados Unidos.

El cuestionario está conformado por nueve secciones de la A hasta la I en las que se justiprecia el área o unidad de trabajo, el supervisor, la comunicación, la frecuencia de incidentes reportados, el grado de seguridad del paciente, el hospital, el número de incidentes reportados, la información general y por último los comentarios. En total son 51 interrogantes cerrados formuladas en negativo y positivo; y cada ítem usa una escala tipo Likert de cinco grados de acuerdo con cada sección. Para las secciones A-B y F: muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo; para las secciones C y D: nunca, rara vez, algunas veces, la mayoría del tiempo, siempre; para la sección D: excelente, muy bueno, aceptable, pobre, malo. La sección G refiere el número de incidentes reportados en los últimos doce meses: ninguno, 1-2, 3-5, 6-10, 11-20 y 21 reportes/incidentes o más. La sección H consta de seis preguntas de selección cerradas: tiempo que lleva trabajando en el hospital en años y en el área actual, horas semanales laboradas, posición laboral en el hospital, si tiene o no contacto con el paciente y tiempo laborando en la actual profesión.

La encuesta provee información sobre la percepción de las doce dimensiones de la cultura de seguridad: como la frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en el área/servicio, franqueza en la comunicación, retroalimentación y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal ,apoyo de la gerencia del **Hospital Universitario Fernando Troconis (HUFT)** en la Seguridad del paciente.

Trabajo en equipo entre áreas. Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios.

Permite tres propiedades de aplicación: auto administrado, electrónico y mixto. Para esta investigación se utilizó la modalidad de cuestionario auto administrado, porque se trata de un abordaje cuantitativo y se consideran sólo el instrumento estructurado o estandarizado, es decir, aquellos en que la formulación y secuencia de las preguntas está predeterminada. Cada pregunta es hecha de la misma manera a todos los entrevistados. Se realizó la encuesta en papel, en presencia de la investigadora, durante la jornada laboral, en horarios previamente concertados con la Jefe del departamento de Enfermería en los dos turnos de mañana y tarde (7am 1pm y de 1pma 7pm.)

Ventajas del Instrumento.

Esta investigación busca aplicar este instrumento para coadyuvar a la mejora constante de la calidad de la institución, fortaleciendo además el conocimiento de Enfermería.

3.1.8 Fiabilidad de las dimensiones del Cuestionario.

En la implementación del Instrumento “Hospital Survey on Patient Safety” de la AHRQ (2005) por el Ministerio de Sanidad y Consumo Español y la Universidad de Murcia, se decidió determinar la confiabilidad de cada dimensión, aplicando el α de Cronbach, presentado en la tabla 17 evidenciando que la fiabilidad es de aceptable a excelente.

En Colombia la validación del instrumento se llevó a cabo a través del Seguimiento a Eventos Adversos ocurridos en Antioquia, con unas unidades de observación integradas por el personal de: enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería y otros integrantes del equipo sanitario que laboraron el mes anterior a la aplicación del cuestionario en hospitalización. El instrumento usado fue el cuestionario auto aplicado por grupos de

funcionarios que laboran en la institución, durante los meses de mayo a agosto 2007. Aplicándose a en 45 entidades públicas de Antioquia de I y II nivel de complejidad, Con 485 unidades de análisis. La meta del análisis psicométrico fue utilizar un instrumento conciso y minucioso con base en un borrador inicial y revisado por medio de la identificación de las dimensiones de la cultura de seguridad, independiente y confiable, con tres a cinco ítems que miden cada dimensión. El análisis psicométrico consistió en varias técnicas analíticas, incluyendo análisis por ítem, análisis del contenido, análisis de confiabilidad y construcción de la escala, análisis correlacional y análisis de varianza (Agency For Healthcare Research and Quality AHRQ 2005).

FIABILIDAD DE LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO

Tabla 13 Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el Cuestionario

DIMENSIONES	Alfa de Cronbach*
1." Notificación de eventos relacionados con la seguridad".	0.88
2." Percepción global de seguridad ".	0.65
3." Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad"	0.84
4.Aprendizaje organizacional/mejora continua	0.68
5." Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio"	0.82
6." Franqueza en la comunicación 0.66 Feed-back y comunicación sobre errores"	0.66
7". Feed-back y comunicación sobre errores	0.73
8." Feed-back y comunicación sobre errores"	0.65
9."Feed-back y comunicación sobre errores"	0.64
10." Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente"	0.81
11". Trabajo en equipo entre unidades."	0.73
12. "Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades"	0.74

Fuente: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Cuestionario sobre seguridad de los pacientes, Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: 2005: 0.6: Aceptable>0.7: buena; > 0.8: excelente

3.1.9 Limitaciones del Estudio.

Para poder analizar las 12 dimensiones de la Cultura de la Seguridad, fue necesario utilizar un instrumento extenso con **61 criterios**, de los cuales se escogieron **43 criterios** que sirvieron para poder alcanzar y justificar los objetivos de la investigación como: Temporalidad, posición Laboral en el Hospital, contacto con el paciente, análisis global de la Unidad de trabajo, unidades que participaron el estudio, grado general de la seguridad del paciente, análisis de las afirmaciones del hospital, frecuencia de Incidentes y eventos adversos reportados, Percepción del personal del director o jefe inmediato,

afirmaciones sobre las unidades del hospital, percepción del personal sobre la comunicación en su acción en la seguridad y Análisis global de la seguridad del paciente en el Hospital Universitario Fernando Troconis-

De hecho, de los **44 Enfermeros** que se tenía planeado encuestar, dos no respondieron ni entregaron la encuesta. Además, **el 98%** del personal que entregó el instrumento, diligenció el cuestionario en su totalidad, no quedando preguntas sin respuesta.

3.1.10 Variables.

Nombre	Definición	Tipo
Seguridad del paciente	Proceso que minimiza el riesgo de eventos adversos	Independiente
Posición laboral	Jerarquía que ocupa una persona en el terreno laboral	Dependiente
Unidad de trabajo	Lugar en donde se desempeña una persona	Dependiente
Eventos adversos	Error en la atención medica	Dependiente
Tiempo laborado en la institución	Periodo transcurrido entre el inicio de su contrato hasta el momento actual	Dependiente
Comunicación	Problema inherente a la relación que los seres vivos mantienen cuando se encuentran en grupos	Dependiente

HSPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture; AHRQ; SP: seguridad del paciente

3.1.11 Importancia de las Variables en la Investigación.

Las variables representan un concepto importante al interior de una investigación ya que son las características observables y medibles de una investigación; las variables

establecidas marcan el rumbo de la investigación al establecer o no que el Hospital Fernando Troconis representa una oportunidad de progreso en la SP.

3.1.12 Descripción de las variables

Se consideran dos grupos las primeras dirigidas a detallar las características sociodemográficas de la población objeto.

Las segundas hacen referencia a variables propias de la herramienta, usada para medir la cultura de seguridad del paciente en el personal enfermero que labora en la institución.

CAPITULO IV

4.0 RESULTADOS Y ANALISIS

4.1 POSICION LABORAL

Tabla 3 Temporalidad, posición Laboral en el Hospital y contacto con el paciente.

