

ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL USUARIO
EN EL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE PEREIRA EN AGOSTO DEL 2018

ADRIANA LUCIA CHAURRA ORTIZ
ÁNGELA ANDREA LÓPEZ SUAREZ
TANIA ALEXANDRA LARGO ESCOBAR

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN INSTITUCIONES DE SALUD
PEREIRA
2018

ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL USUARIO
EN EL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE PEREIRA EN AGOSTO DEL 2018

ADRIANA LUCIA CHAURRA ORTIZ
ÁNGELA ANDREA LÓPEZ SUAREZ
TANIA ALEXANDRA LARGO ESCOBAR

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN INSTITUCIONES DE SALUD
PEREIRA
2018

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
1. PROBLEMA	6
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
3. OBJETIVOS.....	12
3.1 OBJETIVO GENERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4. MARCO TEÓRICO	13
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	13
4.2 MARCO REFERENCIAL.....	16
4.2.1 Seguridad del paciente.	16
4.2.2 Identificación del paciente.....	17
4.2.3 Modelo Reason de causalidad (modelo de queso suizo).....	18
4.2.4 Diagrama de Ishikawa o de Espina de pescado.	18
4.2.5 Método Causa – Raíz.	18
4.2.6 Protocolo de Londres.....	19
4.2.7 Método Ancla.....	19
4.3 MARCO CONCEPTUAL.....	19

4.3.8 Palabras claves.....	20
4.4 MARCO JURÍDICO.....	20
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	23
5.2 POBLACIÓN.....	23
5.3 MARCO MUESTRAL.....	23
5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	23
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
5.7 VARIABLES.....	23
5.8 PLAN DE ANÁLISIS.....	26
5.8.1 Recolección de información.....	26
5.8.2 Tabulación de datos.....	27
5.8.3 Análisis de la información.....	27
5.9 POBLACIÓN BENEFICIADA.....	27
5.10 COMPROMISO BIOÉTICO.....	28
5.11 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL.....	28
5.12 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	28
5.12.1 Cronograma.....	28
5.12.2 Presupuesto.....	29
6. RESULTADOS.....	30
6.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	30

6.2 PLAN DE MEJORA.....	3
7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	3
CONCLUSIONES	4
RECOMENDACIONES.....	5
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	6

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención en salud con el paso del tiempo se ha convertido en un acto complejo y de mucha atención, el cual además de suministrarle a usuario un tratamiento adecuado a su problema de salud, representa un riesgo latente ya que se puede causar un daño involuntario a este, por razones obvias, desde el año 2002 la organización mundial de la salud (OMS), solicitó en la Resolución WHA55.18, a los Estados Miembros a que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente (1).

Dada esta situación la OMS creó en el año 2004 la “alianza mundial para la seguridad del paciente” (2), donde se destaca la importancia internacional de la seguridad del paciente(3), esta fue formalizada en Colombia a través de iniciativas como la Política de seguridad del paciente (4), los "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente"(5) y La Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”(6).

En este sentido y dada las características actuales del proceso asistencial (aumento de la complejidad y volumen, especialización y participación de un elevado número de profesionales) propicia un aumento del riesgo de aparición de eventos adversos (EA), lo que supone una amenaza para la seguridad y los niveles de calidad. v Diferentes estudios realizados en nuestro país en diferentes niveles asistenciales, como el Estudio ENEAS, el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (8) y el Estudio sobre Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS) (9), han cuantificado la importancia de estos efectos.

La seguridad del paciente con el paso del tiempo ha pasado a ser un componente clave en la calidad asistencial y se resalta en la famosa publicación del informe del Instituto de Medicina de EE.UU., Error es humano (10), ha permitido que adquiera importancia, tanto para los usuarios y sus familias como para los responsables y profesionales sanitarios, convirtiéndose la mejora de la seguridad del paciente en una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y en los organismos internacionales, que incluyen la promoción de una cultura de la información sobre seguridad del paciente, el desarrollo de sistemas de información sobre EA y la promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje (11). Para ello es fundamental el abordaje multidisciplinar con el fin de minimizar las consecuencias que suponen, entre otros, un coste en la salud personal del paciente, un impacto significativo en los profesionales involucrados (disminución de la motivación y una pérdida de confianza) aparte de un elevado coste económico y social (12).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (13), define la seguridad del paciente como 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. Por lo tanto, hoy en día, la seguridad del paciente ha tenido un incremento en las instituciones de salud, las cuales han venido desarrollando diferentes capacitaciones para el personal, buscando evitar efectos adversos en los pacientes mediante los lineamientos de la política de seguridad del paciente en la Resolución 0112 del 2012 del Ministerio de la Protección Social ahora llamado Ministerio de Salud y Protección Social.

En consonancia con la normativa legal vigente, el Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira desde el año 2007 se ha venido implementado el programa de seguridad clínica y gestión del riesgo, así como el sistema de vigilancia de eventos adversos, cuyo fin es la adopción de una cultura de seguridad en las organizaciones de salud. Sin embargo, el esfuerzo realizado en el hospital para mejorar el reporte de eventos adversos y estrategias de prevención y mitigación de estos, no se está evidenciando en los indicadores que la entidad ha propuesto para ellos, además tampoco se han socializado los mecanismos formales preestablecidos, lo cual dificulta la vigilancia, monitoreo y la implementación de mejoras en la entidad.

Adicional a esto, dichas fallas en el sistema se traducen en la aparición de quejas por parte de los usuarios contra los servicios prestados y los profesionales que allí laboran, las cuales provocan daños en el paciente, que a su vez se convierten en sobre costos y demoras en la atención.

Es fundamental abordar esta temática con seriedad en cada uno de los servicios donde se presta en una entidad de salud, para hacerlo contando con todo la seguridad y calidad que el paciente requiere, por lo tanto la autoevaluación de los protocolos y prácticas seguras en este caso de identificación se hacen necesarias, ya que en el hospital se han venido generando fallas en cuanto a los protocolos establecidos, siendo obligatorio evaluar mediante la realización de un diagnóstico evidencia cómo esta estructurado el protocolo de seguridad del paciente en el proceso de identificación, el cual ha presentado fallas en la prestación del servicio, complicaciones médicas y altos costos por dichas complicaciones por parte de los profesionales en salud, adicional a esto, las implicaciones administrativas y sancionatorias que provoca la no adhesión a los protocolos establecidos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es nivel de adherencia al protocolo de identificación segura del usuario en el servicio de observación de urgencias en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Pereira en agosto del 2018?

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta los riesgos inherentes en la prestación de cuidados de salud, la seguridad del paciente, esta hoy en día, presente en las agendas de las organizaciones asociadas a la salud tanto a nivel nacional como internacional. Por su parte la (OMS) (14) se ha convertido en líder de la temática de la seguridad del paciente desde un ámbito internacional y la define como un principio fundamental de la atención a este. En cada paso del proceso de atención en la salud hay una probabilidad de daño. Mejorar en este ámbito requiere por parte de todo un sistema, un esfuerzo que incluye una amplia gama de acciones que van encaminadas hacia la mejora del desempeño como la gestión de la seguridad, el uso seguro de los medicamentos y la seguridad de los equipos en la práctica clínica.

La seguridad del paciente es un tema importante para las instituciones de salud, para los profesionales de enfermería ha sido un tema de preocupación, pues la presencia de estos en el acto del cuidado, la continuidad de este y las condiciones específicas y distintivas son elementos de calidad para la atención de la salud, ya que los cuidados de enfermería otorgan protección y bienestar para los pacientes (15).

