

ACUERDO NO. 1743 CON FECHA DEL 12 de febrero de 2015 DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

“Percepción de los profesionales de enfermería sobre seguridad del paciente en un hospital pediátrico de cuarto nivel, Bogotá ”

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

PRESENTA(N): **YINA ROCÍO HERNÁNDEZ DÍAZ**

DIRECTOR(A) DE TESIS: **DRA. NANTLIASHIMAR RODRÍGUEZ MURGUÍA**

Octubre, 2022

ASUNTO: Carta de liberación de tesis.

Aguascalientes, Ags., 7 de octubre de 2022.

LIC. ROGELIO MARTÍNEZ BRIONES
UNIVERSIDAD CUAUHTÉMOC PLANTEL AGUASCALIENTES
RECTOR GENERAL

P R E S E N T E

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

“Percepción de los profesionales de enfermería sobre la seguridad del paciente en un hospital pediátrico de cuarto nivel, Bogotá”

Elaborado por **Yina Rocío Hernández Díaz**, considerando que cubre los requisitos para poder ser presentado como trabajo recepcional para obtener el grado de **Maestría en Ciencias de la enfermería**.

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

ATENTAMENTE



Dra. Nantli Ashima Rodríguez Murguía
Directora de tesis

Bogotá 7 septiembre 2022

A Quien Corresponda
Presente

Asunto: Responsiva de integridad académica

Yo, Yina Roció Hernández Díaz con matrícula AMCO17275, egresado del programa *Maestría en Ciencias de la Enfermería*, de la Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes, identificado con IFE-INE o CC, N°52446935, pretendo titularme con el trabajo de tesis titulado:

“Percepción de los profesionales de enfermería sobre la seguridad del paciente en un hospital pediátrico de cuarto nivel, Bogotá”.

Por la presente Declaro que:

- 1.- Este trabajo de tesis, es de mi autoría.
- 2.- He respetado el Manual de Publicación APA para las citas, referencias de las fuentes consultadas. Por tanto, sus contenidos no han sido plagiados, ni ha sido publicado total ni parcialmente en fuente alguna. Además, las referencias utilizadas para el análisis de la información de este Trabajo de titulación están disponibles para su revisión en caso de que se requiera.
- 3.- El Trabajo de tesis, no ha sido auto-plagiado, es decir, no ha sido publicado ni presentado anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4.- Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presentan en el trabajo de tesis, constituirán aporte a la realidad investigada.
- 5.- De identificarse fraude, datos falsos, plagio información sin citar autores, autoplagio, piratería o falsificación, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes, Instituto de Educación de Aguascalientes, la Secretaria de Educación Pública, Ministerio de Educación Nacional y/o las autoridades legales correspondientes.
6. Autorizo publicar mi tesis en el repositorio de Educación a Distancia de la Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes.



YINA ROCIO HERNANDEZ DIAZ
(yinarocyo@hotmail.com- 3105774650)

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	<i>i</i>
DEDICATORIA	<i>ii</i>
RESUMEN	<i>iii</i>
ABSTRACT	<i>iv</i>
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1 Planteamiento del problema	8
1.1.1 Contextualización	10
1.1.2 Información internacional	11
1.1.3 Información nacional	13
1.1.4 Definición del problema.....	19
1.2. Pregunta de Investigación	22
1.3. Justificación	22
1.3.1. Conveniencia	25
1.3.2. Relevancia social	26
1.3.3. Implicaciones prácticas	29
1.3.4. Utilidad teórica.....	31
1.4. Hipótesis	31
CAPÍTULO II MARCO TEORICO	35
2.1. Historia de la enfermería	38
2.2 Análisis conceptual del proceso de atención en enfermería	41
2.3 Análisis conceptual de la seguridad del paciente	56
2.4 Marco referencial de la seguridad del paciente y la relevancia durante la atención de enfermería	65
CAPÍTULO III METODOLOGIA	77
3.1. Objetivo	78
3.1.1. General	78
3.1.2. Específicos	79
3.2. Participantes	79
3.2.1 Criterios de inclusión	79
3.2.2 Criterios de exclusión	80
3.2.3 Criterios de eliminación	80
3.3. Escenario	80

3.4. Instrumentos de recolección de información	81
3.5 Procedimiento	82
3.6 Diseño del método	84
3.6.1 Diseño	84
3.6.2 Momento de estudio	84
3.6.3 Alcance del estudio	85
3.7 Operacionalización de las variables	85
3.8 Análisis de datos	87
3.9 Consideraciones éticas	87
CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	90
4.1 Integración de datos (sociodemográficos, estadística descriptiva)	91
4.2. Información general de los encuestados	92
4.2.1. Composición por genero de los participantes	92
4.2.2. Experiencia profesional con relación a la edad	93
4.2.3. Edad de los participantes	94
4.3 Frecuencia de respuesta positivas por dimensiones	95
4.3.1. Dimensión 1. Área o unidad de trabajo, trabajo en equipo.....	95
4.3.2 Dimensión 2. Coordinador o tutor clínico. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	96
4.3.3 Dimensión 3. frecuencia de incidentes reportados aprendizaje organizativo y mejoras continuas.	97
4.3.4. Dimensión 4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente.....	98
4.3.5. Dimensión 5. Comunicación e información sobre errores	99
4.4 Frecuencia de respuesta positivas por preguntas por proporciones	100
4.5 Frecuencia de errores reportados relacionados con la atención en salud.	107
4.6 Resultados de la estadística inferencial.....	108
CAPÍTULO V DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	110
CONCLUSIONES	123
ANEXOS	131
Anexo 1.....	132
Anexo 2.....	133
BIBLIOGRAFÍA	138

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Indicadores y dimensiones del instrumento.....	85
Tabla 2 Sección A Trabajo en equipo	100
Tabla 3 Sección B Jefe inmediato	103
Tabla 4 Sección C Comunicación	103
Tabla 5 Sección D Frecuencia de eventos adversos / errores reportados	104
Tabla 6 Sección E Grado de seguridad de paciente	105
Tabla 7 Sección F Institución	106
Tabla 8 Sección G Número de eventos adversos / errores reportados.....	107
Tabla 9 Percepción del personal sobre la atención de forma segura de los pacientes.....	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Identificación del genero de los participantes.....	93
Figura 2. La experiencia profesional en relación con la edad.....	93
Figura 3. Edad de lo participantes.....	94
Figura 4. Estado civil de los participantes	95
Figura 5. Detalle de trabajo en equipo	96
Figura 6. Detalle de expectativas y acciones del supervisor	97
Figura 7. Frecuencia de incidentes reportados	98
Figura 8. Detalles de seguridad del paciente	99
Figura 9. Comunicación e información sobre errores.....	100

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a la Doctora Nantli Rodríguez guía de mi taller de tesis para optar el título de Maestría en Ciencias de la Enfermería, a la Universidad Cuauhtémoc de México por abrirme las puertas al saber, la ciencia y el conocimiento, a todos y cada uno de los docentes que en el tiempo que se adelantó este estudio permitieron la adquisición del conocimiento.

A mi familia por su apoyo, entrega y paciencia durante el desarrollo de los estudios, a Dios por darme el impulso para el desarrollo de este proceso en pro de fortalecer mi desarrollo profesional, y aporte al cuidado de la vida y aporte a mi profesión como disciplina.

Al Hospital de la Misericordia (HOMI) que de manera amable permitió la recolección de la información necesaria, de igual forma permitió el uso de la institución para realizar la aplicación del instrumento para la recolección de la información y por supuesto el permitir abordar los profesionales de Enfermería, para eventos del análisis de la investigación, es así como también agradezco a amigos familia que de una u otra forma acompañaron el proceso y brindaron apoyo y motivación para culminar esta meta.

DEDICATORIA

En primer plano gracias a Dios, fuente de todo Conocimiento y Sabiduría. Mi tesis la dedico a mi esposo Andro Eric Acevedo a mi hijo Joshua Matías Acevedo; por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad, por su apoyo permanente, por animarme en los momentos en que así lo necesitaba, por el tiempo en el cual no pude estar presente en el desarrollo de muchas actividades de importancia, por la perseverancia y ayuda para la culminación de este proyecto, en pro del cumplimiento de mis sueños y crecimiento profesional, que también es el de ellos.

A mis padres por apoyar mis aspiraciones en el transcurso de mi formación, por forjar la persona que soy, por inculcar en mi la perseverancia para lograr las metas propuestas.

RESUMEN

Teniendo en cuenta que la identificación de los factores que llevan a la presencia de eventos adversos y en la presencia de errores durante la atención del paciente, se determina hacer análisis de los factores relevantes a nivel hospitalario. El objetivo de la investigación fue valorar que percepción tenían los profesionales de enfermería en relación con la cultura de seguridad del paciente en un hospital pediátrico de IV nivel de complejidad, Bogotá, 2022.

Para el desarrollo de la investigación se empleó un diseño no experimental, dirigido a los profesionales de enfermería, el instrumento que se usó como medio de recolección de información fue CEHSP (Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la Seguridad de los Pacientes). Se aplicó en una población de 50 profesionales de enfermería. Por otro lado, se aplicó el método estadístico Rho de Spearman para determinar la correlación entre las variables del instrumento, donde existen una relación positiva y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y los factores que intervienen con la seguridad del paciente, sentir de los profesionales de enfermería en el servicio de medicina interna del hospital pediátrico, con un nivel de significancia de $p < 0.05$ este análisis de datos se realizó mediante el software SPSS 22.

A manera de conclusión, los diferentes aspectos analizados por los enfermeros en su lugar de trabajo, aportaron para identificar que existe una cultura de seguridad del paciente y que se hace un trabajo arduo en pro de la adecuada adherencia de todos los empleados.

Palabras Claves: Calidad en salud, seguridad del paciente, acción correcta, actividades de atenuación, amenazas para la seguridad del paciente.

ABSTRACT

Taking into account that the identification of the factors that lead to the presence of adverse events and the presence of errors during patient care, it is determined to analyze the relevant factors at the hospital level. The objective of the research was to assess what perception the nursing professionals had in relation to the culture of patient safety in a pediatric hospital of IV level of complexity, Bogotá, 2022.

For the development of the research, a non-experimental design was used, aimed at nursing professionals, the instrument used as a means of collecting information was CEHSP (Questionnaire for hospital nurses on Patient Safety). It was applied in a population of 50 nursing professionals. On the other hand, the Spearman's Rho statistical method was applied to determine the correlation between the variables of the instrument, where there is a positive and significant relationship between the culture of patient safety and the factors that intervene with patient safety, feeling of the nursing professionals in the internal medicine service of the pediatric hospital, with a significance level of $p < 0.05$, this data analysis was performed using SPSS 22 software.

As a conclusion, the different aspects analyzed by the nurses in their workplace are determined, they contributed to identify that there is a culture of patient safety and that hard work is done in favor of the adequate adherence of all employees.

Keywords: Quality in health, patient safety, correct action, mitigation activities, threats to patient safety.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, la seguridad del paciente se ha analizado derivado de la documentación y estudios realizados en las diferentes instituciones de cuidado, en las cuales se reportan eventos adversos e incidentes tanto prevenibles como no prevenibles; lo anterior se realiza en pro de la detención o análisis de los diferentes eventos reportados, hecho que permite que se lleven a cabo estudios rigurosos y a la generación de nuevas estrategias que mitiguen el fenómeno, por lo que se ha optado por la creación de los grupos encargados de los diferentes análisis y se ha llegado a generar nuevo conocimiento tal como lo indico en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2021, en donde se muestran los altos costos que genera para las instituciones la presencia de estos eventos, tanto en atención, con el tiempo.

Teniendo en cuenta que el tema como tal ha sido tratado desde años atrás, y que a partir del año 2000, con la publicación del libro “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se determinó que la mayoría de los eventos sucedidos se atribuye al proceso de administración de medicamentos, precedido por las caídas, dado por desconocimiento, poco compromiso, y la no adherencia a la cultura de seguridad del paciente por parte de algunos profesionales.

Por otra parte, la seguridad del paciente en los últimos tiempos tomó importancia y se ajusta a las diferentes normas de rigurosidad para la habilitación de los servicios de salud en las instituciones, se identifica en los últimos tiempos el aumento en el control con relación al trabajo en equipo frente a la prevención de los diferentes eventos, a la mitigación y detección de los incidentes que se pueden prevenir. Por medio de los diferentes mecanismos que por norma se han instaurado a partir de las diferentes instituciones y entes gubernamentales que tienen un compromiso con el cuidado de los valores individuales y de los diferentes grupos, generando competencias de las organizaciones prestadoras de salud, en donde los profesionales tratan de deliberar en la concientización y apropiación de su rol de cuidado para no generar daño, ni lesión e inculcar y trabajar de manera comprometida con la cultura de generación de seguridad del paciente.

Para efectos de la investigación se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la percepción de los profesionales de enfermería frente a la seguridad del paciente teniendo en cuenta las dimensiones que más influyen con relación a la seguridad del paciente, durante la atención de salud, en el servicio de pediatría de medicina interna en una institución de cuarto nivel de complejidad de Bogotá, Colombia? Esta surge a partir de la observación que se ha realizado en el hospital HOMI de cuarto nivel de complejidad, este lugar fue de elección dado que desarrollo mi ejercicio profesional en esta institución, al ser de cuarto nivel de complejidad permite realizar el abordaje y análisis respecto a la seguridad del paciente de una manera amplia, para dar respuesta a las necesidades identificadas y continuar con el aumento y adherencia al programa de seguridad del paciente.

Los eventos están relacionados por el ejercicio que se desprende del cuidado de los profesionales de Enfermería, por los insumos no disponibles, las intervenciones asistenciales, entre otras. Parte de la justificación de este proyecto radica en que se requiere de la realización y planteamiento de propuestas que permitan mejorar tanto la adherencia como la aplicación de los procesos y programa de seguridad del paciente, para lograrlo se requiere de compromiso y participación de todas las disciplinas que se involucran en el cuidado del asistencial en hacer cumplir los protocolos y acrecentar la seguridad del paciente en la institución.

Al aplicar el instrumento para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad de los pacientes se profundiza sobre el tema y el abordaje en seguridad del paciente, los riesgos del entorno, las relaciones jerárquicas y la incidencia en los diferentes actores que brindan cuidado. La respuesta de los diferentes niveles de atención frente a los múltiples reportes o información que en ocasiones no se suministra de manera oportuna, limita la intervención pertinente para el control de la presencia y repetición de dichos eventos. Es así como con relación a la parte de la comunicación se evalúan las diferentes intervenciones que puedan ocasionar lesiones a los pacientes como lo son, la presencia de eventos relacionados con la práctica de la administración de fármacos y los derivados del cuidado del paciente.

Con referencia a la práctica clínica y el lugar y los componentes para el desarrollo de la atención del cuidado de la salud, simultáneamente el abordaje de seguridad del paciente se considera como el conjunto de elementos basados en

evidencias vividas, las cuales con el respectivo análisis, se trabaja en pro de disminuir los riesgos de presencia de eventos en la entidad, desencadenando así la prevención de eventos adversos o la realización de seguimiento riguroso para dar respuesta en intervención oportuna, representadas en planes de mejora.

De igual forma el análisis de los eventos facilita la dinámica e intervención de las diferentes disciplinas encargadas del cuidado asistencial de los pacientes, la información recolectada para el análisis es el medio para dar solución y lograr la reducción de la incidencia de los eventos. Es así como asegurar los procesos de calidad persiguen el mejoramiento continuo ante la presencia de eventos que se presenten, permitiendo así la conformación de grupos de seguridad de paciente y cultura de seguridad de este.

En concordancia, se trabajó por capítulos en los cuales se desarrolló el tema general encontrando en el primer capítulo la profundización del planteamiento del problema un abordaje holístico por la historia tanto nacional, internacional y local de la seguridad del paciente en el cual además se valora la relevancia social y las implicaciones propias. De igual forma en el capítulo dos se aborda el marco teórico que da el sustento teórico de la investigación, con un breve recuento de la historia de la enfermería, análisis conceptual y marco de referencia que indica los estudios de la cuantificación y la caracterización del riesgo clínico; así como el entendimiento de los desencadenantes que propician la presentación de eventos adversos, así como el análisis de su impacto. En el tercer capítulo se describe el grupo de procedimientos con los que desarrollo la investigación. Con relación al capítulo

cuatro y cinco en donde se plasmó el desglose de los resultados de la aplicación del instrumento encuesta de seguridad del paciente, se realizó su análisis, formulación de propuestas y recomendaciones finales, por medio una formulación de matriz FODA evidenciando las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que la seguridad del paciente es vista como los mecanismos que se han adecuado basados en evidencias, para evitar o mitigar las acciones derivadas de las malas prácticas al prestar un servicio en una institución de salud, independientemente del servicio en el que sucedan los eventos. El tema se ha convertido en las últimas épocas en el centro del cuidado del paciente cuando de niños se trata, teniendo en cuenta a todos los profesionales que tienen contacto directo e implicación con respecto a los eventos e incidentes. Los profesionales de enfermería imparten los conocimientos y brindan de manera directa el cuidado, “en el año 1999 la publicación del informe del Instituto Americano de Medicina “ To Erris Human: Building a Safer Health System” marcó un antes y después en la concienciación de profesionales, autoridades y público general sobre la seguridad del paciente” quienes inicialmente fueron los que evaluaron los problemas que afectaban el cuidado del paciente y promovieron la generación de seguridad del paciente.

Los mismos informes presentados en 1999 publicados por el instituto Americano de Medicina “To Erris Human: Building a Safer Health System” sentaron una nueva pauta cultural frente a la concepción general de profesionales, autoridades y público general sobre la seguridad del paciente. Teniendo en cuenta que dentro de los estudios realizados se presume que los eventos adversos son de las causales recurrentes de muerte en los hospitales pediátricos de EE. UU., afectando una proporción razonable de los pacientes que ingresan a los servicios pediátricos. La seguridad del paciente según los diversos programas instaurados

son la carta de presentación de las entidades de salud en donde su medición e indicadores las catalogan como hospitales o unidades seguras o no seguras.

1.1 Planteamiento del problema

Desde finales del siglo XX, ha cobrado mayor relevancia la evaluación y seguimiento de la calidad de los servicios de salud, ya que el incremento de la demanda por estos ha presentado crecimientos sostenidos en los últimos años, mayor a la capacidad de adaptación de los diferentes sistemas de Salud, provocando que las estrategias para la satisfacción de estas nuevas demandas provengan de un mejor uso de los recursos escasos en este caso, desde parámetros de calidad. “La medicina ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa” (Muiño Miguez & Jimenez Muñoz, 2007, pp. 602).

El realizar acciones de mejora para el crecimiento en calidad de la atención en salud, no atiende una lógica, sino una dinámica de mejora continua para que el equipo de salud sea consiente con el análisis de la responsabilidad al genera cuidado, de la implicación legal que esto acarrea y que los profesionales tengan en cuenta que “el número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, y no el deterioro de la calidad de atención” (Parra, 2017, pp. 286).

Por ende, la discusión está abierta frente al impacto de una cultura de aseguramiento del paciente, donde se busca desde la cultura comunitaria una comunicación irrestricta sobre la seguridad del paciente, fallas, errores y se oriente a incorporar los aprendizajes recibidos por los eventos adversos para que no se repitan, ardua labor, para tal los prestadores de servicios de salud, deben desarrollar un seguimiento continuo de estos indicadores con miras al progreso en el establecimiento de una cultura estable y sostenida de seguridad del paciente.

Según el Ministerio de Salud (2010) en cuanto a la cultura de seguridad del paciente esta es determinada por la:

“integral donde cada uno de sus actores sean estimulados como parte importante apoyados por sus jefes en una comunicación abierta y asertiva fortalecida por la educación continua, difusión de los resultados y mejoras de calidad; un entorno abierto y justo sin miedos a castigos creando un valor de compromiso en la seguridad del paciente”(pp.102).

La percepción de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de pediatría directamente en medicina interna con relación a la seguridad del paciente es tomada como un modelo riguroso determinado por las clínicas y hospitales encargados del cuidado de la salud, en donde todos los actores que la conforman indican que los entes deben transformar, mejorar y adherirse a la cultura de seguridad del paciente. De esta forme se tiene en cuenta “que las organizaciones se han venido concientizando de la importancia de transformar y mejorar la cultura de seguridad del paciente, pero para hacerlo primero es necesario medirla y

evaluarla; las encuestas han sido un valioso instrumento para tal fin” (Gimenez Marin & Rivas Ruiz, 2016, pp. 363).

El hospital de IV nivel de complejidad en el cual se desarrolló la investigación es una institución que ha realizado un gran trabajo en relación al desarrollo de la cultura de seguridad del paciente, esto derivado del nombre que esta institución tiene y al ser un gran referente de la atención pediátrica en Colombia, se ve como una institución de alta calidad, que cuenta con interés por la cultura de seguridad del paciente, teniendo en cuenta que una buena cultura de seguridad del paciente genera gran reconocimiento frente a los entes que rigen estos procesos a nivel nacional e internacional.

1.1.1 Contextualización

Teniendo en cuenta que la percepción de seguridad del paciente es para el presente uno de los temas de referencia para las instituciones prestadoras de servicios de salud, se identifica que el trabajo en equipo y la buena comunicación, intervienen como elementos principales en la detección o análisis de los eventos adversos, por medio de los cuales se genera un seguimiento y análisis que crea un impacto a nivel institucional, implementando así una política o cultura de seguridad del paciente en donde se canaliza la parte ética, moral y profesional de los diversos grupos y personas que generan el cuidado de los pacientes en las instituciones prestadoras de salud.

1.1.2 Información internacional

La amplia discusión acerca de la Seguridad del Paciente a nivel internacional ha sido importante para el desarrollo de un ecosistema de la calidad por parte de las organizaciones de este sector a nivel global, la Organización Mundial de la Salud definió la seguridad del paciente como: "la reducción de los riesgos de daños innecesarios relacionados con los cuidados de la salud, para un mínimo aceptable, siendo considerada una dimensión de la calidad de la asistencia" (Organización Mundial de la Salud , Organización mundial de la salud, 2019, pp. 17). Teniendo en cuenta que algunos autores definen el fenómeno de la seguridad como la mitigación de accidentes o lesiones prevenibles producidas al brindar una atención en salud, pero durante la atención por las diferentes disciplinas se presentan una combinación compleja de procesos, procedimientos, intervenciones y tecnologías que contribuyen a condicionar la presencia de eventos prevenibles, los cuales se presentan con frecuencia. Al remontarnos a la década de los 50 y 60, iniciaron a aparecer estos términos, sin mostrar en el momento la relevancia que hoy en día hace parte.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2004, desarrolla la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, con el ánimo de aumentar las intervenciones relacionadas con los factores de seguridad del paciente en el marco de la prestación de servicios de salud, garantizando de esta forma el fortalecimiento y la instauración de los programas de seguridad del paciente, previniendo y dando respuesta oportuna ante la presencia de los eventos relacionados con la atención del paciente.

El Consejo de Europa en el año 2006 en su intervención propone que a nivel asistencial todas las instituciones prestadoras de salud deben adherir a sus sistemas y protocolos el programa de Cultura y Seguridad del paciente, en el caso de esta investigación relacionada al cuidado del paciente pediátrico, como proceso de mejora ante los eventos ya reportados y los que fueron prevenibles de generar lesión. En junio de 2009 el Consejo de la Unión Europea emitió las “Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria” (European Comission, pp.64).

