

CULTURA DE REPORTE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CLÍNICA
SEBASTIÁN DE BELALCÁZAR.

JOHANA ALARCON RUA

LUIS EFRAIN BENAVIDES CARDENAS

LUISA FERNANDA BUENO LIBREROS

ERIKA MILENA PABON FERNANDEZ

LINA ANDREA TAPIA MANGONES

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SALUD
TERCER SEMESTRE
SANTIAGO DE CALI
SEPTIEMBRE 2016

CULTURA DE REPORTE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CLÍNICA

SEBASTIÁN DE BELALCÁZAR.

JOHANA ALARCON RUA

LUIS EFRAIN BENAVIDES CARDENAS

LUISA FERNANDA BUENO LIBREROS

ERIKA MILENA PABON FERNANDEZ

LINA ANDREA TAPIA MANGONES

RICHARD NELSON ROMAN MARIN

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SALUD

TERCER SEMESTRE

SANTIAGO DE CALI

SEPTIEMBRE 2016

TRABAJO DE GRADO

Cultura de reporte en seguridad del paciente en la clínica Sebastián de Belalcázar.

Planteamiento del problema:

Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, liderada por el sistema de garantías de calidad en la atención de salud, cuyo 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 competitivas.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos por lo mismo son sistemas de salud de alto riesgo.

El ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso si no existen los adecuados controles; incorporando tecnologías o técnicas cada vez más elaboradas; sucede entonces que en una atención en salud sencilla pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud de enfermos se hace necesario que cada proceso se realice de forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos algunos procesos pueden salir mal, no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular sino más bien explicables por la ocurrencia de errores

de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud impactando negativamente al paciente y generando los llamados eventos adversos.

En la búsqueda para mejorar la seguridad de los pacientes, se ha propuesto la creación de un sistema de reporte del evento adverso o incidente voluntario para que sirva a todos los actores del sistema de salud como aprendizaje de los errores que ocurren repetidamente en muchos escenarios, evitando que sigan siendo lesionados no intencionalmente los pacientes. El sistema de reporte voluntario de eventos adversos recogerá aquellos eventos originados en situaciones que ameriten acciones de mejoramiento o coordinación entre los diferentes actores. Para el sistema de seguridad institucional esto puede constituir una oportunidad para la generación de acciones preventivas que nos ayuden a prevenir futuros eventos adversos.

El reporte puede capturar los errores, los daños y lesiones involuntarias, los incidentes, los funcionamientos defectuosos de los equipos, los fracasos de los procesos, que si no se detienen en un informe individual si no que se proyectan a todo un sistema, se lograra estandarizar, comunicar, analizar, mejorar y en la respuesta se diseminara las lesiones aprendidas de eventos informados.

Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (habilitación, auditoría acreditación y sistema de información para la calidad), la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (art. 2 y 25). La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que impulsa el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que propenden por

ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud.

Sin embargo, la seguridad del paciente no es tema nuevo en Colombia: numerosas instituciones, de forma aislada, trabajan hace muchos años en modelos de gestión de la seguridad del paciente, tema central en la calidad de los cuidados clínicos. Dicha Gestión Clínica busca mejorar la seguridad del paciente mediante el diseño de procesos seguros para evitar eventos adversos evitables, teniendo en cuenta todas las dimensiones de la calidad. Se proponen enfoques de diseño para el proceso de seguridad del paciente, que confrontan el enfoque médico con el enfoque de ingeniería; también se proponen enfoques basados en sistemas de riesgos y enfoques basados en sistemas y correspondiente con cada enfoque, se diseñan procesos para la evaluación de la calidad.

El tema de seguridad del paciente, se enfrenta a dificultades como la generación de la “cultura del reporte” pero infortunadamente, en Colombia la negación y el encubrimiento siguen siendo comunes, la conciencia de sistemas es limitada y la capacidad de rediseñarlos es todavía limitada, y los cuidados a la salud son dinámicos y cambian constantemente con medicamentos, tecnologías y enfermedades crónicas.

Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la adherencia y la cultura de registro en seguridad del paciente, con base en la revisión de las historias clínicas, comparado con el número de casos reportados al área de seguridad del paciente de la clínica Sebastián de Belalcázar, en el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre del 2015 en la ciudad de Cali?

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	12
1. Justificación.....	14
2. Estado del arte.....	15
3. Marco Teórico	15
3.1. Fortalezas y servicios.....	16
3.1.1. Fortalezas	16
3.2. Política de Calidad.....	17
3.3. Ley de Protección de Datos Personales	19
4. Objetivos:.....	29
4.1. Objetivo General:.....	29
4.2. Objetivos Específicos:	30
5. Diseño Metodológico:.....	30
5.1. Tipo de estudio:	30
5.2. Área de estudio:	30

5.3. Población y muestra:.....	31
5.4. Criterios de inclusión y exclusión:.....	31
6. Análisis y resultados	34
GLOSARIO	39
Conclusiones	42
Recomendaciones	43
BIBLIOGRAFIA.....	44
Anexos	46

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1.	32
Tabla 2.	33
Tabla 3. Variables	34
Tabla 4. Instrumento	35

