

**REQUERIMIENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS PARA LA MODELACIÓN DE UN
SIMULADOR DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PAQUETES
INSTRUCCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2021**

Ana María Trejos Vinasco

María Paula Vivas Martínez

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE POSGRADOS

ESPECIALIDAD EN AUDITORÍA EN SALUD

PEREIRA

2021

**REQUERIMIENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS PARA LA MODELACIÓN DE UN
SIMULADOR DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PAQUETES
INSTRUCCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2021**

Ana María Trejos Vinasco

María Paula Vivas Martínez

Trabajo para optar por el título de especialista en Auditoría en Salud

María del Pilar Marín Giraldo

Asesor metodológico

Diego Carmona Carmona

Asesor temático

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE POSGRADOS

ESPECIALIDAD AUDITORÍA EN SALUD

PEREIRA

2021

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| LISTA DE TABLAS | 6 |
| 1. INTRODUCCION | 7 |
| 2. PROBLEMA | 8 |
| 2.1 Planteamiento del problema | 8 |
| 2.2 Pregunta de investigación | 9 |
| 3. JUSTIFICACIÓN | 10 |
| 4. MARCO TEÓRICO..... | 12 |
| 4.1 Marco de antecedentes | 12 |
| 5. OBJETIVOS..... | 14 |
| 5.1 Objetivo general | 14 |
| 5.2 Objetivos específicos | 14 |
| 6. MARCO TEORICO..... | 15 |
| 6.2 Marco referencial | 15 |
| 6.2.1 Definición y precedentes de la seguridad el paciente. | 15 |
| 6.2.2 Historia de la seguridad del paciente | 16 |
| 6.2.3 Enfoque de la seguridad del paciente en las últimas décadas | 17 |
| 6.2.4 Estado actual de la seguridad del paciente | 18 |
| 6.2.5 Relación entre seguridad del paciente y la calidad asistencial | 19 |
| 6.2.6 Evaluación de seguridad del paciente a través del reporte de eventos adversos e incidentes | 20 |
| 6.2.7 Actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos | 21 |
| 6.2.8 Cultura sobre la seguridad del paciente | 21 |
| 6.2.9 Indicadores para el monitoreo de seguridad del paciente | 22 |
| 6.2.10 Programas de monitoreo que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de los eventos adversos | 23 |
| 6.2.11 Métodos de análisis de eventos adversos e incidentes. | 23 |
| 6.2.12. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y paquetes instruccionales, expedida por el ministerio de salud. | 24 |
| 6.3 Marco conceptual | 25 |
| 6.3.1 Palabras claves | 27 |

| | |
|--|----|
| 6.4 Marco normativo | 27 |
| 7. METODOLOGÍA | 31 |
| 7.1 Tipo de estudio..... | 31 |
| 7.2 Población y muestra..... | 31 |
| 7.3 UNIDAD DE ANÁLISIS..... | 31 |
| 7.4 Criterios de inclusión | 31 |
| 7.5 Criterios de exclusión | 32 |
| 7.6 Operacionalización de variables..... | 32 |
| 7.7 Recolección de información | 36 |
| 7.7.1 Tabulación de los datos | 36 |
| 7.8 Plan de análisis..... | 37 |
| 7.9 Resultados obtenidos..... | 38 |
| 7.10 Componente bioético..... | 38 |
| 7.10.1 Ético | 39 |
| 7.12 IMPACTO SOCIAL Y/O INOVACION, RESPONSABILIDAD SOCIAL..... | 39 |
| 7.12.1 Medio ambiental | 39 |
| 7.12.2 Responsabilidad Social | 39 |
| 8. RESULTADOS | 40 |
| 9. DISCUSIÓN | 47 |
| 10. CONCLUSIONES | 49 |
| 11. RECOMENDACIONES | 50 |
| 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 51 |
| 13. BIBLIOGRAFÍA..... | 60 |
| 14. ANEXOS..... | 65 |
| 14.1 Instructivos diligenciamiento de la lista de chequeos | 65 |
| 14.2 Instrumento de recolección de información | 66 |
| 14.3 Cronograma | 66 |
| 14.4 Presupuesto | 68 |
| 14.5 Matriz de objetivos | 68 |
| 14.6 Planteamiento del problema..... | 73 |
| 14.7 Árbol de soluciones | 74 |
| 14.8 Análisis de conceptos iniciales y conceptos emergentes..... | 75 |

14.9 Lista de chequeo76



LISTA DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Marco normativo | 27 |
| Tabla 2. Situación de unidad de análisis según selección de base de datos | 31 |
| Tabla 3. Operacionalización de variables | 32 |



1. INTRODUCCION

El siguiente trabajo de investigación se realiza con el fin de señalar la importancia que tiene la seguridad del paciente en la atención en salud ya que ésta es determinada como una problemática de salud pública a nivel mundial. Hoy en día en las instituciones prestadoras de servicios de salud se habla de prácticas seguras que llevan a reducir los incidentes y los eventos adversos. El propósito de identificar acciones inseguras generadas durante la atención de salud se sitúa con el fin de implementar medidas correctivas que eviten su recurrencia y con ello repercusiones en las personas que la presentan como por ejemplo la muerte.

La prolongación de la estancia hospitalaria y pérdidas económicas dependen de los protocolos utilizados en la seguridad del paciente para favorecer el manejo y el pronóstico de los usuarios dentro de la entidad prestadora. Estos sistemas de cuidados utilizados para la atención del paciente permiten reconocer la capacidad que tiene una entidad de salud para preservar la salud de los pacientes realizándolo a través de acciones seguras.

Ante la necesidad de la creación de un simulador de información de temas afines al área de Auditoría en Salud, en el contexto de un macro proyecto en conjunto con la Facultad de Diseño de la Fundación Universitaria del Área Andina, se hizo necesaria una búsqueda exhaustiva de información bibliográfica en base de datos de la biblioteca Gustavo Eastman Vélez y en las bases de datos Open Acces, de donde se extrajeron todos los documentos sobre el tema principal de este estudio que tiene relación con los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud Colombiano sobre la seguridad del paciente, documentos cuyo criterio principal de inclusión fue que su publicación fuera reciente en no más de 5 años, de cualquier lugar del mundo y en cualquier idioma. El tipo de estudio realizado fue de revisión documental sobre el tema base ya mencionado, la unidad de análisis empleada fue cada uno de los documentos analizados. Con el desarrollo de este proyecto se espera dar respuesta a las necesidades propias de la especialización en Auditoría en Salud, generar espacios de aprendizaje a través de la interacción de las realidades mixtas y conocimientos teóricos propios del área. Los resultados se darán a conocer por medio de un artículo de revisión de tema en una revista de circulación nacional y se expondrán en un evento institucional en la Fundación Universitaria del Área Andina.

2. PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

La simulación médica o clínica es la modalidad utilizada para recrear componentes clínicos con el propósito de desarrollar habilidades en equipos o modelos entrenadores de tareas, realidad virtual, pacientes estandarizados, pacientes virtuales y simuladores de alta fidelidad que conduzcan al dominio, mejora y seguridad en la adquisición de las destrezas relacionadas con el tema principal del simulador (1).

La capacitación a través de simuladores ha probado ser útil en la transferencia de conocimientos, habilidades y aptitudes encaminadas a la aplicación desde el centro de simulación y posterior a la práctica clínica. Este modelo educativo permite al participante sea este estudiante, profesional o docente vivir experiencias de condiciones específicas apegadas a la realidad para posteriormente ser estudiadas en una fase de análisis teniendo como ventaja no poner en riesgo a ningún paciente (2).

La incorporación de las tecnologías en la enseñanza y el aprendizaje en el área de la salud como son los simuladores de alta fidelidad, es una tendencia creciente a nivel mundial, tanto en el pregrado como en el posgrado, con el uso de herramientas que semejan lo más parecido a un paciente real, ofrecen nuevas posibilidades de enseñanza y aprendizaje (3).

Se hace necesario recrear un espacio de simulación para la implementación y evaluación de los paquetes instruccionales que el Ministerio de Salud define en cuanto a seguridad del paciente para su conocimiento general del personal de salud en cuanto a pregrado y posgrado.

Es importante entonces definir las acciones inseguras en salud como los actos u omisiones que tienen el potencial de generar daño al paciente (4), los cuales se definen como eventos adversos que incluyen las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta y a la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y al incremento de los costos de no-calidad (5).