La identificación del paciente es un paso esencial para la seguridad del paciente en el proceso de atención. El fallo en la correcta identificación de un paciente, se relaciona directamente con la posibilidad de brindar una intervención clínica ya sea al paciente incorrecto, equivocación en el lugar del procedimiento, errores de administración de medicamentos, error de transfusiones y errores en los exámenes complementarios; esto es un problema reconocido en todo el mundo como fuentes de errores en el proceso de atención (16).

Así mismo, cuando ocurre la identificación inadecuada de los pacientes, esta se presenta como una causa importante de los problemas y las complicaciones asociadas a errores en la asistencia. Culturalmente la forma mas habitual de identificación de los pacientes en centros sanitarios es el numero de habitación o cama, el diagnostico, las características físicas o psicológicas o por el hecho de que respondan a un nombre determinado. Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, procedimientos en la persona incorrecta y altas de bebés que se entregan a las familias equivocadas (17).

Adicional a esto, el personal sanitario suele ser excesivamente confiado en lo que a la identificación de pacientes se refiere. Al conocer a un paciente, se asume que los demás también lo conocen. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (18) (JCAHO), organización no gubernamental y sin ánimo de lucro que acredita a más de 18.000 organizaciones sanitarias y programas de salud en

Estados Unidos, viene elaborando criterios de buena practica y estándares desde 1951. Ha incorporado a su agenda nuevas exigencias para garantizar la seguridad de los pacientes. Una de sus metas desde 2003 es “mejorar la exactitud en la identificación del paciente”.

Solucionar este problema que se ha hecho de interés en salud publica, es considerado una meta para todas las entidades que trabajan en el tema de la seguridad del paciente; una de las estrategias implementadas son las pulseras de identificación que es puesta al paciente y dura toda la estadía de este para evitar error en el proceso de la atención (16).

Los profesionales de la salud deben velar por la creación de una cultura de seguridad del paciente que disminuya los factores de riesgo al recibir atención en salud. Los eventos adversos son un indicador fundamental para medir la calidad de los servicios de salud brindados a los sujetos de cuidado, debido a que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado sufren de algún evento adverso, y este riesgo se duplicaba si se considera el tiempo en que el paciente está hospitalizado (19), es prioritario reflexionar y concienciar al personal de salud sobre la magnitud que tiene el problema, propósito que requiere gestionar desde el nivel estratégico, políticas de calidad en la prestación de los servicios de salud en la Institución.

Para el personal asistencial es muy relevante, extender una cultura de calidad y participar en los programas que implementan para la calidad y cuidados de los pacientes, pues el personal de enfermería es el grupo más grande de los proveedores del cuidado de la salud, además de ser una parte importante en los equipos multidisciplinarios hallando soluciones para la seguridad del paciente (20).

Por tal motivo, existen diferentes razones por las cuales la identificación adecuada de los pacientes viene siendo un desafío para los centros asistenciales. Las múltiples intervenciones de gran complejidad, tanto desde el punto de vista técnico como de gestión, donde intervienen diversidad de personas y servicios, la hacen aún más prioritaria y de urgente atención por parte de los profesionales en salud y directivos.

Por lo anterior, es importante verificar el cumplimiento del protocolo de seguridad del paciente en el proceso de la identificación del paciente y la adherencia con la normatividad vigente, ya que la aplicación de esta norma fomenta una atención de calidad para el usuario en términos científicos, técnicos y de cuidados humanos, todo esto apoyado en la práctica de la auditoria a nivel institucional, bajo los referentes normativos y legales que cobijan a las instituciones prestadoras de salud en Colombia, de esta forma y mediante la revisión detallada del tema en particular, se derivaran hallazgos propios del ejercicio de una auditoria, la cual es sin lugar a dudas una pieza clave en la estabilidad y el control de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Este estudio se evaluará la adherencia de la sala de observación del servicio de urgencias con el fin de identificar las fallas en la adherencia al protocolo y formular un plan de mejora con el fin de disminuir el riesgo, lo cual permitirá disminuir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, todo esto traducido en una mayor satisfacción en la atención de los usuarios.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de adherencia a la normatividad vigente en el protocolo de seguridad del paciente en el proceso de identificación en el servicio de observación de urgencias en Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira en el mes de agosto del 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el cumplimiento del protocolo de identificación del paciente mediante un diagnóstico de dicho proceso
- Identificar las oportunidades de mejora en la ejecución del actual protocolo de seguridad en la identificación segura del paciente.
- Implementar un plan de mejora que permita llevar a cabo las acciones de mejora con el objetivo de prestar un mejor servicio dentro del proceso de identificación segura del paciente.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

La seguridad del paciente no es un tema nuevo y desde antes de cristo, dicha temática tenia cabida dentro de lo medicina ancestral, dado que hace unos 2400 años Hipócrates de Cosa, al que muchos autores han considerado el padre de la medicina en reconocimiento a sus importantes y duraderas contribuciones a esta ciencia, dentro de sus principios estaba el de “primum non nocere”, (lo primero es no hacer daño), que si bien, no siempre es posible aplicar este principio, si debería de hacer reflexionar al personal sanitario a considerar los posibles daños que sus acciones pueden provocar. Este principio casi olvidado a lo largo de la historia, esta cada vez tomando más relevancia (21), la seguridad del paciente es el principal objetivo de calidad en salud y es el resultado de una serie de valores, actitudes competencias e intervenciones por parte de los profesionales y del sistema de salud.

Para la década de los noventa, se encontraron diversos estudios describieron la existencia de situaciones que comprometían la calidad de los servicios hospitalarios, dado que se relacionaban quizá en la no utilización de protocolos que llevaran a prestar un servicio de calidad. Al respecto se iniciaron estudios con el fin de conocer la realidad existente en cuanto a la calidad de atención y por ende a la seguridad del paciente. De estos estudios surgió el informe “Errar es humano: construyendo un sistema sanitario más seguro” publicado en Estados Unidos en 1999, con el cual se buscaba el incremento de la importancia de la seguridad del paciente en los procesos médicos” (22).

Una mala identificación de pacientes puede llegar a tener consecuencias fatales. Se trata de un problema generado a nivel mundial y que ocurre con una alarmante regularidad. El impacto de este error es tal que la correcta identificación de los pacientes ha sido definida por la Comisión de Acreditación de los Estados Unidos (Joint Commission) como el objetivo nacional de seguridad en los pacientes no 1, y es la piedra angular en la cual se basan los otros objetivos (23).

La literatura científica sobre la magnitud de este problema es cada vez más abundante. Entre noviembre de 2003 y julio de 2005, la Agencia Nacional Para la Seguridad del Paciente del Reino Unido denunció 236 casos incidentes relacionadas con la perdida de pulseras identificativas o brazaletes con identificación incorrecta (24).

En un periodo de tres años se denunciaron al Centro Nacional para la Seguridad del Paciente del departamento de Veteranos de los EE. UU., más de 100 eventos adversos vinculados a una incorrecta identificación de los pacientes (25).

Un análisis de los errores de medicación reportados durante el año 2003 a MEDMARX (sistema voluntario de reporte anónimo de errores de medicación de la Farmacopea de los EE. UU.), reveló que, sobre un total de 218.347 errores de medicación notificados, cerca del 5% (10.647) se debieron a la administración del fármaco al paciente incorrecto. El 1,5% de estos errores resultaron en algún tipo de daño (160 pacientes) (26). Pese a estos hallazgos, la mayoría de los analistas sostienen que estas bases de datos, alimentadas por la notificación voluntaria de los profesionales no alcanzan a capturar el número real de procedimientos realizados en el paciente equivocado. Los estudios muestran que los profesionales de la salud reportan solo un pequeño porcentaje del número real de errores (27).