PREGUNTA		Fr	Porcentaje
1" ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad? " (AHRQ)	Menos de 1 año	7	16.70%
	DE 1 A 5	19	45.20%
	DE 6 A 10	7	16.70%
	DE 11 A 15	5	11.90%
	DE 16 A 20	1	2.40%
	21 AÑOS y mas	3	7.10%
2." Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital? ." (AHRQ)	MENOS DE 20 HORAS	15	35.70%
	DE 20 A 39	16	38.10%
	DE 40 A 59	9	21.40%
	DE 60 A 79	1	2.40%
	DE 80 A 99	1	2.40%
3." En su posición laboral, ¿típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?" (AHRQ)	Sí típicamente tengo i interacción directa o contacto con el paciente	20	47.60%
	No, Típicamente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes	22	52.40%
4" ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión? "(AHRQ)	Menos de 1 año	40	95.20%
	De 1 a 5 años	2	4.80%

Fuente: Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales (abril 2018).

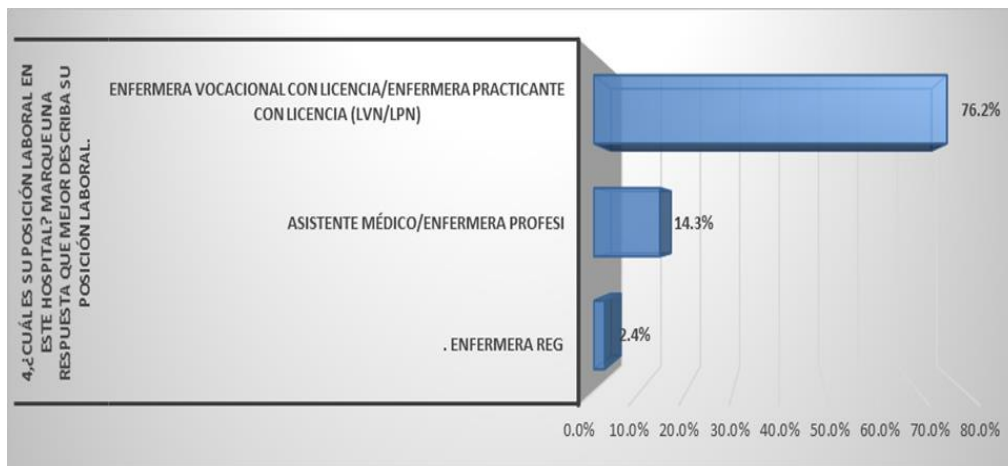


Ilustración 4 Posición laboral en este hospital

Del 100% (42) de las Enfermeras participantes en el estudio, se observó que el 45% (19) llevaban trabajando en área o unidad actual de 1 a 5 años; el menor valor correspondió al 2.4% (1) que respondió que llevaban trabajando en su actual área o unidad de 16 a 20 años. Estos resultados evidencian que la mayoría de las enfermeras tienen antigüedad dentro de su actual área o unidad de trabajo. Ilustración 3 Tabla No.3.

4.2 UNIDAD DE TRABAJO

Tabla 4 Análisis global de la Unidad de trabajo

ANÁLISIS DEL AREA/UNIDAD DE TRABAJO		FR	% del N de tabla	%Positivo	Ponderación
				Alcanzado	
1." Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo. " (AHRQ)	Muy en desacuerdo	7	16.70%	38.10%	Bajo
	En desacuerdo	15	35.70%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	9.50%		
	De acuerdo	16	38.10%		
	Muy de Acuerdo	0	0.00%		
2." El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. ?" (AHRQ)	Muy en desacuerdo	1	2.40%	57.10%	Medio
	En desacuerdo	15	35.70%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4.80%		
	De acuerdo	19	45.20%		
	Muy de Acuerdo	5	11.90%		
3." Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.?" (AHRQ)	Muy en desacuerdo	4	9.50%	76.20%	Alto
	En desacuerdo	3	7.10%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	7.10%		
	De acuerdo	25	59.50%		
	Muy de Acuerdo	7	16.70%		
4." El personal siente que sus errores son considerados en su contra. ?" (AHRQ)	Muy en desacuerdo	1	2.40%	52.40%	Medio
	En desacuerdo	13	31.00%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	21.40%		
	De acuerdo	13	31.00%		
	Muy de Acuerdo	6	14.30%		
5." Los errores han llevado a cambios positivos aquí.? " (AHRQ)	Muy en desacuerdo	0	0.00%	69.00%	Medio
	En desacuerdo	6	14.30%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	16.70%		
	De acuerdo	19	45.20%		
	Muy de Acuerdo	10	2.80%		
6." Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad." (AHRQ)	Muy en desacuerdo	0	0.00%	76%	Alto
	En desacuerdo	5	11.90%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	11.90%		
	ni en desacuerdo				
	De acuerdo	27	64.30%		
Muy de Acuerdo	5	11.90%			
7 " La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo. ?." (AHRQ)	Muy en desacuerdo	2	4.80%	62%	Medio
	En desacuerdo	9	21.40%		
	Ni de acuerdo ni en Desacuerdo	5	11.90%		
	De acuerdo	20	47.60%		
	Muy de Acuerdo	6	14.30%		
8. " El personal se preocupa de que los	Muy en desacuerdo	2	4.80%	52%	Medio
	En desacuerdo	8	19.00%		

errores que cometen sean guardados en sus expedientes. ? (AHRQ)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	23. %		
	De acuerdo	14	33.30%		
	Muy de Acuerdo	8	19.00%		
9." Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad." (AHRQ)	Muy en desacuerdo	4	9.50%	50%	Medio
	En desacuerdo	13	31.00%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	9.50%		
	De acuerdo	17	40.50%		
	Muy de Acuerdo	4	9.50%		
10. "Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir." (AHRQ)	Muy en desacuerdo	1	2.40%	74%	Alto
	En desacuerdo	6	14.30%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	9.50%		
	De acuerdo	26	61.90%		
	Muy de Acuerdo	5	11.90%		
Análisis global de la Unidad de trabajo	En desacuerdo	1	2.40%	55%	Medio
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	42.90%		
	De acuerdo	23	54.80%		

Fuente: Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales (Abril /2018).