La seguridad del paciente es una prioridad mundial debido a la alta prevalencia de eventos adversos que se reportan en la actualidad, se estima que, sólo en Norteamérica, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, como producto de errores en la atención médica y no como producto de sus enfermedades de base (4).

El reporte de eventos adversos se convierte en un importante indicador del resultado final de la atención y demuestran la calidad de la misma dentro de una institución de salud. El hecho de presentarse un alto número de eventos adversos durante la atención de un paciente, se relaciona entre otros factores, con el cambio constante de las condiciones clínicas del mismo, de trabajadores de la salud, de la complejidad propia de cada procedimiento clínico, de factores humanos, de los equipos y tecnología utilizadas, que en últimas llevan a fallos en salud (4).

Es por esta razón que a nivel nacional e internacional se implementan prácticas seguras en los procesos relacionados en atención en salud dentro del contexto de seguridad del paciente, convirtiéndose en un pilar fundamental de la calidad asistencial que se logra a través de programas de seguridad adaptados y modificados para cada institución, que incluye actos dirigidos a la reducción de efectos secundarios de la asistencia sanitaria (6).

En octubre del año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad en todo el mundo (6).

Su creación destaca la importancia internacional de la seguridad del paciente, esta fue formalizada en Colombia a través de iniciativas como la Política de seguridad del paciente, los Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente y La Guía técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud (7).

Dentro de los factores que contribuyen a la presentación de fallas en la atención en salud, se destacan la mala comunicación entre el equipo sanitario, la inadecuada adherencia a los protocolos de atención, la insuficiencia en dotación al personal de salud y la no aplicación adecuada de listas de chequeos en los diferentes servicios (8).

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los requerimientos técnico-científicos para la modelación de un simulador de implementación y evaluación de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud?

3. JUSTIFICACIÓN

La práctica clínica médica es una constante de actualización y evolución combinando una amplia y compleja interacción humana de procesos y tecnología con riesgos potenciales, es por esto que surge la simulación clínica como una nueva estrategia de enseñanza para los estudiantes, ya que es una herramienta cuyos objetivos principales son: la realización con la posterior repetición de habilidades y destrezas, y la imitación y entrenamiento de situaciones poco comunes, así como la equidad en el aprendizaje; de esta manera, la simulación permite llevar el error hasta sus últimas consecuencias sin que sea una situación real, lo que favorece la reflexión objetiva durante o después del error. Todo lo anterior ocurre en un ambiente o escenario lo más real posible y seguro (9).

La simulación clínica es una herramienta que favorece la seguridad del paciente al proporcionar escenarios irreales para actuar ante una situación real, lo que permite desarrollar habilidades y destrezas en un participante sin el riesgo de causar un daño a un paciente, de esta manera al adquirir habilidades técnicas en la toma de decisiones en un escenario real de alta, mediana y baja complejidad. En los últimos años, la utilización de simulaciones en educación médica se ha extendido de forma progresiva como una forma de mejora en la formación de los profesionales de la salud (1).

Actualmente la seguridad del paciente es un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que no sólo tiene repercusiones en la salud de las personas, sino que además ocasiona grandes pérdidas económicas (9).

La calidad asistencial es un tema que data desde los inicios de la medicina donde se hace referencia a uno de los principios clásicos conocido como “primum non nocere” (lo primero es no hacer daño), que se remonta a la etapa hipocrática. Posteriormente, Florence Nightingale enfermera, escritora y estadística británica reconoció el riesgo de la atención sanitaria encontrando que la mortalidad hospitalaria fue muy alta comparada con la extra hospitalario. Acontecimientos como estos demuestran que la actuación sanitaria tiene la posibilidad de producir consecuencias sobre los pacientes, significando un riesgo creciente de eventos adversos. Actualmente se establece que la mayoría de eventos adversos relacionados con la atención en salud que generan lesión o potencial daño a un paciente son prevenibles, por lo que existe la necesidad de establecer las convenientes estrategias preventivas que resulten recomendables y eficaces para la reducción de los mismos (6).

La seguridad del paciente es una cultura a nivel mundial que está constituida por una serie de actitudes, valores, percepciones, competencias y patrones de conducta individual y grupal, que son los que van a definir el compromiso con la seguridad en la atención y el cuidado del paciente (10).

Debido a que la seguridad del paciente es un importante indicador de calidad asistencial y su mejora representa una prioridad para los servicios sanitarios, es esencial promover, crear y mantener una cultura de seguridad positiva en las organizaciones (11). Es por esto que se debe trabajar desde cuatro áreas esenciales que son determinar la magnitud de los riesgos relacionados con la atención en salud, analizar los factores que contribuyen a la aparición de eventos adversos definiendo así cuáles son evitables o reducibles e identificar soluciones efectivas y sostenibles para lograr una atención más segura para los pacientes (12).

Actualmente en Colombia se cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente que es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, el cual tiene como objetivo principal prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar la ocurrencia de eventos adversos para de esta manera tener instituciones seguras. A partir de Junio del año 2008, el Ministerio de la Protección Social expide los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. En cada institución de salud es primordial que se implementen estos lineamientos logrado a través de unos ejes conductores donde se incluye el apoyo de las juntas directivas y gerencias que son las encargadas de asignar un presupuesto destinado a las actividades de seguridad, donde se debe conformar un equipo líder de seguridad y garantizar entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad del paciente, capacitando continuamente a los colaboradores en las prácticas seguras recomendadas e implementando acciones de mejora (4).

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco de antecedentes

La seguridad del paciente es una estrategia utilizada para reducir la incidencia de eventos adversos que pueden generar daño a un paciente durante la atención en salud (13); esta incluye la prevención, reducción y alivio de lesiones y daños en su mayoría prevenibles (14). Los sucesos adversos se relacionan con factores presentes a nivel institucional, a nivel de atención sanitaria y a nivel individual de cada profesional (13); la mayoría de los eventos adversos son notificados por los profesionales y están relacionados con la medicación, pruebas diagnósticas, errores de laboratorio y coordinación asistencial; lo cual se relaciona con la poca comunicación entre profesionales, la ausencia o mala implementación de los protocolos institucionales (8). La cultura de seguridad del paciente es un pilar fundamental de la calidad asistencial que se logra a través de programas de seguridad adaptados y modificados para cada institución (6), la cual fomenta mejores prácticas destinadas a la seguridad del paciente y, en consecuencia, un mejor funcionamiento del sistema de salud (13); que se asocian con la implementación de prácticas seguras en el ámbito asistencial (15).

Existen unas dimensiones importantes para la seguridad del paciente las cuales son: el trabajo en equipo, organización de aprendizaje y mejora continua y la dotación del personal (16). La medición de la cultura de seguridad del paciente permite la identificación de debilidades de una entidad para establecer estrategias de mejora para la reducción del número de eventos adversos sobre los pacientes (17), y determina el compromiso de la gestión de la seguridad en la atención y el cuidado de los pacientes (11). Debe haber una mejora continua y un apoyo a los diferentes procesos de gestión de una institución para garantizar una atención segura (18), que tenga como objetivos principales la promoción, el mantenimiento y la creación de una cultura de seguridad del paciente (10).

Para mejorar la seguridad del paciente se requiere de una investigación en cuatro áreas que son: determinar la magnitud de los riesgos relacionados con la atención en salud; analizar los factores que contribuyen a la incidencia de eventos adversos estableciendo cuáles son evitables o reducibles, identificar soluciones efectivas y sostenibles para lograr una atención más segura y evaluar el impacto de los eventos adversos sobre pacientes, profesionales y el sistema de salud (12).

En Octubre del año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) con el propósito de difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente a nivel mundial (6). En la mayoría de los países desarrollados, parte de las muertes inesperadas se generan a partir de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y con errores clínicos (19).

Crear una cultura institucional basada en seguridad del paciente conduce a la implementación de prácticas seguras y al trabajo en equipo para prevenir los errores en atención en salud. En el año 2009 la OMS revisó los factores humanos relacionados con la seguridad del paciente en los cuales fueron de referencia la toma de decisiones y el manejo del estrés. Por lo que la OMS recomienda fortalecer las habilidades comunicativas para el trabajo en equipo, creación de entornos laborales seguros que se relacionan con la percepción de los profesionales en el clima de la organización (15). La educación del paciente hace parte fundamental en la seguridad del mismo, a través de la socialización de derechos del paciente, educación, entorno médico seguro y entregas de folletos educativos creando así cultura de seguridad del paciente (20).

