

EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LAS DOS ESTRATEGIAS: PACIENTE
CORRECTO CON LA ATENCIÓN CORRECTA Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL
PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD
DE LA CIUDAD DE MANIZALES

CARLOS ALBERTO TRUJILLO FLÓREZ

FRANCISCO JAVIER POLANIA TENORIO

LEÍDY LOSADA SALGADO

VALENTINA GIRALDO VALENCIA

DAVID CARVAJAL ESCOBAR

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

MANIZALES

2015

Índice

Introducción	8.
1. Descripción del problema	10.
1.1 Pregunta de investigación	11.
2. Antecedentes	12.
2.1 Antecedentes en la identificación del paciente correcto	12.
3. Supuesto teórico (hipótesis)	13.
4. Justificación	14.
4.1 Beneficios	16.
5. Objetivos	17.
5.1 Objetivo general	17.
5.2 Objetivos específicos	17.
6. Marco teórico	18.
6.1 Marco referencial	18.
6.2 Marco demográfico y geográfico	23.
6.3 Marco contextual	23.
6.3.1 Generalidades de calidad en seguridad del paciente.	23.

6.3.2 Modelo Reason de causalidad (modelo del queso suizo).	24.
6.3.3 Fallos en la seguridad del paciente.	26.
6.3.3.1 <i>Eventos adversos.</i>	27.
6.3.3.2 <i>Análisis de eventos adversos.</i>	27.
6.3.3.3 <i>Factores contributivos.</i>	28.
6.3.3.4 <i>Categorización de fallos en el servicio de salud.</i>	30.
6.3.4 Caídas.	32.
6.3.4.1 <i>Factores de riesgo.</i>	33.
6.3.4.2 <i>Escala de crichton.</i>	34.
6.3.4.3 <i>Medicamentos de riesgo en la presentación de caídas.</i>	36.
6.3.4.4 <i>Estrategias para la prevención de caídas institucionales.</i>	37.
7. Diseño metodológico	39.
7.1 Tipo de estudio	39.
7.2 Aspectos metodológicos	41.
7.2.1 Fuentes de información.	41.
7.2.2 Diseño.	41.
8. Cronograma	42.

9. Resultados y análisis	43.
9.1 Análisis de resultados adherencia de la prevención de caídas	43.
9.1.1 Registro en la historia clínica de la evaluación del riesgo de caídas.	43.
9.1.2 Si el paciente tiene riesgo de caídas, se encuentra portando la manilla fucsia.	43.
9.1.3 La baranda de la cama/cuna está arriba.	43.
9.1.4 Educación de la familia sobre la prevención de caídas (registro en H C o entrevista al cuidador).	44.
9.2 Análisis de resultados adherencia al paciente correcto con atención correcta	44.
9.2.1 Registros médicos con datos de identificación completa.	44.
9.2.2 Registros de enfermería con datos de identificación completos.	44.
9.2.3 Paciente tiene manilla de identificación.	45.
9.2.4 La manilla tiene información completa.	45.
9.2.5 Se educó al paciente/cuidador.	45.
9.2.6 Se identifica al paciente por su nombre antes de cualquier atención.	46.
10. Conclusiones	47.
11. Recomendaciones	49.

12. G losario	51.
13. Bibliografía	55.
13. Anexos	58.
13.1 Instrumentos de recolección de información	58.
13.2 Datos recolectados	67.
13.2.1 Estrategia 1. Prevención de caídas institucionales.	67.
13.2.2 Estrategia 2. Paciente correcto con la atención correcta.	74.

Lista de Tablas

Tabla 1. *Factores contributivos que influyen la prestación en los servicios de salud.* 29.

Tabla 2. *Factores riesgo de caídas.* 34.

Tabla 3. *Interpretación del puntaje escala de evaluación de riesgo de caídas.* 37.

Lista de Gráficas

<i>Gráfica 1.</i> Modelo del queso suizo.	26.
<i>Gráfica 2.</i> Modelo conceptual para evento adverso e incidente.	28.
<i>Gráfica 3.</i> Marco conceptual de la CISP.	31.

Introducción

En Colombia el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, está diseñado para prevenir situaciones de riesgo que afecten la seguridad de los pacientes; para ello se pretende reducir al máximo los eventos adversos al interior de cada institución.

De acuerdo con ello tanto la calidad como la seguridad en términos de criterios asistenciales, son dos referentes para la mayoría de organizaciones y entidades prestadoras de salud. El Estado colombiano a través de su marco normativo y por medio de la promoción, articulación e implementación de políticas públicas orientadas hacia el sector salud, ha logrado diseñar un conglomerado de normas, decretos y leyes estatutarias, validadas dentro de un marco común conocido como el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC).

Sin embargo como la calidad es un tópico que involucra a todos los actores del sistema de salud, hay que tener en cuenta que surgen una serie de problemas como consecuencia de la mala prestación del servicio lo que de una manera u otra ha desembocado en el desarrollo de estándares legales, procedimentales y de gestión, que buscan corregir los eventos adversos permitiendo un mejoramiento continuo. En este sentido, el gobierno colombiano delimitó en el SOGC una variedad de exigencias establecidas por la Ley 1438 de 2011, los decretos 1011 de 2006 y 4295 de 2007 y la Resolución 2003 de 2014.

Con base en ello esta investigación se centra principalmente en la calidad del servicio de salud, conceptualizando este tópico por medio de la normativa vigente en el país.

Ahora bien, “es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos.

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud” (Eraso, 2013, p. 2).

En este sentido, esta herramienta de análisis y diagnóstico permitirá definir e identificar la efectividad de los planes de mejoramiento y de esta forma poder evaluar el impacto de las acciones de los mismos; esto, con base en los eventos adversos que se presentan por errores humanos, técnicos, administrativos y tecnológicos, entre otros.

Con el estudio realizado se pretende desarrollar una retroalimentación dentro del contexto de calidad en una de las clínicas de la ciudad de Manizales, además de generar una opinión crítica y de valor conceptual teniendo en cuenta los resultados obtenidos y los métodos empleados por parte de la institución en este tópico tan importante.

1. Descripción del problema

Se identificó una institución hospitalaria y ambulatoria de mediana y alta complejidad como objeto de estudio para desarrollar el problema que da sustento a esta investigación, a saber: la cultura o adherencia, paciente correcto con atención correcta y prevención de caídas del programa de seguridad del paciente. Por ello es importante realizar la evaluación y, a su vez, hacer seguimiento al programa de seguridad del paciente que se ha implementado en dicha institución.

De acuerdo al informe de la OMS, *Caídas* (2012), las caídas son la segunda causa accidental o no intencional de atención en materia de salud en el mundo. Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 se derivan en muerte. Esta situación pone en alerta al sistema de salud debido a que todos aquellos que sufren de caídas requieren de atención médica y dependencia a ella dado las secuelas asociadas a la discapacidad.

Los mayores de 65 años y personas de países de ingresos medios y bajos son quienes tienen un mayor riesgo de caída y muerte por esta causa.

Los costos económicos de las lesiones asociadas a las caídas en mayores de 65 años se han tasado en algunos países, por ejemplo: en Finlandia los costos ascienden a US\$ 3611 y en Australia a US \$1049. En Canadá, la prevención de caídas en menores de 10 años ha permitido por su parte un ahorro de US\$ 120 millones al año.

A partir de la publicación del reporte *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (2000), millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación y educación sobre el tema de la seguridad de los pacientes, así como en la implementación de múltiples

prácticas seguras que buscan disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos de carácter prevenible durante la atención médica.

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la adherencia en una institución de salud de la ciudad de Manizales en las estrategias: paciente correcto con la atención correcta y prevención de caídas del programa de seguridad del paciente?

2. Antecedentes

A nivel mundial especialmente en países desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra y Nueva Zelanda, se han realizado investigaciones que tienen como base la ocurrencia de eventos adversos. Por su parte, en Colombia no se encontraron antecedentes relacionados con la evaluación de los planes de mejoramiento.

2.1 Antecedentes en la identificación del paciente correcto

El documento de la OMS, *Soluciones para la seguridad del paciente* (2007), menciona los principales antecedentes de los estudios y campañas que se han desarrollado a nivel mundial referentes a la identificación del paciente correcto entre las cuales tenemos:

- La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido denunció 236 incidentes relacionados con la pérdida de pulseras e información incorrecta en el periodo 2003-2005.
- La Comisión Conjunta, de Estados Unidos, detectó en el 2003 una mejora en la identificación del paciente; ocupando el primer lugar en sus objetivos nacionales para la seguridad del paciente. Este continúa siendo un requisito para la acreditación internacional.
- La codificación por colores de pulseras facilita el reconocimiento visual de cuestiones específicas de forma rápida; sin embargo, la ausencia de un sistema de codificación estandarizado ha tenido como resultado errores por parte del personal que presta atención en varios establecimientos.

3. Supuesto teórico (hipótesis)

Dentro de los ejes de acreditación, está la denominada gestión clínica excelente y segura; asimismo, al interior de este eje, está involucrado el programa de seguridad del paciente. Este último incluye la identificación segura de pacientes y la prevención de caídas.

En efecto, la prevención de caídas cuenta con varias escalas, a saber: la escala de morse y la escala de crichton; además, de una serie de barreras que se establecen para evitar su ocurrencia como, por ejemplo, las barandas arriba todo el tiempo, el timbre de llamado a la mano, la pausa de sedestación, el acompañante permanente e información sobre su condición, la manilla de riesgo de caídas y el tablero de identificación.

La institución para la identificación del paciente maneja una manilla, la cual le permite la doble verificación del mismo (visual, verbal) para corroborar los nombres y apellidos, con el número de documento identidad, además de portar los riesgos del paciente a través de un sticker de colores: riesgo de caídas, riesgo de alergias, nada vía oral y paciente VIP.

4. Justificación

El componente de habilitación del SOGC analizado, definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente al igual que diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias. Hoy en día, el país cuenta con una política nacional de seguridad del paciente y una guía técnica, *Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud*, para prácticas seguras; las cuales se recomiendan, ya que tienen suficiente evidencia y la visión de expertos para incrementar la seguridad en la atención y, por ende, del paciente. Para un mejor entendimiento de estas prácticas por parte de quienes conformamos el sector salud, se elaboró para cada una de ellas un paquete educativo que instruye al lector en cómo implementarlas de la mejor posible en su lugar de trabajo y evaluar así su impacto.

Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en la institución analizada, se pasó de la recomendación estatal a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, a una política de seguridad, a un programa de seguridad del paciente, así como definir los procesos institucionales asistenciales seguros tal como lo dicta la reciente Resolución 2003 de 2014.

La seguridad del paciente sigue siendo un problema en las instituciones prestadoras de salud en especial en los fallos y eventos adversos que se presentan en la hospitalización. Estos se dan debido a la falta de formación académica y al déficit de conocimiento del equipo interdisciplinario, la falta de experiencia clínica específica, el mal trabajo en equipo, la inadecuada asignación de tareas y la sobrecarga en el trabajo; factores humanos que influyen por

el rol que desempeñan y los métodos utilizados para prevenirlos, eso sí, sin dejar de lado los factores administrativos, técnicos y tecnológicos.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que actualmente impera en Colombia se ha desarrollado como una estandarización en términos de procesos y actividades que se ejecutan en las instituciones prestadoras de salud, de cara a la mejora de dichos procesos y la optimización en la prestación de los servicios para los pacientes, haciendo un énfasis en el individuo y en la seguridad del mismo. De ahí que se resalte la existencia de los eventos adversos presentes en la hospitalización.

La estandarización en términos de procesos y actividades que se desarrollan en las instituciones prestadoras de servicios de salud permite incluir, como eje rector de trabajo, el continuo mejoramiento de este tipo de servicios para los pacientes en aras de obtener un mayor nivel de calidad a través de políticas gerenciales, administrativas y legales que permita lograr los objetivos planteados.

Debido a lo anterior, es un reto para las instituciones y los profesionales en los diferentes campos de la salud prestar cada vez mejores servicios y con mayor calidad, cumpliendo con las expectativas del paciente y del equipo de trabajo con los cuales se interrelacionan. Por esta razón, es claro que resulta imprescindible llevar a cabo un análisis y una evaluación orientada hacia la identificación de la adherencia a las estrategias: paciente correcto con la atención correcta y prevención de caídas del programa de seguridad del paciente para los servicios hospitalarios.

