

ADHERENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE  
HOSPITALIZACIÓN A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN Y  
HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO Y LA TENDENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS  
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE  
LA CLÍNICA PALMA REAL EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2014

ANA MARIA MATERON BONILLA  
KAREN MILENA PRECIADO ANGULO  
ENFERMERAS



UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2015

ADHERENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE  
HOSPITALIZACIÓN A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN Y  
HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO Y LA TENDENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS  
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE  
LA CLÍNICA PALMA REAL EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2014

ANA MARIA MATERON BONILLA  
KAREN MILENA PRECIADO ANGULO  
ENFERMERAS



Trabajo de grado para optar el título de  
Especialistas en Administración de la Salud.

Asesor:  
RICHARD NELSON ROMAN MARIN  
Docente metodología de la investigación.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2015

## DEDICATORIA

Quiero dar gracias a Dios por haberme dado una madre que ha estado conmigo en todo lo que me he propuesto hacer, y a mi familia que siempre me han brindado apoyo, a mis compañeros que han sido también parte de todo este proceso de superación y aprendizaje tanto espiritual como laboral.

Gracias a Dios he salido adelante, Bendiciones para todos los que vivirán eternamente en mi vida.

**Ana**

A Dios por la vida, las oportunidades, la fortaleza para alcanzar este nuevo logro.

A mi madre por impulsarme a ser mejor cada día.

A esposo e mi hijo por estar siempre conmigo y brindarme su amor, apoyo y comprensión.

A familia y amigos por escucharme y creer en mí.

**Karen**

## **AGRADECIMIENTOS**

A finalizar este trabajo queremos agradecer primeramente a Dios por un año más de vida y permitirnos este nuevo logro. A nuestras familias por su apoyo en cada meta que nos proponemos y su amor.

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento al docente Richard Nelson Marín por brindarnos su conocimiento, apoyo, atención a nuestras ideas y confianza para realización de este trabajo, también por habernos facilitado los medios para el desarrollo de este proyecto.

A la Clínica Palma Real por permitirnos llevar a cabo este proyecto en la institución, por brindarnos la calidez, apoyo e información necesaria para la culminación de esta meta.

A todos los docentes de la Universidad Católica de Manizales que compartieron su conocimiento dentro y fuera de clase durante este proceso de formación.

## RESUMEN

La siguiente investigación es un estudio de campo, descriptivo, realizado a la población de enfermería del servicio de hospitalización 58 individuos, de la clínica palma real de la ciudad de Palmira clínica de nivel III, en la que se buscó identificar la adherencia del personal de enfermería de este servicio a la política de seguridad de la atención y humanización del servicio y la tendencia de los eventos adversos en la atención de enfermería en este servicio en el periodo enero-Diciembre de 2014.

Evidenciándose que el personal de enfermería no tiene claro los componentes de la política, ni su filosofía de los correctos en la práctica clínica. El 22% del persona no se siente motivado a hacer los reportes de los eventos u incidentes, y existen una diferencia entre los eventos adversos que el personal refiere observar en el servicio y los que son reportados realmente en el aplicativo, generando inquietud de un subregistro.

Esta investigación, es una herramienta que permite observar cuales las falencias reales en cuanto a conocimiento, adherencia del personal a la política y la tendencia de los eventos reportados y a partir de allí generar las estrategias necesarias para en búsqueda de que el personal conozca la política, la aplique y esto a su vez se vería reflejado en la reducción de la probabilidad de ocurrencia, aumento en el reporte de eventos por parte del personal y la gestión de estos para evitar nueva ocurrencia.

El evento adverso en la atención salud y específicamente en enfermería es un tema de gran relevancia en Colombia y el mundo entero. Los esfuerzos se centran en generar cultura de seguridad del paciente en las instituciones para hacerlas más seguras.

**Palabras clave:** evento adverso, seguridad del paciente, política de seguridad, cultura de seguridad.

## ABSTRACT

The following research is a field study, descriptive, conducted a population of nursing staff 58 individuals, from the Palma Real clinical of Palmira city; It's a third level clinic, where we pretending to identify the adherence of nurses to the security policy of care and humanization service and the trend of adverse events in nursing care in this service in the period January to December 2014.

Evidenced that the nurses are not clear components politics or philosophy of correct clinical practice. 22% of people do not feel motivated to do the reports of the events or incidents, and there is a difference between adverse events that staff concerns observed in the service and those who are actually reported in the application, generating concern underreporting .

This research is a tool to see which real shortcomings in knowledge, staff adherence to policy and the trend of events reported and thereafter generate the necessary strategies for searching for staff to meet the political, apply it and this in turn would be reflected in the reduction of the probability of occurrence, increased event reporting by staff and management of these to prevent new occurrence.

The adverse events in health care and specifically in nursing is a topic of great importance in Colombia and the world. Efforts are focused on generating culture of patient safety in the institutions to make them safer.

**Keywords:** adverse events, patient safety, security policy, security culture.

## CONTENIDO

	Pág.
1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema	3
3. Justificación	6
4. Objetivos	8
4.1 Objetivo general	8
4.2 Objetivos específicos	8
5. Marco referencial	9
5.1 Marco teórico	9
5.2 Marco conceptual	11
5.2.1 Conceptos relacionados con calidad	11
5.2.2 Conceptos relacionados con evento adverso	12
5.3 Marco contextual	15
5.4 Marco metodológico	17
5.4.1 Tipo de estudio	17
5.4.2 Población y muestra	17
5.4.3 Criterios de inclusión y exclusión	18
6. Operacionalización de variables	21
7. Resultados	22
7.1 Aspectos sociodemográficos	22
7.1.1 Sexo	22
7.1.2 Edad	23
7.1.3 Nivel educativo	23
7.2 Conocimiento existencia de la política	24
7.3 Tendencia de los eventos adversos en el servicio de hospitalización de la clínica palma real periodo enero-diciembre de 2014.	46
8. Conclusiones	49
9. Recomendaciones	52
Bibliografía	53
Anexos	56



## Lista de tablas

		<b>Pág.</b>
Tabla 1.	Distribución de personal enfermería por sexo.	22
Tabla 2.	Distribución del personal de enfermería por grupos de edad.	23
Tabla 3.	Distribución personal enfermería por estudios realizados.	23
Tabla 4.	Conocimiento existencia de la política seguridad de atención y humanización del servicio.	24
Tabla 5.	Conocimiento de la política de seguridad de la atención y humanización del servicio.	25
Tabla 6.	Distribución del personal de enfermería que conoce la filosofía de los correctos en la atención.	25
Tabla 7.	Practica segura, barreras de seguridad más usadas por el personal de enfermería.	26
Tabla 8.	Identificación del personal de enfermería acerca de los elementos de la institución que trabajan por la seguridad del paciente.	27
Tabla 9.	Distribución del personal que reporta casos u eventos asociados al uso de dispositivos médicos.	28
Tabla 10.	Distribución del personal de enfermería que identifica los programas de tecnovigilancia y farmacovigilancia como componentes de la política.	28
Tabla 11.	Distribución del personal que considera el programa de capacitación factor coadyuvante en la disminución ocurrencia de eventos adversos.	29
Tabla 12.	Distribución del personal que conoce la existencia en la institución del programa de capacitación sobre seguridad del paciente.	30
Tabla 13.	Distribución del personal de enfermería que reporta eventos que causen daño al paciente.	31
Tabla 14.	Distribución del personal de enfermería que reporta los eventos que ponen en riesgo al paciente.	31
Tabla 15.	Distribución de las respuestas del personal de enfermería acerca del conocimiento término utilizado en situación que cause daño al paciente.	32
Tabla 16.	Distribución de las respuestas del personal de enfermería acerca del conocimiento término utilizado en situación que ponga en riesgo al paciente.	33
Tabla 17.	Distribución de los eventos más comunes identificados por el personal de enfermería en el servicio de hospitalización.	35
Tabla 18.	Identificación del personal de enfermería que considera se realizan análisis y acciones correctivas en la institución a los eventos adversos.	36
Tabla 19.	Distribución del personal que considera se realiza evaluación y seguimiento a las acciones correctivas para evitar ocurrencia de eventos adversos.	36
Tabla 20.	Periodicidad identificada por el personal de enfermería con que se realizan las rondas de seguridad en la institución.	37

Tabla 21.	Distribución del personal motivado a reportar eventos o incidentes.	38
Tabla 22.	Distribución de las razones del personal de enfermería para el reporte de eventos e incidentes.	39
Tabla 23.	Comunicación del personal de enfermería en el servicio de hospitalización.	40
Tabla 24.	Cultura del personal de enfermería en el servicio de hospitalización.	40
Tabla 25.	Aplicación de cultura de seguridad por parte del personal de enfermería.	41
Tabla 26.	Cultura de humanización en el servicio de hospitalización.	42
Tabla 27.	Conocimiento de los procesos asistenciales de la atención en enfermería.	42
Tabla 28.	Conocimiento de los correctos en la atención al brindar trato humanizado	43
Tabla 29.	Los correctos de comportamiento en la atención al brindar un trato humanizado.	44
Tabla 30.	Aplicación de correctos en el trato humanizado.	45
Tabla 31.	Razones del personal para brindar trato humanizado.	45

## Lista de gráficas

		<b>Pág.</b>
Gráfica 1.	Distribución por sexo.	22
Gráfica 2.	Distribución personal enfermería por grupos de edad.	23
Gráfica 3.	Distribución personal enfermería por nivel educativo.	24
Gráfica 4.	Distribución del personal de enfermería que conoce la existencia de la política.	24
Gráfica 5.	Distribución del personal de enfermería que conoce la política.	25
Gráfica 6.	Conocimiento de la filosofía de los correctos en la atención	26
Gráfica 7.	Barreras de seguridad más usadas por el personal de enfermería de hospitalización.	27
Gráfica 8.	Conocimiento del personal de enfermería de los elementos de la institución que trabajan por la seguridad del paciente.	27
Gráfica 9.	Adherencia del personal de enfermería al reporte de casos u eventos asociados al uso de dispositivos médicos.	28
Gráfica 10.	Distribución del personal que identifica los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia como componentes de la política.	29
Gráfica 11.	Distribución del personal de enfermería que considera la capacitación como factor coadyuvante en la disminución de ocurrencia de los eventos adversos.	29
Gráfica 12.	Distribución del personal de enfermería que conoce la existencia del programa capacitación en la institución sobre seguridad del paciente.	30
Gráfica 13.	Adherencia del personal de enfermería al reporte de eventos que causen daño al paciente.	31
Gráfica 14.	Distribución de la adherencia del personal de enfermería al reporte de eventos que pongan en riesgo al paciente.	32
Gráfica 15.	Distribución de como denomina el personal de enfermería a la situación que causa daño al paciente.	33
Gráfica 16.	Distribución de como denomina el personal de enfermería a la situación que pone en riesgo al paciente.	34
Gráfica 17.	Eventos más comunes en el servicio de hospitalización identificados por el personal de enfermería.	35
Gráfica 18.	Distribución del personal de enfermería que considera se realiza análisis y acciones correctivas a los eventos adversos.	36
Gráfica 19.	Distribución del personal que considera se realiza evaluación y seguimiento a las acciones correctivas.	37
Gráfica 20.	Distribución de la periodicidad identificada por el personal de enfermería con que se realizan las rondas de seguridad en la institución.	38
Gráfica 21.	Motivación del personal de enfermería a reportar eventos o incidentes.	38
Gráfica 22.	Distribución de las razones del personal de enfermería para el reporte de incidentes y accidentes.	39

Gráfica 23.	Comunicación del personal de enfermería.	40
Gráfica 24.	Cultura de reporte de eventos adversos en el servicio de hospitalización.	41
Gráfica 25.	Aplicación de cultura de seguridad por parte del personal de enfermería.	41
Gráfica 26.	Cultura de humanización en el servicio de hospitalización.	42
Gráfica 27.	Distribución del conocimiento de enfermería de los procesos asistenciales	43
Gráfica 28.	Conocimiento de los correctos en la atención al brindar trato humanizado.	43
Gráfica 29.	Correctos del comportamiento en el trato humanizado.	44
Gráfica 30.	Aplicación del correctos en el trato humanizado.	45
Gráfica 31.	Razones del personal de enfermería para aplicación de los correctos en la atención al brindar un trato humanizado a los usuarios.	46
Gráfica 32.	Eventos reportados por personal enfermería primer trimestre de 2014.	46
Gráfica 33.	Eventos reportados por personal de enfermería segundo trimestre 2014.	47
Gráfica 34.	Eventos reportados por personal de enfermería tercer trimestre 2014.	47
Gráfica 35.	Eventos reportados por personal de enfermería cuarto trimestre 2014.	48

## 1. Introducción

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, en la actualidad la enfermera(o), puede realizar acciones hacia un paciente con un sentido de obligación y responsabilidad, pero puede ser falso decir que ha cuidado el paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar llama a un compromiso, científico, filosófico y moral, hacia la protección la dignidad y conservación de la vida (Colliere, 2003: 28), su aplicación constituye el objetivo principal del ejercicio en el cual influyen factores como: la teoría, la ética, la técnica, los recursos, el conocimiento científico, las personas, sus relaciones y el medio ambiente. En Colombia legalmente se enmarca de acuerdo a la ley 266 de 1996 del ministerio de salud.

Según el sistema obligatorio de garantía de la calidad en Colombia, un evento adverso es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional, produjo daño, los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles (Ministerio Protección Social, 2008: 54).

Garantizar calidad demanda de los profesionales que hacen parte del equipo multidisciplinario una reflexión continua sobre su desempeño, una constante evaluación de sus actos de tal manera que se reconozcan las falencias, inexactitudes y equivocaciones como parte de un plan de análisis, prevención y adecuado manejo si se presentase la ocasión de los eventos adversos, haciendo fundamental fortalecer las actividades de enfermería en las instituciones, a través de planes de mejoramiento, contribuyendo a las políticas de seguridad de la atención.

Por consiguiente este trabajo de investigación tiene como objetivo identificar la adherencia del personal de enfermería a las políticas de seguridad de la atención y humanización del servicio y tendencia de los eventos adversos en la atención de enfermería en el servicio de hospitalización de la Clínica Palma Real en el periodo enero a diciembre de 2014. Por medio de la investigación se establecerá el impacto de la política de seguridad de la atención y humanización de servicio; la adherencia del personal de enfermería a la política, se identificara los eventos adversos correspondientes al cuidado de enfermería, y se aportara a la institución información que permita la retroalimentación del personal, fortalecimiento de procesos, y planes de mejora de acuerdo a los hallazgos.