Los programas de seguridad del paciente más utilizados son la higiene de manos, programa de identificación del paciente, de prevención de caídas, medidas para evitar errores en la medicación (6), y las listas de verificación en cada servicio, las cuales ayudan a garantizar que los pacientes reciban atención segura (21), disminuyendo complicaciones, reduciendo las tasas de mortalidad de los pacientes, las infecciones relacionadas con la atención en salud y la presentación de eventos adversos por una mala identificación de los pacientes (6).

Las estrategias para el mejoramiento se centran en una política de seguridad del paciente, a través de la realización de capacitaciones sobre temas afines y la implementación de un procedimiento definido para la notificación de eventos e incidentes (7). Se recalca la importancia de incluir la disposición del personal sanitario y de los líderes de los ámbitos hospitalarios para la implementación de herramientas de mejoría en la atención en salud (22), lo cual pone de manifiesto la necesidad de desarrollar programas de actuación específicos para dar solución a dificultades presentes (12). Evidenciando que los profesionales en salud hacen todo lo posible como equipo para brindar una atención de calidad, aun cuando las condiciones de trabajo no sean las óptimas para la seguridad de los pacientes (19).

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Establecer requerimientos técnico-científicos para la modelación de un simulador de implementación y evaluación de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente, 2021

5.2 Objetivos específicos

- Realizar una revisión exhaustiva de bibliografía sobre la seguridad del paciente teniendo en cuenta los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud e implementación de la misma.
- Explorar las necesidades de implementación de los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud sobre la seguridad del paciente en el medio.



6. MARCO TEORICO

6.2 Marco referencial

6.2.1 Definición y precedentes de la seguridad el paciente.

La seguridad del paciente es un tema de interés que en los últimos años ha mostrado un aumento significativo involucrándose como un componente de la calidad asistencial. Pacientes, familiares, gestores y profesionales sanitarios deben recibir y ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Los efectos no deseados derivados de la atención sanitaria representan una causa no despreciable de morbimortalidad y suponen un elevado costo sanitario (23).

La inseguridad del paciente es considerada como una epidemia silenciosa porque es un problema frecuente, que tiende al crecimiento, el cual es considerado una situación potencialmente prevenible (24).

La calidad de la atención de salud incluye como uno de sus aspectos fundamentales a la seguridad de los pacientes, este tema involucra varios aspectos como son el contexto organizacional, las técnicas diagnósticas, el clima y la cultura de seguridad, los recursos humanos en salud, los cuales forman parte de un sistema en cadena que puede terminar en un incidente que cause algún tipo de daño o lesión a los pacientes (25).

Para contextualizar hay que recordar que la salud y la enfermedad son parte de la biología de los seres vivos y que en los albores de las civilizaciones aparece el sanador y su arte, que evoluciona lentamente hacia la ciencia médica contemporánea. Es de esta manera que, desde tiempos remotos, se ha esperado siempre que quien atiende a un enfermo lo haga por el llamado de una vocación y con el mejor conocimiento existente, procurando de esta manera el beneficio de aquel que sufre. También se ha entendido como una buena práctica evitar actos lesivos, evitar cometer descuidos que agraven la enfermedad y que ocasionen daños adicionales (26).

Es así como la Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. Permitiendo de esta manera la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar las barreras de seguridad necesarias. Actualmente la seguridad del paciente se está instalando como una necesidad social, científica, ética y legal en la atención médica, que procura la prevención de los riesgos y evita daños al paciente ya sea en el momento de su atención en los entes prestadores de salud o en su atención ambulatoria (26).

De esta manera se expone que la cultura de seguridad del paciente se relaciona con el patrón de comportamiento de individuos y grupos, basados en sus valores y actitudes, y a su vez relacionado con la forma en que realizan su trabajo. Una cultura de seguridad positiva en una organización sanitaria se ejemplifica con una buena comunicación, el compartir la percepción de la importancia de la seguridad y con la confianza en las medidas preventivas adoptadas en dicha institución (27).

6.2.2 Historia de la seguridad del paciente

Se señalan varias etapas importantes en la historia de la seguridad del paciente desde los inicios de la civilización hasta la actualidad: los inicios de la civilización (Lejano y Medio Oriente), el período helenista y romano (Occidente), el Humanismo-Renacimiento hasta la Revolución Industrial, la era del control estadístico de la calidad (siglo XX) y la publicación *Errar es humano*, lanzamiento de los primeros retos globales de la OMS (26).

Previo a las fechas antes mencionadas, en la época de 1692 a.C. con el Código de Hammurabi, Papiro egipcio, se menciona el primer conjunto de leyes para la medicina, que tenían como fin fomentar el bienestar de las personas; en la época hipocrática 450 a.C, se incluye la seguridad en la atención y la relación entre el médico y el paciente; en los años 1509 -1590 Ambroise Paré, el padre de la cirugía reconocía y publicaba los errores en su atención sanitaria, así como Pierre Charles Alexandre, quien en 1825 definió que era fundamental el documentar lo relacionado con signos y síntomas, respuesta y tratamientos utilizados en los pacientes; Ernest Codman entre 1869-1940, considerado el padre de la calidad asistencial realizaba esfuerzos sistemáticos de seguir a cada uno de los pacientes después de los tratamientos y registrar el resultado final de sus cuidados; posterior en los años cincuenta, se publicó los primeros estudios sobre riesgos de la hospitalización y los errores médicos (28).

En el año 1999, el Instituto de Medicina de Estados Unidos publica el informe conocido como “*Errar es Humano*”, donde se expone que los fallos en salud por eventos adversos prevenibles causaron entre 44.000 y 98.000 defunciones al año en los hospitales, siendo está definida como la séptima causa de muerte (29). Además incluye a la seguridad del paciente como un concepto relevante en atención en salud lo que demuestra la importancia de analizar eventos adversos (30). De esta manera se concluye que para aminorar los daños derivados de la atención en salud, los sistemas sanitarios de los países desarrollados deben centrar su interés en el paciente, esto a partir de los primeros años del siglo XXI. Teniendo como objetivo la mejora de la calidad asistencial y la reducción de fallos en salud. En el año 2003, el Hastings Center publicó el informe *Promoviendo la Seguridad del paciente: una base ética para la deliberación de políticas*, que realiza una reflexión

ética de las obligaciones morales que subyacen en la cultura de seguridad desarrollada tras la publicación del I informe “Error es humano” (31).

6.2.3 Enfoque de la seguridad del paciente en las últimas décadas

La Organización Mundial de la Salud en diciembre del año 2003, informó la creación de un equipo de trabajo mundial encaminado a la seguridad del paciente, el cual ha contribuido a revisar todas las actividades que la organización lleva a cabo en el sector salud, con el fin de adoptar medidas que mejoren la atención en salud, es por esto que la OMS tiene unas esferas principales de trabajo relacionadas con la seguridad del paciente: factores sistémicos y seguridad de los productos y servicios (32). De esta forma en el año 2004 crea una estrategia llamada La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que tiene por objetivo promover la investigación y facilitar la utilización de los resultados de la misma en pro de una atención sanitaria más segura y una reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes (33). La Organización Mundial de la Salud también lideró en el año 2009 la campaña mundial «Salve vidas: límpiense las manos» con la finalidad de mejorar el apego a la higiene de manos en la atención de la salud. Esta iniciativa es continuación del primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: Una atención limpia es una atención más segura encaminada a reducir la incidencia de las infecciones asociadas a la atención en salud (34).

Es importante de esta manera una definición clara del error médico que según el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es la falla de una acción planeada en completarse como se pretendía, o la aplicación de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (35).