El MSSSI, alineado con los conceptos internacionales, decidió en el 2005 se debía creas una estrategia de seguridad del paciente para el Sistema Nacional de salud SNS en colaboración las entidades públicas y agregando las tácticas que éstas ejecutan en el desarrollo de su competencia en la prestación de servicios de Salud. Se persigue principalmente mitigar y gestionar eficiente los riesgos prevenibles dentro de una cultura de seguridad del paciente, con las capacidades profesionales, y la implementación de protocolos con menor riesgo, así como la integración de los diferentes intervinientes, desde lo regional hasta un alcance globalmente desarrollado.

Teniendo en cuenta el estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (ENEAS) en el cual se realizó el análisis en 24 hospitales de España, en donde los parámetros de inclusión fueron paciente que llevarán alrededor de 24 horas de estancia hospitalaria con un límite de estancia hospitalaria

de 42 714 días, en este estudio se evidencio un porcentaje bajo en cuanto a la presencia de eventos adversos que tuvieron relación con el proceso de atención de salud, en donde obtuvo un porcentaje de 9.4% en presencia de eventos adversos, con un incidencia de 1.2%, los para metros que se tuvieron en cuenta en este estudio con relación a la presencia de eventos adversos fue de una relación de 100 paciente día, arrojando como resultado que la incidencia de los eventos fue de 8,4%, con una prevalencia de eventos en el proceso de administración de medicamentos. (Dirección de General de la Agencia de Calidad del , 2016).

1.1.3 Información nacional

Referente a la parte nacional, la Cultura de Seguridad del paciente es uno de los eslabones principales en el proceso de atención del paciente, ya que se cataloga como uno de los criterios de buena atención y de acreditación para los hospitales en Colombia, a este proceso se le ha denominado como hospital seguro, en donde lo que se quiere generar es una cultura de seguridad del paciente, resaltando a toda costa la concientización de brindar un cuidado de salud por parte de todos los actores comprometidos en esta acción.

Este proceso ha determinado una cadena de acciones todas en caminadas en evitar el error durante la atención en salud, dentro de las actividades propuestas se encuentra la generación de conciencia frente al cuidado y de allí la importancia del reporte consiente y a tiempo, que asegure y brinde al paciente seguridad y

estabilidad para la resolución de la patología que lo aqueje. Es así como se ha hecho llamado a todos los profesionales que de una u otra forma intervienen en el proceso de atención en salud de los pacientes hospitalizados, llevando a cabo brigadas de información y transmisión de datos relevantes que permitan la identificación de manera oportuna de los eventos adversos o lesiones de paciente, para así generar una respuesta activa e inmediatamente de análisis grupal de los actores que se ven involucrados en el proceso de cuidado.

Por parte de los directivos se tiene el plan de la escucha y del análisis de los profesionales que directamente se ven inmersos ante un evento adverso asociado al cuidado de la salud; en este sentido se trabaja en la conciencia del reporte de los eventos a tiempo, ya que por cultura se percibe que al reportar un evento es causa de señalamiento, de un echo punible, en donde se juzgar a quienes causaron el evento o el error y esto, no ha permitido llegar a un 100% de los reportes, generando así una demora en el análisis y mucho peor en la intervención para prevenir la incidencia de los mismos, en este sentido la promoción de una cultura justa es fundamental para el trabajo proactivo en la implementación de prácticas seguras, prevención y detección de fallas latentes y activas (Parra , 2017).

Los procedimientos efectuados por el personal de salud frente al paciente pediátrico llevan implícito el riesgo de generar errores o eventos adversos que pueden desencadenar infortunios secundarios derivadas del proceso de cuidado en la atención al paciente, dado por la vulnerabilidad que se vive en esta edad atarea y teniendo en cuenta que el niño depende de terceros para el desarrollo de sus

actividades y cuidado. Con respecto a la parte asistencial se ha documentado la incidencia de eventos a nivel del proceso de administración de medicamentos en mayor cantidad, dado por la dosificación en estos paciente teniendo en cuenta que para ello se requiere del manejo de peso para poder calcular las dosis pediátricas o dosis bajas, por ende quienes ejercen el rol del cuidado en pediatría deben ser profesionales que estén certificados en esta área de cuidado debe ser personal idóneo, con experiencia y profundización en el área.

Teniendo en cuenta la identificación de los eventos de manera oportuna se debe trabajar en la educación de los cuidadores y de la comunidad, evaluar así los eslabones que desencadenan la presencia de dichos eventos, dentro de los que se encuentra el clima laboral, el acceso a elementos para el desarrollo de las actividades, el trato que se tiene con el personal, el manejo o disposición de la educación continuada para que el personal este a la vanguardia. El evento adverso se define como “el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Los infortunios pueden concluir con incapacidad temporal o permanente y la prolongación innecesaria de la permanencia en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Teniendo en cuenta que con frecuencia los eventos se relación con la manifestación de las infecciones, complicaciones por dispositivos vasculares y por el proceso de administrar fármacos. Para lograr una sensibilización y una toma de conciencia por parte de los actores implicados en el desarrollo de la labor es

importante tener en cuenta los siguientes aspectos: saber que como humanos se corre el riesgo de cometer errores, proponer y tomar medidas preventivas y correctiva en pro de la disminución de eventos y lesiones a los pacientes (Alvarado , 2016).

La variedad de investigaciones desarrolladas frente al tema con una visión amplia, teniendo en cuenta el marco internacional y nacional genera el compromiso de valorar los campos en cuanto a la capacidad que poseen los profesionales en enfermería para dar respuesta oportuna y sensibilización frente a las intervenciones realizadas las culés devén tener implícito un alto sentido de la responsabilidad, de la aplicación de los conocimientos científicos. Que con la ayuda de la enfermería basada en la evidencia permita la generación de un cuidado holístico en marcado por la responsabilidad que cumpla altos niveles de calidad, llevando de esta forma a las instituciones acreditadas a ejercer su papel de manera íntegra como instituciones generadoras de altos estándares de cuidado. Sin embargo, estudios indican fallas en la calidad y seguridad de la atención, con ocurrencia de eventos indeseados perjudicando de esta forma la imagen de la organización de la salud (Cuadros, 2017).

De esta forma el ministerio de protección social emana en sus comunicados estar atentos a escuchar a los pacientes sus peticiones y quejas las cuales relatan y hacen el reflejo de la atención que les están brindando y sobre esta percepción ya que puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultados que indica a quienes están de frente al proceso cambios o transformaciones frente al

proceso. La evaluación de la satisfacción de los pacientes ha sido adoptada por las instituciones de salud como una estrategia para alcanzar un conjunto de percepciones relacionado con la calidad de la atención recibida, con la cual se puede adquirir información que beneficie la organización de esos servicios (Freitas, 2016).

La gestión de los riesgos propios de la atención priorizada a nivel mundial, regional, y local el enfoque de calidad de vida de los pacientes, como para la sustentabilidad de los sistemas de salud. De este modo debe generarse entornos seguros en las instituciones que prestan el servicio de salud, que propendan por brindar comodidad y ambientes seguros en marcados en altos estándares de veracidad y que lleven a la generación de un ambiente seguro para los pacientes durante la permanencia de ellos en las instituciones, derivados por la comodidad, las buenas prácticas, la señalización visual adecuada, la generación de oportunidad de cuidado permanente por parte de gente idónea que proporcione el 100% de confiabilidad frente al desarrollo del ejercicio profesional.

Dentro del marco de entornos seguros se encuentra la atención la adecuación de las instalaciones en cuanto a infraestructura apropiada para el cuidado que no permita la generación de intervenciones que de una u otra forma exponen al paciente ante la posibilidad de sufrir algún accidente, lo cual lleva a las instituciones prestadoras de salud a pensar en la mejora de los entornos como lo son los pisos adecuados para el tránsito de niños con señalización pertinente para las diferentes edades, mejor iluminación, estabilidad de las sillas, acceso para

personas en condiciones de vulnerabilidad, adecuación de pasamanos que permitan a los usuarios estar seguros y brinden confort en los pacientes. Esta recomendación, aunque es general, debe fortalecerse en los pacientes pediátricos y sus cuidadores (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

En 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país, buscando la eliminación o al menos la reducción en la recurrencia de eventos, promovió una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad (Ministerio de Protección Social, República de Colombia., 2007). La cual tuvo como objetivo mantener los lineamientos que rigen a las instituciones prestadoras de salud, unificar el manejo y trabajar en la prevención de eventos que se presenten a causa de la atención en salud, en donde la implementación de las Guías a nivel de las instituciones tiene como finalidad brindar en conjunto una atención segura, una acción rápida ante el reporte oportuno con el respectivo análisis e intervención y disminución de la incidencia en cuanto a eventos adversos.

En pro de la generación se ha incorporado tanto avances científicos a nivel internacional como nacional con distintas instituciones de alto reconocimiento por su calidad científica, avances en programas de seguridad de pacientes y adherencia a los diferentes protocolos que como finalidad tienen la protección específica y la prevención en los pacientes que se encuentren hospitalizados, llevando de esta forma a la generación de una conciencia y un refuerzo ético en los profesionales en los que su carácter y liderazgo en la ejecución de las prácticas apropiadas lleven a las instituciones a altos niveles de calidad.

Se resalta de esta manera la implementación del modelo pedagógico para el diseño de los paquetes es el ABP (aprendizaje basado en problemas) que busca discernir desde diferentes aportes incorporando un análisis complejo e integral en busca de llevar los temas de análisis a la formulación de grandes preguntas problemas que dinamizan la discusión de los reportes y por medio de dinámicas grupales se llega a un consenso en la generación de intervenciones propias del cuidado. Teniendo como punto de referencia el análisis no en busca de culpables sino en busca de llegar al porque suceden los eventos de esta forma mitigar y avanzar en los procesos de análisis, soluciones, que permitan generar líneas de investigación generadoras de intervenciones para que la adherencia a los protocolos sea de forma segura.

1.1.4 Definición del problema

Determinar los factores, que pone de manifiesto en riesgo la integridad de los pacientes, dado por el proceso de atención en salud, ejecutado por los profesionales de la salud, en donde se identifican los diferentes factores que influyen en la generación de acciones de cuidado a los pacientes que requieren atención asistencial. De esta forma poder aportar en la mejora de la calidad de atención en salud por medio del análisis de experiencias de los profesionales que directamente imparten las acciones de cuidado estas acciones deben ser eje de atención en los diferentes servicios y se documentan para que de allí se tengan elementos clave en pro de generar conocimiento basado en vivencias reales que lleven a la generación

de ambientes seguros. Teniendo en cuenta que este ejercicio nos lleva a una forma de valoración de los problemas en pro de generar una experiencia de cuidado de la salud y propuesta de soluciones en marcadas en calidad y seguridad del paciente con base en las teorías sistemáticas para obtención de hallazgos acordes a las necesidades actuales.

Al reconocer que la atención en salud lleva implícito la posibilidad de generar riesgos o lesiones en los pacientes, demanda en la atención aumento en los costos, los cuales causan un impacto a nivel económico y social, en miras del mejoramiento de la calidad de en la a tensión y de manera alterna tratar de disminuir de los costos en la misma, es necesario la implementación de programas y propuesta que lleven a el manejo de la prevención generando así los nombres de las instituciones lleguen a una alta mención, de esta forma puedan tener altos estándares de atención, reconocimiento y posicionamiento en el mercado de la salud, como instituciones seguras que desarrollen políticas en marcadas en cuidados específicos determinados por experiencias de los usuarios, efectividad y eficacia clínica, en marcado en un cuidado con calidad y efectivo para las personas, en cuanto a los costoso de ben se acordes con la población el costo de vida actual.

A nivel de Colombia las dificultades en la construcción de redes de cuidado integrado para dar cumplimiento y respuesta a las necesidades es limitado por la tecnología, la contratación del talento humano, la falta de compromiso de los actores a nivel gubernamental y las escasas políticas públicas que generen unificación y exigencias para la atención segura. Teniendo en cuenta que el cuidado debe ser

orientado en dar respuesta a las necesidades de la población centrados en la persona basados en la teoría clásica del conocimiento en donde indica que el cuidado de la salud es un sistema complejo y adaptativo, se ve la necesidad de que todas las instituciones de salud fomenten Guías de adaptación a la seguridad de paciente y que a nivel gubernamental las hagan cumplir y de esta forma avanzar en bienestar del usuario tanto interno como externo.

Los estudios realizados en el área de la salud llevan al análisis e intervención oportuna en cuanto a la presencia de eventos adversos, teniendo en cuenta que estos son de gran importancia en la medición de la calidad de los servicios de salud, dando de esta manera herramientas de trabajo que pueden aportar en el desarrollo de guías, metodologías, intervenciones oportunas que propendan por la salud pública, por la integridad de los usuarios por la institución. La promoción de la cultura para el paciente es de vital impacto para la implementación de medidas protectora, seguras y eficientes en prevención y detección de fallas latentes y activas (Parra, 2017). El cuidado del paciente vulnerable lleva implícito el riesgo de la equivocación determinado por eventos adversos que pueden ocasionar daños, complicaciones, secuelas o incluso la muerte. Las intervenciones en caminadas a prevenir la presencia de errores tienen un fuerte valor en la sensibilización del cuidado, notificación del error y un adecuado proceso de conocimiento de las actividades a desarrollar.

1.2. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la percepción de los profesionales de enfermería frente a la seguridad del paciente teniendo en cuenta las dimensiones que más influyen con relación a la seguridad del paciente, durante la atención de salud, en el servicio de pediatría de medicina interna en una institución de cuarto nivel de complejidad de Bogotá, Colombia?

1.3. Justificación

Este trabajo se justifica dado que el personal de enfermería debe conocer y ser consciente de la importancia de su rol que ejerce como cuidador de la salud, en el área de hospitalización pediátrica, teniendo en cuenta el estado de vulnerabilidad que el sujeto de cuidado tiene en esta edad etaria, de esta forma poder hacer visible las debilidades, fortalezas, amenazas y las oportunidades que de la investigación se generen para lograr una mejor acogida y adherencia a el programa de seguridad del paciente en condición de hospitalización. De esta manera lograr en los profesionales una reflexión de su actuar ético y mitigar el impacto de la presencia de los eventos adversos o incidentes que se derivan de la atención de enfermería.

La calidad de atención proporcionada a los usuarios incide en el ámbito de percepción de la atención en salud; en relación a un tratamiento adecuado y una buena atención se traducirá en una reducción del número de niños afectados por eventos adversos a causa de una inadecuada atención del personal asistencial; el

que un niño cuente con una buena salud disminuye la intervención económica por parte de la familia que se encarga de su cuidado; teniendo en cuenta que en la enfermedad se aumenta el costo dado que se debe hacer gastos adicionales en medicamentos, insumos para el cuidado entre otros. De igual forma al realizar intervenciones de enfermería con la priorización requerida, a través del proceso de atención en enfermería (PAE), al aplicar este proceso se observa que existe menos riesgo de presentar eventos adversos y de esta forma evitar la larga estancia del paciente pediátrico, lo cual finalmente conlleva al incremento estancia hospitalaria y costos para las familias que requieren del cuidado.

Por ello, el Hospital de cuarto nivel en el que se desarrolla este análisis tiene que establecer herramientas que permitan la evaluación de la atención de los servicios a través del nivel de conocimiento, aplicación y adherencia al PAE, por parte de los profesionales de enfermería con el objetivo de garantizar la seguridad de la atención del paciente la efectividad en los tratamientos y en las intervenciones, buscando la satisfacción de los usuarios en la atención brindada. El contenido de esta investigación enriquecerá el proceso y estudio del tema con relación a la seguridad del paciente, generando de esta forma nuevas ideas de estudios de proyectos y desarrollo de investigaciones que propenden por un cuidado asertivo, en donde se aborde la percepción del usuario en este caso acompañante de los niños hospitalizados, los cuales pueden brindar datos precisos relacionados con las experiencias vividas durante la hospitalización, de igual forma pueden dar a conocer la percepción del cuidado, el trato al usuario, el manejo frente a las intervenciones

dadas por los profesionales del cuidado, demostrando la adherencia que se tiene al proceso de atención de enfermería.

Para el logro del objetivo se entiende que el tema tiene que ser visto desde el punto de vista de las personas que se ven afectadas por los diferentes procedimientos realizados y que derivado de este cuidado se genera una lesión, un incidente grave, un evento adverso, entre otros; de allí la importancia de escuchar y atender al usuario del servicio, ya que en muchas ocasiones la información que brindan es el eslabón que nos acerca a la recopilación de la información necesaria para dar respuestas positivas y generar una cultura de cambio que impacte de manera positiva tanto a la persona afectada, como a la institución prestadora de salud.

De esta forma se resaltan los diferentes estudios de investigación que se desarrollen en torno de la prestación de servicios de salud, con la plena convicción de la generación de un impacto positivo, frente a la creación de nuevos mecanismos, normas e intervenciones que estén en pro del cuidado de la salud y la corrección de los errores que lleven a lesiones secundarias a los pacientes. El estudio permitirá conocer las vivencias y experiencias que tienen los profesionales de enfermería que laboran en la institución y de esta forma poder hacer visible las falencias y dar respuesta en cuanto a la adherencia de la cultura de seguridad del paciente; también reflejar la insatisfacción con respecto a la atención prestada, lo cual permitirá tener la información necesaria para tomar las medidas correctivas y lograr una satisfacción plena de los usuarios, pudiendo identificar las fuentes del

error para mitigar su recurrencia. Por otro lado, la consulta de fuentes bibliográficas diversas enriquece con información de lo que sucede en otros países, lo cual permite complementar con lo aprendido en la Maestría en Ciencias de la Enfermería de la Universidad Cuauhtémoc de México.

1.3.1. Conveniencia

Este estudio es conveniente dado por que el concepto de error en el actuar de la Enfermería es relativamente nuevo y se refiere a las diferentes equivocaciones o errores ocurridos durante la atención de los pacientes derivadas de las diferentes intervenciones a las que se deben ver sometidos los pacientes, así como los son los procedimientos invasivos como pasos de sondas, canalización de accesos venosos, cuidados de heridas quirúrgicas, atención de traumas, administración de medicamentos y algunos derivados de las condiciones del paciente como los son quienes tienen limitada la movilidad y con mayor propensión a presentar lesiones de piel de no recibir el cuidado indicado, así como la presencia de caídas durante la estancia hospitalaria.

De todas las anteriores condiciones mencionadas se evidencia que la aplicación del Proceso de Atención en Enfermería (P.A.E) es un procedimiento que engloba la recolección de datos, el diagnóstico de Enfermería, la planificación, la implementación y la evaluación. Según Chanes, Chanes & Kushara (2009), enfatizan que "el P.A.E constituyen un instrumento eficaz para la seguridad de los

pacientes” (pp.7). De igual forma se debe tener en cuenta los diferentes factores que intervienen en el cuidado como lo son el medio en el que se desarrolla, las relaciones interpersonales, los insumos que se tienen para la prestación del servicio, la relación con los compañeros, el ambiente laboral, la carga laboral, el tipo de trabajo, el trabajo en equipo entre otros, factores que influyen en la seguridad del paciente. Al no cumplir adecuadamente con las directrices del Proceso de Atención de Enfermería para la profesión se pierde el trabajo realizado teniendo en cuenta que el PAE es el sustento teórico y disciplinar que soporta la ejecución del cuidado.

Con esta base de análisis, el presente trabajo e investigación busca generar un informe que plasme el nivel que maneja la institución en cuanto a la adherencia al proceso de seguridad del paciente, identificando oportunidades, falencias y proponiendo planes de mejora que sirvan para la mejora del proceso a nivel de la institución “Hospital de cuarto nivel de atención pediátrica de Bogotá”; la cultura de seguridad del paciente se cumple dentro de los estándares requeridos, permitiendo evaluar cuál es la metodología que emplean dichos profesionales al momento de brindar la atención en salud, para identificar la causal en la presentación de incidentes y eventos adversos.

1.3.2. Relevancia social

La relevancia que la presente investigación aporta a nivel social se relaciona con la sensibilización de los profesionales de las diferentes disciplinas que intervienen en el cuidado con la importancia de la seguridad del paciente durante

las diferentes intervenciones de cuidado con relación a las actividades que cada uno desarrolla, para poder aportar de manera positiva en la rehabilitación y pronta recuperación del paciente que se encuentren hospitalizados. El presente análisis es de mucha importancia a nivel del desarrollo profesional, dado que en los últimos años se ha intentado lograr una conciencia en cuanto a la cultura de seguridad del paciente, implicando de esta forma la importancia de la participación de la sociedad, teniendo en cuenta que al realizar sensibilización a los profesionales y una toma de conciencia con el fin de gestionar y mitigar los eventos y mejorando los indicadores de calidad, minimizando errores, en procura de un adecuado cuidado con calidad humana, seguro, continuo y oportuno.

El Proceso de Atención de Enfermería es considerado como un instrumento, cuya aplicación es indispensable para la actuación del profesional, como lo aseguran varios autores (Reyes E, 2009. Diaz Gómez; 2012. Gomis D, 2009), ya que les permite a los profesionales enfermeros organizar, optimizar y priorizar los cuidados; hecho que conlleva a las enfermeras/os a disminuir notablemente el número de errores, al momento de brindar atención sanitaria a los usuarios que la requieren. Es por ello, que el propósito de la presente investigación es determinar cuáles son los factores relevantes que propician la generación de eventos adversos o incidente e identificar la causa y la opinión de los profesionales que se encargan de la atención directa de los pacientes pediátricos. Es por ello, que los propósitos de la investigación es determinar cuáles son los factores relevantes que propician la generación de eventos adversos o incidente e identificar la causa y teniendo en cuenta las vivencias de los profesionales que ejecutan el cuidado de manera directa.

Teniendo en cuenta las encuestas de satisfacción del paciente las cuales indican una posible razón que genera este proceso como lo asegura la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

“la calidad de los servicios de salud es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, y calidad percibida en los servicios de salud, es decir, la que está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos; corresponde a la satisfacción razonable de su necesidad después de la utilización de los servicios” (Gestion de la calidad en educacion medica, una propuesta de evaluaciontotal, 2018).

Sin embargo, las fallas, las deficiencias, negligencias y errores en la atención de salud general en la aplicación del cuidado un sinnúmero de consecuencias nefastas que podrían llevar a la muerte del sujeto de cuidado dentro de estas acciones se encuentra lesiones por caídas, daños adicionales, enfermedades derivadas del cuidado, el tema de la seguridad del paciente se constituye en una prioridad con la que se intenta la adherencia a los procesos de atención del paciente por cultura de seguridad del mismo.

En resumen, se debe buscar mejorar la calidad de los datos, eliminar las críticas destructivas, desechar factores que no contribuyen al desarrollo del conocimiento dentro de la profesión logrando una concepción rica y pertinente de la realidad; es la única manera de influir positivamente y ver la realidad. Teniendo en cuenta que la disciplina de enfermería tiene. Como sustento científico el Proceso de

Atención en enfermería se debe trabajar por esta identidad y trabajar en pro de realizar la priorización en el cuidado al aplicar el instrumento y de esta forma lograr disminuir a gran escala la presencia de evento e incidente algunos de ellos prevenibles y otros no.