## 2. Planteamiento del problema

Las políticas de seguridad de la atención y humanización del servicio es una estrategia que busca analizar las causas de ocurrencia de los eventos, generando las implementaciones necesarias que se convierten en barreras de seguridad con el fin de prevenir su ocurrencia (Coomeva, 2007:24). Ya un evento adverso es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional, produjo daño, los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2000: 30-35).

La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año. El costo anual generado por las inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos. En cuanto a las infecciones asociadas a la atención sanitaria; Se estima que, en cualquier momento, aproximadamente 1,4 millones de personas padecen infecciones causadas durante la prestación de atención sanitaria; Eventos adversos relacionados con los medicamentos,

las investigaciones indican que en los servicios de atención de casos agudos entre un 7% y un 10% de los pacientes experimenta algún evento adverso relacionado con los medicamentos. De ellos, aproximadamente un 28% a un 56% son prevenibles.

En algunos países las hospitalizaciones debidas a reacciones medicamentosas adversas pueden ascender a más de un 10% del total de las hospitalizaciones; Cirugía y anestesia, la prestación de estos servicios se cuenta entre las más complejas y costosas de los sistemas de salud; Los datos procedentes de países desarrollados indican que los eventos adversos registrados en el quirófano representan al menos un 50% del total de eventos adversos registrados entre pacientes quirúrgicos (OMS, 2000: 34).

Según (OMS) para los eventos adversos; las soluciones guardan relación con el siguiente concepto: la implementación política de seguridad del paciente como un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden

Por minimizar los riesgos de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. La alianza mundial para la seguridad del paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004 (OMS, 2004:1). Su objetivo puede resumirse con lema “ante todo, no hacer daño”.

De igual manera enfocada El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería; Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una manera estructurada, racional, Lógica y sistemática



(PAE,2005:1-3). Y con este proceso va unido la adherencia que es el cumplimiento responsable de los protocolos, normas y actividades asignadas.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance de los beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios (Ministerio de salud, 2008). La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

Dentro de este marco se hace necesario, evaluar la adherencia a la política de seguridad de la atención y humanización del servicio, socializar y reflexionar sobre los eventos que ocurren con mayor frecuencia derivados de la atención de enfermería el servicio de hospitalización buscando generación de estrategias para minimización de los mismos, disminuyendo morbilidad y mortalidad en los pacientes y contribuir para que enfermería brinde atención segura y humanizada además de un cuidado óptimo y racional. Según lo planteado anteriormente se ha formulado la pregunta de investigación

¿Cuál es la adherencia del personal de enfermería del servicio de hospitalización a la política de seguridad de la atención y humanización del servicio y la tendencia de los eventos adversos de la atención de enfermería en el servicio de hospitalización de la Clínica Palma Real en el periodo enero a diciembre de 2014?

### 3. Justificación

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, la noción de cuidado está vinculado a la preservación o conservación de algo o la asistencia o ayuda que se brinda a otra persona, enfermería por otra parte se vincula a la observación y vigilancia del estado de un enfermo e impartir educación en busca de mejora o sostenimiento de la condición de salud del individuo, por tanto los cuidados de enfermería abarcan diversas atenciones que el enfermero debe brindar a su paciente. El cuidado de las personas es el objeto de conocimiento de la enfermería y el criterio fundamental que la distingue de otras disciplinas, la enfermería incluye funciones como: cuidado directo y cuidado médico delegado entre otras.

En las salas de hospitalización el equipo multidisciplinario interviene de manera activa procurando restaurar el estado de salud de los paciente pero factores como el uso de tecnología, el recurso humano y el conocimiento pueden causar de manera no intencionada lesión o daño lo que denominamos evento adverso, los cuales aumentan la morbimortalidad de los pacientes y mayores costos por aumentos en las estancias, desconfianzas, y stress tanto para quien lo recibe como para quien lo produce, la seguridad del paciente es un deber y una responsabilidad que constituye una prioridad y un indicador de calidad. La mayoría de los eventos adversos son y pueden ser prevenibles, si se utilizan los mejores estándares de cuidado.

Por eso es necesario conocer y poder establecer que factores predisponen la aparición errores, las consecuencias y las acciones tomadas, esta información aportaría en la generación de

mecanismos de prevención, ajuste de procesos en búsqueda de la disminución de eventos adversos que en su mayoría son prevenibles y a su vez esto se reflejaría en calidad de la atención.

## **4. Objetivos**

### ***4.1 Objetivo general***

Identificar cual es la adherencia del personal de enfermería del servicio de hospitalización a la política de seguridad de la atención y humanización del servicio y la tendencia de los eventos adversos en la atención de enfermería en el servicio de hospitalización de la Clínica Palma Real periodo enero a diciembre de 2014.

### ***4.2 Objetivos específicos***

Determinar cuáles son los eventos adversos relacionados con el proceso de atención de enfermería y su tendencia.

Identificar políticas de seguridad de la atención y humanización del servicio implementado en la institución.

Establecer si el personal de enfermería en el servicio de hospitalización conoce y aplica la política de seguridad de la atención y humanización del servicio

## 5. Marco referencial

### 5.1 Marco teórico

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria (World Health, (2002) Association, la asamblea insto a la OMS a elaborar normas y patrones mundiales y a apoyar los esfuerzos de los estado miembros, por formular políticas y prácticas relacionadas con seguridad del paciente.

En la Asamblea Mundial del 2004 se acordó organizar una Alianza Internacional para La Seguridad de los Pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre 2004; Los estudios posteriores realizados en varios países pusieron de manifiesto tasas de eventos adversos de entre el 3,2% y el 16,6% en pacientes hospitalizados. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte. La mayor parte de la documentación sobre los eventos adversos proviene de estudios hospitalarios, porque los riesgos asociados a la atención hospitalaria son mayores, los pacientes le dan una mayor importancia y las estrategias de mejora están mejor documentadas. El evento adverso en la atención salud y específicamente en enfermería es un tema de gran relevancia en Colombia y el mundo entero. En Colombia el comportamiento de los eventos

adversos según el estudio el proyecto IBEAS es del 15.8 % muy cercano al resultado global. Por lo que actualmente se promueve la política de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en sus 4 componentes, tres de ellos son de obligatorio cumplimiento por parte de las instituciones prestadoras, estos son: sistema único de habilitación, sistema de información y auditoria para el mejoramiento de la calidad y el sistema de acreditación cuyo cumplimiento es voluntario, dichos componentes del sistema orientan hacia una atención más segura ya que su objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competentes internacionalmente (OMS, 2010: 1-10).

Las estrategias de mejora; deben centrarse en tres acciones complementa prevención de los eventos adversos, visibilidad de los mismos y mitigación de sus efectos cuando ocurren; El modelo de Reason del queso suizo de las causas de los accidentes sintetiza la concatenación de errores y expresa que solamente cuando los agujeros del queso están alineados se produce el accidente o evento adverso. Todos accidentes o eventos adversos comprenden una combinación de condiciones activas y latentes (manual de gestión de la seguridad operacional, 2011: 1,3).

Para la Organización Mundial de la Salud la seguridad del paciente es uno de los pilares más importantes de la atención en salud de la actualidad según sus lineamientos es imprescindible implementar acciones para disminuir el riesgo de eventos evitables que deriven de la atención en salud (OMS, 2008;24). Para lograr esta meta las instituciones de salud deben trabajar por procesos seguros, lo cual permite minimizar la ocurrencia de eventos adversos dentro del área institucional.

## 5.2 *Marco conceptual*

Partiendo de la importancia que tiene el conocimiento, a continuación se presenta una revisión teórica sobre los principales conceptos y definiciones alrededor de calidad, calidad en enfermería, evento adverso, error, falla en la atención entre otros. Dicha revisión pretende ser el sustento que fundamente y permita dar discusión alrededor de la adherencia del personal de enfermería a la política de seguridad de la atención y humanización de servicio y la tendencia de los eventos adversos en el servicio de hospitalización de la Clínica Palma Real.

### 5.2.1 *Conceptos relacionados con calidad.*

**Calidad:** el diccionario de la lengua española describe calidad como “aquella propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”(Real academia de la lengua, 2002: 38). La Sociedad Americana de Control de calidad (A.S Q.C), define el mismo término como el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su actitud para satisfacer las necesidades del cliente o usuario”(Torregosa, 1990: 82).

**Calidad en la atención de salud:** es la característica más valorado tanto por los pacientes como por los profesionales de la atención en salud. Los primeros datos de calidad se remontan a la época de Florence Nightingale que introduce importantes principios que desde entonces favorecían la calidad el primero fue la formación de enfermeras, es decir que el cuidado brindado tuviera fundamento científico hasta llegar a Avedis Donavedian que introduce y desarrolla en

1996 conceptos que hasta hoy son el pilar del control de la calidad en la prestación de servicios de salud. El Dr. donavedian lanzo una tesis de calidad en salud “proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores), con su cosmovisión y formación académica (Donabedian, 1985:55).

**Calidad en la atención de enfermería:** en la actualidad la profesión se enfermería es una ciencia autónoma, con sus propios principios y competencias específicas, la formación de la enfermera con principios éticos, instan al profesional a buscar su perfeccionamiento, influyendo en los diferentes comportamientos, situaciones, toma de decisiones y en la participación desde su ámbito profesional con otras disciplinas. En Colombia existe una legislación específica para su ejercicio profesional regulado por la ley 911 de octubre del 2004, la cual en su artículo 11 dice que “el profesional de enfermería debe garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios. La valoración ética del cuidado de enfermería debe tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado u profesional de enfermería prudente y diligente (Minsocial, 2004)

### **5.2.2 Conceptos relacionados con evento adverso.** (Marquez, 2012).

**Acciones de reducción de riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructura o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.



**Acción Insegura:** Acto, omisión o violación consciente puntual que genera o puede generar un evento adverso.

**Atención en Salud:** Servicio recibido por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**Barreras de Seguridad:** Elementos estructurales y metodológicos que evite un error o que habiéndose presentado el error, evita el evento adverso, o que habiendo se producido el evento adverso lo mitiga.

**Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o las condiciones propias del paciente.

**Evento adverso:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial, no por la patología de base. Puede ocasionar incapacidad permanente, incapacidad temporal o muerte.

**Evento adverso prevenible:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error durante el diagnóstico, tratamiento o el cuidado del paciente, no por la patología de base. Se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponible en un momento determinado.

**Evento adverso no prevenible:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error durante el diagnóstico, tratamiento o el cuidado del paciente, no

por la patología de base. Se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**Evento Centinela:** evento adverso donde está presente una muerte; o daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no está presente con anterioridad y que requiere tratamiento permanente de estilo de vida.

**Error:** Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado (error de planeación) o falta en completar un acción como estaba planeada (error de ejecución). Ambos pueden ser causados por acción o por omisión.

**Falla de la atención en salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos, en la fase de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

**Factores de Riesgo:** Elementos, ambiente, y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales y cuya probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación o control de elementos.

**Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**Riesgo:** Probabilidad de un objeto, material, sustancias o fenómeno puede potencialmente desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de las personas como en materiales y equipos.

**Sistema de gestión de eventos adversos:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daños al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

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

**Violación de seguridad de la atención en salud:** Desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

### 5.3 Marco contextual

La Clínica Palma Real institución de nivel III en la ciudad de Palmira que presta servicios a los usuarios de municipios del centro y norte del Valle del Cauca, que requieren procedimientos de mediana y alta complejidad.

La Clínica Palma Real inició con el proyecto del Grupo Coomeva de contar con un holding empresarial de prestación de servicios de salud con presencia tanto nacional como internacional, que incluiría para atención básica ambulatoria: Unidades de Atención Básica (UBA), Unidades de Promoción y Prevención (hoy Unidades Integrales en Salud – UIS), Unidades de Prevención Clínica (UPREC), un mega laboratorio y un centro especializado de imagenología. Además, de atención hospitalaria de clínicas de mediana y alta complejidad.

La construcción de este complejo empresarial, ubicado en el antiguo lote de la Clínica Santa Isabel de Hungría en Palmira, requirió una inversión de \$ 65 mil millones de pesos, para construir y acondicionar un área de 30.000 mts<sup>2</sup>. Se constituyó en un hito urbano y arquitectónico para la región al generar nuevas concepciones del espacio público y de prestación de servicios, así como posibilidades para que la comunidad accediera a espacios verdes, a sitios de encuentro y a mejores condiciones en la infraestructura de servicios de salud.

La Clínica fue diseñada por el arquitecto Juan Manuel Peláez y Condiseño S.A, y construida por la unión temporal entre Ménsula Ingenieros S.A y el Arquitecto Jorge Pérez; dentro del complejo empresarial que lleva el mismo nombre de la Cooperativa en una duración de 20 meses, con el objetivo de ser parte importante de la solución a las necesidades en salud.

La Clínica abre sus puertas el 1 de julio de 2011 y fue inaugurada el 15 de septiembre del mismo año, haciendo parte del Complejo Empresarial Coomeva en Palmira, un proyecto de alto impacto social y urbanístico para el norte del Valle del Cauca y la ciudad. Se pone a disposición de los usuarios servicios de alta calidad como: Urgencias, imagenología, laboratorio clínico,

cirugía, ginecología, cardiología no invasiva, unidades de cuidados intensivos para adultos y neonatales, y hospitalización (Clínica Palma Real, 2013:4).

## **5.4 Marco metodológico**

**5.4.1 Tipo y diseño.** Esta investigación se realizara, por medio del método de estudio descriptivo, cuantitativo, se tendrá en cuenta los reportes de la base de datos del aplicativo de reporte de eventos en el periodo enero a diciembre de 2014 para conocer la tendencia de los eventos adversos reportados durante este periodo y por medio de aplicación del instrumento se establecerá si el personal de enfermería en el servicio de hospitalización tiene adherencia a la política de seguridad de la atención y humanización del servicio.

**5.4.2 Población y muestra.** Población: el personal enfermería en el servicio de hospitalización de la institución 58 individuos, 10 enfermeras profesionales y 48 auxiliares de enfermería.

