

**IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE,
URGENCIAS, CLINICA DEL NORTE. BELLO-ANTIOQUIA. 2016**

Trabajo para optar al título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud

VERONICA CORDOBA

ANA LUCIA MUNERA SIERRA

MARIA CAROLINA TAMAYO

FUNDACION UNVERSITARIA LUIS AMIGO

FACULTAD CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

ESPECIALIZACION GERENCIA SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN

2016

**IMPLEMENTACION DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE,
URGENCIAS, CLINICA DEL NORTE. BELLO-ANTIOQUIA. 2016**

Trabajo para optar al título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud

VERONICA CORDOBA

ANA LUCIA MUNERA SIERRA

MARIA CAROLINA TAMAYO

Asesora de investigación

ALBA EMILSE GAVIRIA MENDEZ

Médica, Bioenergética, Mg. en Salud Pública

FUNDACION UNVERSITARIA LUIS AMIGO

FACULTAD CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

ESPECIALIZACION GERENCIA SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN

2016

Tabla de contenido

Resumen.....	13
1. Introducción.....	15
2. Problema de investigación.....	18
2.1 Antecedentes del problema:	18
2.1.1 En el mundo.....	18
2.1.2 Latinoamérica	19
2.1.3 En Colombia.....	19
2.1.4 En Antioquia.....	20
2.1.5. En Medellín	21
2.2. Antecedentes investigativos:	22
2.2.1 En el mundo.....	22
2.2.2. Latinoamérica	23
2.2.3. Colombia	23
2.2.4 Antioquia	24
2.2.5. Medellín.....	25
2.3. El problema como tal	25
2.3.1 Pregunta de investigación.....	27
3. Justificación.....	28
4. Objetivos.....	29
4.1. General:	29
4.2. Específicos:	29
5. Marco teórico.....	30
5.1. Marco conceptual	30
5.1.1. Seguridad del paciente.....	30
5.1.2. Evento adverso.	31
5.1.3. Los servicios de urgencias y la seguridad del paciente.	32
5.1.4. El personal de enfermería y la seguridad del paciente.	32
5.1.5. La política de seguridad del paciente en la Fundación Clínica del Norte.	32
5.2. Marco contextual.....	35
5.2.1. La Fundación Clínica del Norte.....	35
5.2.2. La política de seguridad del paciente.	36

5.3. Marco legal.....	36
5.3.1 En el ámbito internacional.....	36
5.3.2 En Colombia.....	38
5.4. Marco ético.....	41
6. Metodología.....	42
6.1. Tipo de diseño	42
6.2. Población.....	42
6.2.1 Unidad de análisis	42
6.3. Criterios de inclusión y criterios de exclusión	42
6.3.1. Entre los criterios de inclusión se tiene:	42
6.3.2. Los criterios de exclusión de la investigación son:	42
6.4. Fuentes de información	43
6.5 Instrumento de recolección de la información	43
6.6 Variables.....	43
7. Plan de análisis	51
8. Análisis de los resultados	51
9. Discusión	103
10. Conclusiones	106
11. Recomendaciones	110
Referencia bibliográfica.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 1	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 2	¡Error! Marcador no definido.

Lista de tablas

Tabla N° 1. Distribución porcentual de la edad del personal de enfermería que laboran en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	54
Tabla N° 2. Distribución porcentual de tiempo de experiencia laboral del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	56
Tabla N° 3. Distribución porcentual de tiempo laborado en la institución del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	54
Tabla N° 4 Distribución porcentual de tiempo laborado en servicio de urgencias del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	56
Tabla N° 5 Distribución porcentual del sexo del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	57
Tabla N° 6 Distribución porcentual del estrato socioeconómico del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	59
Tabla N° 7 Distribución porcentual del estado civil del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	60
Tabla N° 8 Distribución porcentual del grado de escolaridad del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	61
Tabla N° 9 Distribución porcentual de tipo de contrato del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	63
Tabla N° 10 Distribución porcentual del grado de apoyo de la gerencia de la Clínica en seguridad al paciente al personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	64

Tabla N° 11 Distribución porcentual del conocimiento sobre el comité de seguridad paciente y sus funciones del personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016	65
Tabla N° 12 Distribución porcentual del desempeño de los integrantes del comité de seguridad paciente en relación con la retroalimentación que hacen de la seguridad al paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016	67
Tabla N° 13 Distribución porcentual del grado de conocimiento tienen usted acerca de la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia. 2016.....	68
Tabla N° 14 Distribución porcentual de la frecuencia con la que se realizan capacitaciones respecto a la seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	70
Tabla N° 15 Distribución porcentual de la percepción que tienen acerca de la seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	71
Tabla N° 16 Distribución porcentual respecto al conocimiento del proceso de notificación de eventos adversos por el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia. 2016.....	73
Tabla N° 17 Distribución porcentual de reporte de eventos adversos realizados en los últimos tres meses por parte del personal del servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	74

Tabla N° 18 Distribución porcentual del cuando se detecta una falla en la atención del paciente, se lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo por el personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016	76
Tabla N° 19 Distribución porcentual de opinión sobre actividades dirigidas para mejorar la seguridad del paciente implementadas en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	77
Tabla N° 20 Distribución porcentual conocimiento y revisión regular de las guías, procedimientos y protocolos que tiene la institución para la atención de pacientes por parte del personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	79
Tabla N° 21 Distribución porcentual implementación de guías, procedimientos y protocolos en la práctica diaria por parte del personal de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016	80
Tabla N° 21 Distribución porcentual de consideración sobre el entorno del servicio de urgencias si es un seguro para los pacientes familiares y personal de la salud. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	82
Tabla N° 23 Distribución porcentual conocimiento del proceso de prevención de caídas del personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	83
Tabla N° 24 Distribución porcentual del conocimiento del proceso de prevención de úlceras por presión por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	85
Tabla N° 25 Distribución porcentual del conocimiento del proceso cambio de equipos por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	86
Tabla N° 26 Distribución porcentual del conocimiento del proceso veno - punción periférica por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	87

Tabla N° 27 Distribución porcentual del conocimiento del proceso identificación de pacientes por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	88
Tabla N° 28 Distribución porcentual consideración del proceso entrega de medicamentos a los usuarios por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016....	90
Tabla N° 29 Distribución porcentual consideración del proceso consentimiento informado en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	95
Tabla N° 30 Distribución porcentual consideración del proceso de educación al paciente hospitalizado. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	93
Tabla N° 31 Distribución porcentual consideración del proceso de comunicación con los pacientes y entre el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia. 2016.....	94
Tabla N° 32 Distribución porcentual de la seguridad del proceso de cuidados intensivos para los pacientes. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	96
Tabla N° 33 Distribución porcentual de la seguridad del proceso de hemoderivados para los pacientes. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	97
Tabla N° 34 Distribución porcentual del conocimiento sobre procedimiento que se realiza en el servicio y el proceso para la administración de medicamentos, el cambio de equipos y cateterismo vesical. Clínica del norte. Bello.....	98
Tabla N° 35 Distribución consideración en cuanto a la información que se recibe respecto al estado del paciente y los riesgos de eventos adversos. Clínica del norte. Bello- Antioquia. 2016	100

Tabla N° 36 Distribución consideración en cuanto al traslado del paciente critico en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello- Antioquia. 2016.....	101
---	-----

Lista de Graficas

Gráfica N° 1. Distribución porcentual de la edad del personal de enfermería que laboran en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	54
Grafica N° 2. Distribución porcentual de tiempo de experiencia laboral del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	54
Gráfica N° 3. Distribución porcentual de tiempo laborado en la institución del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	55
Grafica N° 4 Distribución porcentual de tiempo laborado en servicio de urgencias del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	56
Gráfica N° 5. Distribución porcentual del sexo del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	58
Grafica N° 6 Distribución porcentual del estrato socioeconómico del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	59
Gráfica N° 7 Distribución porcentual del estado civil del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	60
Gráfica N° 8 Distribución porcentual del grado de escolaridad del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	62
Grafica N° 9 Distribución porcentual del tipo de contrato laboral de los encuestados en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	65
Gráfica N° 10 Distribución porcentual del grado de apoyo de la gerencia de la Clínica en seguridad al paciente al personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia. 2016.....	64

Gráfica N° 11 Distribución porcentual del conocimiento sobre el comité de seguridad paciente y sus funciones del personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016	66
Gráfica N° 12 Distribución porcentual del desempeño de los integrantes del comité del comité de seguridad paciente en relación con la retroalimentación que hacen de la seguridad al paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016	67
Gráfica N° 13 Distribución porcentual del grado de conocimiento tienen usted acerca de la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia. 2016.....	69
Gráfica N° 14 Distribución porcentual de la frecuencia con la que se realizan capacitaciones respecto a la seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	70
Gráfica N° 15 Distribución porcentual de la percepción que tienen acerca de la seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	72
Gráfica N° 16 Distribución porcentual respecto al conocimiento del proceso de notificación de eventos adversos por el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	73
Gráfica N° 17 Distribución porcentual de reporte de eventos adversos realizados en los últimos tres meses por parte del personal del servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	75

Gráfica N° 18 Distribución porcentual del cuando se detecta una falla en la atención del paciente, se lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo por el personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016	76
Gráfica N° 19 Distribución porcentual de opinión sobre actividades dirigidas para mejorar la seguridad del paciente implementadas en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	78
Gráfica N° 20 Distribución porcentual conocimiento y revisión regular de las guías, procedimientos y protocolos que tiene la institución para la atención de pacientes por parte del personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	79
Gráfica N° 21 Distribución porcentual implementación de guías, procedimientos y protocolos en la práctica diaria por parte del personal de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016	80
Gráfica N° 22 Distribución porcentual de consideración sobre el entorno del servicio de urgencias si es un seguro para los pacientes familiares y personal de la salud. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	82
Gráfica N° 23 Distribución porcentual conocimiento del proceso de prevención de caídas del personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	83
Gráfica N° 24 Distribución porcentual del conocimiento del proceso de prevención de úlceras por presión por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016	85
Gráfica N° 25 Distribución porcentual del conocimiento del proceso cambio de equipos por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	88

Gráfica N° 26 Distribución porcentual del conocimiento del proceso veno - punción periférica por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016	87
Gráfica N° 27 Distribución porcentual del conocimiento del proceso identificación de pacientes por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	89
Grafica N° 28 Distribución porcentual consideración del proceso entrega de medicamentos a los usuarios por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	90
Gráfica N° 29 Distribución porcentual consideración del proceso consentimiento informado en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	91
Gráfica N° 30 Distribución porcentual consideración del proceso de educación al paciente hospitalizado. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.....	93
Gráfica N° 31 Distribución porcentual consideración del proceso de comunicación con los pacientes y entre el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	95
Gráfica N° 32 Distribución porcentual de la seguridad del proceso de cuidados intensivos para los pacientes. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	96
Gráfica N° 33 Distribución porcentual de la seguridad del proceso de hemoderivados para los pacientes. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.	97
Gráfica N° 34 Distribución porcentual del conocimiento sobre procedimiento que se realiza en el servicio y el proceso para la administración de medicamentos, el cambio de equipos y cateterismo vesical. Clínica del norte. Bello.....	98

Gráfica N° 35 Distribución consideración en cuanto a la información entre el personal que se recibe respecto al estado del paciente y los riesgos de eventos adversos. Clínica del norte.

Bello- Antioquia. 2016..... 100

Gráfica N° 36 Distribución consideración en cuanto al traslado del paciente critico en el

servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello- Antioquia. 2016 101

Resumen

La seguridad del paciente es un factor esencial de la calidad y desde la publicación del informe "Error es humano" es objeto de atención general. El objetivo de esta investigación fue verificar la implementación de las políticas de seguridad del paciente por el personal de enfermería en el servicio de urgencias de Clínica del Norte en Bello-Antioquia. Método: La investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental, descriptiva, transversal y prospectiva, el grupo poblacional estuvo constituido por 14 auxiliares y 1 profesional en enfermería realizando la medición mediante una encuesta autoadministrada. Resultados: Se observa un adecuado conocimiento de guías y procesos prioritarios, las oportunidades de mejora se identifican en el proceso administrativo ya que la percepción del compromiso de la gerencia con las políticas de seguridad del paciente es negativa, lo cual se evidencia en alta rotación de personal afectando la focalización de procesos, la falta de conocimiento de los periodos de capacitación, la alta tasa de sub-registro de eventos adversos y la retroalimentación de los mismos. La discusión evidencia que en las instituciones donde se han realizado este tipo de estudios los participantes perciben un entorno punitivo en su lugar de trabajo, lo cual puede ser la causa de los resultados de esta investigación. Conclusiones: la responsabilidad frente a este tema es compartida, directa e indelegable, por lo cual las instituciones prestadoras de servicios de salud y sus colaboradores deben ser conscientes del valor del mejoramiento continuo para la seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente, políticas y guías de seguridad del paciente, evento adverso, enfermería, urgencias.

Abstract

The patient's safety is an essential quality factor and since the publication of the report "To err is human" is the subject of public attention. The objective of this study was to verify the implementation of the security policies of the patient by nurse at emergency of Clínica Del Norte in Bello-Antioquia. Method: The research was quantitative, not experimental, descriptive, transversal and prospective; the sample group was formed by 14 nursing assistant and 1 professional nurse performing the measurement by means of a self-administered survey. Results: There is an adequate knowledge of guidelines and priority processes, the opportunities for improvement identified in the administrative process from the perception of the commitment of the management of patient safety policies is negative, which is evidenced in high staff turnover affecting processes, a few knowledge about training periods, the high rate of adverse events registrations and the feedback from them. The discussion shows that in institutions where such studies have been participants perceive a punitive environment in your workplace, which can be the cause of the results of this research. Conclusions: responsibilities regarding this issue is shared, direct and non-delegable, whereby providers of health services institution and employees should be aware of the value of continuous improvement for the patient's safety.

Key words: Patient's safety, policies and guidelines for patient safety, adverse event, nursing, emergency.

1. Introducción

La medicina actual enfrenta retos sin precedentes, generados, por un lado, por los cambios epidemiológicos y demográficos, y por el otro, el gran costo financiero y social que esto representa. Es un hecho que los grandes avances tecnológicos permiten mayor precisión diagnóstica y efectividad terapéutica, con una mayor tendencia a la mínima invasión, sin embargo, pese a todo esto, existen riesgos asociados con la atención médica los cuales pueden desencadenar eventos adversos con consecuencias graves (Fajardo-Dolci, 2010. p. 2).

La confianza, seguridad, adecuación y efectividad son palabras que se han introducido en nuestro lenguaje habitual, con riesgo de perder su significado y volverse mera retórica, si no se realizan pequeños pasos en distintos ámbitos organizativos. La seguridad del paciente es uno de los eslabones para llegar a la cima de la escalera en todos los procesos asistenciales, administrativos y políticos para el logro efectivo en la calidad. Es por eso y mucho más que en los servicios de urgencias de hoy día en Colombia se evidencia la poca gestión de los recursos y de la información para una atención adecuada e integral.

El objetivo del proyecto investigativo fue verificar la implementación de las políticas de seguridad del paciente por el personal de enfermería en el servicio de urgencias de Fundación Clínica del Norte, puesto que es un servicio complejo y dinámico en donde el pensamiento y las acciones deben ser ágiles, lógicas y planificadas en la prestación de los servicios de salud a todos los pacientes que acuden en su estado más vulnerable y agudo; es desde allí donde la información que surge es de primera mano sobre la realidad a la adherencia a guías, buscando analizar y reducir el gran impacto que puede tener la no aplicación de los lineamientos propuestos por la OMS en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, convocando a todos los profesionales de la salud a formar parte de esta política.

La investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental, descriptiva, transversal y prospectiva, analizando el presente de las políticas de seguridad. La población de estudio fueron 14 auxiliares y 1 profesional en enfermería del servicio de urgencias de Fundación Clínica del Norte, a quienes cumplieron los criterios de inclusión y se les realizó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, con los resultados se identificaron sus fortalezas, oportunidades de mejora y debilidades, los resultados obtenidos en la encuesta evidencian un adecuado proceso de adherencia a guías, conocimiento de protocolos clínicos y procesos prioritarios, aunque es de considerar que un 7% de los encuestados calificó el primero como regular, por su parte el conocimiento de guías y procedimientos clínicos como lo son cambio de equipos, cateterismo vesical, control de líquidos, entrega de medicamentos y demás se observó un indicador por encima del 90%. Las oportunidades de mejora se identifican en el proceso administrativo ya que según la percepción del compromiso de la gerencia con la política de seguridad del paciente se observa que el 40% de las personas considera que la gerencia de la clínica no muestra el apoyo adecuado, lo cual se evidencia en alta rotación de personal ya que el 60% de la muestra tiene una vinculación con la institución menor a dos años y solo 1 persona tiene un periodo de vinculación mayor a 5 años, esto afecta de manera considerable la focalización de procesos, la falta de conocimiento de los periodos de capacitación, la alta tasa de sub-registro de eventos adversos pues se constata que en los últimos 3 meses solo el 47% de los participantes en este estudio indican haber reportado, mientras que el 53% no había realizado ningún reporte, la retroalimentación de estos eventos adversos es vital para fortalecer los procesos de calidad y generar entornos seguros. En la discusión se evidencia que en las instituciones donde se han realizado este tipo de estudios los participantes perciben un entorno punitivo en su lugar de trabajo, lo cual puede ser la causa de los resultados de esta investigación, con este panorama, las

instituciones prestadoras de servicios de salud y sus colaboradores deben ser conscientes del valor del mejoramiento continuo para la seguridad del paciente. La organización de la investigación consta de:

- Resumen
- Título de investigación
- Planteamiento del problema
- Justificación
- Objetivo: general y específicos
- Marco teórico
- Metodología
- Plan de análisis
- Análisis de resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Anexos

2. Problema de investigación

2.1 Antecedentes del problema:

2.1.1 En el mundo

La seguridad del paciente, data alrededor del siglo XVII A.C. el cual se tenía en cuenta como acto punitivo; En los años 50`s, vuelve a surgir, pero no es tenido en cuenta; y solo a principios del nuevo milenio (2000), es donde toma fuerza y se empodera en los servicios de salud con la creación por la OMS, de la resolución WHA55.18 que exhortaba a los Estados Miembros a que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establecieran y consolidaran sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria (Aranaz , Aibar , Gea , & León, 2004. p. 21).

