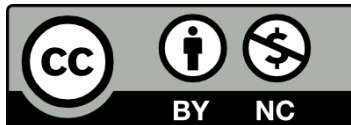


LA SEGURIDAD Y EL RIESGO DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN



DIANA PATRICIA ROMERO HERRERA
LILIANA PAOLA SABOGAL GAITAN



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE SALUD
VILLAVICENCIO

2023

LA SEGURIDAD Y EL RIESGO DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN

DIANA PATRICIA ROMERO HERRERA
LILIANA PAOLA SABOGAL GAITAN

Artículo Académico presentado como requisito para optar el título de especialista en Auditoría
de Salud

Asesor
Mg. HECTOR ANDRES LOPEZ NARANJO
Magister en educación

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE SALUD
VILLAVICENCIO
2023

Autoridades Académicas

P. Álvaro José ARANGO RESTREPO, O.P.

Rector General

P. Mauricio Antonio CORTÉS GALLEGO, O.P.

Vicerrector Académico General

P. José Antonio BALAGUERA CEPEDA, O.P.

Rector Sede Villavicencio

P. Rodrigo GARCÍA JARA, O.P.

Vicerrector Académico Sede Villavicencio

P. Miguel Ignacio CELY GUEZGUAN, O.P

Decano de División Facultad de Derecho Seccional Villavicencio

Mg. JULIETH ANDREA SIERRA TOBÓN

Secretaria de División Sede Villavicencio

Mg. JAVIER MAURICIO ALZATE TABARES

Decano de la Facultad de Contaduría Pública

Tabla De Contenido

	Pág.
Resumen.....	5
Summary	6
Introducción	6
Objetivos.....	7
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos	8
Justificación	8
Capítulo 1. Planteamiento del Problema.....	9
1.1 Marco teórico	9
1.1.1 Glosario.....	9
1.2 Revisión de Literatura.....	12
1.2.1 Metodología	14
1.2.2 Resultados	14
Capítulo 2. Propuesta del programa la seguridad y el riesgo del paciente en el servicio de hospitalización.....	19
2. 1 Introducción	19
2.2 Objetivos	20
2.2.1 Objetivo General.....	20
2.2.2 Objetivos Específico	20
2.3 Alcances	20
2.4 Definiciones	20
Ejes Conductores del Programa de Seguridad del Paciente.....	21
Apoyo de la alta dirección	21
Conclusiones y recomendaciones	24

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Clasificación del suceso del Evento Adverso durante la Atención del Servicio de Hospitalización	16
Tabla 2. En la Clasificación del Suceso Incidente durante los cuidados de la estancia de Hospitalización	17
Tabla 3. Están las Fallas errores y gravedad que evidencian en los cuidados durante la hospitalización	18

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Clasificación del suceso del Evento Adverso durante la Atención del Servicio de Hospitalización	16
Figura 2. En la Clasificación del Suceso Incidente durante los cuidados de la estancia de Hospitalización	17
Figura 3. Están las Fallas errores y gravedad que evidencian en los cuidados durante la hospitalización	18

Resumen

La Seguridad del Paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica.

La seguridad de los pacientes es un objetivo prioritario de las organizaciones de salud.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia

de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente.

Palabras clave: Cultura Organizacional; Seguridad del Paciente.

Summary

Patient Safety, or the conscious attempt to avoid injuries to the patient caused by care, is an essential component of Quality of Care and the prerequisite for carrying out any clinical activity.

Patient safety is a priority objective of health organizations.

Colombia promotes a Patient Safety Policy, led by the Mandatory System of Quality Assurance of Health Care, whose objective is to prevent the occurrence of situations that affect patient safety, reduce and, if possible, eliminate the occurrence of adverse events. to have secure and internationally competitive institutions.

The culture of patient safety is related to the beliefs and attitudes that people in their practice assume to ensure that they will not experience unnecessary or potential harm associated with health care.

Conclusions: Health service providers and their staff are increasingly aware of the importance of improving patient safety.

Keywords: Organizational Culture; safety of Patient.

Introducción

Unas de las causas a tener en cuenta en la calidad de atención en salud, está relacionada precisamente con el error médico, incidencias y eventos adversos ocasionado al paciente en

procedimientos inseguros. Por lo que hoy se desarrolló una problemática de gran preocupación no solo nacional sino internacional en el área sanitaria.

Es importante resaltar que los errores clínicos en cuanto los cuidados de la salud puede ser leves a fatales y pasan de hacer eventos inseguros que muchos de ellos ocasionan la muerte al paciente, como fue en Estados Unidos de América en atención asistencial médica al paciente Libby Zion de 18 años como reacción medicamentosa ocasionando sobredosis de antidepresivos y anestésicos. Ahora bien, la preocupación que está generando el sistema de cuidado de salud en Colombia, es el grado de peligrosidad que existe en la atención hospitalaria en las instituciones de salud que los pacientes están presentando úlcera por presión, la flebitis y las caídas que normalmente es de mayor frecuencia durante la estancia hospitalaria, estos sucesos están ocurriendo a pacientes que presentan un ciclo de vida entre los 59 años a los 70 años.