Muestra: para la recolección de la información se aplicó la encuesta a 54 individuos correspondiente al 93% del personal de enfermería del servicio de hospitalización el otro 7% faltante 4 individuos se encontraban en vacaciones 2 y 2 incapacitados.

### **5.4.3 Criterios de inclusión y exclusión.**

#### **Inclusión:**

1. Personal de enfermería que labore en el servicio de hospitalización.
2. Personal que desee participar del estudio.
3. Consentimiento informado firmado por el personal que desea participar en el estudio.

#### **Exclusión:**

1. Personal de enfermería que no labore en el servicio de hospitalización.
2. Personal que no desee participar en el estudio.

#### **Lugar de estudio**

El estudio se realizará en La Clínica Palma Real, ubicada en la ciudad de Palmira Valle.

## 6. Operacionalización de variables

### Cuadro de variables.

Tipo de variable independiente	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
<b>Demográficas.</b>				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Grupos simples de edad 18-29 30-41 42-53	Cuantitativa	Nominal
Sexo	Genero del individuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• femenino</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
Ocupación.	Trabajo, empleo u oficio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera.</li> <li>• Auxiliar de enfermería</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal
<b>Institucionales.</b>				
Políticas de Seguridad	Elementos estructurales minimizar riesgos sufrir evento adverso	Institución posee políticas de seguridad  si no	cualitativa	Nominal
Políticas de seguridad	Noción, información de los componentes de la política	Conoce los componentes de la política:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura de reporte.</li> <li>• Gestión de eventos</li> <li>• Tecno vigilancia</li> <li>• Farmacovigilancia</li> <li>• Comité de seguridad</li> <li>Plan de mejoramiento</li> </ul>	cualitativa	Ordinal

Capacitación	Toda actividad respondiendo a sus necesidades, que busca mejorar actitudes, conocimiento, habilidades, conductas a su personal, Noción idea o información	Fuente de información  • Recibe capacitación. • Conoce la diferencias entre: Evento Incidente	Cualitativa	Nominal
Implementación planes de mejoramiento	Acciones integradas, dar una orientación, alcanzar niveles adecuados aprendizaje.	Realizan análisis de los eventos, e inician acciones correctivas en el servicio de los eventos adversos	Cualitativa	Nominal
Evaluación y seguimiento de los planes mejoramiento	Identificar si está mejorando los procesos, alcanzar los objetivos	Realizan proceso de evaluación y seguimiento para evitar los eventos adversos  Cada cuanto realizan rondas de seguridad	Cualitativa	Nominal



<b>Personales</b>	Factores capaces de provocar mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo.	Se siente motivado para reportar eventos en la atención de enfermería que ponga en riesgo al usuario	Cualitativa	Nominal
Motivacional				
	Comprende todo los actos para transmitir o intercambiar información	Cómo es la comunicación entre el personal de enfermería	Cualitativa	Nominal
Comunicación				
	Es el comportamiento costumbre, prácticas para fortalecer programa de seguridad del paciente	Usted aplica la cultura de seguridad del paciente, y la humanización	Cualitativa	Nominal
Cultura del Reporte	Consistencia en el proceso.	Reporta usted evento que ponga en riesgo al paciente	Cualitativa	Nominal
		Reporta el evento que causa daño a paciente	Cualitativa	Nominal
		Conoce los procesos asistenciales de la atención de enfermería.	Cualitativa	Nominal
Adherencia procesos o planes de mejoramiento		Conoce y aplica los correctos del comportamiento	cualitativa	nominal

## 7. Resultados

En la presente investigación se utilizó como instrumento de medición de las variables una encuesta, dirigida al personal de enfermería del servicio de hospitalización de la clínica palma real, se incluyó a todo el personal técnico y profesional.

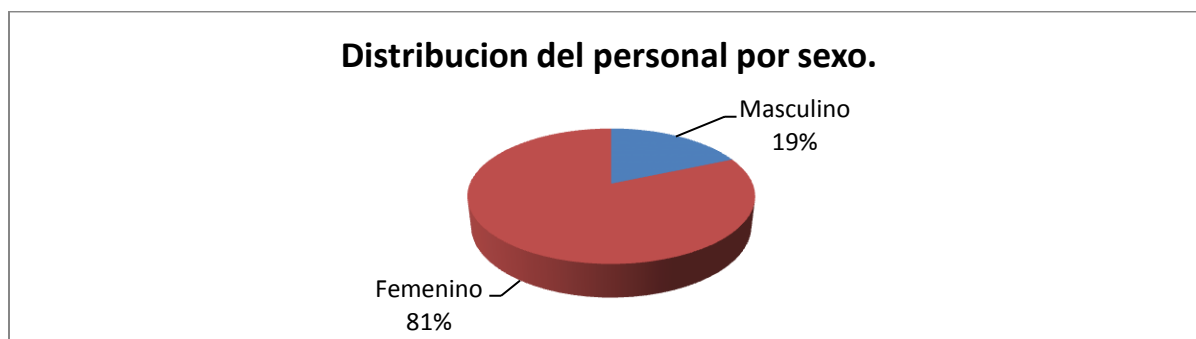
### 7.1 Aspectos sociodemográficos

Descripción de la población estudiada.

**7.1.1 Sexo.** De los 54 participantes del personal de enfermería en este estudio 10 eran varones y 44 eran mujeres. Tabla 1.

*Tabla 1.* Distribución de personal enfermería por sexo.

genero	cantidad	porcentaje
Masculino	10	18.5%
Femenino	44	81.5%
total	54	100%

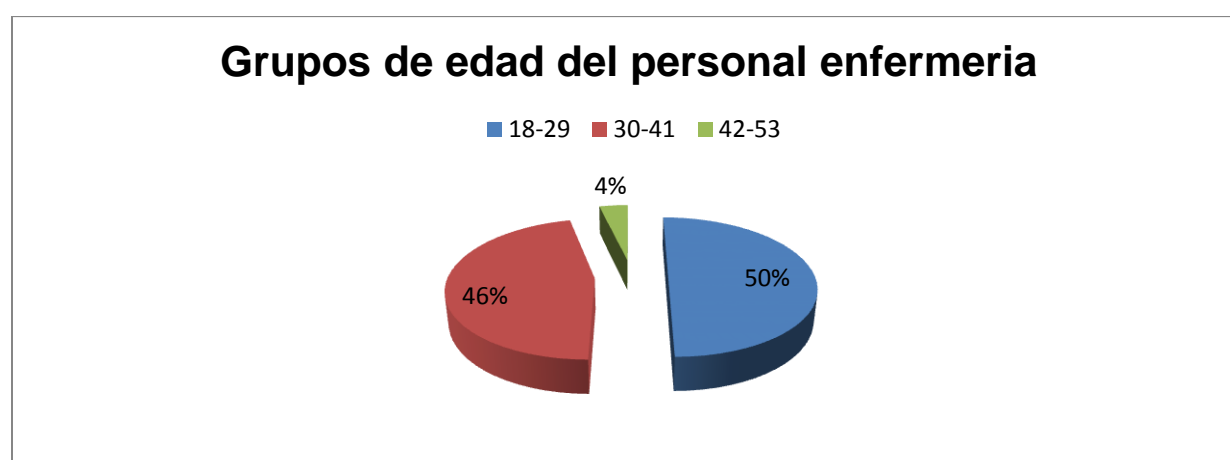


*Gráfica 1.* Distribución por sexo.

**7.1.2 Edad.** Distribución por grupos simples de edad 18-29, 30-41 y 42 a 53 años. Siendo el grupo de edad entre 18-29 años el 50 % de la población. Tabla 2.

*Tabla 2.* Distribución del personal de enfermería por grupos de edad.

Rango de edad	Cantidad	Porcentaje
18-29	27	50%
30-41	25	46.3%
42-53	2	3.7%
total	54	100%

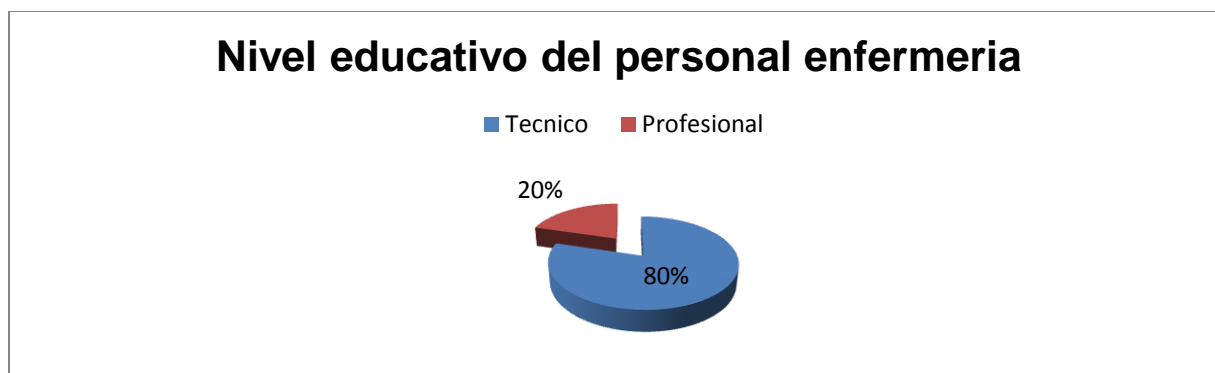


*Gráfica 2.* Distribución personal enfermería por grupos de edad.

**7.1.3 Nivel educativo.** El 80% de la población de enfermería participante en el estudio tiene nivel educativo técnico y el 20 % universitario. Tabla 3.

*Tabla 3.* Distribución personal enfermería por estudios

estudios realizados	Cantidad	porcentaje
Tecnico	43	79.6%
Profesional	11	20.4%
Especialidad	0	0%
total	54	100%



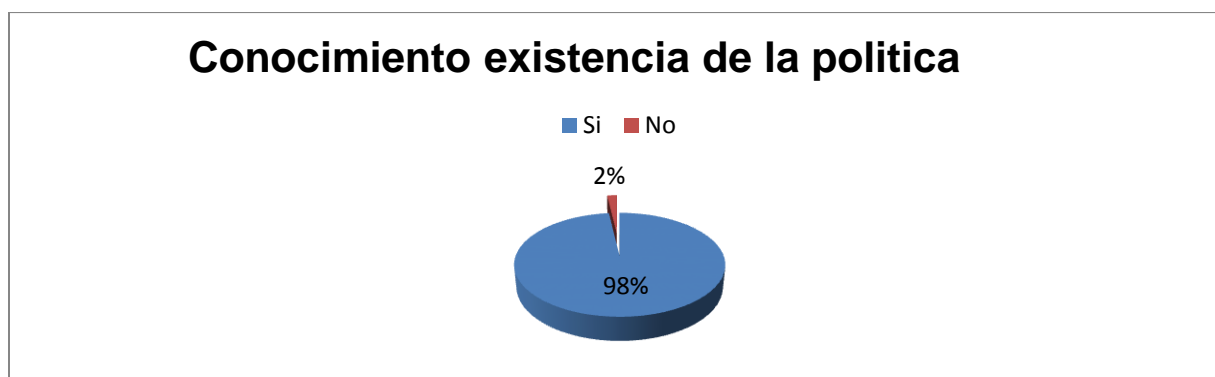
Gráfica 3. Distribución personal enfermería por nivel educativo.

## 7.2 Conocimiento existencia de la política

Conocimiento del personal de enfermería del servicio de hospitalización de la existencia de la política de seguridad de la atención y humanización del servicio: el 98% del personal sabe que la institución cuenta con la política y el 2% lo desconoce. Tabla 4.

Tabla 4. Conocimiento existencia de la política seguridad de atención y humanización del servicio.

Conocimiento existencia de la política	Cantidad	porcentaje
Si	53	98.%
No	1	2%
total	54	100%

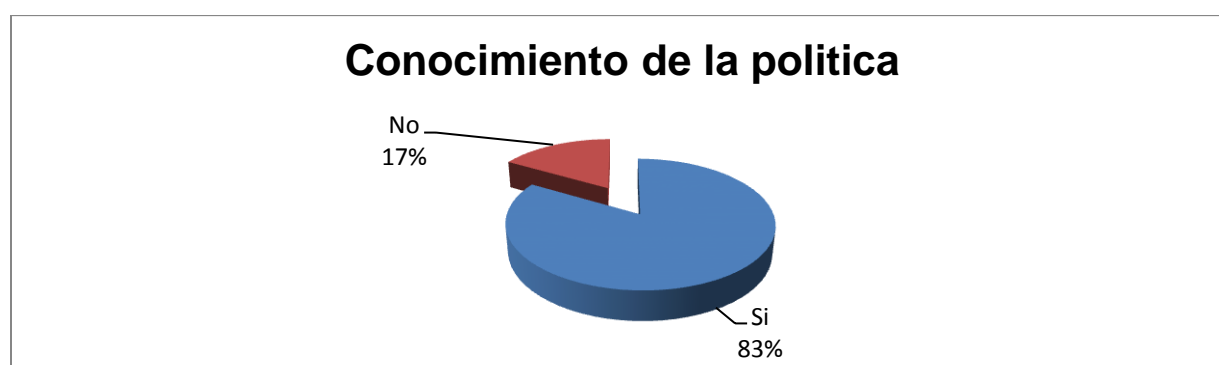


Gráfica 4. Distribución del personal de enfermería que conoce la existencia de la política.

Conocimiento del personal de enfermería del servicio de hospitalización de las políticas de seguridad de la atención y humanización del servicio: el 83% del personal dice conoce la política y el 17% no la conoce. Tabla 5.

Tabla 5. Conocimiento de la política de seguridad de la atención y humanización del servicio.