Se incluye también en esta contextualización del tema en la actualidad al Consejo Internacional de Enfermería quien determina que en países en desarrollo la probabilidad de aparición de eventos adversos es mayor que en los industrializados, lo cual se relaciona con el tipo de infraestructura, los equipos sanitarios, la calidad de los medicamentos, las deficiencias en el manejo y eliminación de desechos y el control de infecciones. La Organización Mundial de la Salud en el año 2002 establece lineamientos y pautas de actuación para la construcción de políticas encaminadas a prevenir, identificar y minimizar los eventos adversos. Es así como en relación con estas pautas surge para Latinoamérica el estudio IBEAS (Estudio Ibero Americano de Eventos Adversos) en el que Colombia, Costa Rica, Perú y Argentina se unen para conocer los eventos ocurridos en sus hospitales, establecer su prevalencia y sus características y desarrollar metodologías propias comparables internacionalmente encaminadas a la reducción de la presentación de fallos en salud (36).

Para el año 2006, se encontró que los eventos adversos se convirtieron en la sexta causa de muerte en Estados Unidos, sobre enfermedades crónicas como la diabetes y la enfermedad renal, enfermedades respiratorias como la influenza y la neumonía, y otras como el Alzheimer; además se encontró que estos eventos aumentan la estadía hospitalaria y la mortalidad de los pacientes, contribuyendo a 32.591 muertes por año y a \$US 9.3 billones. Recientemente se reportó que los eventos adversos son la primera causa de morbimortalidad global en algunos países en vía de desarrollo (37).

6.2.4 Estado actual de la seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un componente fundamental en la atención en salud, que ha venido avanzando y tomando fuerza en las últimas décadas a nivel mundial como se mencionó previamente; las instituciones de salud y las diferentes organizaciones, con el paso del tiempo se han dado cuenta que prevenir posibles eventos adversos en la atención, actuar con tiempo, corregir los errores y aprender de ellos, es indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud (38).

La seguridad del paciente ha evolucionado conforme avanza el desarrollo científico y tecnológico, enmarcada dentro del concepto de calidad del servicio prestado a los pacientes. El ser humano comete errores y el sistema de salud tiene fallas y descuidos, lo que conlleva a que aumente el riesgo para el paciente de sufrir daños con diferentes grados de severidad o incluso fatales, con la ventaja de que muchos de ellos son prevenibles. Por ello es indispensable realizar un análisis, discusión y acción entre todos los profesionales sobre el tema de la seguridad del paciente y considerar este tema como pilar de la gestión en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia (39).

En Colombia en materia de seguridad del paciente está relacionada con la decisión que tomaron el Ministerio de la Protección Social e ICONTEC para exigir que las instituciones mostrarán avances en la detección, registro e intervención de los eventos adversos, al iniciar con el proceso de acreditación, como requisito para solicitar la visita de evaluación externa, promoviendo el trabajo de muchas instituciones, para conocer los avances del tema en el mundo y luego para definir pasos, procedimientos, mecanismos de registro y en general herramientas para intervenir los eventos adversos y, fundamentalmente, para prevenirlos (40).

6.2.5 Relación entre seguridad del paciente y la calidad asistencial

La seguridad del paciente es un componente fundamental para la calidad asistencial, debido a que involucra tanto a los servicios sanitarios como a todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial, su importancia radica en las repercusiones que pueden tener las fallas en la atención en salud, en la gestión del sistema sanitario y en la salud del paciente. Es por esta razón que la seguridad del paciente se implementa como un principio fundamental en la atención directa del mismo, lo que se convierte en un reto tanto en el actuar clínico, como en la formación de profesionales de salud (41).

En los últimos años se destaca la utilización de simulación clínica como parte esencial de los recursos metodológicos considerados para el aprendizaje actual en salud en pro de la seguridad del paciente (42). Relacionado directamente con los avances técnicos y de tratamiento asociado a factores políticos, sociales y culturales que involucran la necesidad de utilizar nuevas estrategias de entrenamiento activo en medicina y en áreas afines a la salud (43). De resaltar, los profesionales de la salud intervienen en el cuerpo humano instaurando algún tipo de acción para cuidar de su salud. La efectividad de los procedimientos realizados dependerá del entrenamiento del profesional, el cual puede ser tomado en centros de simulación, donde adquieren cierto grado de habilidad y destreza, comprendiendo así los riesgos a los que se enfrentan desde los diferentes ámbitos relacionados con los procedimientos (44).

Es de esta manera como la seguridad del paciente es convertido en un tema central dentro de las instituciones de atención médica que se encaminan en coordinar, difundir y diseñar estrategias que ayuden a tener un ambiente asistencial más seguro y a disminuir las fallas en atención en salud (45). Convirtiéndose así en una política fundamental, que incluye la detección y prevención de eventos adversos de salud (28). Entendiendo como evento adverso a las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud sobre un paciente como se ha mencionado anteriormente(46).

Es importante resaltar que la estructura conceptual de la clasificación de la seguridad del paciente se compone por varias categorías que tienen como objetivo principal permitir la categorización de la información sobre la seguridad que incluyen, tipo de incidente, consecuencias para el paciente, características del paciente, características del incidente, factores que contribuyen a los riesgos, consecuencias para la organización, detección, factores para mitigación, acciones de mejora y acciones para la reducción del riesgo (47).

6.2.6 Evaluación de seguridad del paciente a través del reporte de eventos adversos e incidentes

Para evaluar la seguridad del paciente se emplean estrategias como la medición de la prevalencia de eventos adversos reportados con el objetivo de identificar áreas de mejora en la actividad sanitaria y de esta manera lograr la reducción de su presentación (41). Se calcula que más del 40% de los eventos adversos presentados y reportados son prevenibles y que la implementación de medidas correctoras y preventivas sobre los errores ha demostrado su efectividad disminuyendo los eventos adversos (48).

En la atención en salud además de presentarse eventos adversos, pueden suceder incidentes, que se denominan como un suceso o circunstancia que acontece en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño y que están relacionadas con fallas menores en los procesos de atención. Éste término se aplica cuando hay una situación donde el profesional en salud que ofrece un servicio a un paciente tiene un error por acción o por omisión, pero como resultado del azar o de una barrera de seguridad no se presenta un evento adverso (49).

Los eventos adversos pueden ser clasificados desde varias perspectivas: según su condición de evitabilidad: evitables o no, la gran mayoría de eventos son prevenibles, los demás son el resultado de lo que se denomina riesgo inherente, sea de la patología del paciente o del procedimiento realizado; según el nivel de severidad del daño producido se clasifican en graves, moderados y severos de la siguiente manera: es un evento adverso grave, si ocasiona la muerte o incapacidad de la persona o que implique una nueva intervención quirúrgica, moderado si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria; leve, si ocasiona alguna lesión o complicación mínima, sin prolongación de la estancia hospitalaria (50).

Los eventos adversos e incidentes pueden surgir por múltiples causas, como las relacionadas con aspectos de origen administrativo, con procesos o procedimientos clínicos, con aspectos relacionados con los cuidados hospitalarios, con situaciones relacionadas a procesos de medicación, con tratamientos; también se incluyen problemas de comunicación entre el personal sanitario, cuestiones relativas a recursos humanos y materiales o a problemas de gestión de la organización prestadora del servicio de salud (51). Cuando un evento adverso genera la muerte o lesión física o psicológica grave se está refiriendo a un evento centinela. La lesión física grave incluye la pérdida de un miembro o una función específica en el paciente. Este evento se denomina centinela ya que indican la necesidad de una investigación y respuesta inmediata para evitar su recurrencia (52).

La presentación de eventos adversos tiene relación con la complejidad en sí de la atención sanitaria, lo que se traduce con un mayor el riesgo de ocasionar un daño a los pacientes durante la práctica clínica como lesiones, hospitalización, aumento

del tiempo de estancias hospitalarias o incluso la muerte. Uno de los retos del siglo XXI es brindar una atención más segura (48). Es por esto que para garantizar la seguridad del paciente, es fundamental incluir buenas prácticas entre los profesionales de la salud como se ha mencionado anteriormente (53).

6.2.7 Actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos

Dentro de las actividades realizadas en una institución de salud que facilitan la vigilancia estricta de la presentación de eventos adversos se incluyen:

- **Rondas de seguridad:** las cuales fueron diseñadas por Frankel y su equipo en el año 2003 con el fin de conocer la percepción de los colaboradores sobre la seguridad de la atención en el servicio y de esta manera lograr la creación de una cultura de seguridad, creando así discusiones sobre la seguridad del paciente (54).
- **Paciente trazador:** es una herramienta efectiva para rastrear la calidad de atención de un paciente, en el cual se utiliza la historia clínica como guía. Consiste en evaluar el cumplimiento de la atención al paciente con los estándares y el cumplimiento de la política de la organización (37).
- **Listas de verificación:** es una herramienta clínica para los profesionales de la salud que permite prevenir riesgos, así mismo con el fin de mejorar la seguridad del paciente (38).