Los cuidados y atenciones durante la estancia hospitalaria de las personas que necesitan una atención oportuna para mejor su calidad de vida, normalmente es del personal de salud, pero la que tiene mayor relación con el paciente es el personal de enfermería, quien debe de tener la capacidad de brindar seguridad y mitigar el riesgo, pero ahora bien la seguridad del paciente son procesos de minimizar riesgos de sufrir un evento e incidentes adversos que pueden ser prevenibles o no prevenibles durante la atención, pero también es importante resaltar que estos que los daños o errores ocurridos durante la estancia hospitalaria son resultados no esperados y no intencional.

En la seguridad del paciente en el proceso normativo manejan cuatro componentes que ayudan a mitigar el riesgo que son: planeación estratégica, cultura de seguridad, proceso seguro y buena práctica. Como nos afirma 1 la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención, la seguridad del paciente es una preferencia de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes adversos son la luz roja que alerta sobre la coexistencia de una atención insegura. Los eventos adversos pueden ocurrir en cualquier actividad o acción y son un indicador fundamental de su calidad institucional en brindar el servicio a la población. En el país existe una sólida decisión por parte del gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud. (página 5 de guía-buena-practicas-seguridad-paciente 2010).

Objetivos

La presente indagación escrita presente como objetivo general

Objetivo general

Establecer los factores de la cadena segura en la atención en el servicio de hospitalización para el paciente.

Objetivos específicos

- Analizar las prácticas de seguridad para el paciente en el servicio de hospitalización.
- Promover un programa institucional de seguridad del paciente y sus actividades relacionadas frente a los eventos adversos prevenibles.

Justificación

¿Porque es importante trabajar la seguridad del paciente?

Este problema mundial, es considerado como una verdadera epidemia, en 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones.

Colombia crea una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Los eventos adversos son “las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad”.

Uno de los eventos adversos que se presenta con mayor frecuencia en la práctica de enfermería se asocia con la administración de medicamentos y se puede presentar en las fases de

prescripción, transcripción, administración y monitoreo; es una acción de enfermería que requiere de un proceso reflexivo en donde a pesar de existir una política nacional de prestación de servicios de salud; cuya meta es prevenir las acciones inseguras que afectan la seguridad del paciente, reducir y eliminar la ocurrencia de eventos adversos, se siguen cometiendo errores en la administración de medicamentos.

Los profesionales del área de la salud deberán implementar el uso adecuado y al pie de la letra de los protocolos y la utilización de los diez correctos, mejorando la prestación y la calidad del servicio para ayudar a la pronta recuperación del paciente y reflejando una disminución en la estancia hospitalaria, evitando futuras recaídas, generando satisfacción al usuario, disminución en costos. El profesional de enfermería se dará cuenta de la importancia de tener los suficientes conocimientos para realizar una buena prestación de los servicios y así ayudar a la pronta recuperación del paciente.

Capítulo 1. Planteamiento del Problema

Al tener en cuenta lo expuesto del presente escrito se tiene una interrogación por resolver ¿Cuál es la práctica segura entre una atención en salud para disminuir los eventos adversos en el paciente en el servicio de hospitalización?

1.1 Marco teórico

1.1.1 Glosario

- ❖ *Evento adverso*: Daño no intencionado al paciente, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.
- ❖ *Evento adverso serio*: Evento no intencionado que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador o todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente, como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.
 - Se considera como deterioro serio de la salud:
 - Enfermedad o daño que amenace la vida.
 - Daño de una función o estructura corporal.

- Condición que requiera una intervención médica o quirúrgica para prevenir un daño permanente de una estructura o función corporal.
 - Evento que lleve a una incapacidad permanente parcial.
 - Evento que necesite una hospitalización o una prolongación en la hospitalización.
 - Evento que sea el origen de una malformación congénita.
- ❖ *Evento adverso no serio*: Evento no intencionado, diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador o todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente, como consecuencia de la utilización de un dispositivo o aparato de uso médico.
- ❖ *Incidente adverso*: Potencial daño no intencionado al paciente, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.
- ❖ *Incidente adverso serio*: Potencial riesgo de daño no intencionado que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso.
- ❖ *Incidente adverso no serio*: Potencial riesgo de daño no intencionado diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que, por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso. (INVIMA.2015) Nota: Tomado de la Resolución Número 004816 noviembre 27 de 2008.
- ❖ *Evento adverso asociado a medicamentos*: Los eventos adversos a medicamentos (EAM) han sido foco de estudios en varios países, ya que ocurren con frecuencia y aumentan la morbimortalidad de los pacientes, constituyéndose en un nuevo problema de la salud pública.
- ❖ *El evento adverso a medicamento (EAM)* abarca la reacción adversa a medicamentos (RAM) y el error de medicación (EM). El EM es uno de los más frecuentes tipos de EAM y tienen como características el hecho de poder ser evitado, este ocurre en cualquier etapa del sistema de medicación (prescripción, distribución y administración de medicamentos) y en con cualquier profesional del equipo multidisciplinar, responsable por acciones dirigidas a la terapia medicamentosa: médicos, farmacéuticos y enfermeros. (Silva¹, Reis², Miasso³, Santos⁴, & Cassiani⁵, 2011)