1.3.3. Implicaciones prácticas

Esta investigación se desarrolla ya que, en el servicio de medicina interna de pediatría del hospital, servicio en el cual se presentan ciertos eventos adversos derivados de la atención de enfermería, cuando surge el usuario como objeto misional del proceso de atención, de deben priorizar a un alto nivel posible con el fin de generar indicadores de satisfacción óptimos, con respecto a los servicios que se ofrecen con el fin de desarrollar los pilares de la cultura de calidad que se buscan, con la percepción y evaluación de la experiencia de los usuarios como insumo.

“El cambio debe dirigirse hacia una transformación de la actitud y enfoque de los trabajadores, aceptando toda referencia, queja e inquietudes de los clientes” (Marlen, Cornejo, Sumba, 2017). A nivel institucional existen algunos mecanismos por medio de los cuales se pueden identificar, evaluar y realizar seguimiento de manera oportuna a casos espéieles que puedan llegar a ser casos de eventos adversos o incidentes, como los son encuestas de atención al usuario, satisfacción del paciente, atención al usuario entre otros.

Los usuarios externos, en este caso los pacientes tienen una percepción diferente a la del personal que imparte el cuidado, la inclusión de estas variables como referencias quejas, inquietud y reclamo de los pacientes, proporcionan información valiosa para el mejoramiento permanente de las actividades dentro de una institución de salud u otra organización. Teniendo en cuenta que para el cliente interno o funcionarios estas acciones son una agresión a su actuar profesional, ayuda de cierta forma a plantear y desarrollar propuestas que disminuyan la incidencia de estos factores como objetivo de las estrategias de seguridad del paciente. "Para cambiar la forma de entrega del servicio se tiene que empezar a forjar una cultura con base en el usuario, tomando en cuenta que hay que buscar el bienestar y comodidad del paciente antes que la de los demás, con esto dicho la cultura de un centro hospitalario debe tener como derecho primordial el brindar un excelente nivel con respecto a la calidad del servicio" (Pluas & Navarro , 2016).

Par lograr que el usuario se sienta a gusto con la atención y cuidado se debe contar con un adecuado ambiente laboral, una asignación pertinente en cuanto a carga laboral, dotación de insumos de calidad para mejorar la atención por parte de los profesionales, realizar actualizaciones con relación. A los diferentes conocimientos que se deben garantizar para brindar un cuidado con calidad y sin poner en riesgo al sujeto de cuidado. Generar por medio de actualizaciones y educación adherencia y sentido de pertenencia por parte de los profesionales que ejercen el proceso de cuidado en la parte asistencial generando una cultura de seguridad del paciente, para lograr disminuir la incidencia de eventos adversos.

La toma de conciencia genera un grado de responsabilidad ética frente al desarrollo y adherencia al proceso de cultura de seguridad del paciente, creando de esta forma a nivel institucional un nombre de prestigio determinado por hospitales seguros, lo que avala a las instituciones de salud como instituciones seguras. La importancia de la cultura organizacional dentro de un hospital es importante dado porque, “Muy aparte de constar de una cultura orientada al logro profesional, se tiene que formar una cultura enfocada a los usuarios y pacientes; una vez, que se logre conseguir potenciar una cultura interna se podrá obtener personas satisfechas por medio del servicio de atención que se brinde” (Costa, 2016).

1.3.4. Utilidad teórica

Las conclusiones que surjan del presente proceso académico en la investigación desarrollada pueden servir de insumo para el desarrollo de posteriores trabajos e investigaciones, relacionados con la cultura de seguridad del paciente y la mitigación del cuidado por medio de la identificación e intervención oportuna de los factores que contribuyen a la presencia de eventos adversos.

1.4. Hipótesis

H0:

La percepción de los profesionales de enfermería frente a la seguridad del paciente no es adecuada y no todas las dimensiones se correlacionan de igual manera con la seguridad del paciente, durante la atención de salud en el servicio de

pediatría de medicina interna en una institución de cuarto nivel de complejidad de Bogotá.

Hi:

La percepción de los profesionales de enfermería frente a la seguridad del paciente es adecuada y todas las dimensiones se correlacionan de igual manera con la seguridad del paciente, durante la atención de salud en el servicio de pediatría de medicina interna en una institución de cuarto nivel de complejidad de Bogotá.

A manera de conclusión del capítulo, se resalta que el estudio, permitirá determinar cuáles son los factores que se relacionaron con la seguridad del paciente, teniendo en cuenta las dimensiones evaluadas por el instrumento aplicadas a los enfermeros profesionales encargados de la atención asistencial en los paciente pediátricos del hospital, y en este sentido lograr resaltar las fortalezas y oportunidades en función de generar una ambiente ameno y no de culpabilidades, así en un futuro realizar intervenciones ante las amenazas y debilidades, generando propuestas estratégicas para el mejoramiento permanente de la atención de enfermería, que se encuentre en sintonía con los lineamientos de política planteados por el Ministerio de Salud. Por ende, se focaliza y se enfatiza en la generación de conciencia profesional frente a la toma de decisiones y la aplicación del cuidado sea el que sea con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios, con los indicadores más altos de calidad y en miras del mejoramiento continuo de los mismos.

En este sentido el ministerio de protección social emana en sus comunicados estar atentos a escuchar a los pacientes sus peticiones, quejas las cuales relatan y hacen el reflejo de la atención que les están brindando y sobre esta percepción ya que puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultados que indica a quienes están de frente al proceso cambios o transformaciones frente al proceso. La verificación de la satisfacción de los pacientes ha sido tomada por las instituciones de salud, como una estrategia para lograr unas metas relacionadas con la calidad de la atención recibida, con la cual se puede adquirir información que beneficie la organización de esos servicios (Freitas, 2016).

La seguridad del paciente tiene relación con la adherencia y aplicación del proceso de atención de enfermería. La garantía de una atención segura en salud es identificada como primordial a nivel mundial, nacional, regional y local para ser acreditadas como instituciones con alta adherencia a la cultura de seguridad del paciente y de esta forma logra ser visible frente al proceso de cuidado de mostrando con hechos que se disminuyen de manera considerable la presencia de eventos adversos, el reporte de evento e incidente por la atención o intervenciones de enfermería y generar un ambiente de seguridad para los pacientes y sus familias. Esta recomendación, aunque es general, debe fortalecerse en los pacientes pediátricos y sus cuidadores (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

El ministerio de salud en 2008 para Colombia decidió con el objetivo de realizar prevención e intervención oportuna frente a la presencia de eventos adversos, ordenó de forma inmediata la creación de guías técnicas de buenas

prácticas en seguridad y estipuló que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deberían instaurar dichas guías para unificar manejo e impulsar la seguridad del paciente en todo su contexto de igual forma indicó como política nacional una política en seguridad del paciente esto guiado por el (Ministerio de Protección Social, República de Colombia;2007).

Para el desarrollo de estas guías estipuló unos lineamientos específicos en donde deben tener implícito unos objetivos para que las instituciones de salud manejen directrices y estas sean implementadas a la práctica disciplinar, dichos lineamientos se han desarrollado por medio de los análisis de los reportes de eventos adversos generados en las instituciones de salud; análisis que se realiza con la intervención de un comité designado en el cual participan todas las disciplinas implícitas en los eventos, desarrollando de esta forma guías e indicadores que permiten una acción segura durante la prestación del cuidado a la salud, en donde todos los factores tanto internos como externos, proponen acciones de cuidado con miras de disminuir la presencia de incidentes, accidentes y eventos adversos por medio de la adherencia a las guías de seguridad paciente.

CAPÍTULO II MARCO TEORICO

Teniendo en cuenta que los profesionales que imparten el cuidado son los principales involucrados en el análisis e identificación de los diferentes tipos de eventos durante la prestación del servicio, también por tan mediante diagnóstico procesos de intervención y evaluación tanto del cliente interno, como el cliente externo, por medio de los cuales se prioriza el cuidado de los pacientes pediátricos. Al realizar la priorización se da oportunidad a la acción rápida y efectiva frente al cuidado, generando de esta forma una atención oportuna con los sujetos de cuidado. De este modo se realiza la priorización, se realiza intervención y se brinda un cuidado oportuno, generando de igual forma un pronto egreso de la hospitalización y evitando la incidencia o presencia de eventos adversos, de igual manera a nivel económico se ve una gran disminución de costos en doble vía paciente- institución.

Por otro lado a nivel intra hospitalario se desarrollan actividades que constantemente se tienen en cuenta para la mejora continua de los procesos que se llevan a cabo, es así como el abordaje se realiza en el área de pediatría y de cierta forma se evidencia en ocasiones que los eventos se genera por los mismos cuidadores dado que en Colombia la ley indica que ningún menor de edad puede estar solo en ningún lugar, por ende durante la hospitalización el paciente siempre está bajo la custodia de sus padres y en ocasiones es por negligencia de ellos que se generan los eventos adversos, dados por diferentes condiciones como padres muy jóvenes, el cuidado de los adultos mayores, el no uso de los diferentes dispositivos de prevención como las barandas de seguridad, en el momento de la realización de los diferentes acciones como el baño del paciente, se presentan

muchos incidentes que generan riesgo para los niños y se debe tener en cuenta que es necesario comprender las características del entorno familiar o social de los sujetos de cuidado, para brindar apoyo de la misma forma.

En consecuencia, durante el desarrollo de la investigación se expondrá el modelo de la evaluación de calidad de la atención en salud, propuesto por Avedis Donabedian teniendo en cuenta que es uno de los principales estudiosos de la seguridad del paciente a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca el ejercicio de la Enfermería como valioso recurso para la salud, en donde esta disciplina discierne de otras dado su componente disciplinar el cual lleva implícito el cuidado de la vida y la salud, los cuales basan su servicio orientado a una sola estructura, pero el enfermero por su enfoque puede ver el entorno, la emoción, la familia y el sujeto de cuidado.

Las OMS en aras de buscar el bienestar para la atención del paciente, desarrolló unos lineamientos específicos para ser aplicados en pro del desarrollo del ejercicio profesional teniendo en cuenta la importancia de la adherencia a las guías de seguridad del paciente buscando parámetros de alta calidad en el cuidado. Dentro de los parámetros que menciona como alta calidad resalta el ejercicio profesional de enfermería dado que este es el primer actor que entra en contacto con el paciente usuario 24 siete, es decir dentro de la parte disciplinar de los profesionales de enfermería se encuentra la atención directa al paciente, a la familia y a la comunidad. Esta percepción es también considerada con la misma importancia por parte del usuario externo y la familia en donde considera que el

profesional de enfermería facilita la implementación de estrategias en pro de prevenir y evitar la incidencia de eventos que causen inconformidad en el usuario externo, cumpliendo así con la satisfacción esperada durante el cuidado por parte del usuario.

Teniendo en cuenta que en ocasiones los eventos e incidentes se presentan y no son evidentes, se puede caer en el error de no realizar reporte y por ende de omitir la revisión del caso, generando de esta forma la no socialización, ni realización del análisis respectivo en pro de no generar análisis de caso, limitando así las intervenciones oportunas para dar respuesta a la incidencia de eventos adversos o incidentes que comprometan la salud y la vida de los usuarios.

2.1. Historia de la enfermería

Desde la historia se ha dicho que la enfermería proviene de latín infimitas, lo cual se refiere a la enfermedad, dicha actividad proviene desde el inicio de la vida en donde se veían experiencias que llevaban implícito el cuidado, en donde este cuidado era generado de manera empírica por cualquier persona que requería solución ante un problema que le aquejara en cuanto a salud, es así como en un inicio durante la guerra de Crimea(1854) se visibilizo la profesión de enfermería, en donde se intentaba realizar curaciones de manera empírica y poco a poco por medio del sustento científico y teórico se ha ido generando un conocimiento sólido, frente a las diferentes aplicaciones del cuidado y a sus respectivas intervenciones dando

respuesta así a las necesidades de cuidado del ser humano. Por esta razón desde el inicio de esta actividad u ofició, fue considerado como una acción derivada de la práctica, la enfermería no era considerada como una profesión, sin embargo, se siguió cuidando a los heridos, enfermos y gente que necesitaba de algún tipo de cuidado. Florence Nightingale (1820-1910).

Al impartir el cuidado a las personas Nightingale durante los tiempos de guerra fortaleció y desarrolló prácticas las cuales tenían implícito un cuidado sanitario, para lograr la recuperación de las lesiones generadas por la guerra, no solamente fue el cuidado físico, también generó un cuidado de manera espiritual en donde tuvo actuación las emociones, dando respuestas a un cuidado integral desde la persona, las emociones, la espiritualidad y el componente físico. Por esta razón fue considerada Nightingale como la pionera y madre de la enfermería, de igual forma se le dio el reconocimiento de la “dama y su lámpara”, dado por que impartía el cuidado sin importar las adversidades que se le presentaban, puesto que en la guerra no había luz y ella por medio de una lámpara daba el cuidado a quien lo necesitaba.

Florence Nightingale se da a conocer como una persona con la capacidad de impartir cuidado de manera completa en los hospitales ingleses y da la propuesta para la realización capacitaciones para las personas que quieran seguir su ejemplo, es en donde surgen las escuelas para educar y enseñar los cuidados de la salud. “La Enfermería nos coloca en la mejor condición natural posible para recuperar y preservar la salud” (Nightingale, 1992). Dio a conocer la prioridad que tenía como

enfermera: “proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud” (Nightingale, 1992). Consideró la enfermería como una disciplina la cual debía tener implícito una vocación de servicio lo cual genera la diferencia frente a la disciplina de la medicina.

En la actualidad, la profesión de enfermería sea considerada como una disciplina, la cual lleva implícito el sustento teórico y científico reconocido por medio del proceso de atención de enfermería, las notas de enfermería, y las intervenciones Nanda Nic y Noc, de igual forma es avalado este reconocimiento por medio de las diferentes teorías que a lo largo de la historia se han encargado de construir los paradigmas que de manifiesto realzan la profesión como una disciplina y generan de igual forma sustento teórico como parte del proceso científico y aporte disciplinar para la implementación de actividades y ejecuciones en pro del bienestar del ser humano. Logrando de esta forma un posicionamiento a nivel social en los diferentes campos de acción como lo son la investigación, la docencia, la aplicación del cuidado en ámbitos hospitalarios y clínicos, a gerencia, administradores de servicios, teniendo en sus manos el liderazgo, la coordinación y la pedagogía. Desde sus comienzos la Enfermería ha evolucionado notablemente y continuará adaptándose a medida que el conocimiento científico y los avances tecnológicos así lo faciliten.

2.2 Análisis conceptual del proceso de atención en enfermería

A mediados de los años 50 aproximadamente se inició con la fundamentación teórica de la profesión de enfermería, dando de esta manera un inicio a las Enfermería como profesión independiente, ya que en tiempos iniciales era una rama dependiente de la medicina, en donde se determinó que la enfermería sería la base del cuidado del ser humano. Se fortaleció la enfermería dado por que crece en los profesionales de la época la inquietud de generar conocimiento propio como disciplina que permitiera hacer una identificación disciplinar para el desarrollo de las diferentes intervenciones que para la época se realizaban. Es así como comienza a visibilizarse el cuidado de enfermería como ciencia.

Posterior a esto en 1955 cuando Lydia Hall, según su análisis define el P.A.E como (Proceso de Atención de Enfermería) el cual fue organizado en un proceso por etapas las cuales han sido modificada por tiempos hasta llegar a formar el PAE que hoy día conocemos como datos objetivos, subjetivos, diagnóstico de enfermería, intervenciones relacionadas con los diagnósticos propuestos la NANDA NIC y NOC en donde se definen las prioridades del cuidado.

De igual forma en los años 50 derivado de los estudios ya realizados y de las acciones ejecutadas en pro del cuidado, en donde aparecen diversos modelos de enfermeras los cuales aportaron en la construcción de la base científica profesional. Debido a este desarrollo enorme y evolución de la profesión se inicia la generación de motivación para la evolución y la recopilación de ciencia y evidencia que pusiera

a la enfermería como disciplina generando así un amplio camino de conocimiento en las diversas áreas de acción de la profesión como la enfermería dedicada netamente al cuidado del paciente, la gerencia de los servicios, la investigación, la educación entre otros.

Dentro de las teoristas que con aportes fundamentales al desarrollo de la profesión se encuentran Dorothy Johnson, Ida Orlando, Ernestine Wiedebanch, quienes fueron las mentes que contribuyeron para el desarrollo del PAE. En los 70's para lograr la integración de los saberes en enfermería se establece una comunicación y empatía entre "forma de pensar" y "forma de hacer", es decir se consolida y se fortalece el saber enfermero de manera científica, logrando por medio del proceso de atención de enfermería la integración de los saberes, llevando a cabo la justificación del conocimiento, instaurando las metodologías y teniendo soporte científico para el desarrollo de la profesión. De esta manera Nightingale planteo la necesidad de plasmar de manera escrita toda acción o intervención generada del cuidado realizada por el personal encargado del cuidado de enfermería, logrando así transformar el cuidado de la ser en conocimiento científico que fundamente y sustente las bases teóricas de la profesión.

De esta forma en el presente trabajo se menciona las bases teóricas que lo sustentan teniendo como base: La OMS (2009), define la seguridad del paciente como:

"la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento,

los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro” (Organización Mundial de la Salud, 2009,s.p).

El Ministerio de Protección Social en Colombia se refiere a la seguridad del paciente como el “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (Ministerio de Protección Social Colombia, 2014).

Por su parte Aibar Ramon, Obon, Moliner Lahoz, Gutierrez Cia, (2016), la definen como:

“Resultado de la interacción y el equilibrio permanente, por un lado, de una serie de condiciones latentes que incluyen la cantidad y la calidad de los recursos, la llamada cultura de la seguridad y aspectos organizativos de los centros sanitarios; y, por otro, de los profesionales y equipos que desarrollan su actividad en el entramado del sistema sanitario”.

Teniendo en cuenta las teorías analizadas y los artículos de la revisión el tema de la seguridad del paciente se evidencia como se muestra como un sistema por medio del cual de una manera directa o indirecta se genera o no lesión al paciente, determinado así por las intervenciones llevadas a cabo por las diferentes disciplinas inmersas en la aplicación del cuidado directo al paciente o usuario del servicio de salud, desencadenando daños o perjuicios a la integridad del paciente.

Es por eso por lo que Erazo explican que la seguridad del paciente se da a distintos niveles, los cuales se mencionan a continuación (Erazo Ordoñez, Choque Bomba, Arroyo Pantoja, 2016. s.p).

En el campo desarrollo de las labores a nivel clínico, hospitalario, centros de salud, hogares de atención geriátrico y hogares de atención para discapacitados, de igual forma deben implementar medidas que brinden seguridad en la atención a los usuarios, disminuyendo potencialmente los riesgos en la atención, así como lo refiere Erazo.(Erazo Ordoñez, Choque Bomba, Arroyo Pantoja, 2016. s.p). En relación con el campo profesional, se aplica un diseño que se rige por la atención de la paciente basada en experiencias vividas, en el caso de la enfermería se relaciona con enfermería basada en la videncia, reduciendo así la ocurrencia de eventos adversos derivados del cuidado. (Erazo, Pabón, Choque, Arroyo, 2016).

En el marco de la política y el ámbito social se destaca que a nivel gubernamental qué es uno de los fenómenos de impacto a nivel mundial y a nivel nacional teniendo en cuenta que se convierte en tendencia de cuidado y se realiza intervención, proponiendo de esta forma políticas que regulen y fomenten la implementación de guías en pro mi lución de incidencias de eventos adversos, mejorando así la calidad en la atención del paciente(Erazo, Pabon, Choque & Arroyo, 2016), lo que coincide con lo expuesto por el Ministerio de Seguridad Social de Colombia (2008).

Dentro de los principios orientadores de la Política de la Seguridad del Paciente se encuentra:

- “Multicausalidad: la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y actores de salud.
- Validez: Para impactar en la salud del paciente, se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia: La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud: “La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados” (Erazo, Chocue, Arroyo, 2016, pp.19-24)

En miras de lograr una comprensión y una concientización del tema es necesario establecer un conjunto de acciones que permitan a los pacientes o a la población, la utilización de los servicios de salud en donde se promueva mantenga y restaure la salud de manera segura (Erazo, Chocue, Arroyo, 2016), de esta forma se corrobora lo expuesto por la Secretaría de salud de México en el 2016. En donde refiere que, durante la atención en salud se pueden presentar múltiples fallas durante la ejecución de los procedimientos, generando así errores en la prestación del servicio, o por no realizar de manera adecuada la práctica del cuidado

determinado como omisión, teniendo en cuenta que las fallas generadas no son premeditadas y se generan de manera inconsciente, convirtiéndose en circunstancias que incrementan y propician el riesgo de ocurrencia de incidentes o eventos adversos (Erazo Ordoñez, Chocue Bomba, & Arroyo Pantoja, 2016).

En la atención en salud, los riesgos están siempre latentes contra la vida del paciente, tales como incidentes; considerados como eventos o situaciones que tienen el potencial de terminar en accidentes, daños o lesiones pero que no ocurren, por la ejecución de protocolos correctamente definidos. En presencia de estas condiciones por intervención oportuna estas acciones no generan daño ni lesión al paciente es decir al realizar los análisis de los eventos adversos, se genera una prevención en la ocurrencia de los eventos adversos, identificando de manera oportuna cuál fue la causa que generó la acción incorrecta para poder divulgar e informar a quienes estén comprometidos en el cuidado y de esta forma generar conciencia de acción u omisión frente al cuidado (MSP, 2016).

Al realizar la exposición y el análisis de los diferentes eventos se genera una recopilación de datos en donde se identifican los factores que favorecen o que influyen en la presencia o no de los eventos adversos, según Mujica en el trabajo investigación manual de buenas prácticas para la atención y seguridad del paciente define los eventos adversos como “ el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño y clasificar los eventos adversos en prevenibles y no prevenibles” (Gómez, 2016).

Comparando el tema con el trabajo que cita Erazo, en donde se manifiesta que puede o no el evento adverso o el error estar asociado a una categoría o Clasificación en tres tipos como lo son evento adverso prevenible, considerado como el resultado de una acción la cual no se espera, y que se hubiese podido evitar por medio del cumplimiento o la adherencia a las guías de buenas prácticas, o guías de seguridad del paciente durante la intervención asistencial, o el cuidado impartido por enfermería. Igual forma se encuentra el evento adverso negligente caracterizado por un evento que pudo ser prevenido, que satisface los criterios legales usados para la definición de negligencia el cual no es justificable no tiene respuesta, ocasionado por desidia, abandono, apatía, conocimiento insuficiente frente al tema, omisión de precaución de vida, o fallas en el cuidado por desconocimiento y desinformación (Erazo, Chocue, Arroyo, 2016). Evento adverso no prevenible manifestado por un resultado no deseado, no intencional, que así hubiese adherencia a las guías y protocolos indiscutiblemente se presenta (Gómez, 2016).

De igual forma se encuentra el concepto como lo es el evento centinela el cual se considera evento adverso de gravedad, ya que genera en el paciente un aumento en la estancia hospitalaria, generando de igual forma un deterioro en la integridad física, emocional, familiar y social del paciente hospitalizado, desencadenando finalmente algún tipo de lesión, trastornó, bien sea pasajero o permanente, o en ocasiones causando la muerte, esta lesión requiere de una atención pronta y oportuna, para lograr disminuir la complicación en el paciente. (Organizacion Panamerica de la Salud,2017).