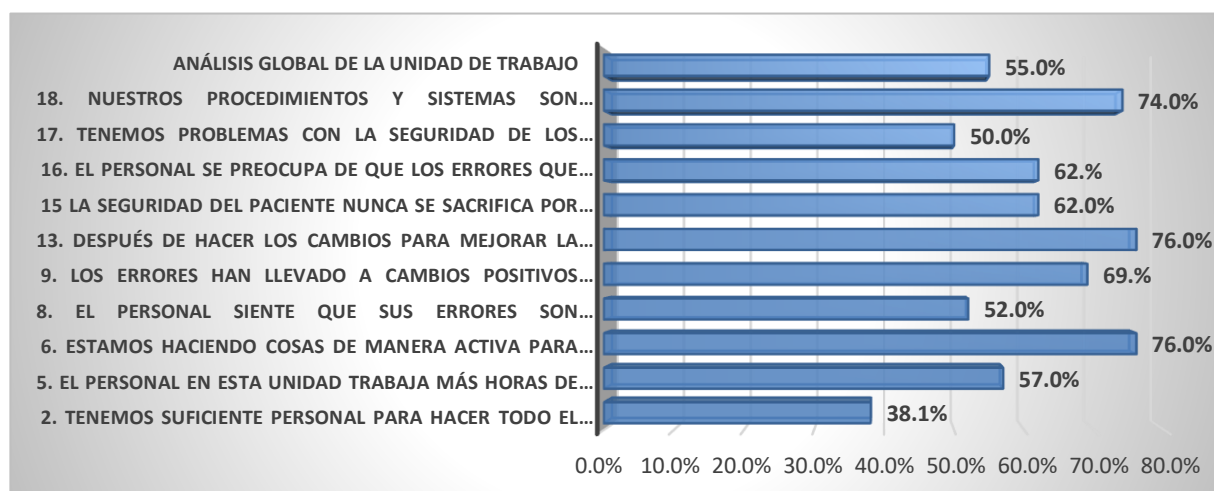


Ilustración 5 Análisis global de la Unidad de Trabajo

En general la Percepción del grado de SP en área de trabajo alcanzó un 55% considerado como Nivel alto; Y los procedimientos son efectivos para la prevenir errores que puedan ocurrir, posteriormente de realizar los cambio para el mejoramiento de la seguridad se evalúa la efectividad, llevando a cabo acciones de manera efectiva -. Como bajo fueron considerados. La tenencia suficiente del personal para realizar todo el trabajo, el usar mayor personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado; el considerar que sólo por casualidad que los errores más serios no ocurren en el Hospital Tabla 4.

Ilustración 4

4.2 UNIDADES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

Tabla 5

Servicios del HUFT	Frecuencia	% válido	% acumulado
“Medicina (No-quirúrgica)”	5	11.9	11.9%
“Cirugía”	3	7.1	19.0%
“Obstetricia “	2	4.8	23.8%
“Pediatria”	3	7.1	31.0%
“Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo”	9	21.4	52.4%
“Salud mental/Psiquiatria”	8	19.0	71.4%
“Otro,”	12	28.6	100.0%
Total	42	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (Abril 2018)

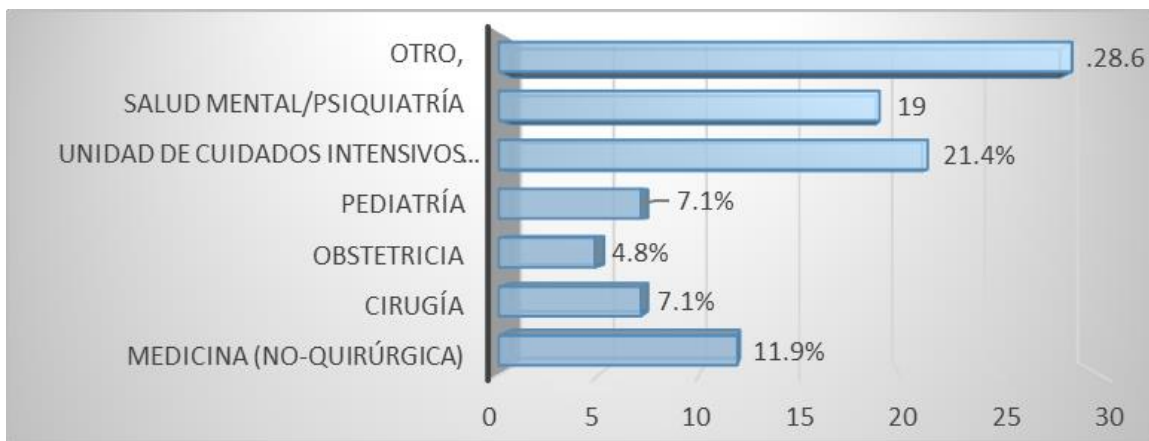


Ilustración 6 Unidades que participaron en el estudio

Los servicios que participaron en el estudio predominaron otros servicios como hospitalización con un 28.6% (12); Seguimiento de Unidad de cuidados Intensivos con un 21.4%(9), y en tercer lugar la unidad de salud mental y psiquiatria con un 19%(8) que coinciden con los servicios que tuvieron mayor prevalencia del reporte de los eventos adversos. Con una participación menor el servicio de pediatria Tabla 5 Ilustración 5.

4.3. CALIFICACIÓN DEL ÁREA EN GENERAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS AFIRMACIONES SOBRE EL HOSPITAL

Tabla 6

Pregunta		Recuento	% del N de tabla
1 "Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta" (AHRQQ)	<i>Malo</i>	3	7.1%
	<i>Pobre</i>	9	21.4%
	<i>Aceptable</i>	14	33.3%
	<i>Muy bueno</i>	9	21.4%
	<i>Excelente</i>	7	16.7%
2". Análisis de las afirmaciones sobre el Hospital" (AHRQ)	<i>Muy en desacuerdo</i>	0	0.0%
	<i>En desacuerdo</i>	3	7.1%
	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	31	73.8%
	<i>De acuerdo</i>	8	19.0%
	<i>Muy de Acuerdo</i>	0	0.0%

Fuente: Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales. (AHRQ abril 2018)



Ilustración 7 Grado General seguridad del Paciente

Ilustración 7 Afirmaciones sobre el hospital

La percepción del grado general de la SP es aceptable en un 33%; y solo el 16.70% es excelente. Tabla 6 ilustración 6.

Cuando se observa el análisis sobre las afirmaciones sobre el Hospital se observa una ambigüedad en las repuesta en un 74%, Tabla 6 Ilustración 6 y 7.

4.4 INFORME DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL

Tabla 7. Frecuencia de Incidentes reportados

Pregunta	Recuento	% del N de tabla	%Positivo	Ponderación	
			Alcanzado		
1 "Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?" (AHRQ)	Nunca	2	4.80%	62%	Medio
	Rara vez	4	9.50%		
	Algunas veces	10	23.80%		
	La Mayoría del tiempo	14	33.30%		
	Siempre	12	28.60%		
2 "Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?" (AHRQ).	Nunca	1	2.40%	62%	Medio
	Rara vez	5	11.90%		
	Algunas veces	10	23.80%		
	La Mayoría del tiempo	11	26.20%		
	Siempre	15	35.70%		
Análisis de la frecuencia de incidentes reportados	Nunca	1	2.40%	71%	Medio
	Rara vez	3	7.10%		
	Algunas veces	8	19.00%		
	La Mayoría del tiempo	18	42.90%		
	Siempre	12	28.60%		

Fuente: Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales (Abril 2018)..