6.2.8 Cultura sobre la seguridad del paciente

Una cultura positiva sobre la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes relacionados con la atención en salud, para de esta manera aprender de los errores previos y así lograr reducir la probabilidad de que se vuelvan a presentar. Para mejorar la cultura de seguridad se debe continuar desarrollando acciones dirigidas a medir y mejorar el clima de seguridad, formar a todos los profesionales en temas de seguridad, fomentar la formación en cuidados efectivos, entrenar a los equipos de trabajo en gestión de riesgos, fomentar el liderazgo en seguridad, comunicar y aprender de los incidentes y mantener informados a los profesionales de los datos de evaluación de sus centros sanitarios estimulando su participación activa en las mejoras propuestas (55).

El aprendizaje a partir de la revisión de los errores es una gran oportunidad de mejora para la cultura de seguridad y gestión de riesgo en una institución (56). Por esta razón para la evaluación de los fallos en salud se emplea el sistema de monitoreo de seguridad del paciente que involucra la premisa: atención a menor costo, ya que al mejorar la seguridad del paciente se observa una reducción de costos en la atención sanitaria (57). Debido a que al conocer la frecuencia y el tipo de incidentes y eventos adversos que se presentan durante la atención médica se logra un proceso continuo de mejora de la calidad de la atención (58).

La determinación de los problemas e incidentes que ocurren en la atención sanitaria como se mencionó, en estimar el número de pacientes que sufren daño por causa de la atención sanitaria, también en identificar cuáles son los eventos adversos registrados. Las caídas de los pacientes hospitalizados son los eventos adversos más comunes y conllevan a heridas de los pacientes, aumento de permanencia de las personas en el hospital, aumentan los costos del cuidado médico, pleitos y son focos negativos de seguridad del paciente y la calidad del cuidado de salud.(59)

Esta información es esencial para aumentar la sensibilización sobre el problema y determinar prioridades. Es necesario investigar para determinar los principales factores prevenibles en la cadena causal; encontrar soluciones para mejorar la seguridad del paciente se necesitan soluciones eficaces para conseguir una atención más segura y prevenir posibles daños a los pacientes; evaluar el impacto relacionado con la evaluación de los efectos, la aceptabilidad y la asequibilidad de las soluciones aplicadas (33).

Por esta razón es fundamental sensibilizar a los gerentes de las entidades de salud para que tengan claro que la seguridad del paciente se ve comprometida por fallas en el sistema y que la seguridad debe ser una prioridad (27). Además es necesario crear conciencia en los profesionales de salud sobre la importancia de la notificación de los eventos adversos y de esta manera alcanzar una cultura de seguridad y enmarcar el cuidado en uno de los principios éticos: “No maleficencia”, que permita desarrollar las intervenciones de la manera más apropiada para los pacientes (46).

6.2.9 Indicadores para el monitoreo de seguridad del paciente

Existen una serie de indicadores necesarios para realizar monitoreo de la seguridad del paciente dentro de una institución de salud que incluyen:

- **Indicadores de estructura:** aquellos que miden la calidad de los recursos humanos, físicos y tecnológicos requeridos para la atención en salud.
- **Indicadores de proceso:** los cuales definen cómo se genera la atención a través de la medición de la calidad de las actividades realizada. Es un

ejemplo de este indicador la evaluación de la historia clínica y el diligenciamiento del consentimiento (37).

- **Indicadores de resultado:** se encargan de la medición del grado en el que la atención otorgada al paciente produjo o no el efecto deseado. Son ejemplos de este indicador la tasa de caídas por 1000 días estancia y la satisfacción de los pacientes (37).

6.2.10 Programas de monitoreo que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de los eventos adversos

Para la realización de la vigilancia epidemiológica de los eventos reportados en una entidad de salud se emplean los siguientes programas de monitoreo, que permiten mantener una supervisión y cumplimiento continuo de las tareas o implementos utilizados en la atención (37).

- **Tecno vigilancia:** reglamentada en Colombia por la Resolución 4816 de 2008 que tiene como objeto fundamental el garantizar la seguridad de los pacientes por medio de la identificación, gestión y divulgación de los incidentes o eventos adversos que presenten los dispositivos médicos durante su uso para la atención en salud.
- **Farmacovigilancia:** es la acción que monitorea el uso de medicamentos en los pacientes, relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos.
- **Hemovigilancia:** a través del cual por parte de un conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica permiten la detección, registro y análisis de la información referente a los eventos adversos derivados de la donación y de la transfusión de sangre.

6.2.11 Métodos de análisis de eventos adversos e incidentes.

Se emplean diferentes métodos para realizar el análisis de los eventos adversos y los incidentes relacionados con la atención en salud, entre los cuales se resaltan los siguientes.

- **Análisis causa raíz:** es una forma de estudio retrospectivo de eventos adversos destinado a detectar las causas de los mismos. Se investiga más allá del error humano para realizar la identificación de problemas en el sistema que contribuyan o que resulten en la producción de estos eventos. El éxito radica en lograr responder ¿qué sucedió?, ¿por qué sucedió?, y ¿qué puede hacerse para evitar que suceda de nuevo? (60).

- **Protocolo de Londres:** el cual está encaminado para garantizar la seguridad del paciente en todo proceso relacionado con los servicios de salud. Dirigido directamente a las personas que se encargan de gestionar el riesgo asociado con los servicios de salud. Tiene en cuenta cada una de las partes que conforman el sistema, inicialmente analiza las acciones inseguras que se han cometido y de qué manera se han vulnerado las barreras de defensa existentes en la institución. En un segundo paso, se analizan detalladamente los procesos como protocolos o guías de actuación vigentes para cada situación clínica. Se mencionan dentro de los factores contributivos, los relacionados con la personalidad del enfermo, el nivel educacional, factores que tienen relación directa con la efectividad de la comunicación médico paciente. Por otra parte, también hay factores que corresponden al profesional, dependiendo del nivel de conocimiento, los años de experiencia, la sobrecarga de trabajo que interfiere con su concentración durante el trabajo. A esto se suman las condiciones ambientales, la iluminación, temperatura o ruido del lugar de trabajo; y el factor organizacional, que influyen sobre el clima en el trabajo, las relaciones interpersonales y la administración de los recursos y el personal disponible (61).
- **Indicadores:** Son aquellos que representan una unidad de medida gerencial que permite evaluar el desempeño de una organización frente a sus metas, objetivos y responsabilidades con los grupos de referencia, y medir la forma en que se está actuando frente a la ocurrencia de eventos adversos, ayudan a mantener un rango de referencia para la seguridad del paciente y que tracemos objetivos en pro de disminuir indicadores de empeoramiento. Los indicadores los podemos clasificar en indicadores de eficacia o de eficiencia, de evaluación y cumplimiento.(62)

6.2.12. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y paquetes instruccionales, expedida por el ministerio de salud.

Los paquetes instruccionales definidos por el Ministerio de Salud colombiano son herramientas dirigidas a los profesionales en salud para que en el desempeño laboral cotidiano para que cumplan con las disposiciones establecidas en la Política Nacional de Seguridad del Paciente y la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Todo esto encaminado a 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, así desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”. (63)

Comprende 23 paquetes instruccionales los cuales se anexan a la bibliografía con su respectivo link de acceso. Cada paquete instruccional contiene recuadros paso a paso: índice, Introducción, Objetivo General, Objetivos específicos, Glosario de términos, Escenario problémico, Competencias, Marco teórico, Apropiación, Experiencias exitosas, Evidenciar Resultados, Conclusiones, Bibliografía y anexos.