Por lo tanto, la seguridad del paciente surge como una necesidad para disminuir los Eventos Adversos ocurridos y es solo hasta 1999, cuando el instituto de medicina (IOM) en EE UU publicara el informe del proyecto: “To Err is Human: Building a Safer Health System”, el cual señala que se mueren más pacientes por errores médicos que por accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2003, p.18).

Pero a pesar de que han pasado 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte “Errar es humano”, debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2003. p. 9).

Con base a estos datos y reconociendo la importancia de la seguridad del paciente se han realizado diferentes investigaciones con el fin de controlar todo tipo de riesgo, generado a nivel nacional políticas de obligatorio cumplimiento en todas las entidades, instituciones y consultorios que prestan servicios de salud, las cuales son consignadas que son consignadas en guías y protocolos que son de obligatorio cumplimiento en las instituciones prestadoras de salud.

2.1.2 Latinoamérica

El Proyecto IBEAS ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios (OMS, 2010, p.9).

La tarea desarrollada en el proyecto IBEAS ha sido de gran magnitud. En el han participado 58 centros de 5 países de América Latina, llegando a analizar un total de 11 555 pacientes hospitalizados. En él han colaborado equipos de investigadores de los 5 países participantes, liderados técnicamente por el equipo de expertos investigadores de España, cuya guía y dirección ha sido esencial en el fortalecimiento de la masa crítica de profesionales cualificados en seguridad del paciente en América Latina. (OMS, 2010, p.9)

2.1.3 En Colombia

En Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y se ubicó dentro del sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud, en la

política nacional de prestación de servicios de salud y la ley 1122/07, artículo 2 y 25.

Para el año 2008 el Ministerio de Salud, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad, se comienza así con la implementación de dichas prácticas, las cuales se han actualizado y verificado constantemente con el fin de perfeccionar y mejorar la atención en salud (Ministerio de la Protección Social , 2007 p.10).

Las Comisiones Séptimas del Senado y la Cámara aprobaron la Reforma al Sistema General de Seguridad en Salud, en noviembre de 2010. En el ámbito hospitalario, actualmente, se ha venido observando un mejoramiento en la “cultura del reporte”, con el objetivo de conocer los factores de riesgo para la seguridad del paciente y así planear e implementar intervenciones oportunas que mitiguen las consecuencias y/o minimicen el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud.

2.1.4 En Antioquia

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

El pasado 01 de noviembre de 2016, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia firmó la alianza por la seguridad del paciente con Savia Salud como representante de las EPS, el Hospital de Caldas como representante de los prestadores de servicio de salud, un representante de la Alianza de pacientes por la seguridad y un médico profesional de la ESE

Metrosalud en representación de los profesionales. Los compromisos establecidos en dicho pacto se enmarcan en factores como:

Promoción y asistencia técnica

Mejorar la calidad en la prestación de servicios

Promover la cultura sobre seguridad de los pacientes

Implementar buenas prácticas por la seguridad del paciente

Participar activamente en las acciones que los prestadores estén desarrollando entorno a la seguridad

Las estrategias encaminadas a mejorar la seguridad de pacientes han demostrado que son útiles para mejorar la calidad de los procesos de atención, mejorar la calidad de vida y aumentar la eficiencia del sistema de salud. La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

2.1.5. En Medellín

En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos. Estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran, cual es la calidad de atención en una institución de salud. (Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”). A partir de unos indicadores se tiene una información más precisa y refuerza la importancia de la prevención de Eventos adversos.

La Secretaría de Salud de Medellín, el Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez

y la Clínica Las Américas compartan diferentes estrategias orientadas al fortalecimiento de los procesos de calidad en atención en salud, tales como: la segunda fase de la Campaña “Cirugía segura salva vidas” liderada por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación — SCARE—, y los procesos de auto evaluación orientados a la seguridad del paciente, la farmacovigilancia, la tecno vigilancia, el reporte de eventos adversos, la red de pacientes y el Premio a la calidad en Salud, entre otras acciones, cuyo eje transversal es plantearnos hábitos saludables que redunden en beneficios para los pacientes y permitan comprender a todos los profesionales vinculados con el sector salud, que la calidad nos compete a todos (Vásquez Franco & Pérez Trujillo, 2011, p.60-78).

2.2. Antecedentes investigativos:

2.2.1 En el mundo

Los eventos adversos y la seguridad del paciente son a nivel mundial un tema con gran intervención, las investigaciones de este tema a nivel internacional también son evidenciadas en Australia; Ruelas realizó el estudio Quality in Australian Health Care Study (QAHCS) en donde participaron 28 hospitales de Sur Australia y de Nueva Gales del Sur, y se encontró una tasa de eventos adversos del 16,6% de los egresos hospitalarios, siendo un 51% de ellos prevenibles. Los sucesos altamente evitables se asociaron a los de mayor discapacidad (Ruelas, Sarabia, & Tovar, 2007. p.13).

En la investigación de nombre “Seguridad del paciente”. Realizado por Antonio Muiño Míguez. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid, durante el año 2007. En donde concluyen que los sistemas de comunicación generan información que permitirá adoptar medidas que incrementen la calidad asistencial: los eventos adversos más comunes son los relacionados

con el uso de medicamentos y con frecuencia son evitables y para disminuirlos, detectarlos y mitigarlos cuando se producen, se pueden emplear estrategias dirigidas a reducir la complejidad, optimizar la información y la automatización de procesos (Muiño Míguez, y otros, 2007,p.1).

2.2.2. Latinoamérica

Por su parte, en Cuba, Moreno y colaboradores, realizaron una investigación en dos años diferentes para conocer el grado de error en la no correlación clínico patológico para el diagnóstico de bronconeumonía. En 1989 encontraron un 28,9% de eventos adversos y en 1994 un 28,6 % de evento adverso, valores que se encuentran por encima de lo reportado en la literatura internacional revisada (Alonso, 1979 p.241).

2.2.3. Colombia

En Colombia a medida que las políticas de seguridad del paciente se van convirtiendo en un elemento esencial en el área de la salud, las investigaciones sobre este tema son cada vez más y se evidencia que en las especializaciones y maestrías de las universidades colombianas se hacen diversos estudios, tales como:

“La seguridad del paciente en la prestación del servicio de salud”, realizado por Claudia Marcela Archila Márquez, María Celeste Coelli Podio, revisión bibliográfica, Universidad Industrial de Santander durante el año 2008 cuyos resultados fueron: realizar estudios sobre epidemiología de los eventos adversos y su vigilancia. (Archila & Coelli, 2008,p.103)

“Análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería”. Realizado por Jacqueline Rodríguez Espinel, Universidad Nacional de Colombia, durante el año 2011. Cuyos resultados fueron la identificación de las características y análisis de

las fases de formulación e implementación que planteó Noé Roth en la política pública (Rodríguez Espinel, 2012 p.102).

“Programa de seguridad del paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el Hospital Serafín Montaña Cuellar E.S.E de San Luis Tolima”, realizado por Mildrek Gamboa Penagos, Francisco Ferney Carvajal Lozano, Universidad del Tolima. Durante el año 2010. Los resultados fueron que la morbilidad y mortalidad hospitalaria son causadas en su mayoría por los eventos adversos causados en los pacientes debido a los reingresos hospitalarios, infecciones nosocomiales y otros (Gamboa Penagos & Carvajal Lozano, 2011p. 234).

“Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Santander”. Realizado por Teresa Briceño, Martha Patricia Suarez Carvajal, Daissy Carola Toloza Cano, Universidad Ces- Universidad Autónoma de Bucaramanga, durante el año 2011, donde los resultados fueron, entre otras cosas, a la pregunta: ¿Qué piensa usted que se podría hacer para que en su trabajo no pase nada malo?, el 26% (6) de los profesionales consideran que si se cumplen los protocolos de seguridad las cosas marcharían mejor en su trabajo; el 22% (5) piensan que 67 con la estandarización de procesos; el 17% (4) dice que capacitando al Personal; el 13% (3) opina que articulando todas las dependencias de la institución. Y en la menor proporción con un 4% (1) se acotó que socializar los errores y/o eventos adversos (Briceño Pineda, Suarez Carvajal, & Toloza Cano, 2014 p.66).

2.2.4 Antioquia

En diferentes instituciones académicas del país se encuentran desarrollando investigaciones acerca de seguridad del paciente; en el contexto regional es difícil encontrarlas; sin embargo, la Universidad Ces, un grupo, ya de especialistas en Gerencia de IPS, realizaron la investigación: “Seguridad del paciente desde el análisis del reporte de evento adverso en la empresa social del

estado hospital francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa, durante el año 2010”, realizado por, Gloria Eleana Blandón Graciano, Yuber Ignacio Gómez Cruz, Carlos Eduardo Muñoz Rubio y Alba Rosa Zafra Cristancho. Los resultados que se obtuvieron, fueron, entre otros: definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso y promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos (Blandón Graciano, Gómez Cruz, Muñoz Rubio, & Zafra Cristancho, 2014. p.42).

2.2.5. Medellín

En Medellín, se han desarrollado varias investigaciones por los diferentes grupos de especializaciones en salud, acerca de la seguridad del paciente, dentro de los cuales se rescatan:

“Seguridad del paciente: aspectos generales y conceptos básicos”, realizada por Maria Tatiana Espinal García, Luz Mary Yepes Gil, Luis Fernando García Gómez, revisión bibliográfica, durante el año 2010, Universidad CES. Uno de los resultados, fue que los eventos adversos más frecuentes, son los relacionados con la infección intrahospitalaria (Espinal García, Yepes Gil, & García , 2012 p.99).

De las anteriores investigaciones se puede rescatar que tienen un enfoque general respecto a la seguridad del paciente, y enmarca la importancia de la adecuada implementación de todas las guías y protocolos, sin embargo, en esta investigación se hará un enfoque a una población específica, guiados de anteriores investigaciones y revisiones bibliográficas.

2.3. El problema como tal

El cumplimiento de las políticas de seguridad del paciente son de prioridad cumplimiento en cada institución, la omisión de las mismas lleva a poner en riesgo la vida de los usuarios y por

ende la calidad del servicio de la clínica, es así como Clínica del Norte, convierte las políticas de seguridad en uno de los pilares fundamentales en su quehacer cotidiano, enmarcada en el sistema obligatorio de garantía de calidad adaptada a las necesidades, a la plataforma estratégica y al modelo de atención.

Teniendo en cuenta esto y siendo conscientes que la mayor parte de eventos adversos suceden en el servicio de urgencias que son áreas en donde las personas ingresan en su estado de mayor vulnerabilidad, es de mayor interés, ahondar en la aplicabilidad de las políticas de seguridad del paciente, lo que se convierte en el principal foco de atención para dicho proceso, el conocimiento y cumplimiento van a garantizar disminución de eventos adversos.

En la clínica del norte existe una política de seguridad del paciente, las cuales maneja los siguientes indicadores:

Índice general de eventos adversos

Proporción de gestión de eventos adversos

Tasa de caídas

Índice de eventos adversos relacionado con la administración de medicamentos

Índice de eventos adversos por fallas en la identificación de los pacientes

Número de caídas de los familiares de los pacientes y otro.

Actualmente por turno se cuenta con dos enfermeras profesionales y seis auxiliares de enfermería. El servicio de urgencias tiene una capacidad de 47 usuarios, divididos en 22 camillas de observación, 6 camillas de urgencias cardioneuro y 6 sillas de nebulizaciones. En promedio,

se presentan 10 eventos adversos por mes, causados en gran proporción por la desinformación y no priorizar las actividades en el momento de realizarlas y sus consecuencias varían dependiendo de la gravedad del evento sucedido. Por lo tanto, es importante que este personal asistencial tenga una mayor conciencia y se involucre con gran compromiso en el cumplimiento de las políticas, lo que permitirá disminuir la cantidad de eventos que se presentan y mejorar cada vez más estos indicadores.

Por lo tanto, con esta investigación se buscará evaluar la aplicación de estas políticas y su práctica en el servicio de urgencias por el personal de enfermería que den pie a garantizar el cumplimiento de cada una de las políticas.

Es así como un buen desarrollo de esta investigación va a generar en la clínica un mejor proceso asistencial y administrativo en relación con las políticas de seguridad del paciente en el servicio de urgencias y va poder dar pie a futuros estudios ya que en la Clínica del Norte, hasta el momento no ha desarrollado ninguna investigación acerca de los Eventos adversos y a la seguridad del paciente.

2.3.1 Pregunta de investigación

¿El personal de enfermería del servicio de Urgencias de Fundación Clínica del Norte implementa de manera adecuada las políticas de seguridad del paciente obligadas por el ministerio de salud?

3. Justificación

Una investigación que evalué el cumplimiento de las guías y protocolos que son de obligatorio cumplimiento en las instituciones prestadoras de salud en relación con la seguridad del paciente en Colombia es importante porque da pie al seguimiento de estas para así disminuir la cantidad de eventos adversos que se presentan, para las instituciones de salud este tipo de investigaciones son de gran conveniencia ya que van arrojar información real sobre la adherencia a dichas guías y permitir procesos de intervención y aplicación de estrategias en caso de no haber un adecuado cumplimiento por parte del personal de la salud.

El desarrollo de esta investigación fue un gran aporte al crecimiento y mejoramiento continuo a Fundación Clínica del Norte, ya que pudo arrojar información sobre de las políticas de seguridad del paciente por parte del personal de enfermería dando pie a cambios y mejoras de problemas no evidenciado anteriormente en este proceso de calidad.

Para la Universidad Luis Amigo esta investigación fue importante porque a partir del desarrollo de investigación se pueden proponer soluciones y generar intereses en cuanto al mismo tema de investigación dando pie a nuevas propuestas por parte de los estudiantes, favoreciendo la profundización en este conocimiento.

Para nosotras como estudiantes de la especialización de gerencia en servicios de salud, esta investigación aportó a nuestro crecimiento profesional ya que el desarrollo de este proceso investigativo fortaleció nuestro conocimiento como integrantes directos del área de la salud y más específicamente en las políticas de seguridad del paciente y su cumplimiento.

4. Objetivos

4.1. General:

Verificar la implementación de las políticas de seguridad del paciente por el personal de enfermería en el servicio de urgencias de Clínica del Norte. Bello-Antioquia. 2016

4.2. Específicos:

- Identificar las principales falencias en cumplimiento de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería en servicio de urgencias en Fundación clínica del Norte.
- Verificar la adherencia del personal a protocolos y guías, mediante la identificación, análisis y seguimiento del evento adverso, práctica diaria del personal asistencial de enfermería y la cultura de seguridad del paciente.
- Entregar informe de recomendaciones a la Fundación Clínica del Norte para la adecuada implementación de las políticas de seguridad al paciente en el servicio de urgencias por parte del personal de enfermería, y así contribuir a lograr una disminución de los eventos adversos en la institución.

5. Marco teórico

5.1. Marco conceptual

Para dar soporte teórico a esta investigación y de esta manera poder tener buenos resultados en la investigación, los cuales nos den información certera, debemos comenzar por entender de una manera sencilla sobre el concepto de seguridad del paciente, sus determinantes y el concepto que se tiene, es así como términos como eventos adversos van a ser también un gran tema que se debe abordar, puesto que están directamente relacionados.

5.1.1. Seguridad del paciente.

Al comenzar a hablar de seguridad al paciente inicialmente pude ser visto como algo sencillo, pero no se trata de saber su significado, sino de tener conciencia sobre la importancia de este tema, como debe ser manejado y la importancia que al día se le está dando. Desde hace varios años ya se han venido realizando y presentando estrategia a nivel mundial todo con el fin de presentar acciones que mejoren y garanticen la calidad en la atención de los pacientes, es así como en 2004 la OMS creo “La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS.” (OMS, 2008 p.4).

Comencemos hablando sobre la definición de seguridad al paciente “Seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar consecuencias”

El ministerio de la protección social de Colombia en su afán de disminuir los indicadores de eventos adversos, realiza una guía de buenas prácticas en seguridad del paciente con el fin de que todas las instituciones que prestan servicios de salud hablen en un mismo idioma;

La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (OMS, 2016).

En las instituciones de salud, los entes gubernamentales, pacientes y sus familias, trabajadores de la salud y las entidades prestadoras deben generar un compromiso para que todos sepan “parar”-detenerse en el camino- cuando realizan sus actividades en el proceso salud-enfermedad.

5.1.2. Evento adverso.

En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos. Estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran, como ningún otro, cual es la calidad de atención en una institución de salud.

Como se dijo anteriormente para hablar de seguridad al paciente es necesario hablar de evento adverso, para lo cual Aguirre-Gas H (2005) lo define como hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica. Tener claro este concepto da pie para comprender que las presencias de eventos adversos no son ajenas a ninguna institución ni profesional de la salud.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema.

Cuando se menciona el termino evento adverso, siempre generará bullicio para indicar una alarma; como lo indica Franco (2005).

Su génesis involucra no sólo factores institucionales y de las personas, sino también otros como los gubernamentales y los académicos. La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el trabajo continuo para el mejoramiento de los factores humanos, llevarán a actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud (Franco, 2005, p.130).

5.1.3. Los servicios de urgencias y la seguridad del paciente.

En el servicio de urgencias, por su factor agudizado en que ingresan todos los actores en salud clínicos y administrativos, se concibe como un escenario inseguro desde su esencia más mínima, es por eso que se debe exigir conseguir tres grandes objetivos para que el entorno sea seguro: como identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más indicados y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

5.1.4. El personal de enfermería y la seguridad del paciente.

Enfermería es un actor en salud activo y de mayor proporción, en donde su quehacer cotidiano se puede volver empírico en la práctica asistencial de no tener conciencia de sus labores. Todos están llamados a participar a nivel personal e institucional de todas las iniciativas por una cultura de seguridad del paciente y así disminuir el impacto negativo que se tiene en los sistemas de salud.

5.1.5. La política de seguridad del paciente en la Fundación Clínica del Norte.

La política de seguridad del paciente de la clínica consta de una participación activa de todos los actores que rodean el proceso de recuperación del paciente, garantizando las condiciones

necesarias para desarrollar un entorno seguro y de promoción permanente para una transformación hacia una cultura de seguridad del paciente. Se tiene en cuenta el modelo de atención que direcciona los procesos asistenciales hacia el fomento de un entorno seguro para los pacientes, familias y el personal de salud. La formulación e implementación del programa de seguridad del paciente es una estrategia transversal a toda la clínica, teniendo como base la incorporación de prácticas seguras con enfoque de intervención sobre los factores de riesgo.