- ❖ *Evento adverso medicamentoso.* Cualquier signo no intencionado o desfavorable o enfermedad asociada temporalmente con el uso de un producto medicinal... provocada como respuesta a cualquier dosis usada” definición que se asemeja a la de reacción adversa al medicamento, con la diferencia que la reacción adversa se puede prever por las descripciones técnicas y no tiene que ver con error en la prescripción, solicitud y administración del mismo se enuncian a continuación los pasos susceptibles de error en el proceso de medicación:

Dónde ocurren los errores de medicación. El proceso hospitalario de administración de medicación se compone de cuatro etapas:

- Prescripción (mediante la cual el médico indica qué medicamento el paciente debe recibir, en qué intervalos y en qué dosis)
- Transcripción (cuando la orden se registra en el sistema de la farmacia)
- Despacho (cuando el medicamento se distribuye a piso desde la farmacia)
- Administración (la última etapa, cuando el personal da el medicamento al paciente)
- Los errores en la administración de medicamentos pueden ocurrir en cualquiera de estas cuatro etapas. Afortunadamente, muchos errores de prescripción, transcripción y despacho se identifican antes de administrar los medicamentos a los pacientes. Desafortunadamente, ningún error se detecta al momento de la administración, provocando los errores prevenibles y eventos adversos potenciales. (Paquete instruccional medicamentos pag 30, 44, 45)

Tipos de errores

Para ayudar a reducir los eventos adversos, los expertos han identificado los tipos de errores que pueden ocurrir en el proceso de la medicación.

El uso de dosis inadecuadas y equivocaciones en el medicamento prescrito son dos de los principales errores.

Otros eventos adversos:

- Daño del paciente por el uso incorrecto de medicamentos.
- Daño del paciente por falla del equipo biomédico.
- Daño al paciente por errores en el informe diagnóstico de imágenes o de laboratorio.
- Muerte del paciente o daño serio asociado al uso de medicamentos, en cualquiera de sus correctos

Los errores de Medicamentos (EM) más frecuentes ocurren en las etapas de la prescripción y administración. Se ha determinado que hasta un 67% de prescripciones médicas tienen uno o más errores y que de estos, un 46% ocurren en el ingreso y en alta hospitalarias, es decir, en la transición de los pacientes entre diferentes niveles asistenciales. En revisiones sistemáticas realizadas a la presencia de errores en la administración de medicamentos.

1.2 Revisión de Literatura

Los cuidados asistenciales de las instituciones de salud del mundo su principal objetivo es la seguridad del paciente, ya que es un tema que prioriza en las últimas décadas y en la actualidad, porque han generado problemas graves de salud pública.

En Colombia hay marcos normativos que ayudan a minimizar los riesgos y errores clínicos asistenciales durante los cuidados en la estancia hospitalaria como son:

Los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente que es liderada por el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención de salud, cuyo principal alcance, es establecer unos cuidados seguros que están liderados por normas que hace referencia al compromiso, cooperación, sensibilidad, promover alcance de los logros,⁹ es una política transversal y multicausal, sus objetivos es reducir el peligro en la atención, prevenir ocurrencias de eventos inseguros o adversos, así mismo educa a los pacientes y familiares dando a conocer el abordaje de los causas que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención, también es importante preponderar que en la política de seguridad del paciente menciona que las instituciones están ocurriendo en faltas graves, cuando sucede un evento adverso, señalando a los profesionales y sancionarlos por lo sucedido, no obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es por resultado final procedente de una cadena de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento en la atención durante la estancia hospitalaria.

Continuando con el marco normativo está la resolución 479 de 19 de abril del 2021 que está relacionada con el reglamento y los criterios y estándares para el cumplimiento de autorizaciones, habilitaciones y permanencia de las entidades responsables de aseguramiento en salud, lineamiento establecidos por el ministerio de salud y protección social en el artículo 4 se desarrolla el sistema de gestión de riesgo responsable de la operación de aseguramiento en salud, con el fin de garantizar el acceso equitativo, oportuno, continuó y eficiente en los servicios de

salud. Luego está el artículo 7 de la presente resolución que está ligada con la superintendencia de salud y manual de criterios de aseguramiento en salud para la atención. (resolución 497/21).

Otro elemento importante normativo para la seguridad del paciente está la Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, dado que está desarrollado por el Ministerio de la Protección Social y por el centro médico Imbanaco transformado a través del comité de buenas prácticas de la unidad sectorial con una participación de 111 instituciones prestadores de salud, quien implantan la política institucional de seguridad del paciente, su propósito es constituir, efectuar, concertar y direccionamiento estratégico institucional, también está la promoción de la cultura de seguridad que son creados para los valores, actitudes, percepciones, capacidades y patrones de comportamiento individual y colectivos, que determinan el desempeño de la buena práctica.