Para la realización de este trabajo se conto con recursos propios de los investigadores, los cuales están representados en dinero y en materiales para la investigación, asimismo se cuenta

con el apoyo del personal profesional asistencial y administrativo de una institución de salud de la ciudad de Manizales.

4.1 Beneficios

Recomendar planes de mejoramiento basados en los hallazgos del estudio de las dos estrategias (identificación del paciente y prevención de caídas) del programa de seguridad del paciente que tiene la institución.

Recomendar la creación y diseño de un formato para las rondas de seguridad.

Poner en evidencia las fallas dentro del proceso de aplicación de las estrategias.

Conocer la prevalencia de caídas y las fallas en la identificación de pacientes en períodos establecidos, a saber: retrospectivo o prospectivo.

5. O bjetivos

5.1 O bjetivo general

Evaluar la adherencia de dos estrategias: paciente correcto con la atención correcta y prevención de caídas de seguridad del paciente, aplicado en una institución hospitalaria y ambulatoria de mediana y alta complejidad.

5.2 O bjetivos específicos

Identificar las causas asociadas a las estrategias: paciente correcto con la atención correcta y prevención de caídas de seguridad del paciente a través de la metodología de espina de pescado.

Formular planes de mejoramiento según los hallazgos encontrados utilizando la metodología de 5w1h.

Verificar el procedimiento del personal idóneo del área de salud con respecto al protocolo o guía de seguridad del paciente.

Conocer la adherencia de los acompañantes de los pacientes a las estrategias de identificación correcta del paciente y la prevención de caídas.

Confrontar la aplicación de los procedimientos asociados a las estrategias de identificación correcta del paciente y la prevención de caídas.

6. Marco teórico

6.1 Marco referencial

Durante las últimas décadas, en proporciones significativas, se ha acentuado la relación entre seguridad de los individuos en centros de salud y la calidad en la prestación del servicio sanitario, motivo por el cual el tema planteado en términos de asistencia en salud, calidad y seguridad del paciente ha devenido en una preocupación suficientemente fundamentada. Todo esto supone una serie de retos y planteamientos en términos de promoción, aplicación e implementación de cuidados en el paciente, ya no solo de la salud sino también de aquellos criterios que buscan brindar una asistencia en salud que sea óptima.

Dentro de las políticas públicas que buscan la seguridad del paciente se cuenta con la Resolución 1446 de 2006, la cual establece como obligatorio para todos los actores del SOGC la vigilancia de eventos adversos. Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado.

Antes de realizar una revisión y descripción de las principales leyes, normas y decretos, así como resoluciones que fundamentan la seguridad del paciente, es imperativo dentro del marco legal llevar a cabo una pequeña reflexión en cuanto a lo que implica y supone la salud pública desde su aspecto normativo y porque resulta fundamental la comprensión de la misma a la luz del tema que aquí nos ocupa.

La salud pública de acuerdo a organismos internacionales como la OMS, es pensada como un conjunto de parámetros y normativas que se orientan hacia la prevención de enfermedades y al mismo tiempo promueve las circunstancias idóneas para que todos los individuos tengan una mayor y mejor calidad de vida.

A sí, por ejemplo, observamos una serie de medidas adoptadas en el contexto colombiano a través de la Resolución 1122 de 2007 por medio de la cual se dictan algunas modificaciones en el SGSSS; resolución que, en su capítulo VI, establece que la salud pública para cumplir de forma integral con la prestación del servicio de salud debe llevar a cabo acciones de salubridad dirigidas tanto de forma individual como colectiva debido a que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. De igual forma se especifica que las acciones encaminadas hacia tal fin se deben desarrollar bajo el amparo del Estado y como tal, promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

A sí pues, es justamente en este punto en particular en el que interviene el marco de la calidad en salud y la seguridad del paciente a través de la Constitución puesto que instaura derivaciones jurídicas de aplicación cuya finalidad debe ser la de garantizar y proteger los bienes o valores constituidos dentro del territorio nacional, en términos de prestación y acceso a la salud de calidad.

En este sentido la identificación del bien jurídico resulta fundamental en la medida en que cumple, por un lado, una función garantista al indicar el valor que se busca proteger; así como las razones que existen para ello; y, por otro, ejemplifica el fundamento para la seguridad del paciente.

Ahora bien, la observancia de aplicación concreta respecto a cualquier tipo de garantía en calidad y prestación de servicios de salud debe apoyarse en una precisa caracterización de la importancia y el pilar fundamental en cuanto a la prestación de servicios de salud.

Igualmente, se debe señalar que el término salud pública está contemplado en la Constitución como un bien jurídico tutelado puesto que se trata de una noción que abarca al

conjunto de personas que componen un grupo social; por consiguiente, se establece una correlación entre la salud colectiva y la salud individual en la medida en que es casi impensable desarrollar una norma que proteja la primera y obvie la segunda. Esto implica forzosamente que en el marco del derecho y el ordenamiento jurídico colombiano, respecto a la salud, el concepto mismo de salud posee una amplitud que abarca la esfera tanto colectiva como individual siendo la base proteccionista del bien jurídico mencionado.

Entrando en materia, el Decreto 1011 de 2006 establece en su artículo 3° las siguientes características para el sistema:

Artículo 3. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. **Seguridad.** 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.

4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. (Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>)

A su vez, el Ministerio de la Protección Social plantea que el propósito de una atención segura va más allá del establecimiento de normas; ya que estas son solo el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para ello resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

1. **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

2. **Cultura de seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente

3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores. (Ministerio de la Protección Social, 2008, p. 3)

A continuación se describe de manera concisa los principales decretos, normas, resoluciones y leyes relacionadas con la prestación de servicios de salud, la calidad y notificación de eventos adversos e incidentes.

- Ley 100 de 1993, numeral 9 del artículo 153.
- Ley 1122 del 2007 mediante la cual se efectúan modificaciones a la Ley 100 de 1993, ley que regula los aspectos propios del sistema de seguridad social en Colombia.
- Decreto 1011 de 2006, por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
- Resolución 1043 de 2006, por medio de la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención, estándar No. 9 de seguimiento de riesgos.
- Resolución 1446 de 2006, Sistema de Información para la Calidad.
- Resolución 1445 de 2006, Sistema Único de Acreditación.
- Resolución 2679 de 2007, Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud.

6.2 Marco demográfico y geográfico

Este trabajo se realizó en la ciudad de Manizales (Caldas, Colombia), en el servicio de hospitalización de una institución de mediana y alta complejidad.

6.3 Marco contextual

6.3.1 Generalidades de calidad en seguridad del paciente.

La seguridad del paciente enfocada hacia el sector salud se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos y metodologías fundamentadas en evidencias científicas, cuyo propósito primario es la reducción significativa de sufrir un evento adverso en el proceso de atención. Con lo cual es posible inferir que la seguridad en relación a la salud se orienta hacia la minimización de daños y riesgos para cualquier persona dentro de un proceso asistencial.

Esto es evidente si se observa que las prioridades son, por una parte, la mejora de la calidad en la prestación del servicio y, por otra, la promoción y garantía de la seguridad del paciente en cualquier entidad que preste servicios de salud. Se señala, entonces, que de acuerdo a la OMS:

Las intervenciones sanitarias conllevan un riesgo de que ocurran acontecimientos adversos (AA), que pueden ocasionar en los enfermos lesiones, discapacidades e, incluso, la muerte. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a la Calidad de la atención y seguridad del paciente, establece que: “Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo

inevitable de que ocurran acontecimientos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia”. (Martín y Cabré, 2009, p. 6)

6.3.2 Modelo Reason de causalidad (modelo del queso suizo).

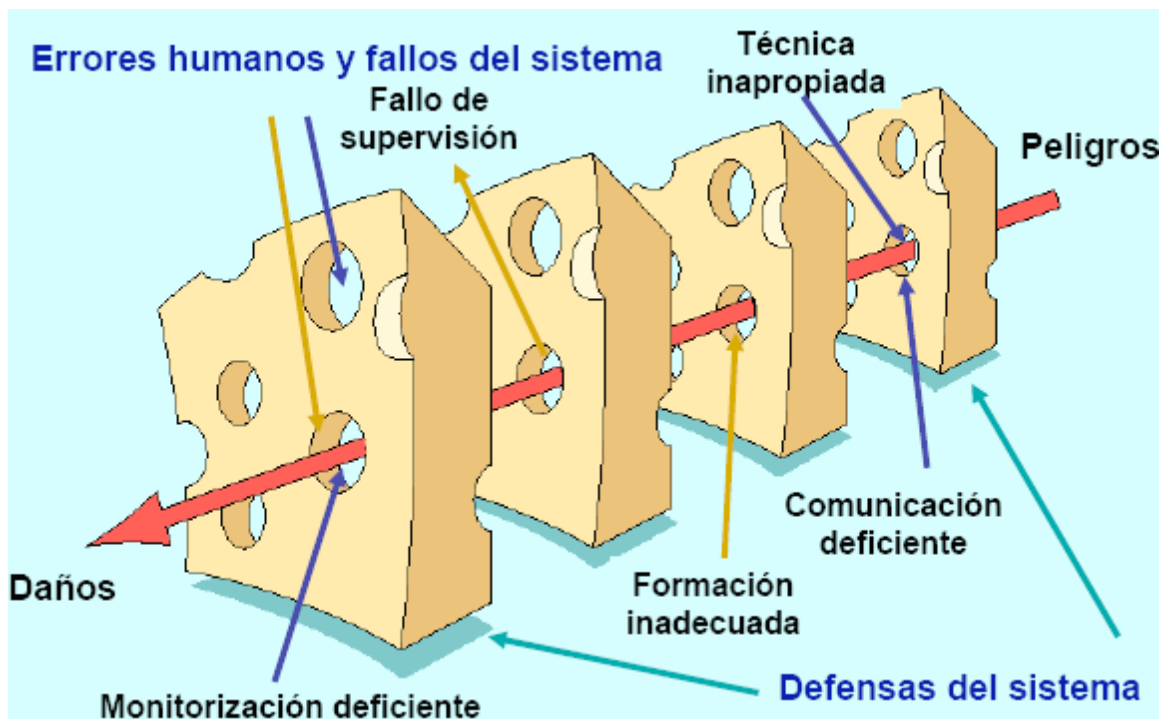
El modelo del queso suizo de causalidad de los accidentes es un modelo utilizado en el análisis de riesgos y gestión de riesgos; el cual es usado en la aviación, la ingeniería y la asistencia sanitaria. Este modelo compara los sistemas humanos con varias rebanadas del queso suizo, que se van apilando. Este modelo fue propuesto originalmente por Dante Orlandella y James T. Reason de la Universidad de Manchester y se ha ganado una amplia aceptación. A veces, también es denominado como el modelo del efecto acumulativo (Donabedian, 1986).

En términos más simples y gráficos, el modelo Reason ha generado la explicación de un accidente como la superposición o coincidencia de fallas en diferentes niveles de la organización en un mismo momento.

El modelo Reason explica que un accidente es la consecuencia final de una superposición de fallas desde la última línea de defensa pasando por el acto inseguro, la condición insegura, la falla de la supervisión, la falla de la asesoría (seguridad) hasta la falla de la organización. Los agujeros en las rebanadas del queso representan puntos débiles individuales en distintas partes del sistema, los cuales están continuamente variando en tamaño y posición en todas las rebanadas. El sistema produce los fracasos en conjunto cuando todos los agujeros en cada una de las rodajas se alinean momentáneamente, permitiendo una trayectoria de oportunidad del accidente. Así, ¿cuáles son las fallas de la organización? Son aquellas que se encuentran en los niveles más altos (fallas papá); las cuales, si no son identificadas y corregidas, persistirán en los

niveles más bajos de la organización (fallas hijas). Cualquier esfuerzo que se haga para controlar a las “fallas hijas” serán en vano. Las fallas organizacionales deben buscarse en el liderazgo y en la administración (ambiente laboral), estructura organizacional, selección y entrenamiento del personal, comunicación (procedimientos), mantenimiento, provisión y calidad de equipos (diseño), planeamiento, presiones de la operación y presiones comerciales. De igual modo, al investigar el acto inseguro no solo debemos fijarnos en el no sabe, no quiere o no puede; ya que muchos errores humanos ocurren sabiendo, queriendo y pudiendo hacer lo correcto. Por ello debemos identificar si el acto inseguro fue por un descuido, una distracción, una desconcentración, un error al seguir las reglas (equivocación), un error a sabiendas (decidir correr el riesgo) o una violación (dolo).