Dando a conocer el programa de seguridad del paciente y sus resultados a todos los colaboradores de manera permanente en los programas de inducción y re-inducción es que se articula de los diferentes objetivos del programa de seguridad del paciente con las políticas y procesos de la clínica, con los principios del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, con los lineamientos del ministerio de salud y protección social y demás entes de vigilancia y control.

Da instrucción a todos los colaboradores, estudiantes y docentes que desarrollan las prácticas en la clínica, en el conocimiento del programa de seguridad del paciente y en la aplicación obligatoria de prácticas seguras en la atención del paciente con el fin de garantizar según las buenas prácticas de seguridad del paciente, la revisión, socialización, implementación y adherencia a todos, de las guías clínicas, procedimientos y protocolos y demás barreras relacionadas con la seguridad del paciente, incluyendo un sistema de vigilancia y control de los eventos adversos, articulado al modelo de mejoramiento continuo de la fundación.

Incentiva en el personal asistencial, la identificación y cultura del reporte de los incidentes y eventos adversos, garantizando un enfoque educativo, no punitivo pero que no fomente prácticas inadecuadas. Cabe resaltar que se debe involucrar al paciente y sus cuidadores como actores principales en el cuidado de la salud y mantenimiento de las condiciones de seguridad, mediante

estrategias educativas teniendo a su disponibilidad los recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para diseñar, mantener y mejorar las barreras de seguridad del paciente.

Con todo lo mencionado se debe realizar seguimiento periódico en el comité de seguridad del paciente de los resultados del programa.

En urgencias de la clínica el personal de enfermería en relación con la política de seguridad del paciente debe cumplir todos los lineamientos estratégicos establecidos. Y de acuerdo con lo formulado se tienen diferentes procedimientos, protocolos e instructivos aplicados en la institución para la estandarización de todas las actividades como, protocolo para la identificación de pacientes, venopunción periférica, cambio de equipos, prevención de úlceras por presión y prevención de caídas.

En cuanto a los procedimientos se tiene, el de administración de hemocomponentes, administración de medicamentos, cambio de equipos, cateterismo vesical, control de líquidos ingeridos y eliminados, cuidado de heridas, entrega y recibo de turno de enfermería, infiltraciones asistencial, sujeción terapéutica, inserción y retiro de sonda gástrica, lavado gástrico, plan de cuidados de enfermería, retiro de puntos, asistencia de sutura, toma de electrocardiograma, toma de muestras de laboratorio, toma de presión intrabdominal, aerosolterapias o nebulizaciones en urgencias, traslado básico del paciente, traslado del paciente crítico, preparación quirúrgica de la piel, preparación del paciente quirúrgico, conteo de compresas-gasas-elementos corto punzantes e instrumental, flebotomía terapéutica, egreso del paciente, marcación de dispositivos y procedimientos asistenciales, administración de nutrición parenteral, administración de medicamentos por catéter epidural, administración de nutrición enteral con dispositivos nasogástricos, nasoentéricos y gastrostomía, prevención de caídas e identificación de pacientes.

Los instructivos que se tienen son, entrega de medicamentos, consentimiento informado, educación al paciente hospitalizado, comunicación efectiva, cuidados pos-anestésicos y módulo hemodiálisis enfermería.

En relación con los eventos adversos los indicadores de enfermería en el servicio de urgencias que se tienen son de acuerdo a la normatividad 256 del 2016 son:

Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias.

Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.

Tasa de úlceras por presión.

Índice en los errores en la identificación de pacientes.

Índice de errores en el servicio transfusional

5.2. Marco contextual

5.2.1. La Fundación Clínica del Norte.

La Fundación Clínica del Norte es una entidad sin ánimo de lucro que nace como respuesta a la evidente necesidad de ofertar servicios de salud a la población creciente del Departamento de Antioquia y en particular a la del Municipio de Bello y poblaciones circundantes.

El slogan de la Fundación Clínica del Norte “Gente Para la Vida” tiene un profundo significado porque compromete a sus colaboradores con una indeclinable vocación de servicio y una férrea convicción de la imperiosa necesidad de emprender obras de beneficio social que mejoren las condiciones de vida de la población colombiana.

La visión es que en el 2018 será una Institución líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad a nivel nacional, con centros especializados en trauma y cardio – cerebro – vascular.

La misión, se concibe como una institución que ofrece servicios integrales de salud, beneficiándonos de los recursos humanos, físicos y tecnológicos del más alto nivel, con dignidad y respeto; brindando atención con calidez, idoneidad y solidaridad, para generar rentabilidad social y económica.

5.2.2. La política de seguridad del paciente.

En fundación clínica del norte en su política de calidad que tiene como propósito enfocar la atención en un cuidado humanizado y seguro que le proporcione no solo a los usuarios, sino también a los trabajadores la tranquilidad de pertenecer a una institución que busca la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y continuidad a través de la garantía de la excelencia en la gestión clínica y administrativa, en donde la seguridad del paciente se formula como una política que se encuentra en articulación con la plataforma estratégica y el modelo de atención, que tiene como eje principal brindar atención segura, de acuerdo a los lineamientos del sistema obligatorio de garantía de calidad, mediante la identificación, prevención y gestión de los riesgos inherentes a la prestación de los servicios de salud, involucrando a los colaboradores, pacientes, familia, estudiantes y docentes con el fin de garantizar una atención con calidad y así lograr como resultado el mínimo de ocurrencia de eventos adversos y el posicionamiento en el sector como una clínica segura.

5.3. Marco legal

5.3.1 En el ámbito internacional.

5.3.1.1 El Protocolo de Londres.

Es una guía práctica la cual busca favorecer la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, indica el suceso de un evento que ocurre durante el proceso asistencial, en donde implica ir más allá de identificar el error o culpable. Tiene un enfoque estructural y sistémico, lo

cual cubre toda la parte investigativa, analítica y las recomendaciones en un ambiente justo y sano; se toma como una herramienta que tiene en cuenta todos los factores internos y externos que contribuyeron a la falla, entre los que se encuentran:

Paciente

Tareas y tecnología

Equipo de trabajo

Factores ambientales

Organización y gerencia

Contexto institucional

Carga de trabajo y fatiga

Conocimiento, pericia o experiencia inadecuada

Supervisión o instrucción insuficiente

Cambios rápidos al interior de la organización

Sistemas de comunicación ineficientes

Mala o equivocada planeación o programación de turnos

Mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones.

Con todos estos elementos anteriormente mencionados se utiliza el diagrama espina de pescado para mostrar/analizar la secuencia de los factores que contribuyeron al error.

5.3.1.2 El programa “Alianza mundial para la Seguridad del Paciente” de la OMS.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los

Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente (OMS, 2016).

5.3.2 En Colombia.

Para hablar de seguridad al paciente es necesario devolvemos en el tiempo desde el ámbito legal para ir entendiendo la evolución que a presentando desde el contexto político, es así como se comienza a hacer un enlace de cada una de las normas, decretos, resoluciones que se hacen de obligatorio cumplimiento todo con la finalidad de garantizar la calidad de vida del usuario.

5.3.2.1 La Política de Seguridad del Paciente.

Las políticas, son declaraciones de intención que sirven de marco común para la toma de decisiones y la acción. Por lo tanto, se pueden entender como reglamentos generales, ampliados y dinámicos que indican los límites en los cuales, las instituciones deben tomar decisiones y ejecutar actividades. Ya teniendo claro el concepto de seguridad al paciente, políticas y evento adverso se puede se puede entender la “política de seguridad del paciente como el cúmulo de elementos estructurales, procesos, herramientas y metodologías basadas en evidencia científica, cuyo objetivo es minimizar el riesgo de sufrir un Evento Adverso en el proceso de la atención clínica o de aminorar sus efectos” (Ministerio de protección social, 2009).

Se hará una recopilación en orden cronológico, las cuales son relevantes y en los cuales la seguridad al paciente es relevante, sea de forma directa o mediante principios de las mismas.

El fortalecimiento de este tema y la importancia que cada vez más se le está dando a nivel mundial ha llevado a que en Colombia se comience a adoptar y a crear políticas de seguridad del paciente.

La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia, desde 2008, en cabeza del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de la Protección Social, fomenta la prevención de situaciones que perjudiquen la seguridad del paciente; orienta las políticas institucionales y la composición de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura. De esta manera, busca prevenir, reducir y, en lo posible, suprimir la ocurrencia de Eventos Adversos con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Es por esto que para el año 2008 el ministerio de protección social en pro de la seguridad del paciente saca a regir unas políticas de obligatorio cumplimiento.

La Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. (Minsalud, 2015)

Adicionalmente, la Política Nacional de Seguridad del Paciente encamina sus esfuerzos hacia la unificación de la terminología a emplear en el país, así como a la estructuración y adherencia con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema y la coordinación de los múltiples actores del sistema hacia el perfeccionamiento en la calidad de la atención. Con la propuesta de estos objetivos y el afianzamiento de los mismos en mejoras, la política espera la consecución de resultados concretos y medibles como educación a los pacientes y sus familias en la identificación y abordaje de los agentes que pueden enriquecer la seguridad de los procesos de

atención de que son sujetos; promulgar en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.

5.3.2.2 Ley 100 de 1993.

Para comenzar a hablar de salud en Colombia, es necesario traer a la ley 100 de 1993 en la cual no se describe con las palabras exactas acerca de seguridad del paciente y evento adverso, pero si menciona una palabra muy importante que se relaciona con los dos conceptos anteriores y es calidad, en donde se describe en el artículo 153: fundamentos del servicio público y hace referencia a los “mecanismos de control en los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.” (Diario oficial 41.148 del 23 de diciembre de 1993).

5.3.2.3 Decreto 1011 de 2006.

En el decreto 1011 de 2006, por el cual se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud se involucró la seguridad dentro del artículo 3, en las características del SOGCS, se describe como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Diario oficial 46230 de abril 03 de 2006)

Además, busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios.

5.3.2.4 Resolución 2003 de 2014.

A través de los años y de las situaciones que se van presentando en el país se van realizando propuestas las cuales siempre giran en la calidad de vida de los usuarios en la atención en salud, es así como cada modificación que se hace trae mayores beneficios y busca garantizar la calidad en la atención. Es así como en la resolución 2003 de 2014 una nueva resolución llega para ser cumplida por cada prestador, es así como el ministerio de salud y protección social define

El Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud. (Minsalud. 2014, p.12)

5.4. Marco ético

La presente investigación en cuanto a la parte ética está regida mediante la resolución 8430 de 1993 y se considera una investigación con riesgo mínimo, ya que es de tipo prospectivo que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios. (Minsalud, 1993, p.2)

6. Metodología

6.1. Tipo de diseño

La investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental, ya que no hubo intervención, descriptiva puesto que buscaba evidenciar la adherencia por parte de las auxiliares de enfermería a un proceso establecido, transversal ya que se evaluó en un solo momento, de cronología prospectiva analizando el presente de las políticas de seguridad.

6.2. Población

La población de estudio fueron los auxiliares de enfermería del servicio de urgencias de Fundación Clínica del Norte.

6.2.1 Unidad de análisis

Fueron cada una de los auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de urgencias

6.3. Criterios de inclusión y criterios de exclusión

6.3.1. Entre los criterios de inclusión se tiene:

Ser auxiliar de enfermería.

Estar laborando en Fundación Clínica del Norte.

Estar en servicio de urgencias.

6.3.2. Los criterios de exclusión de la investigación son:

Laborar en un servicio diferente a urgencias

Tener un cargo diferente a auxiliar de enfermería

6.4. Fuentes de información

La fuente de información fue primaria de las auxiliares de enfermería del servicio de urgencias, mediante el contacto directo por medio de cuestionarios.

6.5 Instrumento de recolección de la información

Se realizó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas. La encuesta constó de 40 preguntas y su tiempo de duración fue de 30 minutos. (Ver anexo2)

Una de las investigadoras recogió la información a las auxiliares de enfermería del servicio de urgencias en el área del centro regulador de Fundación Clínica del Norte.

Los datos fueron procesados por las tres investigadoras en la Universidad Luis Amigó.

6.6 Variables

Variable	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de medida
Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativa	Razón	Años
Estado civil	Cualitativo	Nominal	a. Soltero b. Casado c. Viuda d. Union libre e. Otros_____

Estrato socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5
Grado de escolaridad	cualitativo	Ordinal	a. Técnico b. Tecnólogo c. Profesional
Régimen de salud	Cualitativo	Nominal	a. Contributivo b. Subsidiado
Años de experiencia	Cuantitativa	Razón	Meses
Tiempo laborando en la institución	Cuantitativa	Razón	Meses
Tiempo en servicio de urgencias	Cuantitativa	Razón	Meses
Tipo de contrato	Cualitativa	Nominal	a. Fijo b. Indefinido c. Periodo de prueba

Variables Seguridad del paciente

Variable	Naturaleza	Escala de Medición	Unidad de medida
Conocimiento de la guía técnica de	Cualitativa	Nominal	a. Alto

buenas prácticas en seguridad del paciente			<ul style="list-style-type: none"> b. Medio c. Bajo
Frecuencia de capacitaciones sobre seguridad al paciente. Trabajo de inducción y re-inducción	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> a. 1 a 3 meses b. 3 a 6 meses c. 6 a 12 meses
Percepción de la seguridad al paciente en el servicio	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a. Favorable b. Desfavorable
Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad al paciente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a. Alto b. Medio c. Bajo
Conoce el proceso de notificación de los eventos adversos	Cuantitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No
Reporte de eventos adversos en los últimos 3 meses	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> a. Ningún reporte b. 1 a 2 reportes c. 3 a 5 reportes d. 6 a 10 reportes
Se tiene actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> a. Muy en desacuerdo b. En desacuerdo c. Indiferente d. De acuerdo e. Muy de acuerdo

<p>Cuando se detecta alguna falla en la atención del paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>a. Muy en desacuerdo</p> <p>b. En desacuerdo</p> <p>c. Indiferente</p> <p>d. De acuerdo</p> <p>e. Muy de acuerdo</p>
<p>Conoce y revisa regularmente las guías clínicas, procedimientos y protocolos que tiene la institución para la atención de los pacientes</p>	Cualitativa	Nominal	<p>a. Si</p> <p>b. No</p>
<p>Tiene en cuenta estas guías procedimientos y protocolos, en su práctica diaria</p>	Cualitativa	Nominal	<p>a. Si</p> <p>b. No</p>
<p>Conoce los integrantes del comité de seguridad del paciente y la función que cumplen en la institución.</p>	Cualitativa	Nominal	<p>b. Si</p> <p>c. No</p>
<p>Califique el desempeño de los integrantes del comité de calidad respecto a la retroalimentación que hacen de seguridad al paciente en el servicio.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>a. Muy buena</p> <p>b. Buena</p> <p>c. Regular</p> <p>d. Mala</p>
<p>Conoce las prácticas seguras de la guía técnica de seguridad al</p>	Cualitativa	Nominal	<p>a. Si</p> <p>b. No</p>

paciente			
Considera usted el servicio de urgencias un entorno seguro para los pacientes, familias y el personal de salud	Cualitativa	Nominal	c. Si d. No
Conoce el proceso de prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No
Conoce el proceso de prevención de úlceras por presión	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No
Conoce el proceso de cambio de equipos	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No
Conoce el proceso de venopunción periférica	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No
Conoce el proceso de identificación de pacientes	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No
Como considera que el proceso de entrega de medicamentos	Cualitativa	Ordinal	a. Muy bien b. Bueno c. Regular

			d. Malo
Como considera que es el proceso de consentimiento informado	Cualitativa	Ordinal	a. Muy bien b. Bueno c. Regular d. Malo
Como considera que es el proceso de educación al paciente hospitalizado	Cualitativa	Ordinal	a. Muy bien b. Bueno c. Regular d. Malo
Como considera que es el proceso de comunicación efectiva	Cualitativa	Ordinal	a. Muy bien b. Bueno c. Regular d. Malo
Como considera que es el proceso de cuidados posoperatorios	Cualitativa	Ordinal	a. Muy bien b. Bueno c. Regular d. Malo
Como considera que es el proceso de hemoderivados	Cualitativa	Ordinal	a. Muy bien b. Bueno c. Regular d. Malo
Conoce correctamente el procedimiento que se realiza en el	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No

servicio y el proceso para la realización de la administración de medicamentos			
Conoce correctamente el procedimiento que se realiza en el servicio y el proceso para la realización de cambio de equipos	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No
Conoce correctamente el procedimiento que se realiza en el servicio y el proceso para la realización de cateterismo vesical	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No
Conoce correctamente el procedimiento que se realiza en el servicio y el proceso para la realización de control de líquidos ingeridos y eliminados	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No
Dentro del proceso de cambio de turno recibe la información suficiente respecto al estado del paciente y los riesgos de EA	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No
Que tan seguro es el proceso de traslado básico del paciente y traslado del paciente crítico en el	Cualitativa	Ordinal	a. Muy seguro b. Seguro c. Inseguro

servicio de urgencias			
Como piensa usted que esta la cultura de seguridad del paciente en este servicio	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">a. Excelenteb. Buenasc. Aceptabled. Regulare. Deficiente

7. Plan de análisis

Se ejecutó el procesamiento cuantitativo de la información en una base de datos creada en Microsoft Excel que permitirá consolidar la información de la encuesta aplicada, y graficará las respuestas para mayor comprensión y análisis.

Se analizaron los datos teniendo en cuenta las frecuencias de respuestas para cada una de las variables y dimensiones de cultura a través de una matriz, los resultados se expresaron en porcentajes; las variables que se tuvieron en cuenta serán género, tipo de contratación, edad, tiempo de vinculado, conocimiento de protocolos y procedimientos y reporte de eventos adversos. El análisis estadístico se llevó a cabo teniendo en cuenta que las variables medidas en escala nominal serán explicadas con frecuencias absolutas y relativas.

8. Análisis de los resultados

Después de la recolección de los datos en la Fundación Clínica del Norte, se diseñó una base de datos en Microsoft Excel para consolidar la información de la encuesta aplicada para finalmente presentar desde la perspectiva de enfermería la efectividad la política institucional de seguridad del paciente.