Ahora bien, el artículo investigativo de seguridad del paciente hospitalizado de Essalud y la Libertad Trujillo segundo semestre del año 2018, su objetivo es determinar el efecto estratégico de supervisar los eventos adversos del paciente hospitalizado, de manera que su metodología de estudio que supervisa y evaluar a 47 profesionales de enfermería, junto con la investigación implementan el programa de seguridad del paciente, dando un efecto positivo con el 27,5% el paciente hospitalizado y familiares obtienen un espacio seguro ya que disminuye las ocurrencias de eventos e incidente adversos por las buenas práctica en los cuidados.

Por último resaltamos el proyecto de estudios IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica quien lo ejecutaron junto con la Organización Mundial de la Salud

(OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y los ministerios de salud de los países la cual fue elaborado la investigación en (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), fue el primer ejercicio investigativo para medir los eventos adversos que ocurren en los cuidados asistenciales durante la estancia hospitalaria en Latinoamérica, participaron 58 centro de servicio de salud de 5 países en Suramérica donde fueron analizados 11.555 pacientes hospitalizados, quien certifican la prevalencia detectada de 20 casos 7 son eventos adversos (EA) (35%), de 20 casos 6 EA no son registrados en la historia clínica de las instituciones.

Para seguir avanzando en la seguridad del paciente sugieren poner en desarrollo los componentes que aprueben las identificaciones de los errores humanos y fallas del sistema, como buenas prácticas y desarrollo de políticas de prevención, y avance de programas de gestión de riesgo. (Pág. 13,14,16) proyecto IBEAS.

1.2.1 Metodología

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo “el enfoque cuantitativo es una estrategia de investigación que se encarga de estudiar y analizar cantidades y fenómenos complejos”, dado que se van a establecer los factores de la cadena segura en la atención en el servicio de hospitalización para el paciente, así mismo es de tipo descriptivo porque analiza las prácticas de seguridad para el paciente en el servicio de hospitalización, con base a esto se propone un programa institucional de seguridad del paciente y sus actividades relacionadas frente a los eventos adversos prevenibles.

La información que guiará este documento para establecer los factores se obtendrá de Los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención de Salud, Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud y por último la Cultura de Seguridad del Paciente.

1.2.2 Resultados

Los resultados se obtendrán de acuerdo a los objetivos específicos y se ejecutarán de forma de Analítica donde se tendrán cuenta las prácticas de seguridad para el paciente en el servicio de hospitalización y una propuesta de un programa institucional de seguridad del paciente y sus actividades relacionadas frente a los eventos adversos prevenibles.

Objetivo específico 1. Analizar las prácticas de seguridad para el paciente en el servicio de hospitalización.

Para realizar el análisis de las prácticas seguras para la atención del servicio de hospitalización de tomas de la Guías Técnica “Buenas de las Prácticas para la seguridad del Paciente en la Atención en Salud, del Ministerio de Protección social y Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad en Salud versión 001 2010, las cuales son:

Procesos Institucionales Seguros: Tener un programa de seguridad del paciente (SP) que suministre una adecuada cadena de herramientas para identificación y gestión de eventos adversos (EA).

Una Política Institucional de Seguridad del Paciente: La institución de salud debe de tener una política de seguridad del paciente donde promueva un entorno seguro y que este mismo

sea socializado y evalúe los conocimientos de los funcionarios para obtener un entorno de prácticas seguras.

Promoción de la Cultura de Seguridad: Es tener un conjunto valores, actitudes y percepciones de conductas individuales y colectivas, para lograr una comunicación asertiva profesional y paciente, es lograr adquirir la confianza de la eficiencia de las medidas preventivas de las buenas prácticas durante los cuidados y atención, y a su vez tener un plan de capacitaciones y de recursos para reducir los riesgo e incidente.

Sistema de Reporte de Eventos Adversos y Aprendizaje Colectivo: Completar con elementos y equipos que ayuden a identificar los eventos para gestión de la seguridad del paciente en las instituciones de salud.

Reporte: Tener un sistema de reporte de eventos adversos e incidentes para poder identificar las causas que favorecieron la ocurrencia de estos, el sistema debe de tener (procesos para el reporte, que se reporta, a quien se reporta como se reporta, a través de qué medios, cuando se reporta).

Análisis de Gestión: para realizar un análisis efectivo es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la falla y el error la cual se debe realizar un Protocolo de Londres.

Capacitar al Paciente, Familiar: brindar pedagogía clara y sencilla donde se da a conocer los procesos de atención y las prácticas seguras e inseguras que pueden presentar en el servicio de la atención durante la estancia hospitalaria.

Procedimientos de la atención: Identificar y estandarizar los procedimientos en riesgo para eliminar las acciones inseguras más frecuentes del servicio.

Monitoreo Institucional: la institución debe de monitorear los procesos claves relacionados con la seguridad del paciente, (indicadores que evalúen, gestión de riesgo de eventos adversos, reporte de los incidentes, los riesgos generalizados como las caídas, flebitis, úlceras por presión, neumonías por causa por el equipo y dispositivos entre otros).