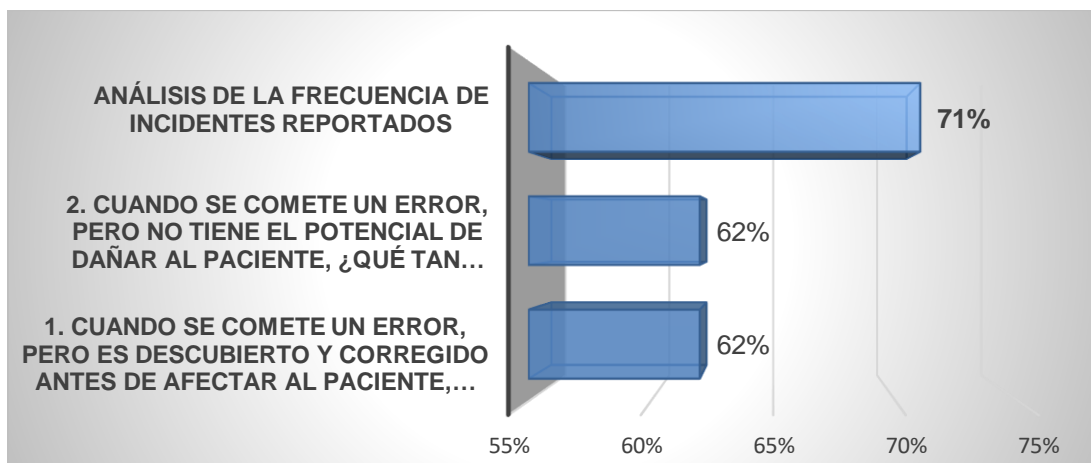


Ilustración 8. Frecuencia de Incidentes reportados

La Frecuencia de los eventos incidentes reportados alcanza un nivel Alto 71%, y el reporte frecuente del evento, el evento es corregido antes de dañar el paciente simultáneamente alcanzó un 62% nivel medio, éste porcentaje, aunque está en un nivel medio evidencia el riesgo alto para la seguridad del paciente el evento y el incidente adverso debe ser notificado, Tabla 7 Ilustración

4.5 “AFIRMACIONES SOBRE SU SUPERVISOR/DIRECTOR INMEDIATO O LA PERSONA QUE USTED REPORTA DIRECTAMENTE.”

Tabla 8 Percepción del Personal del directivo o jefe Inmediato.

Pregunta	Recuento	% del N de tabla	%Positivo	Ponderación	
			alcanzado		
1. “ Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.” (AHRQ)	Muy en desacuerdo	5	11.90%	76%	Alto
	En desacuerdo	4	9.50%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2.40%		
	De acuerdo	26	61.90%		
	Muy de Acuerdo	6	14.30%		
2 “. Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.” (AHRQ)	Muy en desacuerdo	7	16.70%	33%	Bajo
	En desacuerdo	18	42.90%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	7.10%		
	De acuerdo	11	26.20%		
	Muy de Acuerdo	3	7.10%		
Percepción sobre su director/Inmediato	Muy en desacuerdo	0	0.00%	40%	Bajo
	En desacuerdo	4	9.50%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21	50.00%		
	De acuerdo	15	35.70%		
	Muy de Acuerdo	2	4.80%		

Fuente: Cuestionario sobre la de Seguridad de los pacientes en los hospitales en el mes de Abril /2018

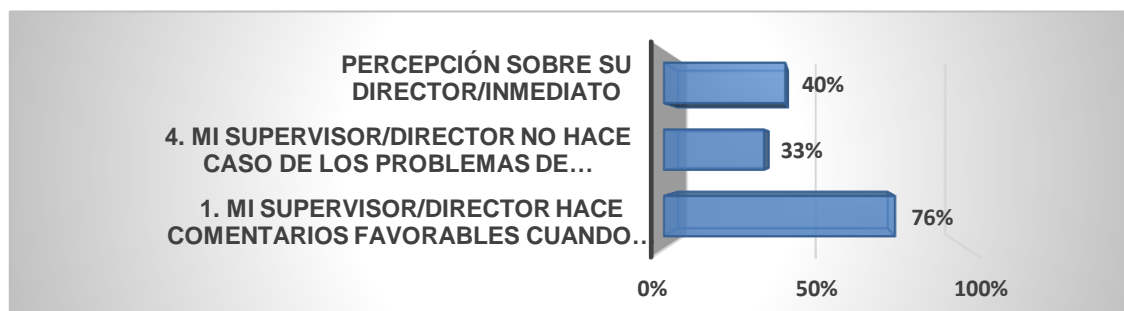


Ilustración 9. Percepción de su directivo Inmediato

En lo relacionado a la percepción de su directivo inmediato los trabajadores de salud frente a la CSP en un 40% considerado como bajo. Y como alto 76%” (*El directivo apoya la cultura de seguridad del paciente*)” Los comentarios del directivo sobre la conformidad de los procedimientos de seguridad del paciente, y las iniciativas del personal para mejorarla alcanzó un 76%. Tabla 8. Ilustración 9.

4.6. AFIRMACIÓN SOBRE LAS UNIDADES DEL HOSPITAL

Tabla 9. Afirmaciones sobre las Unidades del Hospital

Pregunta		Fr	Porcentaje	%Positivo alcanzado	Ponderación
1," La dirección del hospital proporciona un ambiente laboral promoviendo la SP"(AHRQ).	<i>Muy en desacuerdo</i>	4	9.50%	60%	Medio
	<i>En desacuerdo</i>	8	19.00%		
	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	5	11.90%		
	<i>De acuerdo</i>	22	52.40%		
	<i>Muy de Acuerdo</i>	3	7.10%		
2" Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas" (AHRQ).	<i>Muy en desacuerdo</i>	1	2.40%	31%	Bajo
	<i>En desacuerdo</i>	18	42.90%		
	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	10	23.80%		
	<i>De acuerdo</i>	11	26.20%		
	<i>Muy de Acuerdo</i>	2	4.80%		
3." Se pierde a menudo información importante del cuidado de pacientes durante cambios de turno." (AHQR)	<i>Muy en desacuerdo</i>	3	7.10%	40%	Bajo
	<i>En desacuerdo</i>	16	38.10%		
	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	6	14.30%		
	<i>De acuerdo</i>	16	38.10%		
	<i>Muy de Acuerdo</i>	1	2.40%		
4. "Las acciones de la Dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria"(AHRQ)	<i>Muy en desacuerdo</i>	4	9.50%	67%	Medio
	<i>En desacuerdo</i>	6	14.30%		
	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	4	9.50%		
	<i>De acuerdo</i>	22	5.40%		
	<i>Muy de Acuerdo</i>	6	14.30%		
5. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso"(AHRQ)."	<i>Muy en desacuerdo</i>	6	14.30%	50%	Medio
	<i>En desacuerdo</i>	11	26.20%		
	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	4	9.50%		

	<i>De acuerdo</i>	17	40.50%		
	<i>Muy de Acuerdo</i>	4	9.50%		
6." <i>Las unidades del hospital trabajan juntas para proporcionar el mejor cuidado para los pacientes</i> " (AHRQ)	<i>Muy en desacuerdo</i>	3	7.10%	67%	Medio
	<i>En desacuerdo</i>	3	7.10%		
	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	8	19.00%		
	<i>De acuerdo</i>	24	57.10%		
	<i>Muy de Acuerdo</i>	4	9.50%		
Análisis de las afirmaciones sobre las Unidades del Hospital	De acuerdo y muy De acuerdo	8	19%	19%	Muy Bajo