Con los resultados, se identificaron sus fortalezas, oportunidad de mejora y debilidades, el personal de urgencias que participó en la investigación está conformado por 14 auxiliares y 1 profesional en enfermería, 15 personas que tramitaron es su totalidad la encuesta de seguridad del paciente y permitieron su uso para este estudio.

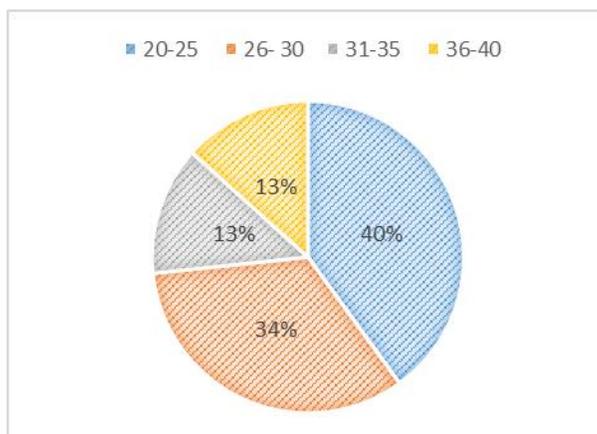
A continuación, se presentarán cada una de las variables, su resultado y respectivo análisis.

8.1 Distribución porcentual de la edad del personal de enfermería que laboran en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 1. Distribución porcentual de la edad del personal de enfermería que laboran en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Rango de edad	Cantidad	Porcentaje
20-25	6	40%
26- 30	5	34%
31-35	2	13%
36-40	2	13%
Total	15	100%

Grafica N°1. Distribución porcentual de la edad del personal de enfermería que laboran en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación

En estas variables se muestra que el 40% del personal de enfermería, se encuentran entre rangos de edades de 20-25 años, el 34% entre 26-30 años, 13% entre 31-35 años y el 13% entre 36-40 años. Esta información es importante conocerla para seguridad del paciente, porque indicaría que el personal encuestado son adultos joven, que se espera que sean más activos y perceptivos en el momento de capacitación de los procesos asistenciales.

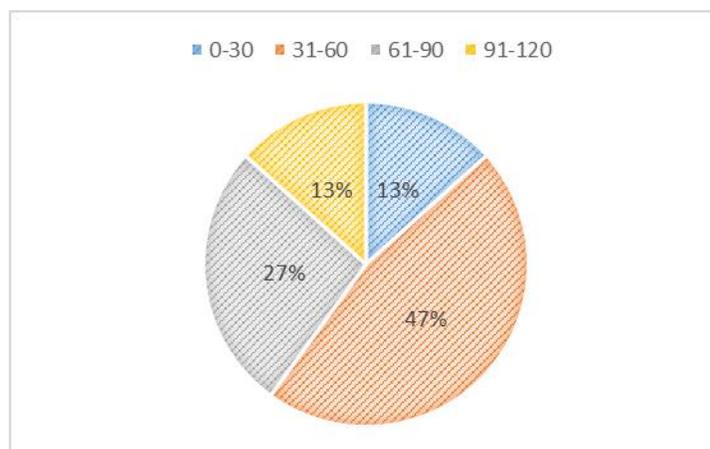
8.2 Distribución porcentual de tiempo de experiencia laboral del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 2. Distribución porcentual de tiempo de experiencia laboral del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Rango de experiencia	Cantidad	Porcentaje
0-30	2	13%
31-60	7	47%
61-90	4	27%

91-120	2	13%
Total	15	100%

Grafica N° 2. Distribución porcentual de tiempo de experiencia laboral del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación

Estos resultados indican que el 47% se encuentran entre rangos de experiencia laboral de 31-60 en meses, lo cual favorece la focalización de procesos y disminuye el riesgo de aparición de eventos adversos en la institución, el restante 27% entre 61-90 meses, 13% entre 91-120 meses y el otro 13% entre 0-30 meses.

8.3 Distribución porcentual de tiempo laborado en la institución del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

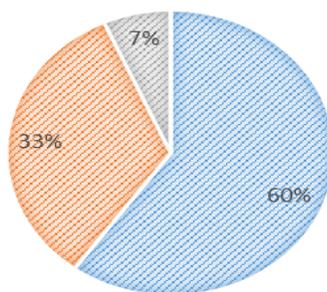
Tabla N° 3. Distribución porcentual de tiempo laborado en la institución del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Rango de	Cantidad	Porcentaje
----------	----------	------------

tiempo laborado		
0-30	9	60%
31-60	5	33%
61-90	1	7%
91-120	0	0%
Total	15	100%

Gráfica N° 3. Distribución porcentual de tiempo laborado en la institución del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

■ 0-30 ■ 31-60 ■ 61-90 ■ 91-120



Análisis e interpretación

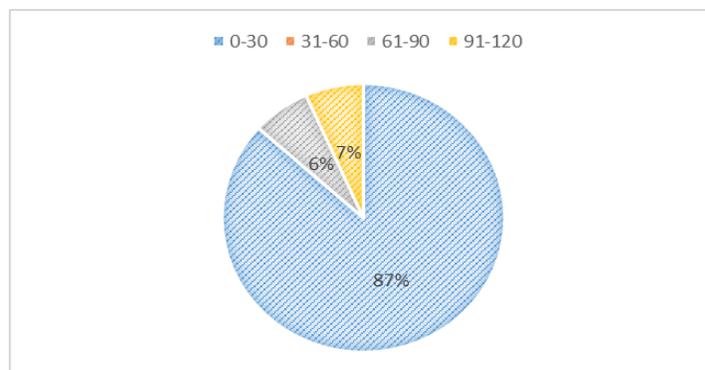
Estos resultados indican que el 60% llevan laborando en la institución de 0-30 días, el 33% entre 31-60 días, y el 7% entre 61-90 días. Esta información es valiosa porque da cuenta de la antigüedad del colaborador y su grado de conocimiento de la institución y de los procesos que se manejan; sin embargo se debe impactar en los colaboradores que tienen menos días laborando, puesto que indicaría una alta rotación del personal por lo que aumenta el riesgo en la atención de los pacientes.

8.4 Distribución porcentual de tiempo laborado del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 4 Distribución porcentual de tiempo laborado del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tiempo laborado en urgencias (meses)	Cantidad	Porcentaje
0-30	13	87%
31-60	0	0%
61-90	1	6%
91-120	1	7%
Total	15	100%

Grafica N° 4 Distribución porcentual de tiempo laborado del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación

Estos resultados indican que el 87% llevan laborando en la institución pero en el servicio de urgencias de 0-30 días, el 7% entre 91-120 días, y el 6% entre 61-90 días. Esta información es valiosa porque da cuenta de la experiencia del colaborador en el servicio de urgencias y su grado de conocimiento con el servicio y de los procesos que se manejan allí; sin embargo se debe impactar en los colaboradores que tienen menos días laborando en este servicio, puesto que indicaría que la mayoría son nuevos y para seguridad del paciente implicaría capacitaciones a todo este personal y evaluación de toda la información suministrada.

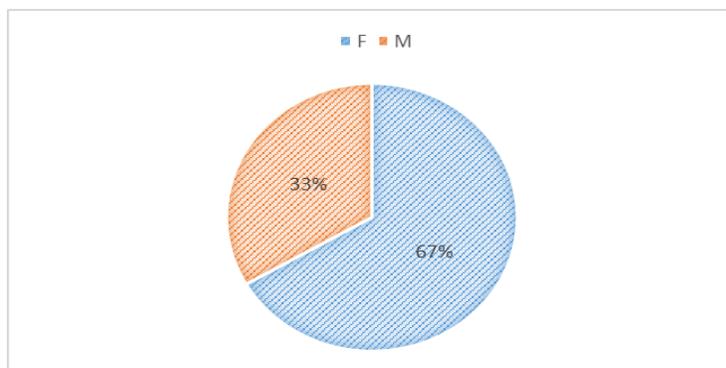
8.5 Distribución porcentual del grado de escolaridad del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 5 Distribución porcentual del sexo del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Sexo	Cantidad	Porcentaje
F	10	67%
M	5	33%

Total	15	100%
-------	----	------

Gráfica N° 5. Distribución porcentual del sexo del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación

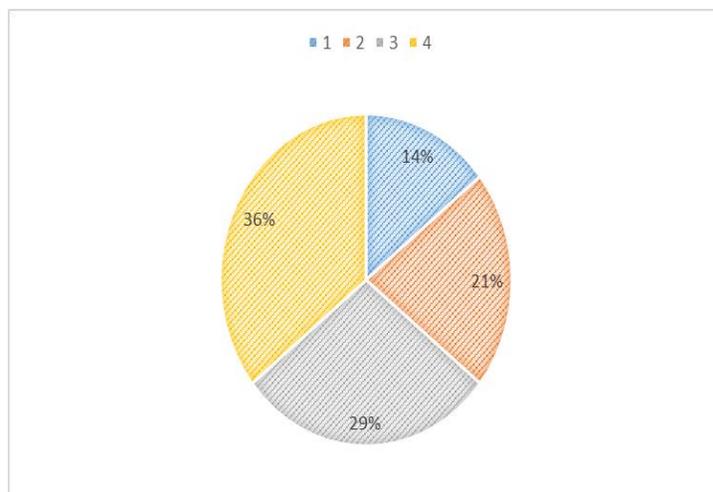
Estos resultados muestran que el 67% de las personas que fueron encuestados son mujeres y el 33% son hombres. Aunque esta variable muestra un porcentaje significativo de más mujeres que de hombres, en la actualidad la sociedad no solo cataloga esta profesión a las mujeres sino que es más globalizada, en relación con el sexo y seguridad del paciente, no se ha encontrado relación de que cumplan o no, unos más que otros la normatividad de seguridad del paciente.

8.6 Distribución porcentual del estrato socioeconómico del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 6 Distribución porcentual del estrato socioeconómico del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Estrato socioeconómico	Cantidad	Porcentaje
1	0	0%
2	7	36%
3	5	29%
4	2	21%
5	1	14%
6	0	0%
Total	15	100%

Grafica N° 6 Distribución porcentual del estrato socioeconómico del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación

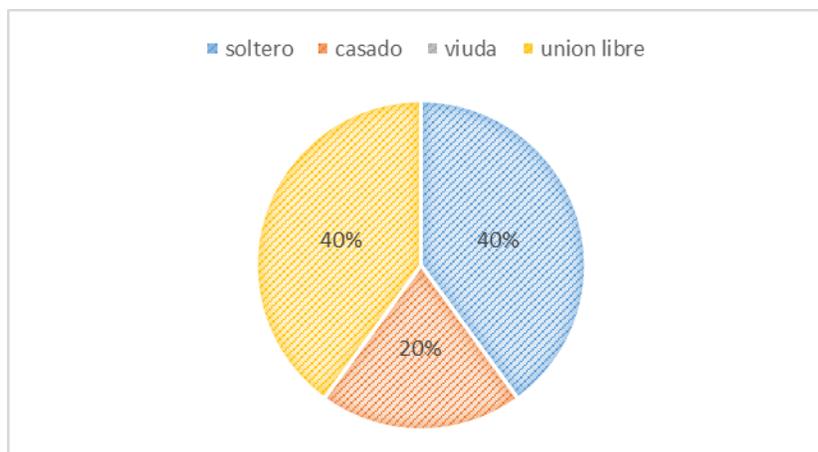
Estos resultados indican que el 36% viven en un estrato socioeconómico número 2, el 29% en el 3, el 21% en el 4 y el 14% en el 1. La mayoría del personal de enfermería vive en los alrededores de la institución, por lo que facilitaría el traslado y sus recursos.

8.7 Distribución porcentual del estado civil del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 7 Distribución porcentual del estado civil del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Estado civil	cantidad	Porcentaje
Soltero	6	40%
Casado	3	20%
Viuda	0	0%
unión libre	6	40%
Total	15	100%

Gráfica N° 7 Distribución porcentual del estado civil del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación

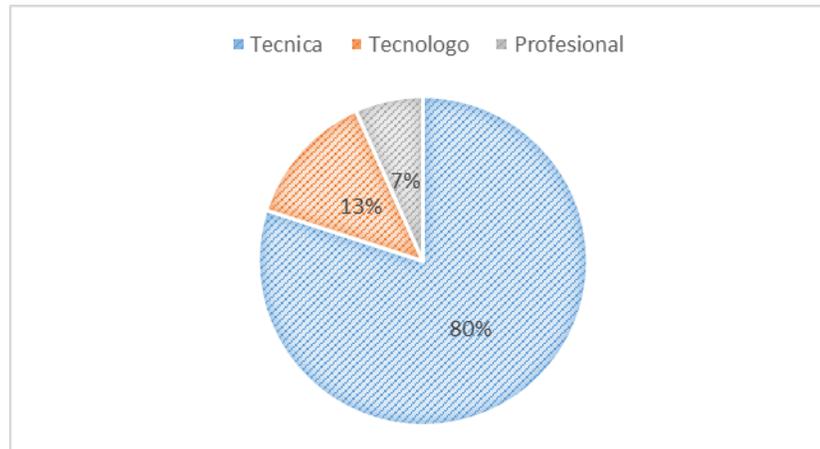
Del total del personal de enfermería, el 40% se encuentran solteros, otro 40% en unión libre y el 20% se encuentran casados. Con esta información, para el área de seguridad del paciente es importante conocerlo, puesto que desde su hogar comienzan las prácticas seguras para la atención de los pacientes, las cuales son la higiene de manos y uso de vestuario adecuado para el ingreso y salida de la institución.

8.8 Distribución porcentual del grado de escolaridad del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 8 Distribución porcentual del grado de escolaridad del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Grado de escolaridad	Cantidad	Porcentaje
Técnica	12	80%
Tecnólogo	2	13%
Profesional	1	7%
Total	15	100%

Gráfica N° 8 Distribución porcentual del grado de escolaridad del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación

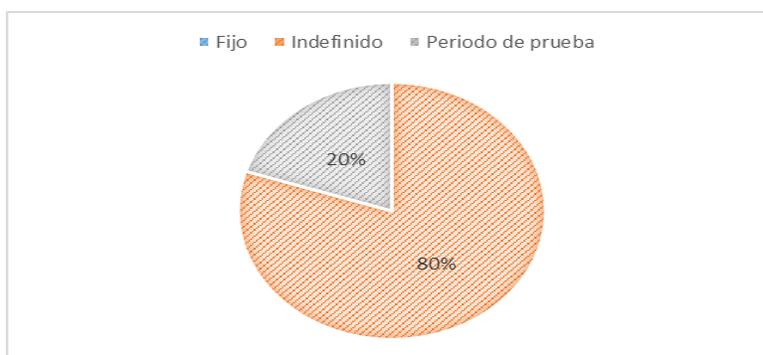
Estos resultados muestran que el 80% son técnicos, 13% tecnólogos y 7% profesional. Para el área de seguridad del paciente es importante que el personal que labore en la institución tenga suficientes conocimientos de su quehacer, los cuales inician en la academia; y así cuando se encuentre en la vida laboral pueda introyectar con facilidad los conocimientos que se les brinda en la institución, en este orden de ideas se buscaría motivar el personal con un escalonamiento salarial, logrando así una capacitación y actualización continua hasta lograr su profesionalización.

8.9 Distribución porcentual del tipo de contrato laboral del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 9 Distribución porcentual de tipo de contrato del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tipo de contrato	Cantidad	Porcentaje
Fijo	0	0%
Indefinido	12	80%
Periodo de prueba	3	20%
Total	15	100%

Grafica N° 9 Distribución porcentual del grado de escolaridad del personal de enfermería en el servicio de urgencias en Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación

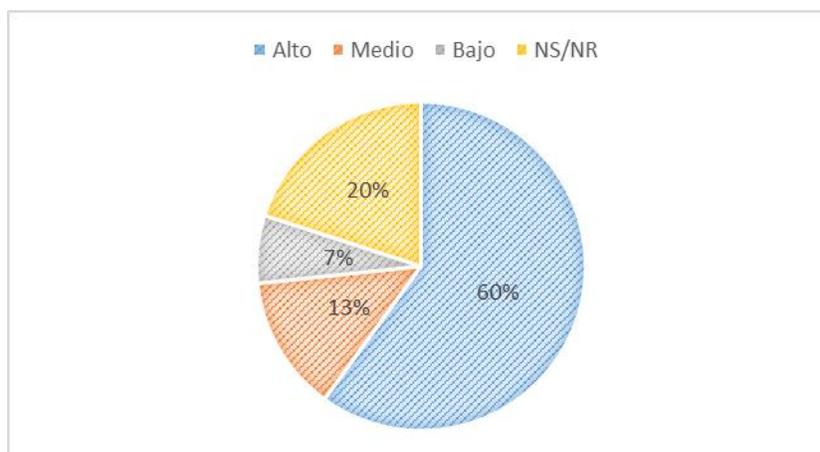
Estos resultados muestran que el 80% se encuentra con un contrato a término indefinido y el 20% en periodo prueba. Con esta variable se puede decir que en su mayoría el personal de enfermería, tiene estabilidad laboral y 3 personas (20%) acaban de ingresar a la institución, lo cual generaría para el área de seguridad del paciente inquietud acerca si estos ya tienen socializados y evaluados todas las guías de atención de los pacientes; además se les realizó la inducción necesaria para estar en el servicio de urgencias.