Según estudios realizados por Solar (28), uno de las principales causas o factores del entorno de trabajo hospitalario por las que se comenten los eventos adversos es la escasa formación en seguridad, esto es debido a la deficiente identificación del paciente y registros clínicos deficientes en el expediente del paciente.

Numerosas investigaciones en el campo de la seguridad del paciente se han destacado por la detección en las causas de los eventos adversos por la medicación, como lo afirma Bortoli, Monzani (29), donde se evidenciaron que la mayoría de las fallas fueron técnicas como la falta del lavado de manos; falta de desinfección de las ampollas; interrupciones y distracciones de las actividades; transcripción de la prescripción en etiquetas y cintas adhesivas que identificaban los medicamentos para administración, que también fueron utilizados como rótulos, muchas veces incompletos, ocurriendo la falta principal del nombre del paciente y hora de preparación. En esta investigación fue notable la no utilización de la prescripción en la confirmación del nombre del medicamento, dosis y vía, y del nombre del paciente.

En cuanto a la identificación del paciente, un estudio realizado por Ortells y Paguina (30), muestra en un porcentaje bastante elevado en la correcta identificación del paciente, esto quiere decir que el estándar de calidad es óptimo; los centros de estudios donde se realizó la investigación muestran que todos estos disponen de un sistema de identificación, cuentan con los brazaletes o manillas de identificación lo que resulta en el margen de error en el proceso de atención sea baja, no obstante refieren que las causas de la no identificación son la no realización de un triaje adecuado, ya que la mayoría proviene de consultas externas y no llevan la manilla de identificación al finalizar algún proceso de atención como la canalización de las vías o gasométricas arteriales.

Sin embargo, para algunas personas que laboran en el ámbito de la salud existen otros motivos por los cuales puede ocurrir un error en el proceso de atención, además de la incorrecta identificación del paciente; es probable que sea cierto, pues la identificación debe ser una medida a cumplir en la totalidad de los pacientes; si bien es cierto en todas las instituciones de salud debe ser regla que todos los pacientes en todas las unidades de atención porten la manilla de identificación del

paciente, esto lleva al margen de que se cometa un error sea baja por parte del personal (16). Al omitir los pasos estipulados en el protocolo de atención del paciente, se abre la puerta para que se generen fallas en la prestación del servicio de salud y a su vez genere la aparición de eventos adversos.

Según lo investigado por Villareal (31), en los países tercermundista y en los que tienen economía de transición existen pruebas de que la probabilidad en la aparición de eventos adversos son ocasionados por el mal estado de la infraestructura, de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, la deficiencia en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos insuficientes o nmero insuficiente y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esencial.

A nivel internacional se han llevado a cabo estudios de prevalencia en incidencia de eventos adversos en la atención en salud, dentro de los cuales se destacan el Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS (32) y el Estudio APEAS Sobre La Seguridad de los pacientes en Atención Primaria en Salud (33), que han evidenciado la alta frecuencia con la que dichos eventos se presentan. Se destacan también intentos de estandarizar la terminología utilizada para describir los sucesos y elementos propios de un programa de seguridad del paciente (34), y los retos mundiales propuestos por la misma OMS en pro de la reducción de Eventos Adversos, tales como, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, y la seguridad de las prácticas quirúrgicas (35).

En Colombia, la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá y la Gerencia Científica y de Investigación del Hospital, replicaron el estudio Ibeas, Prevalencia de eventos adversos en Hospitales de Latinoamérica. El Ibeas fue el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para “prevenir los eventos adversos que ocurren como atención médica en los hospitales y conocer la magnitud y las características del problema” (19) para proponer soluciones y disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados de salud. Este se desarrolló en colaboración de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú.

4.2 MARCO REFERENCIAL

4.2.1 Seguridad del paciente. un pilar fundamental dentro del protocolo de seguridad del paciente, es la Seguridad de este, la cual es definida como el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de procedimientos o enfermedades (36). De esta forma, la seguridad del paciente forma parte de todo un conjunto de requerimientos legales, los cuales deben ser acatados a cabalidad por los profesionales en salud, lo cuales garantizan que el paciente este prevenido ante algún riesgo presente en los servicios médicos.

“Más que un concepto, es un movimiento que surge en el ámbito mundial como un replanteamiento de la efectividad de los sistemas de salud en los diferentes países. Los sistemas de salud y en especial los profesionales que lo integran, sin lugar a duda tiene como objetivo el bienestar de los pacientes, sin embargo, a pesar de sus buenas intenciones también pueden causar daño” (37). La efectividad de los sistemas de salud entonces depende no solamente del impacto causado por el mejoramiento de la salud de los usuarios sino también de las condiciones de seguridad en que se preste la atención, esa es la razón de ser de la política de seguridad del paciente: Prestar una atención segura y efectiva.

“De acuerdo con lo expuesto se deduce que la Seguridad del Paciente depende de varios factores como la estructura con la que se brinda la atención (recursos materiales, humanos e infraestructura); los Procesos organizacionales (modo en que está diseñado cada proceso de atención médica), el considerar la Seguridad del Paciente como una Cultura dentro de la organización” (37).

Según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los eventos adversos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes Hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos mientras que, en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6%. A las consecuencias directas en la asistencia se suman las repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y el dolor de la afectación de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos representan en algunos países un costo anual entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses (38). Esta información ha conducido a la comunidad científica a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de efectos adversos derivados de la atención sanitaria y su repercusión en la vida de los pacientes (39).

4.2.2 Identificación del paciente. Como parte del protocolo de seguridad del paciente, la identificación de este juega un papel fundamental en las instituciones de salud, según la OMS en el documento “calidad de la atención seguridad del paciente” (40), la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo.

En la práctica de enfermería, la identificación de la paciente esta implícito en el acto de cuidado “pues es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado” (41). A partir de esta óptica, desde Florence Nightingale, la precursora de la enfermería, afirmo que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados.”(42), hasta el mundo moderno, la enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente.

En Colombia según lo establecido por la ley en complemento con el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, se definen lineamientos que permiten hoy día establecer políticas para creación de sistemas de atención segura en las instituciones prestadoras de salud como requisito básico en la habilitación.

Estas políticas en seguridad del paciente incluyen la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la presencia de riesgos, son las barreras de seguridad dentro de las cuales se pueden mencionar:

- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar riesgo de caídas en pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología que se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud.

Otro pilar fundamental se considera el acompañamiento por parte de la familia ya que al estar involucrado directamente en su cuidado y enterado de la condición

clínica, fortalece las barreras de seguridad evitando la ocurrencia de eventos adversos.

Es necesario recalcar que dentro de estas prácticas seguras hay proceso educativo que permita una mayor adherencia del personal asistencial con la cultura de informar los incidentes y eventos adversos presentados (43).

4.2.3 Modelo Reason de causalidad (modelo de queso suizo). Dentro de los modelos de solución e identificación de problemas, el modelo Reason funciona para identificar qué aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente y cómo la organización puede aprender de un accidente, perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora continua (44, 45).

También llamado modelo de queso suizo, el cual fue planteado con el fin de analizar las posibles causas que desarrollan riesgos potenciales. El modelo compara las causas de riesgo con capas de queso suizo, en donde para que se genere una acción se requieren de varias fallas para llegar a este, ya que, si hay alguna barrera, indudablemente esa causa potencial no permitirá que se convierta en daño. Habla de cuatro factores que contribuyen con el alcance del daño: Formación insuficiente, Comunicación deficiente, Falta de supervisión, Aparato inadecuado (45).