6.3 Marco conceptual

- **Seguridad del paciente:** Los esfuerzos para reducir el riesgo, para tratar y reducir los incidentes y accidentes que pueden afectar negativamente a los consumidores de salud.
- **Calidad asistencial:** los niveles basados en normas de calidad que caracterizan a los servicios o cuidados de salud proporcionados.
- **Errores médicos:** errores o equivocaciones cometidos por profesionales de la salud que traen por resultado daños al paciente. Incluyen errores en el diagnóstico (ERRORES DE DIAGNÓSTICO), errores en la administración de fármacos y otras medicaciones (ERRORES DE MEDICACIÓN), errores en la ejecución de procedimientos quirúrgicos, en el uso de otros tipos de terapia, en el uso de equipos y en la interpretación de hallazgos de laboratorio. Los errores médicos se diferencian de la MALA PRAXIS en que los primeros se consideran errores honestos o accidentes, mientras que lo segundo es resultado de negligencia, ignorancia reprobable o intención criminal.
- **Gestión de seguridad:** El desarrollo de sistemas de prevención de accidentes, lesiones u otras ocurrencias adversas en el ambiente institucional. El concepto incluye prevención o reducción de eventos adversos o incidentes involucrando empleados, pacientes o instalaciones. Por ejemplo, planes para reducción de lesiones por caídas o planes para prevención de incendio favoreciendo el ambiente institucional seguro.
- **Cultura organizacional:** Creencias y valores compartidos por todos los miembros de una organización. Esos valores compartidos, que están sujetos a cambios, se refleja en las operaciones del día a día de la organización.
- **Mala práctica:** 1. Cuando un profesional, como un médico o abogado, no brinda el servicio adecuado por ignorancia reprobable o negligencia, o con intención criminal, especialmente cuando dicha falla da lugar a daño o pérdida. (Traducción libre del original: (Random House Unabridged Dictionary, 2d ed) 2. Negligencia: omisión o inobservancia de cuidado necesario para evitar daños.

- **Iatrogenia:** Cualquier condición adversa en un paciente que se produce como resultado del tratamiento indicado por un médico, cirujano, u otro profesional de la salud, especialmente infecciones adquiridas por el paciente durante el curso del tratamiento.
- **Medidas de seguridad:** Reglamentos para garantizar la protección de personas y bienes.
- **Evento Adverso:** Trastornos que resultan del uso previsto de PREPARACIONES FARMACÉUTICAS. En este descriptor se incluye una amplia variedad de condiciones adversas indicadas químicamente debido a la toxicidad, INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS y efectos metabólicos de los productos farmacéuticos.
- **Infecciones nosocomiales:** Cualquier infección que un paciente contrae en una institución de salud.
- **Sistemas de identificación de pacientes:** Procedimientos organizados para establecer la identidad del paciente, incluye uso de pulseras, etc.
- **Agotamiento psicológico:** Reacción excesiva al estrés causado por el entorno de uno que puede caracterizarse por sentimientos de agotamiento emocional y físico, junto con un sentimiento de frustración y fracaso.
- **Prescripción de medicamentos:** instrucciones escritas para la adquisición y uso de MEDICAMENTOS.
- **Accidentes por caídas:** Caídas causadas por resbalar o tropezar y que pueden producir lesión.
- **Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios:** cirugía que se realiza en paciente externo. Puede hacerse en el hospital o en la consulta de un centro quirúrgico.
- **Lista de verificación:** Ayuda para el registro consecuente de datos, tales como tareas concluidas y anotaciones de observaciones.
- **Consentimiento informado:** Autorización voluntaria dada por un paciente o sujeto de investigación, con total comprensión de los riesgos que implican los procedimientos diagnósticos y de investigación y el tratamiento médico o quirúrgico.
- **Autocuidado:** Cuidarse cuando está enfermo o tomar acciones positivas y adoptar comportamientos para prevenir las enfermedades.
- **Humanización de la atención:** Tipo de asistencia que se supone que el tratamiento es más efectivo cuando el paciente es escuchado y respetado por los profesionales de la salud. También es necesario humanizar las condiciones de trabajo de estos profesionales.

- **Ética médica:** Los principios de la conducta profesional que se relaciona a los derechos y deberes del médico, la relación con pacientes y sus colegas profesionales, así como también acciones del médico en la atención del paciente y relaciones interpersonales con los familiares de los pacientes.

6.3.1 Palabras claves

Palabras clave: seguridad del paciente, calidad asistencial, errores médicos, gestión de seguridad, cultura organizacional, mala práctica, iatrogenia, medidas de seguridad, evento adverso,, infecciones nosocomiales, sistemas de identificación de pacientes, agotamiento psicológico, prescripción de medicamentos, accidentes por caídas, Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios , sistemas de identificación de pacientes, , lista de verificación, consentimiento informado, autocuidado, humanización de la atención (Tomado de los descriptores para ciencias de la salud DeCS.)

6.4 Marco normativo

Para esta investigación se contemplan las siguientes normas:

Tabla 1. Marco normativo

| NORMA | AÑO DE LA NORMA | OBJETIVO DE LA NORMA |
|--|-----------------|---|
| Declaración de los derechos humanos | 1948 | Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios y tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por situaciones independientes de su voluntad. |

| | | |
|---|-------------|--|
| Constitución política de Colombia | 1993 | Derecho a la salud |
| Constitución política de Colombia Art.49 | 1993 | La atención en salud y el saneamiento ambiental sean servicios públicos a cargo del Estado y garantía para todas las personas al acceso de los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. |
| Resolución WHA A5 | 2002 | Prestar mayor atención al problema de seguridad del paciente, establecer y consolidar sistemas de bases científicas para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria. |
| Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS) | 2004 | Tiene por objeto promover la investigación y facilitar la utilización de los resultados de la investigación en pro de una atención sanitaria más segura y una reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes en todos los Estados Miembros de la OMS. |
| Decreto 1011 | 2006 | Crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible limitar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. |
| Resolución 1445 | 2006 | Estableció el componente opcional de acreditación en salud, que incluía la implementación del programa de seguridad del paciente para |

| | | |
|---|-------------|---|
| | | Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) acreditadas. |
| Resolución 1446 | 2006 | Establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos. |
| Ley 1122 | 2007 | Incluir reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento en los programas en salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control, la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. |
| Lineamientos para la implementación de la Política de seguridad del paciente | 2008 | Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura |
| Resolución 1740 | 2008 | Herramientas para la institucionalización de la política de seguridad del paciente, análisis de la causalidad de los incidentes y eventos adversos. |
| Resolución 00107 | 2009 | Se adopta la política institucional de seguridad del paciente en el Instituto Nacional de Cancerología. |
| Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente | 2010 | Establecer las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de |

| | | |
|--------------------------------|-------------|---|
| en la atención en salud | | prácticas seguras de la atención en salud |
| Resolución 0123 | 2012 | Reglamentó el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, en el que el programa solo debía ser implementado por IPS que desearan acreditarse. |
| Resolución 1441 | 2013 | Establece para las IPS, la implementación del programa de seguridad del paciente. |
| Ley estatutaria 1751 | 2015 | Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. |

AREANDINA
 Asociación Colombiana de Acreditación en Salud

7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

Este estudio pretende establecer los requerimientos técnico - científicos para la modelación de un simulador que permita la implementación y evaluación de los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud sobre la seguridad del paciente durante el 2021, trabajo que fue realizado en el marco de un macro proyecto con la facultad de diseño. Este estudio tiene un alcance de revisión documental a nivel científico.

7.2 Población y muestra

La población y muestra la constituyeron 50 documentos seleccionados de las bases de datos científicas indexadas.

7.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los artículos seleccionados sobre seguridad del paciente a través de los paquetes instruccionales del ministerio de salud.

Tabla 2. Situación de unidad de análisis según selección de base de datos

| Bases de datos | Número de artículos |
|-----------------|---------------------|
| Science Direct | 4848 |
| ProQuest | 11.019 |
| Pubmed | 105.837 |
| Google academic | 356.600 |
| Scielo | 3.814 |

7.4 Criterios de inclusión

- Documento científico y/o técnico de menos de 5 años de publicación en cualquier idioma y de cualquier lugar del mundo.
- Documento incluido en la base de datos de la universidad, o en bases de datos Open Access.
- Consultoría a expertos en el tema de estudio.

7.5 Criterios de exclusión

- Artículos anteriores al 2015.

7.6 Operacionalización de variables

Las variables de esta investigación se operacionalizaron de acuerdo a la matriz del cuadro N° 3, donde a cada documento se le identificó y analizó: autores, título, revista, año, país, idioma, base de datos, tipo de investigación, conceptos iniciales y emergentes.