LISTA DE GRAFICOS

	Pag.
Grafica 1.	24
Grafica 2.	36
Grafica 3.	37
Grafica 4.	38

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 1.....	46

INTRODUCCION

La seguridad del paciente es un componente fundamental para prestar una atención con calidad a un usuario, también es un derecho reconocido por múltiples organismos como la OMS, se reconoce el “ principio de “primun non nocere”¹ el cual se debe tener en cuenta para el comienzo de toda práctica asistencial. Con el paso del tiempo se ha evidenciado que el creciente volumen de la actividad asistencial y la progresiva complejidad, especialización de los procesos, las nuevas y demandantes técnicas sanitarias y asistenciales que se han instituido ya son empleadas en la prestación de los servicios han contribuido a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de la atención asistencial pero a la vez han favorecido a la aparición y aumento de numerosos eventos adversos que van ligados a la hospitalización prolongada , al incumplimiento de normas y protocolos del cuidado de los pacientes por parte del personal de enfermería, personal médico y administrativo. En el siguiente estudio se evidencia cual es la cultura de reporte que se tiene por parte del personal de salud en cuanto al registro y documentación de estos en las historias clínicas como el reporte que se hace al área de seguridad del paciente y del seguimiento que se realiza a estos eventos adversos.

La investigación sobre Cultura de la seguridad del paciente se realizó en los servicios de hospitalización en Clínica Sebastián de Belalcazar donde evaluó la adherencia de reporte de eventos adversos, la cual conto con una muestra de 92 historias clínicas de pacientes hospitalizados con más de 5 días de estancia en el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre del 2015, esto se relacionó con la base de datos del programa de seguridad del

¹ <http://definicion.de/reporte/>

paciente con el propósito de cruzar información y así identificar la coherencia y la relación entre los eventos reportados con las historias

1. Justificación.

Los efectos derivados de la prestación de servicios de salud son en muchos casos, causa de enfermedad, traumatismos o muerte de los pacientes del sistema de salud, afecta a todos y cada una de las personas involucradas en el proceso de atención tanto en la parte administrativa como asistencial y se convierte en la razón del abordaje en el tema de la seguridad del paciente.

Aunque la situación de salud a nivel mundial es diferente, los costos aumentan a pesar de los esfuerzos por controlarlos, mientras los servicios se restringen, los pacientes reciben una atención lejos de ser la ideal y los eventos adversos siguen siendo más frecuentes.

La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara, los propósitos de su formulación, que pueden ser: Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad.

Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.

Crear o fomentar un entorno seguro de la atención, educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente.

En el siguiente trabajo pretendemos hacer una comparación de la adherencia, la cultura de registro en seguridad del paciente, con base en la revisión de las historias clínica y el número de casos reportados al área de seguridad del paciente de la clínica Sebastián de belalcazar, con el propósito de identificar cual es la cultura del personal de enfermería a la hora de generar un

reporte de un evento adverso, afectando directamente la salud de los pacientes ,su integridad física, causando un daño temporal o definitivo, siendo responsables o no de estas lesiones , todo el personal asistencial, de salud y administrativo que tengan contacto con el paciente.

2. Estado del arte

- Protocolos institucionales de seguridad del paciente de la clínica Sebastián de belalcazar.

- Divulgación anual de resultados de la clínica Sebastián de belalcazar por parte del departamento de seguridad del paciente.

- Estudio nacional sobre lo eventos adversos ligados a la hospitalización, ENEAS 2005.

Estudio realizado a través de un convenio entre la universidad Miguel Hernandez y ministerio de sanidad y consumo. Madrid España.

3. Marco Teórico

Clínica Sebastián de Belalcazar

"Un mundo de salud para Cali"

La construcción de la Clínica Sebastián de Belalcázar se inició en 1994. Se inauguró el 1 de diciembre de 1995 y abrió sus puertas al público del occidente del país el 2 de febrero de 1996.

Además, con esta moderna institución la Organización Sanitas Internacional, OSI, ha revolucionado el concepto de atención personalizada y extendido su infraestructura en beneficio de todos los usuarios.

Actualmente la Clínica Sebastián de Belalcázar se ha constituido como uno de los establecimientos médicos más modernos de Colombia.

En ella se combinan la tecnología de punta y la medicina especializada, para prestar a todos sus pacientes un servicio integral de excelente calidad humana

3.1. Fortalezas y servicios

La Clínica Sebastián de Belalcázar es una de las instituciones médicas más modernos del país. Allí se combina la tecnología y la medicina especializada para brindar un servicio integral de salud con calidad humana.

3.1.1. Fortalezas

- Alimentación a la carta en las habitaciones.
- Circuito cerrado de televisión para maternidad.
- Tecnología de avanzada.
- Personal médico y asistencial especializado.

- Atención médica integral.
- Fácil acceso desde cualquier punto de la ciudad.