4.2.4 Diagrama de Ishikawa o de Espina de pescado. Dentro de las posibles soluciones la espina de pescado formulado por Ishikawa quien era químico industrial y administrador de empresas como respuesta a la necesidad de implementar la calidad en los procesos empresariales. Por medio de su propuesta es fácil observar la relación entre la causa y efecto. Menciona seis componentes que llevan a la problemática los cuales son: mano de obra, material, método, maquina, medidora y medio ambiente (45).

4.2.5 Método Causa – Raíz. Metodología propuesta por con el fin de encontrar la causa o factor principal que llevan a generar errores, ya que es más efectivo eliminar el problema desde su origen y no simplemente tratar los síntomas y complicaciones que se generen de ella (45). Es utilizado para poder desarrollar actividades a partir del aprendizaje obtenido mediante el análisis de las causas y generar de esta manera una mejora continua.

4.2.6 Protocolo de Londres. Es un método de identificación multicausal de posibles factores que desarrollan una problemática en particular, se plantea con el fin de poder ver no sólo el evento sino tener una visión general de todos los componentes causales que llevan al desenlace de este, así se puede realizar intervención no sólo en factores primarios sino también específicos que disminuyen la ocurrencia de los errores (45). Emplea diferentes maneras de captación de información como lo es la revisión de la historia clínica, entrevistas, revisión de factores tecnológicos, verificación documental (guías y protocolos), alteraciones institucionales entre otras.

4.2.7 Método Ancla. Realiza un análisis y clasificación de los errores en la atención en salud mediante la observación de los diferentes niveles que componen la organización en donde ocurre el mismo (45). Maneja dos metodologías las cuales se encargan de clasificar la clase de evento y posteriormente investigar el porqué de la ocurrencia de este. Maneja los siguientes niveles: I actos inseguros, II precondition en que facilitan la aparición el evento, III supervisión inadecuada, IV organización, V legislación estado otros.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

Acción Correctiva: Acción que elimina la causa de un evento adverso u otra situación no deseada, la cual debe ser tomada con el fin de prevenir la recurrencia del evento adverso.

Acción Preventiva: Acción que previene la ocurrencia del evento o incidente adverso.

Factor de Riesgo: Situación, característica o atributo que condiciona una mayor probabilidad de experimentar un daño a la salud de una o varias personas.

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.

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.

Listas de chequeo: Es una herramienta que describe de manera organizada criterios en relación al conocimiento de los procedimientos de determinadas acciones o intervenciones en salud al examinar distintos procedimientos para entregarlos en forma segura y minimizando los riesgos que conllevan intrínsecamente para los usuarios. La lista de chequeo funciona como apoyo para delimitar y clasificar variables y simplificar las conceptualizaciones a estudiar, mejorando con ello la recogida de información que se quiere obtener.

4.3.8 Palabras calves. Adherencia, identificación del paciente, seguridad del paciente.

4.4 MARCO JURÍDICO

Resolución 741 del 1997 del Ministerio de Salud, (26) señala que se debe establecer el procedimiento e impartir las instrucciones encaminadas a garantizar la seguridad, vigilancia, custodia, protección y cuidado de los usuarios del servicio de salud, por la ocurrencia de hechos ajenos o diferentes a las condiciones iniciales de la enfermedad diagnosticada o al motivo de consulta y que atente contra la integridad personal y la libertad del individuo.

Decreto 1011 del 2006 del Ministerio de la Protección Social, (27) señala en el Artículo 6°, Sistema Único de habilitación como un conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante las cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y la EAPB "Entidades Administradoras de Planes de Beneficios".

Ministerio de la Protección Social, establece los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, (6) para alcanzar el propósito de establecer una atención segura, es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Estos lineamientos establecen unos principios transversales, los cuales orientan las acciones a implementar, entre los cuales se encuentran: Enfoque de atención centrada en el

usuario, Cultura de Seguridad, Integración con el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Ministerio de la Protección Social, establece la Guía Técnica Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, (48) busca establecer recomendaciones que pueden tener en cuenta las instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de practicas seguras en la atención en salud, se considera que las instituciones que implemente las recomendaciones de ésta guía tendrá una alta probabilidad de proteger a sus pacientes.

Resolución 1445 del 2006, estándares de habilitación, presenta los lineamientos instrumentales que guiaran el proceso de acreditación para cada institución; está modificada por la Resolución 0123 del 2012 del Ministerio de Salud y protección social, Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de la calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Resolución 1441 del 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, (49) tiene como objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir las Instituciones prestadoras de Salud, los Profesionales Independientes de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Pacientes y las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

Resolución 2003 del 2014 del Ministerio de Salud y protección Social, (32) tiene como objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la siguiente resolución. Además, en esta Resolución se contempla los estándares de habilitación entre los cuales se encuentra los procesos prioritarios, que cuenta con programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. Así mismo señala que el prestador debe contar con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia. El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.

Ley 100 del 1993: Establece en el título II el sistema general de seguridad social El nuevo SGSSS estableció también la reforma del sector de servicios de salud. Entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preeminente, y es entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independiente de su capacidad de pago.

Artículo 173. Funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud las siguientes:

- Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la república.
- Expedir y Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, así como la evaluación de ellas.

Resolución 1043 de 2006: establecen las condiciones que se deben cumplir los prestadores de Servicios de la Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención y se dictan otras disposiciones.

Resolución 0256 del 2016: tiene por objeto dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación será un estudio cuantitativo observacional de tipo descriptivo con corte longitudinal.

5.2 POBLACIÓN

La población referente a la presente investigación, está conformada por el personal asistencial perteneciente al área de observación en urgencias del Hospital San Jorge de la ciudad de Pereira.

5.3 MARCO MUESTRAL

Se realizó un censo al área de observación en urgencias del Hospital San Jorge de la ciudad de Pereira.

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Todo el personal asistencial individualizado y separado por turnos.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal asistencial del área de observación del servicio de urgencias del Hospital San Jorge de la ciudad de Pereira.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal asistencial perteneciente a otra área del Hospital San Jorge de la ciudad de Pereira.

5.7 VARIABLES

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Categorías o subvariables	Método de Recolección	Preguntas	Indicador
Datos de identificación del paciente	Se cumple con los estándares de identificación adecuados	Cuantitativa nominal	Cumple, No cumple	Lista de chequeo	La institución dispone de un sistema para captura de los datos de identificación del paciente desde el primer contacto de este con la institución	$\% = \frac{\text{personas que cumple}}{\text{total de personas}} \times 100$ $\% = \frac{\text{fecha programada de capacitacion}}{\text{fecha cumplida en ese dia}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificación}}{\text{personas evualadas}} \times 100$
Manillas	Se identifica adecuadamente al paciente con su manilla	Cuantitativa nominal	Cumple, No cumple	Lista de chequeo	La institución cuenta con manillas de identificación de pacientes en los servicios de internación	$\% = \frac{\text{personas que cumple}}{\text{total de personas}} \times 100$ $\% = \frac{\text{fecha programada de capacitacion}}{\text{fecha cumplida en ese dia}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificación}}{\text{personas evualadas}} \times 100$
Identificación de camas	Identificación de la ubicación del paciente en la tablilla	Cuantitativa nominal	Cumple, No cumple	Lista de chequeo	Camas, camillas y cunas cuentan con la tablilla para la identificación	$\% = \frac{\text{personas que cumple}}{\text{total de personas}} \times 100$ $\% = \frac{\text{fecha programada de capacitacion}}{\text{fecha cumplida en ese dia}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificación}}{\text{personas evualadas}} \times 100$
Personal	Recurso humano adecuado para las labores del área	Cuantitativa nominal	Cumple, No cumple	Lista de chequeo	Personal suficiente para realizar las actividades.	$\% = \frac{\text{personas que cumple}}{\text{total de personas}} \times 100$ $\% = \frac{\text{fecha programada de capacitacion}}{\text{fecha cumplida en ese dia}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificación}}{\text{personas evualadas}} \times 100$