También se toma de la literatura de una investigación de IBEAS que la realizaron hace 13 años, donde su objetivo es la seguridad del paciente durante la atención en los servicios sanitarios de Latinoamérica, este Estudio de Prevalencia de efectos adversos en hospitales la ejecutaron en **58** centro de servicio de salud de **5** países en Suramérica donde fueron analizados **11.555** pacientes hospitalizados, donde evidenciaron que de **20** casos **7** son eventos adversos EA. Entre leves y graves que equivalen el **(35%)**, y de **20** casos **6** EA no son registrados en la historia clínica de las

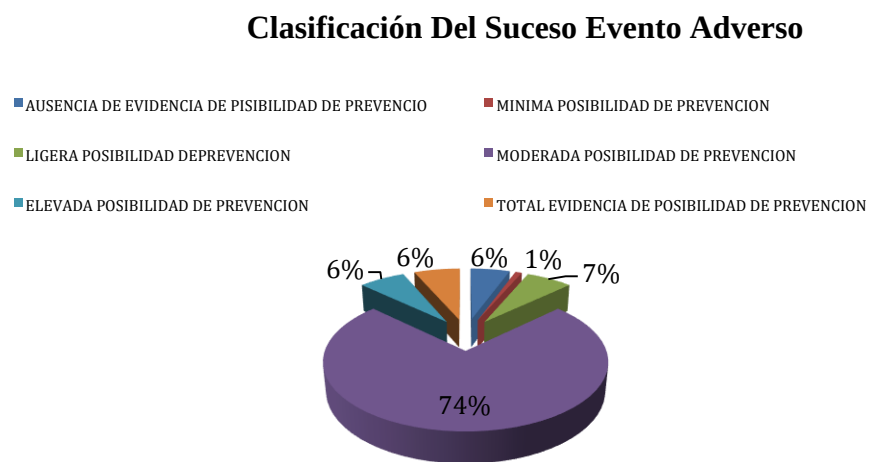
instituciones que estuvieron hospitalizados. Ahora bien, también cita la investigación que la establecieron en el país de Perú en el hospital ESSALUD elaborado en el año 2018 y su objetivo es la gestión de la calidad y seguridad del paciente, para minimizar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos; durante la prestación del servicio, aun así, encuentra una prevalencia del 13,1 % que de 10 pacientes uno sufre un incidente que le provocará daño durante la estancia de la hospitalización. Y por último está el documentó Manual Normativo Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia y su objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Descuerdo al desarrollo de las investigaciones de las fallas humanas en la atención de salud en Colombia logra identificas los eventos adversos, incidentes y fallas,

Tabla 1: *Clasificación del suceso de eventos adversos durante la atención del servicio de hospitalización*

Clasificación Del Acontecimiento Evento Adverso	valor	%
Ausencia De Evidencia De Posibilidad De Prevención	6	6
Mínima Posibilidad De Prevención	1	1
Ligera Posibilidad De prevención	7	6
Moderada Posibilidad De Prevención	80	74
Elevada Posibilidad De Prevención	7	6
Total Evidencia De Posibilidad De Prevención	7	6
total	108	100

Figura 1: *Clasificación del suceso de eventos adversos durante la atención del servicio de hospitalización*

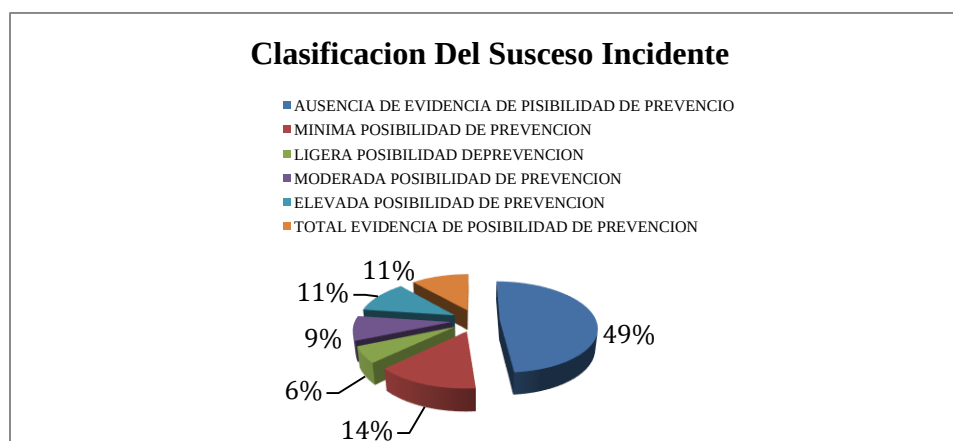


De acuerdo con la prevalencia de los sucesos de los EA que ocurren durante la estancia de hospitalización en el paciente, aparecen en las primeras 7 días, logran identificar que el suceso más frecuente y es el suceso de moderada posibilidad de prevención con el 74% y el que tuvo menos probabilidad de suceso es mínima posibilidad de prevención con el 1%.