<b>respuestas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	45	83.%
No	9	17%
total	54	100%

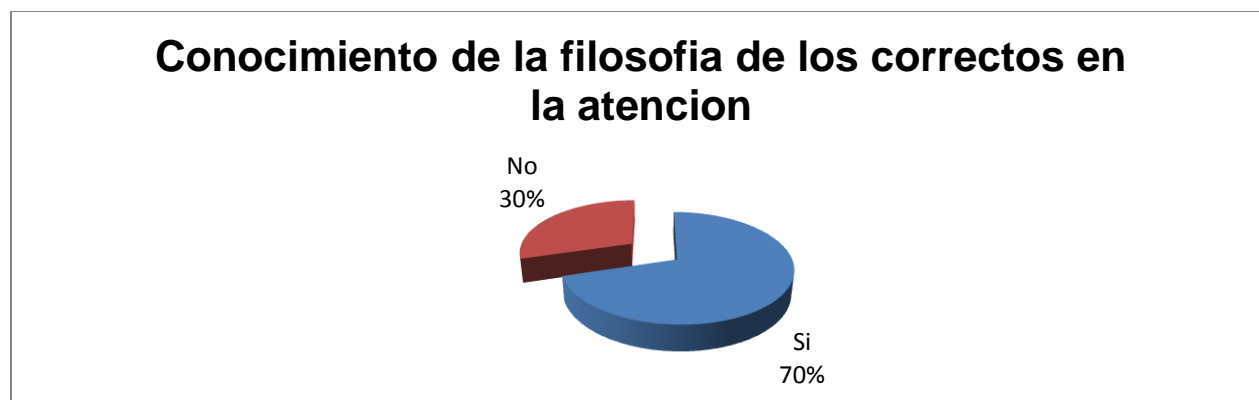


Grafica 5. Distribución del personal de enfermería que conoce la política.

Conocimiento del personal de enfermería de la filosofía de los correctos en la atención: el 70% dice conocer la filosofía de los correctos en la atención y un 30% no los conoce. Tabla 6.

Tabla 6. Distribución del personal de enfermería que conoce la filosofía de los correctos en la atención.

<b>Conocimiento de la filosofía de los correctos en la atención.</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	38	70%
No	16	30%
Total	54	100%

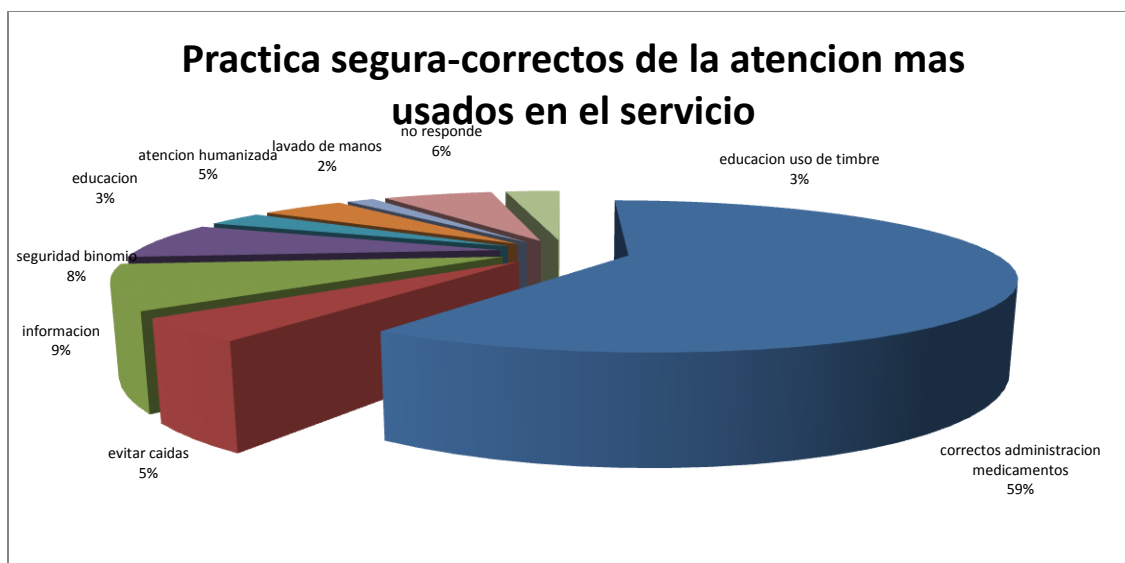


*Gráfica 6.* Conocimiento de la filosofía de los correctos en la atención.

Dentro de la práctica segura los correctos aplicados en el servicio en el servicio de hospitalización por el personal de enfermería: 70% correctos en la administración de medicamentos, 11% información, 9% seguridad binomio madre-hijo, 7,4% no responde, 5.5% prevención de caídas y otro 5,5 % atención humanizada entre otros. Tabla 7.

*Tabla 7.* Practica segura, barreras de seguridad más usadas por el personal de enfermería.

<b>Practica segura-barreras de seguridad más aplicados en el servicio de hospitalización</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
correctos administración medicamentos	38	70.3%
prevención caídas	3	5.5%
brindar información	6	11.1%
seguridad binomio	5	9.2%
educación	2	3.7%
atención humanizada	3	5.5%
lavado de manos	1	1.8%
educación uso del timbre	2	3.7%
no responde	4	7.4%



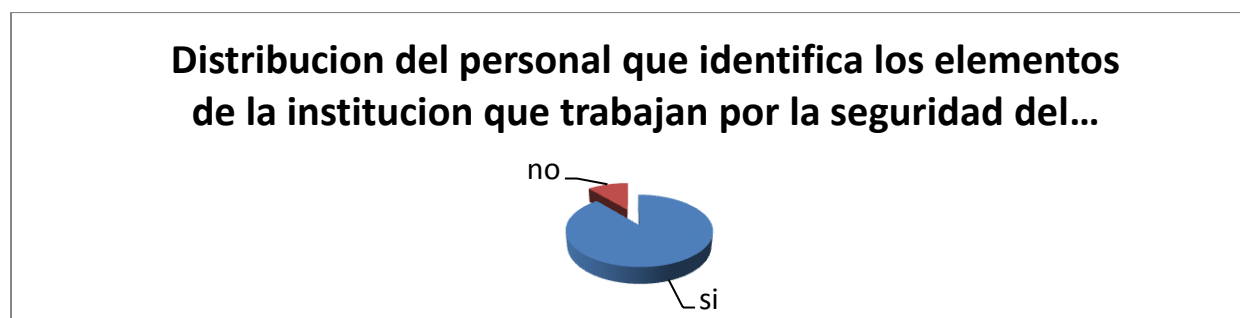
*Grafica 7.* Barreras de seguridad más usadas por el personal de enfermería de hospitalización.

Identificación del personal de enfermería acerca de los elementos de la institución que trabajan por la seguridad del paciente: 89% identifica los elementos y el 11% no los identifica.

Tabla 8.

*Tabla 8.* Identificación del personal de enfermería acerca de los elementos de la institución que trabajan por la seguridad del paciente.

respuesta	cantidad	porcentaje
Si	48	89%
No	6	11%
total	54	100%

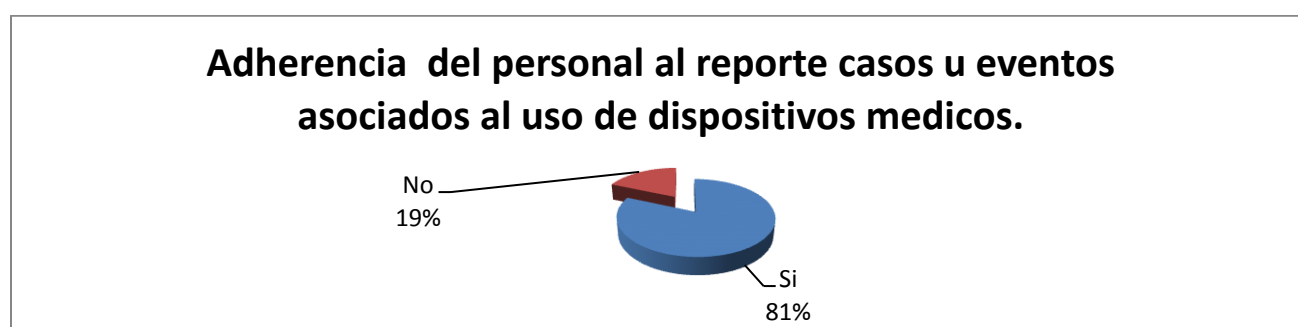


*Grafica 8.* Conocimiento del personal de enfermería de los elementos de la institución que trabajan por la seguridad del paciente.

Adherencia al reporte de casos u eventos asociados al uso de dispositivos médicos. El 81.4 % del personal los reporta y el 18.6 no los reporta. Tabla 9.

*Tabla 9.* Distribución del personal que reporta casos u eventos asociados al uso de dispositivos médicos.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	44	81.4%
No	10	18.6%
total	54	100%



*Grafica 9.* Adherencia del personal de enfermería al reporte de casos u eventos asociados al uso de dispositivos médicos.

Identificación del programa de tecnovigilancia y farmacovigilancia por parte del personal de enfermería como componentes de la política de seguridad de la atención: el 94.4 % los identifican como componentes de la política y el 5,6 % no los identifica como componentes de la política. Tabla 10.

*Tabla 10.* Distribución del personal de enfermería que identifica los programas de tecnovigilancia y farmacovigilancia como componentes de la política.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	51	94.4%
No	3	5.6%
total	54	100%



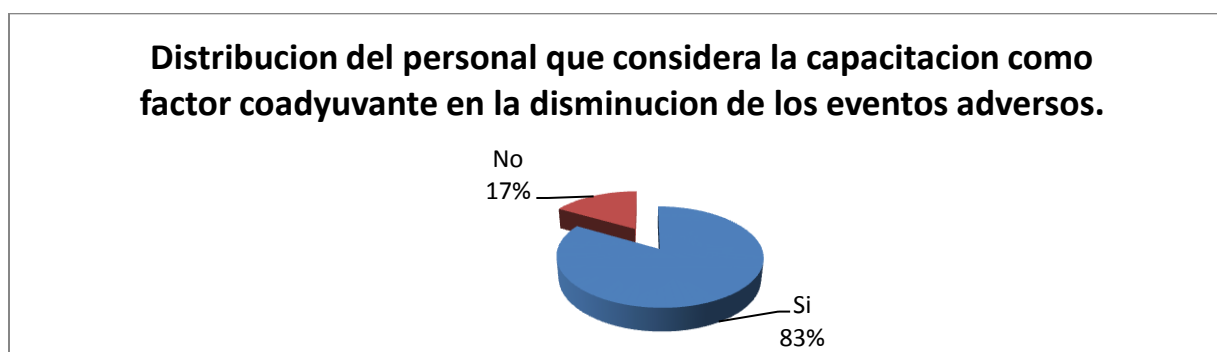


*Grafica 10.* Distribución del personal que identifica los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia como componentes de la política.

Identificación del programa de capacitación de la institución por parte del personal de enfermería como factor coadyuvante en la disminución de los eventos adversos. Tabla 11.

*Tabla 11.* Distribución del personal que considera el programa de capacitación factor coadyuvante en la disminución ocurrencia de eventos adversos.

respuesta	cantidad	porcentaje
Si	38	70.3%
No	16	26.7%
total	54	100%



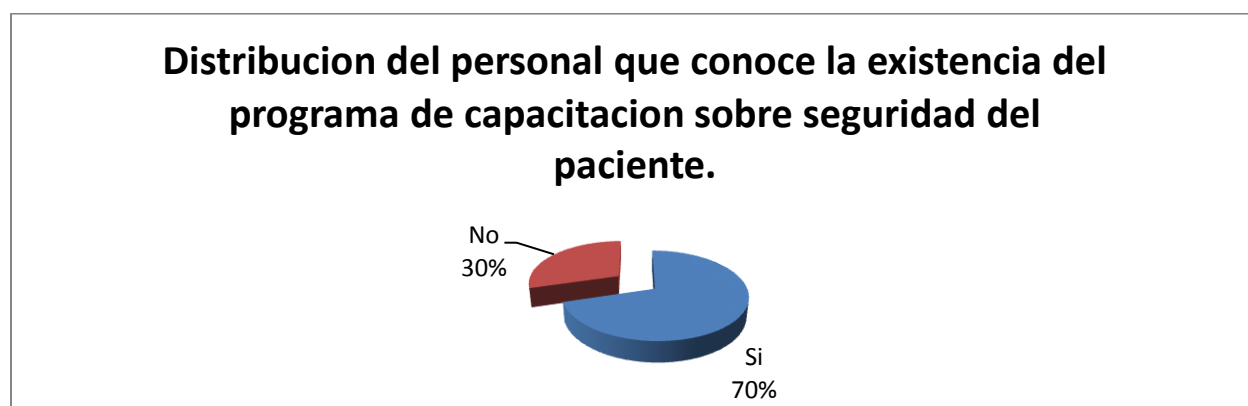
*Grafico 11.* Distribución del personal de enfermería que considera la capacitación como factor coadyuvante en la disminución de ocurrencia de los eventos adversos.

Identificación del personal de enfermería qué conoce que la institución cuenta con programa de capacitación sobre seguridad del paciente: 70.3% dicen contar en la institución con programa

de seguridad del paciente y el 26.7% que no se cuenta con este programa de capacitación. Tabla 12.

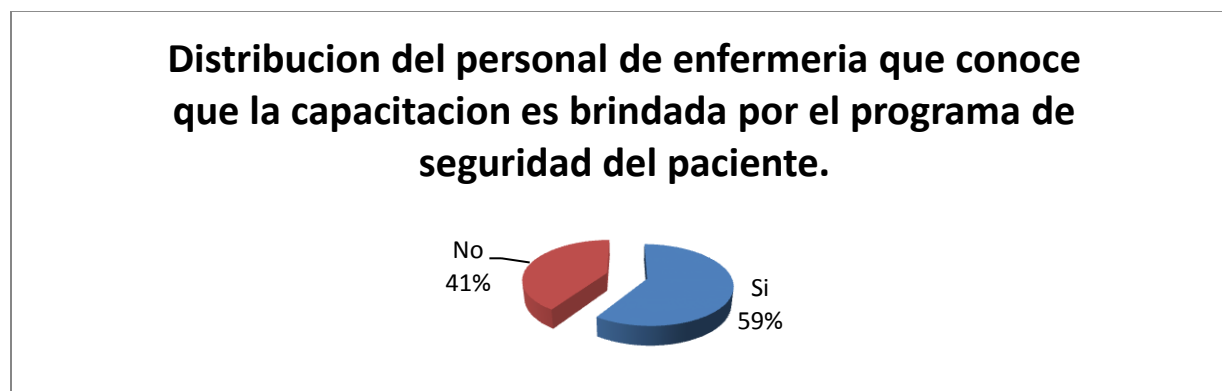
*Tabla 12.* Distribución del personal que conoce la existencia en la institución del programa de capacitación sobre seguridad del paciente.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	38	70.3%
No	16	26.7%
total	54	100%



*Gráfico 12.* Distribución del personal de enfermería que conoce la existencia del programa capacitación en la institución sobre seguridad del paciente.