Teniendo de cuenta que la complejidad de los diferentes sistemas de salud en donde se determina que para que se presente un evento adverso se tuvo que vulnerar alguna etapa del proceso de atención, en donde no se dio prioridad, se efectúa el análisis a posibles repercusiones, dado que se descuidó algún nivel de proceso de seguridad del paciente. Dado por el olvido, por la no oportunidad de los reportes o por el no análisis oportuno de los reportes, en los cuales se debió prever la incidencia que puede tener alguno de los eventos que se presenten.

Denominando que la complejidad de los sistemas de salud para la presencia de un evento adverso se ven involucrados diferentes aspectos que desencadenan la lesión en el paciente, dicho esto por ende se entiende que no se cumplen los estándares de calidad que al presentarse un evento adverso, no hay adherencia por parte de los profesionales que imparten el cuidado a las guías o protocolos creados para la seguridad del paciente, potenciando de esta manera la generación de eventos adversos en donde pueda llegar a comprometer la vida del paciente y de la misma forma están implicados en procesos legales los profesionales de salud que se encuentran comprometidos con cada caso.

Es así como el modelo explicativo del queso suizo en donde Dr. James manifiesta que el punto en donde hay peligro y genera daño se encuentra o se genera por deficiencias que se presentan en el momento de la prestación en los servicios de salud, de la forma indicada. Por medio de este modelo se evidencia que las fallas se generan y son evolutivas al no hacer un estudio crítico de manera oportuna, ni al no dar respuesta oportuna a los ya ocurridos, para generar de esta

forma procesos de intervención e identificación y conocimiento por parte del grupo interdisciplinario. Este modelo muestra que para que un peligro llegue a ser daño, tiene que estar implícito diferentes factores. Que lleven a esta consecuencia, estas fallas se alimentan de manera progresiva al no poner atención a los diferentes eventos sucedidos, no se puede mitigar la presencia de eventos graves, dado que la atención es prestada directamente por humanos que en algún momento como humanos se podría llegar a cometer un error. (Briceño, Suarez & Tolosa, 2016).

La atención en salud, requiere de un grupo inter disciplinario que este comprometido con el cuidado del sujeto de cuidado, para brindar una atención de calidad con un manejo holístico, que enmarque e involucre las diferentes acciones en pro de la protección e integridad, en donde todos sientan el compromiso y la responsabilidad que acarrea el rol del cuidador; el cual debe estar inmerso y alineado en los diferente grupos encargados de la seguridad del paciente para lograr buenos resultados en la adherencia las guías y protocolos respectivos y a los diferentes procesos instaurados para dicho manejo. No siendo así, por dicho desconocimiento o por negligencia se puede generar la disminución de la calidad de la atención del paciente generando así eventos adversos y comprometiendo de manera directa la seguridad del paciente (Pimentel Gomes, Freire de Vasconcelos, Aires de Freitas, s.f.).

Otras de las problemáticas derivadas de la acción del cuidado, está determinada por el manejo de la información, y el tiempo en el que ésta se brinda. Es así como el colegio médico del Perú (2012), identifica que los pacientes o

quienes utilizan los servicios de salud tienen un alto potencial de retroalimentación para la generación de los correctivos pertinentes en pro del cuidado, propiciando así un cuidado indirecto el cual por medio de análisis y estudio se puede llevar al análisis y a la implementación de formas de acción pertinentes en la generación del cuidado, las cuales sean intervenciones positivas para los efectos esperados durante el cuidado de los pacientes (pp.62).

Basados en la premisa de eliminar o corregir el error que se presentan los pacientes se han creado varias organizaciones las cuales son encargadas de proponer de una u otra manera acciones de mejora para la prestación de los servicios de salud, siendo una de las más relevantes y conocidas la OMS (2007). Los cuales son encargados de realizar las diferentes alianzas mundiales para la seguridad del paciente, con la participación la intervención de países desarrollados en donde se han implementado diferentes estrategias las cuales han dado como reto la disminución del impacto de los eventos adversos, y la generación de propuestas benéficas, que satisfacen y garantizan la calidad del servicio de salud, planteando metas internacionales sobre la seguridad del paciente, que buscan fomentar entre el personal asistencial en la práctica de Cultura de Seguridad (OMS, 2007).

El tema de la seguridad del paciente en los últimos tiempos ha tomado notable relevancia, dado por los diferentes informes emitidos en las diferentes fuentes de información como medios de comunicación; así mismo, desde los diferentes instituciones en donde se registra un gran impacto en la realización de

análisis de eventos adversos, evidenciado por un gran clima de seguridad del paciente, enmarcado por diversos países que integran la comisión generadora de investigaciones en pro del mejoramiento continuo y propuesta de acciones que mitiguen el impacto de los eventos adversos a nivel mundial(OMS, 2008).

A nivel de Latinoamérica en los países como Argentina, Colombia, Costa Rica México, Perú, por medio de la Organización Panamericana de la Salud se ha realizado una proyección denominada IBEAS (estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica), donde investigaron la incidencia y prevalencia de diferentes eventos adversos para este estudio se distribuyeron en 58 hospitales, en los cuales los hallazgos son los siguientes no encontraron que la edad y el sexo tengan que ver con la presencia o manifestación de los eventos adversos. Por otro lado, manifiesta que el 31,5% afirma que siempre o casi siempre han accedido al sistema de salud y que durante el proceso de la estancia hospitalaria se detectó la presencia de incidentes que produjeron algún tipo de lesión al paciente, así como también, un porcentaje de los usuarios quedaron con alguna lesión o discapacidad derivada del cuidado de la salud.

El Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2009), propuso el manejo de estándares de calidad en el cuidado para generar de esta forma una cultura de seguridad del paciente a nivel de los servicios de salud entidades hospitalarias generadoras del cuidado, en donde emite la percepción que tienen los usuarios los cuales desarrollan un trabajo arduo, tratando de identificar qué acciones llevan a la generación del evento y de esta forma poder documentar tanto

los factores que propician el evento, como las acciones que contribuyen a la corrección de dichos eventos. Este estudio revela que la atención en general es vista como buena con un porcentaje de 96.8%, se identifica que el 79 de los profesionales del área de la salud en general no han recibido actualizaciones, ni están comprometidos con el tema de seguridad del paciente.

En relación a la disposición que tienen los nuevos profesionales, se tienen cuenta que se debe trabajar desde la academia en pro de la concientización así como el manejo ético del cuidado en donde el profesional de enfermería siendo líder Y en marcados en el campo de la prevención aportan en un 60,5% los cuidados que se deben generar de manera oportuna, en donde los profesionales proponen un acercamiento a la comunicación, poner los ojos en la carga laboral impartida dado que esto propicia así la generación y presencia de eventos no deseados.

Por su parte Fajardo, Rodríguez, Arboleya, Rojano, Hernández & Santacruz (2016) en México estudiaron: Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud, en donde manifiesta unos resultados excelentes dado por la participación global con una dimensión y una percepción de esta de un 49%, teniendo en cuenta que los reportes de los eventos adversos fueron del 46%, y se previnieron el 25,9% eventos ocasionados en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría, los cuales contaban con cuidador y por las intervenciones realizadas disminuye el impacto de la presencia de eventos adversos.

Por otro lado, en la investigación denominada Evaluación del uso de la Guía de Práctica Clínica Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas en un hospital valenciano, al realizar encuesta a los funcionarios en cargo de impartir cuidado se evidencio que el 87% de los funcionarios tenían conocimiento de las guías de práctica clínica y que en algún momento las habían consultado como referencia del cuidado (Suarez, 2018).

En Ecuador el estudio denominado Eventos Adversos Inevitables en Pacientes Hospitalizados en los servicios del hospital San Vicente de Paúl Ibarra-Provincia de Imbabura,(2017) arroja en la realización de los análisis de la presencia de eventos adversos relacionados con los cuidados de los profesionales de enfermería los cuales se produjeron 13.3% eventos evitables y el 2.4% inevitables, en su gran mayoría los eventos que se presentaron fueron relacionados con la práctica de dispensación y disposición de los fármacos, en la evaluación de los eventos se realizó análisis de los eventos con propuestas de planes de mejora para los eventos encontrados.

Por otro lado, se analizó el modelo de evaluación de la calidad de atención en salud de Avedis Donabedian que define “ La calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente” (Donabedian, 1984).De igual forma menciona dos dimensiones la primera interrelacionadas y la segunda interdependiente dando a conocer de esta forma la técnica .interpersonal, queriendo decir que la técnica se refiere a la aplicación de una ciencia y la tecnología mediante diferentes dispositivos médicos

que aportan el beneficio de la salud. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes (Donabedian A., 1984).

En esta entidad las instituciones prestadoras de salud se rigen por medio de estructuras procesos y resultados en donde es vital la atención del paciente, así como los insumos y otros materiales que se requieren para la prestación del servicio en cuanto al cuidado del ser humano, el proceso propuesto determina las actividades direccionadas al cuidado en marcadas en altitudes, habilidades y destrezas. En este modelo cada componente es dinámico y puede influir directamente en los resultados de seguridad (Donabedian,1984). En este sentido la propuesta de la seguridad del paciente desde otro punto de vista, en donde intervienen la estructura del proceso y el resultado, encuentra que estos tres elementos hacen parte vital del desarrollo de la seguridad, dado por que este favorece la calidad de la prestación de los servicios de salud, las condiciones de salud, la adecuada formación en conocimientos que se tienen para el ejercicio profesional, Donabedian propone cuatro tipos de fuentes de información como lo son la historia clínica, la observación directa por una persona calificada el enfoque socio métrico y el método autorreferencial, en marcando de esta manera la eficiencia de las organizaciones en las cuales se prestan servicios de salud (Donabedian, 1997).

Al revisar el marco contextuales expuesto por Donabedian, se expone la necesidad de proponer acciones y medidas que establezca procesos de cultura de

seguridad del paciente, de allí las medidas establecidas por el gobierno nacional en pro de la estandarización de medidas, la aplicación de protocolos, que con el tiempo deben ser actualizados por los mismos funcionarios, dado que los que imparten el cuidado son las principales personas llamadas a identificar los eventos, proponer acciones correctivas para evitar la ocurrencia de los mismos, realizar seguimiento a las diferentes acciones propuestas y evaluar el impacto que estas tienen a nivel personal, a nivel social y a nivel institucional. En Colombia a mediados de los años 2005 a través del sistema único de atención se definió el lineamiento para las instituciones que desean ser acreditada, para generar este espacio las instituciones tendrían que contar con un sistema establecido de reporte de la mano con la creación del programa de seguridad paciente, lo cual permitiera un mejor control y un proceso continuo de adherencia, mostrando de esta manera resultados frente a la seguridad del paciente por medio de los distintos avances y aplicación de correctivos para poder funcionar ante el ministerio de salud.

Adelante hacia el año 2014 con la resolución 2003 se estandarización y definió de vital cumplimiento una normatividad en cuanto a las estructuras que debían tener todas las instituciones prestadoras de servicios de salud en donde era de relevante la formación adecuada de los funcionarios que brindan el cuidado, la infraestructura de las instituciones que brindaron también los recursos necesarios Y que aportaron dentro del proceso de seguridad del paciente, así como también un abordaje integral dentro de la gestión del riesgo (Ministerio de Salud y Protección Social,2015). Al indicar lineamientos de obligatoriedad se amplía el significado de propuesta de hospital y atención segura para las instituciones prestadoras de salud,

al realizar seguimiento a sus procesos institucionales se genera la validez para que éstas sean alitas y acreditadas dentro del proceso de seguridad del paciente y buenas prácticas de cuidado.

En el Hospital Pediátrico de Bogotá en el cual se realizó la investigación, como estrategias y lineamientos de cuidado acogió a los estándares gubernamentales, dado por una construcción de políticas de seguridad del paciente las cuales tiene como objetivo brindar y garantizar una atención segura a todos los pacientes institucionalizados, cumpliendo de esta forma las garantías de un hospital seguro con el enfoque de gestión de clínica y desarrollo de programas institucionales "Cuida de tu niño " brindando de esta forma una atención integral en marcada en los lineamientos de seguridad a nivel de infraestructura, formación del talento humano, intervenciones seguras, control y manejo de infecciones generadas por el cuidado de la salud, Procedimientos quirúrgicos y seguros, hospitalización segura, y estándares de control y vigilancia que permita dar respuesta inmediata a las necesidades del usuario (Hospital Pediatrico de Bogota, 2018).

2.3 Análisis conceptual de la seguridad del paciente

Teniendo en cuenta que se ha determinado por consenso nacional e internacional la seguridad del paciente se percibe como un conjunto de actividades las cuales están encaminadas en disminuir o evitar al máximo la presencia de complicaciones derivadas del proceso del cuidado de la salud, es así como se evidencia que el proceso de seguridad del paciente institucional es uno de los

lineamientos que brinda a las instituciones un estándar con relación a la atención del paciente, en donde se ve involucrado el paciente, la institución prestadora de servicios, los funcionarios que imparten el cuidado, permitiendo de esta forma generar una conciencia y una cultura frente a las acciones que se realizan en los funcionarios, todo con la finalidad de proponer hospitales seguros y brindar un confort y una seguridad en la atención al paciente (Gimenez, 2013).

En el año 1991 se publica un informe denominado *Error es humano* desarrollado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, dieron cuenta que entre 44.000 y 98.000 pacientes americanos fallecieron por un tiempo a causa de fallas en la atención de salud las cuales pudieron ser prevenibles dado por el error humano cómo se vieron en la necesidad de generar propuestas y alertas para las instituciones y los organismos gubernamental es que permitieran generar el control de los eventos adversos prevenibles generados a raíz de impartir un cuidado en la salud (Kohn, 1999).

Cómo se abre una ventana a la creación de una alianza mundial para la seguridad del paciente en el año 2004, en la asamblea 57 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto para lograr unificar criterios y llegar a un consenso en cuanto a seguridad del paciente para que sirvieran como lineamientos a nivel mundial dentro del Marcos de seguridad del paciente, las estrategias propuestas mejoran los aspectos específicos en la atención del paciente y seguridad ya que se propone que a nivel mundial todas las instituciones se acojan bajo este marco, una

clasificación internacional normalizada y consensuada para unificar el lenguaje en donde todas las instituciones prestadoras de salud deben generar análisis, investigación plantear estrategias de cuidado, evaluar incidentes relacionados con la seguridad del paciente, e implementar estrategias que controlen y disminuyan el fenómeno.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana indico que la calidad dentro de los marcos de la seguridad del paciente, definió la importancia de la calidad frente a la prestación de los servicios de salud, en miras de garantizar una mejor atención, un seguimiento continuo, un futuro sostenible del sistema de atención en salud y planteó seis estrategias para el manejo de la calidad dentro de estas estrategias se encuentran introducir y fortalecer la cultura de evaluación, mejoras continuas frente a los reportes, seguridad del paciente con conciencia dentro de los profesionales entre otras. Dejando claro que estas manifestaciones contribuyen de manera positiva en brindar la seguridad al paciente a la familia y a su entorno asegurando de esta forma la calidad en la prestación del servicio de salud (Organización Panamericana de la salud, 2007, s.).

En las que se resalta: “Introducir y fortalecer la cultura de la evaluación, la mejora continua y la seguridad del paciente entre los profesionales”, resaltando de esta forma la importancia de la calidad frente a la atención relacionada con la seguridad del paciente teniendo en cuenta que van de la mano durante la prestación

del servicio (Organización Panamericana de la salud, 20 07, s. p.) Colombia, en 2008, impulsa una Política de Seguridad del Paciente, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, teniendo como objetivos específicos la prevención para la ocurrencia de situaciones en donde se vea involucrado el bienestar del paciente, trata de reducir Y en lo posible de eliminar la presencia de los eventos adversos y de esta forma poder posicionarse como hospital seguro (Ministerio de la Protección Social, 2008,s.p.).

La Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) se convierte en una de las estrategias utilizadas para la implementación de un adecuado Clima de Seguridad del Paciente, en donde se tiene en cuenta la percepción del paciente, lo cual propicia para las instituciones mecanismos de mejora frente a la opinión de los usuarios, es así como se promueve una cultura de seguridad del paciente en función de dar repuestas oportunas y aportar en la construcción de una Cultura de Seguridad del Paciente(CSP), trasladando de esta forma la obligatoriedad en cuento a las funciones del talento humano en hábitos de trabajo.

Es así como la seguridad de los pacientes se convierte en una de las principales intervenciones y estrategias de manejo para disminuir la presencia de incidentes en los usuarios. Derivado de esta problemática se evidencia la necesidad de realizar reflexión y estudios que determinen la magnitud del problema, para así prevenir su ocurrencia y proteger a los pacientes con acciones que garanticen una práctica segura (Villa Cortillo, 2016). Con relación a la

seguridad del paciente, se conocen múltiples definiciones y conceptos que definen la condición de calidad del paciente, para unificarlas la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como.

“un conjunto de estructuras y/o procesos organizados que reducen la probabilidad de efectos adversos y resultantes de exposición al sistema de atención sanitaria por enfermedades y procedimientos o bien como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo” (Runciman, 2015).

Los principales estudios realizados sobre la tasa de efectos adversos (EE. UU, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Francia, Holanda, España, Brasil y Suecia), muestran que entre un 3,8% y un 16,6 % de los pacientes ingresados en hospitales sufre algún daño relacionado con la asistencia sanitaria. En España, los estudios realizados hasta el momento revelan que “uno de cada diez pacientes que ingresa en un hospital y uno de cada mil pacientes que acuden a un centro de atención primaria sufre un daño como consecuencia de la atención prestada” (Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos. 2016). Dentro de las causas determinadas las cuales pueden llegar a producir los eventos adversos se tiene en cuenta que algunas pueden estar relacionadas en su mayoría con errores humanos, los cuales son cometidos por los profesionales que imparten el cuidado durante la prestación del servicio.

Para que ocurra un evento adverso existen diferentes causas dentro de las que se pueden mencionar a los errores humanos, derivados de la acción del cuidado ejercido por profesionales preparados para el desarrollo de esta función, enmarcados por diversos factores que contribuyen a la generación de éste, dentro de los más destacados se pueden mencionar la falta de experiencia, el movimiento de personal en los diferentes cuidados, el cansancio de los profesionales al realizar jornadas extensas, la sobrecarga laboral, entre otros. También pueden ser determinados por conseguir condiciones específicas de los pacientes (falta de interés por su condición, no aceptación de los tratamientos), o con fallos en el sistema (falta de protocolos, mala organización en cuanto a la estructura del lugar de trabajo), provocados por la organización o por agentes externos a la misma (Reason, 2016.).

Existen diferentes modelos que explican los errores humanos cometidos por profesionales (Donabedian F., 2016). Modelo individual (centrado en la persona), el cual contempla aspectos del trabajo como:

- Incumplimiento intencionado.
- Olvidos/ descuidos.
- Distracciones.
- Miedo de cometer errores.
- Ejecución incorrecta de procedimientos.
- Falta de motivación.
- Imprudencia.

- Negligencia.
- Decisión de cometer un determinado riesgo.

El modelo al que se hace referencia está basado en el sistema que indica que los seres humanos no están exentos de cometer errores independientemente de las condiciones hasta en las organizaciones destacadas se presenta los diferentes eventos. De este evento parte que los errores se vean como consecuencias y no como causas; cuando se genera un evento adverso no debe tener relevancia quien comente el evento adverso, sino porque se generó el evento, Reason planteó en su modelo denominado queso suizo el papel que tienen los errores humanos o fallos del sistema.

El modelo se representa como lonchas de queso, siendo estas las barreras del sistema sanitario para reducir riesgos o peligros de las actividades sanitarias y evitar la aparición de EA en el paciente y los agujeros representan las imperfecciones (Donabedian F, 2016). De este modo se debe tener en cuenta la historia y la evolución del proceso de seguridad del paciente. Se realizará una breve retoma de la historia de la medicina para indicar temas fundamentales en seguridad del paciente.

Dentro de los temas prioritarios se encuentra la percepción la imagen del médico, era la del que cura todo lo que es posible curar y donde no se puede equivocar, aunque en los principios hipocráticos se declaraba que se podían

cometer errores en quienes atendían la salud (Ruelas,2007). Para los años 1853-1856 se realizaban intervenciones con relación a la seguridad del paciente por la enfermera Florence Nightingale, quien impartía el cuidado y con la aplicación de la práctica identificó que, al brindar el cuidado a los pacientes, se podían contagiar de alguna enfermedad y replicarla en otros pacientes después de alguna de las intervenciones, así como también podrían ser contagiados por alguna de las personas por las cuales estaban siendo atendidos.

Alrededor del siglo XX se presenta a nivel del área de la salud el aumento de la tecnología y la profundización en cuanto a lo fenomenológico, de esta forma se llega a determinar que es posible cometer errores durante los procedimientos asistenciales (Ruelas, 2007). Otra de las percepciones en 1999 se presentó en EE.UU cuando el Instituto de Medicina mostro el libro “Errar es humano construyendo un sistema de salud seguro” en donde analizan como la presencia de los errores en el quehacer humano se genera desde los inicios de la profesión en donde Florence Nightingale, fue pionera en descubrir formas de mitigar errores en la intervención durante los procesos de cuidado de los paciente, brindado de esta forma generación de cuidado, realizando intervenciones específicas para prevenir el error (Ruelas, 2007).

De otro modo, según el fragmento de categorización histórica sobre la cultura y seguridad del paciente (“Disposiciones de ánimos naturales o adquiridos que se manifiestan exteriormente y responden a estímulos determinados, que se inclinan a responder positiva o negativamente”) en donde indican como con el paso

del tiempo los países se iban desarrollando a medida que iban indagando e investigando acerca de la seguridad del paciente. Es así como La Asamblea Mundial de la Salud en el 2002 estableció bajo resolución en donde se unificaron los conceptos generales para lograr a nivel mundial manejar el mismo lenguaje, en procura de disminuir la tasa de presencia de eventos adversos generada por las intervenciones realizadas y derivadas del cuidado de la salud, dando pie a la generación de políticas a nivel mundial y nacional esto fue avalado por todos los miembros pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En Europa en el año 2008, se priorizó en la prevención de eventos adversos enfocados en el abordaje de las infecciones derivadas del cuidado de la salud, apoyando de esta forma las normas generadas por la Asamblea Mundial de la Salud por la OMS, la cual indica el desarrollo de intervención con relación a los eventos adversos, dando paso a la seguridad del paciente como objetivo primordial, dichas intervenciones fueron estandarizadas por la Comisión Mundial de la Salud en el 2014 (OCDE).

A nivel Nacional los estudios realizados sobre la seguridad de los pacientes en el ámbito hospitalario y en atención primaria, son: Estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre Efectos Adversos, 2005) (ENEAS, 2016,. pp 55). El cual es considerado como uno de los primeros estudios a nivel nacional en relación con eventos adversos del modelo teórico de ENEAS el cual se basó en la identificación de acciones inadecuadas en el proceso de cuidado que son evitables y lograr la

clasificación de aquellos que no son evitables por las condiciones del paciente. Este modo se concluye que por lo general la incidencia de los eventos adversos se genera por la nueva aplicación de medidas correctivas frente a los eventos ya realizados, que todo depende de la conciencia que se tenga frente al cuidado logrando la identificación y reporte, de esta forma poder tomar medidas que controlen y corrijan la presencia de las acciones incorrectas adhiriéndose de esta forma a una cultura de seguridad del paciente.

El estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria, 2008) (Estudio APEAS, 2016) enmarcó el estudio en el análisis de la frecuencia y la presencia de los eventos adversos derivados de la atención primaria en salud ,lugares que para la época eran concurridos para la solicitud de la atención primaria por ende los médicos y las enfermeras eran quien impartían el cuidado, el estudio arrojó como análisis que el 70% de los eventos adversos presentados eran evitables.

2.4 Marco referencial de la seguridad del paciente y la relevancia durante la atención de enfermería

Variedad de estudios realizados con el pasar de los años, han aportado a la magnitud, impacto y características de los eventos adversos, relacionados a la atención en salud, existen diversos estudios realizados en busca de analizar la situación y la relevancia que existe entre la seguridad del paciente y la adherencia al proceso de atención de enfermería, a continuación, se menciona alguno de ellos.

Existen estudios que abordan el tamizaje de los profesionales de enfermería para la identificación de alarmas en aquellos casos en los cuales existe una alta posibilidad de que se presenten eventos adversos y también se realizan análisis profundos con intervención de diferentes disciplinas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en algunos de los países no desarrollados corroboran que el problema se acrecienta a nivel mundial, en una de sus asambleas se insistió a los miembros que la conforman “prestar la mayor atención posible al problema de la Seguridad del Paciente” y a “establecer y reforzar sistemas basados en la evidencia científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria” (Garrido, 2017).

En el Hospital Regional Docentes las Mercedes se identificó a enfermería como el principal eslabón en la cadena de seguridad de paciente teniendo en cuenta que son los que brindan el cuidado directo al usuario; en el artículo se identifican los principales errores en la intervención del cuidado, este estudio se realizó mediante la aplicación de la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality”, la muestra fue de 121 profesionales. Se destacó la “cultura de seguridad del paciente con un 44.3%, teniendo en cuenta que se encontró como oportunidad de mejora, la frecuencia de eventos adversos 51.24% y como debilidades se destaca la percepción global con un 33.47%” (Nuñez Villa, 2018).

Al desarrollo del análisis por dimensiones se observa como la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio en donde destaca como oportunidad de mejora el trabajo en equipo con un 68.8% seguido de la organizacional/mejora con un 61.43% dirección/supervisión de las unidades de servicio con un 53.31% y con relación a la comunicación de errores con un 51.79% como debilidad respuestas no punitivas a errores con un 40.77%, comunicación franca con un 39.12%, el apoyo de la gerencia con un 34.44% y dotación del personal con un 29.96%. En Dimensión Cultura de seguridad a nivel hospitalario identificaron como debilidad trabajo en equipo entre unidades 36.57% problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades 34.09% (Nuñez, 2018).

Se realizó un análisis relacionado con la perspectiva de los profesionales de enfermería acerca de la cultura de seguridad del paciente, con el fin de comprobar si es la misma entre las categorías y si existe correlación entre los dominios del Cuestionario de Actitudes Seguras SAQ e identificar las variables personales y profesionales; se desarrolló por medio de un estudio cuantitativo transversal en Sao Paulo Brasil, en este estudio se vio que de 259 profesionales que participaron y con relación al dominio de satisfacción con el trabajo mostró una puntuación de 75 en ambas categorías, hubo una correlación con los cinco dominios valorados y la variable tiempo de experiencia e intención de cambio de profesión, esto se identificó con miras de contribuir con una asistencia y una atención segura (Abate.J., 2018).

Otro estudio relacionado con la percepción de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente y su relación con los eventos adversos, y en donde se aplicó

el cuestionario nacional en Irán, mostró que las tasas de respuesta positiva de la cultura general de seguridad del paciente fueron de 34,1 % y las dimensiones de la seguridad del paciente con relación a la cultura tuvo un 43.8%. Con relación a enfermería estimaron que la ocurrencia de seis eventos adversos varió de 51.2–63.0% en el último año. Las percepciones más altas de las enfermeras son sobre dotación de personal, transferencias y transiciones del hospital, frecuencia de reporte de eventos, respuesta no punitiva al error, expectativa del supervisor y acciones que promuevan seguridad, apertura de la comunicación, mejora continua del aprendizaje organizacional, trabajo en equipo dentro de las unidades, y apoyo a la gestión del hospital para la seguridad del paciente se relacionaron significativamente con una menor incidencia percibida en menos dos de seis EA.

Es así como se mostró en este estudio que la percepción de las enfermeras sobre la cultura de seguridad del paciente estaba por debajo de las expectativas y la ocurrencia percibida de eventos adversos fue alta. La investigación también ha demostrado que el nivel más alto de las enfermeras con la percepción de la cultura de seguridad del paciente se asoció con una menor incidencia de eventos adversos (Kakeman ,E., 2021).

A nivel nacional, dentro de la literatura analizada hacen relevancia al ambiente seguro con respecto a los cuidadores de la salud y a quienes reciben el cuidado, se establecen unas medidas específicas que generan un ambiente seguro para todos los actores, encaminando este proceso en la disminución de la presencia eventos adversos durante la atención en salud. Con los resultados obtenidos se

observó de forma generar una percepción va con relación al clima de seguridad del paciente ya que en el análisis arroja, aumento de presencia de eventos adversos a causa de la atención en salud (Barbosa, 2018).

Al investigar la incidencia de los eventos adversos se observa que los eventos relacionados con la administración de medicamentos tuvieron una incidencia de 37.4%, por infecciones de todo tipo se presentaron cerca de 25,3% y los eventos relacionados con problemas considerados-como eventos leves fueran del 45%, moderados el 38,9% y el 16% graves. Dentro del análisis realizado se evidenció que en su totalidad el 42,8% de los eventos adversos presentados pudieron ser evitados (Estudio Nacional sobre Efectos Adversos Ligado a I, s.f.).

De igual forma en la tesis sobre evaluación de la atención y seguridad del paciente en tres instituciones de la ciudad de Barranquilla, en cuanto a sus características sociodemográficas se tomaron datos de 54 personas encuestadas, en la aplicación de la encuesta quienes en su mayoría aportaron datos fueron enfermeras profesionales en su mayoría con una experiencia entre uno a cinco años, en donde ella se identifica que con relación al reporte de eventos adversos no se tiene la cultura ni la responsabilidad para realizarlos por el temor de que esta acción lleve consigo consecuencias frente a su estado laboral, Consideran que el reporte es una conducta simple que no con lleva muchos trámites y que si previene eventos adversos (De la Hoz, 2028).

De igual forma en una IPS de Bogotá que es una “institución sin ánimo de lucro con experiencia en la atención de pacientes en el ámbito del cuidado primario ambulatorio, con sedes de atención localizadas en el centro, norte y sur de la ciudad” (Javesalud, , 2018). Si era a nivel nacional que la IPS. Javesalud la cual como propuesta de cuidado tiene en la prestación de servicios contigo unidad humana y la resolución de los problemas de salud de manera efectiva dando respuesta a las necesidades de los usuarios que los requieren, estableciendo a las alianzas de manera directa con la academia dentro de un ambiente donde prima el respeto, la ética y la innovación (Javesalud, 2018).

Por otro lado en el estudio realizado sobre Eventos Adversos en Residencias y Centros Socio Sanitarios EARCAS, el cual tenía como objetivo analizar la causalidad de los eventos adversos, se desarrolló en varias fases y tuvo en cuenta la seguridad de los pacientes que fueron hospitalizados con estancias largas y medianas en hospitales de España, con participación de 950 expertos de casi 100 centros e instituciones, los resultados en relación a los incidentes y eventos adversos más comunes son la administración de medicamentos y la aparición de infecciones relacionadas con el cuidado de la salud y se asocia que éstos ocurren por la vulnerabilidad que tienen los pacientes en condición de enfermedad, pone de manifiesto la necesidad de identificar y desarrollar estrategias para mejorar la seguridad del paciente en el entorno socio sanitario (Informe Estudio de investigación, 2017).

De igual forma en el estudio realizado sobre eventos adversos pero esta vez con el estudio realizado en el servicio de urgencias durante los meses de octubre y diciembre 2009, en el seguimiento realizado por 7 días con una muestra de 3.854 pacientes, en donde el 12 % fueron afectados por un incidente o evento y el 7.2% fue daño grave. Los factores más relevantes fueron la administración de medicamentos, la tardanza en el diagnóstico médico y la mala comunicación, de su totalidad reportan que 70 % de los eventos presentados eran prevenibles (Eventos Adversos Ligados a la Asistencia en los Servicios de Urgencias de Hospitales de España, 2017).

Dentro de la caracterización demográfica laboral y la percepción de la enfermería sobre los eventos adversos y la seguridad del paciente los mayores actores corresponden a auxiliares de enfermería, este análisis fue determinado por instituciones de salud en donde un porcentaje menor fue la participación de enfermería, la E.S.E Gabriel Peláez Montoya. En donde se identifica la ocurrencia del evento adverso con el tiempo de experiencia laboral que tienen los empleados generales de prestación de servicios en donde se determina que los profesionales del ejercicio de la enfermería reportaban con una media de 10 años de experiencia versus auxiliares de enfermería que también imparte en el cuidado con una experiencia cuatro años de experiencia, evidencia de manera específica como la experiencia influye frente a la cultura de seguridad del paciente (Martínez Reyes, 2017).

En un análisis que se llevó a cabo, por servicios considerados de mayor demanda para el personal de salud, se tuvo en cuenta gran parte de los servicios que prestan atención a los usuarios en donde se evidencia, de manera diversa cómo es la percepción del personal de salud frente a la atención del paciente encontrando en este estudio así en el servicio de cirugía en la institución con un 66% de adherencia al programa de seguridad del paciente, el servicio con menos adherencia a este programa, fue urgencias con un 7%, este estudio también se realizó con referencia a la experiencia laboral de los profesionales de enfermería en donde finalmente arroja como resultado que la experiencia de los auxiliares de enfermería estaba entre uno y dos años respectivamente y de los profesionales de enfermería estaba entre seis a ocho años laborando en los distintos servicios prestadores de salud (Martinez Reyes , 2017).

Continuando con el análisis del párrafo anterior en relación con el número de horas laboradas en cuatro instituciones de salud, se definió que el porcentaje laborado fue de 48 horas a la semana en la institución 1 con el 26,7%, en la 2 con el 37,5%, la 3 con el 44,4% y la 4 con el 66,7%, determinando así los factores de riesgo teniendo en cuenta que los profesionales en enfermería laboran mayor número de horas, de las estipuladas en las instituciones en donde fue aplicado el instrumento, denotando de esta manera que el personal reporta un grado de seguridad en el hospital donde laboran, pero consideran que deben trabajar fuerte en el tema ya que hace falta la toma de medidas que den mayor confort y confianza a la hora de la atención del paciente (Martinez Reyes, 2017).

Con relación al análisis de las mejoras continuas en una comparación inter institucional, se encuentra que el trabajo en equipo obtuvo con un porcentaje del 79.8% fue favorable la percepción de los profesionales, en comparación con las institución 2, en la institución 4 con un 83% manifiesta el apoyo por parte de la gerencia de servicios de salud, con la percepción favorable frente al programa de seguridad del paciente, de la misma forma, la adherencia a las acciones en seguridad de medicamentos fue una fortaleza contundente para las organizaciones III y IV, con un 87,5% de respuestas positivas en cada una de ellas (Martinez Reyes, 2017).

Teniendo en cuenta el contexto de la seguridad del paciente, se logra identificar que a menor experiencia los profesionales que laboran en los diferentes servicios prestadores de salud, por ende, se evidencia menor destreza en las actividades propias de los profesionales de enfermería, esto indica mayor posibilidad de tener eventos adversos, dado por profesionales que no cuentan con la experiencia suficiente para el ejercicio de la labor de cuidado. Por otro lado, se conoce también que a mayor carga laboral y a mayores horas de desarrollo de las actividades incrementar el cansancio y el riesgo de que los pacientes sufran un evento adverso, teniendo en cuenta que el Código Sustantivo del Trabajo indica que un empleado debe laborar máximo 48 horas a la semana. Por esta razón a manera de desarrollar las actividades laborales las políticas públicas y el gobierno deben estipular y deben vigilar que los empleadores cumplan con la normatividad estipulada dando respuesta de esta forma a una adherencia en cuanto a

normatividad y buen trato para los prestadores del servicio de salud (Taylor, y Vincent, s.f.).

Otro de los estudios analizados se presenta en Ecuador en donde se muestra las respuestas de los pacientes pediátricos frente a las diferentes intervenciones y dimensiones de los profesionales de enfermería en el servicio, determinando por medio de un estudio con metodología científica utilizada de enfoque cuantitativo, observacional y transversal. Se tomaron 32 profesionales de enfermería en donde los principales problemas que reportan con un 94% son de índole personal lo cual afecta el desarrollo de su labor en un 99,9%, al igual se evidencia que reportan diversos distractores como lo son las actividades con el manejo del celular, revistas de venta de catálogo, los pacientes refieren que es muy pocos profesionales a la hora de brindar la atención entablar una conversación directa con sus pacientes, los familiares de los pacientes refieren que los niños demuestran temor frente a las intervenciones de enfermería dado que el profesional no es explícito frente a lo que le va a hacer al paciente o en ocasiones no les explican las intervenciones que les van a realizar; la seguridad del paciente con relación a esta investigación genera factores que intervienen frente a la atención del paciente (Torres, 2017).

Por otro lado el estudio denominado asociación entre la comodidad de los padres y los eventos adversos en niños hospitalizados “Association Between Parent Comfort With English and Adverse Events Among Hospitalized Children” estudio de corte prospectivo metacéntrico realizado en diciembre de 2014 y enero de 2017, junto con la recopilación de datos del Estudio I-PASS centrado en el paciente y la

familia, un estudio de intervención de seguridad del paciente y comunicación entre el médico y la familia, en este estudio se identificó como la comunicación es un factor que influye en la presencia o no de eventos adversos de acuerdo a la no comprensión en ocasiones de órdenes médicas entre enfermeros y médicos. Por otro lado también afecta la comunicación entre padres y médicos dado que los padres tienen un concepto diferente de la medicina y en ocasiones no comprenden la cultura de los padres para las diferentes intervenciones a realizar generando de esta forma la probabilidad de cometer error en los pacientes, generando como respuesta eventos adversos prevenibles relacionadas con el cuidado de la salud, y la no adherencia a la cultura de seguridad del paciente (Khan, 2020).

Otro estudio relevante se realizó en un hospital de Corea del sur en donde el objetivo del estudio fue la exploración del entorno laboral de los enfermeros en relación con la cultura de seguridad de los pacientes, este estudio fue realizado por medio de un cuestionario estructurado en donde participaron 186 enfermeras; para el análisis de datos que fueron analizados bajo estadísticas descriptiva con análisis de varianza y correlación de Person y análisis de regresión múltiple, dando como resultado refiere que la atención de enfermería se ve afectada por factores del entorno de trabajo teniendo claro que una buena cultura de seguridad del paciente es dada por un adecuado clima laboral, el estudio mostró que el 30,3% de los cuidados de enfermería se perdían y dependía del clima laboral (Kyoung, 2018).

En conclusión, es así como la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva antropológica con la expresión de conductas y modos de comportarse

o de actuar, modificada según la dinámica institucional por acciones o intervenciones que al ser analizadas determinan la generación de mecanismos de generación de un cuidado organizados y orientados por normas gubernamentales que con su previo análisis logran la disminución la presencia de eventos adversos en los pacientes generando una cultura de seguridad del paciente en los profesionales encargados del cuidado.

Teniendo en cuenta el contexto antes presentado se evidencia un notable vacío en cuanto a literatura y documentación frente a la cultura de seguridad del paciente, no sin recordar que el tema en las últimas décadas ha tenido mayor auge e intervenciones y ha tomado más relevancia para brindar un mejor cuidado a la persona que lo requiere; en este sentido se evidencia como por parte del gobierno y de las autoridades se ha generado un espacio que frente a las políticas y reformas brindan directrices de claro cumplimiento con relación a la adherencias de la cultura de seguridad del paciente. Resulta evidente que la literatura aporta la importancia de generar más investigación crítica y científica, que brinde una dirección más amplia a la seguridad del paciente y que permita una consolidación en cuanto a las bases teóricas, que garanticen un bienestar adecuado en los servicios prestadores de salud.

CAPÍTULO III METODOLOGIA

En este capítulo se explica el tipo de metodología utilizada para el desarrollo de la investigación en relación con la percepción de los enfermeros profesionales y la seguridad del paciente, resaltando los factores que influyen en la prestación del servicio con relación al bienestar del paciente. En este sentido considero primordial determinar los factores de las características de riesgo en la clínica durante el momento de brindar un cuidado humanizado; de igual forma poder identificar y comprender los factores que determinan la presencia de los eventos adversos y de esta forma lograr evaluar el impacto que genera tanto para las instituciones prestadoras de salud, como para los usuarios. Este estudio tiene una comprensión de la perspectiva epidemiológica, un análisis crítico desde la perspectiva del cuidado brindado por los profesionales de enfermería, una identificación de riesgos incidentes y eventos, teniendo en cuenta las causas que lo general, dando así solución y prevención frente a intervenciones oportunas y preventivas frente a la presencia de los eventos.

3.1. Objetivo

3.1.1. General

Identificar cuáles son los factores que más se correlacionan con la seguridad del paciente frente a la atención de enfermería en el área de hospitalización de pediatría servicio de medicina interna, en los primeros tres meses del año 2022.

3.1.2. Específicos

Determinar la cultura de seguridad del paciente para categorizarla mediante la aplicación de cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente, aplicada a personal de enfermería que labora en la Institución de Pediatría en el servicio de medicina interna durante los tres primeros meses del año 2022.

Determinar los factores y dimensiones que se correlacionan con el nivel de cultura de seguridad del paciente, del personal de enfermería de la institución pediátricas de medicina interna durante los tres primeros meses del año 2022 mediante análisis cuantitativos.

3.2. Participantes

No requiere de muestreo porque la población total de personal de salud es de 50 personas de tal manera que será incluida el total de la población.

3.2.1 Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión se consideran todos los hombres y mujeres mayores de edad que pertenecen a los empleados de planta del hospital que sean profesionales de enfermería, los cuales laboran en los turnos diurno y nocturno del servicio de pediatría en medicina interna.

3.2.2 Criterios de exclusión

Dentro de las exclusiones se tuvo en cuenta el personal súper numerario, los cuales tienen turnos ocasionales en estos servicios o son provisionales. De igual forma se excluye al personal auxiliar de enfermería.

3.2.3 Criterios de eliminación

Como criterio de eliminación se consideraron los formularios mal diligenciados o que se encontraron incompletos.

3.3. Escenario

Los datos para el desarrollo de esta investigación fueron tomadas de los profesionales de enfermería que laboran en el hospital pediátrico de la ciudad de Bogotá, Colombia. En donde se brinda una prestación de servicios de cuarto nivel de complejidad, enmarcado por ser una institución privada sin ánimo de lucro, en donde los servicios que brinda están determinados por tratamientos de alta calidad y complejidad, diagnósticos y paliación, teniendo en cuenta que su función social son los niños y niñas de Colombia. Por sus largos años de trayectoria el hospital atiende a la población pediátrica y es un referente a nivel nacional e internacional, dado por que es un lugar en donde se atienden todas las especialidades a nivel

pediátrico, lo cual lo cataloga como uno de los mejores hospitales referentes del cuidado infantil.

3.4. Instrumentos de recolección de información

Se aplicó en instrumento CEHSP (Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la Seguridad de los Pacientes) como medida de toma de datos. Teniendo en cuenta que es un instrumento ya analizado y con los diferentes permisos y aprobaciones requeridas para la aplicación en un proceso de investigación, el cual es confiable y permite la validación y la identificación de los diferentes valores a extirpar, dentro de las dimensiones que se pueden analizar se encuentran las actitudes, percepciones, competencias, comportamientos y condiciones laborales de las enfermeras hospitalarias, relacionadas con la seguridad del paciente. Este instrumento comprende el análisis con respecto a la seguridad de los pacientes y la relación que se tiene con la adherencia a los procesos e intervenciones de enfermería, está dirigido a profesionales sanitarios de ámbito hospitalario en general, es autoadministrable, consta de 5 páginas con un total de 47 preguntas, se encuentra disponible tanto en la plataforma de la universidad como en las diferentes páginas web y en la página web del Ministerio de Salud de Colombia.

El último instrumento en mención tuvo una validez y una adaptación al español partiendo del cuestionario original titulado “Hospital Survey on Patient Safety” que fue desarrollado por la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). El original surgió por la necesidad de medir la cultura de seguridad del

paciente y la adherencia a los procesos de atención de enfermería entre distintos profesionales sanitarios de los hospitales estadounidenses y siguió un proceso riguroso para que resultara un cuestionario válido y fiable. De esta forma se considera que la confiabilidad que tiene el instrumento es adecuada ya que la consistencia que se empleó fue alfa de Cronbach y los resultados encontrados indican que el instrumento es confiable, con el alfa de Cronbach total de 0,91.

Este análisis se desarrolló teniendo en cuenta que un “suceso” fue definido cualquier tipo de error, equivocación, incidente o evento adverso, independientemente de qué las consecuencias sean nefastas. La seguridad del paciente se definió como evitar y prevenir a toda costa lesiones en los pacientes o alteraciones derivadas del cuidado, Lesiones que puedan llevar a los usuarios a sufrir alteraciones diferentes a su motivo de ingreso. Fue evaluado por medio de la aplicación del instrumento ya conocido para la seguridad del paciente por enfermeras profesionales en donde se enmarca por la evaluación dimensiones: A. Su área /unidad de trabajo B. Su jefe Supervisor, C. Comunicación, D. Frecuencia de sucesos notificados, E. Grado de seguridad del paciente, F. Su centro de trabajo, G. Numero de sucesos notificados, H. Características de los encuestados, I. Sus comentarios.

3.5 Procedimiento

Dentro del componente ético utilizado para el desarrollo de esta investigación en un inicio se solicitó al Hospital de la Misericordia una autorización para la

aplicación del instrumento y el desarrollo de la investigación con los funcionarios de la institución. Dando a conocer a las directivas de esa institución que el estudio sólo tenía un objetivo de tipo académico, el cual se aplicaría a 50 funcionarios directamente implicados en el cuidado del paciente pediátrico en el servicio de medicina interna ya que era un servicio de fácil abordaje.

Se ubico al personal en el auditorio principal de la institución, a una reunión de desarrollo tecnológico el día 2 de marzo en donde se aprovechó la oportunidad para informar a las personas citadas que se aplicaría un instrumento a los profesionales de enfermería con autorización de la unidad científica del HOMI, se informó que se deberán diligenciar dos FORMS. Se re realizo el análisis y se expuso el objetivo de la investigación, el propósito, el conflicto de interés, el contenido del instrumento, se indicó la forma del desarrollo de la dinámica y se acompañó el proceso de respuestas del formato. Previo al diligenciamiento de la herramienta se hizo un formato de consentimiento informado incluido en el mismo formato FORMS que invitaba a participar del estudio de forma voluntaria y espontánea, el cual debió a ser firmado previo al inicio de las respuestas. Se hizo énfasis en el carácter confidencial de las respuestas, en el tiempo promedio para el diligenciamiento, en querer participar o negarse a responder el mismo, se informó que el instrumento no era una acción punitiva y se aclaró que no recibirían ningún lucro al participar de la investigación. Los participantes podían diligenciar en el lugar de su preferencia de acuerdo con el tiempo de ellos para facilitar la participación. Para la presentación de los resultados del instrumento se condensan y se analizan por medio de gráficas de que se analizan por medio del software SPSSP o Excel.