Entre otros, presta los servicios de:

- Urgencias 24 horas.
- Hospitalización con servicio hotelero 5 estrellas.
- Unidad de Cuidados Intensivos y de recién nacidos.
- Cirugía general y ambulatoria.
- Ginecología y obstetricia.
- Imágenes diagnósticas. (Radiología general, ultrasonido, tomografía axial computarizada, ecografía, mamografía, TAC y ecocardiografía).
- Unidad de quimioterapia.
- Laboratorio clínico.
- Terapia respiratoria.
- Programa especial para cirugía bariátrica (obesidad).

3.2. Política de Calidad

Nuestro producto es la salud, el bienestar. Prima nuestra conciencia de hacer las cosas bien, trascendiendo pero cumpliendo en efecto la normatividad vigente, dada la responsabilidad social innata que nos acoge. Nos encaminamos a la tarea prioritaria de fortalecer la cultura de

Servicio como pieza fundamental de la administración dedicada a la defensa de la calidad de vida de los usuarios, de su bienestar, contando con un personal asistencial y de gestión comprometido con esta misión, que sienta la salud como un motivo, una oportunidad diaria de realizar el bien y materializar la solidaridad. Indirectamente, aportamos al cumplimiento tácito realizado con los usuarios: Servicios con calidad y calidez en un mundo de Salud a disposición de nuestros pacientes, usuarios y su familia.

En Clínica Colsanitas S.A. nuestro objetivo del Sistema de Calidad que hemos implementado, es la consolidación de la labor que hemos venido adelantando, a través de todos nuestros procesos dirigidos a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. La atención en salud que se brinda como un continuo clínico administrativo tiene como finalidad alcanzar resultados de la atención en salud ofrecida al paciente e introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen la utilización inadecuada de los recursos, la duplicidad de procesos y el trabajo innecesario.

Para este Sistema la Clínica Colsanitas S.A. adopta los requisitos estipulados en el Decreto 1011 y sus Resoluciones, como herramienta de apoyo en su gestión de la calidad.

El mejoramiento continuo (MCC) orienta nuestra filosofía y nuestro sistema gerencial que involucra y se encuentra en nuestra relación con los clientes internos y externos para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus familias. Clínica Colsanitas

S.A. define y soporta sus planes de Mejoramiento continuo por medio de un trabajo participativo e interdisciplinario, donde se analizan los resultados de la autoevaluación, y como resultado se establecen planes por áreas y/o unidades funcionales, que contienen acciones concretas de mejora para cada proceso prioritario. A través de estos planes, se busca el fortalecimiento de la cultura de la calidad en la institución.

3.3. Ley de Protección de Datos Personales

La Clínica Sebastián de Belalcázar en cumplimiento de lo previsto en la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y del Decreto 1377 de 2013, publica para su conocimiento el aviso de privacidad y las políticas de tratamiento de información que ha desarrollado.²

El Evento Adverso (EA) en la atención en salud y específicamente en enfermería es un tema de gran relevancia en Colombia y en el mundo. En la actualidad, el EA es definido como “aquella situación que termina en daño no intencional al paciente como consecuencia del cuidado proveniente o con ocasión de este, más que como consecuencia de la enfermedad de base y que puede conducir a la muerte, incapacidad o deterioro en el estado de salud del paciente, prolongación del tiempo de estancia hospitalaria e incremento de costos de no-calidad. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es uno de los pilares más importantes de la atención en salud en la actualidad. Según sus lineamientos es imprescindible

² <https://portal.colsanitas.com/portal/es/web/clinica-sebastian/politica-de-calidad>

implementar acciones para reducir el riesgo de eventos evitables que deriven de la atención en salud. Para lograr esta meta, las instituciones de salud deben trabajar en procesos seguros para el paciente, lo cual permite minimizar la ocurrencia de eventos adversos dentro del área institucional. En Colombia el comportamiento de los eventos adversos graves según el estudio del proyecto IBEAS es de 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 cuatro 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 competitivas internacionalmente. Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo 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 competitivas internacionalmente. La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros. Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que

necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Ejemplo de ello son las experiencias de Florence Nightingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, ó las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. Ejemplos similares se han dado a lo largo del desarrollo de la ciencia y el arte médico. Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.³

A pesar de que han pasado 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte “Errar es humano”, debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica² Son muchas las acciones que se han realizado en los diferentes países alrededor del mundo para afrontar este problema social. En 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad.

³ www.minproteccionsocial.gov.co

CUÁL ES LA POLÍTICA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo 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 competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer

acciones para evitar que siga presentándose Seguridad del paciente: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.



Grafica 1.

<https://www.google.com.co/search?q=politica+de+seguridad+del+paciente>.

¿CÓMO SE CONSTRUYE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la institución debe adoptar a su interior una Política de seguridad inmersa en su Política de calidad. Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

- En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos:

- Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.

- Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo

- Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.

- Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir

- La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que por favor, sean más cuidadosos

PROCESO HUMANO FACILITADOR DEL ERROR

Recurrir a la memoria

- Excesivo número de traslados de los pacientes
- Procedimientos no normalizados
- Turnos de trabajo prolongados
- Sobrecarga de trabajo, estrés
- Escasez de feedback

Procesamiento rápido de múltiples fuentes de datos para la toma de decisiones.

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 de mitigar sus consecuencias.