Existen muchos sistemas de gestión o manejo del error (*error management*), sin embargo todos ellos tienen dos componentes básicos: la reducción del error (limitar la ocurrencia del error, ya que no se puede eliminar totalmente su ocurrencia) y la contención del error (limitar sus consecuencias para aquellos casos en que el error ocurriera).



Gráfica 1. Modelo del queso suizo. Fuente: Ministerio de la Protección Social (2009, p. 11).

6.3.3 Fallos en la seguridad del paciente.

En efecto en la prestación de salud se presentan fallas que pueden originar un evento adverso; sin embargo es preciso aclarar que evento adverso, incidente y falla en la atención en salud, corresponden a tres categorías distintas unas de otras y totalmente diferenciadas; a pesar de ello, estas se interrelacionan en términos de prestación del servicio de salud de forma general. Igualmente debemos destacar los conceptos de factores contributivos y seguridad del paciente.

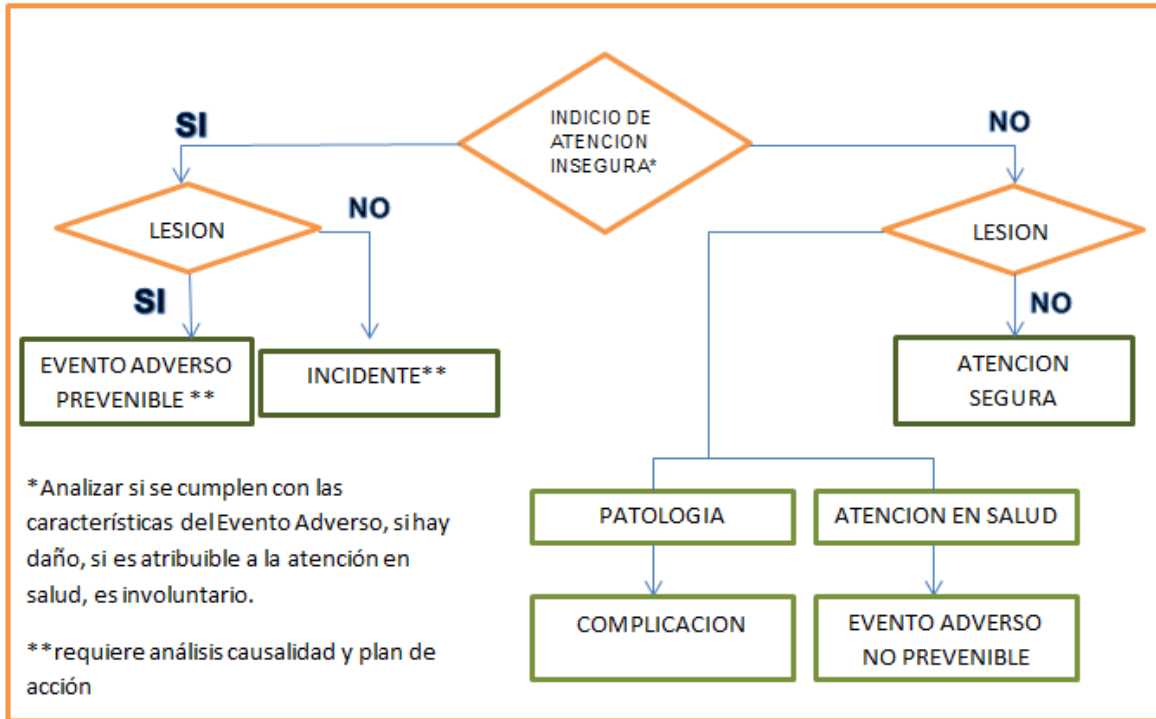
6.3.3.1 *Eventos adversos.*

Evento adverso, se definen como “todo accidente o incidente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado a la asistencia” (L Lanes, 2011, p. 1).

Por su parte 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. Mientras que el fallo es definido como la acción fallada que no se realiza tal como se planificó. O bien la utilización de un plan equivocado para la consecución de un objetivo.

6.3.3.2 *Análisis de eventos adversos.*

La figura 2, ilustra el modelo conceptual en el cual se basa la terminología definida en la política de seguridad del paciente para eventos adversos e incidentes según el Ministerio de la Protección Social.



Gráfica 2. Modelo conceptual para evento adverso e incidente. Fuente: Ministerio de la Protección Social (2009, p. 13).

En relación con el análisis de eventos adversos se agrega que, debido a su importancia y relación respecto a la seguridad del paciente y al cumplimiento de la calidad en la prestación del servicio de salud, el evento adverso se caracteriza por la presencia de una triada; es decir, se requieren tres elementos para que podamos hablar de un evento adverso estos son (i) una lesión, (ii) es atribuible a la atención en salud y (iii) se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial.

6.3.3.3 Factores contributivos.

Los factores contributivos se definen como la consideración del contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores. Estas son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; con

conocimiento, pericia o experiencia inadecuada; supervisión o instrucción insuficiente y entorno estresante. A continuación, la siguiente tabla ilustra los factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica en relación con la prestación del servicio de salud.

Tabla 1

Factores contributivos que influyen la prestación en los servicios de salud.

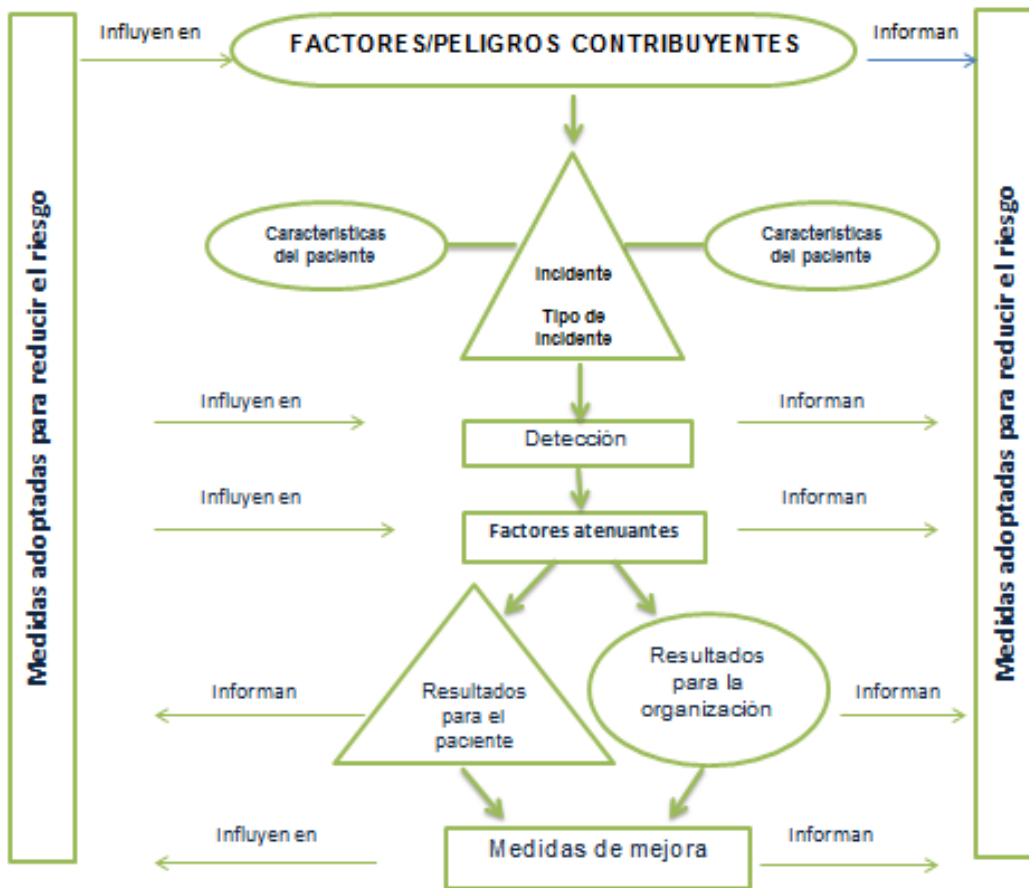
ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	Complejidad y gravedad Lenguaje y comunicación Personalidad y factores sociales
TAREA Y TECNOLOGIA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura; disponibilidad y uso de protocolos; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas; ayudas para tomas de decisiones.
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia Salud física y mental
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte Estructuras del equipo, (consistencia, congruencia etc.)
AMBIENTE	Personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo; patrón de turnos; diseño; disponibilidad y mantenimiento de equipos; soporte administrativo y gerencial; clima laboral, ambiente físico (luz, espacio, ruido).
ORGANIZACIÓN	Recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional;

Y GERENCIA	políticas, estándares y metas; prioridades; y cultura organizacional
CONTEXTO	Económico y regulatorio; contactos externos.
INSTITUCIONAL	

Fuente: Ministerio de la Protección Social (2015).

6.3.3.4 Categorización de fallos en el servicio de salud.

A nivel internacional se evidencia la existencia de sistemas de categorización de fallos en la prestación de los servicios de salud tales como la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), en la cual se evidencia una perfecta correlación entre factores asociados a los errores derivados del proceso asistencial y los elementos estructurales que inciden en la prestación del servicio de salud y que deben ser mitigados de una u otra forma.



Gráfica 3. Marco conceptual de la CISP. Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2013).

A este respecto se destaca que el anterior diagrama muestra que todo tipo de incidente tiene un conjunto de factores o riesgos que contribuyen a su producción. No basta con registrar el incidente de manera aislada, sino que deben registrarse las características propias del paciente y las del incidente para efectuar el análisis del incidente en particular y así efectuar el análisis agregado de los incidentes ocurridos en el establecimiento de salud durante un periodo de tiempo en aras de determinar si hay características compartidas para el tipo de incidente específico.

Esto permite planear y realizar acciones con el fin de prevenirlos. Cada una de las 10 categorías tiene subcategorías y dentro de ellas una serie de opciones que permiten un registro detallado de los incidentes. Lo más significativo a propósito de este sistema de clasificación no es tanto la exposición en términos relacionales de los factores y la necesidad de articular mecanismos de detección temprana o, mejor aún, de identificación de fallos en relación con la prestación de servicios en salud sino, más bien, evidenciar la necesidad de encaminar los procesos asistenciales hacia la calidad.

Lo anterior, permite concluir con acierto que se trata en efecto de un compromiso y responsabilidad de parte de las instituciones de salud en cuanto a la necesidad de implementación de un conjunto de procedimientos o, si se prefiere, de un manual de seguridad que garantice el manejo adecuado de los procesos de atención sanitaria, la vigilancia, el control y la atención segura del paciente.

6.3.4 Caídas.

Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa dado que al ser multicausal la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas. Los siguientes son los tipos de caídas:

- Accidental (factor extrínseco), son el 14 % del total de caídas, son involuntarias, no predecibles, no es culpa del paciente y caen por la presencia de condiciones causantes tales como derrames en el suelo, desorden, iluminación inadecuada, muebles inestables, fallas de equipo, error de juicio, marcha anormal o débil con arrastre de los pies.

- No accidental (factor intrínseco), pérdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la de ambulación.

6.3.4.1 Factores de riesgo.

Todos aquellos incluidos en los diagnósticos de enfermería: lesión, alto riesgo de traumatismo, alto riesgo de protección, alteración de la percepción, conciencia. Para su mejor comprensión se han dividido en factores del entorno y factores del paciente.

Los factores del entorno son: baranda de la cama inadecuada; freno de la cama inadecuado o defectuoso; iluminación no adecuada; timbre de llamada muy retirado o inaccesible; mobiliario no adecuado; servicio inaccesible y sin asideros; suelo mojado deslizante; desorden; ropa y calzado inadecuado.

Los factores del paciente son: movilización y deambulación sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad; edad superior a 75 años o inferior a 5 años; estado de confusión, desorientación y/o alucinación; impotencia funcional (amputación de miembro, paresia, parálisis, parkinson, artrosis entre otros o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada; alteraciones oculares o sensitivas; postoperatorio inmediato; sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos; alcoholismo y/o drogadicción; actitud resistente, agresiva o temerosa; hipotensión; hipoglucemia; ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto; enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones, entre otras); enfermedades cardíacas (arritmias, portadores de marcapasos, entre otras); enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia); portadores de dispositivos externos que puedan

interferir en la movilidad y deambulación (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones, andadores y demás).