3.6 Diseño del método

3.6.1 *Diseño*

El tipo de diseño que se utilizó para el desarrollo de la investigación fue un diseño no experimental, el cual va encaminado en un principio a la observación, la descripción y documentación de los diferentes tipos de frecuencia y distribución de los eventos y conductas percibidas por los funcionarios de la institución en el momento de brindar el cuidado, teniendo en cuenta que la manipulación de datos sistemáticos permiten estructurar los diferentes fenómenos, para el análisis y el estudio, brindando así una información precisa y certera. A través de los diferentes métodos y criterios por medio de los cuales podemos identificar de manera sistemática y poner de manifiesto una estructura del fenómeno que se está estudiando se puede proporcionar, Una información veraz, certera y oportuna derivado de las diferentes fuentes comprometidas con el servicio del cuidado. Mostrando de esta forma tal como se presenta en el primer trimestre del 2022, los diferentes aspectos que se abordan a la aplicar el instrumento, dando interactuar con las diferentes hipótesis de investigación relacionadas con el presente trabajo pudiendo identificar factores relevantes para los profesionales de enfermería frente a la prestación del servicio del cuidado de la salud.

3.6.2 *Momento de estudio*

Es un estudio de abordaje transversal, pues el análisis se concentra en un punto fijo en el tiempo, en un momento determinado (Muñiz Garcia & Sanchez, 1998), ofreciendo un abordaje estático de la cultura de seguridad del paciente.

3.6.3 Alcance del estudio

Se aplicó un análisis de carácter descriptivo correlacional “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno a investigar” (Sampieri & Collado, 2010, pp 26.) y de corte correlacional ya que se estudian dos variables una relacionada con la seguridad del paciente y otra con relación a la adherencia en la aplicación del proceso de enfermería.

3.7 Operacionalización de las variables

A continuación, en la tabla 1 se realiza la operacionalización de las variables.

Tabla 1

Indicadores y dimensiones del instrumento

Variables	Instrumentos	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Independiente	CHES Seguridad del paciente	Se tiene por cada dimensión una cantidad de ítems a responder como. <ul style="list-style-type: none"> • Área o unidad • Jefe supervisor • Comunicaciones 	Los indicadores compuestos de cada dimensión se recalculan usando la fórmula:	Total, de 47 ítems

		6 ítems	Número de encuestas con criterio de inclusión recibidas. Número de en entregadas (no válidas + no diligenciadas)
		<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de sucesos 3 ítems • Grado de seguridad del paciente 1 ítem • Centro de trabajo 11 ítems • Sucesos notificados 2 ítems • Características de los encuestados 6 ítems • Sus comentarios pregunta abierta 	
Edad	CHES Seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Años de experiencia • años laborados con la entidad 	
Tiempo trabajado	CHES Seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de un año • Entre 1 y 5 años • De 6 a 10 años • De 11 a 15 años • De 16 a 20 años • 21 o mas 	
Tiempo laborado en el actual servicio	CHES Seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de un 	

- año
- Entre 1 y 5 años
- De 6 a 10 años
- De 11 a 15 años
- De 16 a 20 años
- 21 o mas

Nota. CEHSP (Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad de los pacientes)

3.8 Análisis de datos

Para lograr realizar el análisis y recopilar la información se utilizó un formato electrónico y se realizó un análisis descriptivo y uno inferencial, el descriptivo se analizó bajo las medidas de tendencia central; para el análisis de la estadística inferencial se aplicó correlación con Rho de Spearman la cual cuenta como con un nivel de significancia de $p < 0.05$ el análisis de datos se realizó mediante el software SPSS 22.

3.9 Consideraciones éticas

Para el desarrollo de este estudio se tomó como base los aspectos relacionados en la declaración de Helsinki, la cual identifica diferentes estudios relacionados con aspectos humanos, en los cuales quienes enviaron involucrados en estos estudios firmar un consentimiento informado para la participación en el, previo a la aplicación del instrumento (Anexo 1), logrando de esta forma aplicar el

principio de autonomía establecido por el Comité de Bioética para el desarrollo de las diferentes investigaciones que comprometen e interviene el ser humano.

Así mismo, se siguieron los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud, en el cual se establece el respeto a la dignidad y protección de los derechos de las personas sujeto de investigación (Ministerio de Salud, 1998). Además, este estudio se considera como “investigación con riesgo mínimo” (art 11) predominando el principio de no maleficencia y normas éticas internacionales. El uso que se le dio a la información recogida fue netamente para fines investigativos dejando claro el uso de los principios de integralidad e intimidad de la información dado que fue aplicado en seres humanos con cierto grado de vulnerabilidad como se considera en Colombia los niños, adicional los profesionales que de buena voluntad aceptaron aportar con su conocimiento en el desarrollo de esta investigación.

Para poder realizar la toma o recolección de datos y llevar a cabo de esta forma la investigación, se pidió autorización a las directivas, investigador científico, jefe encargada del convenio docencia servicio en el hospital y a la jefe de enfermería encargada de este departamento; esta autorización fue emitida por la Universidad de Cuauhtémoc de México quien brindó todas las herramientas necesarias para lograr el abordaje de la investigación. Al tener experiencia en el hospital como docente de practicantes de enfermería, se tuvo la facilidad de poder aplicar el instrumento en el área en la que se había tenido la oportunidad de rotar con anterioridad, sin embargo, en las áreas en las que no se había tenido la oportunidad

de realizar actividades, no se logró la colaboración oportuna por parte de los profesionales.

Como conclusión se resalta que para este estudio se tuvo en cuenta el manejo y la aplicación del código deontológico de enfermería en el cual se estipulan los parámetros mínimos a tener en cuenta en investigación como los son el respeto hacia la dignidad, la opinión individual, el mantener la confidencialidad hacia las personas que de manera voluntaria y libre participaron del estudio y análisis de los datos, así como el manejo de la información y el tratamiento de los datos recogidos para lograr presentar unos resultados o un análisis que sea oportuno para la continuidad o complemento del programa de seguridad del paciente que en el momento se aplica en la institución.

CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se realizó el análisis de los resultados recopilados en la recolección de datos los cuales fueron tabulados por medio de Excel, se realizaron análisis de tablas dinámicas y sus respectivas gráficas, de esta forma se dio uso de medidas de tendencia central con una estadística descriptiva que permitió realizar el análisis, en donde se pudo identificar el resultado de la aplicación del instrumento teniendo en cuenta la relevancia de los factores que influyen en la seguridad del paciente. Para lograr hacer la identificación de los factores que son relevantes frente a la cultura de seguridad del paciente en el hospital percibidas por los profesionales de enfermería se aplicaron 54 encuestas de las cuales 50 cumplieron con los criterios de inclusión para tabulación de datos, la tasa de respuesta para este estudio fue de 95%.

4.1 Integración de datos (sociodemográficos, estadística descriptiva)

El desarrollo de este estudio permitió realizar un análisis del instrumento de seguridad del paciente, dejando ver la información más relevante frente al análisis de datos el cual se desarrolló para dar respuesta a la institución de sus fortalezas y debilidades con relación a la prestación del servicio en esta institución infantil. Para este análisis se tuvieron en cuenta tres categorías en donde se analizó la primera que muestra las respuestas positivas, seguida de las respuestas neutras determinadas por los ítems ni en desacuerdo, o algunas veces y se termina con las respuestas negativas que corresponden a nunca y rara vez, o muy en desacuerdo y desacuerdo. Las respuestas están propuestas por las diferentes categorías descritas en el instrumento como de acuerdo y muy de acuerdo en tiempo como

siempre, existen unos puntos que se darían como respuestas neutras dadas por ni de acuerdo, ni en desacuerdo o algunas veces, y de igual forma se realiza valoración de las respuestas positivas y negativas. Para este trabajo se tomaron en consideración las respuestas positivas.

4.2. Información general de los encuestados

4.2.1. Composición por genero de los participantes

Esta encuesta fue aplicada a 50 empleados profesionales de enfermería asistenciales vinculados a la fundación Hospital pediátrico de Bogotá. La edad promedio de los encuestados fue de 30,88 años, el 50% de los encuestados tenían una edad de 35 años o menos con una variabilidad de 22,4 años, siendo 24 años la edad mínima y 42 años la edad máxima. El sexo predominante fue el femenino con el 72% (36); el estado civil que se repitió fue soltero, con el 66% (33); seguido de casado con un 24% (24) y unión libre con un 10% (12). Con respecto a años de experiencia laboral se registró una mediana de 5.5.

Como se observa en la Figura 1, el mayor nivel de participación se encontró en el género femenino con una participación del 68%, seguida de hombres en un 32%, lo cual denota un gran porcentaje de representación femenina tanto en el hospital, como en la parte laborar de enfermería.

Figura 1

Identificación del género de los participantes

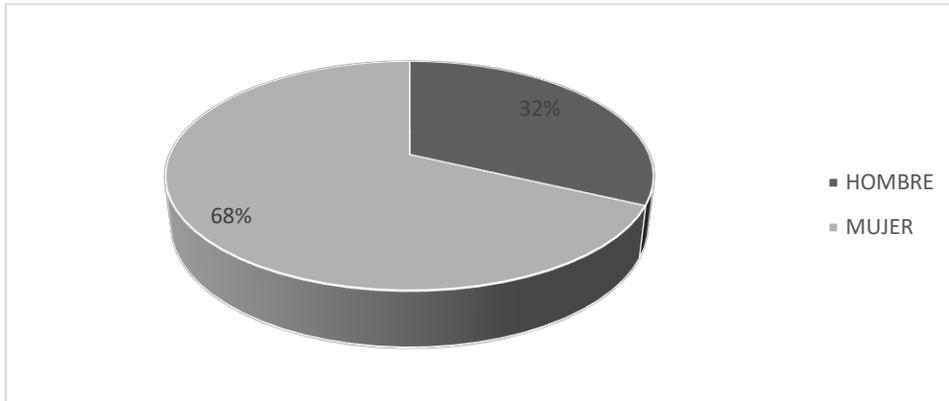


Figura 1. Elaboración propia. Identifica por medio de la gráfica la participación en la investigación de los géneros denominados como femenino y masculino.

4.2.2. Experiencia profesional con relación a la edad

Como se observa en la Figura 2, con relación a la edad versus la profesión se evidenció que la media en edad fue de 24, con una edad mínima de 24 años y una edad mayor de 42 años.

Figura 2

La experiencia profesional en relación con la edad

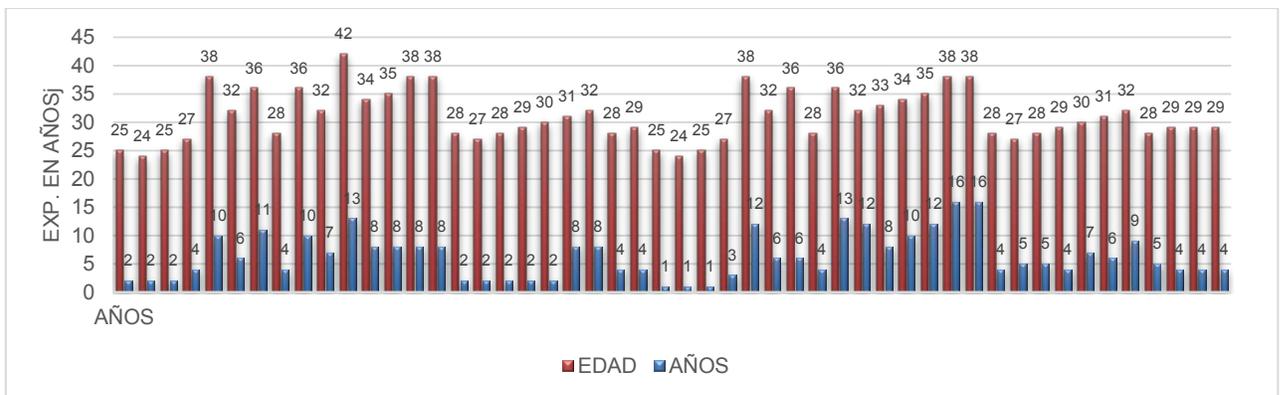


Figura 2. Elaboración propia. Experiencia laboral con relación a la edad identificado los años de experiencia en el área del cuidado de pediatría.

4.2.3. Edad de los participantes

Con relación a la edad se observó que se tuvo una media de 30 años, esto quiere decir que el cuerpo de empleados no es longevo, que dentro de su planta de trabajadores predominan los cargos en la población joven como se observa en la Figura 3.

Figura 3

Edad de los participantes

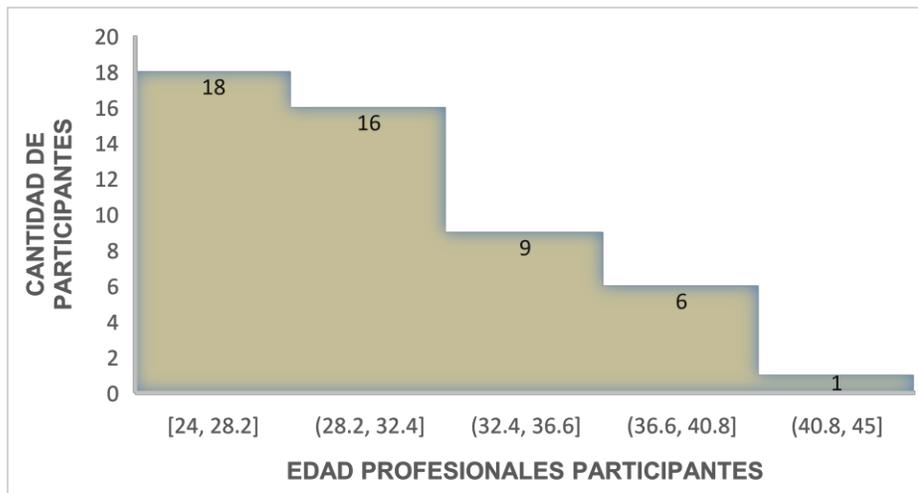


Figura 3. Elaboración propia. En marca la edad etaria de loas participantes en el estudio.

Acercas del estado civil, el 24% de los participantes son casados, el 50% son solteros y un 8 % viven en unión libre como se describe en la Figura 4.

Figura 4

Estado civil de los participantes

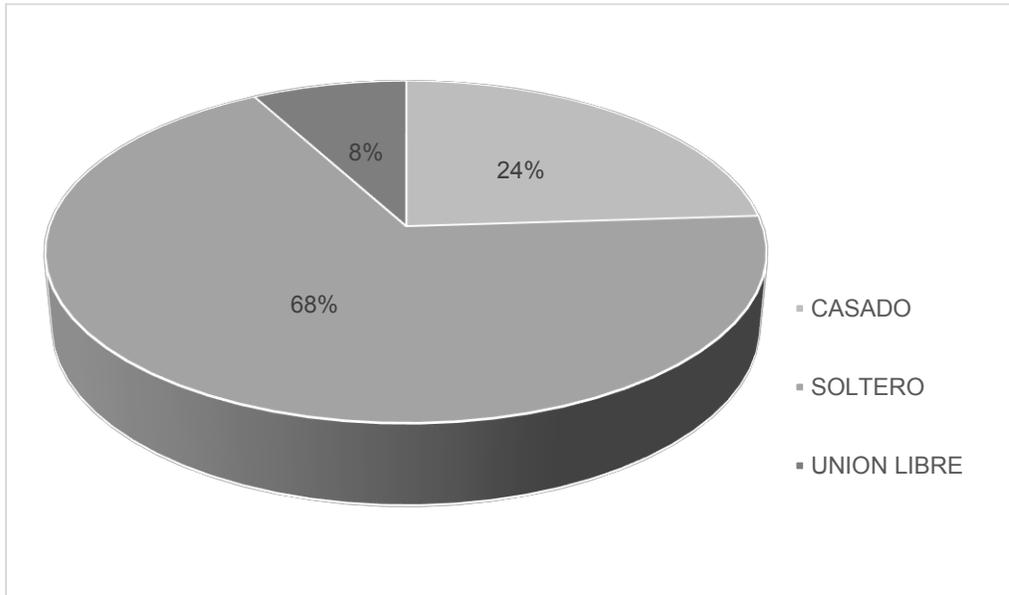


Figura 4. Elaboración propia. Brinda información acerca del estado civil de los participantes.

4.3 Frecuencia de respuesta positivas por dimensiones

Los resultados de frecuencia de respuesta positiva por cada dimensión se muestran a continuación:

4.3.1. Dimensión 1. Área o unidad de trabajo, trabajo en equipo

El porcentaje de respuestas positivas en promedio fue del 95.9%. Indica que es una fortaleza para el hospital. Las dieciocho preguntas de la dimensión están redactadas en positivo (Figura 5).

Figura 5

Detalle de trabajo en equipo

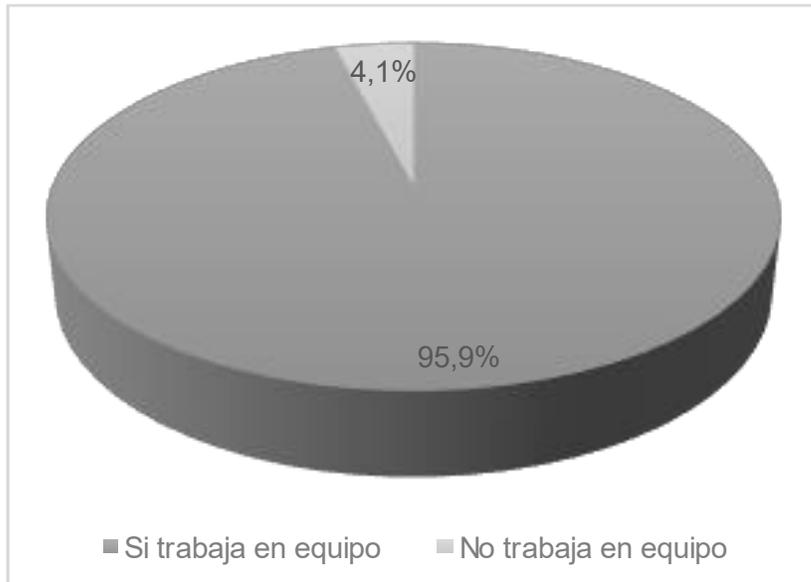


Figura 5. Elaboración propia. Detalle de trabajo en equipo, en donde se identifica la magnitud y adherencia a los diferentes protocolos instaurados que derivan en una puesta segura para la atención del paciente.

4.3.2 Dimensión 2. Coordinador o tutor clínico. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes

A continuación, se muestra la frecuencia de las respuestas positivas de la dimensión 2 en la cual todas sus preguntas esta planteadas en positivo, con un promedio de respuestas positivas de 75% en donde se observa, que es una dimensión que no requiere de intervención (Figura 6).

Figura 6.

Detalle de expectativas y acciones del supervisor

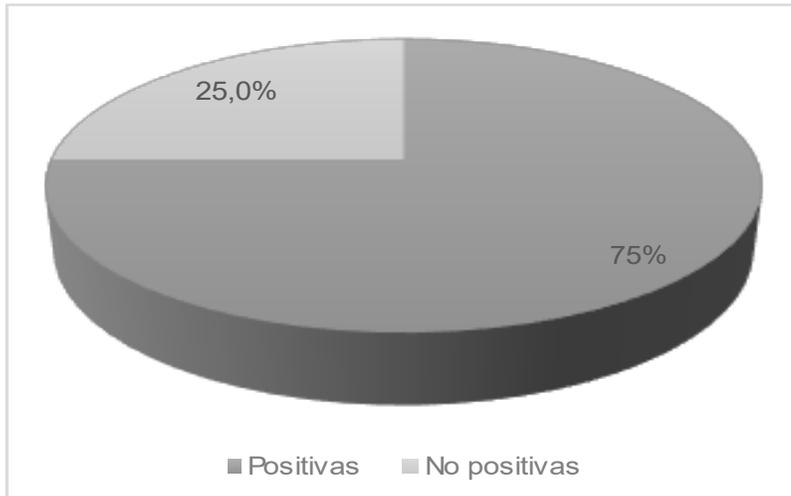


Figura 6. Elaboración propia. Detalle de expectativas y acciones del supervisor dando un abordaje positivo al tener en cuenta el concepto de los profesionales que directamente brindan el cuidado.

4.3.3 Dimensión 3. frecuencia de incidentes reportados aprendizaje organizativo y mejoras continuas.

Se muestra la frecuencia de respuestas positivas para el aprendizaje organizacional y mejoras continuas las cuales corresponden al 80%. Las tres preguntas que evalúan la dimensión están redactadas en positivo (Figura 7).

Figura 7

Frecuencia de incidentes reportados

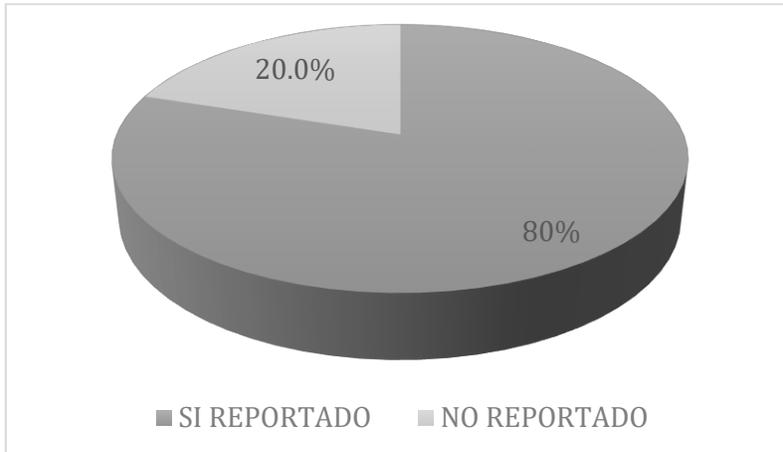


Figura 7. Elaboración propia. Frecuencia de incidentes SI reportados o No reportados.

4.3.4. Dimensión 4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente

El 96% tiene una percepción positiva del apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente. Esta dimensión está evaluada por tres preguntas redactadas en positivo (Figura 8).

Figura 8.

Detalles de seguridad del paciente

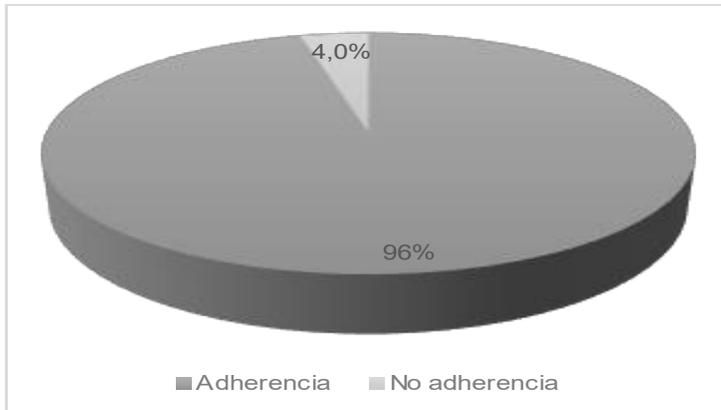


Figura 8. Elaboración propia. Detalles de seguridad con relación a la adherencia al programa de seguridad del paciente.