8.10 Distribución porcentual del grado de apoyo de la gerencia de la Clínica en seguridad al paciente al personal de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 10 Distribución porcentual del grado de apoyo de la gerencia de la Clínica en seguridad al paciente al personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Grado de apoyo	Cantidad	Porcentajes
Alto	9	60%
Medio	2	13%
Bajo	1	7%
NS/NR	3	20%
Total	15	100%

Gráfica N° 10 Distribución porcentual del grado de apoyo de la gerencia de la Clínica en seguridad al paciente al personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación

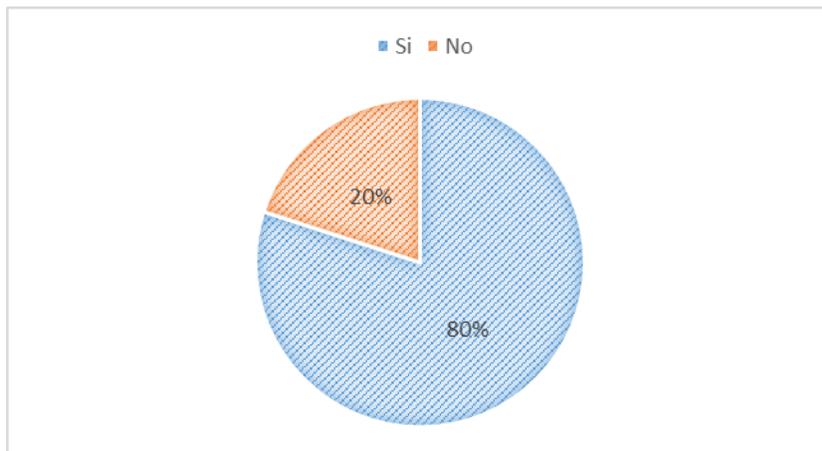
Estos resultados muestran que el personal percibe que la gerencia de Fundación Clínica del Norte apoya en un alto nivel a la seguridad del paciente con un 60%, mientras que el 13% lo perciben como un apoyo medio, sólo el 7% lo perciben como un apoyo bajo y el 20% no saben, ni responden. Con esta variabilidad de resultados, se demuestra que la percepción es diferente para todos, aunque para la mayoría es de manera positiva y ha causado impacto, pero se debe seguir trabajando desde la alta gerencia para tener un sello distintivo y demostrar interés por el mejoramiento continuo en seguridad del paciente.

8.11 Distribución porcentual del conocimiento sobre el comité de seguridad paciente y sus funciones del personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 11 Distribución porcentual del conocimiento sobre el comité de seguridad paciente y sus funciones del personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Grado de apoyo	Cantidad	Porcentajes
Si	12	80%
No	3	20%
Total	15	100%

Gráfica N° 11 Distribución porcentual del conocimiento sobre el comité de seguridad paciente y sus funciones del personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

En consideración con estos datos, el 80% del personal conoce a los integrantes del comité de seguridad del paciente y sus funciones, solo el 20% no tiene claridad al respecto. Esta información indica que hay reconocimiento del comité por parte del personal de enfermería de urgencias, además de conocer las diferentes actividades y funciones que éstos realizan y su impacto en su labor.

8.12 Distribución porcentual del desempeño de los integrantes del comité del comité de seguridad paciente en relación con la retroalimentación que hacen de la seguridad al paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 12 Distribución porcentual del desempeño de los integrantes del comité del comité de seguridad paciente en relación con la retroalimentación que hacen de la seguridad al paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Calificación	Cantidad	Porcentaje
Muy buena	5	33%
Buena	7	47%
Regular	1	7%
Malo	0	0%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 12 Distribución porcentual del desempeño de los integrantes del comité del comité de seguridad paciente en relación con la retroalimentación que hacen de la seguridad al paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

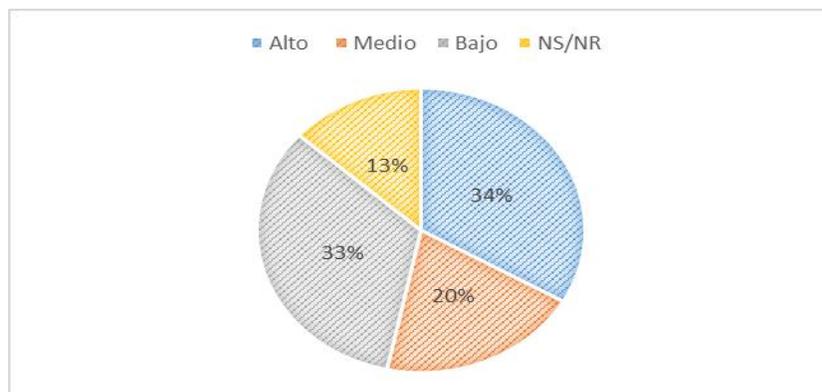
De acuerdo con los encuestados, el comité de calidad realiza una buena retroalimentación con un 47%, el 33% refiere que es excelente y el 7% dice que es regular. Estos resultados muestran que el comité de calidad debe mejorar en las actividades de su quehacer en la divulgación adecuada de cada una de las actividades que realiza en relación con la seguridad del paciente y así mejorar la percepción de las lecciones aprendidas y soluciones relevantes de los casos para prevenir el daño en el entorno de un ciclo de mejoramiento.

8.13 Distribución porcentual del grado de conocimiento tienen usted acerca de la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 13 Distribución porcentual del grado de conocimiento tienen usted acerca de la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia. 2016

Grado de conocimiento	Cantidad	Porcentaje
Alto	5	34%
Medio	3	20%
Bajo	5	33%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 13 Distribución porcentual del grado de conocimiento tienen usted acerca de la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia. 2016



Análisis e interpretación.

Al realizar el cuestionamiento es impactante identificar que casi es el mismo porcentaje del personal de enfermería que refiere tener un grado alto y bajo de conocimiento de la guía con un 34% y 33% de manera respectiva; solo el 20% dice tener un grado medio de conocimiento y el 13% no sabe ni responde. Para esto se podría deducir varias cosas, entre esas que el personal que no tiene mucho conocimiento, pudo haber ingresado hace poco a la institución y necesitaría más tiempo para la adaptación de éstas guías. O que falta más acercamiento al personal para la socialización e implementación de manera efectiva y adecuada de las guías.

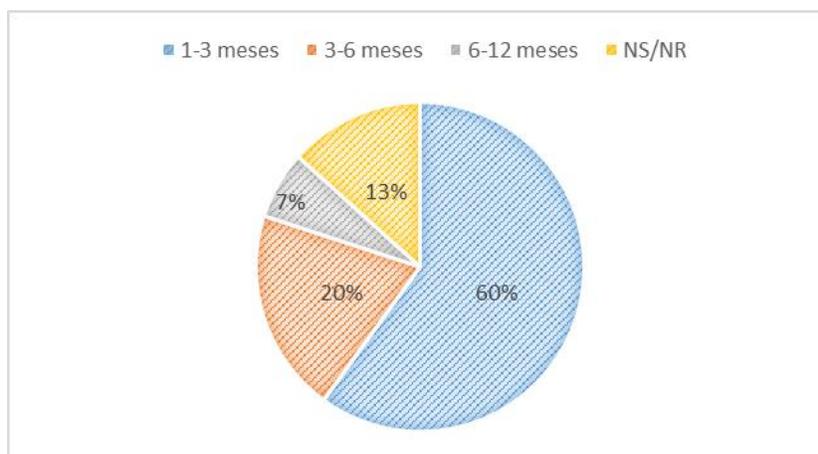
Es fundamental que todo el personal de enfermería conozca estas guías porque en relación con la seguridad del paciente se podría presentar en riesgos para la atención de los pacientes.

8.14 Distribución porcentual de la frecuencia con la que se realizan capacitaciones respecto a la seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 14 Distribución porcentual de la frecuencia con la que se realizan capacitaciones respecto a la seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Frecuencia	Cantidad	Porcentaje
1-3 meses	9	60%
3-6 meses	3	20%
6-12 meses	1	7%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 14 Distribución porcentual de la frecuencia con la que se realizan capacitaciones respecto a la seguridad del paciente en el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

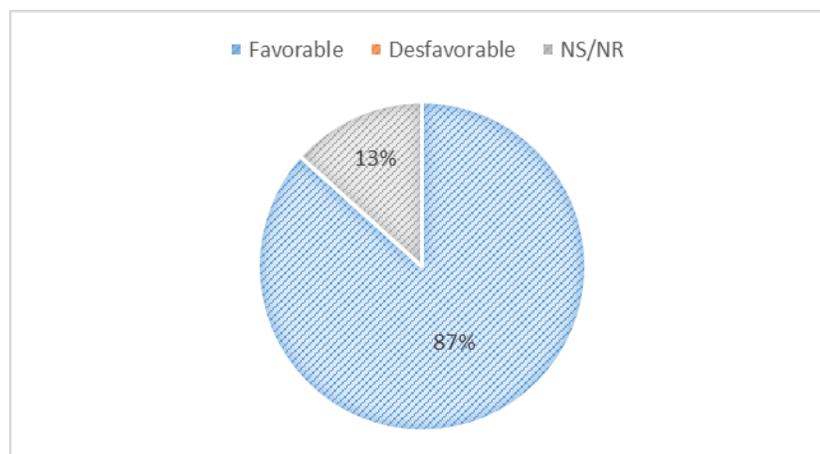
De la totalidad del personal de enfermería, el 60% refiere que las capacitaciones se reciben de 1-3 meses, el 20% de 3-6 meses, el 13% no sabe ni responde y el 7% de 6-12 meses. Estos resultados quieren decir que para algunas personas del servicio de urgencias los están capacitando de forma permanente y para otros no; de ahí se puede derivar que el grado de conocimiento sea bajo para algunos de las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente, puesto que no están recibiendo las capacitaciones de forma periódica.

8.15 Distribución porcentual de la percepción que tienen acerca de la seguridad del paciente el personal de enfermería en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 15 Distribución porcentual de la percepción que tienen acerca de la seguridad del paciente el personal de enfermería en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Percepción	cantidad	porcentaje
Favorable	13	87%
Desfavorable	0	0%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 15 Distribución porcentual de la percepción que tienen acerca de la seguridad del paciente el personal de enfermería en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

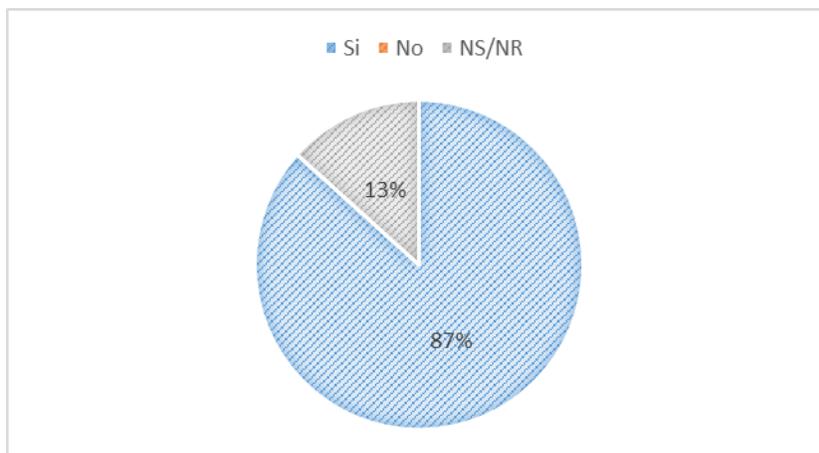
En esta pregunta el 87% tienen una favorable percepción de seguridad del paciente, mientras que el 13% no saben ni responden. Es bueno conocer éste tipo de pensamientos, puesto que seguridad del paciente tiene muchos retos en la realización de objetivos que desde la planeación estratégica se formularon y que demuestran lo importante que resulta la introyección de su política. Este dato también podría indicar que el área de seguridad del paciente ha causado impacto con las actividades que realiza para disminuir los riesgos inherentes a los que un paciente se enfrenta cuando ingresa a un servicio de urgencias.

8.16 Distribución porcentual respecto al conocimiento del proceso de notificación de eventos adversos por enfermería en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 16 Distribución porcentual respecto al conocimiento del proceso de notificación de eventos adversos por enfermería en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Respuesta	cantidad	Porcentaje
Si	13	87%
No	0	0%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 16 Distribución porcentual respecto al conocimiento del proceso de notificación de eventos adversos por el servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

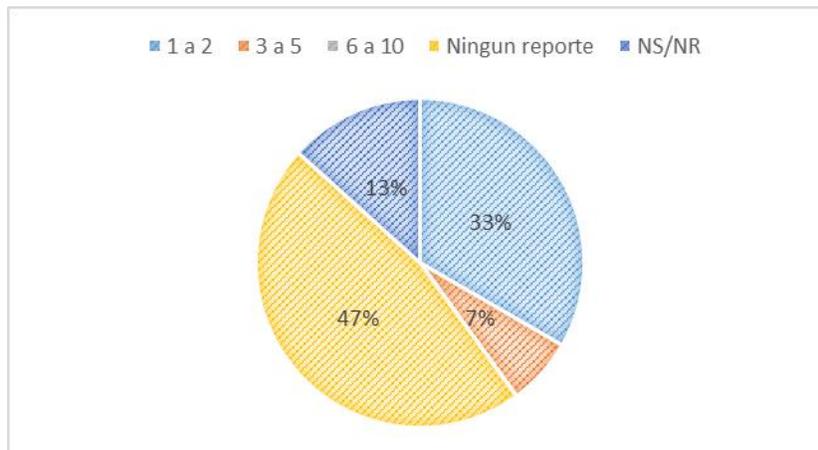
Esta pregunta se demuestra que el 87% del personal de enfermería conoce el proceso de reporte de eventos adversos, mientras que el 13% no sabe ni responde. Estos resultados al compararlos con la frecuencia de capacitaciones pueden dar una imagen que las mismas personas que no reciben capacitaciones más seguidas, son las que posiblemente no tienen conocimientos sobre la notificación de los eventos. Esto implica para la organización en seguridad del paciente dificultades, ya que el reporte de los eventos adversos tendría un sesgo y la cantidad de reportes solo podrían ser de las personas que conocen el proceso.

8.17 Distribución porcentual de reporte de eventos adversos realizado en los últimos 3 meses por parte del personal del servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 17 Distribución porcentual de reporte de eventos adversos realizados en los últimos tres meses por parte del personal del servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Cantidad de reportes	Cantidad	Porcentaje
1 a 2	5	33%
3 a 5	1	7%
6 a 10	0	0%
Ningún reporte	7	47%
NS/NR	2	13%
Total		

Gráfica N° 17 Distribución porcentual de reporte de eventos adversos realizados en los últimos tres meses por parte del personal del servicio de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

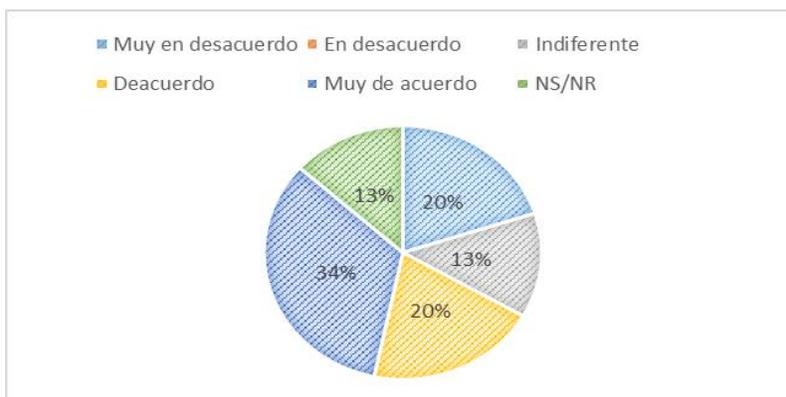
En este cuestionamiento, el 47% de los colaboradores refieren que no han realizado ningún reporte en los últimos 3 meses, sin embargo el 33% ha realizado de 1-2 reportes, el 13% no sabe ni responde y el 7% refiere haber realizado de 3-5 reportes. Este tipo de preguntas son importantes porque identifican en donde se debe reforzar al personal para un mejoramiento continuo, puesto que el reporte es uno de los indicadores del funcionamiento del proceso de seguridad del paciente y si no se está realizando implica que el personal puede estar temeroso con la notificación de los errores y las posibles consecuencias que esto trae.

8.18 Distribución porcentual del cuando se detecta una falla en la atención del paciente, se lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo por el personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 18 Distribución porcentual del cuando se detecta una falla en la atención del paciente, se lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo por el personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Opinión	cantidad	porcentaje
Muy en desacuerdo	3	20%
En desacuerdo	0	0%
Indiferente	2	13%
De acuerdo	3	20%
Muy de acuerdo	5	34%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 18 Distribución porcentual del cuando se detecta una falla en la atención del paciente, se lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo por el personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

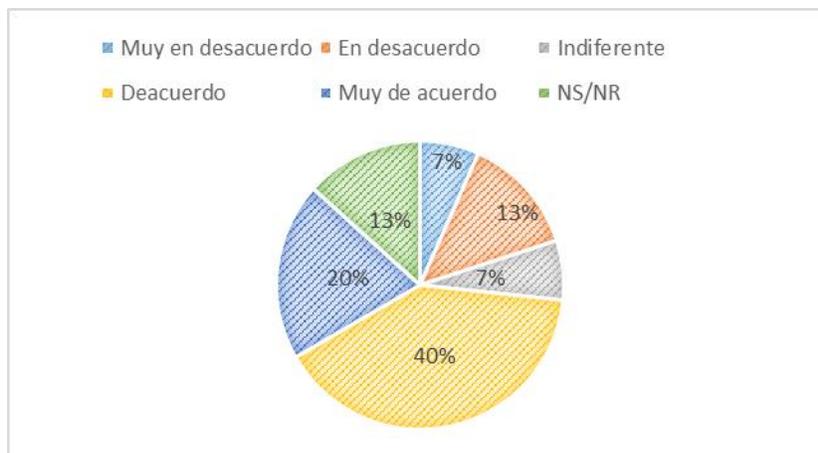
Del porcentaje encuestado, solo el 34% refiere que, si se toman medidas para que no siga ocurriendo las mismas fallas, el 20% comparte dos respuestas: una en de acuerdo y la otra muy en desacuerdo, al igual que el 13% muestra dos respuestas: una indiferente y la otra no sabe ni responde. Haciendo un contraste entre las respuestas es importante destacar que es más la percepción positiva que negativa, a lo cual se debe dirigir la atención para el logro de los objetivos y disminución de incidentes y/o eventos adversos. Sin embargo, esto implica que no se está corrigiendo las fallas, por lo tanto los colaboradores son reincidentes en los mismos errores y demuestra que el área de seguridad del paciente no está retroalimentando al personal cuando se detectan fallas y así evitar seguir cometiéndolas.