Daño asociado a la atención sanitaria: Daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Cuasi incidente: no alcanza al paciente.

Incidente sin daño: alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable.

Evento adverso: incidente que produce daño a un paciente

Cultura de seguridad:

Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.⁴

- INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

- 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 (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.

- FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).

⁴ <http://definicion.de/cultura/>

- **FALLAS LATENTES:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

- **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:

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

- **FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

- Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

- Organización y gerencia: referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

- Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

- 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.

4. Objetivos:

4.1. Objetivo General:

Determinar la adherencia y la cultura de registro en seguridad del paciente, con base en la revisión de las historias clínicas, comparado con el número de casos reportados al área de seguridad del paciente de la clínica Sebastián de belalcazar, en el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre del 2015 en la ciudad de Cali?

4.2. Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de cumplimiento del personal de enfermería en la cultura de reporte al área de seguridad del paciente en la Clínica Sebastián de Belalcazar.
- Analizar la recurrencia de los eventos adversos, teniendo en cuenta los reportes al área de seguridad del paciente, por parte del personal de enfermería en la Clínica Sebastián de Belalcázar.

5. Diseño Metodológico:

5.1. Tipo de estudio:

Es un estudio retrospectivo, cuantitativo, descriptivo, por el cual se realizara la verificación en el cumplimiento de los reportes de los eventos adversos.

5.2. Área de estudio:

Clínica Sebastián de Belalcazar durante un periodo comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre del 2015, donde se analizaran los datos recolectados en la historia clínica de reporte de eventos adversos comparándolos con los reportes de eventos adversos informados al área de seguridad del paciente durante este tiempo, con el fin de dar respuesta a los objetivos propuestos

en esta investigación, se realizara una tabulación y el análisis de los datos consignados en los registros de reportes adversos durante el tiempo estipulado.

Se realizara una comparación de la información recolectada de las notas de enfermería y con la información obtenida en el programa de seguridad del paciente.

5.3. Población y muestra:

- Universo: 2183 historias clínicas de pacientes hospitalizados en la CSB en el periodo comprendido entre el 1 de julio del 2015 al 31 de diciembre del 2015.
- Muestra: se escogió un 95% de confiabilidad con un 10% de margen de error que no da un total de 92 historias clínicas revisadas que fueron de tipo probabilístico.

5.4. Criterios de inclusión y exclusión:

- Inclusión: Pacientes hospitalizados en piso, adultos hombres y mujeres en el periodo de 1 de julio al 31 de diciembre del 2015.
- Pacientes hospitalizados con estancia hospitalaria mayor a 5 días.
- Exclusión: Pacientes hospitalizados en UCI adultos, neonatos, pediátricos, sala de partos e incidentes reportados al área de seguridad del paciente.

FORMATO DE PRESUPUESTO						
RUBROS	FUENTES DE FINANCIACION					TOTAL
	FUENTE 1	FUENTE 2	FUENTE 3	FUENTE 4	FUENTE 5	
2.2 Apoyo económico para gastos de transporte						
2.2.1 Pasaje terrestres	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	500.000
2.2.2 Apoyo económico para alimentación	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	500.000
3. INVERSIÓN						
3.1 Material bibliográfico	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000	1.000.000
3.3 Software y bases de datos	150.000	150.000	150.000	150.000	150.000	750.000
TOTAL	2.750.000	2.750.000	2.750.000	2.750.000	2.750.000	13.750.000
PORCENTAJE DE FUENTES	20%	20%	20%	20%	20%	100%

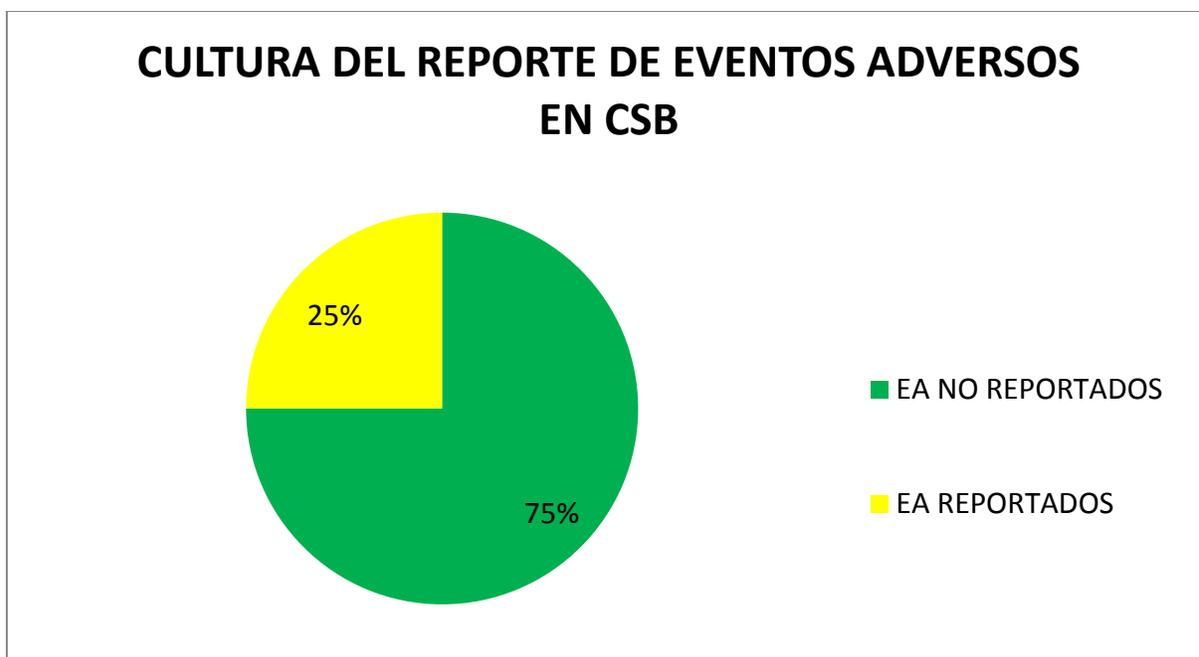
Tabla 2.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR.
Sexo	Género al que pertenece el paciente.	Femenino Masculino	Cuantitativa.	Nominal	La variable sexo será representada por porcentaje.
Presencia de evento adverso	Incidente que produce daño a un paciente.	Si No	cuantitativa	Nominal.	La variable de evento adverso será representada por porcentaje de acuerdo a la categoría.
Reporte del evento adverso a el programa seguridad del paciente	estrategia para el manejo y detección de los principales modos de falla para el cumplimiento de lo establecido en el programa de seguridad del paciente	Si No	Cuantitativa	Nominal	Variable será representada en porcentajes.