4.3.5. Dimensión 5. Comunicación e información sobre errores

Respecto a la dimensión de Comunicación e información sobre errores, el 65.6% de los encuestados percibe que hay retroalimentación sobre los errores. Todas las preguntas están redactadas en positivo y el resultado se muestra en la Figura 9.

Figura 9

Comunicación e información sobre errores

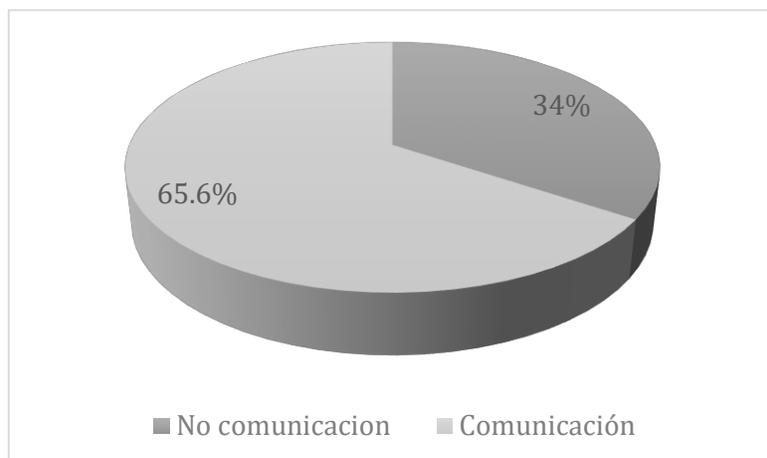


Figura 9. Elaboración propia. Comunicación e información sobre errores durante el desarrollo de los procedimientos con el abordaje de retroalimentaciones de los eventos adversos al personal asistencial.

4.4 Frecuencia de respuesta positivas por preguntas por proporciones

Los resultados de frecuencia de respuesta positiva por cada pregunta se muestran a continuación en la tabla 2:

Tabla 2

Sección A Trabajo en equipo

Ítems	Media	ítems	%	Respuestas
01. En esta unidad / servicio, la gente se apoya mutuamente				
03. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo				
04. En la unidad se tratan todos con respeto				
05. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora				

06. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	6	14	95.8%	positiva
07. En ocasiones no prestamos la mejor atención al paciente porque hay demasiado personal temporal				
08. si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra				
09. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos para la seguridad del paciente				
10. Es sólo por casualidad que aquí no ocurren errores más serios				
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros				
12. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se está siendo denunciada la persona y no el problema				
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad del paciente, se evalúa para comprobar su efectividad				
17. Considera que en la unidad donde estuvo se tienen problemas de seguridad de los pacientes				
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueda ocurrir en la atención al paciente				

2. Tenemos suficiente personal para afrontar y realizar el trabajo				
14. Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente	2	4	4.2%	neutro
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo				
16. El personal teme que los errores que comenten queden registrados en su hoja de vida				
Total, de ítems		18	100%	

La Tabla 2 muestra que hay un balance positivo en el 95.8% de los ítems evaluados es decir que el participante está de acuerdo y muy de acuerdo y el 4.2% corresponde a un balance neutro.

Con relación a la seguridad del paciente, en la Tabla 3 se reporta que un 100% de las respuestas favorecen la seguridad del paciente en cuanto a la comunicación, teniendo en cuenta que 3 de los ítems evaluados tuvieron respuestas positivas en donde se identificó la actitud de los jefes teniendo en cuenta la aplicación de los diversos procedimientos establecidos, al realizar los análisis de los eventos reportados de manera directa y priorizando estos reportes se logra una actuación a tiempo y un estandarización de procedimientos en marcados en el no error promoviendo la seguridad del paciente, de igual forma se observa como los funcionarios tienen un sentimiento de ser escuchados, de ser tenidos en cuenta frente a la toma decisiones e intervenciones en pro de mitigar la presencia de eventos adversos.

Tabla 3**Sección B jefe inmediato**

Ítems	Media	Ítems	%	Respuestas
19. Mi superior/jefe hace comentarios positivos cuando ve un trabajo de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente	4	3	100	Positivo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente				
22. Mi superior/jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez				
Total, de ítems		3	10%	

En la Tabla 4 se observa que existe una comunicación asertiva en un 80% con una respuesta positiva en 5 de los ítems evaluados por parte de los superiores y el personal al informar.

Tabla 4**Sección C Comunicación**

Ítems	Media	Ítems	%	Respuestas
23. Los jefes/ superiores informan sobre los cambios realizados basado en los reportes de los incidentes y eventos adversos				
24. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente, habla de ello con total libertad	4	4	80%	Positivo
25. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad				
27. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que vuelva a ocurrir un error				
28. Como estudiante tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no				

parece estar bien

26. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	3	1	20%	Neutro
Total, de ítems		6	100%	

Analizar los cambios realizados basados en los reportes de los incidentes y eventos adversos que ocurren en el servicio, puede contribuir a evitar que vuelvan a ocurrir errores y que se pueda afectar negativamente el cuidado del paciente, además de poder cuestionar con total libertad, así como se muestra en la Tabla 4. El personal se muestra neutro o indiferente ante las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

Con respecto a la frecuencia de eventos adversos / errores reportados al estar de acuerdo o muy de acuerdo con todo el componente como cuando se comete un error ya que cuando se descubre se corrige antes de afectar al paciente, al igual que cuando no tiene el potencial de causar daño, así como lo muestra la Tabla 5.

Tabla 5

Sección D Frecuencia de eventos adversos / errores reportados

Ítems	Media	ítems	%	Respuestas
29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿Qué tan frecuente es reportado?	4	3	96%	Positivo

30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿Que tan frecuentemente es reportado?

31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Que tan frecuentemente es reportado?

Total, de ítems	3	96%
-----------------	---	-----

Para conseguir la media de las puntuaciones otorgadas a la pregunta integrante de la dimensión grado de seguridad del paciente se invirtieron los valores numéricos de las respuestas como lo muestra la Tabla 6. Se observa que el 52% presentan una tendencia positiva al tener un resultado aceptable 22%, muy bueno 52% y excelente 11%, lo que significa que hay una percepción global de la seguridad positiva, la media es de 4.

Tabla 6

Sección E Grado de seguridad de paciente

Percepción	Frecuencia	%
1. Excelente	11	22%
2. Muy Bueno	26	52%
3. Aceptable	11	22%
4. Pobre	1	2%
5. Malo	1	2%
Total, general	50	100,00%

Nota: 1. Excelente = 5, 2. Muy Bueno = 4, 3. Aceptable = 3, 4. Pobre = 2, 5. Malo = 1.

En la Tabla 7 se observa una tendencia hacia los valores positivos en 91% de los ítems evaluados, con una tendencia a los valores neutros en un 9%

Tabla 7*Sección F Institución*

Ítems	Media	ítems	%	Respuestas
33. La gerencia o la dirección de la institución provee un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.				
35. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.				
36. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	4	10	91%	Positiva
37. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.				
38. Frecuentemente resulta desagradable o incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades en esta institución.				
39. Habitualmente surgen problemas en el intercambio de información entre los diferentes servicios/ unidades de esta institución.				
40. La gerencia o dirección de esta institución muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.				
41. La gerencia/dirección de esta institución sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente.				
42. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar el mejor cuidado a sus pacientes.				
43. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.				
34. Las diferentes unidades/ servicios de esta institución no coordinan bien entre	3	1	9%	Neutro

sí.

Total, de ítems	11	100%
-----------------	----	------

4.5 Frecuencia de errores reportados relacionados con la atención en salud.

El mayor porcentaje fue el de ningún reporte (44%), 1 a 2 reportes (34%), 3 a 5 reportes (12%), 6 a 10 reportes (4%), 11 a 20 reportes (2%) y 21 reportes o más (4%) como se evidencia en la Tabla 8.

Tabla 8

Sección G Número de eventos adversos / errores reportados

Etiquetas de fila	Frecuencia	Porcentaje
Ningún reporte - N/A	22	44%
1 a 2 reportes	17	34%
3 a 5 reportes	6	12%
6 a 10 reportes	2	4%
11 a 20 reportes	1	2%
21 reportes o más	2	4%
Total, general	50	100,00%

En la Tabla 9 se muestra la percepción que tiene el personal respecto a si la atención que se proporciona a los pacientes se realiza de manera segura.

Tabla 9

Percepción del personal sobre la atención de forma segura de los pacientes

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
No	4	7%
Sí	46	92%
General		100%

Nota. Se observa que la mayoría (92%) considera que los pacientes son atendidos de forma segura.

4.6 Resultados de la estadística inferencial

Teniendo en cuenta la correlación de Pearson con la significancia bilateral en donde todos los datos con un $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos, se evidencia que la edad del personal de enfermería se correlaciona de manera significativa con la experiencia profesional en el lugar de trabajo, dado que la significancia bilateral reporta ($p=0.000$) y dicha correlación es alta ($r=0.782$), de igual forma se puede analizar que el promedio de las frecuencias relativas en la dimensión dos está correlacionada con el promedio, lo cual indica que aporta de manera significativa a la evaluación total.

Por otro lado la dimensión tres y dimensión cuatro que corresponden respectivamente a la comunicación y la frecuencia de eventos adversos o errores reportados en donde se ve como los coordinadores o supervisores encargados, tienen en cuenta para la toma de decisiones a los profesionales que se encuentra en contacto con los pacientes teniendo en cuenta que son los que mayor contacto tienen con los usuarios y tienen claro cuáles son las acciones de riesgo que

propician la generación de eventos reportados, socializando los casos y proponiendo planes de mejora en pro de la disminución de eventos adversos, realizando las respectivas intervenciones correctivas para evitar el error. Se identificó una significancia bilateral ($p=0.000$) y dicha correlación es alta ($r=0.688$), al igual se evidencia que el realizar los reportes si es significativamente importante ya que muestra de manera clara como se hace intervención directa frente a la seguridad del paciente.

En conclusión, en relación con lo antes mencionado se puede inferir que en el hospital pediátrico de Bogotá HOMI se maneja en su mayoría una buena percepción y una cultura de seguridad del paciente adecuada, adicional que todos los esfuerzos realizados por promover una cultura de seguridad en los empleados asistenciales, deja claro que ha dado frutos positivos teniendo los porcentajes elevados en cuanto a comunicación asertiva con el jefe y con menos notoriedad y adaptación a la dimensión tres con un 80 % en el contexto relacionado, los principales problemas identificado fueron los problemas de comunicación, la disponibilidad de tiempo, la demanda de paciente para la asistencia, la escasa presencia de profesionales de enfermería que pudieran brindar el cuidado de manera directa.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con esta investigación permiten comparar los componentes que hacen parte de la cultura y seguridad de los pacientes con otros estudios similares, en los cuales se ha aplicado y han descrito sus estudios utilizando el mismo instrumento validado por AHRQ con algunos resultados parecidos a los resultados de esta investigación, en donde se resaltan los factores relevantes en cuanto a la percepción de los funcionarios que imparten el cuidado frente a la seguridad del paciente en el hospital pediátrico de la Misericordia en Bogotá.

En este orden de ideas la descripción del problema, de la interpretación y del marco teórico, así como los antecedentes de estudio, discuto lo siguiente de este trabajo de investigación, con relación a la Hipótesis general: Identificar los factores de mayor relevancia con relación a la seguridad del paciente durante la atención de enfermería en el HOMI. Al respecto el estudio de Castañeda, Garza, González, Pineda, Acevedo, y Aguilera (2014), reportaron resultados coincidentes ya que los profesionales de enfermería asistenciales brindan cuidado de enfermería tratando al máximo de evitar daños y/o complicaciones durante su ejercicio profesional. Sin embargo, aún persiste los errores o eventos adversos, en su mayoría se dan por la excesiva demanda de pacientes, escasa dotación de personal, y deficiente capacitación.

Así mismo, el estudio de Mendoza (2014), mostró resultados coincidentes ya que indican que el conocimiento de los profesionales de enfermería es medio en cuanto a la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos

es medianamente eficiente. Por esta razón y teniendo en cuenta el análisis se puede determinar el riesgo inminente al que están expuestos los profesionales que prestan el servicio al cuidado de la salud dado por diferentes factores evaluados a través del instrumento, en donde la percepción de los profesionales es una carga laboral aumentada, así como la responsabilidad de asumir el cuidado de alrededor de 20 a 30 pacientes por turno dando como resultado una elevación en el riesgo de la frecuencia de errores adversos derivados del cuidado.

De esta forma se determina que la cultura de seguridad del paciente tiene por contexto un conjunto de valores actitudes, percepciones, competencias específicas tanto a nivel individual como a nivel familiar, encaminados en la política seguridad del paciente que se enmarcan en el cuidado, teniendo en cuenta los daños que se le pueden causar a un paciente en función del cuidado. Es así como a nivel mundial y nacional se ha estandarizado como normatividad y legislación el promover los hospitales seguros mediante la cultura de seguridad del paciente, en caminados en aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir, trabajando fuertemente en una cultura de prevención.

Con relación al trabajo en equipo en los profesionales de la salud, específicamente del área de enfermería, está relacionado con el tipo y la forma de comunicación, teniendo en cuenta que la comunicación es un eslabón vital en la profesión y de ella se desprenden muchas situaciones que conllevan a la toma de decisiones del manejo de los paciente a nivel intra hospitalario, dentro de los

factores relevante se encuentra el reporte de los eventos adversos, ya que los profesionales asumen que el informar los diferentes eventos ocurridos pueden determinar conductas punitivas frente a su actuar, por otra parte la comunicación con el jefe directo es vital, ya que se puede lograr un engranaje cuando se tiene en cuenta lo que vive el profesional de enfermería al brindar la atención directamente y así identificar qué factores propician la presencia de eventos adversos.

En el campo de la salud, el Instituto de Medicina de los EEUU, teniendo en cuenta que se debe generar a nivel mundial ambientes de sistema de seguridad seguros, es importante que desde la gestiona administrativa se pueda generar un ambiente laboral cálido en donde se logre conseguir una cultura de eliminación de culpabilidad en los profesionales que ejercen el cuidado de enfermería y de esta forma lograr identificar de manera libre y espontánea los diferentes eventos ocasionados derivados del cuidado generando así potenciales estrategias de prevención, dado que los eventos sean reportados a tiempo con el correspondiente análisis teniendo en cuenta este sistema se reemplazaría la cultura de culpar a los individuos por los errores y se generaría la conciencia frente al análisis y prevención de los eventos adversos. En contraste con la “cultura patológica de seguridad”, en que las fallas son punibles, se ocultan y no se reconocen problemas, una “cultura positiva de seguridad” reconoce la inevitabilidad absoluta de fallas y busca activamente identificar las 75 amenazas o riesgos latentes (ANSP, 2015).

De esta forma, dentro del panorama de seguridad del paciente se ve la necesidad de la incorporación de un ambiente digno para los trabajadores en el área

de la salud, mejorando así el ambiente laboral el cual está rodeado por diferentes factores como lo son, la carga laboral, los insumos necesarios para la prestación de jornadas laborales dignas, espacios de descanso autorizados, enmarcando de esta forma condiciones laborales dignas. Por otro lado, nos lleva al reconocimiento que no es desconocido que durante el desarrollo de las labores puede llegar a suceder la presencia de errores e incidentes, y que la atención en salud lleva a riesgos, la evidencia demuestra que si la cultura de una organización es consciente de la seguridad y personas son estimuladas a hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la seguridad del paciente y la atención al paciente se ven mejoradas (ANSP, 2015).

Desde esta perspectiva el presente trabajo tuvo como objetivo identificar los factores de mayor relevancia con relación a la seguridad del paciente durante la atención de enfermería; para ello se trabajó con 50 profesionales de enfermería, que cumplieron con los criterios de inclusión, en quienes se aplicó el instrumento para la recolección de información, y cuyos resultados se presentan a continuación, acorde a los objetivos planteados. Teniendo en cuenta la relevancia de factores que intervienen en el proceso de seguridad del paciente por parte de los profesionales de enfermería que trabajan en la institución pediátrica en Medicina interna durante los tres primeros meses del 2022, según la frecuencia de eventos adversos notificados por las enfermeras de los servicios, identificando de esta forma la existencia de una cultura de seguridad del paciente con un 44% de casos no reportados, además se identifica que el 21% no notifica los eventos adversos que puedan ocurrir en los servicios.

Los resultados son similares a los de Castillo (2017) quien reportó en su estudio que menos del 50% del personal de enfermería notifican los errores identificados que colocan en riesgo la atención del Paciente. Así mismo los resultados obtenidos por Martínez (2018) muestran que solo el 10% notifica eventos adversos en un hospital de alta complejidad. Dentro de la notificación que se realiza de los eventos adversos se encuentra la identificación de los daños potenciales y los errores que pueden llegar a provocar daño a los pacientes no solamente, la identificación del evento adverso como tal sino todos los eventos que conlleva eventos en pro de implementar una política de prevención frente al evento.

Es así como se puede confirmar que para el personal de enfermería no es fácil realizar los reportes de las diferentes situaciones que se presentan al momento de brindar el cuidado de la salud, teniendo en cuenta que se debe trabajar en la toma de conciencia de la actitud de las personas frente a su labor, brindando herramientas dignas de trabajo, y medidas que permitan la toma de decisiones frente a los análisis de los eventos realizados generando de esta forma una prevención frente a los eventos y una disminución frente a la tasa de incidencia de los mismo; en el momento de formalizar la toma de conciencia y la participación en los reportes de los eventos adversos se consigue la disminución en la presencia de los eventos, y más probabilidades de participar en prevención frente a los mismos. Es así como se debe tener en cuenta los diferentes criterios que marcan el desarrollo de un incidente frente a la seguridad del paciente teniendo en cuenta que está en marcado por múltiples factores que desencadenan los diferentes tipos de eventos en relación con el tipo de sistema de seguridad social en el que se trabaja.

Entre las diversas teorías que se han formulado para explicar el porqué de los accidentes, destaca la de Reason que propone la existencia de factores latentes en las organizaciones que, al coincidir en un momento dado, pueden producir los accidentes y consigo el daño; en este caso de los pacientes (Chuquitapa,2016). Teniendo en cuenta el abordaje que se realiza por medio de las dimensiones analizadas se evidenció, como la adherencia a una cultura de seguridad del paciente en un ambiente hospitalario, define un lenguaje universal con relación a la aplicación del cuidado; determinado de esta forma que el ser conscientes y tener preparación adecuada para generar algún tipo de cuidado, éstas dimensiones permiten un mejor análisis de la situación que viven las personas encargadas del cuidado, brindando instrumentos de análisis para la resolución de problemas y conflictos teniendo en cuenta que el bienestar debe ser mutuo y corresponde tanto al cliente interno como al cliente externo, brindando de esta forma herramientas útiles en el proceso de creación de un clima de seguridad del paciente, según lo da a conocer(Nuñez, 2018).

Teniendo en cuenta la perspectiva de la cultura de seguridad del paciente por parte de los profesionales de enfermería se determina un cuestionario de actitudes seguras, el cual identifica el sentir de enfermería para poder determinar las acciones que generan peligro en los pacientes, en la encuesta realizada en Irán mostró como en la dimensión seguridad del paciente con relación a la cultura de los profesionales los cuales hicieron parte de estas conductas y las sintieron como propias para impartir a la población cuidado desde la perspectiva de seguridad del

paciente, de igual forma demuestran como las respuestas no punitivas generan la cultura de seguridad del paciente. Frente a ello se debe tener en cuenta que con la presencia de los eventos adversos se genera una cultura de análisis, condicionando así mecanismos precisos de prevención frente a ese evento sucedido y analizado, para evitar la frecuencia en su incidencia, realizando notificación oportuna y con adecuado análisis en donde esto genere acciones de mejora de carácter inmediato en los diferentes procedimientos e intervenciones del cuidado, propiciando ambientes seguros y generando acciones correctivas frente al error.

Con relación al estudio realizado y aplicado a la percepción de enfermería sobre la cultura del paciente y los eventos generado del cuidado, se considera una relación una fuerte percepción con relación a este estudio dado que analiza la dimensión de seguridad del paciente, en donde se identifica que una de las percepciones más altas del personal de enfermería fue la falta de personal con experiencia en las diferentes áreas, realizando la comparación con el presente estudio se identifica que la carga laboral para las enfermeras profesionales es alta y que dentro de su percepción lo ven como uno de los factores que contribuyen en la ocurrencia de eventos adversos, dado por el aumento de la carga laboral, el aumento de las funciones, las cuales son asumidas por el profesional de enfermería y el no poder delegar ciertas funciones a los auxiliares de teniendo en cuenta que forman parte del equipo que brinda cuidado.

Por otro lado, en el documento analizado cuyo autor fue Barbosa 2018, se identifica que el ambiente seguro es uno de los factores que contribuyen a la

generación de un ambiente seguro enmarcado desde los dos lados del cuidado tanto quien brinda como quien recibe. Es decir que genera una relación con los resultados de esta investigación en donde varios de los factores identificados como causal de los eventos adversos en una gran parte se referencia como la generación de ambiente seguro para el desarrollo de las actividades del cuidado, así como un ambiente tanto físico como mecánico que sea seguro para el disfrute del cuidado del paciente que así lo requieren.

Con relación, a la presencia de eventos adversos y al análisis de estos en el estudio nacional sobre efectos adversos ligados al cuidado, muestran como la administración de medicamentos es uno de los eventos que tiene incidencia dentro de la práctica del cuidado. Derivado de este concepto se puede realizar la comparación teniendo en cuenta las diferentes actividades que debe desempeñar el profesional de enfermería durante el cuidado, dentro de las funciones delegadas se encuentra el proceso de administración de medicamentos, caracterizado por los diferentes horarios que se utilizan para la dispensación, no dejando atrás las demás funciones que ejercen los profesionales con relación al cuidado, no permitiendo el alcance total de la concentración durante el desarrollo de la práctica de administración de medicamentos, en la cual los profesionales deberían estar concentrados solamente en el ejercicio de esta función, lo cual lleva a la ocurrencia de los eventos dado que se debe prestar atención a múltiples funciones y dar solución de inmediato a las mismas, no permitiendo la continuidad con relación al tiempo y a la concentración que se debe tener frente a esta acción.

En comparación con la investigación presentada por De la hoz, 2018, donde se analiza como la experiencia es uno de los factores que influyen durante la atención en salud teniendo en cuenta que en quienes se está realizando la investigación es la población pediátrica una de las más vulnerables por su condición, identificando cómo influye o la relación que tiene la edad versus la experiencia en el campo, determinada por los diferentes procedimientos como lo son la administración de medicamentos, distribución de insumos, realización de diferentes actividades de intervención frente al cuidado, dominio y manejo del paciente pediátrico teniendo en cuenta que al manejar paciente pediátrico se tiene relación con la familia y su entorno. Se llega a la conclusión a mayor experiencia tienen los profesionales menos riesgo de error tienen de cometer, en marcado también por la confianza la cual en ocasiones juega malas pasadas en donde los profesionales comenten errores por confianza e incurrir en la generación de lesiones a los pacientes, propiciando el incremento de incidencias de eventos adversos.