8.19 Distribución porcentual de opinión sobre actividades dirigidas para mejorar la seguridad del paciente implementadas en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Tabla N° 19 Distribución porcentual de opinión sobre actividades dirigidas para mejorar la seguridad del paciente implementadas en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Opinión	cantidad	Porcentaje
Muy en desacuerdo	1	7%
En desacuerdo	2	13%
Indiferente	1	7%
De acuerdo	6	40%
Muy de acuerdo	3	20%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 19 Distribución porcentual de opinión sobre actividades dirigidas para mejorar la seguridad del paciente implementadas en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

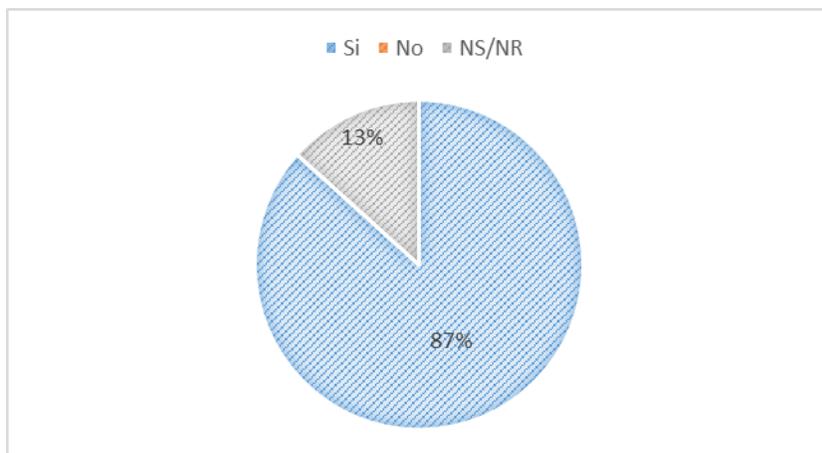
El 40% del personal de enfermería expresó estar de acuerdo con que se realizan actividades para mejorar la seguridad del paciente, el 20% están muy de acuerdo, el 13% tiene dos variables que son en desacuerdo y no sabe ni responde al igual que el 7% responde en dos que es indiferente y están en muy desacuerdo. Estos resultados indican que la mayoría del personal de enfermería del servicio de urgencias dicen tener actividades que mejoran la seguridad del paciente pero algunos reiteran su indiferencia y desacuerdo con éstas y puede ser debido al desconocimiento de las guías y a la poca capacitación que han recibido. Pero sería importante que desde el área de seguridad del paciente se fortalezca la realización de actividades que encaminen a los colaboradores a la introyección de seguridad del paciente y conocimiento de las guías, de tal manera que sea habitual su realización.

8.20 Distribución porcentual conocimiento y revisión regular de las guías, procedimientos y protocolos que tiene la institución para la atención de pacientes por parte del personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 20 Distribución porcentual conocimiento y revisión regular de las guías, procedimientos y protocolos que tiene la institución para la atención de pacientes por parte del personal de enfermería en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Opinión	Cantidad	Porcentaje
Si	13	87%
No	0	0%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 20 Distribución porcentual conocimiento y revisión regular de las guías, procedimientos y protocolos que tiene la institución para la atención de pacientes por parte del personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

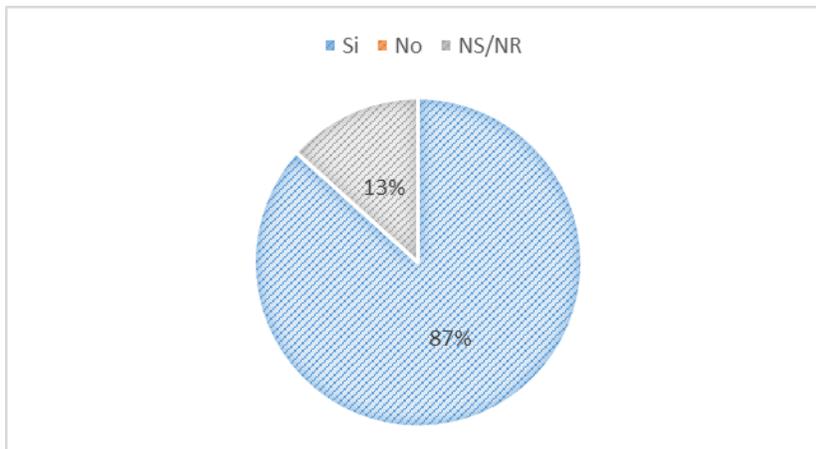
En consideración con los datos anteriores el personal de enfermería con un 87% dice conocer y revisar toda la documentación acerca de la atención de los pacientes y solo el 13% contestan no conocerla. El hecho de no conocer y no revisar regularmente las guías, procedimientos y protocolos en la seguridad del paciente va a llevar a que el personal no sea proactivo en la realización de sus actividades, a cometer errores, a tener eventos adversos en la prestación de los servicios.

8.21 Distribución porcentual implementación de guías, procedimientos y protocolos en la práctica diaria por parte del personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 21 Distribución porcentual implementación de guías, procedimientos y protocolos en la práctica diaria por parte del personal de enfermería de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Opinión	Cantidad	Porcentaje
Si	13	87%
No	0	0%
NS/NR	2	13%
Total		

Gráfica N° 21 Distribución porcentual implementación de guías, procedimientos y protocolos en la práctica diaria por parte del personal de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

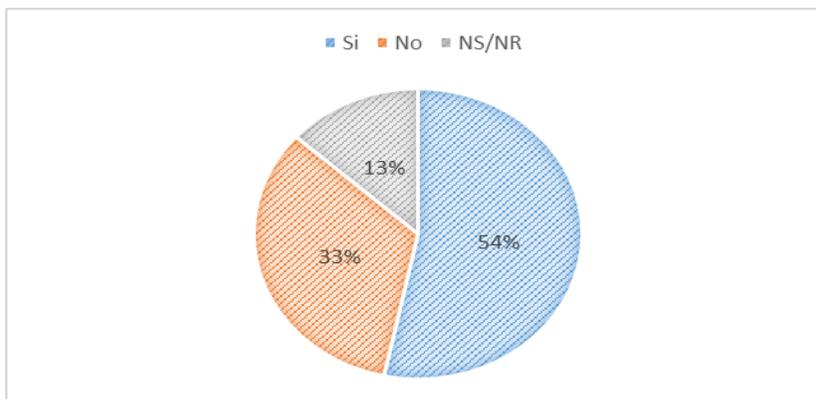
El personal encuestado dice poner en práctica toda la información documentada acerca de la atención de los pacientes con un 87% y solo el 13% dice no saber ni responder. Según los resultados es importante establecer que si se pone en práctica todas las guías, protocolos y/o procedimientos que se tienen, que tan bien se están haciendo. Por lo que es de destacar que a pesar que no se tiene una capacitación continua no tienen conocimiento de las guías de atención de seguridad del paciente, al menos si revisan la documentación establecida y refieren practicarla; esto favorecerá la prestación de los servicios ya que el personal de enfermería si se interesa por tener claro cómo se deben hacer los procedimientos; La idea es evaluar de manera continua y efectiva que si se esté llevando a cabo de forma adecuada.

8.22 Distribución porcentual de consideración sobre el entorno del servicio de urgencias si es un seguro para los pacientes familiares y personal de la salud. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 21 Distribución porcentual de consideración sobre el entorno del servicio de urgencias si es un seguro para los pacientes familiares y personal de la salud. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Opinión	Cantidad	Porcentaje
Si	8	54%
No	5	33%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 22 Distribución porcentual de consideración sobre el entorno del servicio de urgencias si es un seguro para los pacientes familiares y personal de la salud. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

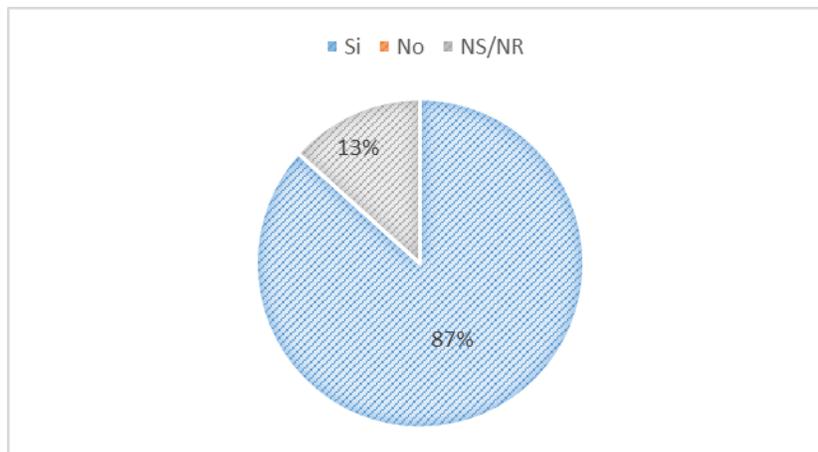
Esta pregunta demuestra que el 54% del personal de enfermería dicen que el servicio de urgencias si es un entorno seguro, pero con un 33% refieren que no es seguro y el 13% refiere no saber ni responder. Estas respuestas evidencian que los colaboradores son autocríticos y sienten que este entorno no es totalmente seguro para la atención de los pacientes, sus familias y de la realización de las actividades del personal. Un entorno no seguro en urgencias indicaría aumento de accidentes entre el personal que labora, los pacientes y familiares, estancias hospitalarias prolongadas, no confiabilidad de los usuarios para la atención, demandas a la institución y no cumplimiento con la norma.

8.23 Distribución porcentual conocimiento del proceso de prevención de caídas del personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 23 Distribución porcentual conocimiento del proceso de prevención de caídas del personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Opinión	Cantidad	Porcentaje
Si	13	87%
No	0	0%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 23 Distribución porcentual conocimiento del proceso de prevención de caídas del personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

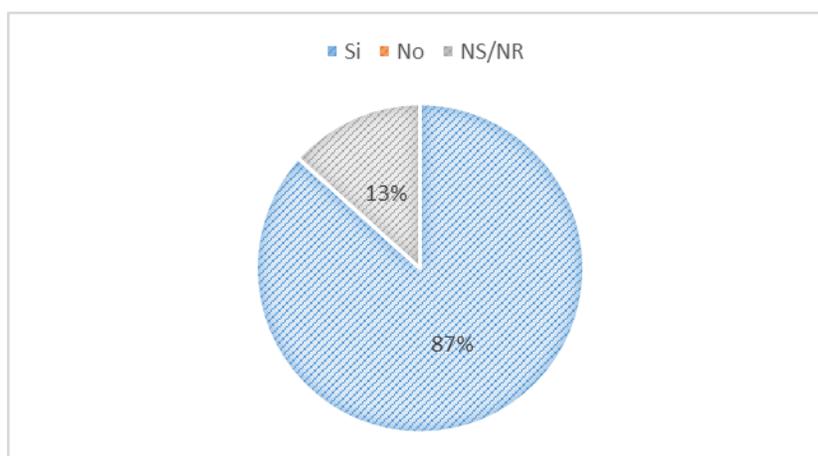
El personal de enfermería manifiesta conocer el proceso de prevención de caídas con un 87% y solo el 13% refiere no saber ni responder. Es bueno identificar con precisión el aspecto que se debe mejorar en el conocimiento de las guías de atención de buenas prácticas en la seguridad del paciente y por la respuesta positiva, la prevención de caídas es uno de sus fortalezas, pero el hecho que 13% no lo tenga claro puede ocasionar que rotule a pacientes con riesgo alto o bajo de forma equivocada y aumente los eventos adversos por las caídas de los pacientes.

8.24 Distribución porcentual del conocimiento del proceso de prevención de úlceras por presión por el personal enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 24 Distribución porcentual del conocimiento del proceso de prevención de úlceras por presión por el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Opinión	Cantidad	Porcentaje
Si	13	87%
No	0	0%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 24 Distribución porcentual del conocimiento del proceso de prevención de úlceras por presión por el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

De acuerdo a estos aportes se dice que el 87% del personal si conocen el proceso de úlceras por presión y el 13% no. Al igual que en la pregunta anterior, se identifica que éste proceso se encuentra fortalecido en su divulgación y que ha generado marca. Pero al igual que el proceso

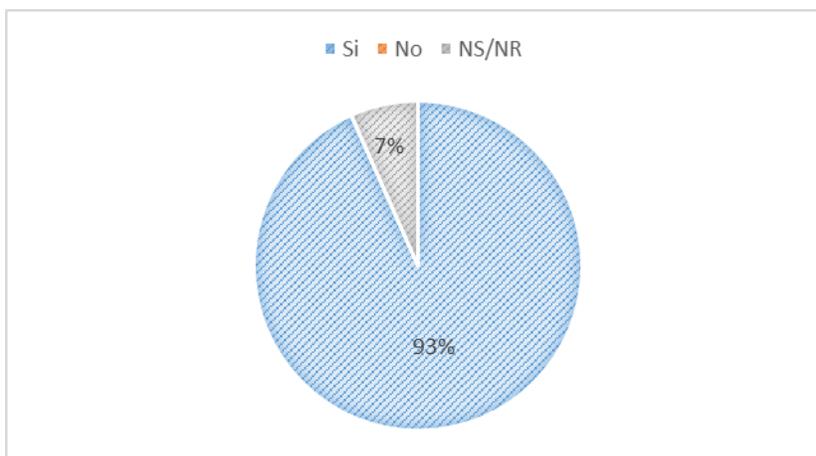
anterior que un 13% no lo conozca somete al riesgo a los pacientes porque aumentaría la estancia hospitalaria de estos y las infecciones ocasionadas por perdida de la continuidad de la piel.

8.25 Distribución porcentual del conocimiento del proceso cambio de equipos por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 25 Distribución porcentual del conocimiento del proceso cambio de equipos por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016

Opinión	Cantidad	Porcentaje
Si	14	93%
No	0	0%
NS/NR	1	7%
Total	15	100%

Grafica N° 25 Distribución porcentual del conocimiento del proceso cambio de equipos por el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

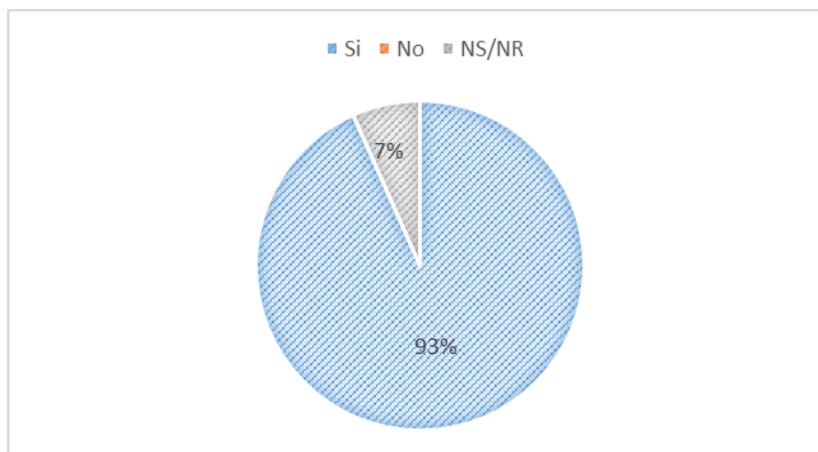
En esta pregunta el porcentaje de afirmaciones obtuvo un 93% contra un 7% con un no saber ni responder. Es de notar que éste tipo de procedimientos es mucho más común de ejecutar ya que se realiza en cada momento de la atención de los pacientes y que es más fácil de recordarlo cuando se hace. Pero el hecho que una 7% (una persona) no lo conozca pone en alarma al paciente porque aumentaría el riesgo de tener flebitis, estancia del paciente en unidad de cuidados intensivos y patologías diferentes por las que ingresa.

8.26 Distribución porcentual del conocimiento del proceso veno - punción periférica por el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 26 Distribución porcentual del conocimiento del proceso veno - punción periférica por el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Si	14	93%
No	0	0%
NS/NR	1	7%
Total	15	100%

Gráfica N° 26 Distribución porcentual del conocimiento del proceso veno - punción periférica por el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016



Análisis e interpretación.

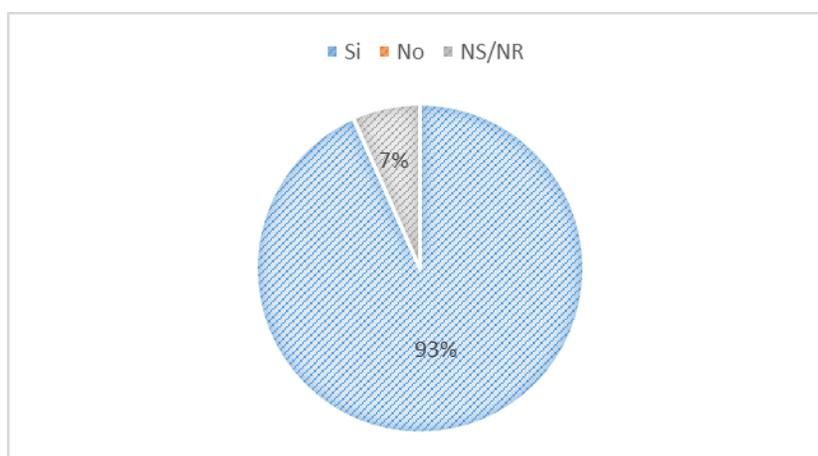
En este interrogante el 93% del personal de enfermería refieren conocer el proceso y solo un 7% no sabe ni responde. Al igual que en la anterior pregunta, éste tipo de procedimientos es mucho más común de ejecutar ya que se realiza en cada momento de la atención de los pacientes y que es más fácil de recordarlo cuando se hace. Pero el hecho que una 7% (una persona) no lo conozca pone en riesgo al paciente porque es por esta vía en donde puede ser la entrada de infecciones que ocasionarían su muerte. Para este tipo de procedimientos, el 100% del personal debe conocerlo y realizarlo de manera efectiva.

8.27 Distribución porcentual del conocimiento del proceso identificación de pacientes por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 27 Distribución porcentual del conocimiento del proceso identificación de pacientes por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Si	14	93%
No	0	0%
NS/NR	1	7%
Total	15	100%

Gráfica N° 27 Distribución porcentual del conocimiento del proceso identificación de pacientes por el personal del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación.

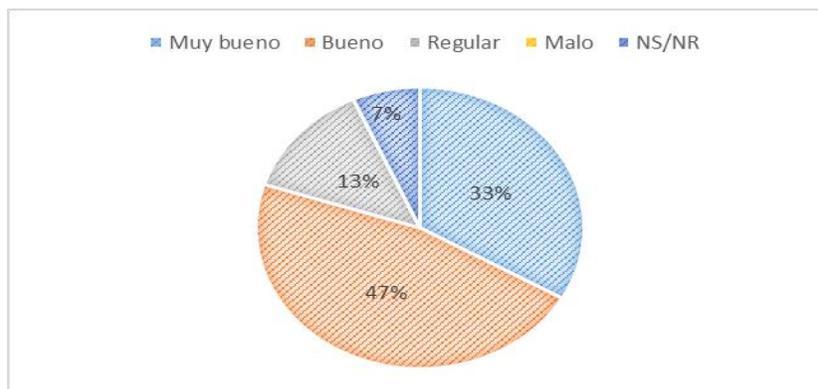
Al cuestionar el personal de enfermería, el 93% dice que si lo conocen y un 7% no sabe ni responde. Al igual que en la anterior pregunta, éste tipo de procedimientos es mucho más común de ejecutar ya que se realiza en cada momento de la atención de los pacientes y que es más fácil de recordarlo cuando se hace. Pero el hecho es que se puede hacer tan repetitivo que pueden ocurrir fallas y surgir los eventos adversos como una cadena consecutiva de no verificación. Cuando no se identifica los pacientes, estos son más vulnerables a presentar problemas en la atención de los servicios que se prestan y a que se comentan muchos más errores y demandas al personal involucrado.