Identificación del personal de enfermería que conoce la existencia del programa de capacitación y que esta es brindada por el programa de seguridad del paciente. Tabla 13.



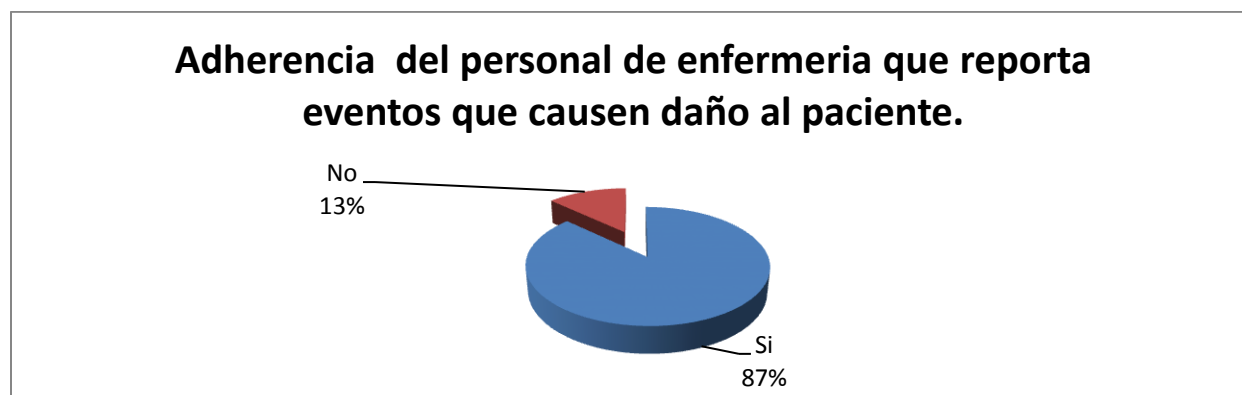
*Gráfico 13.* Distribución del personal de enfermería que conoce que la capacitación es brindada por el programa de seguridad del paciente.

Adherencia del personal de enfermería al reporte de eventos que causen daño al paciente:

87% reporta y el 13% no reporta.

*Tabla 13.* Distribución del personal de enfermería que reporta eventos que causen daño al paciente.

<b>Respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	47	87%
No	7	13%
total	54	100%



*Gráfico 13.* Adherencia del personal de enfermería al reporte de eventos que causen daño al paciente.

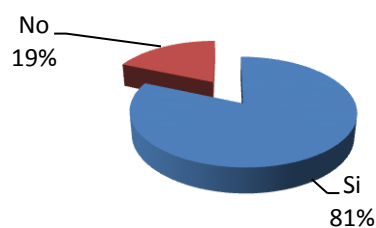
Adherencia del personal de enfermería al reporte de eventos que pongan en riesgo al paciente:

81.4 % si reporta y el 18.6 % no reporta. Tabla 14.

*Tabla 14.* Distribución del personal de enfermería que reporta los eventos que ponen en riesgo al paciente.

<b>Respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	44	81.4%
No	10	18.6%
total	54	100%

### Adherencia del personal de enfermería al reporte de eventos que pongan en riesgo al paciente.

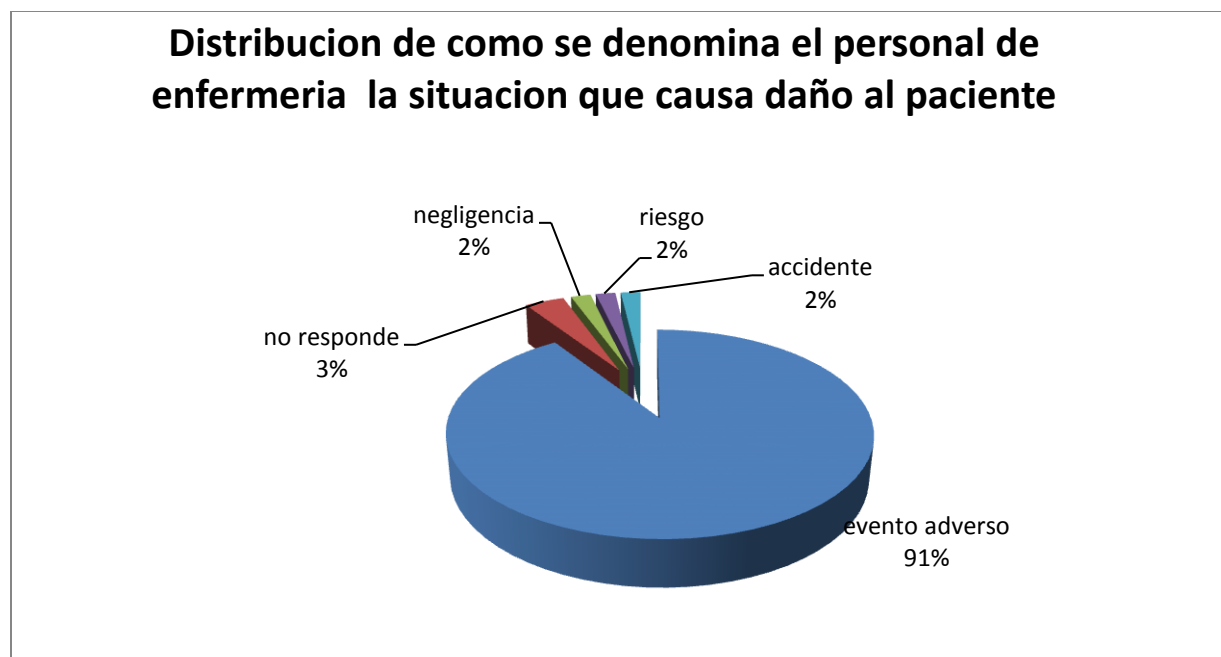


*Grafica 14.* Distribución de la adherencia del personal de enfermería al reporte de eventos que pongan en riesgo al paciente.

Conocimiento del personal de enfermería del término utilizado para la situación que causa daño al paciente: 90.8% evento adverso, 3.8 % no responde, 1.8% negligencia y 1.8 % lo denomina accidente. Tabla 15.

*Tabla 15.* Distribución de las respuestas del personal de enfermería acerca del conocimiento término utilizado en situación que cause daño al paciente.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
evento adverso	49	90.8%
no responde	2	3.8%
negligencia	1	1.8%
riesgo	1	1.8%
accidente	1	1.8%
total	54	100%

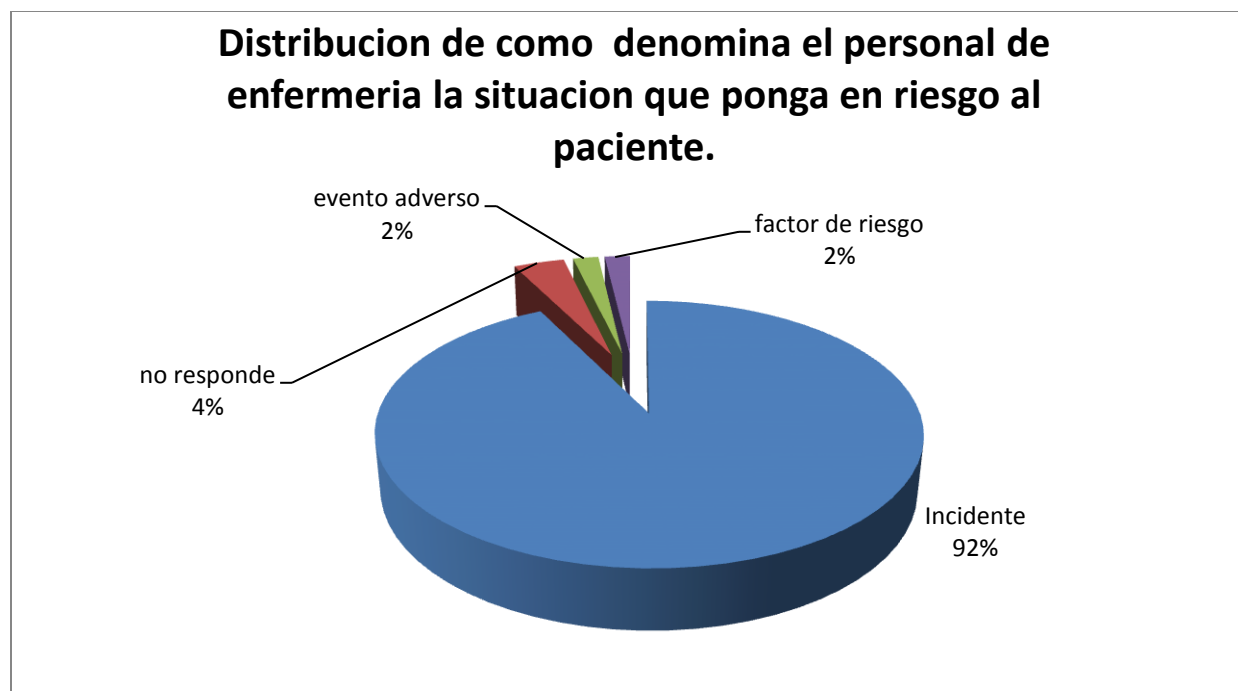


*Grafica 15.* Distribución de como denomina el personal de enfermería a la situación que causa daño al paciente.

Conocimiento del personal de enfermería del término utilizado para la situación que pone en riesgo al paciente: 92.6% incidente, 3.8 % no responde, 1.8% evento adverso y 1.8 % lo denomina factor de riesgo. Tabla 16.

Tabla 16. Distribución de las respuestas del personal de enfermería acerca del conocimiento término utilizado en situación que ponga en riesgo al paciente.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Incidente	50	92.6%
no responde	2	3.8%
evento adverso	1	1.8%
factor de riesgo	1	1.8%
total	54	100%



*Grafica 16.* Distribución de como denomina el personal de enfermería a la situación que pone en riesgo al paciente.

Eventos adversos identificados por el personal de enfermería de mayor ocurrencia en el servicio de hospitalización: 90.7 % flebitis, cancelación de cirugías 87%, infección de sitio operatorio 61.1%, úlceras por presión 59.2 %, caída de pacientes 42.5 %, dieta incorrecta 37%, retiro accidental de dispositivos médicos 35.1%, administración incorrecta de medicamentos 31.4% siendo los más comunes identificados por el personal entre otros. Tabla 17.

Tabla 17. Distribución de los eventos más comunes identificados por el personal de enfermería en el servicio de hospitalización.

respuesta	Cantidad	porcentaje
Flebitis	49	90.7%
Ulceras por presión	32	59.2%
Caída de pacientes	23	42.5%
Retiro accidental de dispositivos médicos	19	35.1%
Administración incorrecta de medicamentos	17	31.4%
Administración incorrecta de líquidos endovenosos	13	24%
Prescripción incorrecta de medicamentos dosis y frecuencia	7	12.9%
Cancelación de cirugías	47	87%
Fuga de pacientes	8	14.8%
Infecciones de sitio operatorio	33	61.1%
Infecciones asociadas a la atención en salud (ivu x sonda vesical) o (neumonía nosocomial)	10	18.5%
Dieta incorrecta	20	37%



Grafica 17. Eventos más comunes en el servicio de hospitalización identificados por el personal de enfermería.

7.2.15. Respecto al análisis de eventos adversos y acciones correctivas el personal de enfermería considera que en la institución: 74% si se realiza análisis y acciones correctivas y el 26% que no se realiza. Tabla 18.

*Tabla 18.* Identificación del personal de enfermería que considera se realizan análisis y acciones correctivas en la institución a los eventos adversos.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	40	74%
No	14	26%
total	54	100%



*Grafica 18.* Distribución del personal de enfermería que considera se realiza análisis y acciones correctivas a los eventos adversos.

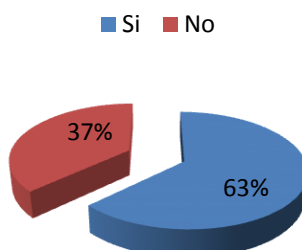
En cuanto a evaluación y seguimiento de las acciones correctivas para evitar los eventos adversos, el personal de enfermería considera: 63% si se realiza evaluación y seguimiento y el 27% que no se realiza. Tabla 19.

*Tabla 19.* Distribución del personal que considera se realiza evaluación y seguimiento a las acciones correctivas para evitar ocurrencia de eventos adversos.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	34	63%
No	20	37%
total	54	100%



### Distribucion del personal de enfermeria que considera se realiza evaluacion y seguimiento a las acciones correctivas.



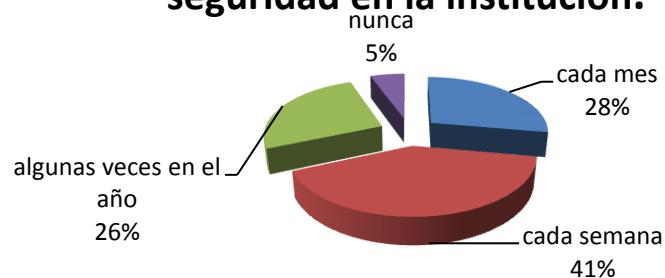
*Grafica 19.* Distribución del personal que considera se realiza evaluación y seguimiento a las acciones correctivas.

Conocimiento del personal de enfermería de la periodicidad con que se realizan las rondas de seguridad en la institución: cada semana 40.7 %, cada mes 27.8 %, algunas veces al año 26% y nunca 5.5%. Tabla 20.

Tabla 20. Periodicidad identificada por el personal de enfermería con que se realizan las rondas de seguridad en la institución.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
cada mes	15	27.8%
cada semana	22	40.7%
algunas veces en el año	14	26%
nunca	3	5.5%
total	54	100%

### Perioricidad con que se realizan las rondas de seguridad en la institucion.



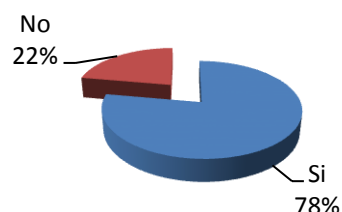
*Grafica 20.* Distribución de la periodicidad identificada por el personal de enfermería con que se realizan las rondas de seguridad en la institución.