6.3.4.2 Escala de crichton .

Esta escala permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo, los problemas de idioma o socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes. También considera la funcionalidad en todas sus esferas; por tanto, estos rubros son expresados en: evaluación de movilidad; orientación; comunicación; cooperación; vestido; alimentación; agitación; incontinencia; sueño y estado de ánimo. Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud .

La escala deberá ser aplicada en los siguientes momentos: ingreso del paciente al servicio de hospitalización; diariamente, en entrega de turno 7:00 am y 7:00 pm ; cuando la condición del paciente cambia o cuando se presente un cambio en el tratamiento farmacológico que podría colocar al paciente en riesgo de caídas.

Tabla 2. Factores riesgo de caídas.

FACTOR	P*	DESCRIPCION	PAE
Limitación física	2	Pacientes con deambulación asistida: Postoperatorio inmediato, Dolor agudo, Alteraciones de las capacidades motoras, Uso de aparatos ortopédicos, Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulación: Sondas, LEV, bomba de infusión, Patologías que limitan la movilidad: Parálisis cerebral.	Acompañante permanente. Ayudar y educar sobre cómo debe levantarse de la cama. Ayudar en el desplazamientos en la habitación, baño.

Estado mental alterado	3	Estado cognitivo alterado: Problemas neurológicos o psiquiátricos, Estado de agitación, confusión, desorientación.	Acompañante permanente. Ubicar cerca estación enfermería, ayudar a la Movilización. Reorientar temporalmente. Valorar riesgos relacionados con la medicación. Evaluar necesidad de sujeción mecánica.
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	Reacciones: Náuseas, vómito, mareo, vértigo, ataxia, ansiedad, agitación, insomnio, somnolencia, alucinaciones, visión borrosa, sordera.	Valorar efectos de medicamentos. Levantamiento progresivo de la cama.
Problemas del idioma o socioculturales	2	Dificultades para la comunicación, comprensión de los mensajes de seguridad, Existencia de barreras Comunicativas	Hablar claro
Incontinencia urinaria	1	Dificultad, incapacidad, ansiedad relacionada con el patrón de eliminación. Nicturia, poliuria, u otras problemas en la eliminación	Ayuda para acudir al baño o manejo de paño o pañal, Acompañante permanente
Déficit sensorial	2	Problemas visuales, Problemas Auditivos	Poner objetos al alcance, Educación manejo de prótesis (gafas, audífonos), Hablar claro y comprobar que entiende.
Desarrollo psicomotriz 0 a 5 años	2		Acompañante permanente
Pacientes sin factores de riesgo aparentes	1	Entorno desconocido, Calzado y ropa del usuario, Afrontamiento del estado de salud, Conductas de riesgo, No solicitud de ayuda cuando se necesita, Conducta de cumplimiento del régimen terapéutico.	Vigilar aparición de riesgo

		Dificultades o carencia de redes de apoyo	
--	--	---	--

P*: puntaje, enero de 2014. Fuente: Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados (J. Barrientos-Sánchez*, A. Hernández-Cantoralb y M. Hernández-Zavala)

6.3.4.3 Medicamentos de riesgo en la presentación de caídas.

Grupo farmacológico:

Hipoglucemiantes: utilizando medicamentos como insulina cristalina, NPH, glargina, lispro, metformina. La reacción que se espera en estos medicamentos serían hipoglucemia, diarrea y náuseas.

Antiarrítmicos: los medicamentos que se utilizan son amiodarona, dobutamina, etilefrina, norepinefrina, milrinone, isosorbide, adenosina. En ellos se puede evidenciar ataxia, mareo, temblor, debilidad muscular, náuseas, ansiedad, hipotensión, excitabilidad.

Antihipertensivos: los medicamentos utilizados son alfametildopa, clonidina, prazosina, hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona, metoprolol, propranolol, captopril, enalapril, losartán. El riesgo que se espera es sedación, mareos, hipotensión, náuseas, vomito, fatiga, incontinencia urinaria, letargia.

Analgésicos opiáceos: los medicamentos utilizados son metadona, morfina, hidromorfona, meperidina, tramadol, fentanilo. Los riesgos son náuseas, vomito, hipotensión, delirio, mareos, somnolencia.

Analgésico y antipirético, los medicamentos utilizados son dipirona y el riesgo obtenido es hipotensión y mareos.

Antimigrañosos: el medicamento que se usa es la ergotamina y los riesgos que se observan son náuseas, vómitos, debilidad en extremidades.

Antiepilépticos: los medicamentos usados son clonazepam, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, ácido valproico, lamotrigina, levetiracetam, topiramato y los riesgos que se evidencian son somnolencia, temblor, ataxia, letargia, visión borrosa, mareos náuseas.

Tabla 3.

Interpretación del puntaje escala de evaluación de riesgo de caídas.

PUNTAJE	CALIFICACION DE RIESGO	PLAN DE ENFERMERIA
1 A 2	Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Baranda arriba • Llamado enfermería accesible
3 a 7	Riesgo medio	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar manilla riesgo de caídas • Acompañante permanente • Plan de enfermería según factor de riesgo
8 a 15	Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar manilla riesgo de caídas • Evaluar por enfermera y/o médico la necesidad de sujeción mecánica o contención farmacológica • Reevaluar riesgo cada 12 horas • Educar paciente y acompañante en prevención de caídas

Fuente: : Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados (J. Barrientos-Sánchez*, A. Hernández-Cantoralb y M. Hernández- Zavala)

6.3.4.4 Estrategias para la prevención de caídas institucionales.

Identifique e intervenga al inicio de la hospitalización el riesgo de caídas:

- Al ingresar un paciente al servicio de hospitalización aplique la escala de evaluación de riesgo de caídas (escala de Chich-ton).
- En caso de riesgo medio o alto de caídas elabore y coloque la manilla de identificación color fucsia.
- Defina e implemente el plan de enfermería (PAE) según el riesgo y el puntaje del mismo y regístrelo en el kardex y en la historia clínica.
- Eduque a la familia sobre: la importancia y las funciones del acompañante permanente; la importancia de mantener barandas arriba y explique el mecanismo de funcionamiento de las barandas; el uso adecuado del llamado de enfermería; obligación de reportar de manera oportuna si el niño(a) u adolescente quede sin acompañante; evitar asomarse a la ventana; evitar sentarse en el reposabrazos de las sillas; registre en la historia clínica la educación a la familia.

Evalúe e intervenga diariamente el riesgo de caídas.

Evalúe e intervenga en cada turno el riesgo de caídas y regístrelo en el kardex y en la historia clínica. Informe de manera oportuna al área de mantenimiento si existen riesgos de caídas relacionados con el mobiliario y/o la infraestructura.

Utilice dispositivos de seguridad con seguridad. Si el riesgo de caída es alto y es difícil intervenir el riesgo evalúe la necesidad de sujeción mecánica o de contención farmacológica e informe al médico y/o enfermera.

En caso de utilizarse sujeción mecánica deje nota de consentimiento informado de la sujeción (inmovilización) en notas de enfermería.

7. Diseño metodológico

Se inició con una revisión de literatura sobre la seguridad del paciente, con el fin de consolidar el marco referencial. Asimismo, se realizó el diseño de instrumentos de recolección de datos, la tabulación de la información, con el fin de evaluar el grado de adherencia a las estrategias: paciente correcto con la atención correcta y prevención de caídas, en una institución de salud de la ciudad de Manizales en el segundo semestre de 2015; con esta información recolectada y evaluada se realizó un plan de mejoramiento en el programa de adherencia de las dos estrategias para cumplir así con el objetivo general propuesto en este documento.

7.1 Tipo de estudio

La investigación es descriptiva, cuantitativa y transversal. El objetivo de esta investigación consiste en llegar a conocer la adherencia a las dos estrategias del programa de seguridad del paciente en una institución prestadora de salud de la ciudad de Manizales a través de la información obtenida en los informes reportados por dicha institución.

Se implementaron listas de chequeo para evaluar la adherencia a las dos estrategias, con diferentes ítems para cada estrategia.

Se estructuró cada paso del contenido de la lista de chequeo estableciendo el formato a utilizar: formato que dispone de un encabezado donde se inicia con el nombre de la institución, nombre de la estrategia, fechas de rondas y de aprobación, área, habitación, cama y los ítems a evaluar, además de las observaciones.

Se realizaron rondas de seguridad dos veces por semana en diferentes áreas con el personal idóneo tales como el jefe de calidad, jefe de epidemiología, enfermera jefe, auxiliares del servicio, una persona experta dependiendo de la estrategia a evaluar, además de los investigadores.

Se obtuvo la información de cada estrategia y se analizó de acuerdo a los ítems que conformaron la lista de chequeo, al finalizar la ronda el personal asistencial hizo compromisos y planes de mejoramiento.

Se recogió toda la información de manera cuidadosa y luego se analizó minuciosamente los resultados a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyeron al conocimiento del área de hospitalización para identificar la efectividad de los planes de mejoramiento relacionados con la seguridad del paciente.

Después de obtener esta información se adquieren las estrategias o planes de mejoramiento realizados para la disminución de los riesgos en los pacientes de la institución. Por último, se compararon los resultados para detectar y analizar la efectividad en la adherencia a las dos estrategias del programa de seguridad del paciente en la institución.

7.2 Aspectos metodológicos

Enfoque observatorio de las diferentes fuentes registradas disponibles y con bases de datos electrónicas, publicaciones impresas y sitios Web relacionados con las actividades del sector de la salud en el campo de la identificación de la seguridad del paciente para los servicios asistenciales de las diferentes áreas de la institución.

7.2.1 Fuentes de información.

Las fuentes primarias fueron formatos, lista de chequeo, rondas de seguridad, registros de los eventos adversos en las diferentes áreas asistenciales en el segundo semestre de 2015. Investigación bibliográfica del sector de la salud relacionada con la seguridad del paciente.

Las fuentes secundarias fueron el seguimiento bibliográfico sobre artículos que interpretan otros trabajos o investigaciones relacionadas con la seguridad del paciente y eventos adversos, redes de Internet, entre otros.

7.2.2 Diseño.

El diseño es flexible debido a la naturaleza de la investigación, en este sentido se enunciaron las líneas de acción a seguir para el desarrollo de este trabajo y los procedimientos para el mismo.

8. Cronograma

Actividad	Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
Revisión y ajustes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Creación y aplicación de la herramienta									X	X	X	X	X	X	X	X								
Análisis de la información de la herramienta																	X	X	X	X				
Elaboración del informe																					X	X		
Socialización informe final																							X	

9. Resultados y análisis

9.1 Análisis de resultados adherencia de la prevención de caídas

9.1.1 Registro en la historia clínica de la evaluación del riesgo de caídas.

Realizado el seguimiento al personal de enfermería sobre el registro de historia clínica se pudo evidenciar por parte de funcionarios del Departamento de Calidad y del grupo de investigación que el 47 % no está cumpliendo con el programa de seguridad del paciente puesto que no hay continuidad en el registro de la historia clínica; esto demuestra que hay una insuficiencia en el factor humano, la cual no se puede seguir presentando porque el riesgo de que pueda suceder un evento adverso es demasiado alto.

9.1.2 Si el paciente tiene riesgo de caídas, se encuentra portando la manilla fucsia.

Según las visitas establecidas por rondas y realizada la evaluación se observa que el 92 % de los pacientes hospitalizados portaban la manilla de identificación de riesgo de caída (color fucsia), porcentaje demasiado alto desde el punto de vista de la clasificación del riesgo que corre el paciente.

9.1.3 La baranda de la cama/cuna está arriba.

Con referencia al requisito de la baranda de la cama o cuna esté en posición hacia arriba, en la evaluación se pudo observar que el 11 % no está cumpliendo con la norma de seguridad del paciente, indicador que muestra que no existe una muy buena educación al cuidador o

acompañante del paciente. Aunque se debe ser muy contante y seguir recomendando al personal de enfermería y acompañante la importancia de nunca olvidar esta tarea.