Tabla 3. Operacionalización de variables

| Conceptos | Definición | Variables | Indicador | Fuente |
|------------------------|---|---|---|---|
| Seguridad del paciente | Es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable, además el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria. | Gestión segura de la tecnología biomédica | Número de documentos encontrados 69 u número de documentos revisados 60 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticos |
| | | Gestión segura del uso de medicamentos | Número de documentos encontrados 69 u número de documentos revisados 60 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticos |
| | | Conciliación medicamentosa. | Número de documentos encontrados 69 u número de documentos revisados 60 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticos |

| | | | | | |
|--|--|---|---|-------------|---|
| | | Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud. | Número de documentos encontrados al número de documentos revisados 60 | de 69 de 60 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticos |
| | | Adherencia a guías de práctica clínica. | Número de documentos encontrados al número de documentos revisados 60 | de 69 de 60 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open access Revistas científicas Expertos temáticos |
| | | Educación en seguridad del paciente. | Número de documentos encontrados al número de documentos revisados 60 | de 69 de 60 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open access Revistas científicas Expertos temáticos |
| | | Implementación de las metas globales de seguridad del paciente | Número de documentos encontrados al número de documentos revisados 60 | de 69 de 60 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticas |
| | | Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud. | Número de documentos encontrados al número de documentos revisados 60 | de 69 de 60 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas |

| | | | | |
|----------------|---|---|--|---|
| | | | | Expertos temáticas |
| | | Mecanismos de reporte de eventos adversos | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 61 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticas |
| Evento adverso | Incidente desfavorable, hecho inesperado, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que ocurre en asociaciones directa con la atención médica. | Prevenible | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 65 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticas |
| | | No prevenible | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 65 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticas |
| | | Evento Adverso grave | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 66 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open access Revistas científicas Expertos temáticos |

| | | | | |
|--------------------|--|---------------------------|--|--|
| | | Evento Adverso moderado | Número de documentos encontrados número de documentos revisados 67 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticos |
| | | Evento Adverso leve | Número de documentos encontrados número de documentos revisados 68 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticas |
| | | Evento Adverso prevenible | Número de documentos encontrados número de documentos revisados 69 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticas |
| Incidente en salud | Suceso o circunstancia que acontece en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño y que están relacionadas con fallas menores en los procesos de atención. | Incidente sin daño | Número de documentos encontrados número de documentos revisados 66 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticos |
| | | Error | Número de documentos encontrados número de documentos revisados 67 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas |

| | | | | |
|--|--|------------|--|---|
| | | | | Expertos temáticos |
| | | Infracción | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 68 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticos |
| | | Cuasierror | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 69 | Bases de datos de la biblioteca Areandina Bases de datos Open Access Revistas científicas Expertos temáticos |

7.7 Recolección de información

La información se recolectó en las bases de datos de la biblioteca y en las bases de datos Open Acces, de donde se extrajeron todos los documentos sobre el tema, publicados recientemente, de igual manera se buscó a expertos temáticos que permitieron prestar consultoría y orientación sobre el mismo.

7.7.1 Tabulación de los datos

Se construyó una base de datos bibliográfica con los elementos de relevancia de cada uno de los artículos para el sustento teórico – científico que servirán como soporte al personal de ingeniería y diseño en la creación del simulador.

7.8 Plan de análisis

Primero se realizó una búsqueda exhaustiva de información en base de de biblioteca del Areandina y en base de datos de open Acces sobre el tema principal de seguridad del paciente y la implementación a través de los paquetes instruccionales del ministerio de guías para la seguridad en la atención.

Se realizó revisión en bases de datos indexadas como Scopus, Science Direct, ProQuest, Gale Onefile, google académico, pubmed, utilizando las siguientes palabras claves según los descriptores para ciencias de la salud: seguridad del paciente, calidad asistencial, errores médicos, gestión de seguridad, cultura organizacional, mala práctica, iatrogenia, medidas de seguridad, evento adverso, infecciones nosocomiales, sistemas de identificación de pacientes, agotamiento psicológico, prescripción de medicamentos, accidentes por caídas, Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios , sistemas de identificación de pacientes, , lista de verificación, consentimiento informado, autocuidado, humanización de la atención

En la búsqueda se encontraron en total 596.225 artículos a los cuales inicialmente se les realizó una lectura crítica general para poder realizar posterior cibaje de los mismos, luego a estos que en total fueron en promedio 100 se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión definidos en esta investigación, haciendo así la selección de 50 artículos científicos que se convirtieron en la población y muestra de nuestra investigación. Las variables de caracterización para la Operacionalización de las mismas de todos los artículos seleccionados fueron tabuladas en una tabla de Excel anexada.

De acuerdo a toda la información bibliográfica encontrada y al analizar cada uno de la población del trabajo de investigación y ante la necesidad de la creación de un simulador que contenga temas afines a la especialización de Auditoría en salud donde se incluya el tema de seguridad del paciente a través del uso de paquetes instruccionales del ministerio de salud, se creó una lista de chequeo de verificación sobre el riesgo de caídas de pacientes que se identificó en la bibliografía es una de los eventos adversos prevenibles más comunes presentados en la atención en salud. En esta lista de chequeo se evalúan cuatro fallas activas identificadas en la presentación de caídas de los pacientes, en cada una se pretende evaluar los factores contributivos que llevan a la presentación de la misma y las barreras de seguridad encaminadas a la reducción de su presentación, a dicha lista se le agregó un instructivo para su adecuado diligenciamiento, con la característica inicial de clasificar a través de tres preguntas si el hecho se trata de un evento en salud, estas preguntas incluyeron si se trató de un hecho involuntario, si se relacionó con la atención en salud y si generó daño al paciente.

7.9 Resultados obtenidos

Con el desarrollo del proyecto se dio respuesta a las necesidades propias de la especialización en Auditoría en Salud, generar espacios de aprendizaje a través de la interacción de las realidades mixtas y conocimientos teóricos propios del área.

Se logró conocer claramente conceptos sobre seguridad del paciente, se creó un instrumento para la evaluación de riesgo de caídas en las instituciones de salud con respecto al riesgo de caídas. A este instrumento se le realizó su respectivo instructivo para un correcto diligenciamiento. En la operacionalización de las variables establecidas para el análisis de información de cada muestra de la investigación se categorizaron dos conceptos importantes los iniciales y los emergentes a través de los cuales se logró realizar un análisis con respecto a las fallas activas identificadas en el paquete instruccionales de riesgo de caídas del Ministerio de Salud.

7.10 Componente bioético

Resolución N° 8430 de 1993 (octubre 4). Por el cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud 25 y entre sus artículos 45 señala: Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías entre otras: Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes residuales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

Artículo 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o representante legal, autoriza la participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los

procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin imposición alguna.

7.10.1 Ético

De acuerdo a la normatividad colombiana, los investigadores se comprometen a respetar los créditos de los autores referenciados en el proyecto y de los expertos colaboradores.

7.12 IMPACTO SOCIAL Y/O INOVACION, RESPONSABILIDAD SOCIAL

7.12.1 Medio ambiental

Este proyecto no pone en riesgo el medio ambiente ya maneja la información a partir de medios magnéticos.

7.12.2 Responsabilidad Social

Teniendo en cuenta la norma ISO 26000 del 2010 se busca la creación de un simulador que beneficie a las instituciones en todo lo relacionado con la implementación de los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud sobre la seguridad del paciente durante el 2021; lo cual redundará en beneficios para los clientes internos y externos de la empresa que utilice el simulador.

El alcance de este proyecto de investigación además de nutrir teóricamente el simulador sobre tema afín a seguridad del paciente, es crear herramientas como la lista de chequeo para evaluar factores contributivos y barreras de seguridad involucradas en la presentación de una caída relacionada con la atención en salud, con el fin de disminuir las mismas y hacer atenciones de salud más seguras para los pacientes. Es de resaltar la importancia de la aplicación de todos los 23 paquetes instruccionales que el ministerio de salud define para la seguridad del paciente. Toda esta información servirá mucho para los futuros auditores y las personas relacionadas a este tema tan fundamental.