Motivación del personal de enfermería a reportar eventos en la atención de enfermería que causen daño o ponga en riesgo al paciente: el 77.8 % del personal se siente motivado a hacer el reporte y el 22.2 % no se siente motivado. Tabla 21.

*Tabla 21.* Distribución del personal motivado a reportar eventos o incidentes.

respuesta	cantidad	porcentaje
Si	42	77.8%
No	12	22.2
total	54	100%

### Motivacion del personal de enfermeria a reportar eventos o incidentes.



*Grafica 21.* Motivación del personal de enfermería a reportar eventos o incidentes.

Razón de la motivación del personal de enfermería a reportar eventos en la atención de enfermería que causen daño o ponga en riesgo al paciente: 31.5% por seguridad del paciente, 24% por prevención, 22.2% por mejora de la atención, 11% no responde, y el 3.8% porque no hay cambios, entre otros, no hay personal de seguridad del paciente, no hay tiempo. Tabla 22.

Tabla 22. Distribución de las razones del personal de enfermería para el reporte de eventos e incidentes.

<b>Respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
seguridad paciente	17	31.5%
prevención	13	24%
mejorar atención	12	22.2%
no responde	6	11.1%
No existe personal seguridad paciente	1	1.8%
no hay cambios	2	3.8%
no hay tiempo	1	1.8%
no se realiza seguimiento y evaluación	2	3.8%
total	54	100%

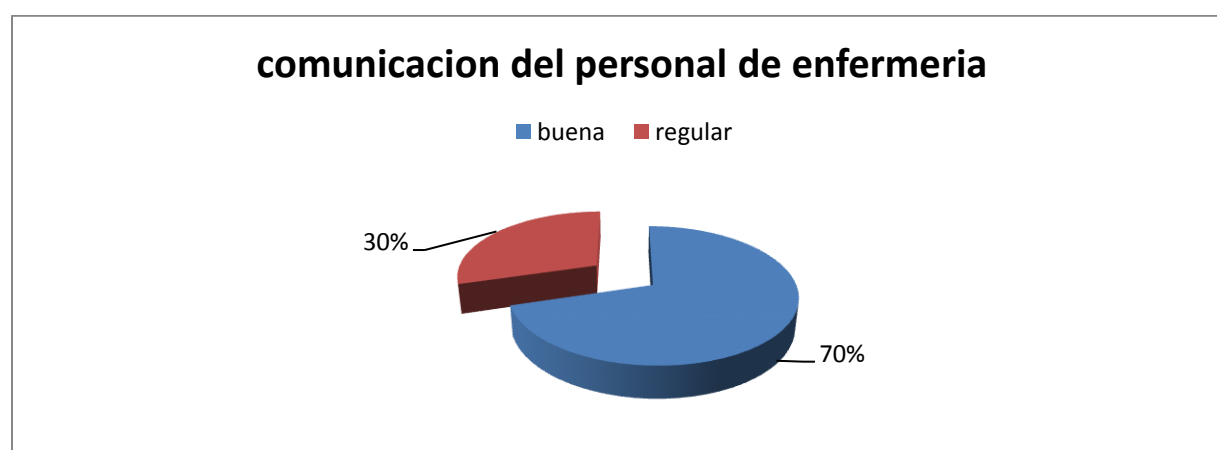


Gráfica 22. Distribución de las razones del personal de enfermería para el reporte de incidentes y accidentes.

Como considera el personal de enfermería la comunicación en el servicio: buena 70.3% y mala 29.7%. Tabla 23.

Tabla 23. Comunicación del personal de enfermería en el servicio de hospitalización.

<b>respuestas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
buena	38	70.3%
regular	16	29.7%
mala	0	0%
total	54	100%

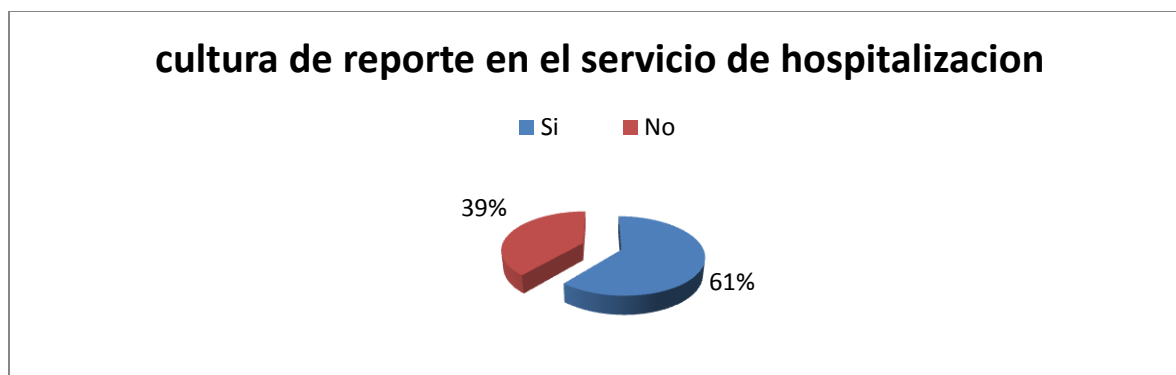


Grafica 23. Comunicación del personal de enfermería.

Identificación de cultura de reporte en el personal enfermería del servicio de hospitalización: 61.1% identifica cultura de reporte y el 38.9 considera que no hay cultura de reporte. Tabla 24.

Tabla 24. Cultura del personal de enfermería en el servicio de hospitalización.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	33	61.1%
No	21	38.9%
total	54	100%



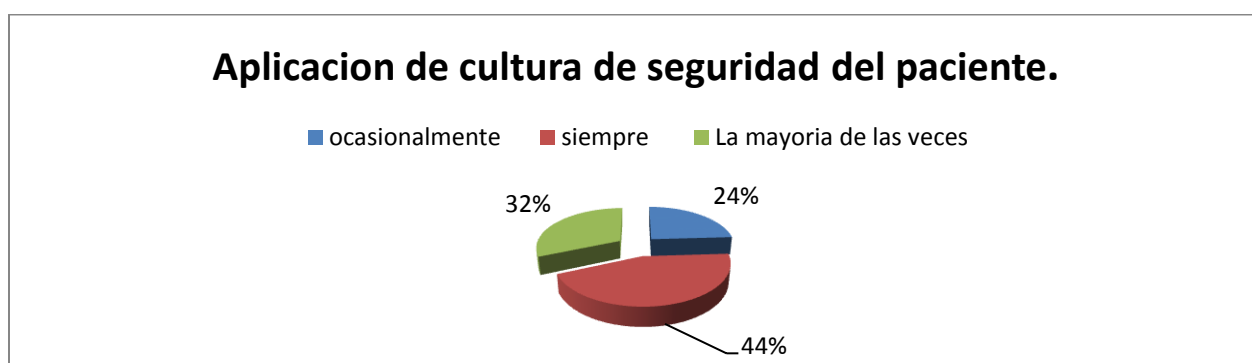
Gráfica 24. Cultura de reporte de eventos adversos en el servicio de hospitalización.

Aplicación de cultura de seguridad por el personal de enfermería en el servicio de hospitalización: 44.4% siempre, 31,5 % la mayoría de las veces y el 24.1 % ocasionalmente.

Tabla 25.

Tabla 25. Aplicación de cultura de seguridad por parte del personal de enfermería.

respuesta	cantidad	porcentaje
ocasionalmente	13	24.1%
siempre	24	44.4%
La mayoría de las veces	17	31.5%
Nunca	0	0%
total	54	100%

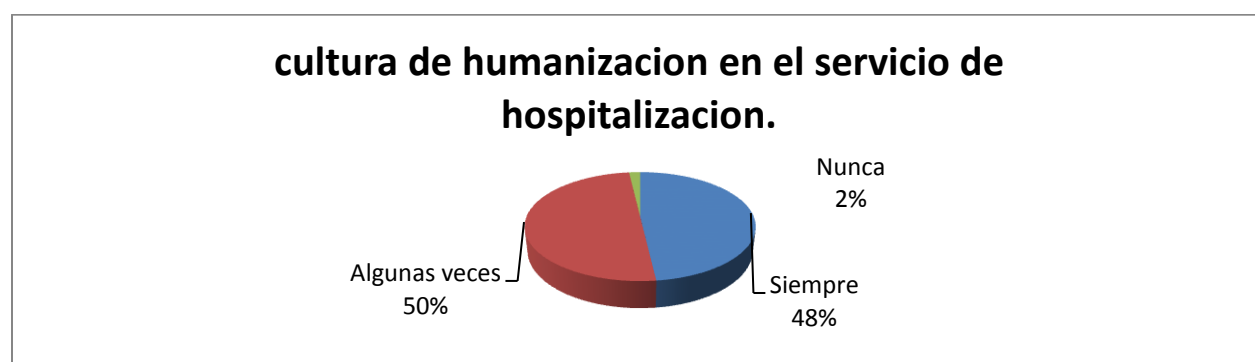


Gráfica 25. Aplicación de cultura de seguridad por parte del personal de enfermería.

Identificación del cultura de humanización en el servicio de hospitalización: 50% siempre, 48,2 % algunas veces y 1,8% nunca. Tabla 26.

Tabla 26. Cultura de humanización en el servicio de hospitalización.

<b>Respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Siempre	26	48.2%
Algunas veces	27	50%
Nunca	1	1.8%
total	54	100%

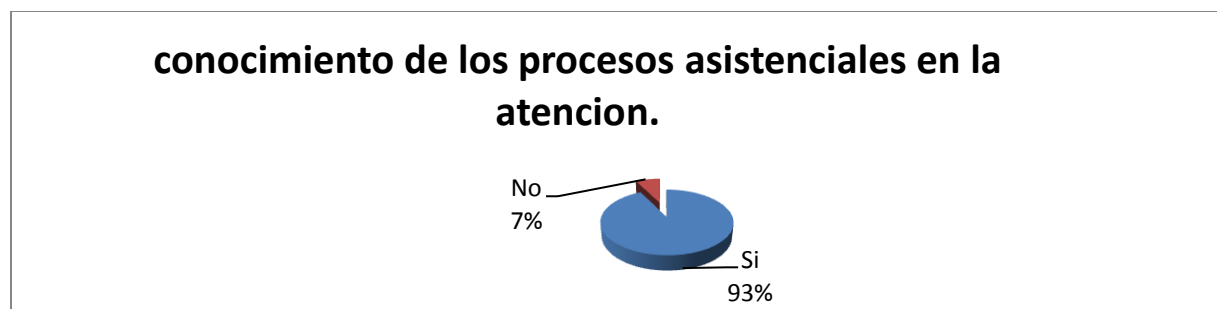


Grafica 26. Cultura de humanización en el servicio de hospitalización.

Conocimiento de los procesos asistenciales de la atención en enfermería de la clínica: 92,6% los conoce y el 7,4% no los conoce. Tabla 27.

Tabla 27. Conocimiento de los procesos asistenciales de la atención en enfermería.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	50	92.6%
No	4	7.4%
total	54	100%



*Gráfica 27.* Distribución del conocimiento de enfermería de los procesos asistenciales

Identificación de los correctos en la atención al brindar trato humanizado, por el personal de enfermería: 77,8% los conoce y el 22,2% no los conoce. Tabla 28.

*Tabla 28.* Conocimiento de los correctos en la atención al brindar trato humanizado.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	42	77.8%
No	12	22.2%
total	54	100%

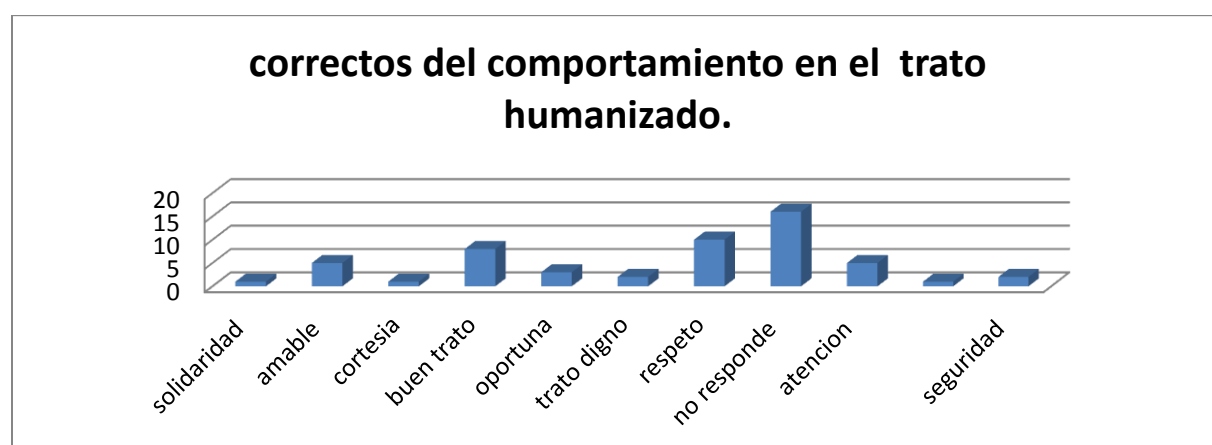


*Gráfica 28.* Conocimiento de los correctos en la atención al brindar trato humanizado.

Los correctos de comportamiento en la atención al brindar un trato humanizado más utilizados por el personal de hospitalización: 29.7% no responde cuales son, el respeto 18,5%, buen trato 14,9%, amabilidad y atención ambos 9,2 % entre otros. Tabla 29.