Fuente: Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los Hospitales. (abril 2018)

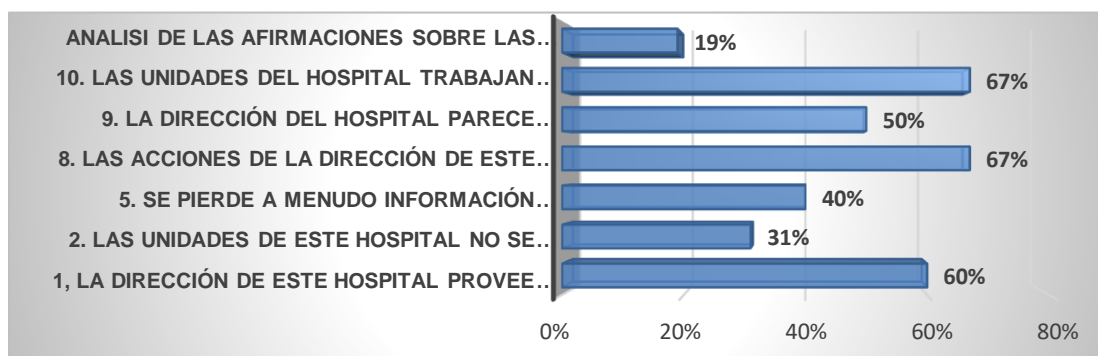


Ilustración 10,. Afirmaciones sobre las Unidades del Hospital

La dirección del hospital proporciona un ambiente laboral que promueve la SP reportando un 60%, parece estar interesado, solo cuando sucede un evento adverso. A nivel general el análisis de las "afirmaciones sobre seguridad del paciente en las unidades de trabajo" solo alcanzó un nivel muy Bajo con un 19\$. El resto del criterio considerado como bajo requiere que desde la dirección se promueva en todas las áreas o unidades del Hospital. Tabla 9. ilustración 10.

4.7 COMUNICACIÓN

Tabla 10. Percepción del personal sobre la comunicación en su accionar en la seguridad del Paciente

PREGUNTAS		Recuento	% del N de tabla	%Positivo alcanzado	Ponderación
1." La dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes" (AHRQ)	Nunca	1	2.40%	38%	Medio
	Rara vez	13	31.00%		
	Algunas veces	12	28.60%		
	La Mayoría del tiempo	10	23.80%		
	Siempre	6	14.30%		
2 "Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad." (AHRQ)	Nunca	0	0.00%	71%	Medio
	Rara vez	5	11.90%		
	Algunas veces	7	16.70%		
	La Mayoría del tiempo	18	42.90%		
	Siempre	12	28.60%		
3." En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer." (AHRQ)	Nunca	1	2.40%	86%	Medio
	Rara vez	2	4.80%		
	Algunas veces	3	7.10%		
	La Mayoría del tiempo	13	31.00%		
	Siempre	23	54.80%		
4 "El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien." (AHRQ)	Nunca	8	19.00%	40%	Medio
	Rara vez	12	28.60%		
	Algunas veces	5	11.90%		
	La Mayoría del tiempo	9	21.40%		
	Siempre	8	19.00%		
Análisis de la comunicación en una unidad de trabajo-	Nunca	0	0.00%	57%	Medio
	Rara vez	2	4.80%		
	Algunas veces	16	38.10%		
	La Mayoría del tiempo	22	52.40%		
	Siempre	2	4.80%		

Fuente: Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los Hospitales (abril 2018).

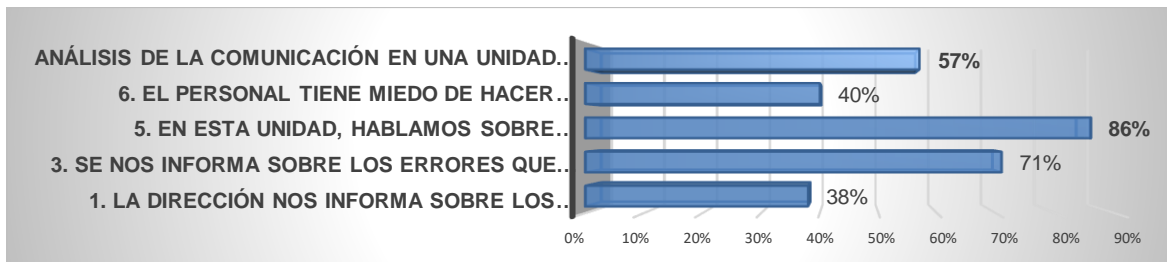


Ilustración 11. Percepción del personal sobre la comunicación en su accionar en la seguridad del Paciente

La Comunicación alcanzó un nivel de percepción medio a nivel general con 57%, igualmente. "El personal se siente libre de discutir las decisiones o acciones con los de

mayor autoridad”, dialogando acerca de la forma de poder prevenir errores para que no se vuelvan a repetir”-

El análisis de las afirmaciones sobre el hospital evidencia un nivel alto con un 86% “*en esa unidad dialogamos sobre cómo se debe prevenir los errores para que no se vuelvan a suceder*”, y un 71% nivel alto en lo relacionado con el informa sobre “*los errores que se cometen en la unidad.*” Además, las siguientes categorías alcanzaron un nivel bajo en la percepción de la información de los cambios realizados, y a las personas les da miedo preguntar cuando algo está mal.

. La labor de dirección del Hospital Universitario Fernando Troconis muestra que la SP .es altamente prioritaria y está interesado en la misma solamente después de que ocurre un incidente adverso Tabla 10 Ilustración 11.

...

4.8. ANÁLISIS GLOBAL EN EL HOSPITAL

Tabla 11. Análisis global.

PREGUNTAS		Fr.	Porcentaje	%Positivo alcanzado	Ponderación
1 " Análisis de la Unidad de trabajo" (AHRQ)	Muy en desacuerdo	0	0.00%	55%	Medio
	En desacuerdo	1	2.40%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	42.90%		
	De acuerdo	23	54.80%		
	Muy de Acuerdo	0	0.00%		
2 " Percepción sobre su director/Inmediato "(AHRQ).	Muy en desacuerdo	0	0.00%	40%	Bajo
	En desacuerdo	4	9.50%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21	50.00%		
	De acuerdo	15	35.70%		
	Muy de Acuerdo	2	4.80%		
3 " Análisis en la comunicación en su unidad de trabajo" (AHRQ).	Nunca	0	0.00%	57%	Medio
	Rara vez	2	4.80%		
	Algunas veces	16	38.10%		
	La Mayoría del tiempo	22	52.40%		
	Siempre	2	4.80%		
4. "Análisis de la frecuencia de incidentes reportados" (AHRQ)-	Nunca	1	2.40%	71%	Alto
	Rara vez	3	7.10%		
	Algunas veces	8	19.00%		
	La Mayoría del tiempo	18	42.90%		
	Siempre	12	2.60%		
5. "Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general en la SP " (AHRQ)-	Malo	3	7.10%	38%	Bajo
	Pobre	9	21.40%		
	Aceptable	14	33.30%		
	Muy bueno	9	21.40%		
	Excelente	7	16.70%		
6. "Análisis de las afirmaciones sobre el Hospital "(AHRQ).	Muy en desacuerdo	0	0.00%	19%	Muy Bajo
	En desacuerdo	3	7.10%		
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	31	73.80%		
	De acuerdo	8	19.00%		
	Muy de Acuerdo	0	0.00%		