8.28 Distribución porcentual consideración del proceso entrega de medicamentos a los usuarios por el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 28 Distribución porcentual consideración del proceso entrega de medicamentos a los usuarios por el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Opinión	Cantidad	Porcentaje
Muy bueno	5	33%
Bueno	7	47%
Regular	2	13%
Malo	0	0%
NS/NR	1	7%
Total	15	100%

Grafica N° 28 Distribución porcentual consideración del proceso entrega de medicamentos a los usuarios por el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación.

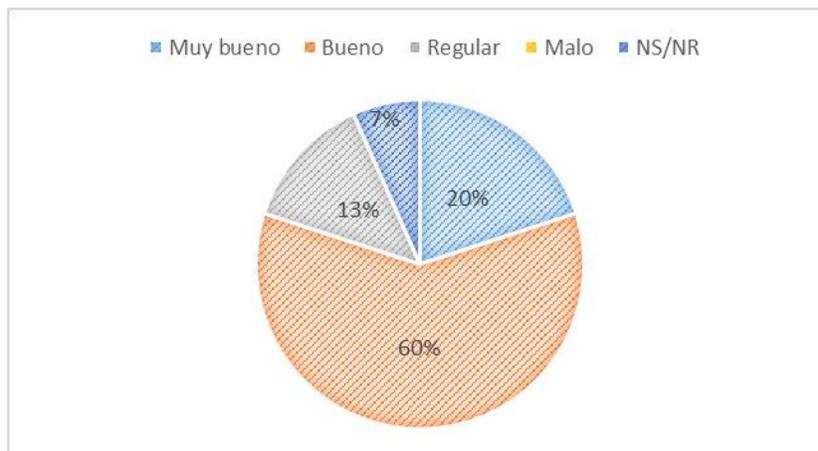
Los datos anteriores reflejan que un 47% lo percibe bueno, el 33% muy bueno, el 13% regular y el 7% no saben ni responde. En general el proceso de entrega de medicamentos es percibido de manera adecuada, pero el 20% lo perciben de una manera inadecuada, esto implica que se debe identificar en qué punto del proceso hay debilidades para así mejorarlas y no tener errores en la recepción de los medicamentos para administrarlos de forma segura.

8.29 Distribución porcentual consideración del proceso consentimiento informado en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 29 Distribución porcentual consideración del proceso consentimiento informado en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Muy bueno	3	20%
Bueno	9	60%
Regular	2	13%
Malo	0	0%
NS/NR	1	7%
Total	15	100%

Gráfica N° 29 Distribución porcentual consideración del proceso consentimiento informado en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación.

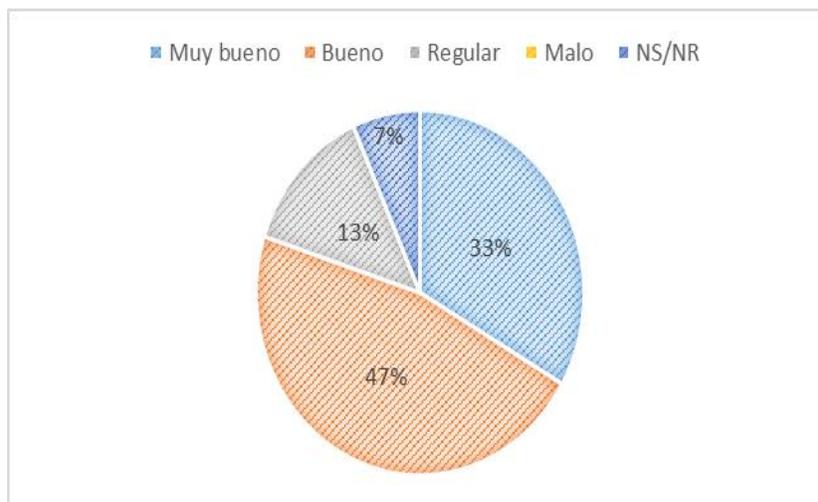
Según los datos anteriores el 60% consideran el proceso bueno, el 20% muy bueno, el 13% regular y el 7% no sabe ni responde. Estos resultados son positivos en cuanto a la valoración que el personal de enfermería le da al proceso de consentimiento informado y el hecho de que un 20% del personal lo considere regular o no sabe no responde, refiere que el proceso tiene sus deficiencias, implicaría que desconocen el procedimiento o que se debe de fortalecer desde los conocimientos básicos de la importancia que tiene efectuarlo de manera adecuada.

8.30 Distribución porcentual consideración del proceso de educación al paciente hospitalizado. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 30 Distribución porcentual consideración del proceso de educación al paciente hospitalizado. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Muy bueno	5	33%
Bueno	7	47%
Regular	2	13%
Malo	0	0%
NS/NR	1	7%
Total	15	100%

Gráfica N° 30 Distribución porcentual consideración del proceso de educación al paciente hospitalizado. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación.

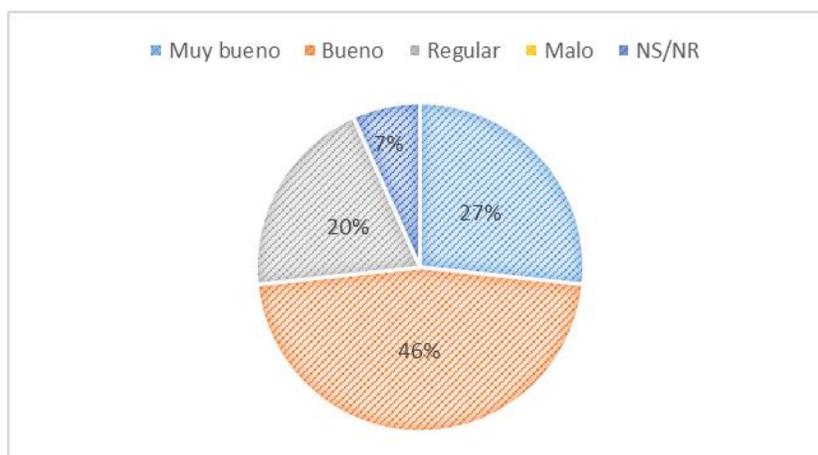
Los colaboradores consideran con el 47% que el proceso es bueno, el 33% muy bueno, el 13% regular y el 7% no saben ni responde. Estos resultados son positivos en cuanto a la calificación que el personal de enfermería le da al proceso de educación al paciente. Pero el 20% refiere que no se está realizando de manera adecuada la educación al paciente y esto conlleva en seguridad del paciente a una atención no segura y se tendrían retrocesos en la prestación de los servicios.

8.31 Distribución porcentual consideración del proceso de comunicación con los pacientes y entre el personal enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 31 Distribución porcentual consideración del proceso de comunicación con los pacientes y entre el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Muy bueno	4	27%
Bueno	7	46%
Regular	3	20%
Malo	0	0%
NS/NR	1	7%
Total	15	100%

Gráfica N° 31 Distribución porcentual consideración del proceso de comunicación con los pacientes y entre el personal de enfermería del servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación.

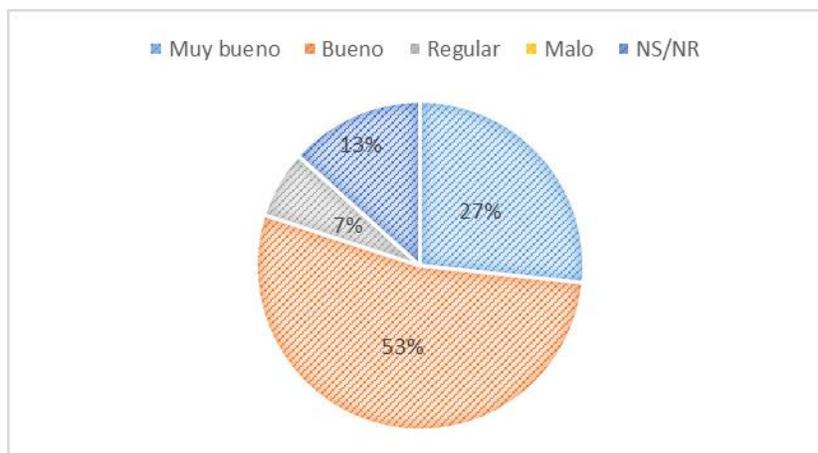
En esta pregunta el 46% indica que el proceso es bueno, el 27% muy bueno, el 20% regular y el 7% no saben ni responde. Esta percepción es buena en cuanto a la evaluación que el personal de enfermería le da al proceso de comunicación. La comunicación eficiente, clara y precisa es muy importante en el proceso de seguridad del paciente puesto que facilita el cumplimiento de las normas y reglamentos, pero el hecho que el 27% lo considere regular o no saben o responde, lleva a que el área de seguridad del paciente y el área de comunicaciones se unan para que definan mejores estrategias para la comunicación efectiva y eficaz con todo el personal.

8.32 Distribución porcentual consideración de la seguridad del proceso de cuidados intensivos para los pacientes. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 32 Distribución porcentual de la seguridad del proceso de cuidados intensivos para los pacientes. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Opinión	Cantidad	Respuesta
Muy bueno	4	27%
Bueno	8	53%
Regular	1	7%
Malo	0	0%
NS/NR	2	13%
Total	15	100%

Gráfica N° 32 Distribución porcentual de la seguridad del proceso de cuidados intensivos para los pacientes. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación.

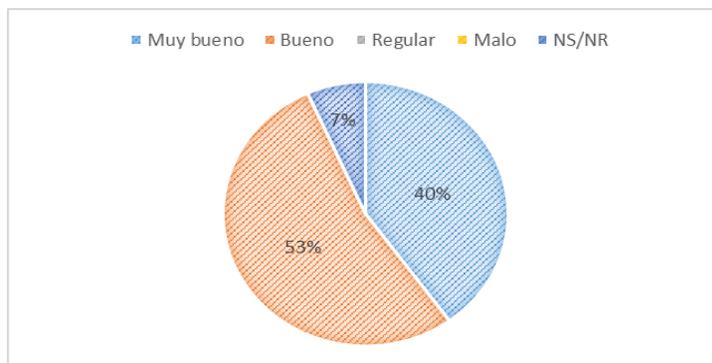
De acuerdo con la información obtenida el 53% indica que el proceso es bueno, el 27% muy bueno, el 13% no sabe ni responde y el 7% regular. Esto indica que la mayoría del personal tiene una percepción positiva del proceso de cuidados intensivos y que puede tener mejoras para que en general todos tengan una mejor apreciación.

8.33 Distribución porcentual consideración de la seguridad del proceso hemoderivados para los pacientes. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 33 Distribución porcentual de la seguridad del proceso de hemoderivados para los pacientes. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Opinión	Cantidad	Porcentaje
Muy bueno	6	40%
Bueno	8	53%
Regular	0	0%
Malo	0	0%
NS/NR	1	7%
Total	15	100%

Gráfica N° 33 Distribución porcentual de la seguridad del proceso de hemoderivados para los pacientes. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.



Análisis e interpretación.

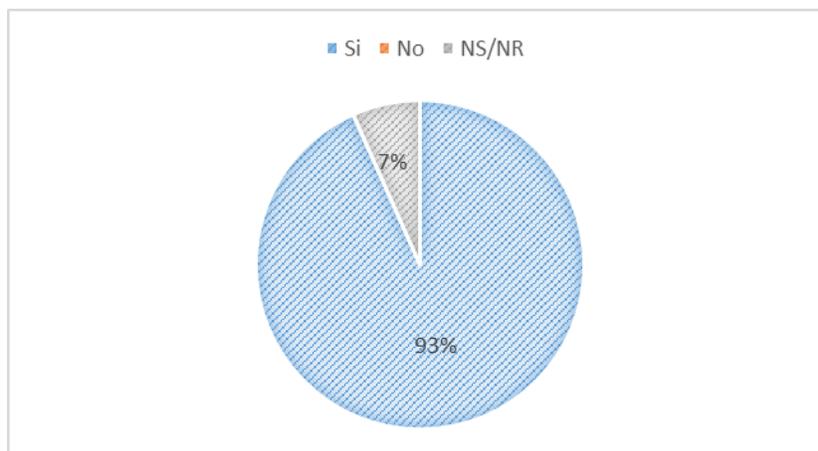
El personal manifiesta que dentro del proceso de hemoderivados el 53% dice ser bueno, el 40% muy bueno, y el 7% no sabe ni responde. Lo que refleja un buen funcionamiento del proceso y siendo el personal de enfermería los que administran éste medicamento, resulta positivo que lo evalúen de esta manera.

8.34 Distribución porcentual del conocimiento sobre procedimiento que se realiza en el servicio y el proceso para la administración de medicamentos, el cambio de equipos y cateterismo vesical. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 34 Distribución porcentual del conocimiento sobre procedimiento que se realiza en el servicio y el proceso para la administración de medicamentos, el cambio de equipos y cateterismo vesical. Clínica del norte. Bello.

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Si	14	93%
No	0	0%
NS/NR	1	7%
Total	15	100%

Gráfica N° 34 Distribución porcentual del conocimiento sobre procedimiento que se realiza en el servicio y el proceso para la administración de medicamentos, el cambio de equipos y cateterismo vesical. Clínica del norte. Bello.



Análisis e interpretación.

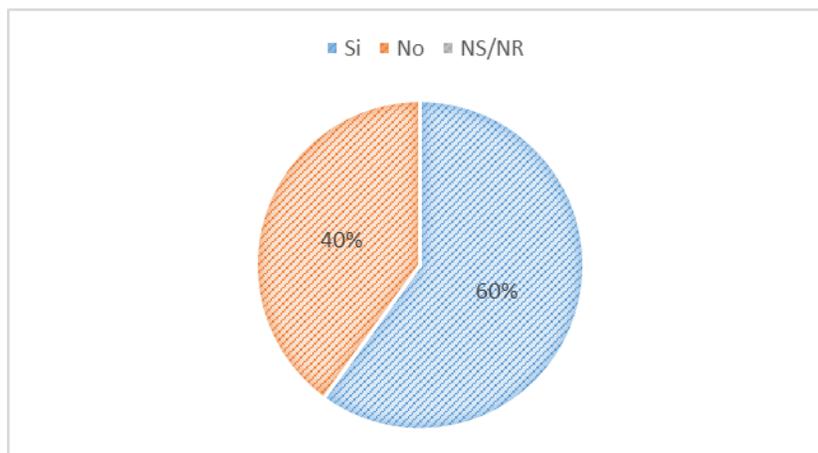
Según estos resultados con un 93% las personas encuestadas dicen conocerlos y solo el 7% no sabe ni responde. Estos resultados demuestran que el personal de enfermería si conocen el procedimiento y el proceso de administración de medicamentos, cambios de equipos y cateterismo vesical, lo cual es adecuado puesto que es tipo de actividades son las más delicadas que se realizan en cualquier institución de salud. Pero el hecho que una 7% (una persona) no sabe ni responde, en relación con proceso para la administración de medicamentos, el cambio de equipos y cateterismo vesical, con respecto a la seguridad del paciente conlleva que falta capacitación al personal o no se tiene socializado las guías y lleva a eventos adversos prevenibles.

8.35 Distribución porcentual consideración en cuanto a la información entre el personal que se recibe respecto al estado del paciente y los riesgos de eventos adversos. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 35 Distribución consideración en cuanto a la información entre el personal que se recibe respecto al estado del paciente y los riesgos de eventos adversos. Clínica del norte. Bello-Antioquia. 2016

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Si	9	60%
No	6	40%
NS/NR	0	0%
Total	15	100%

Gráfica N° 35 Distribución consideración en cuanto a la información entre el personal que se recibe respecto al estado del paciente y los riesgos de eventos adversos. Clínica del norte. Bello-Antioquia. 2016



Análisis e interpretación.

En este ítem de la encuesta el 60% del personal de enfermería refieren tener suficiente información cuando se realiza la entrega de turno, mientras que el 40% dicen que no hay suficiente información. Estos resultados indican la importancia de una entrega de turno completa y precisa para la continuidad del cuidado y así disminuir los riesgos que puede tener un paciente

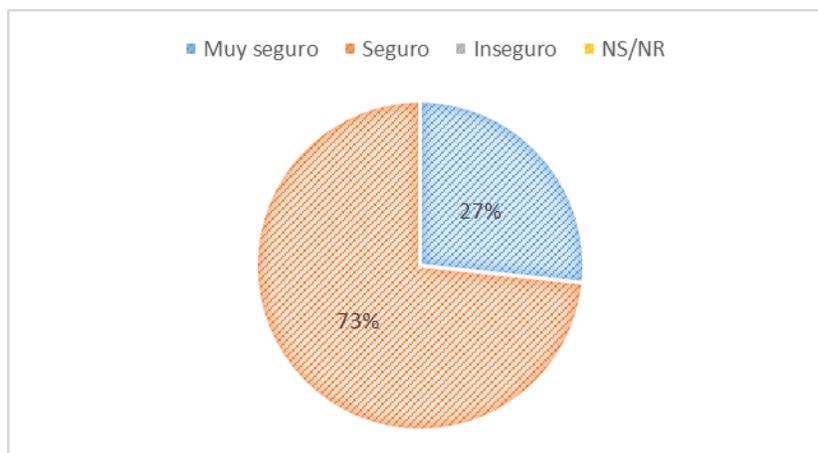
en la institución. El hecho que no se tenga esta información en relación con la seguridad del paciente puede generar eventos adversos prevenibles y eso significaría que el personal debe capacitarse para realizar una entrega de turno de manera eficaz y con calidad en donde se tenga toda la información necesario del estado de salud del paciente y de la continuidad del cuidado.