Tabla 29. Los correctos de comportamiento en la atención al brindar un trato humanizado.

respuesta	cantidad	porcentaje
solidaridad	1	1.8%
amable	5	9.2%
cortesía	1	1.8%
buen trato	8	14.9%
oportuna	3	5.5%
trato digno	2	3.8%
respeto	10	18.5%
no responde	16	29.7%
atención	5	9.2%
comunicación	1	1.8%
seguridad	2	3.8%
total	54	100%



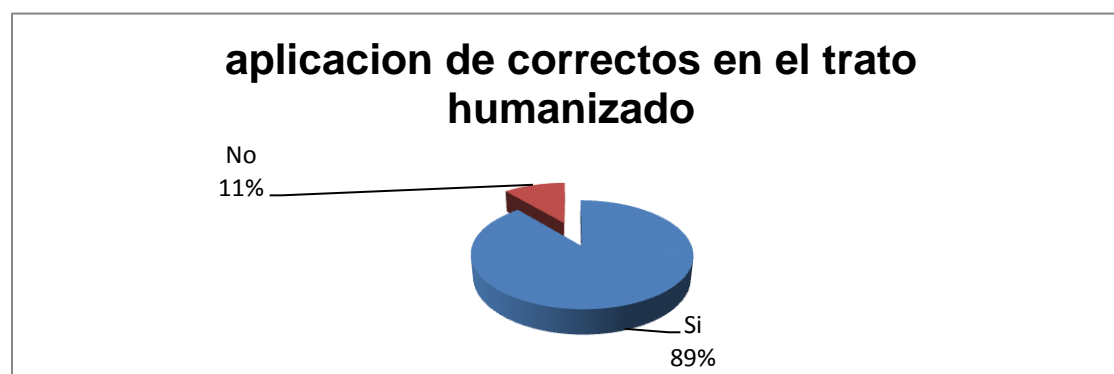
Grafica 29: Correctos del comportamiento en el trato humanizado.

Aplicación de los correctos en la atención al brindar un trato humanizado a los usuarios por parte del personal de enfermería: 88.9% los aplica y el 11, 1% no los aplica. Tabla 30.



Tabla 30. Aplicación de correctos en el trato humanizado.

<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Si	42	77.8%
No	12	22.2%
total	54	100%

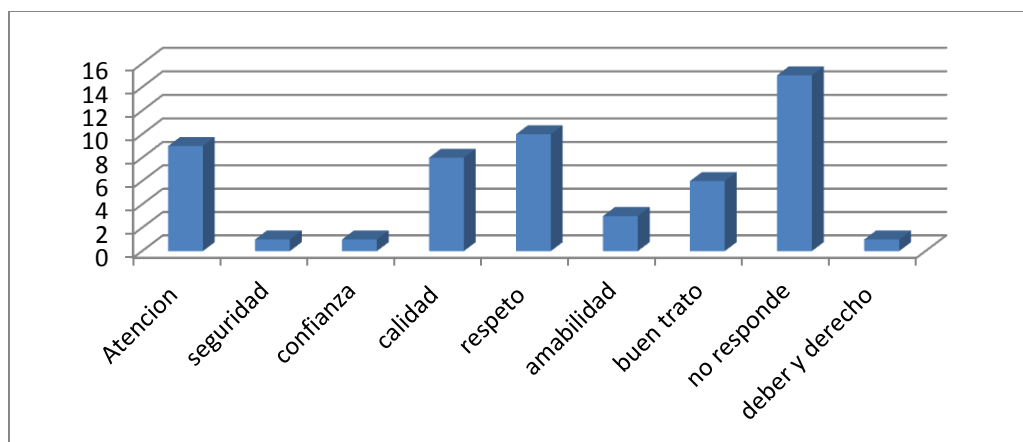


Grafica 30. Aplicación del correctos en el trato humanizado.

Razones del personal de enfermería para aplicación de los correctos en la atención al brindar un trato humanizado a los usuarios: no responde 28%, respeto 18,5%, atención 16,6%, calidad 14,9 %, amabilidad 5,5% entre otras respuestas.

Tabla 31. Razones del personal para brindar trato humanizado.

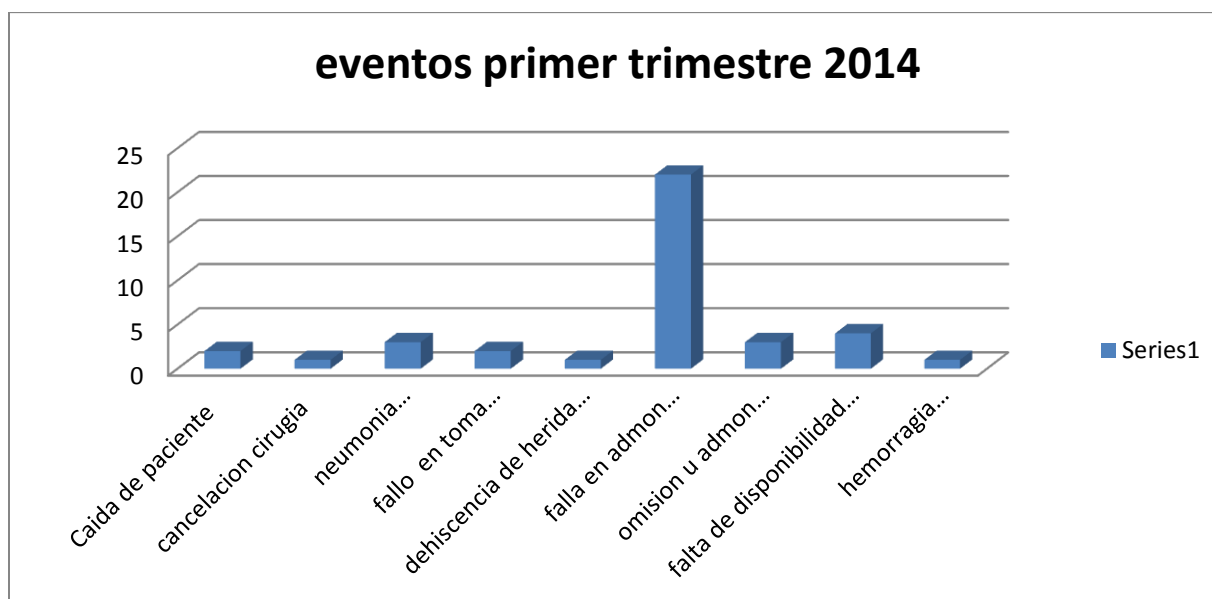
<b>respuesta</b>	<b>cantidad</b>	<b>porcentaje</b>
Atención	9	16.6%
seguridad	1	1.8%
confianza	1	1.8%
calidad	8	14.9%
respeto	10	18.5%
amabilidad	3	5.5%
buen trato	6	11.1%
no responde	15	28%
deber y derecho	1	1.8%
total	54	100%



*Grafica 31.* Razones del personal de enfermería para aplicación de los correctos en la atención al brindar un trato humanizado a los usuarios.

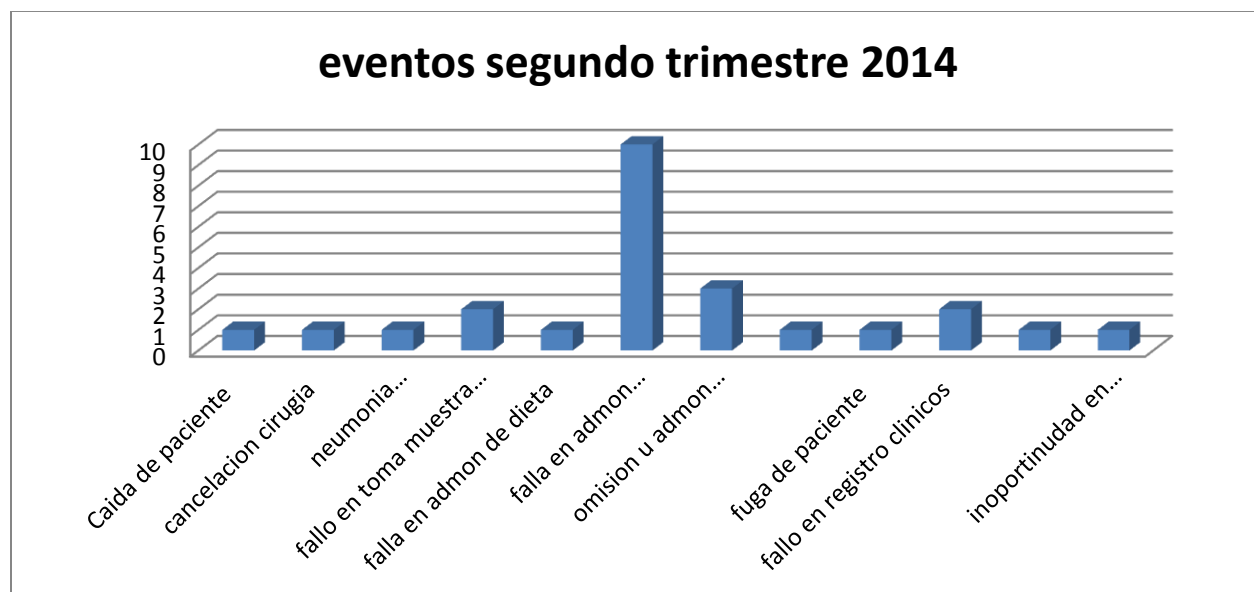
### 7.3 Tendencia de los eventos adversos en el servicio de hospitalización de la clínica palma real periodo enero-diciembre de 2014.

Eventos reportados por el personal de enfermería primer trimestre periodo enero-diciembre de 2014. Grafica 32.



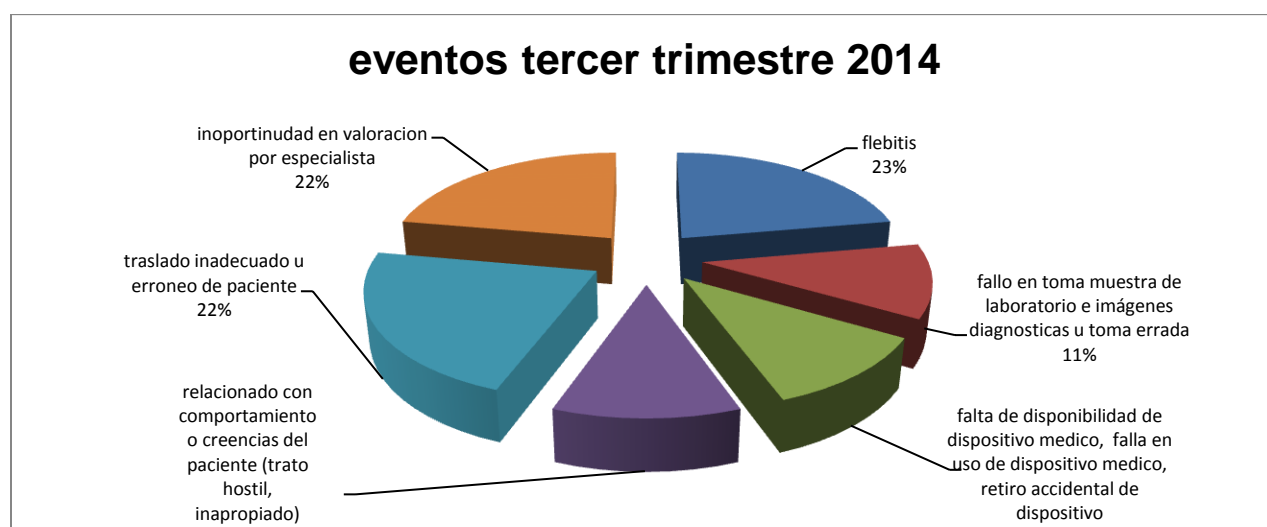
*Grafica 32.* Eventos reportados por personal enfermería primer trimestre de 2014.

Eventos reportados por el personal de enfermería segundo trimestre periodo enero-diciembre de 2014. Grafica 33.



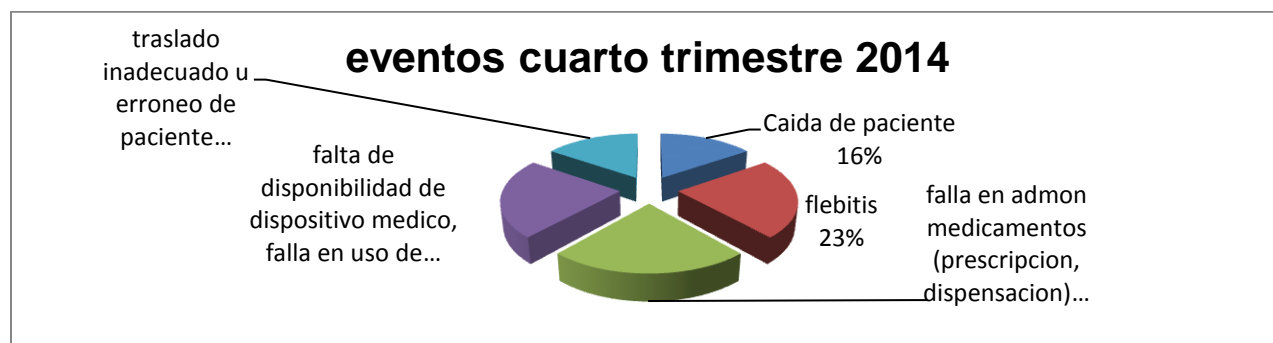
Grafica 33. Eventos reportados por personal de enfermería segundo trimestre 2014.

Eventos reportados por el personal de enfermería tercer trimestre periodo enero-diciembre de 2014. Grafica 34.



Grafica 34. Eventos reportados por personal de enfermería tercer trimestre 2014.

Eventos reportados por el personal de enfermería cuarto trimestre periodo enero-diciembre de 2014. Grafica 35.



Grafica 35. Eventos reportados por personal de enfermería cuarto trimestre 2014.

## 8. CONCLUSIONES

El personal de enfermería dentro del equipo de salud juega un papel muy importante no solo por el hecho de ser el cuidador directo sino por ser el canal o el puente de comunicación con el resto del equipo multidisciplinario.

La construcción de una cultura institucional de seguridad clínica busca que se genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras siendo este el punto de partida, para disminuir la incidencia de los eventos adversos.

Se observa que en la Clínica Palma Real la institución cuenta con una política de seguridad de la atención y humanización del servicio pero el personal de enfermería no tiene claro los componentes de la política, ni su filosofía de los correctos en la práctica clínica segura.

El 8% del personal aún no tiene claridad el concepto y la diferencia existente entre el evento e incidente.

El 22% de grupo de enfermería no se siente motivado reporte los eventos e incidente, y desconoce los correctos en la atención al brindar un trato humanizado lo cual repercute directamente, en la gestión del programa de seguridad del paciente.

Los eventos que identifican con mayor frecuencia el personal de enfermería en el servicio de hospitalización fueron: cancelación de cirugía, infecciones de sitio operatorio, úlceras por

presión, flebitis, dieta incorrecta, caída de paciente, retiro accidental de dispositivo médico, seguido por administración incorrecta de medicamento.