Fuente Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los Hospitales (abril 2018)

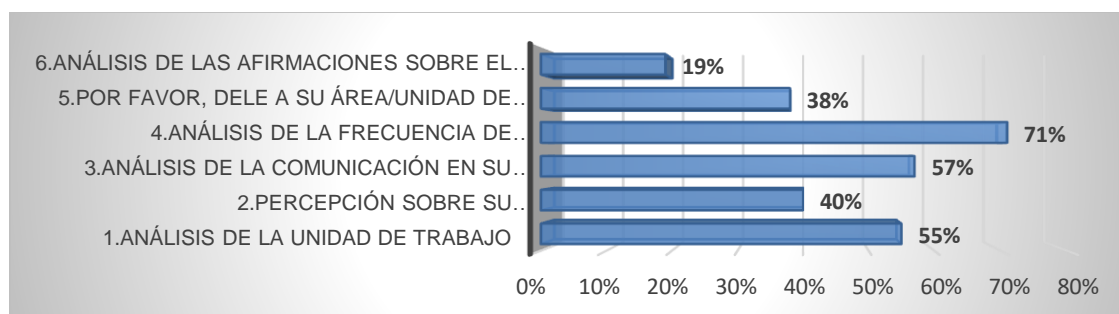


Ilustración 12. Análisis global de la SP en el Hospital

El análisis de la percepción de la CSP. en lo relacionado al análisis de las afirmaciones sobre el Hospital alcanzó un nivel Bajo debido a que no está ni de acuerdo

ni en desacuerdo con un 73.8% Sólo obtuvo un 19% en la categoría de” *acuerdo y muy de acuerdo;*” la calificación asignada al “*área/unidad de trabajo un grado general*” en SP consideraron que era aceptable en un 33%, seguido de muy bueno en un 21.4% y solo fue calificada como excelente con un 16%.

La comunicación fue calificada como en la mayoría del tiempo era efectiva en un 52%; y la percepción de que si el directivo fomenta la CSP en un 50% de acuerdo o desacuerdo, y sólo el 36% la categoría de acuerdo, en lo relacionado a la unidad de trabajo consideran que el 52% favorece la cultura de seguridad del paciente. Tabla 11 Ilustración 12.

CAPITULO V

5. CONCLUSION

Sin duda alguna el estándar en los procedimientos puede ser eficaz para prevenir errores que puedan ocurrir al realizar el plan de mejoramiento para la SP y se evalúa si es efectiva y deben mejorar los procesos de atención médica de manera efectiva en pro de la SP.

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación, la percepción de SP en el personal en enfermería no es positiva. La información sobre las estadísticas de seguridad del paciente es prácticamente nula, la que no permite contar con el insumo adecuado para la toma de decisiones por el equipo multidisciplinario. Así, el Hospital se encuentra ante el desafío de generar la “cultura del reporte” la no publicación de los documentos de salud y seguridad en el trabajo.

De manera general los resultados de esta investigación demostraron que la CSP se encuentra en nivel medio y bajo representando riesgo en la atención médica- El profesional de enfermería no cumple con las exigencias sobre la cultura de seguridad del paciente. El hospital se enfrenta entonces a implementar de manera efectiva la seguridad del paciente como un compromiso ético y moral con el paciente y con el facultativo y que esto generara libertad en el ejercicio profesional previniendo futuras acciones legales por responsabilidad civil.

La frecuencia de los eventos, incidentes reportados alcanza un nivel alto del 71% y el reporte frecuente del evento, es corregido antes de dañar al paciente simultáneamente alcanzó un 62% nivel medio, este porcentaje, aunque está en un nivel medio evidencia el riesgo alto para la SP, al incidente y el evento adverso debe ser notificado, El personal de Enfermería cumple con la identificación, notificación, investigación y reporte de los mismos.

5.2 DISCUSION.

El objetivo principal de esta investigación fue medir el nivel de CSP referido por el personal de Enfermería del Hospital Universitario Fernando Troconis Santa Marta Distrito Turístico Cultural e Histórico en el periodo 2016-2017.

Partiendo en primera instancia que en el Hospital donde se llevó a cabo esta investigación no mide con eficacia la CSP, a pesar de haber presentado 66 eventos adversos y al análisis general presenta un resultado de bajo a muy bajo, las encuestas reportan resultados favorables en la utilización de esta herramienta y poder establecer estrategias de mejora..

De igual manera coinciden otros estudios. El estudio IBEAS en el 2011. *” Prevalencia de eventos adverso en hospitales de Latinoamérica”* fue una investigación llevada a cabo a grande escala en América Latina donde participaron como: Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina. con la finalidad de analizar EA que suceden como resultados de la atención sanitaria. Las cifras cuantifican que *“20 de cada 100 pacientes ingresados al hospital, muestran al menos un incidente nocivo a lo largo de su estancia”* reportó una incidencia general de eventos adversos con un 19.8% y una prevalencia de 10.5%.

Referente a este enfoque de la investigación estuvo asociado exclusivamente a medir el nivel de la SP en el personal de Enfermería. El cual nos demostró que es de medio a bajo, lo que requiere trabajar con capacitaciones y concetización de manera continua sobre acciones esenciales en seguridad del paciente con el personal involucrado en la atención médica.

.3. PROPUESTAS

La totalidad de las actuaciones planteadas por los organismos nacionales e internacionales están encaminadas a establecer pautas que optimicen en la SP, a nivel de políticas en salud y presentan a grandes rasgos las acciones a desplegar a nivel de las instituciones. Por tal motivo se plantea en esta investigación una serie de propuestas que permitan optimizar a nivel de una institución de salud. encaminadas como:

1. Estandarizar las técnicas de seguridad del paciente que requieren de intervenciones decididas en múltiples niveles. Las intervenciones que se hagan deberán lograr un nivel de fortaleza superior al 75% en cada dimensión para considerar y mantener las oportunidades de mejora menores al 50%.

2. Partiendo de los descubrimientos más relevantes del estudio, se considera prioritario normalizar y fortalecer el sistema de reporte de los como punto de partida para crear un mejor programa de SP.

3. En general se recomienda: fortalecer la cultura de la información y la adecuada comunicación en todos los niveles. Planteando estrategias que mejoren la franqueza de la comunicación, para salvar barreras como el temor a hacer preguntas incómodas o que cuestionen las acciones de los superiores. La institución puede sacar provecho de las fortalezas previas evidenciadas en la actitud favorable hacia el aprendizaje y mejora, del trato respetuoso y de la pro actividad para el trabajo en equipo. También es destacable la baja proporción de personal temporal. Tanto desde el nivel de supervisión y directivo hasta la gerencia se requieren acciones que evidencien un mayor interés por el tema así como una adecuada evaluación de los riesgos. Las intervenciones demandan principalmente inversiones en mejoramiento de procesos y de capacitación del talento humano más que en adquisición de bienes o servicios onerosos. Esto nos permite concluir que el balance costo beneficio es altamente favorable.