Recolección de datos	Diligenciamiento de los datos necesarios para identificar el paciente	Cuantitativa nominal	Cumple, No cumple	Lista de chequeo	Se recolectan los datos del paciente documento presentada servicio.	$\% = \frac{\text{personas que cumple}}{\text{total de personas}} \times 100$ $\% = \frac{\text{fecha programada de capacitacion}}{\text{fecha cumplida en ese dia}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificación}}{\text{personas evualadas}} \times 100$
Registros clínicos	Evidencia de la identificación del paciente	Cuantitativa nominal	Cumple, No cumple	Lista de chequeo	Se diligencian los registros clínicos, el número de identificación, nombre completo y edad cumplida del paciente especificando la unidad de medida.	$\% = \frac{\text{personas que cumple}}{\text{total de personas}} \times 100$ $\% = \frac{\text{fecha programada de capacitacion}}{\text{fecha cumplida en ese dia}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificación}}{\text{personas evualadas}} \times 100$
Marcación correcta de etiquetas	Se tiene marcado correctamente la identificación del paciente	Cuantitativa nominal	Cumple, No cumple	Lista de chequeo	Se marca, con tinta indeleble y etiquetas adhesivas, los elementos a utilizar con el paciente, con los datos mínimos de identificación	$\% = \frac{\text{personas que cumple}}{\text{total de personas}} \times 100$ $\% = \frac{\text{fecha programada de capacitacion}}{\text{fecha cumplida en ese dia}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificación}}{\text{personas evualadas}} \times 100$
Alergias	Se conoce al identificar el paciente	Cuantitativa nominal	Cumple, No cumple	Lista de chequeo	Se diligencia en los registros	$\% = \frac{\text{personas que cumple}}{\text{total de personas}} \times 100$

	es alérgico a algún medicamento				clínicos, si el paciente tiene una alergia conocida y este dato es verificado por el personal de enfermería	$\% = \frac{\text{fecha programada de capacitación}}{\text{fecha cumplida en ese día}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificación}}{\text{personas evualadas}} \times 100$
--	---------------------------------	--	--	--	---	---

Fuente: elaboración propia

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

5.8.1 Recolección de información. la recolección de la información se realizará mediante una lista de chequeo aplicada al personal del área de observación en urgencias de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Pereira.

Tabla 2. Lista de chequeo

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS EN HUSJ				
Fecha, Día____, Mes____, Año_____				
Marque con una X las siguientes variables				
	Ítem	Cumple	No cumple	No aplica
1	Verifica si el paciente tiene manilla con nombre y apellido.			
2	Verifica si la manilla coincide con verificación verbal, aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla, kárdex clínico, y tarjeta de medicamentos.			
3	Verifica si antes de la administración de un medicamento, el personal asistencial validó con la tarjeta de medicamentos, verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla.			
4	Verifica si antes de un traslado intrahospitalario, el personal asistencial validó con la verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla.			

5	Verifica si antes de la toma de un examen diagnóstico, el personal asistencial validó con verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla.			
6	Verifica si antes de llevar el paciente a una cirugía, el personal asistencial validó con la verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla.			
7	Verifica si antes de la administración de la dieta, el personal validó con verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla.			
8	Verifica si antes de la administración de hemocomponentes, el personal asistencial validó con la tarjeta de medicamentos, verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla.			
OBSERVACIONES (Diligencie si tiene alguna observación respecto a la verificación)				
INFORMACIÓN DEL EVALUADOR				
Nombre				
Firma				

Fuente: elaboración propia

5.8.2 Tabulación de datos. Los datos se tabularán en una base de datos en el software Excel

5.8.3 Análisis de la información. El análisis de la información se realizará por medio de estadística descriptiva, en Excel.

5.9 POBLACIÓN BENEFICIADA

La población beneficiada con el presente proyecto serán los usuarios de los servicios del área de observación independientemente de su sexo ubicados en el área de urgencias del hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira, dado que podrán gozar de una atención con mayor calidad siguiendo el protocolo de seguridad del paciente.

5.10 COMPROMISO BIOÉTICO

Esta investigación se considera según la resolución 8430 de 1993, una investigación sin riesgo, debido a que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en ningún individuo. Por tanto, no se requiere ningún consentimiento informado.

5.11 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Los investigadores de la presente investigación se comprometen a acatar las normas medio ambientales nacionales e internacionales, protegiendo el entorno y haciendo mínimo uso de papel mediante la utilización de medios magnéticos para presentar la información.

5.12 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.12.1 Cronograma.

Tabla 3. Cronograma

CRONOGRAMA														
MES	JUNIO					JULIO				AGOSTO				
	SEMANAS					SEMANAS				SEMANAS				
ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5
PLANTEAMIENTO PROBLEMA						X								
FORMULACION DEL PROBLEMA							X							
JUSTIFICACION							X							
OBJETIVOS							X							
HIPOTESIS								X						
MARCO TEORICO O REFERENCIAL								X						
METODOLOGIA								X						
DISEÑO DEL INSTRUMENTO								X						
VALIDACION Y AJUSTE DEL INSTRUMENTO								X						

Fuente: elaboración propia

5.12.2 Presupuesto.

Tabla 4. Presupuesto

ITEM	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	APORTES		TOTAL
				FUAA	ESTUDIANTE	
TALENTO HUMANO						
ASESOR (2)	Hora/docente	20	\$ 50.000	\$ 100.000		\$ 2.000.000
ESTUDIANTE (3)	Hora/docente	120	\$ 10.000		\$ 1.200.000	\$ 3.600.000
RECURSOS LOGISTICOS						
INTERNET	Hora/internet	30	\$ 1.000		\$ 30.000	\$ 90.000
LLAMADAS	Hora/llamadas	3	\$ 12.000		\$ 36.000	\$ 108.000
VIATICOS	Pasaje	30	\$ 9.000		\$ 270.000	\$ 810.000
CD	cd	4	\$ 1.500		\$ 6.000	\$ 6.000
REFRIGERIOS		10	\$ 3.500		\$ 35.000	\$ 105.000
MATERIALES Y SUMINISTROS		1	\$ 50.000		\$ 50.000	\$ 150.000
IMPREVISTO		1	\$ 300.000		\$ 300.000	\$ 300.000
TOTALES			\$ 437.000	\$ 100.000	\$ 1.927.000	\$ 7.169.000

Fuente: elaboración propia

6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la investigación realizada Hospital San Jorge de la ciudad de Pereira, se obtuvieron los siguientes resultados que evidencian la adherencia al protocolo de seguridad del paciente en el proceso de identificación.