9.1.4 Educación de la familia sobre la prevención de caídas (registro en HC o entrevista al cuidador).

Con respecto a la educación de la familia se puede comprobar que el 91 % de los familiares (madre o padre) están bien informados sobre la prevención de las caídas; sin embargo, se encontró en la ronda que el 7 % no eran solamente los acompañantes permanentes, sino también de familia no muy cercana o amigos que no estaban enterados en la prevención de caídas. Todo esto en el momento de las rondas

9.2 Análisis de resultados adherencia al paciente correcto con atención correcta

9.2.1 Registros médicos con datos de identificación completa.

Los registros son importantes dado que son el soporte documental de la atención. Según la visita realizada el día 20 de octubre de 2015, se evidencia que el 61 % de los registros médicos no tienen datos de identificación completos tales como la firma de la persona que realizó el registro, además presentan letra poco legible. La causa principales que el médico tratante no realizo una entrevista adecuada al ingreso del paciente; por tanto, no se diligenciaron todos los ítems del formato.

9.2.2 Registros de enfermería con datos de identificación completos.

Los actos que realice el personal de enfermería constituyen la prueba legal para cualquier demanda que interponga la familia de un paciente en un suceso de un evento adverso. Según los resultados obtenidos en la ronda podemos decir que el 19 % del personal de enfermería no

registra los datos de identificación completos, los errores más frecuentes son la hora en la que se realizan las intervenciones, así como las tachaduras en los formatos. Las causas pueden ser cansancio por jornadas largas.

9.2.3 Paciente tiene manilla de identificación.

Según la visita realizada el día 20 de octubre de 2015, se evidencia que el 96 % de los pacientes portaban la pulsera correctamente y el 4 % no portaba la pulsera. Solamente un paciente portaba la manilla de otro color que no era, en ese caso se presentó un problema de integridad de rasgos por algún procedimiento realizado.

9.2.4 La manilla tiene información completa.

Se observó que el 85 % de la información en las manillas estaba completa y el 15 % de la información presentaba errores escritos en la pulsera tales como el nombre incompleto del paciente sobre todo en nombres compuestos, en otras situaciones no se entendía el nombre o tenían el nombre completo del familiar responsable. Este es un problema de escritura por cansancio laboral o distracción.

9.2.5 Se educó al paciente/cuidador.

Un cuidador de niños tiene una responsabilidad muy grande por lo inquietos e hiperactivos que son. En nuestro caso observamos que el 88 % de las personas que se dedicaron al cuidado de su familiar o amigo, recibieron instrucción por parte del personal de enfermería, el 12 % no recibió capacitación porque no visitaban frecuentemente al paciente y no era el cuidador principal y el restante 40 % no aplicaba dado que la ronda se realizó en horas de la tarde donde específicamente se llevan a cabo las visitas encontrándose otras personas diferentes a la familia.

9.2.6 Se identifica al paciente por su nombre antes de cualquier atención.

Los resultados de la evaluación muestran que el 20 % no identifica al paciente por su nombre, ya que el paciente tiene mucho tiempo de estar en la clínica y se convierte más en una persona conocida, esa relación hace que exista exceso de confianza entre las dos partes. Por esta razón, el personal médico y asistencial se salta pasos para evitar pérdida de tiempo.

10. Conclusiones

Aunque la institución prestadora de servicios de salud en la cual desarrollamos este trabajo viene realizando ingentes esfuerzos para que la calidad en el servicio al interior de la entidad sea exitosa, hay aspectos que generan un pequeño grado de preocupación.

Analizada toda la información recolectada en el estudio sobre las estrategias: paciente correcto con la atención correcta y prevención de caídas; es posible concluir que el nivel de cumplimiento de adherencia se encuentra en un nivel medio, es decir que se cumple parcialmente la adherencia al paciente correcto con atención correcta; asimismo, aunque se implemento por primera vez la evaluación mediante el diseño del formato aquí desarrollado en esta IPS, el resultado es satisfactorio; sin desconocer que el programa de seguridad del paciente requiere para estas estrategias de una serie de planes de mejoramiento a partir de los resultados de esta evaluación.

La adherencia a la prevención de caídas, cuya identificación es de pacientes que en su gran mayoría son menores de 18 años, presenta un porcentaje muy bajo de riesgo; sin embargo, la intensidad debe formalizarse en la educación del paciente y su familia, así como la concientización del personal de asistencia médica.

Un aspecto importante para destacar son los tipos de indicadores que se implementaron tales como el cumplimiento correcto de la pulsera identificativa que mide la identificación en las unidades/servicios del área de hospitalización, además del indicador que mide los incidentes de seguridad relacionados con errores en la identificación de pacientes.

Por último, como estudiantes de la Especialización en Administración de la Salud, consideramos que este tipo de ejercicios académicos abren la posibilidad de poner en práctica todos los conocimientos que hemos adquirido; pero más importante aún, es la posibilidad de acercar nuestra formación a la realidad laboral y social.

11. Recomendaciones

De acuerdo a las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados en este estudio se recomienda implantar las siguientes acciones:

Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el personal de la salud (enfermeras jefes y enfermeras auxiliares) sobre el registro en la historia clínica de los riesgos de caídas, que pueden ser según la escala crichton: riesgos bajos, riesgos medios y riesgos altos.

El personal de enfermería debe verificar constantemente durante el turno y en los cambios de turno, que el paciente porte la manilla de color fucsia que lo clasifica en riesgo de caída; independientemente de los procedimientos efectuados o la reclasificación del riesgo.

Dar a conocer por medio de folletos o audiovisuales la importancia de no descuidar al paciente, en mantener las barandas de las camas o cunas en posición hacia arriba, ya que el acompañante es el que permanece más tiempo con él.

A su vez, dar a conocer por medio del voz a voz o audiovisuales la importancia de no descuidar al paciente durante la visita.

Hay que comprometer más al personal médico en el diligenciamiento de los formatos debido a que de esta información depende la buena comunicación con las enfermeras y con los pacientes; dado que, por errores como este, se puede confundir los procedimientos médicos que se realicen.

Realizar a la vez acciones conjuntas y preventivas como, por ejemplo, un programa organizacional que conlleve a la satisfacción personal; asimismo, observar muy bien los turnos.

El personal de enfermería debe estar atento al cambio de las pulseras cuando cambia el nivel de riesgo. Este es un problema de observación y atención.

A parte de la capacitación que ofrecen las enfermeras, se deben tener los volantes para repartir a todos los visitantes.

Por último, se deben cumplir los protocolos de calidad a pesar de que exista el nivel de confianza entre el personal médico, asistencial y el paciente.

12. Glosario

Accidente: cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario y que da lugar a una lesión corporal.

Actos riesgosos intencionales: es cualquier evento que resulta de un acto criminal, un acto no seguro realizado intencionalmente, un acto relacionado con abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas.

Análisis de las causas raíz: proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia (cronológica) de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas raíz subyacentes.

Atención en salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Barrera de seguridad: son defensas, mecanismos por medio de los cuales la protección de los usuarios del proceso está garantizada.

Caída: cambio de posición brusco e involuntario de un individuo a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial.

Cultura de seguridad: el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

Complicación: aquellos resultados adversos al esperado, no relacionados con el manejo médico.

Complicaciones medicamentosas: es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones por administración de medicamentos a los pacientes en servicios hospitalarios.

Discapacidad: cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Error clínico: involucran tanto a los eventos adversos prevenibles como a los errores sin daño. El análisis retrospectivo de los resultados obtenidos que son adversos a los esperados, permitirá saber si se está ante la presencia de un error, una complicación, una reacción adversa o combinación de ellas.

Error sin daño: son aquellos errores en los procesos de atención, pero que por fortuna no afectan negativamente al paciente. La ausencia de daño se puede deber a la naturaleza de la fisiología humana o a la suerte.

Evento adverso: daño no intencionado al paciente, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.

Factores intrínsecos: factores relacionados con el individuo sujeto de la caída.

Factores extrínsecos: factores relacionados con la actividad que realiza o el ambiente en el que se encuentra.

Falla en 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 tienen 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, entre otros).

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).

Fallo del sistema: defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de la organización.

Identificación gráfica: es toda aquella tipificación que se encuentra por escrito en diferentes documentos y dispositivos de identificación.

Identificación del paciente: es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

Infecciones intrahospitalarias: es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las infecciones de los pacientes en servicios hospitalarios.

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.

Lesión: daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

Mejora del sistema: resultado o efecto directo de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.

Paciente: persona que recibe atención sanitaria.

Peligro: circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentarlo.

Riesgo: probabilidad de que se produzca un incidente.

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.

Servicios: recurso humano y estructura de una organización de salud, destinados a satisfacer las necesidades de cuidado y atención de sus usuarios.

Severidad: rigor excesivo al juzgar las faltas y debilidades de los demás o las propias.

Sufrimiento: la experiencia de algo subjetivamente desagradable.

Verificación cruzada: procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo.

13. Bibliografía

- Alonso, L. M. (2009). Adverse event and public health. *Revista de Salud Uninorte*, 25 (1), i-iv.
- Ángel, A. (2010). *La política de seguridad del paciente*. Bogotá, Colombia: Universidad Libre.
- Aranaz, J. (2006). Sucesos adversos relacionados con el uso de medicamentos. *Medicina Clínica*, 126 (3), 1157.
- Bañeres, J. (2006). *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bates, D. (2010). *Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: hacia una atención hospitalaria más segura*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Duarte, H. et al. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10 (2), 215-226.
- Elder, N. (2002). Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care. *The Journal of Family Practice*, 51 (21), 927-932.
- Edinson, F. (2010). *Error en medicina y seguridad del paciente*. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.
- Fernández, N. (2004). Los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102 (5), 402-410.

Franco, A. (2005). El reporte de eventos adversos: motor de la gestión clínica. *Vía Salud*, 38, 10-14.

Llanes Betancourt, C. (2011). Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 27 (1), 1-3.

Martin, C. M. y Cabré, L.I. (2009). Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. *Revista de Bioética y Derecho*, 15, 6-14.

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

Ministerio de la Protección Social. (2009). *Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud: "INCAS Colombia 2009"*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.

OMS. (2002). *Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2013). *Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Proyecto de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (HSS)*. Washington, USA: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Webgrafía

Ministro de la Protección Social. (2006). *Resolución 1446 de 2006*. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=20267>.

Ministerio de Salud. (2015). *Sistema obligatorio de garantía de Calidad*. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>.

UNAD. (2009). *Aspectos metodológicos de la investigación*. Recuperado de

http://datateca.unad.edu.co/contenidos/204011/204011_CONTENTIDO_EXE/leccion_1_aspectos_metodologicos_de_la_investigacion_tipo_de_estudio_mtodo_de_investigacion_tecnicas_y_procedimientos_para_la_recoleccion_de_informacion_tratamiento_de_la_informacion.html.

13. Anexos

13.1 Instrumentos de recolección de información

Instructivo para el diligenciamiento de la lista de chequeo de rondas de seguridad del paciente.

Estrategia. Prevención de caídas institucionales.

Objetivo general. El presente documento contiene las instrucciones para la recolección de información de la evaluación de adherencia a la estrategia PREVENCIÓN DE CAÍDAS INSTITUCIONALES. Su fin es estandarizar los conceptos y disminuir así el error y la subjetividad de interpretación por el o los evaluador(es), permitiendo de esta manera la recolección y consolidación de la información y el debido análisis de la misma.

A continuación se listan los campos que deben ser diligenciados, las recomendaciones trazadoras de la estrategia y las opciones de selección con las debidas especificaciones.

Fecha de la ronda. Se registra el día, mes, año, en que se realiza la ronda.

Estrategia. El formato viene con la información: PREVENCIÓN DE CAÍDAS INSTITUCIONALES.

Servicio. Se registra el servicio que se evalúa. Por ejemplo: hospitalización 200 a 210, hospitalización 212 a 218, hospitalización 219 a 232 (esta estrategia solo aplica para servicio de hospitalización).

Número de cama. Se registra el número de cama en la cual se encuentra el paciente. En caso de que la cama no esté ocupada o que el paciente no se encuentre en ella o que alguno de sus ítems no sea observable (por ejemplo: paciente con ingreso al servicio de menos de 4 horas, traslado a

otro servicio, en intervención de ronda médica, no se dispone de la historia clínica) se resaltarán con color (amarillo, verde).