Tabla 3. Variables

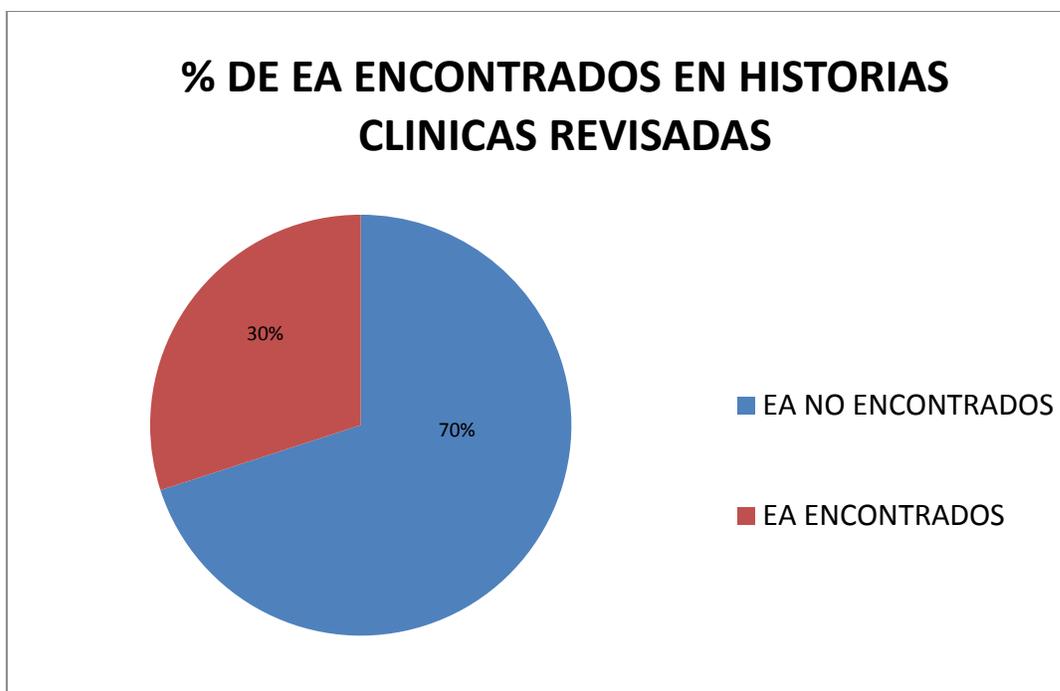
6. Analisis y resultados

La recolección de la información fue realizada a través de la observación, por medio de la revisión de 92 historias clínicas, teniendo en cuenta que la estancia hospitalaria fuera mayor a 5 días; mediante un instrumento que es el siguiente:



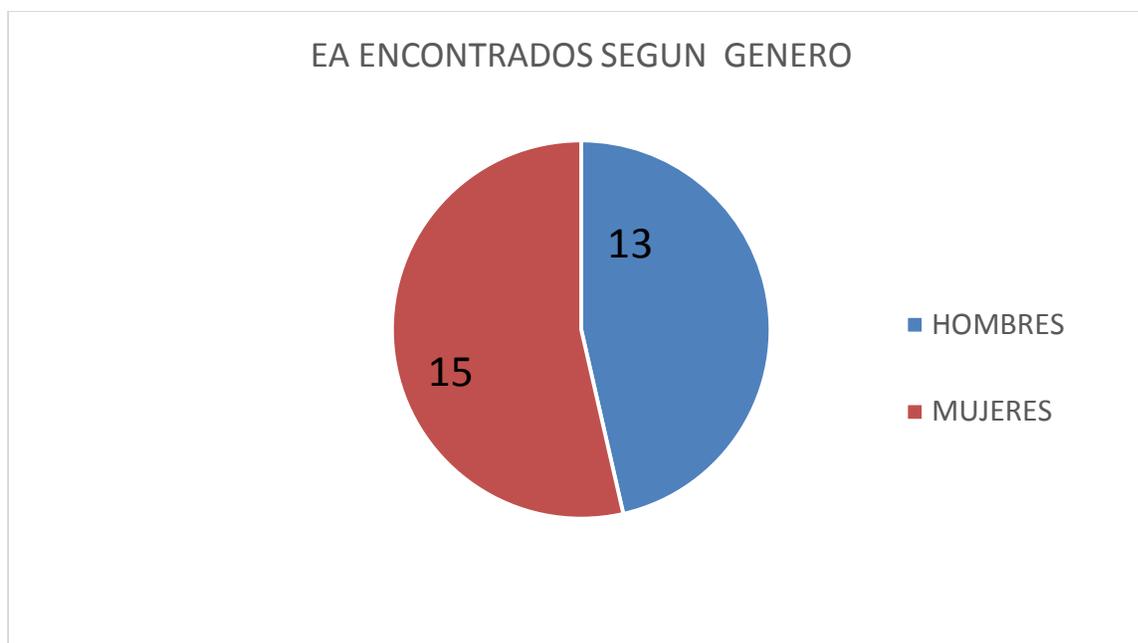
Grafica 2.

De acuerdo con la información obtenida durante la investigación se evidencio que de 28 historias clínicas con eventos adversos que corresponde al 100 % , 7 historias clínicas correspondientes al 25% fueron reportadas al área de seguridad del paciente y 21 historias clínicas correspondientes al 75% no se encontró reporte.



Grafica 3.

De acuerdo con la información obtenida durante la investigación se evidencio que de 92 historias clínicas revisadas 28 de ellas que corresponden al 30% fueron eventos adversos encontrados y 64 historias clínicas correspondientes al 70 % fueron eventos adversos no encontrados



Grafica 4.

Se logra identificar durante la investigación que de las 28 historias clínicas revisadas con eventos adversos, 15 historias clínicas correspondientes al 54 % fueron mujeres y 13 historias clínicas correspondientes al 46% fueron hombres.

GLOSARIO

REPORTE: El reporte puede ser la conclusión de una investigación previa o adoptar una estructura de problema-solución en base a una serie de preguntas. En el caso de los informes impresos, el texto suele ir acompañado por gráficos, diagramas, tablas de contenido y notas al pie de página.¹

CULTURA: El término cultura, que proviene del latín *cultus*, hace referencia al cultivo del espíritu humano y de las facultades intelectuales del hombre. Su definición ha ido mutando a lo largo de la historia: desde la época del Iluminismo, la cultura ha sido asociada a la civilización y al progreso.²

SEGURIDAD: Una definición dentro de las ciencias de la seguridad es "Ciencia interdisciplinaria que está encargada de evaluar, estudiar y gestionar los riesgos que se encuentra sometido una persona, un bien o el ambiente". Se debe diferenciar la seguridad sobre las personas (seguridad física), la seguridad sobre el ambiente (seguridad ambiental), la seguridad en ambiente laboral (seguridad e higiene), etc.³

SALUD: La salud, según la Organización Mundial de la Salud, tiene una definición concreta: es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona.⁴

EVENTO ADVERSO: Un evento adverso es aquel que genera daño al paciente, después de que éste ingresa a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proveído que con la enfermedad de base.⁵

Muchos de estos eventos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales, pero existen otros que podrían evitarse. Esta es la razón de que se promuevan programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes.⁶

RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

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 (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

INCIDENTE: En este sentido, tendríamos que exponer que se trata de una palabra que procede del latín, y más exactamente del vocablo *incidens*, que puede traducirse como “lo que sucede durante el desarrollo de un asunto”.

Conclusiones

- Encontramos que hay poca adherencia a la cultura de reporte de eventos adversos por parte del personal de enfermería al programa de seguridad del paciente.
- Logramos identificar que la mayoría de los eventos adversos que son reportados a seguridad del paciente, no se registran en las notas de enfermería.
- Se evidencio que el programa de seguridad del paciente no cuenta con un recurso humano suficiente para la realización de supervisiones continuas en las áreas de hospitalización de la CSB.
- Se evidencio que un factor predisponente en la aparición de eventos adversos en las historias clínicas revisadas fue el género femenino debido a que hubo mayores ingresos del género durante el segundo periodo del 2015.

Recomendaciones

- Recomendamos que el proceso de reporte y registro de eventos adversos sea de una forma más simplificada y promover la divulgación del método de reporte telefónico.
- Concientizar al personal de enfermería para que el reporte de eventos adversos sea notificado tanto en el programa de seguridad del paciente como en la historia clínica.
- Fomentar la notificación interna y la discusión de los errores que puedan ocurrir no manejándolos de manera individual sino en equipo en busca de planes de acción y de mejora.
- Se recomienda que dentro del programa de seguridad del paciente se cuente con el suficiente recurso humano para la realización de listas de chequeo con el objetivo de identificar oportunamente posibles eventos adversos, para así generar un plan de acción inmediato.
- El Gerente de la institución debe continuar en el liderazgo del programa de seguridad del paciente e involucrado con las debilidades que se presenten, para así realizar planes de mejoramiento que incentiven el incremento de la cultura del reporte, ya que lo encontrado demuestra que hay baja adherencia al reporte del evento adverso.