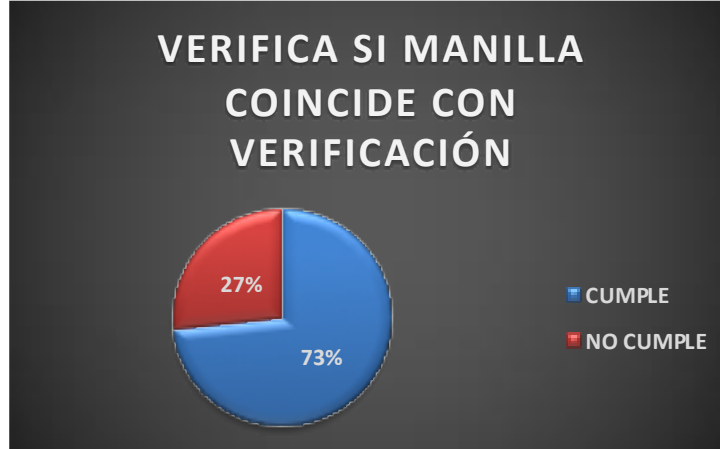
Gráfica 1. Verificación de la manilla del paciente



Fuente: elaboración propia

Dentro de la verificación si el paciente cuenta con la manilla, se evidencia como en su mayoría todo el personal aplica adecuadamente el procedimiento. Además, podemos observar que un 7% que no realiza la verificación poniendo en riesgo la seguridad del paciente al omitir que la manilla este bien diligenciada con los datos correctos y que además esté presente en el brazo del paciente y él no se la haya retirado por sus propios medios.

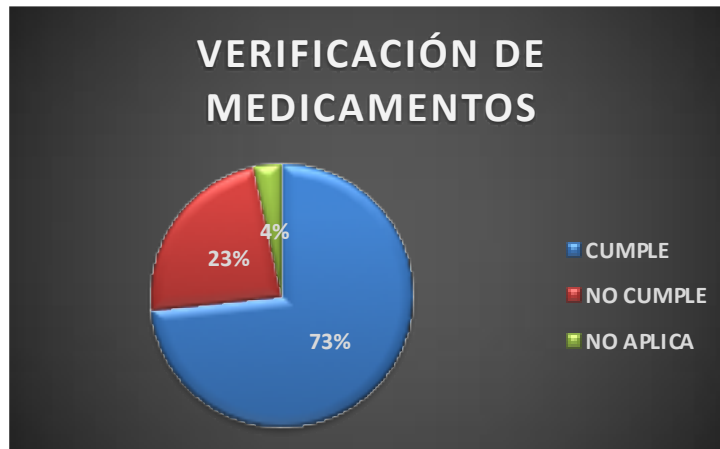
Gráfica 2. Verificación de los datos de la manilla



Fuente: elaboración propia

Al relacionar la verificación de la manilla del paciente con la validación de la tarjeta de medicamentos, verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla, se evidencia que el 73% cumplen con el procedimiento, el cual debe de evidenciar los mismos datos en cada uno de los elementos visuales provistos para ellos, teniendo un 27% del personal fallando en este ítem, evidencian una falta en la aplicación del protocolo por simple olvido o algunos casos se omite el paso a paso a seguir

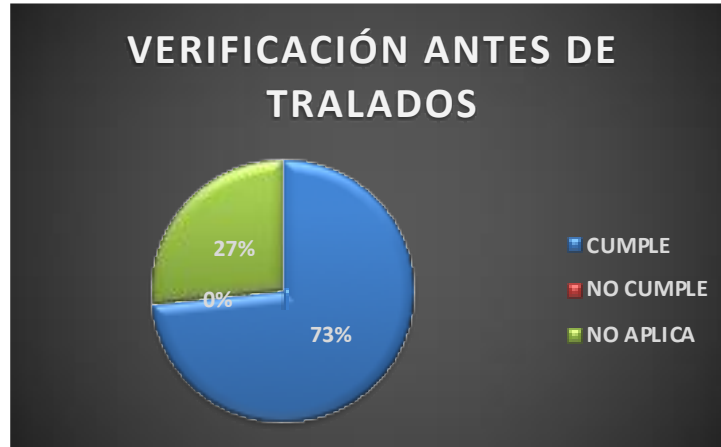
Gráfica 3. Verificación de medicamentos



Fuente: elaboración propia

En este punto, se evidencio como el 73% del personal cumple al realizar el procedimiento, donde deben validar con la tarjeta de medicamentos, realizar verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla y pie camilla, donde 23% de ellos omitieron dicho proceso y por lo cual incumplieron con el paso a paso respectivo e indicado en el protocolo del Hospital.

Gráfica 4. Verificación antes de traslados



Fuente: elaboración propia

Antes de ejecutar un traslado intrahospitalario, el personal asistencial debe validar con la verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla los datos del paciente, siendo este punto crítico en el hospital, el personal cumplió en su totalidad, teniendo en cuenta que para un 27% no de los datos auditados no aplicaba dicha verificación.

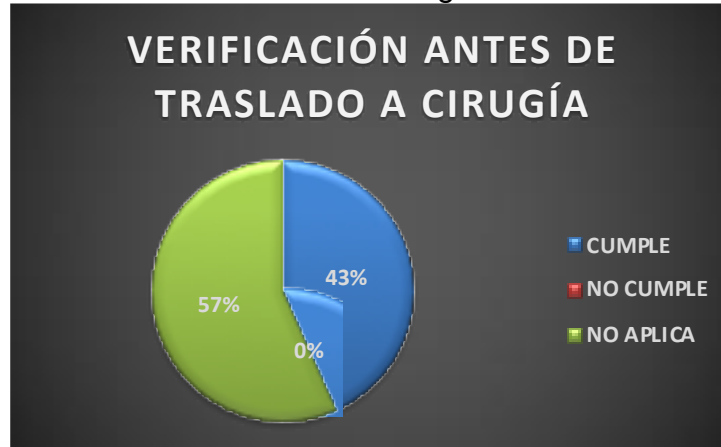
Gráfica 5. Verificación de procedimiento



Fuente: elaboración propia

En la verificación previa de la identificación del paciente, el 77% del personal realizó antes de la toma de un examen diagnóstico, la validación con verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla, por otro lado, solo el 3% fallaron en la aplicación de una verificación completa, evidenciándose que no realizan la verificación verbal con el paciente en la totalidad de los casos.

Gráfica 6. Verificación antes de traslado a cirugía



Fuente: elaboración propia

Para la verificación del paciente antes de un traslado a la cirugía, dándole continuidad a lo estipulado en el protocolo, el 43% del personal cumple con el procedimiento, teniendo en cuenta que el 57% de los pacientes no necesitaron traslado, se cumple en su totalidad con el punto de traslado a cirugía, lo cual evidencia que para los temas de traslados ya sea a cirugía o procedimientos, el personal sigue a cabalidad el protocolo.

Gráfica 7. Verificación administración de dieta



Fuente: elaboración propia

Para este ítem en el proceso de verificación del paciente, en cuanto a la administración de la dieta, el personal que validó con verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla fue del 76%, pero que un 14% del personal omitió alguno de los pasos, en este caso la verificación verbal es un

predominante dentro de la realización de procedimientos de rutina, ya sea por exceso de confianza por omisión del protocolo establecido.

Gráfica 8. Verificación administración de componentes



Fuente: elaboración propia

Dentro de la verificación de este proceso, el personal cumplió con la totalidad de los componentes con un 43%, siendo los ítems que validar la verificación de tarjeta de medicamentos, verificación verbal, manilla, y el aplicativo de la cabecera/camilla, pie camilla, teniendo en cuenta que un 57% de los encuestados no necesitaban de dicho procedimiento.