Se evidencia registro en la historia clínica de la evaluación del riesgo de caídas. Para el diligenciamiento de este ítem el evaluador deberá calificar junto al evaluado el instrumento escala de evaluación de riesgo de caídas crichton; para ello se utiliza como referente la historia clínica o el kardex.

Puntaje. Escala de Evaluación de riesgo de caídas. CRICHTON.

Esta se diligencia para cada paciente según su riesgo de caídas.

Bajo: 1 a 2 puntos

Medio: 3 a 7 puntos

Alto: 8 a 15 puntos

Si cumple: se registra si hay evidencia de evaluación del riesgo de caídas “bajo, medio o alto” en la nota de enfermería de las 7:00 am o de la nota del ingreso.

No cumple: se registra si no se evidencia nota de enfermería que evalúe la escala de evaluación de riesgo de caídas.

No aplica: se registra si el paciente no es observable (por ejemplo: paciente con ingreso al servicio de menos de 4 horas, traslado a otro servicio, en intervención de ronda médica, no se dispone de la historia clínica).

Si el paciente tiene riesgo de caídas se encuentra portando la manilla de color fucsia.

Si cumple: se registra si el paciente con riesgo medio o alto de caídas porta la manilla de color fucsia o verde, este último en caso de tener múltiples riesgos.

No cumple: se registra si teniendo el paciente riesgo medio o alto de caídas *no* porta la manilla de color fucsia o verde, este último en caso de tener múltiples riesgos.

No aplica: se registra si es riesgo bajo de caídas o si el paciente o alguno de sus ítems no es observable.

La baranda de la cama/cuna está arriba.

Si cumple: se registra cuando se evidencia que la baranda de la cama está arriba o cuando el cuidador se encuentra educado y protegiendo a su paciente.

No cumple: se registra cuando se evidencia que la baranda de la cama está abajo y el cuidador no se encuentra educado.

No aplica: se registra en el caso que el paciente no se encuentra en la cama (se encuentra cargado por su cuidador, se encuentra en silla), deambulando o el cuidador no es el permanente.

Se evidencia educación a la familia sobre la prevención de caídas (registro en HC o entrevista al cuidador).

Si cumple: se registra cuando se evidencia al cuidador con educación sobre prevención de los riesgos de caídas.

No cumple: se registra cuando se evidencia que el cuidador permanente no se encuentra educado sobre las estrategias de prevención de caídas.

No aplica: se registra en el caso de que el acompañante no se encuentre educado sobre las estrategias de prevención de caídas y sea un cuidador temporal.

Si el paciente tiene sujeción mecánica cuenta con registro de consentimiento informado.

Si cumple: se registra si el paciente esta con sujeción mecánica (inmovilización) y se evidencia en la HC el registro del consentimiento informado del mismo.

No cumple: se registra si el paciente esta con sujeción mecánica (inmovilización) y *no* se evidencia en la HC el registro del consentimiento informado del mismo.

No aplica: se registra si el paciente *no* tiene sujeción mecánica (inmovilización).

Número de pacientes totales. Es el número de pacientes evaluados en la ronda.

Ítems cumplidos. Son aquellos con marcación de la casilla cumple.

Ítems no cumplidos. Son aquellos con marcación de la casilla no cumple.

Ítems no aplica. Son aquellos con marcación de la casilla no aplica.

Porcentaje de cumplimiento. Es el valor esperado de cumplimiento de la estrategia. Bajo entre 0 a 29 % , medio 30 al 49 % , alto 50 % al 79 % , muy alto mayor del 80 % . ** Para esta estrategia se espera un índice alto igual o mayor a 50 % .

Instructivo para el diligenciamiento de lista de chequeo de rondas de seguridad del paciente estrategia paciente correcto con la atención correcta.

Objetivo general. El presente documento contiene las instrucciones para la recolección de información de la evaluación de adherencia a la estrategia: PACIENTE CORRECTO CON LA ATENCIÓN CORRECTA.

Su fin es estandarizar los conceptos y disminuir así el error o la subjetividad de interpretación por el o los evaluador(es), permitiendo de esta manera la consolidación de la información y el debido análisis de la misma.

A continuación se listan los campos que deben ser diligenciados, las recomendaciones trazadas de la estrategia y las opciones de selección con las debidas especificaciones.

Fecha de la ronda. Se registra el día, mes, año en que se realiza la ronda.

Estrategia. El formato viene con la información: PACIENTE CORRECTO CON LA ATENCIÓN CORRECTA.

Servicio. Se registra el servicio que se evalúa. Por ejemplo: hospitalización 200 a 210, hospitalización 212 a 218, hospitalización 219 a 232 (esta estrategia solo aplica para servicio de hospitalización).

Número de cama. Se registra el número de la cama en la cual se encuentra el paciente. En caso que la cama no esté ocupada o que el paciente no se encuentre en ella o alguno de sus ítems no es observable (por ejemplo, paciente con ingreso al servicio de menos de 4 horas, traslado a otro servicio, en intervención de ronda médica, no se dispone de la historia clínica), se resaltarán con resaltador de color (amarillo o verde).

Registros médicos con datos de identificación completos.

Si cumple: se registra si se evidencia en el formato de evolución y el de órdenes médicas del día de la ronda de seguridad el nombre completo del paciente y su documento de identificación; el referente de esta información es la hoja de ingreso.

No cumple: se registra si no cumple con el registro de nombre completo y documento de identificación en el formato de evolución y el de órdenes médicas del día de la ronda de seguridad.

No aplica: se registra si el paciente no es observable (por ejemplo, paciente con ingreso al servicio de menos de 4 horas, traslado a otro servicio, en intervención de ronda médica, no se dispone de la historia clínica).

Registros de enfermería con datos de identificación completos.

Si cumple: se registra si se evidencia en el formato de evolución de enfermería del día de la ronda de seguridad el nombre completo del paciente y su documento de identificación; el referente de esta información es la hoja de ingreso.

No cumple: se registra si no cumple con el registro de nombre completo y documento de identificación en el formato de evolución de enfermería del día de la ronda de seguridad.

No aplica: se registra si el paciente no es observable (por ejemplo, paciente con ingreso al servicio de menos de 4 horas, traslado a otro servicio, en intervención de ronda médica, no se dispone de la historia clínica).

Paciente tiene manilla de identificación.

Si cumple: se registra si el paciente tiene manilla de identificación.

No cumple: se registra si el paciente *no* tiene manilla de identificación.

No aplica: se registra si el paciente tiene ingreso al servicio de hospitalización menor a 2 horas.

La manilla tiene información completa.

Si cumple: se registra si los datos de identificación del paciente señalados en la manilla de identificación están completos y acordes con los datos de identificación del paciente.

No cumple: se registra si los datos de identificación del paciente señalados en la manilla de identificación están incompletos o no concuerdan con los datos de identificación del paciente.

No aplica: se registra si el paciente tiene ingreso al servicio de hospitalización menor a 2 horas.

Se educó al paciente/cuidador.

Si cumple: se registra cuando se evidencia al paciente/cuidador con educación sobre la importancia de portar la manilla de identificación.

No cumple: se registra cuando se evidencia que el paciente/cuidador permanente *no* se encuentra educado sobre la importancia de portar la manilla de identificación.

No aplica: se registra en el caso de que el acompañante *no* se encuentre educado sobre la importancia de portar la manilla de identificación y sea un cuidador temporal.

Se identifica al paciente por su nombre antes de cualquier atención.

Si cumple: se registra si al momento de entrevistar al paciente/cuidador, este reporta que previo a cualquier intervención de enfermería se confirma su nombre.

No cumple: se registra si al momento de entrevistar al paciente/cuidador, este reporta que previo a cualquier intervención de enfermería *no* se confirma su nombre.

No aplica: se registra si al momento de entrevista al paciente/acompañante este no brinda información, ya que se trata de un cuidador temporal.

Número de pacientes totales. Es el número de pacientes evaluados en la ronda.

Ítems cumplidos. Son aquellos con marcación de la casilla cumple.

Ítems no cumplidos. Son aquellos con marcación de la casilla no cumple.

Ítems no aplica. Son aquellos con marcación de la casilla no aplica.

Porcentaje de cumplimiento. Es el valor esperado de cumplimiento de la estrategia. Bajo entre 0 a 29 % , medio 30 al 49 % , alto 50 % al 79 % , muy alto mayor al 80 % . ** Para esta estrategia se espera índice alto igual o mayor a 50 % .

		Formato: Evaluación adherencia Programa de Seguridad del Paciente										Código: GCA-FO-9	
												Versión: 1	
												Fecha de aprobación: 18/08/2015	

Fecha ronda			Estrategia: Prevención caídas institucionales														
20	10	2015	Servicio: HOSPITALIZACION 201 - 211														

Hab	Cama	Escala de Evaluación de riesgo de caídas CRICHTON			Se evidencia registro en la Historia Clínica de la evaluación del riesgo de caídas			Si el paciente tiene riesgo de caídas, se encuentra portando la manilla fucicia			La baranda de la cama / cuna está arriba			Se evidencia educación a la familia sobre la prevención de caídas (Registro en HC o entrevista al cuidador)			Si el paciente tiene sujeción mecánica cuenta con registro de consentimiento informado		
		Bajo	Medio	Alto	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA
201	A		1		1			1			1			1					1
	B	1			1					1	1			1					1
202	A	1			1			1				1		1					1
	B		1		1			1			1			1					1
203	A		1		1			1			1			1					1
	B	1				1		1			1					1			1
204	A	1			1				1		1			1					1
	B	1			1					1	1			1					1
205	A		1			1		1					1		1				1
	B	1			1			1			1				1				1
206	A	1				1		1				1		1					1
	B	1				1		1			1					1			1
207	A	1			1					1			1	1					1
	B		1			1		1				1				1			1
208	A	1				1		1					1		1				1
	B	1				1		1					1	1					1
209	A	1				1		1			1			1					1
	B	1			1			1			1					1			1
210	A		1			1			1			1				1			1
	B	1				1		1			1			1					1
211	A																		
	B																		
Sumatoria items		14	6	0	9	11	0	14	3	3	12	4	4	12	3	5	0	0	20
Total usuarios		20			20			20			20			20			20		
Valor esperado		20			20			17			16			15			0		
Porcentaje cumplimiento		70%			45%			82%			75%			80%			NO APLICA		

13.2 Datos recolectados

13.2.1 Estrategia 1. Prevención de caídas institucionales.

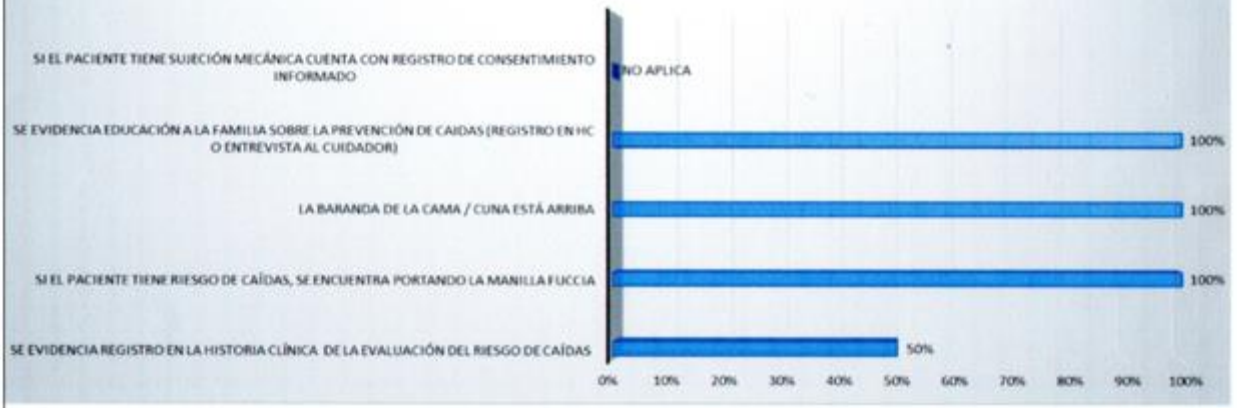
Fecha ronda			Formato: Evaluación adherencia Programa de Seguridad del Paciente													Código: GCA-FO-9			
20	10	2015	Estrategia: Prevención caídas institucionales													Versión: 1			
			Servicio: HOSPITALIZACION 201 - 211													Fecha de aprobación: 18/08/2015			
Items	Escala de Evaluación de riesgo de caídas CRICHTON			Se evidencia registro en la Historia Clínica de la evaluación del riesgo de caídas			Si el paciente tiene riesgo de caídas, se encuentra portando la manilla fucia			La baranda de la cama / cuna está arriba			Se evidencia educación a la familia sobre la prevención de caídas (Registro en HC o entrevista al cuidador)			Si el paciente tiene sujeción mecánica cuenta con registro de consentimiento informado			
	Bajo	Medio	Alto	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	
201	A		1		1		1			1			1					1	
	B	1			1				1	1			1					1	
202	A	1			1		1				1		1					1	
	B		1		1		1			1			1					1	
203	A		1		1		1			1			1					1	
	B	1				1		1		1						1		1	
204	A	1			1			1		1			1					1	
	B	1			1				1	1			1					1	
205	A		1			1		1				1		1				1	
	B	1			1			1		1				1				1	
206	A	1				1		1			1		1					1	
	B	1				1		1		1					1			1	
207	A	1				1			1			1	1					1	
	B		1			1		1			1				1			1	
208	A	1				1		1				1		1				1	
	B	1				1		1				1	1					1	
209	A	1				1		1			1		1					1	
	B	1			1			1		1					1			1	
210	A		1			1			1			1			1			1	
	B	1				1			1		1		1					1	
211	A																		
	B																		
Sumatoria items		14	6	0	9	11	0	14	3	3	12	4	4	12	3	5	0	0	20
Total usuarios		20			20			20			20			20			20		
Valor esperado		20			20			17			16			15			0		
Porcentaje cumplimiento		70%			45%			82%			75%			80%			NO APLICA		