4. Rediseñar las técnicas con orientación hacia la seguridad del paciente: y se recomienda: diseños de nuevos formatos e indicadores. de los EA y aplicación de

estrategias de barreras de seguridad como implementación del uso de las manillas de identificación desde que el paciente ingresa a la institución ya que con ella se evita cometer menos errores ante la realización de cualquier procedimiento.

5. Apoyar la institución o reforzar los existentes del sistema de información para el reporte de EA e incidentes: y se sugiere establecer cultura de auto reporte a través de formatos actualizados, y sobre todo cultura del reporte efectivo.

6. Brindar educación sobre la seguridad del paciente: se recomienda realizarlo a través de campañas (IEC) información, educación y comunicación: sobre el tema para el paciente y la familia., además de una comunicación efectiva y asertiva del personal asistencial-paciente.

7. Garantizar un entorno seguro y confortable en la institución, se recomienda mediante actuaciones relacionadas con la seguridad de la vigilancia de la edificación, instalaciones y equipamiento: y equipo biomédico.

8. Capacitar al equipo de salud: se sugiere utilizar métodos de investigación innovadoras como la simulación clínica, utilización de protocolos y vigilancia activa en la búsqueda de factores latentes que pueden inducir a incidentes y eventos adversos que afecten la SP

9. Realización de capacitaciones periódicas tendientes a evaluar el impacto de los eventos adversos presentados para que se crea la cultura de las notificaciones de los mismos, que generen un aprendizaje colectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Academia 0.81, Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente, obtenido de: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-81/respuestadelministerio1/>.

2. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH FOR QUALITY (2005). Cuestionario para medir la seguridad del Paciente en hospitalización. AHRQ.

3. Alcaldía de Cartagena, PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD, obtenido de: <http://dadiscartagena.gov.co/index.php/vigilancia-y-control/pamec>

4.. M. ARANAZ A,* Y C. MOYA B, (2011), Seguridad del paciente y calidad asistencial. Ed, Elsevier

5. BUENAS PRÁCTICAS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, Obtenido de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf> .

6.. Cano S, Giraldo A, Forero C; Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias en atención, obtenido de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12043924004.pdf>

7. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, Complicación, obtenido de: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>

8. CENTRO DE ENSEÑANZA MEDICA.” Evolución de la seguridad del paciente el contexto mundial”
<http://amcgorg.mex/.mages/docs/pacientes/herramientas/Seguridad.pdf>.

9. COLOMBIAN (2018) Journal of Anesthesiology Revista Colombiana de Anestesiología.

10.. FRANCO A. FUNDAMENTOS DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE, obtenido de: <https://es.scribd.com/document/69907240/Fundamentos-en-La-Seguridad-Al-Paciente-Dr-Astolfo-Franco>

11. Gobernación del atlántico, Definición de incidente, obtenido de: <http://www.atlantico.gov.co/index.php/tecnovigilancia/preguntas-frecuentes-52578/2552-ique-es-incidente-adverso-no-serio> .

Hospital Fernando Troconis. 2018. Recuperado en: <http://www.hospitalfernandotroconis.com/nuestro-hospital/>.

12. Hospital Vicente Corral Moscoso, MARCO LEGAL ECUADOR, Obtenido de: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/NORMA-TECNICA-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-DEFINITIVO-jp.pdf>

13. LA SUMA DE TODOS, COMUNIDAD DE MADRID, Análisis de Riesgo, obtenido de: [http://www.madrid.org/cs/StaticFiles/Emprendedores/Analisis_Riesgos/pages/pdf/metodologia/5TratamientodelRiesgo\(AR\)_es.pdf](http://www.madrid.org/cs/StaticFiles/Emprendedores/Analisis_Riesgos/pages/pdf/metodologia/5TratamientodelRiesgo(AR)_es.pdf)

14. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Bogotá, 11 de junio de 2008-

15. LIZASO D, AGUILERA C K, CORREA M, YANTORNO ML, CUITIÑO M, PÉREZ L, et al. Epidemiología y factores de riesgo de mortalidad de las bacteriemiias intrahospitalarias por bacilos gramnegativos. Rev Chil infectología [Internet]. 2008 Oct [cited 2018 May 30];25(5):368–73. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-

16. López D, Ríos S, Vélez L; Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud, obtenido de: <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePrestacionServicios.pdf> .

17. V, LÓPEZ; M, PUENTES; A, RAMÍREZ, Medición de la cultura de seguridad, obtenido de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12137/Medici%C3%B3n%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20un%20Hospital%20p%C3%BAblico%20de%20Primer%20Nivel%20del%20municipio%20de%20Villeta.pdf?sequence=1>

18. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, Análisis de la cultura de la seguridad del paciente, obtenido de: <https://doc-0s-90-apps-viewer.googleusercontent.com/viewer/secure/pdf/ib1mglnk556nebn3l9s7qvrtpqp74jbq/hf8d7bgi m1n849qc3b7e4uoider3jo5u/1525482675000/gmail/14822706475680577192/ACFrOgAK3KDFgNrECnZqawDQTMrvY96tAQGDaqS4yddYTHCHlbnTLjJYZ6hl4ysvloNLSqmPLwUNCU>

19. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN, POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.

20. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN. (2008) Lineamientos para la . de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C., noviembre.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN, POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

21. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, ANALISIS DE LA CULTURA HOSPITALARIA EN ESPAÑA, obtenido de: file:///C:/Users/usuario2/Downloads/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Calidad y Seguridad del Paciente, Obtenido de: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=125:calidad-y-seguridad-del-paciente&Itemid=0

23. PARRA, D.I.; CAMARGO-FIGUERA, F.A.; REY GÓMEZ, R.; Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas, obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010 .

24. RAMÍREZ MIRANDA E, seguridad del paciente en el primer nivel de atención, obtenido de: <https://es.slideshare.net/cicatsalud/9-00-am-seguridad-del-paciente-en-el-primer-nivel-de-atencin>.

25. RANGEL O, PEREA-MEJÍA LM. Educación qu mica. nternet . ol. , ducación qu mica. acultad de u mica de la cited ay 30]. 8-13 p. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-893X2013000100002&lang=pt 15. Véliz E, Fica A, Véliz E, Fica A.

26. REVISIÓN NARRATIVA. [CITED (2018 .) May 30]; Available from: https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/28041/1/TFG-O_1072.pdf

27. .SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, Estrategia de Seguridad Del Paciente, Obtenido de:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DEstrategia+de+Seguridad+del+Paciente+20152020+SERMAS_REV.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352889

28. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE L CALIDAD EN SALUD., Herramientas para promover la estrategia para la seguridad del Paciente en el Sistema de Garantía de calidad en Salud. . Bogotá, diciembre 2007.