Tabla 5. Tabla de frecuencia

	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	TOTAL
CANTIDAD	165	22	52	239
PORCENTAJE	69%	9%	22%	100%
PORCENTAJE ACUMULADO	69%	78%	100%	

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se observa cómo se distribuyeron las diferentes ítems de respuestas, en los cuales se logra constatar que en general para los 8 puntos evaluados sobre el proceso de identificación del paciente, el 69%, cumple con lo establecido en los contemplado en el protocolo de seguridad del paciente, en el proceso anteriormente nombrado, por otro lado, el 9% de los encuestados no cumple con lo estipulado, teniendo en cuenta que en ciertos puntos algunas de las preguntas no aplicaban, esto represento el 22%.

6.2 PLAN DE MEJORA

Tabla 6. Plan de mejora

QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	POR QUE	INDICADOR
Verificar que el paciente tenga la manilla y que además los datos estén correctamente diligenciados.	Educar y reforzar el conocimiento del personal que labora en la sala de observación a través de material didáctico, reuniones de comité de seguridad, rondas de seguridad. Evaluar al personal mensualmente para confirmar que se tengan claros los procesos a realizar.	Comité de seguridad del paciente	Área de observación Hospital Universitario San Jorge	Se dará inicio a fortalecer la educación del personal con respecto a este ítem en el mes de agosto de 2018. Y se continuaran con las reuniones de comité mensualmente para evaluar resultados.	Porque es necesario fortalecer la cultura de la seguridad del paciente en el área. Disminuir los riesgos de eventos adversos.	$\% = \frac{\text{personas que asisten la capacitacion}}{\text{total de personas}} \times 100$ $\% = \frac{\text{fecha programada de capacitacion}}{\text{fecha cumplida en ese dia}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificacion}}{\text{personas evualadas}} \times 100$
Fortalecer la educación del personal con	Capacitación en cuanto a la	Comité de seguridad	Área de observación	Realizar capacitaciones	Disminuir los riesgos inherentes a	$\% = \frac{\text{personas que asisten la capacitacion}}{\text{total de personas}} \times 100$

<p>respecto a la verificación verbal del paciente con la validación de la tarjeta de medicamentos..</p> <p>.....</p>	<p>identificación segura del paciente en este paso. Evaluación.</p>	<p>ad del paciente</p>	<p>Hospital Universitario San Jorge</p>	<p>mensuales de la temática. Inicia en el mes de agosto.</p>	<p>la prestación de servicios de salud, dando a conocer al personal colaborador todo el proceso de identificación segura. Disminuir los riesgos de equivocaciones en la administración de medicamentos y dar un 100% de seguridad al paciente.</p>	$\% = \frac{\text{fecha programada de capacitacion}}{\text{fecha cumplida en ese dia}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificacion}}{\text{personas evualadas}} \times 100$
<p>Fallas en la confirmación verbal del paciente</p>	<p>Utilizar material gráfico que recuerde el paso a paso y resaltando dicho ítem</p>	<p>Comité de seguridad del paciente</p>	<p>Área de observación Hospital Universitario San Jorge</p>	<p>Capacitación y evaluación y Uso de material gráfico semestral, el cual se cambie cada 6 meses.</p>	<p>Reducir las no conformidades por no cumplir con la confirmación verbal del paciente. Aplicación política segura.</p>	$\% = \frac{\text{personas que leen el cartel}}{\text{total de personas}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificacion}}{\text{personas evualadas}} \times 100$

Entrenar al personas con repeticiones frecuentes de la norma	Mediante exposiciones y evaluaciones del personal	Comité de seguridad del paciente	Área de observación Hospital Universitario San Jorge	Reuniones mensuales de seguridad del paciente primer semana de septiembre	Reducir las no conformidades por no cumplir con lo estipulado en la norma	$\% = \frac{\text{fecha programada de capacitacion}}{\text{fecha cumplida en ese dia}} \times 100$ $\% = \frac{\text{Personas que obtuvieron buena calificacion}}{\text{personas evualadas}} \times 100$
--	---	----------------------------------	--	---	---	--

Fuente: elaboración propia

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los estudios realizados por Villareal (31), los resultados obtenidos describen que en instituciones de países tercermundistas como Colombia, no se cumple en su totalidad con ciertos requisitos para la disminución de eventos adversos, teniendo en cuenta variables como la infraestructura, el estado de los equipos, la calidad y el suministro adecuado de los medicamentos y la motivación del personal, a diferencia de lo encontrado en el Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira, que no se cumple en su totalidad con los requisitos en su totalidad para disminuir los riesgos de un evento adverso.

De acuerdo a los resultados obtenidos por Ortells y Paguina (30), se muestra en un porcentaje bastante elevado la correcta identificación del paciente por medio de las manillas, igualmente que en los resultados obtenidos por esta investigación, se muestra que se identifica al paciente por medio de manillas, tablillas de identificación, etiquetas adhesivas que se utilizan en los insumos y se diligencia con los datos del paciente como el nombre, apellido y la identificación, lo cual concuerda con lo evidenciado en la investigación realizada en el Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira.

Como lo afirma Bortoli, Monzani (29), donde se evidenciaron que la mayoría de las fallas fueron técnicas como la falta del lavado de manos; falta de desinfección de las ampollas; interrupciones y distracciones de las actividades; transcripción de la prescripción en etiquetas y cintas adhesivas que identificaban los medicamentos para administración, que también fueron utilizados como rótulos, muchas veces incompletos, ocurriendo la falta principal del nombre del paciente y hora de preparación. En esta investigación fue notable la no utilización de la prescripción en la confirmación del nombre del medicamento, dosis y vía, y del nombre del paciente, lo cual concuerda en esta última parte con lo hallado en la investigación realizada en el Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira donde, en diferentes ocasiones no confirmaba verbalmente el nombre del paciente.

CONCLUSIONES

Esta investigación permitió identificar las principales barreras en cuanto a la seguridad del paciente se refiere, en el proceso de identificación en el área de observación en el Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira. Es una fortaleza que la institución disponga de un sistema para captura de los datos de identificación, lo cual facilita el diligenciamiento de los registros, manillas y etiquetas necesarios para la identificación del paciente.

Las principales barreras que se identificaron fueron la recolección de datos de identificación del paciente directamente del documento de identidad presentado al solicitar el servicio y la confirmación verbal de este, pero se la continuidad a las demás actividades de verificación donde se diligencian los registros clínicos en forma legible con los datos de identificación del paciente, se confronta los datos de identificación con el paciente y los registros clínicos antes de iniciar cada procedimiento, se marca en forma legible las etiquetas adhesivas en los elementos que se va a utilizar con el paciente, se diligencia si el paciente tiene alguna alergia conocida y el dato es verificado por el personal y en la entrega de turno se informa los datos mínimos de identificación del paciente.

Finalmente se observa que no todo el personal realiza la confrontación de los datos del paciente con la confirmación verbal con este antes de algunos procedimientos, esto impide a que no se cumpla a cabalidad con todos los requisitos en la identificación del paciente para disminuir los eventos adversos que se puedan presentar en el proceso de atención.

Después de lo hallado se realiza entonces el plan de mejora para que la institución realice seguimiento el proceso de confirmación verbal con el objetivo de que el cumplimiento de la política de seguridad del paciente en identificación del usuario se cumpla 100% y así evitar los eventos adversos.

RECOMENDACIONES

En cuanto a la institución, se le recomienda seguir desarrollando acciones encaminadas a la seguridad del paciente en la parte de identificación del paciente, para prevenir eventos adversos que se puedan presentar en el proceso de atención, diseñando estrategias para aumentar la adherencia al protocolo de identificación del paciente en la realización de los procedimientos.