Hospitalización 201-210

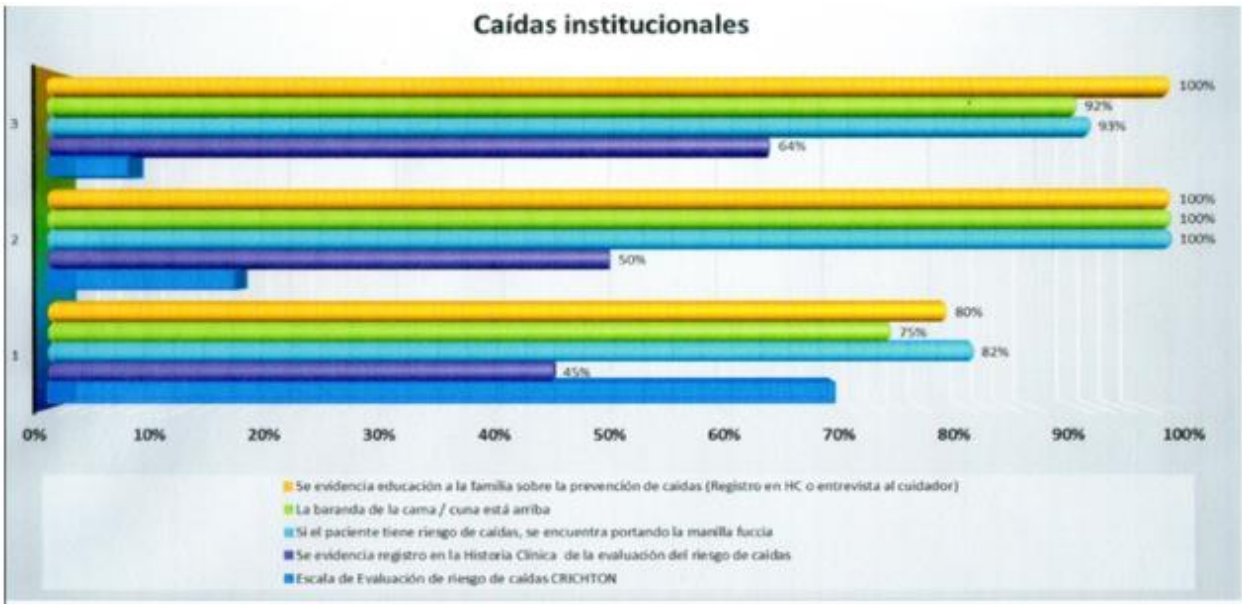


Fecha ronda			Estrategia: Prevención caídas institucionales																	
22	10	2015	Servicio: HOSPITALIZACION 212 - 218																	
Hab	Cama	Puntaje Escala de Evaluación de riesgo de caídas CRICHTON			Se evidencia registro en la Historia Clínica de la evaluación del riesgo de caídas			Si el paciente tiene riesgo de caídas, se encuentra portando la manilla fuccia			La baranda de la cama / cuna está arriba			Se evidencia educación a la familia sobre la prevención de caídas (Registro en HC o entrevista al cuidador)			Si el paciente tiene sujeción mecánica cuenta con registro de consentimiento informado			
		Bajo	Medio	Alto	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	
212	A		1		1			1					1	1						1
	B																			
213	A																			
	B		1			1			1				1	1						1
214	A		1			1			1				1	1						1
	B																			
215	A		1			1			1				1	1						1
	B		1		1			1		1			1							1
216	A																			
	B																			
217	A	1			1					1			1	1						1
	B																			
218	A			1		1			1			1		1						1
	B			1	1			1			1		1							1
Sumatoria items		1	5	2	4	4	0	7	0	1	3	0	5	8	0	0	0	0	0	8
Total usuarios		8			8			8			8			8			8			
Valor esperado		6			8			7			3			8			0			
Porcentaje cumplimiento		17%			50%			100%			100%			100%			NO APLICA			

Hospitalización 211-218



Hab	Cama	Puntaje Escala de Evaluación de riesgo de caídas CRICHTON			Se evidencia registro en la Historia Clínica de la evaluación del riesgo de caídas			Si el paciente tiene riesgo de caídas, se encuentra portando la manilla fucsia			La baranda de la cama / cuna está arriba			Se evidencia educación a la familia sobre la prevención de caídas (Registro en HC o entrevista al cuidador)			Si el paciente tiene sujeción mecánica cuenta con registro de consentimiento informado							
		Bajo	Medio	Alto	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA					
219	A																							
	B																							
220	A																							
	B		1			1		1				1				1			1					
221	A		1			1					1				1				1					
	B																							
222	A		1			1					1				1				1					
	B		1			1				1				1	1				1					
223	A		1			1				1				1					1					
	B																							
224	A																							
	B																							
225	A																							
	B																							
226	A																							
	B		1			1					1						1		1					
227	A		1			1					1				1				1					
	B		1			1					1				1				1					
228	A		1			1					1				1				1					
	B		1			1					1				1				1					
229	A	1				1					1				1				1					
	B																							
230	A		1			1					1				1				1					
	B																							
231	A		1			1					1				1				1					
	B		1			1								1	1				1					
Sumatoria items		1	13	0		9	5	0		13	1	0		11	1	2		12	0	2		0	0	14
Total usuarios		14			14			14			14			14			14							
Valor esperado		14			14			14			12			12			0							
Porcentaje cumplimiento		7%			64%			93%			92%			100%			NO APLICA							





ADHERENCIA A LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS				
PREVENCIÓN DE CAÍDAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO POBLACION TOTAL 43 PACIENTES			
	SERVICIO 1	SERVICIO 2	SERVICIO 3	PROMEDIO TOTAL
	HABITACION 201 A LA 211 POBLACION 20 PACIENTES	HABITACION 211 A LA 218 POBLACION 8 PACIENTES	HABITACION 219 A LA 231 POBLACION 15 PACIENTES	
SE EVIDENCIA REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA EVALUACION DE RIESGOS DE CAIDAS	45 %	50 %	64 %	53 %
SI EL PACIENTE TIENE RIESGO DE CAIDAS SE ENCUENTRA PORTANDO LA MANILLA	82 %	100 %	93 %	92 %
BARANDA DE LA CUNA, CAMA ESTA ARRIBA	75 %	100 %	92 %	89 %

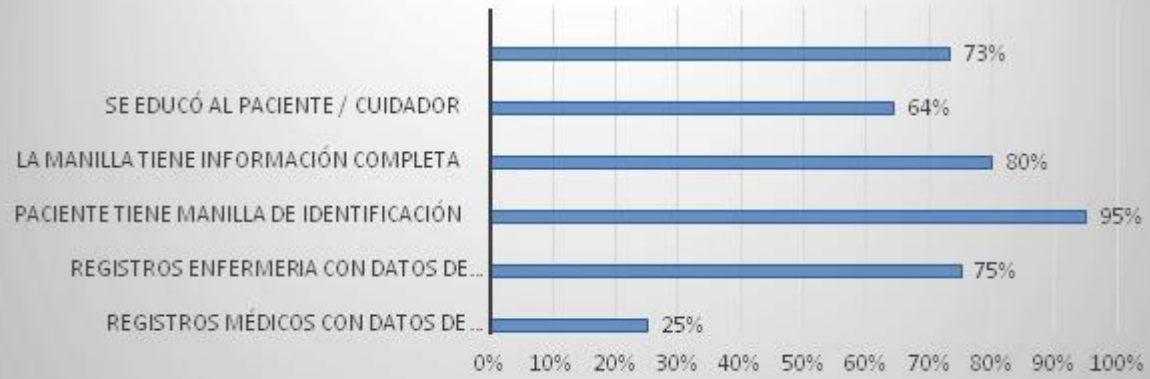
SE EVIDENCIA EDUCACION A LA FAMILIA SOBRE LA PREVENCION DE CAIDAS	80%	100%	100%	93%
---	-----	------	------	-----

ADHERENCIA A LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS				
PREVENCION DE CAIDAS	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO POBLACION TOTAL 43 PACIENTES		
		< 50 %	51 -90	91 - 100
		NO CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE
SE EVIDENCIA REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA EVALUACION DE RIESGOS DE CAIDAS	NO HAY CONTINUIDAD EN EL REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS		53 %	
SI EL PACIENTE TIENE RIESGO DE CAIDAS SE ENCUENTRA PORTANDO LA MANILLA	NO SE VERIFICA CON FRECUENCIA EL PORTE DE LA MANILLA			92 %
BARANDA DE LA CUNA, CAMA ESTA ARRIBA	NO HAY SUPERVISION CONSTANTE		89 %	
SE EVIDENCIA EDUCACION A LA FAMILIA SOBRE LA PREVENCION DE CAIDAS	FALTA DE COMUNICACIÓN Y DIBULGACION A LA FAMILIA			93 %

13.2.2 Estrategia 2. Paciente correcto con la atención correcta.

Fecha ronda			Estrategía: Paciente correcto con la atención correcta										Código: GCA-FO-9							
20	10	2015	Servicio: HOSPITALIZACIÓN 201 - 211										Versión: 1							
			Registros Médicos con datos de identificación completos			Registros Enfermería con datos de identificación completos			Paciente tiene manilla de identificación			La manilla tiene información completa			Se educó al paciente / cuidador			Se identifica al paciente por su nombre antes de cualquier atención		
Hab	Camra	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	
201	A		1			1		1			1				1			1		
	B	1				1		1				1				1			1	
202	A	1			1			1			1					1			1	
	B		1		1			1			1			1			1			
203	A	1			1			1				1			1				1	
	B		1		1			1			1			1			1			
204	A		1		1				1			1		1			1			
	B		1		1			1			1			1			1			
205	A		1		1			1			1			1			1			
	B		1		1			1			1			1			1			
206	A	1			1			1			1			1			1			
	B	1			1			1			1				1				1	
207	A		1		1			1			1				1			1		
	B		1		1			1			1				1			1		
208	A		1		1			1			1				1		1			
	B		1			1		1			1				1		1			
209	A		1			1		1			1			1			1			
	B		1			1		1				1				1		1		
210	A		1		1			1			1				1		1		1	
	B		1		1			1			1			1			1		1	
211	A																			
	B																			
Sumatoria items		5	15	0	15	5	0	19	1	0	16	4	0	9	5	6	11	4	5	
Total usuarios		20			20			20			20			20			20			
Valor esperado		20			20			20			20			14			15			
Porcentaje cumplimiento		25%			75%			95%			80%			64%			73%			