En el informe de investigación de eventos adversos ligados a la asistencia de servicios de urgencias hospitalario en España 2017, éste estudio se llevó a cabo en el transcurso de siete días, en el cual los factores relevantes para el análisis fueron el contexto de la administración de medicamentos, la inoportunidad frente a los diagnósticos médicos y una inadecuada comunicación, generando de esta forma un canal próximo para la presencia de eventos adversos en pacientes derivados de su propio cuidado.

En el análisis que se llevó a cabo, por servicios considerados de mayor demanda para el personal de salud, se tuvo en cuenta gran parte de los servicios que prestan atención a los usuarios en donde se evidencia, de manera diversa cómo es la percepción del personal de salud frente a la atención del paciente encontrando en este estudio así en el servicio de cirugía en la institución con un 66% de adherencia al programa de seguridad del paciente, servicio con menos adherencia a este programa, fue urgencias con un 7%, este estudio también se realizó con referencia a la experiencia laboral de los profesionales de enfermería en donde finalmente arroja como resultado que la experiencia de los auxiliares de enfermería estaba entre uno 2:04 años respectivamente y de los profesionales de enfermería estaba entre seis a ocho años laborando en los distintos servicios prestadores de salud.(Martinez Reyes , 2017).

Con relación al análisis de las mejoras continuas en una comparación interinstitucional, se encuentra que el trabajo en equipo obtuvo el 79.8% de opiniones favorables con relación a la institución 2 y el 75,1% en la institución 4 se obtuvo un porcentaje de 83% el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente alcanzó un 77,8% de respuestas favorables. También, la adherencia a las acciones en seguridad de medicamentos fue una fortaleza contundente para las organizaciones III y IV, con un 87,5% de respuestas positivas en cada una de ellas (Martinez Reyes, 2017).

Otro de los estudios analizados fue el presentado en Ecuador en donde se muestra las respuesta de los pacientes pediátricos frente a las diferentes intervenciones y dimensiones de los profesionales de enfermería en el servicio,

determinando por medio de un estudio, se evidencia como la seguridad del paciente con relación a esta investigación genera factores que intervienen frente a la atención del paciente, dentro de la percepción de los usuarios denominan el poco personal asignado para el desempeño de todas las funciones que se requieren, que al ellos realizar un llamado la tardanza para la atención era notoria y que ellos sentían que no les prestaban atención, así como en ocasiones las respuestas del personal que brinda el cuidado es no tienen tiempo que esperen un momento ya les ayudan, con relación a la administración de medicamentos los usuarios refieren que el horario en el que lo administran no es el correcto, que tardan alrededor de dos horas o mayor en administrar el medicamento, dentro de las observaciones más relevantes y con mayor similitud con la investigación.

Teniendo en cuenta el contexto de la seguridad del paciente, se logra identificar que a menor experiencia los profesionales que laboran en los diferentes servicios prestadores de salud, por ende, se evidencia menor destreza en las actividades propias de los profesionales de enfermería, esto indica mayor posibilidad de tener eventos adversos, dado por profesionales que no cuentan con la experiencia suficiente para el ejercicio de la labor de cuidado. Por otro lado, se conoce también que, a mayor carga laboral y a mayores horas de desarrollo de las actividades, se incrementa el agotamiento físico de quienes ejercen la acción del cuidado, generando el riesgo de cometer errores que desencadenan en eventos adversos. El Código Sustantivo del Trabajo indica que un empleado debe laborar máximo 48 horas a la semana en Colombia, por esta razón se debe trabajar en políticas públicas acordes a las necesidades de la población, para poder dar

respuesta oportuna e intervenciones seguras que propendan por alcanzar una cultura de seguridad del paciente con cero errores.

Del estudio realizado en un hospital de Corea del sur se realizó exploración del entorno laboral de los profesionales de enfermería con relación a la cultura de seguridad paciente, este estudio fue realizado por medio de un cuestionario estructurado en donde participaron 186 enfermeras; para el análisis de datos que fueron analizados bajo estadísticas descriptiva con análisis de varianza y correlación de Person y análisis de regresión múltiple, dando como resultado refiere que la atención de enfermería se ve afectada por factores del entorno de trabajo, teniendo claro que una buena cultura de seguridad del paciente es dada por un adecuado clima laboral. Con relación al hospital de la misericordia se evidencia que existe un adecuado clima laboral y como en toda institución se evidencia que se ha generado un adecuado plan para la adherencia a la cultura seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

La investigación tuvo como propósito identificar los factores de mayor relevancia con relación a la seguridad del paciente durante la atención de enfermería en el HOMI. Para logra los objetivos propuestos en relación con la investigación se dio uso del instrumento de medición y percepción de pacientes hospitalizados el cual consta de 12 dimensiones. Dentro de las dimensiones analizadas las mas relevantes fueron 'Aprendizaje organizacional-mejoras continuas' y 'Apoyo que dan los administradores a la seguridad del paciente'. Con relación a la dimensión nueve relacionada con el factor de la comunicación en donde en varios estudios es evidente que es una de las falencias las cuales pueden llegar a generar diferentes eventos esta transferencia información se refiere al ambiente laboral como los profesionales que tienen experiencia y los que tienen menos años de experiencia, de igual forma el tipo de órdenes que se reciben por parte de los profesionales médicos con relación a los procedimientos y medicamentos administrar ya que no son órdenes frecuentes y tienen 1° de complejidad.

Teniendo en cuenta la elección de la bibliografía que se tuvo en cuenta para el desarrollo de este trabajo, se evidencio la percepción sobre los diferentes tipos de vista frente a las dimensiones que abordan el tema de cultura seguridad del paciente, enmarcado en los diferentes lugares en donde se percibe este servicio, en donde se brinda cuidado y en donde se ve implicado tanto el usuario como el funcionario en la presencia de eventos adversos, generando así diferente tipo de lesiones o incidentes relacionados al cuidado de la salud, en donde se evidencia la

diversidad en cuanto la prestación de servicios entre los distintos hospitales y los distintos servicios en los cuales se imparte el cuidado y que son gestores de procesos diferentes enmarcados en la atención al usuario, pero que por medio de la normatividad a nivel internacional y nacional se quiere llegar a la unificación de conceptos e intervenciones seguras en cuanto a infraestructura, acciones, normas y manejo de los diferentes procedimientos de cuidado del paciente. De igual forma se presenta la percepción de la cultura no punitiva, generando el cambio hacia la conducta del reporte y el análisis de los eventos para generar una cultura de prevención frente a los eventos e incidentes que se puedan llegar a causar a causa de la atención en salud.

De la misma forma en las dimensiones tres y cuatro, se discierne que existe un parámetro determinado como lo es la comunicación asertiva en donde se realiza un análisis con relación a los eventos adversos y se proponen mecanismos de mejora con sus respectivas intervenciones dando respuesta de manera oportuna y generando una adherencia a los diferentes procedimientos derivados de acciones de mejora frente a la generación de eventos adversos, basados en reportes de incidentes y eventos adversos que ocurren en el servicio en búsqueda de evitar que vuelvan a ocurrir errores y que se pueda afectar negativamente al cuidado del paciente, además de poder cuestionar con total libertad las actividades y actitudes asociadas a la comunicación. Entre tanto en la dimensión cuatro sobre la frecuencia de eventos adversos y/o errores reportados, al estar de acuerdo o muy de acuerdo con todo el componente como cuando se comete un error ya que cuando se identifica a tiempo se puede corregir al igual que cuando no tiene el potencial de causar daño.

Se a evidencia en las últimas décadas el auge y la acogida que ha tenido la seguridad del paciente, enmarcado en la normatividad y reglamentación con referencia a políticas públicas en seguridad del paciente y prevención de eventos adversos tanto prevenibles como no prevenibles. Teniendo en cuenta que las primeras intervenciones que se deben realizar están relacionadas con la toma de conciencia.

GENERALIDADES

Al observar la relación que existe entre todas las dimensiones valoradas se puede evidenciar que la generalidad que se presenta es un valor positivo, lo que genera impacto a nivel institucional y a favor de la seguridad del paciente, de igual forma se evidencia que de manera general hay adherencia a la norma, a las guías, y a las leyes en cuanto a seguridad del paciente. Así como también se genera una cultura de responsabilidad, conciencia frente al desarrollo de la labor del cuidado por parte de los profesionales del HOMI impactando de manera positiva en todas las dimensiones en donde prevalece el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente hospitalizado en la institución.

ANÁLISIS FODA

Se realiza construcción de una matriz FODA (Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) considerada como una herramienta de diagnóstico y análisis para realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles que, en su conjunto, diagnostican la situación interna de la institución en la cual se llevo acabo esta investigación, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas. También es una herramienta que permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización determinada.

En relación con las fortalezas y oportunidades se evidencio que las respuesta giraron en torno a seis aspectos fundamentales como lo son cambio organizacional, fortalecimiento de cultura de seguridad del paciente, formación de capacitación a nivel profesional, relación con los pacientes, planificación estratégica y comunicación, se evidencia que al realizar fortalecimiento e intervención en estos temas relacionados con la seguridad del paciente, dada la relevancia de la participación de estos en el cuidado y la atención directa del paciente es evidente que el proceso mejora ya que se toma en cuenta la descripción e intervención directa de las personas que participan en el cuidado directamente; al igual que la existencia de equipos directivos y administrativos que motiven la participación del equipo en la evolución de la seguridad del paciente teniendo un liderazgo claro de no punitivo.

Se resalta el trabajo en equipo en entornos que sean seguros permiten que los profesionales trabajen de la mejor manera con mejor comodidad y seguridad para el ejercicio de su profesión viéndose a largo plazo la disminución de la carga laboral y la disminución de los eventos adversos. De igual forma el trabajo en equipo y colaborativo permite la adaptación a métodos de trabajo innovadores y nuevos por parte del equipo de enfermería, generando así una mayor conciencia del personal al momento de notificar los eventos adversos sin pensar en la unidad.

Respecto a las debilidades y amenazas las principales amenazas se clasificaron en cinco, la profesión como experiencia laboral, la carga laboral , los turnos de mas de 48 horas, la inadecuada distribución de los profesionales para la atención segura del paciente, la presión asistencial o sobre carga laboral, en este sentido se determinan unos factores que no aportan a los buenos resultados en pro de la seguridad del paciente , en lo cual se percibe la debilidad en los protocolos específicos de intervención y la divulgación de los mismos y de esta forma contribuir con el fomento de la cultura de seguridad del paciente en pro de la realización de procedimientos seguros. De igual forma los participantes expresaron que esta cultura de seguridad del paciente debe llegar a todas las disciplinas que tienen que ver con la atención y el servicio con las personas.

Al enfocar el proceso de búsqueda de los eventos adversos con relación a la punición se debe tener precaución en el momento de abordar la dinámica para la realización del análisis dando confianza a las personas implicadas en el desarrollo del evento, para que de esta manera se pueda realizar los diferentes análisis, de

manera libre, consciente de la importancia de la descripción del proceso o del evento dando de esta manera paso a un adecuado análisis, y unas propuestas de solución o mejora, en donde los implicados en este desarrollo no sientan la presión ni se sientan señalados por el evento en relación. Es así como el proceso de comunicación para la seguridad del paciente determina varios factores en el momento de la aplicación o de implementación, se mostró el impacto positivo a corto plazo en la disminución de incidentes e intervención oportunas de los eventos adversos.

Es importante la realización de intervenciones en donde sean escuchados los profesionales de enfermería quienes son los que están en su mayoría brindando el cuidado de manera directa 24/7, para que de esta forma sean escuchadas sus inconformidades y peticiones para la mejora de las condiciones en pro de mejores resultados a la hora de evaluar, la adherencia al los diferentes procesos de seguridad del paciente, dado que por su rango de acciones en ocasiones se ven cohibidos de participar o de expresar su sentir, y de una u otra forma se ven vulnerados a cumplir normas y reglas, pero las condiciones en la mayoría de los casos no son las mejores para que los usuarios, dado por los diferentes condicionantes que se presentan como.

- *Sobre carga laboral en asignación de pacientes

- *Inadecuada remuneración salarial

- *Experiencia en los servicios indicados de labor.

- *Desarrollo de muchas funciones dentro de las que se descuidad el cuidado al usuario. Entre otros.

A partir de este trabajo se abren las puertas para permitir la generación de nuevo conocimiento en estudios que continúen realizando análisis de los factores que influyen tanto negativa como positiva mente en la seguridad del paciente, y así profundizar con estudios detallados cada una de las fortalezas debilidades, amenazas y oportunidades, en pro de brindar una atención con calidad, en donde la seguridad del paciente sea primordial en la atención. Con relación al aporte que se genera de este estudio para la institución se brindan recomendaciones específicas con relación al fomento y a la continuación de sumar en relación con estudios de investigación a nivel institucional en donde se genere y se pueda dar a conocer diversas soluciones, así como la motivación de la generación de nuevas investigaciones en pro de la alimentación del tema relacionado con los eventos adversos y la seguridad del paciente.

ANEXOS

Anexo 1

Sección 1 de 5



Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales



Mi nombre es YINA HERNANDEZ DIAZ soy estudiante de Maestria en ciencias de la enfermería de la universidad de Cuauhtémoc de Mexico, estoy realizando investigación que tiene como objetivo evaluar la adherencia a los proceso de atención en enfermería y como esto impacta en el cuidado y la seguridad del paciente. Si acepta participar se garantiza que sus datos se mantendrán confidenciales y que su identidad no se publicara, solamente se utiliza con fines académicos.

Anexo 2

Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo de su centro....	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.
Adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.afrp.gov (Financiado por el FIS: 05/1875) Página 2 de 6

Plíense en su servicio/unidad/área de trabajo de su centro....	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección B: Su Jefe/Supervisor

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección C: Comunicación

¿Con qué frecuencia se plantean las siguientes cuestiones en su servicio/unidad/área de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Plíense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.
 Adeptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.afrs.gov (Financiado por el FIS: 06/1875) Página 3 de 6

Piense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección D: Frecuencia de Sucesos Notificados

En su servicio/unidad/área de trabajo, ¿con qué frecuencia son notificados, cuando ocurren los siguientes errores?, Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

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

Sección E: Grado de Seguridad del Paciente

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

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

Sección F: Su Centro (Hospital/ Área, Comarca, etc en el caso de Atención Primaria)

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

Plíense en su centro...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección G: Número de Sucesos Notificados

1. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?

- a. Sí b. No

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

Adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov (Financiado por el FIS: 05/1875) Página 5 de 6

7. En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias? Marque UNA respuesta.

- | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. Ninguna notificación | <input type="checkbox"/> d. De 6 a 10 notificaciones |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 2 notificaciones | <input type="checkbox"/> e. De 11 a 20 notificaciones |
| <input type="checkbox"/> c. De 3 a 5 notificaciones | <input type="checkbox"/> f. 21 notificaciones o más |

Sección H: Características de los encuestados

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

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

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |

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

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |

3. Habitualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?

- | | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 20 horas a la semana | <input type="checkbox"/> c. De 40 a 59 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> b. De 20 a 39 horas a la semana | <input type="checkbox"/> d. 60 horas a la semana o más |

4. ¿A qué estamento pertenece?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. Enfermera | <input type="checkbox"/> b. Médico |
|---------------------------------------|------------------------------------|

5. En su puesto de trabajo ¿tiene interacción directa o contacto con los pacientes?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

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

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |

Sección I: Sus Comentarios

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o efectos adversos en su centro (puede añadir más páginas si lo necesita)

**Gracias por completar este cuestionario,
Su ayuda será muy útil para saber más sobre la seguridad de los pacientes.**

Persona de contacto para cualquier aclaración: Carmen Silvestre (Investigadora Principal) msilvest@vahco.es

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.
Adaptado de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov (Financiado por el FIS: 06/1875) Página 6 de 6

BIBLIOGRAFIA

- Abate Juliana. (2018). Perception of nursing professionals on patient safety culture. REBEn.
- Aibar Ramon, C., Obon Azura, B., Moliner Lahoz, J., & Gutiérrez Cia. (2016). Seguridad del paciente en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blasa: en clave de mejora. Zaragoza.
- Aibar Ramon, C., Obon, A., Moliner Lahoz, J., & Gutierrez Cia. (2016). Seguridad del paciente en el hospital Clinico Universitario Lozano Blasa: en clave de mejora. . Zaragoza.
- AJ, F. (2016). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from hospital., (pág. 161-167).
- Alvarado H. (2016). Scielo. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n1/v32n1a12.pdf>
- Barbosa, M. & Barbosa M. (2018). Revista cubana de enfermería. 6.
- Carolina, P., Parra, C., & Lopez, J. (s.f.). Scielo. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n2/0120-386X-rfnsp-35-02-00286.pdf>
- Castillo, D. (s.f.). Articulo Seguridad del Paciente en Unidades Eespeciles .
- Chanes, Chanes D. & Kushara, D. (2009). Sistematizacion de la asietencia en enfermeria , herramientas para la seguridad del paciente . (págs. 45-67). Sao Paulo: Org. Enfermegem dia dia-seguridad del paciente.
- Classen, D., & Resar, R. (2011). Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. Health Aff (Millwood).

- Comisión de las comunidades Europeas. (2014). Seguridad del paciente. Obtenido de http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2008_es.pdf
- Costa, C. (2016). La comunicación en el hospital: La gestión de la comunicación en el ámbito sanitario. Zamora, España: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones. Comunicación social Ediciones y Publicaciones.
- Cuadros, K. (2017). Scielo. Obtenido de: <http://www.scielo.br/pdf/rlac-25-e28841.pdf>
- Cuadros. (2017).
- Datos de Salud de la Policía (2015). Indicadores de Calidad y Asistencia de Seguridad del Paciente. Obtenido de <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-patient-safety.htm>.
- De la Hoz, I. (2028). Evaluación de percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en la clínica merced i.p.s, clínica bonnadona, ese hospital de juan de acosta.
- Dirección de General de la Agencia de Calidad. (2016). Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. Plan de Calidad del Sistema Nacional En Salud.
- Donabedian Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos. (1984). La calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación (págs. 24-34). México, D.F: Prensa Médica Comunitaria.
- Donabedian, F. (2016). Conceptos Básicos Sobre Seguridad Clínica. Mapfre Medicina.
- ENEAS. (2016). Estudio Nacional Sobre Eventos Adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Erazo Ordoñez, Chocue Bomba, & Arroyo Pantoja. (2016). Nivel de Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería. Ibarra.
- Erazo Ordoñez, M., Choque Bomba, F., & Arroyo Pantoja, L. (2016). Nivel de Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería. En Tesis de grado previo al Título de Licenciado en Enfermería. Ibarra, Ecuador.
- Estudio APES. (2016). Estudio sobre seguridad del paciente en atención primaria de salud. Madrid.
- Estudio Nacional sobre Efectos Adversos Ligado a I. (s.f.). Obtenido de <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-patient-safety.htm>.
- Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos.Hospitalización, E. N. (2016). ENEAS.
- European Commission. (s.f.). Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009.
- Figueroa, A. (s.f.). Obtenido de Proques: <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/971/1/pdf%20tesis%20Copy.pdf>.
- Fontova, A., Juvinyá, D., & Suñer, R. (2015). Influencia del tiempo de espera.
- Forster, A. (2016). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from hospital. (págs. 161-167). Ann Inter Med.
- Freitas, J. (2016). Obtenido de Scielo: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf
- Garrido, R. y. (2017). Seguridad del paciente y Cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Condes., 28.

Gestión de la calidad en educación médica, una propuesta de evaluación total. (2018).

Obtenido de Organización Panamericana de la salud. Una nueva visión de la calidad.:

<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/coleccionOPS/pub/pub61.pdf>

Gimenez Marin, A., & Rivas Ruiz, F. (2016). Scielo. Obtenido de [http://www.biochemia-medica.com/system/files/Gimenez-Marin%20A.%20et%20al.-](http://www.biochemia-medica.com/system/files/Gimenez-Marin%20A.%20et%20al.-Assessment%20of%20patient%20safety%20culture.pdf)

[Assessment%20of%20patient%20safety%20culture.pdf](http://www.biochemia-medica.com/system/files/Gimenez-Marin%20A.%20et%20al.-Assessment%20of%20patient%20safety%20culture.pdf)

Gimenez, T. (2013). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón. Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Zaragoza: Zaragoza: UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.

Gomez, J. (2016). Manual de buenas prácticas para la atención y seguridad del paciente.

Hospital Pediátrico de Bogota. (2018).

Informe Estudio de investigación. (2011 de 2017). Informe Estudio de investigación. Ministerio de Sanidad, Política Sociedad e Igualdad.

Javesalud. (2018). Informe Javesalud.

Kakeman, E. (2021). Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: a national questionnaire survey in Iran. BMC Nursing.

Kohn, L. T. (1999). To Err Is Human. Washington. DC: NATIONAL ACADEMY PRESS.

Little, D., & Carnevali, D. (1969). Nursing Care Planning. Lipicontt, Philadelphia.

Marlen, C., Cornejo, M., & Sumba, F. (2017). Scielo. Obtenido de <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5232/6/UPS-CT002751.pdf>.

Martínez Reyes, C. (2017). Seguridad del Paciente y su Percepción en los Profesionales de la Salud. Civilizar Ciencias Sociales y Humanas.

Ministerio de Protección Social Colombia. (s.f.).

Ministerio de Protección Social, Republica de Colombia. (2007). Estrategias para promover la seguridad del paciente en el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Seguridad del Paciente y la Atención Segura.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.).

Muiño Míguez, A., & Jimenez Muñoz, A. (2007). Scielo. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010

Muñiz García, & Sánchez. (1998). Tipos de estudios en investigación Clínica. Obtenido de: <http://www.sepeap.es/libros/MEDICINE98/Artikulu/m10402.pdf>.

Nightingale, F. (1992). Notas de enfermería. Barcelona: Salvat.

Nuñez Eric. (2018). Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del hospital regional docente las mercedes.

Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre de 2019). Organización mundial de la salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Organización Mundial de La Salud. (2016). Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. La investigación en seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

- Organización Mundial de la Salud. (2009).
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.).
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Enfoque por la Seguridad del Paciente.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.).
- Parra, C. (2017). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n2/0120-386X-rfnsp-35-02-00286.pdf>.
- Pimentel Gomes, S., Freire de Vasconcelos, & Aires de Freitas. (s.f.). Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. Obtenido de SciELO.
- Pluas, S., & Navarro, S. (2016). Obtenido de <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5984/1/UPS-GT000440.pdf>.
- Reason, J. (2016). Herros humano y modelos.
- Roman, C. (2017). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Cubana de Enfermería.
- Ruelas, E. (2007). Seguridad del Paciente Hospitalizado. México: Medica Panamericana.
- Runciman, W. (2015). International Journal for Quality in Health Care. Health Care.
- salud, M. d. (s.f.). Resolución 8430.
- Salud, O. M. (2009).
- Sampieri, & Collado. (2010). Metodología de la investigación. México.
- Secretaria de Salud de México. (2016).
- V, M., & Martinez V. (2018). Seguridad del Paciente y las Organizaciones. Perú.
- Villa Cortillo, E. (2016). Seguridad de los pacientes un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte, s.p.

YREC. (2009). Incidentes y Eventos Adversos en Medicina Intensiva. Seguridad y Riesgo en el Enfermo Critico.