30. SO 9001: Metodología para el Análisis de Riesgos (AMEF).

31. UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, Procedimiento De Notificación Y

Gestión De Incidentes, Obtenido de:
https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/procedimiento_30.s/PBE.25.pdf

32.Wikipedia, Seguridad del paciente, obtenido de:
https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente

ANEXOS



CUESTIONARIO APLICADO POR LA ESTUDIANTE

NURYS CECILIA TRAVECEDO SALAZAR

Para obtener el grado en Maestría en Ciencias de la Enfermería

2018

Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales

Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo.

Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

- Un “**incidente**” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- “**Seguridad del paciente**” se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

Sección A: Su área/unidad de trabajo

En este cuestionario, piense en su “unidad” como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este hospital? Marque UNA respuesta.

- a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Departamento de emergencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología
- n. Otro, por favor, especifique: _____

Sección A: Su área/unidad de trabajo, continuado

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección B: Su supervisor/director

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/director inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección C: Comunicación

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en el área/unidad de trabajo de su hospital...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección E: Grado de seguridad del paciente

Por favor, déle a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
<input type="checkbox"/> _A	<input type="checkbox"/> _B	<input type="checkbox"/> _C	<input type="checkbox"/> _D	<input type="checkbox"/> _E

Sección F: Su hospital

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su hospital. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección F: Su hospital, continuado

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección G: Número de incidentes reportados

En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de incidentes ha usted llenado y enviado? Marque UNA respuesta.

- a. Ningún reporte de incidentes d. De 6 a 10 reporte de incidentes
 b. De 1 a 2 reportes de incidentes e. De 11 a 20 reportes de incidentes
 c. De 3 a 5 reportes de incidentes f. 21 reportes de incidentes o más

Sección H: Información general

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?

- a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
 b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
 c. De 6 a 10 años f. 21 años o más

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?

- a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
 b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
 c. De 6 a 10 años f. 21 años o más

3. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

- a. Menos de 20 horas a la semana d. De 60 a 79 horas a la semana
 b. De 20 a 39 horas a la semana e. De 80 a 99 horas a la semana
 c. De 40 a 59 horas a la semana f. 100 horas a la semana o más

4. ¿Cuál es su posición laboral en este hospital? Marque UNA respuesta que mejor describa su posición laboral.

- a. Enfermera registrada
- b. Asistente Médico/Enfermera Profesional
- c. Enfermera Vocacional con Licencia/Enfermera Practicante con Licencia (LVN/LPN)
- d. Asistente de Cuidado de Pacientes/Pareja de Cuidados
- e. Médico (con entrenamiento completado)
- f. Médico Residente/Médico en Entrenamiento
- g. Farmacéutico
- h. Dietético
- i. Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria
- j. Terapeuta Respiratorio
- k. Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- l. Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)
- m. Administración/Dirección
- n. Otro, por favor especifique: _____

5. En su posición laboral, ¿típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

- SÍ, típicamente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
- NO, típicamente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. De 11 a 15 años
- e. De 16 a 20 años
- f. 21 años o más

Sección I: Sus comentarios

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, errores o incidentes reportados en su hospital.

Gracias por completar este cuestionario.

ANEXO No. 2.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio:

MEDIR CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS DE SANTA MARTA, D.T.C.H EN EL PERIDO 2016-2017

La (o) invito a participar en este estudio que consiste en la aplicación del **cuestionario sobre la seguridad de los paciente en el Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta**- Este estudio forma parte del estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería (Universidad de Cuauhtémoc Aguas Caliente México. Bajo la tutoría de la Magister Norma Leticia Perea Estrada especialista en el tema, y con previa autorización del Coordinador Docencia Servicio del hospital. Usted será uno (a) de las 44 personas que nos brindarán valiosa información.

Antes de decidir si quiere participar, necesita tener conocimiento en qué consiste el estudio, cuáles son los riesgos y beneficios y lo que debe hacer después de dar su "consentimiento informado". Si usted da su consentimiento para participar, se le pedirá que firme este formato.

¿Cuál es el propósito de este consentimiento?

Este instrumento se suministra a usted para ayudarle a entender las características del mismo, de tal manera que usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leerlo tiene alguna duda, pida a las encargadas del estudio que le explique. Y le proporcionará toda la información que usted necesite para que tenga un buen entendimiento del mismo..

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Es: **Medir la cultura de Seguridad del Paciente en el personal de Enfermería del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta en el periodo 2016-2017**, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Agencia para la investigación de la calidad y el cuidado de la salud (AHRQ) de los Estados Unidos. Lo anterior con la aplicación de una encuesta que usted tardará aproximadamente 15 minutos en responderla. Se solicita brindar información sincera y actualizada.

Explicación del Procedimiento:

Usted ha sido elegida a participar en un estudio de 10 a 15 minutos para: completarlo Es un cuestionario auto contestable consta de 61 preguntas relacionadas con la seguridad del paciente. que deberá responder de acuerdo a tus conocimientos y experiencias

Riesgos e Inquietudes

No existe riesgo físico o psicológico para usted con la participación de la investigación, recolectaremos los datos a través de la aplicación del Cuestionario, sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrá consecuencia para su situación financiera ni en su trabajo.

¿Beneficios de participar en el estudio clínico?

No se proporcionará ninguna compensación económica por participar.

Alternativas:

Su participación en esta investigación es voluntaria. Su decisión o no en ningún momento afectará sus relaciones actuales o futuras con el Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta D.T.C.H., Si usted decide participar, está libre de retirarse en cualquier momento sin tener ninguna consecuencia. Le agradecemos su participación.

Confidencialidad:

Las únicas personas que tendrán conocimiento que usted participó en el estudio es la autora de la investigación. No se divulgará ninguna información al respecto, o proporcionada durante la investigación. Cuando los 42 resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Nadie fuera de la investigadora tendrá acceso a la misma sin su autorización escrita. Si tiene alguna duda sobre ésta encuesta, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la aplicación de la misma o después , para ello puede contactarse con la investigadora que conduce este proyecto.

Costos de la Participación

No Habrá costo por participar en esta investigación.

Consentimiento

He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento. Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación.

Estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Firma del Participante

Fecha

Firma Primer Testigo

Fecha

Firma Segundo Testigo

Fecha

Firma y nombre y datos del Autor del Estudio.

Fecha

En caso de dudas, puede comunicarse con :.la Enfermera: Nurys Cecilia Travecedo Salazar

Teléfono: 4213826_____

Celular. _3156566808. Domicilio: Santa Marta, D T C H (Colombia)

ANEXO 3

 HOSPITAL FERNANDO TROCENIS <small>Unidad Docente de la Universidad de Guayaquil</small>	REPORTE DE EVENTO ADVERSOS INSTITUCIONAL	CODIGO:C-REA VERSIÓN:01 FECHA.
---	---	---

1- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE _____	EDAD _____	HC _____
FECHA DE INGRESO _____	DX _____	

2. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

3. ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS O FALLAS EN LAS BARRERAS DE SEGURIDAD

4.ORIGEN DEL REPORTE

SERVICIO _____	FECHA _____	HORA _____
NOMBRE DE QUIEN REPORTA (no obligatorio) _____		

Estrategia de seguridad del paciente www.miproteccionsocial.gov.ec