8.36 Distribución porcentual consideración en cuanto al traslado del paciente crítico en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello-Antioquia.2016.

Tabla N° 36 Distribución consideración en cuanto al traslado del paciente critico en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello- Antioquia. 2016

Opinión	Cantidad	Porcentaje
Muy seguro	4	27%
Seguro	11	73%
Inseguro	0	0%
NS/NR	0	0%
Total	15	100%

Gráfica N° 36 Distribución consideración en cuanto al traslado del paciente critico en el servicio de urgencias. Clínica del norte. Bello- Antioquia. 2016



Análisis e interpretación.

En este ítem de la encuesta el 73% del personal de enfermería refieren que es seguro el traslado de los pacientes y el 27% dicen que es muy seguro. Esta perspectiva es muy importante conocerla puesto que en un servicio con tantas entradas y salidas de usuarios aumenta el riesgo de eventos adversos y si el procedimiento es seguro, los indicadores disminuirían y causarían impacto en la ejecución de la política de clínica segura.

9. Discusión

De acuerdo con los resultados de este estudio, que caracterizó la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería del servicio de urgencias de Fundación Clínica del Norte, se encuentra en la actualidad la seguridad del paciente es una tendencia mundial que ha marcado grandes avances que permiten disminuir eventos adversos, que de acuerdo con resolución WHA55.18 de la OMS del año 2000 esta metodología requiere de la intervención de los profesionales de la salud, los pacientes, el entorno y demás fuentes generadoras del proceso de prestación del servicio, los cuales traen consigo diferentes problemáticas, que pueden impedir que los resultados obtenidos sean los esperados, como lo son la alta rotación del personal, el cual es uno de los hallazgos de esta investigación, se evidencia que el 60% de los encuestados que se encuentran vinculados a la institución hace menos de 30 meses, que al contrastar con el estudio realizado en Yumbo, Valle en 2014, “Cultura de la seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad”, realizado por Castillo S. Diana, se observa una relación en el cual el 57% de los encuestados refirió estar vinculado con la institución en un periodo de 12-60 meses, lo cual puede afectar la focalización de procesos y favorecer la ocurrencia de eventos adversos (Rosero Castillo, Y. 2014 p.41).

En el mismo estudio el 47% de la muestra está representado por personal técnico, lo que en nuestro estudio está representado por el 80%, la mayor parte del proceso es llevado a cabo por este grupo, por tanto todas las capacitaciones y actividades realizadas para el mejoramiento de las políticas de seguridad del paciente deben ir enfocadas en esta población, generando impacto y compromiso con la institución.

En relación con la percepción sobre el compromiso de la gerencia en dichos procesos el

40% en Fundación Clínica del Norte lo percibe de medio a bajo, en comparación con la investigación realizada por Castillo S. Diana en el 2014; ya mencionada anteriormente, en la cual el 45% manifiestan que “la gerencia del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y que es una de sus prioridades, pero aún existe la sensación que se actúa cuando hay la presencia de eventos adversos.” Lo cual indica que la administración no ha logrado el impacto esperado en el personal o no se han realizado las respectivas labores de manera eficiente como lo evidencia el poco conocimiento de los periodos de capacitación, de los cuales solo el 60% indican que se realizan trimestralmente y el 13% revela que no tiene conocimiento de dichas capacitaciones. Por lo cual se debe llevar a cabo distintas actividades que concientice los colaboradores acerca de la necesidad de actualización en los conocimientos para la atención del paciente, según lo indicado por Musayon Oblitas, Y., Torres Deza, C., Sánchez Díaz, E., & Chávez Cachay, E, 2005, p.67), quienes formulan modificaciones en los métodos de formación de enfermería implementando un entorno de aprendizaje, de comunicación abierta, que facilite al personal identificar, socializar y retroalimentar, evitando así los eventos adversos en la atención en salud.

Otro punto preocupante es la cantidad de reporte de eventos adversos, en el estudio: “Evaluación de efectividad de la política institucional de seguridad del paciente: evento adverso, desde la perspectiva de enfermería en una IPS de tercer nivel de atención. Bogotá D.C. en el año 2013, Ricaurte Sosa, Y. M (2014), evidencia que el 47% de los encuestados indican no haber reportados ningún evento adverso en los últimos 12 meses lo que guarda similitud con los resultados obtenidos en esta investigación 47%, lo cual es inquietante debido a que el 100% del grupo tiene contacto con los pacientes durante su jornada laboral, esta conducta de no reportar eventos adversos puede posiblemente representar una

percepción punitiva en la gestión de los eventos por parte del comité encargado como fue observado en el estudio publicado por The National Academy Press, Washington en su 1ª edición, GEORGHIOU, G. P., & TAYLOR, C. E. (1986), en el cual el 29.1% de los encuestados consideran que “al reportar sus errores, se vuelve en contra de ellos”. Por su parte, Sellera y Murillo. España, (2006) afirman que "el 33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y ésta no afecta al paciente éste no es reportado" lo que indica que no existe la cultura del reconocimiento del error y se obstaculiza cualquier posibilidad de aprendizaje en estos casos.

El desarrollo de esta investigación, la cual fue descriptiva, por el tipo de estudio deja algunos vacíos, en cuanto a la profundización de las respuestas que los colaboradores dieron porque no se podía ahondar en la explicación de éstas y se necesitan datos precisos para realizar estrategias de mejora.

Al desarrollar un estudio descriptivo se presentan barreras para reconocer las causales de la no implementación de las guías, es por esta razón que a raíz de este proceso investigativo se proponen estudios con enfoque cualitativo descriptivo con temas de humanización, calidad y liderazgo diferente como lo son trabajo de campo y observación directa, la cual arroje información más completa y precisa en cuanto al tema de seguridad del paciente, lo que se debe intervenir y de esta manera presentar un producto que impacte a la institución en cuanto a sus necesidades.

10. Conclusiones

Se encuestaron 15 personas entre los 20 y los 40 años de edad, de los cuales el 65% pertenecen a estratos socioeconómicos 2 y 3. El 93% refiere escolaridad técnica o tecnológica, en cuanto a la vinculación laboral el 80% se encuentra con contrato a término indefinido y el 20% en periodo prueba.

En relación con la experiencia, 7 es decir el 47%, de estas personas cuentan con experiencia laboral de 2,5 a 5 años, la vinculación a la institución está caracterizada por dos rangos de tiempo, menor a dos años con un 60%, el 33% con 2,5 a 5 años, solo 1 persona tiene una vinculación mayor de 5 años, es decir un 7%, lo que indicaría una alta rotación del personal en la institucional, lo cual puede afectar directamente los procesos y como tal en la política institucional de seguridad del paciente.

En relación con los conocimientos de las guías, procedimientos y protocolo, de los procesos primordiales como lo son cuidados intensivos y hemoderivados se observa en general una buena percepción, aunque es de considerar que un 7% de los encuestados calificó el primero como regular, por lo cual se debe realizar el respectivo análisis de causa para implementar acciones de mejora. Por su parte el conocimiento de guías y procedimientos clínicos como lo son cambio de equipos, cateterismo vesical, control de líquidos, entrega de medicamentos y demás se observó un indicador por encima del 90%.

Al indagar sobre la percepción de compromiso de la dirección con la política de seguridad del paciente se observa que el 40% de las personas considera que la gerencia de la clínica no muestra el apoyo adecuado a los procesos de capacitación, lo cual se evidencia en el desconocimiento de

los cronogramas de capacitación, de los cuales solo el 60% indican que se realizan trimestralmente y el 13% revela que no tiene conocimiento de dichas capacitaciones

Al investigar sobre la cantidad de EA diligenciados por el equipo de enfermería se evidencia que en los últimos 3 meses solo el 47% de los participantes en este estudio indica haber reportado, mientras que el 53% no había realizado ningún reporte. El 87% refieren conocer el proceso de notificación, y el 54% indica que se realiza la adecuada gestión del evento. Teniendo en cuenta lo anterior es importante encontrar la causa de la tasa de sub-registros determinando si el grupo considera que laboran en un entorno punitivo y por tal razón no se realizan los debidos reportes lo cual afecta de manera significativa la prevención de riesgos clínicos en la atención en salud, cabe resaltar que el 20% no tiene claridad respecto al comité de seguridad del paciente y la función que cumplen en la institución, por tanto se debe modificar la estrategia de formación e inducción del personal en este tema.

En cuanto a la percepción de la seguridad del paciente y los entornos seguros, solo el 54% de los encuestados considera el servicio de urgencias un entorno seguro para los pacientes, familias y el mismo personal, lo cual indica que el talento humano de la institución no está convencido de la calidad del servicio prestado, todo esto se vincula a que el 40% del personal encuestado los cuales consideran que no se tienen implementadas acciones de mejora frente a la seguridad del paciente.

En relación con varios procesos reconocidos como indispensables en la seguridad del paciente tales como identificación de pacientes, se evidencia que la gran parte del personal encuestado en este caso el 93%, conoce el proceso lo que permite que se fortalezca la seguridad

de los usuarios que ingresan a la institución, sin embargo es importante resaltar que hay 7% que no lo identifica y debería ser motivo de seguimiento.

En cuanto a los procesos de entrega de medicamentos el 47% lo percibe bueno, es necesario hacer un seguimiento a cuáles pueden ser las brechas en este procedimiento que lleva a que los auxiliares de enfermería no la vean en su totalidad de una manera correcta, si este proceso no es llevado de la mejor manera puede generar complicaciones de los usuarios.

El proceso de educación al paciente hospitalizado las personas encuestadas consideran con el 47% que el proceso es bueno, el 33% muy bueno, lo que da un porcentaje aceptable, sin embargo es cuestionable que el 20% restante no lo evidencien como un buen proceso, ya que el desarrollo de manera adecuada de este proceso se convierte en pilar fundamental puesto que hace que los usuarios se involucren y sensibilicen de la importancia de su cuidado y seguridad durante la permanencia de la institución.

En cuanto a la variable de la comunicación efectiva entre los pacientes y el personal de enfermería se identifica que el 46% indica que el proceso es bueno, el 27% muy bueno, aunque la mayoría de los encuestados percibe una buena comunicación, hay un 27% que no la reconoce como buena, esta práctica debe ser trabajada y sensibilizada directamente con los colaboradores de la institución, ya que son estos quienes deben facilitar a los pacientes todos los procesos y procedimientos en la clínica, es necesario la comunicación entre los colaboradores y pacientes sea eficiente, clara y precisa para fortalecer el proceso de seguridad del paciente puesto que facilita el cumplimiento de las normas y reglamentos.

Con respecto al consentimiento informado, el personal de enfermería lo percibe positivo con un 80% (bueno con un 60% y muy bueno con un 20%) que indica una aceptación del proceso que tiene relevancia en la seguridad del paciente, en donde se transfiere la responsabilidad al

usuario/familia de cada uno de los procedimientos o actividades que se realizan, pero el hecho de que el 13% lo considere regular y el 7% no sabe ni responde, muestra una clara deficiencia de que el personal no introyecta a cabalidad el proceso ya sea por la no socialización de éste o por no definir quién debe asumir el papel de la explicación, custodia y entrega de éste.

11. Recomendaciones

11.1 Para la Fundación Clínica del Norte

Se recomienda a Fundación Clínica del Norte buscar un modelo de motivación para la adherencia a la política institucional de seguridad del paciente logrando así una herramienta de gestión que permita al personal asistencial de urgencias lograr un trabajo en equipo, con el fin de hacer de esta un área competitiva y productiva de calidad con un cronograma estructurado y ejecutable de acuerdo a las falencias encontradas, el cual pueda ser calificado y evaluado para tener su respectiva retroalimentación y plan de mejora, fomentar la notificación interna y discusión en equipo de los errores que ocurren o pueden ocurrir, promoviendo la responsabilidad compartida y coordinación entre los diferentes actores.

Se recomienda a la institución disminuir en la rotación del personal de enfermería, puesto que en el servicio de urgencias son muy pocos lo que llevan más de un año en este servicio y no tienen conocimiento de muchos de los procesos que allí se realizan.

El personal de enfermería requiere más capacitaciones, que sean continuas acerca de las guías de seguridad del paciente, protocolos y procedimientos clínicos que se realizan en el servicio de urgencias de la Fundación clínica del norte, estas capacitaciones deben ser evaluables y medibles.

La política de seguridad del paciente de Fundación clínica del norte debe contener estrategias que impacten en el cumplimiento de la política de responsabilidad social para que así el personal

de enfermería se empodere de cada uno de los procesos institucionales y sea veedor de las actividades que realiza garantizando así un entorno seguro para el paciente .

Se recomienda gestionar y socializar los resultados de los incidentes y/o eventos adversos que hayan ocurrido en este servicio y proponer oportunidades de mejora continua.

La dirección de la institución debe comprender que su responsabilidad frente a este tema es compartida, directa e indelegable, ya que el análisis de los eventos adversos y sus respectivas acciones de mejora fortalecen los procesos de calidad.

Por último, no es pertinente omitir la alta demanda y complejidad del servicio de urgencias, lo que puede convertirse en una condición para que el personal pueda realizar su trabajo con seguridad, por lo cual se sugiere evaluar la cantidad de horas laboradas por turno para determinar si es o no adecuada la carga que tiene cada colaborador en su día a día

11.2 Para la fundación Luis amigo:

Se recomienda a la Universidad Luis amigó fortalecer las investigaciones que impacten en el sistema de salud y no sea sólo un prerrequisito para el título especialista en gerencia de servicios de salud, puesto que es importante que los temas a estudiar sean aplicables a lo que se vive en la actualidad en la atención en salud.

Es recomendable que se siga con la asesoría de la docente de investigación, para generar motivación en el tema a estudiar por parte de los investigadores.

11.3 Para nuevas investigaciones

Para nuevas investigaciones, es importante que primero se conozca el campo de aplicabilidad que se tiene de éstas, para generar un enfoque diferenciador de ver las situaciones que pasan en la cotidianidad en el sistema de salud y donde resulte siendo una necesidad realizar

investigaciones de éste tipo para toma de decisiones gerenciales.

Se proponen estudios con temas: cuidados humanizados, implementación de la seguridad del paciente en la atención prehospitalaria, en la atención domiciliaria y en otros ambitos; tanto cualitativos como cuantitavos de tipo descriptivo, la cual arroje información mas completa y precisa en cuanto al tema de seguridad del paciente, lo que se debe intervenir y de esta manera presentar un producto que impacte a la institución en cuanto a sus necesidades.

Bibliografía

- Alonso, M. D. (1979). Valoración Ética y Deodontología Médica. . *Colección del estudiante de medicina., Edición provisional*, 96-100.
- Aranaz , J., Aibar , C., Gea , M., & León, M. (2004). Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Medicina Clínica*, 123(1), 5-21.
- Blandón Graciano, G., Gómez Cruz, Y., Muñoz Rubio, C., & Zafra Cristancho, A. (2014). Seguridad del paciente desde el análisis del reporte de evento adverso en la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa, durante el año. 2010.
- Briceno Pineda, T., Suarez Carvajal, M., & Tolo. (2014). Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Santander HUS. Doctoral dissertation. Universitario de Santander.
- Castillo Solís, D. C., Tello Brito, T. M., & Rosero Castillo, Y. (2014). Cultura de la seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad Yumbo Valle 2014. Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia: Universidad Católica de Manizales.
- Espinal García, M., Yepes Gil, L., & García . (2012). *Seguridad del paciente: aspectos generales y conceptos básicos*. Obtenido de Ministerio de Salud República de Colombia: www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx
- Fajardo-Dolci, G. (Septiembre-Octubre de 2010). Seguridad del paciente. *Cirugía y Cirujanos*, 78(5), 379-380.

- Gamboa Penagos, M., & Carvajal Lozano, F. (2011). *Programa de seguridad del paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el Hospital Serafín Montaña Cuellar ESE de San Luis Tolima*. Hospital Serafín Montaña Cuellar ESE de San Luis Tolima., San Luis.
- Georghiou, G., & Taylor, C. (1986). Pesticide resistance: Strategies and Tactics for Management. *Board on Agriculture: Committee on Strategies for the Management of Pesticide Resistant Pest Populations*, 157. Washington, DC, EE.UU.: National Research Council.
- Gómez, O., Arenas, W., González, L., Garzón, J., Mateus, E., & Soto, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá Colombia. *Revista Ciencia y enfermería*, XVII(3), 97-111. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2003). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. INSTITUTE OF MEDICINE: NATIONAL ACADEMY PRESS, Committee on Quality of Health Care in America. Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.
- Ministerio de la Protección Social . (2007). *Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud*. . República de Colombia, Estudio IBEAS. Bogotá D.C.: Fundación FITEC. Obtenido de <http://www.saludcordoba.gov.co/portal/descargas/legislacion/guias-manuales/pacientes.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política social. (2009). *Prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Recuperado el 24 de marzo de 2016, de amcg.org.mx/images/docs/patients

- Muiño Míguez, A., Jiménez Muñoz, A. B., Pinilla Llorente, B., Durán García, M. E., Cabrera Aguilar, F. J., & Rodríguez Pérez, M. P. (2007). Seguridad del paciente. *Anales de medicina interna*, 24(12), 602-606.
- Musayon Oblitas, Y., Torres Deza, C., Sánchez Díaz, E., & Chávez Cachay, E. (2005). Relación entre el estilo de aprendizaje y el rendimiento académico de estudiantes de enfermería. *Enfermería Universitaria*.
- OMS. (2010). *IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica*. OMS Organización Mundial de la Salud., RESEARCH: Better knowledge for safer care. Ginebra: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
- PROGER. (2010). *Paquetes Instruccionales: Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud*. República de Colombia. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social. Obtenido de <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
- Ricaurte Sosa, Y. M. (2013). Evaluación de efectividad de la política institucional de seguridad del paciente: evento adverso, desde la perspectiva de enfermería en una IPS de tercer nivel de atención. Bogotá D.C. . *Maestría thesis*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá D.C.
- Rodríguez Espinel, J. (2012). Análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería. *Doctoral dissertation*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Ruelas, E., Sarabia, O., & Tovar, W. (2007). Seguridad del Paciente Hospitalizado. México: Editorial Médica Panamericana.

Vásquez Franco, C., & Pérez trujillo, M. (2011). Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”: Guía para la implementación del Programa Nacional de Tecnovigilancia en el Hospital General de Medellín. *Revista Ing. Biomed*, 5(9), 60-78.