BIBLIOGRAFIA

<http://definicion.de/reporte/>

<http://definicion.de/cultura/>

<http://definicion.de/seguridad/>

<http://concepto.de/salud-segun-la-oms/#ixzz4IrE79KEp>

https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente

Gérvas J. Seguridad (en serio). Acta Sanitaria. 14/03/2011.

<https://portal.colsanitas.com/portal/es/web/clinica-sebastian/politica-de-calidad>

www.minproteccionsocial.gov.co

Restrepo, FR. Seguridad del paciente y seguimiento a riesgos en el sistema único de habilitación en el contexto del Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud. [Sitio en internet]. URL disponible en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15750DocumentNo3401.pdf>

Colombia. Congreso. Constitución Política de Colombia de 1991 Bogotá: El Congreso; 1991.

Colombia. Congreso. Ley 100 de 1993, diciembre 31, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.

Martones Reyes, A. La seguridad del paciente en las actuales políticas públicas de salud en Chile. [Sitio en internet]. URL disponible en: http://www.sofofa.cl/BIBLIOTECA_Archivos/Documentos/2006/07/19_salud_AMarton_es.pdf

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1122 de enero de 2006, por la cual se realizan ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios Bogotá: El Ministerio; 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, 2007.

www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2002/ponencia_jul_2k2.htmlh

Anexos

Anexo 1.

FECHA HOSPITALIZACION	TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	SEXO	SI EA	NO EA	SI REPORTE	NO REPORTE	OBSERVACIONES
17/07/2015	CC	1351655	M	X				PTE CON INFECCION NOSOCOMIAL DE NEUMONIA ASPIRATIVA QUE FUE REPORTADO AL PROGRAMA DE SEGURIDAD Y NO HAY REGISTRO EN NOTAS DE ENFERMERIA
17/07/2015	CC	2422992	M		X			
14/11/2015	CC	2528193	M	X			X	ZONA DE PRESION EN TROCANTER DERECHO+LASCERACION EN DORSO MANO IZQ 16-11-2015
19/07/2015	CC	2562843	M		X			
02/07/2015	CC	2591414	M		X			
22/12/2015	CC	6065600	M		X			
26/12/2015	CC	6066938	M		X			
16/09/2015	CC	6095089	M		X			
17/09/2015	cc	6148275	M		X			
17/09/2015	CC	6148275	M	X			X	FLICTENA EN TROCANTER DERECHO 29-09-15
07/08/2015	CC	6157396	M	X			X	RETIRO DE Sonda OROGASTRICA EN PACIENTE CON SANGRADO.09/08/2015
11/11/2015	CC	6237189	M	X			X	ZONA DE PRESION SACRA 11/11/2015 Y FLEBITIS ANTEBRAZO IZQUIERDO 12 /11 /2015
21/11/2015	CC	6237462	M		X			
02/07/2015	CC	10525948	M		X			
19/11/2015	CC	14433609	M		X			
01/07/2015	CC	14943068	M	X		X		CAIDA DEL PACIENTE
22/07/2015	CC	14993445	M		X			

FECHA HOSPITALIZACION	TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	SEXO	SI EA	NO EA	SI REPORTE	NO REPORTE	OBSERVACIONES
08/11/2015	CC	16593789	M	X			X	FLEBITIS INFECCIOSA SECRECION PURULENTE EN SITIO DE INSERCIÓN 09-11-2015
01/07/2015	CC	16596658	M		X			
27/07/2015	CC	16645080	M		X			
18/12/2015	CC	16646403	M		X			
28/07/2015	CC	16687402	M		X			
30/12/2015	CC	16726746	M		X			
02/09/2015	CC	16848702	M		X			
18/07/2015	CC	24936695	F		X			
11/08/2015	CC	25363003	M	X			X	EXTRAVASACION Y FLEBITIS DEL ACCESO VENOSO.14/08/2015
18/07/2015	CC	25432951	F		X			
21/09/2015	CC	29002427	F		X			
21/09/2015	CC	29002982	F	X			X	EQUIMOSIS Y ENROJECIMIENTO DEL ACCESO VENOSO ,24/09/2015
06/11/2015	CC	29022039	F		X			
05/11/2016	CC	29075112	F		X			
27/12/2015	CC	29076552	F		X			
09/12/2016	CC	29085412	F		X			
26/12/2015	CC	29087923	F		X			
28/12/2015	CC	29089504	F	X		X		28-12-2015 NO REALIZACION DE TAC ABD EN DINAMICA POR FALTA DE CREATININA, SE MOVILIZO CON AMBULANCIA
17/07/2015	CC	29269173	F		X			
13/11/2015	CC	29397313	F		X			
02/08/2015	CC	29631978	M	X			X	EXTRAVASACION Y FLEBITIS DEL ACCESO VENOSO. 05/08/2015
09/09/2015	CC	31134017	F		X			
16/07/2015	CC	31209683	F		X			
13/11/2016	CC	31215037	F		X			