Tabla 2 *En la Clasificación Del Suceso Incidente durante los cuidados de la estancia de hospitalización*

Clasificación Del Acontecimiento Incidente	Valor	%
Ausencia De Evidencia De Posibilidad De Prevención	17	49
Mínima Posibilidad De Prevención	5	14
Ligera Posibilidad De prevención	2	6
Moderada Posibilidad De Prevención	3	9
Elevada Posibilidad De Prevención	4	11
Total Evidencia De Posibilidad De Prevención	4	11
Total	35	100

Figura 2 *En la Clasificación Del Suceso Incidente durante los cuidados de la estancia de hospitalización*



Ahora bien, están los sucesos del incidente durante la atención por el personal profesional de salud en la estancia de hospitalización, identifican que se presentan en los primeros 14 días de hospitalización y dan a conocer que es más frecuente es la ausencia de evidencia de posibilidad de prevención con un 49%, y el que tuvo menos prevalencia es la ligera posibilidad de prevención con el 6%, todo porque el profesional tiene miedo por ser suspendidos y acusados por la falla.

Tabla 3 *Están las fallas errores y gravedad que evidencian en los cuidados durante la hospitalización*

Falla, Errores Y Gravedad	Valor	%
Infecciones Por Hospitalización	60	36
Errores En El Cuidado	49	29
Complicaciones Procedimientos Quirúrgicos	26	15
Medicamentos	18	11
Complicaciones Por Mal Tratamiento Y Diagnostico	16	9
total	169	100

Figura 3 *Están las fallas errores y gravedad que evidencian en los cuidados durante la hospitalización*



Es importante mencionar que durante la investigación identificaron las fallas, errores y proceso graves de la atención de salud por los profesionales y reflejan que las infecciones dadas en la estancia hospitalaria tienen el 36%, le sigue errores durante el cuidado con un 29%, luego esta complicación en cirugías con un 15 %, también medicamentos con un 11% y por ultimo esta complicación por un mal tratamiento y mal diagnostico por el personal médico con un 9%. (Rev. Fac. Nac. Salud Publica 2017).

Objetivos específicos 2, Promover un programa institucional de seguridad del paciente y sus actividades relacionadas frente a los eventos adversos prevenibles.

Capítulo 2. Propuesta del programa la seguridad y el riesgo del paciente en el servicio de hospitalización

2. 1 Introducción

La seguridad del paciente es la prioridad en el sistema de salud para brindar una atención oportuna para mitigar los errores y eventos adversos en las instituciones durante los cuidados hospitalarios. Es por ello que las instituciones de salud, se han propuesto objetivos para prevenir eventos adversos en la atención y cuidados de los pacientes, corregir errores y aprender de ellos, es importante para crear un clima y cultura de seguridad que lleva al Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud.

En la atención donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos e incidente clínico. Son indicadores específicos del resultado final de la atención y revelan cómo es la calidad de servicio en una institución de salud. Durante la atención de un paciente, entre otros factores, ocurren cambios constantes de las condiciones clínicas del paciente, también en los profesionales de la salud, en procedimientos clínico o quirúrgico, en factores humanos relacionadas con la atención y los equipos y tecnología a utilizar y entre otros, que en muchas ocasiones generan a errores y eventos adversos secundarios. Ahora bien, el objetivo es Proponer un programa institucional de seguridad del paciente y sus actividades relacionadas frente a los eventos adversos prevenibles.

A continuación, el siguiente programa de seguridad del paciente tiene como finalidad proponer actividades relacionadas con el mejoramiento del sistema y su atención al paciente como es brindar cultura de seguridad y buenas prácticas para una atención y cuidados seguros en la hospitalización; las cuales son realizadas de manera sistemática, rigurosa y constante, deben llevar a la disminución, al mínimo posible de eventos adversos. En su desarrollo se ha tenido en cuenta no solo los avances científicos publicados en la literatura internacional, sino también la referencia nacional e internacional con hospitales y clínicas de alto reconocimiento por su calidad y seguridad y la experiencia alcanzada por los líderes del sector en las instituciones acreditadas.

2.2 Objetivos

2.2.1 *Objetivo General*

Establecer e implementar prácticas seguras de la atención en salud; en los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente y buenas prácticas seguras en las Instituciones, para minimizar los problemas y errores inseguros de seguridad en la atención.

2.2.2 *Objetivos Específico*

- Establecer un entorno seguro de la atención en salud dentro del vehículo hospitalario.
- Promover una cultura de seguridad en los pacientes, familiares y profesionales de salud.
- Minimizar el riesgo de la atención en salud institucional.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos e incidentes en el proceso de atención mediante el desarrollo de metodologías científicamente probadas y la aceptación por las barreras de seguridad institucional.

2.3 Alcances

El programa de seguridad del paciente, se puede utilizar para todo el equipo multidisciplinario que participa en la atención del usuario y debe dar a conocer a todas áreas tanto administrativa como asistencial de una institución de salud para que la atención y cuidados se han oportunos eficaces.

2.4 Definiciones

Atención En Salud: Servicios recibidos para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud de la población que la necesita.

Barrera De Seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Falla De La Atención En Salud: Es una falta para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto.

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

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.

- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Desarrollo / Descripción Del Proceso / Actividades

Ejes Conductores del Programa de Seguridad del Paciente

Apoyo de la alta dirección

Es fundamental involucrar la alta Gerencia, en la implementación de la cultura y seguridad de la atención del paciente, sin el apoyo de este ente, no se pueden iniciar las acciones que redundará en la propuesta e implementación de los procesos y programaciones institucionales. Como resultado de este apoyo, la seguridad, prioriza y el diseño de la propuesta obtendrá un desarrollo positivo para los lineamiento, prácticas y políticas seguras en la atención del paciente

- **Análisis y gestión de riesgos**
- **Análisis de modo y efecto de falla- AMEF:** Es una metodología que se utiliza para gestionar e identificar y aprovechar oportunidades para mejorar el desempeño y emprender acciones para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal.
- **Para construir un AMEF** Se hace una lista de todas las posibles causas de falla asignables a cada modo de falla potencial y se tiene en cuenta:
- **Su ocurrencia:** Qué tan frecuentemente se proyecta que ocurra la causa o el mecanismo de falla específico. Se estima la posibilidad de ocurrencia en una escala de 1 a 10.

- Su Severidad: Es una evaluación de la seriedad del efecto del modo de falla potencial en el cliente.
- Controles actuales del proceso: Se describen los controles que previenen que en cierto grado ocurra el modo de falla o que detectan el modo de falla que se presentará.
- Detección: Evalúan la probabilidad de que los controles de proceso que se proponen detecten una causa potencial o el modo de falla subsecuente. Se usa una escala de 1 a 10.
- Si bien un AMEF debe tener un responsable de la preparación, debe también basarse en el esfuerzo de un equipo de expertos; en diseño, manufactura, en materiales, en servicio, en calidad, los proveedores y líderes del área responsable. (AMEF Mil-p 1629 2021).
- Definición de privilegios o credenciales

La Gerencia de la organización o instituciones, es elemento fundamental para la seguridad del paciente. Parte del principio de que las instrucciones deben ser hechos por aquellos que tienen las capacidades, destrezas y experticia para hacerlo bien desde su primera evolución, con lo cual se reduce la probabilidad de que aparezcan eventos adversos e incidentes.

Adherencia a guías de práctica clínica. Es evidente que la práctica médica excesivamente basada en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes por la aparición de acciones erróneas. Ahora bien, la guía práctica clínica es la estandarización en forma ordenada y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su permanencia en la organización. Tiene como objetivo aportar información para la toma de decisiones en intrusiones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos e incidentes. Las guías de práctica clínica deben estar disponibles en los servicios para fácil consulta por los profesionales. Por ello, una actividad clínica tan importante como lo es el diseño de la guía, es la verificación de su adherencia en la implementación

Educación en Seguridad del paciente. La enseñanza continua en todos los aspectos afines con la seguridad del paciente es primordial en la creación de cultura. Entre las actividades pedagógicas que se pueden realizar diariamente están:

- Los comités breves de seguridad. Se ejecutan cuando el líder del equipo o cualquier otro integrante aprovecha que el equipo se encuentra reunido, por ejemplo, en una entrega de

turno, en una junta, en una revista diaria, entre otros para suministrar información relacionada con una práctica segura.

- Librillos. Son herramientas instruidas que se entregan a los trabajadores y áreas con alguna periodicidad, y que tienen como fin resonar el carácter prioritario que en la institución tiene como implementación o modelo la seguridad de los pacientes.
- Actividades institucionales del Programa de Seguridad del Paciente
- Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud
- Implementación de las metas globales de seguridad del paciente, la institución debe trabajar en el día a día hacia la obtención de las metas de seguridad; mejorar la identificación del paciente, mejorar la efectividad de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, para mejorar la seguridad en la atención.
- Instruir al paciente y la familia en la cultura y buenas prácticas de seguridad
- Mecanismos de reporte de eventos adversos, el reporte institucional de incidentes y eventos adversos es una herramienta fundamental para el aprendizaje institucional y la prevención de nuevos eventos e incidentes.
- Ejecución de respuesta rápida ante un suceso.
- Al presentarse cualquier caso de emergencia con los pacientes que se están trasladando antes o después de citas, y/o procedimientos se debe seguir los siguientes pasos:
 1. Como primera medida se deberá reportar a la central (coordinador de área, referencia y contrarreferencia), para apoyo y guía en la atención al paciente.
 2. Brindar una atención oportuna eficiente para minimizar el riesgo de la atención El llamado se debe realizar ante la aparición de cualquiera de los siguientes signos o síntomas:
 - Visualización de respiraciones rápidas y profundas
 - Fiebre (detectar temperaturas altas al tacto)
 - Visualizar palidez, y sudoración en la piel
 - Inicio súbito de dolor en el pecho
 - Una extremidad fría, sin pulso, o cianótica
 - Paciente confundido o agitado
 - Paciente aletargado o con estupor sin explicación evidente
 - Aparición súbita de dificultad para hablar bien
 - Respuesta pupilar inadecuada

- Convulsiones en un paciente sin historia previa de convulsiones
- Dolor incontrolable
- Hemorragia por heridas, orificios naturales
- Hematoma importante sobre el cuello
- Al presentar el paciente de úlcera por presión, la flebitis y golpes por caídas.
- Herramientas para la Construcción de Cultura de Seguridad