Hospitalización 201-211

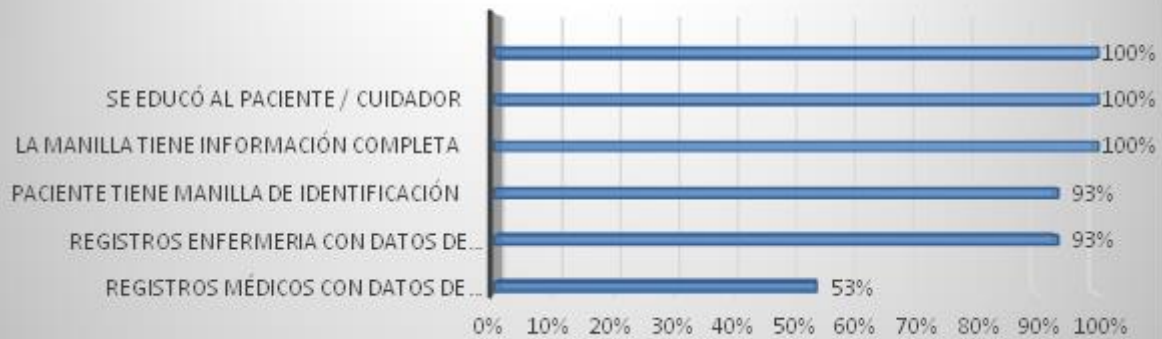


Fecha ronda			Estrategia: Paciente correcto con la atención correcta																	
DD	MM	AAAA	Servicio: HOSPITALIZACIÓN 212 - 218																	
Hab	Cama	Registros Médicos con datos de identificación completos			Registros Enfermería con datos de identificación completos			Paciente tiene manilla de identificación			La manilla tiene información completa			Se educó al paciente / cuidador			Se identifica al paciente por su nombre antes de cualquier atención			
		Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	
212	A		1			1			1			1			1			1		
	B																			
213	A																			
	B	1				1			1			1			1			1		
214	A	1			1			1			1			1			1			
	B																			
215	A		1		1			1			1			1			1			
	B	1			1			1			1			1			1			
216	A																			
	B																			
217	A		1		1			1			1			1						1
	B																			
218	A		1		1			1				1		1						1
	B		1		1			1				1		1						1
Sumatoria items		3	5	0	6	2	0	8	0	0	6	2	0	8	0	0	5	0	3	
Total usuarios		8			8			8			8			8			8			
Valor esperado		8			8			8			8			8			5			
Porcentaje cumplimiento		38%			75%			100%			75%			100%			100%			



Fecha ronda			Estrategia: Paciente correcto con la atención correcta																
20	10	2015	Servicio: HOSPITALIZACION 219 - 231																
Hab	Cama	Registros Médicos con datos de identificación completos			Registros Enfermería con datos de identificación completos			Paciente tiene manilla de identificación			La manilla tiene información completa			Se educó al paciente / cuidador			Se identifica al paciente por su nombre antes de cualquier atención		
		Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA
219	A																		
	B																		
220	A	1			1			1			1					1	1		
	B		1		1			1			1			1			1		
221	A		1			1			1			1			1			1	
	B																		
222	A		1		1			1			1			1					1
	B	1			1			1			1			1			1		
223	A		1		1				1				1	1			1		
	B																		
224	A																		
	B																		
225	A																		
	B																		
226	A																		
	B	1			1			1			1					1			1
227	A		1		1			1			1			1					1
	B	1			1			1			1			1					1
228	A	1			1			1			1			1					1
	B	1			1			1			1			1					1
229	A		1		1			1			1			1					1
	B																		
230	A	1			1			1			1			1					1
	B																		
231	A	1			1			1			1			1					1
	B		1		1			1			1			1					1
Sumatoria ítems		8	7	0	14	1	0	14	1	0	14	0	1	13	0	2	5	0	10
Total usuarios		15			15			15			15			15			15		
Valor esperado		15			15			15			14			13			5		
Porcentaje cumplimiento		53%			93%			93%			100%			100%			100%		

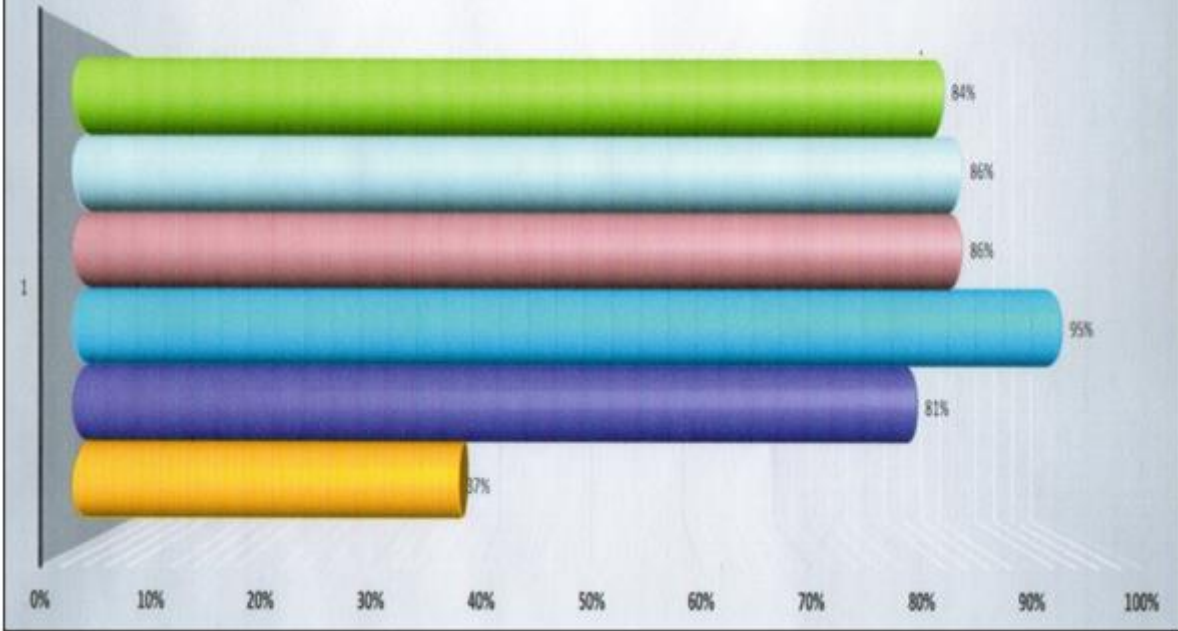
Hospitalización 219-231



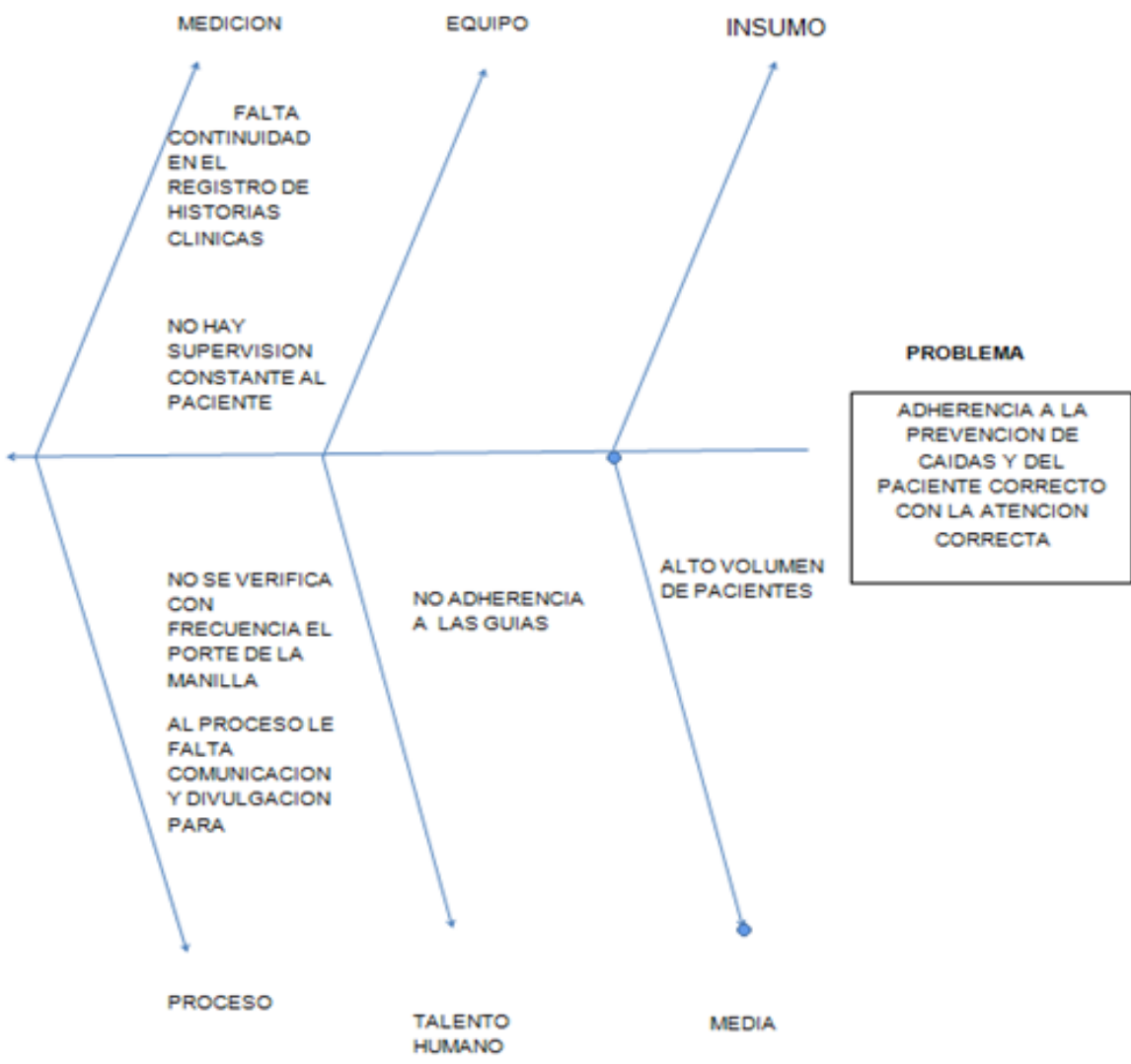
Identificación segura



Identificación segura



**CAUSAS DE LA NO ADHERENCIA DE LA PREVENCION DE CAIDAS Y DEL PACIENTE
CORRECTO CON LA ATENCION CORRECTA**



PACIENTE CORRECTO CON ATENCION CORRECTA	NIVEL DE CUMPLIMIENTO POBLACION TOTAL 43 PACIENTES			
	SERVICIO 1	SERVICIO 2	SERVICIO 3	PROMEDIO TOTAL
	HABITACION 201 A LA 211 POBLACION 20 PACIENTES	HABITACION 211 A LA 218 POBLACION 8 PACIENTES	HABITACION 219 A LA 231 POBLACION 15 PACIENTES	
REGISTRO MEDICO CON DATOS DE IDENTIFICACION COMPLETA	25 %	38 %	53 %	39 %
REGISTRO ENFERMERIA CON DATOS DE IDENTIFICACION COMPLETA	75 %	75 %	93 %	81 %
PACIENTE TIENE MANILLA DE IDENTIFICACION	95 %	100 %	93 %	96 %
MANILLA CON INFORMACION COMPLETA	80 %	75 %	100 %	85 %
SE EDUCO AL PACIENTE / CUIDADOR	64 %	100 %	100 %	88 %

ADHERENCIA AL PACIENTE CORRECTO CON ATENCION CORRECTA				
PACIENTE CORRECTO CON ATENCION CORRECTA	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO POBLACION TOTAL 43 PACIENTES		
		< 50 %	51 -90	91 - 100
		NO CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE
REGISTRO MEDICO CON DATOS DE IDENTIFICACION COMPLETA	FORMATOS SIN FIRMAR, LETRA POCO LEGIBLE DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO	39 %		

REGISTRO ENFERMERIA CON DATOS DE IDENTIFICACION COMPLETA	NO HAY REGISTROS DE HORAS DE INTERVENCIONES, HAY TACHONES.		81 %	
PACIENTE TIENE MANILLA DE IDENTIFICACION	NO HAY ATENCION AL CAMBIO DE PULCERA CUANDO CAMBIA EL NIVEL DE RISO			96 %
MANILLA CON INFORMACION COMPLETA	NOMBRE INCOMPLETO DEL PACIENTE, Y/O LA PERSONAL RESPONSABLE		85 %	
SE EDUCO AL PACIENTE / CUIDADOR	POCA CAPACITACION AL CUIDADOR		88 %	