FECHA HOSPITALIZACION	TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	SEXO	SI EA	NO EA	SI REPORTE	NO REPORTE	OBSERVACIONES
07/09/2016	CC	31230789	F		X			
21/09/2015	CC	31259150	F		X			
04/07/2015	CC	31288983	F		X			
26/12/2015	CC	31713878	F		X			
09/12/2016	CC	31862054	F	X		X		NO EGRESO EL 16 -12-2015 POR NO CONSEGUIR PULL DE PLAQUETAS SE DEJA HASTA EL 17-12-2015
11/08/2015	CC	31863590	F	X		X		FLEBITIS QUIMICA 18-08-2016
04/09/2015	CC	31877577	F		X			
18/12/2015	CC	31947767	F		X			
09/12/2015	CC	32670532	F	X			x	ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS 18-12-2015 Y SE LO ETIRAN EL 23-12-2015 ANTES DEL EGRESO 8 PISO
16/09/2015	CC	38442992	F		X			
04/10/2015	CC	38886910	F		X			
16/11/2015	CC	38953317	F	X			x	PACIENTE EGRESA DEL SERVICIO SIN VAL,ORACION POR PSIQUIATRIA EN ESTADO DE DESORIENTACION
16/12/2015	CC	38953317	F	X			x	ZONA DE PRESION DE GLUTEO DERECHO 23-12-2015
14/10/2015	CC	38955617	F	X			x	17-10-15 HEMOGLOBINA DE 4.5 NO HAY CLARIDAD DE ORDEN MEDICA DE TRANSFUSION
19/10/2015	CC	38978116	F		X			
24/10/2015	CC	38990614	F		x	x		no se inicio terapia respiratoria oportuna no se cumple orden medica
20/10/2015	CC	40178050	F		X			
26/08/2015	CC	41302513	F		X			
06/11/2015	CC	41562983	F		X			
23/10/2015	CC	41683480	F		X			
21/11/2015	CC	49731102	F		X			
21/10/2015	CC	52719842	F		X			

FECHA HOSPITALIZACION	TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	SEXO	SI EA	NO EA	SI REPORTE	NO REPORTE	OBSERVACIONES
21/12/2015	CC	65698333	F		X			
10/09/2015	CC	66763437	F		X			
17/11/2015	CC	66849186	F		X			
08/10/2015	CC	66853767	F		X			
29/12/2015	CC	67000269	F		X			
23/09/2015	CC	67012344	F	X		x		26-09-2015 NO FUNCIONA EL PRIMER HOLTER QUE SE COLOCA, SE VUELVE A INSTALAR
05/10/2015	CC	74370515	M	X			x	ABSESOS INTRAABDOMINAL POSTQUIRURGICO
18/09/2015	CC	75096531	M		x	x		evento adverso reportado ero clasifica como no prevenible
04/07/2015	CC	78687626	M		X			
01/11/2015	CC	94500381	M		X			
07/09/2015	CC	94535824	M		X			
10/08/2015	CC	94537707	M		X			
03/10/2015	CC	1032462766	M		X			
10/10/2015	CC	1062293359	F		X			
02/10/2015	RC	1105386396	F	X			x	10/10/2015 ENTRA CON DIARREA POR ROTAVIRUS Y SE LE PRESENTA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA.
30/12/2015	CC	1107042990	M		X			
30/10/2015	CC	1107043597	M	X			x	1-11-2015 INTOLERANCIA A DEXAMETASONA
16/08/2015	cc	1107085558	F		X			
30/09/2015	CC	1125659464	F	X			x	03/10/2015 PACIENTE PRESENTO FLEBITIS.
23/08/2015	CC	1130596673	F	X			x	EGRESO DE MATERNA Y NEONATO SIN VALORACION PEDIATRICA
05/11/2015	CC	1130609834	F		X			
23/09/2015	CC	1130622842	F	X			x	30/09/2015 SE PRESENTO UNA CAIDA.
09/10/2015	CC	1143834929	F	X			x	REFIERE PRESENTAR RASH DESPUES DE ADMINISTRADO ACETAMINOFEN USUARIA EMBARAZADA

FECHA HOSPITALIZACION	TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	SEXO	SI EA	NO EA	SI REPORTE	NO REPORTE	OBSERVACIONES
24/11/2015	CC	1144192483	M	X			x	NO COLOCACION DE TOLDILLO PARA DENGUE 25-11-2015
05/10/2015	CC	1144202072	F		X			
13/08/2015	CC	1151935750	F		X			
03/07/2015	CC	1151958928	F		X			
09/09/2015	CC	38956423	M	X		X		NOSOCOMIAL IVU ASOCIADA A SONDA VESICAL
21/12/2015	CC	38975253	F	X		X		ISO DE REPLAZO DE RODILLA IZQUIERDA