Al revisar la tendencia de los eventos adversos, se observa una diferencia significativa entre lo que el personal observa en el servicio y lo que realmente se reporta, ya que los eventos reportados en el aplicativo por el personal de enfermería más frecuentes en el primer trimestre del periodo enero-diciembre de 2014 fueron: fallas en la administración de medicamentos (prescripción-dispensación) 56,5 %, falta en la disponibilidad o uso de los dispositivos médicos 10,3% seguido por IAAS (neumonía) y omisión u administración incorrecta de medicamentos ambos con 7,7% entre otros fallo en la toma de laboratorio e imagen diagnóstica o toma errada y caída de paciente ambos con 5.1%. Los mayores reportantes son los auxiliares de enfermería con 66.6%.

En el segundo trimestre de enero-diciembre de 2014 los eventos más reportados fueron: fallo en administración de medicamentos (prescripción-dispensación), omisión o administración incorrecta de medicamento 12%, fallo en la toma de laboratorio e imagen diagnóstica o toma errada y falla en registros clínicos ambos con el 8%, entre otros inoportunidad en valoración por especialista, fuga de pacientes, caída de pacientes, fallo en administración de dietas estos con el 4%. Mayores reportantes auxiliar de enfermería con el 56%.

En el tercer trimestre enero- Diciembre de 2014 los eventos más reportados son: inoportunidad en valoración por especialista, traslado erróneo e inadecuado de paciente y fallo en la toma de laboratorios e imágenes de diagnósticas o toma errada todos con el 22%, falta de

disponibilidad de dispositivos médicos, falla en uso de dispositivo medico u retiro accidental de dispositivo medico estos con el 11.1%. Continúan siendo los mayores reportantes los auxiliares de enfermería con el 61.5%.

En el cuarto trimestre enero-diciembre de 2014, los eventos más reportados fueron falla en la disponibilidad y uso de dispositivo medico 23%, falla en la administración de medicamentos (prescripción y dispensación) 23% , flebitis 23%, caída de pacientes 16% y traslado inadecuado de paciente con el 15%.

Se observó durante el periodo de estudio que hubo trimestres donde el número de reportes de los eventos disminuyó considerablemente, en el primer trimestre se reportó 39 eventos siendo el trimestre de mayor reporte con el 45.3 %, segundo trimestre 25 reportes 29%. Tercer trimestre 9 reportes trimestre de menor reporte del año con el 10,4% y en el cuarto trimestre se reportaron 13 eventos siendo el 15.3%.

La detección, reporte y evaluación de los eventos adversos es parte de la gestión de la seguridad en pacientes hospitalizados. Existen múltiples factores de la institución y de los trabajadores que afectan la adecuada vigilancia de los eventos adversos, limitación en barreras de seguridad, bajo reporte, limitación de tiempo, procesos insatisfactorios, fallo en cultura de seguridad, creencias previas o creencia punitiva del reporte, inadecuada retroalimentación y percepción de escaso valor del proceso dificultad la generación de cultura de seguridad que se vería reflejado en calidad de la atención.

## 9. RECOMENDACIONES

Para que un sistema de atención en salud sea seguro se hace necesaria la participación responsable de cada uno de los actores, involucrados en el. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Los programas de garantía de la calidad se desarrollan en las instituciones de salud por motivos éticos, económicos, de efectividad y seguridad de los pacientes, la calidad y la seguridad deben ser partes integrales del trabajo de toda organización en salud.

La propuesta para prevención y reducción de los eventos adversos, se deben trabajar aspectos como: toma de consciencia del personal de salud de que nos podemos equivocar, aplicar sistemas para detección errores y sus causas, haciendo análisis de eventos, plan de acción y evaluación, diseñar programas de cuidado tendientes a reducir la probabilidad errores, generando las barreras de seguridad que sean necesarias en la atención de los pacientes.

Reconocer la actitud del personal frente a la política de seguridad de la atención y humanización del servicio, para así determinar la adherencia de este a la política, y generar las acciones a seguir que permita al personal ver el reporte de los eventos no con actitud de denuncia o culpabilidad sino como la oportunidad de cambiar y mejorar, siempre en búsqueda de brindar atención de calidad, segura y humanizada a los usuarios.

El Programa de capacitación debe ser liderado por el programa de seguridad del paciente, donde se evalué procesos asistenciales, acciones de mejora, y que permita monitorización de los



eventos, fomentar cultura. Así como favorecer la medición de adherencia guías, manuales y procedimientos de la institución.

## Bibliografía

Colliere, M., (2010). Promover la vida México: Interamericana McGraw-Hill, 2003. p.7.

Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá.

Grupo Coomeva. Política de seguridad de la atención y humanización del servicio.

Organización Mundial de la Salud (2000). The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety. Ginebra:

OMS, 2004. La seguridad del paciente. Extraído el 17 de Febrero de 2015, de:  
<http://www.who.int/patientsafety/es/>

El proceso de atención de enfermería. Actualización en enfermería. Extraído el 11 de Febrero de 2015, de:<http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/>

Ministerio de la salud. 2005. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) Extraído el 17 de Enero de 2015, de:<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>

World Health Assembly, (2002). Fifty-Fifth. Res. WHA55.18.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Red pionera en la seguridad del paciente en latinoamerica [en línea]. Extraído el 17 de Febrero de 2015, de: [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)

Manual de gestión de la seguridad operacional. (2011). Extraído el 01 de Febrero de 2015, de:<http://www.flap152.com/2011/02/el-modelo-de-reason.html>

Organización Mundial de la Salud. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra. Extraído el 12 de Marzo de 2015, de: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)

Diccionario de la Real academia de la Lengua Española. (2002) España: Espasa Calpe.

Torregrosa Sanchez, R. (1990). Área de planificación y calidad gerencia Hospital General Universitario Valencia. Barcelona, España.

Donabedian A. (1985). Exploraciones en la evaluación y supervisión de la calidad. Vol. III. Conclusiones de los métodos de la supervisión y evolución de la calidad: Un análisis ilustrado.

Ministerio de la Protección social. Ley 911, octubre de 2004.

Márquez Ortiz, J. & García Mendoza, C.. (2012). Política de Seguridad de la Atención y humanización del Servicio. Clinica Palma Real. Valle del Cauca, Palmira

Clinica Palma Real. (2013). Historia clínica Palma Real. Extraído el 12 de Marzo de 2015, de: <http://www.clinicapalmareal.com.co/>

## Anexo A. Consentimiento informado.



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO INVESTIGATIVO

#### OBJETIVO GENERAL.

Identificar la adherencia del personal de enfermería del servicio de hospitalización a la política de seguridad de la atención y humanización del servicio y la tendencia de los eventos adversos de la atención de enfermería en el servicio de hospitalización de la Clínica Palma Real en el periodo enero a diciembre de 2014.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Determinar cuáles son los eventos adversos relacionados con el proceso de atención de enfermería y su tendencia.

Identificar políticas de seguridad de la atención y humanización del servicio implementado en la institución.

Establecer si el personal de enfermería en el servicio de hospitalización conoce y aplica la política de seguridad de la atención y humanización del servicio

Yo \_\_\_\_\_ con cedula de ciudadanía No \_\_\_\_\_ declaro que ha sido informado (a) de los objetivos y fines del presente estudio y estado conforme con el mismo, en forma libre y voluntaria acepto participación en la investigación y conozco que mi participación está representada en:

Mi participación en la investigación no me reporta beneficios económicos, pero el conocimiento que de ella se desprenda puede aportar al mejoramiento de la atención y calidad de vida de las personas.

He recibido información sobre mi derecho a realizar las preguntas que considere necesaria y que puede retirarme del estudio si no deseo continuar en el, sin tener que dar explicaciones.

He sido informada que el destino final del trabajo de la investigación y de la entrevista que yo conceda será destruida después que obtener las transcripciones o después de estar pasadas por escrito a los tutores de la investigación y correspondiente a la clínica.

Información por mi suministrada puede ser publicada pero mi nombre en ningún caso aparecerá asociada a la investigación.

Firma del entrevistado(a)

C.C.

Firma de un testigo

C.C.

## Anexo B. Encuesta



### ENCUESTA

El objetivo de aplicación de esta encuesta es establecer el grado de adherencia del personal de enfermería del servicio de hospitalización a la política de seguridad de la atención y humanización de servicio con el fin de articular planes de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados.

Marque con una x la respuesta que considera correcta.

1. ¿Cuál es el género al que pertenece?

Masculino -----

Femenino-----

2. ¿Qué rango de edad se encuentra?

18-29-----

30-41-----

42-53-----

3. Estudios Realizados

Técnico-----

Profesional-----

Especialidad-----

4. ¿La institución posee política de seguridad de la atención y humanización del servicio?

Si-----

No-----

5. ¿Conoce usted las políticas de seguridad de la atención y humanización del servicio?

Si-----

No-----

6. ¿Conoce la filosofía de los correctos de la atención?

Si-----

No-----

7. Dentro de la práctica clínica segura, cuales son los correctos que se aplican en su servicio:

---

---

---

8. ¿Identifica elementos de la institución que trabajan para la seguridad del paciente?

Si-----

No-----

9. ¿reporta usted los casos u eventos asociados al uso de dispositivos médicos?

Si -----

No-----

10. ¿Los programas de tecno vigilancia y fármaco vigilancia son componentes de la política de seguridad de la atención y humanización del servicio?

Si -----

No -----

11. ¿Realizan capacitación para disminuir la ocurrencia de los eventos adversos?

Si-----

No-----

12. ¿Institución cuenta con un programa de capacitación para seguridad del paciente?

Si -----

No-----

13. ¿La capacitación la realiza programa de seguridad del paciente?

Si-----

No-----

14. ¿Reporta usted evento que cause daño al paciente?

Si -----

No-----

15. ¿Reporta usted evento que ponga en riesgo al paciente?

Si-----

No-----

16 ¿la situación que causa daño la paciente se denomina?

---

17. ¿La situación que pone en riesgo al paciente se denomina?

---

18. ¿Cuáles son los eventos adversos que identifica de mayor ocurrencia en su servicio de hospitalización, por el personal de enfermería?

Flebitis-----

Ulceras por presión-----

Caída de pacientes-----

Retiro accidental de dispositivos médicos-----

Administración incorrecta de medicamentos-----

Administración incorrecta de líquidos endovenosos-----

Prescripción incorrecta de medicamentos dosis y frecuencia-----

Cancelación de cirugías-----

Fuga de pacientes-----

Infecciones de sitio operatorio-----

Infecciones asociadas a la atención en salud (ivu x sonda vesical) o (neumonía nosocomial) -----

Dieta incorrecta-----

Otros?-----

-----

-----



19. ¿Realizan análisis de los eventos, e inician acciones correctivas en el servicio de los eventos adversos?

Si-----

No-----

20. ¿Realizan proceso de evaluación y seguimiento para evitar los eventos adversos?

Si-----

No-----

21. ¿Cada cuánto realizan rondas de seguridad en el servicio de hospitalización?

Cada mes-----

Cada semana-----

Algunas veces en el año-----

Nunca-----

22. ¿Se siente motivado para reportar eventos en la atención de enfermería que ponga en riesgo al usuario?

Si-----

No-----

Porque? -----  
-----  
-----

23. ¿Cómo es la comunicación entre el personal de enfermería?

Buena-----

Regular-----

Mala -----

24. ¿Identifica cultura para el reporte de evento adverso dentro de equipo de trabajo?

Si-----

No-----

25. ¿Usted aplica la cultura de seguridad del paciente?

- Ocasionalmente-----
- Siempre-----
- La mayoría de las veces.-----
- Nunca-----

26. ¿Se identifica cultura de humanización en el servicio de hospitalización?

- Siempre-----
- Algunas veces-----
- Nunca.-----

27. ¿Usted conoce los procesos asistenciales de la atención en enfermería de la clínica?

- Si-----
- No-----

28. ¿Identifica los correctos del comportamiento y en la atención para brindar trato humanizado?

- Si-----
- No-----

29. ¿Cuáles son?

-----  
-----  
-----

30 ¿los aplica en la atención de los usuarios?

- Si-----
- No-----

Porque? -----  
-----  
-----

## Anexo C. Folleto.

CALIDAD EN LA SALUD



### CONCLUSIÓN

La construcción de una cultura institucional de seguridad clínica busca que se genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras siendo este el punto de partida, para disminuir la incidencia de los eventos adversos.


Se observa que la institución cuenta con una política de seguridad de la atención y humanización del servicio pero el personal de enfermería no tiene claro los componentes de la política, ni su filosofía de los correctos en la práctica clínica segura.



### RECOMENDACIÓN

Para que un sistema de atención en salud sea seguro se hace necesaria la participación responsable de cada uno de los actores, involucrados en él. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Investigadoras:  
Ana María Mézaron González,  
Karen Milena Prieto Anzulo.  
Tutor:  
Richard Nelson Korman Marín.

  
Organización

**ADHERENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN Y HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO Y LA TENDENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PERIODO 2014**



  
Clínica Palma Real

## Política De Seguridad

### JUSTIFICACION

En las salas de hospitalización el equipo multidisciplinario interviene de manera activa procurando restaurar el estado de salud de los paciente pero factores como el uso de tecnología, el recurso humano y el conocimiento pueden causar de manera no intencionada lesión o daño lo que denominamos evento adverso. La seguridad del paciente es un deber y una responsabilidad que constituye una prioridad y es un indicador de calidad.

### METODOLOGIA

NIVEL DE INVESTIGACION: Descriptiva.

Población: 58 Individuos – 48 auxiliar enfermería y 10 enfermeras.

MUESTRA: 54 personas

INSTRUMENTO: encuesta.

CRITERIOS INCLUSION: Personal que labora en el servicio de hospitalización, que desea participar del estudio y firma consentimiento informado, reporte de los eventos adversos del año 2014.

LUGAR DE ESTUDIO: Clínica Palma Real en la ciudad de Palmira-Valle.

### RESULTADOS

Distribución del personal que conoce las políticas de atención y humanización del servicio



Tendencia de los eventos por trimestre en el año 2014

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
1	39	45.3%
2	25	29%
3	9	10.4%
4	13	15.3%
total	86	100%

Eventos reportados por personal de enfermería cuarto trimestre de 2014



Distribución de las razones del personal que no se siente motivado a reportar los eventos.