Se hace necesario capacitar dentro del área de observación del hospital al personal asistencial en la aplicación de diferentes estrategias que permitan inculcar en los trabajadores, la necesidad de reforzar y actualizar los conocimientos para la atención del paciente, en lo que generara en ellos confianza en sus aptitudes y una mayor conciencia de las acciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Se recomienda incrementar las ayudas visuales y el reconocimiento del protocolo de identificación del paciente, el cual permita al personal asistencial recordar el paso a paso para continuar con la adherencia al protocolo de manera completa.

Se hace necesario intensificar la comunicación asertiva como pilar fundamental del protocolo y específicamente del proceso de identificación del paciente, teniendo en cuenta que debe existir una retroalimentación con estos y sus familias en harás de prestar un mejor servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Patient Safety. World Health Organization [internet]. [citado 2018 junio 19]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/.
2. Ceriani J. La OMS y su Iniciativa “Alianza Mundial para La Seguridad del Paciente Editorial. Arch Argent Pediatr 2009; 107(5):385-386.
3. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. OMS REVISALUD Unisucre [internet]. 2012 [citado 2018 junio 19]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. OMS
4. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de residuos de algunos medicamentos veterinarios en los alimentos Informe del Comité Mixto FAO/OMS de expertos en aditivos alimentarios. Ginebra: OMS; 2006. Serie de Informes Técnicos: 939.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de seguridad del paciente [internet]. 2012 [citado 2018 junio 19]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>.
6. Ministerio de la Protección Social. "Lineamientos Para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente". Bogotá. Colombia; 2008.
7. Aranaz JM. Identificación de efectos adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):115.
8. Aranaz J, Aibar C, Ruiz P. Estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
9. Aranaz Andrés J. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
10. Kohn L, Corrigan J, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 2000.
11. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
12. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes [internet]. Consejo Internacional de Enfermería 2002

[citado 2018 junio 20]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf

13. Ministerio de Salud y protección social. Colombia: Seguridad del paciente y la atención segura. 2012.

14. Organización Mundial de la salud. [citado 2018 junio 20]. Disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/

15. Zárate R. factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. En: Enfermería Universitaria [internet] 2015 [citado 2018 junio 21]; (2). Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1665706315000081/1-s2.0-S1665706315000081-main.pdf?_tid=c7fc2d58-6c4d-4b1c-80d407a52ea87f1&acdnat=1527039689_7aa0ada7fe1ebd814801a4c597878331

16. Dackiewicz N. Evaluación de la opinión del equipo de salud y padres sobre la identificación de los pacientes pediátricos. En: Archivos argentinos de pediatría [internet] 2011 [citado 2018 junio 21]; (2). Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v109n2/v109n2a03.pdf>

17. Chassin M, Becher E. The Wrong patient. Ann Intern Med 2002; 36(11): 826-33.

18. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Sentinel Event Alert [internet] 2013 [citado 2018 junio 21]. Disponible en: www.jcaho.org

19. Ministerio de Sanidad Español, Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

20. Castañeda H. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. En: Ciencia y Enfermería XIX [internet] 2013 [citado 2018 junio 21]; (2). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art_08.pdf

21. Aranaz JM, Kelley E. Safety Data for Safer Care: The importance of International Consensus and Action. Calidad Asistencial. 2007;22(6): 317-326.

22. Madruelo J, Astier M. Cómo empezar a trabajar. Cómo se trabaja en seguridad del paciente en un equipo de atención primaria. Implementando la respuesta. Implicando a todos los profesionales del equipo. La misión y el contexto. En: Revista clínica electrónica en atención primaria [internet] 2010 [citado 2018 junio 21];. Disponible en: http://calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/232.pdf

23. Joint Commission. National Patient Safety Goals [internet] 2010 [citado 2018 junio 21]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/2011-2012_npsg_presentation_final_8-4-11.pdf
24. Wristbands for hospital inpatients improves safety. National Patients Safety Agency, Safer practice notice 11 [internet] 2005 [citado 2018 junio 22]. Disponible en: http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440Safer_Patient_Identification_SNP.pdf
25. Mannos D. NCPS patient's misidentification study: a summary of root cause analyses. VA NCPS Topics in Patients Safety: Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs [internet] 2003 [citado 2018 junio 22]. Disponible en: http://www.health.qld.gov.au/psq/documents/psqm_mar_11.pdf
26. U.S Pharmacopeia (USP). MEDMARX 5th anniversary data report: a chartbook of 2003 findings and trends. Rockville (MD): USP; 2004
27. Weingart S, Ship A, Aronson M. Confidential clinician-reported surveillance of advice events among medical inpatients, J Gen Intern Med 2000 Jul; 15(7): 470-7.
28. Solar L. Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. Tesis para acceder al título de enfermera. Cantabria: Universidad de Cantabria, 2014. 34 p.
29. Bortoli S. Identificación y análisis de los errores de medicación en seis hospitales brasileños. Rev. Ciencia y Enfermería [internet] 2010 [citado 2018 junio 22]; (1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n1/art_10.pdf
30. Ortells N, Paguina M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. Rev. Enfermería Global [internet] 2012 [citado 2018 junio 23]; 26). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/administracion3.pdf>
31. Villareal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. En: Salud Uninorte [online] 2007 [citado 2018 junio 23]; (23). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81723111.pdf>
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud [internet] 2014 [citado 2018 junio 23]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS. Madrid. España; 2006.
34. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la Seguridad de los pacientes: En Atención Primaria de salud. Madrid. España; 2008.
35. Reyes R. Taxonomía en seguridad del paciente: ¿Hablamos todos el mismo idioma? Revista Páginas en enfermería.com 2011; 3(10): 12- 16.
36. Agency for Healthcare research and Quality. Health Care: Medical errors and patient safety. U.E. Department of Health y Human Service. 2008
37. Seguridad del Paciente Hospitalizado. Enrique Ruelas Barajas, Odet Sarabia González, Walter Tovar Vera. Ed. Médica Panamericana. México 2007.
38. Stolfo L. Fundamentos de seguridad del paciente para disminuir errores médicos. Primera edición. Cali- Colombia. 2006.
39. Ministerio De La Protección Social. Colombia. La seguridad del paciente y la atención segura. 2013.
40. Organización mundial de la salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 2009. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
41. Lilford R, Stirling S, Maillard N. Citation classics in patient safety research: an invitation to contribute to an online bibliography: Qual Saf Health Care [internet] 2006 [citado 2018 junio 24]; 15:311–313. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/articulos/id276.pdf>. Consultado el 13 de febrero de 2009
42. Leon C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. EN: Revista Cubana de Enfermería [internet] 2006 [citado 2018 junio 24]; 22(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html.
43. Salud Md. minsalud. [internet] 2017 [citado 2018 junio 24]. Disponible en: www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx.
44. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Revista Salud de Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad Social, México, 1986; 28:324-327.
45. Giron J. Enfermería y Seguridad del Paciente. [internet] 2012 [citado 2018 julio 24]. Disponible en:

<http://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2017/05/metodologias-de-analisis-de-eventos.html>.

46. Congreso de la Republica. Resolución 741 del 1997. Por la cual se imparte instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicio de Salud. Diario oficial. no. 741. Bogotá, 1997.

47. Congreso de la Republica. Decreto 1011 del 2006. Por la cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario oficial. no. 1011. Bogotá, 2006.

48. Ministerio de la protección social. Guía técnica de las buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud. [internet] 2010 [citado 2018 julio 24]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Guia%20Buenas%20Practic as%20Seguridad %20del%20Paciente.pdf>.

49. Congreso de la Republica. Resolución 1441. Por la cual se establece los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario oficial no. 1441. 2013