La ejecución de cultura de seguridad debe ser el objetivo fundamental de cualquier Programa de Seguridad del Paciente. Esto se establece en el hecho de que siempre que sean los seres humanos quienes suministren la atención en salud, ocurrirán fallas y errores. Sin embargo, los proveedores de la atención en salud pueden reducir la probabilidad de fallas y errores, y limitar su impacto a través de la implementación de una cultura de seguridad. Es importante resaltar que cultura es el conjunto de conocimiento, experiencias, valores, creencias y actitudes que cooperan los miembros de una organización. Por lo tanto, si las personas de una organización alinean estas características de conducta en torno a la seguridad de los pacientes, el resultado final no será distinto al de tener una organización que entrega seguridad a sus pacientes.

Crear cultura organizacional es algo complejo y lograr en el corto y mediano plazo debido principalmente a que, como lo dice su definición, se trata de formar conductas individuales en torno a unos pocos objetivos, en este caso, el de la seguridad. La cultura de seguridad tiene cuatro componentes fundamentales, sobre los cuales se debe trabajar al interior de cada organización para lograrla. Estos mecanismos son:

- Seguridad psicológica
- Liderazgo efectivo
- Transparencia y cultura justa.

Conclusiones y recomendaciones

La condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. De igual manera, la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error, es buscar al culpable y castigarlo. Con cada caso de daño o muerte de un paciente debido a un error y que trasciende a la opinión pública, los medios de comunicación, los entes de regulación gubernamental, las familias de los pacientes afectados, el público en general y la misma institución, buscan la culpa individual para enseñar un castigo ejemplar. Sin embargo, culpar o

castigar a alguien no asegura que una situación similar de daño a un individuo no se esté presentando simultáneamente en otro escenario clínico o que el mismo error no se vaya a repetir, incluso en un futuro cercano en la misma institución.

Se requiere confianza mutua y trabajo conjunto entre los trabajadores de la salud, el personal de apoyo y la gerencia para prevenir futuros eventos adversos.

La falta de seguridad del paciente ha sido un problema a nivel mundial en el ámbito de la salud, que por negligencia de las entidades prestadoras de salud y por los malos procedimientos, ha generado que día a día se convierta en un tema importante a nivel de todas las IPS de salud ya que la falta de comunicación entre paciente y personal de la salud conlleva a la insatisfacción de los usuarios, aumento de eventos adversos, aumento de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) y a la disminución de la credibilidad institucional.

Es necesario capacitar dentro del área de hospitalización, diferentes estrategias que permitan inculcar en los trabajadores, la necesidad de reforzar y actualizar en los conocimientos para la atención del paciente, en lo que generará en ellos confianza en sus aptitudes y una mayor conciencia de las acciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Lista de Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2021). Manual técnico institucional de gestión del riesgo clínico AMFE. Secretaria de Salud.
http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/2021/Man_G_Riesgo_ClinAMFE-2021.pdf
- Barrientos Montenegro, T.N. (2019). Análisis de modo y efectos de falla en la atención de la para disminución de riesgos en la seguridad del paciente. [Trabajo de Grado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio.
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/3493>
- Breih J. (2013). Determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una salud pública. Revista Faculta Nacional de Salud Publica 31(supl 1) 13.27.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3377/1/CON-067-Breilh,%20J-La%20determinacion.pdf>
- Cañas Buitrago, C.L., Castañeda Cancimanse, D., Erazo Lema, J.C., (2018). Cultura de seguridad del paciente, hospital santa ana de guática, risaralda. [Trabajo de Grado, Fundación

- Universitaria del Área Andina]. Repositorio.
<https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/735>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). Metodología de la investigación (6a ed.). McGrawHill.
<https://academia.utp.edu.co/grupobasicoclinicayaplicadas/files/2013/06/Metodolog%C3%ADa-de-la-Investigaci%C3%B3n.pdf>
- Kekeman, E., Albelbeisi, A.H., Davoodabadi, S., Ghafari, M., Dehghandar, Z., Raeissi, P. (2022). Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: Baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking. BMC Health Serv Res 22(403) 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07774-0>
- Ministerio de la Protección Social, Colombia(2012). Resolución 0112 de 2012. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Obtenido de,
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/lineamientos_implementation_politica_seguridad_del_paciente.pdf
- Ministerio de la Protección Social, Colombia. (2010). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/lineamientos_implementation_politica_seguridad_del_paciente.pdf
- Ministerio de la Protección Social, Colombia. (2010). Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud versión 001. Dirección General de Calidad de Servicios Unidad sectorial de normalización – Seguridad del Paciente
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenaspracticas-seguridad-paciente2010.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, (19, abril de 2021). Resolución 00000497 de 2021. Por la cual se reglamenta los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20497%20de%202021.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social, España. (2009), Estudios IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. OMS.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados estudio-ibeas.pdf>

Torkaman M., Sabzi A., Farachzadian J. (2020). The effect of patient safety education on undergraduate Nursing Students` patient safety competencies. Sage Journals Volumen 42, <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0272684X20974214>