8. RESULTADOS

Respondiendo a los dos objetivos específicos planteados para el desarrollo de esta investigación, el primero relacionado con una revisión exhaustiva de bibliografía sobre la seguridad del paciente teniendo en cuenta los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud e implementación de la misma, esto realizado a través de bases de datos de la biblioteca Gustavo Eastman Vélez y en las bases de datos Open Acces, se extrajeron documentos sobre el tema principal relacionado con los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud Colombiano sobre la seguridad del paciente, documentos cuyo criterio principal de inclusión fue que su publicación fuera reciente en no más de 5 años, de cualquier lugar del mundo y en cualquier idioma. Se encontraron en total 596.225 artículos de base de datos como Science Direct, ProQuest, Pubmed, Google academic, Scielo, Realyc, se realizó con base en las palabras clave destinadas a este estudio. Se seleccionaron en total 100 artículos cribados que cumplieron los criterios de inclusión definidos, de los cuales fueron seleccionados 50 posteriormente de la realización de una lectura crítica científica de los mismos. Posterior a esto se puede concluir que el 80% de los artículos seleccionados corresponden a estudios cualitativos, El 44% de los artículos fueron realizados en Europa, el 42% en América del Sur y el 14% en Centroamérica. El 80% de los artículos fueron encontrados en idioma español, el 16% en idioma portugués y el 12% en inglés. Las revistas científicas con más número de artículos revisados fueron: Revista Médica Clínica Las Condes de Chile con el 4%, Gaceta sanitaria de España con el 6%, la Revista Latino-Americana de Enfermagem de Brasil y Revista Anales de Pediatría de España cada una con el 8% del total de los artículos. Las bases de datos más encontradas de menor a mayor porcentaje fueron 2% Universidad Nacional de Colombia, 6 % Gale Power Search, el 10% respectivamente para Google Académico y para ProQuest, el 12% en base de datos Scopus, el 22% en Science Direct y el 38% en Scielo. Toda la información recopilada de los artículos se describe en una matriz de variables que incluye, autores del documento, título, revista de publicación, año, DOI, idioma, País, base de datos donde se encontró el documento, tipo de investigación cualitativa o cuantitativa y se describen dos aspectos fundamentales, conceptos iniciales y conceptos emergentes o conceptos nuevos sobre el tema principal de la investigación.

El segundo objetivo específico planteado para esta investigación se relaciona con la implementación de la seguridad del paciente a través de los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud en el medio. Dando respuesta a este, se implementó una lista de chequeo relacionada con el paquete instruccional de riesgo de caídas, lista de verificación que está encaminada a la verificación de los factores contributivos y las barreras de seguridad relacionadas con el evento, se incluyeron

4 fallas activas en donde se hacen tres preguntas iniciales para determinar si se trata de un evento adverso si está relacionado con la atención en salud, si fue involuntario y se generó daño en el paciente, se puede observar en anexos esta lista de chequeo con su correspondiente anotación de diligenciamiento (ver anexo 13.9 lista de chequeo). Posteriormente se realizó un análisis y una caracterización con los conceptos iniciales y emergentes definidos en la matriz de bibliografía relacionados con las fallas activas indicadas en la lista de chequeo mencionada. Se puede encontrar dicha matriz graficada en el anexo caracterización de conceptos (anexo 13.8).

Es importante recordar el concepto de falla activa antes de nombrar las consideradas 4 fallas activas principales en relación con caídas de pacientes en el ámbito asistencial, una falla activa o acción insegura son actos que tienen el potencial de generar un evento adverso en un paciente. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud y es considerado que se presenta de manera intencional. En cada falla activa se identifican dos puntos importantes, uno son los factores contributivos que incrementan el riesgo de presentación de la falla y otro son las barreras y defensas que están encaminadas a reducir la presentación de la falla como tal.

En todas las fallas activas el punto de barrera y defensa se relaciona con la seguridad del paciente como tal, la seguridad del paciente se denomina como el conjunto de elementos estructurales, y procesos, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud. Se colorea de color rosado este punto en común con todas las categorías. Es importante nombrar que todas van encaminadas a la prevención como ya se mencionó de eventos adversos prevenibles, que se define como el resultado no deseado que ocurre de manera no intencional con relación a la atención en salud, que se pudo haber prevenido a través de un adecuado cuidado asistencial. Se pintara de color verde este concepto en cada una de las categorías correspondientes.

Falla activa Número 1: Identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente.

- Cultura de seguridad del paciente.
- Riesgo de caídas.
- Evento adverso prevenible.
- Relación médico-paciente.
- Prevención y diagnóstico oportuno.
- Listas de chequeo.

- Escala de caída de Morse (MFS).
- Método POR(revisión de registros de pacientes).
- Satisfacción laboral.
- Síndrome de burnout - sobrecarga laboral.

La realización inadecuada de la identificación del riesgo de caída de un paciente es el pilar central de esta falla activa, se define el riesgo de caída como el aumento de la probabilidad de sufrir una caída que pueden causar daño físico en el paciente que lo sufra. Existen factores contributivos a esta falla relacionados con organización y gerencia donde se incluye presencia de sobrecarga laboral, ausencia de programas de inducción y re inducción al personal asistencial con énfasis en seguridad del paciente, entrega de turno con identificación del riesgo de caídas en cada paciente. Adicional se incluyen factores del individuo (personal asistencial) como no tener los conceptos claros ni experiencia suficiente para la correcta identificación del riesgo de caída, la no aplicación de escalas como la Escala Morse de riesgo de caídas del paciente , no adherencia a políticas ni a protocolos institucionales o la omisión de su aplicación, si se realizara adecuadamente y se evitará esta falla se estaría hablando de lo conocido como prevención y diagnóstico oportuno; este punto se relaciona con el concepto de relación médico paciente, si en el momento de la atención esta falla es difícil poder identificar adecuadamente el riesgo que tenga el mismo con respecto a sufrir una caída en su atención. Otro factor contributivo se relaciona con el equipo donde se menciona la falta de verificación en la supervisión del desarrollo de procedimientos de valoración donde se pueden emplear listas de chequeo, revisión adecuada de registros de pacientes, también se involucra la adecuada supervisión de personal nuevo con una adecuada capacitación de los mismos. También se incluye en esta lista factores relacionados con el paciente, pacientes en grupo de riesgo por edad por ejemplo mayores de 60 años y menores de 5 años, o con patologías de base como las mentales o el uso de medicamentos que generan somnolencia y disminuye la capacidad de reflejos y respuesta del paciente, o que tengan algún tipo de patología que le genere problemas relacionados con la marcha y limitación de la misma. Sumado a lo anterior, es importante mencionar que se involucra en estos factores contribuyentes los de tipo ambiente, por ejemplo, infraestructura que impida cumplir con protocolos de riesgo de caídas, ausencia de personal relacionado con el alto flujo de pacientes de un servicio determinado.

Con lo anteriormente anotado, se pueden mencionar las barreras y defensas encaminadas a la reducción de caída del paciente, se incluyen barreras humanas realizando una adecuada aplicación de instrumentos como la mencionada previamente para la correcta valoración del riesgo, indicar a los pacientes que en cada cambio de turno menciona de ser posible el riesgo de caída asignado, identificación del paciente a través de códigos de colores con respecto al tipo de riesgo, está como barrera física. En las barreras naturales se mencionan el garantizar infraestructura institucional segura. Por último se incluyen en barreras administrativas la socialización y la actualización de protocolos de valoración de caída de paciente al personal asistencial.

Falla activa Número 2: Inmovilización inadecuada del paciente.

- Cultura de seguridad del paciente.
- Evento adverso prevenible.
- Riesgo de caídas.
- Síndrome de burnout - sobrecarga laboral.
- Proceso de consentimiento informado.
- Relación médico-paciente.

La inadecuada inmovilización del paciente en su atención en salud se convierte en la segunda falla activa que tiene relación con la aparición del riesgo de caída de los mismos. Dentro de los factores contributivos se incluye en lo relacionado con el paciente que se encuentre con un episodio de confusión o que haya consumido algún tipo de medicamento que le deteriore su capacidad de respuesta o consumo de sustancias psicoactivas, el insuficiente personal para el número de pacientes, no evaluación de programas de capacitación de guías y protocolos, éstas en el contexto institucional; en el factor individuo se encuentra la no adherencia por parte del personal a protocolos de inmovilización de los pacientes, no capacitación a personal nuevo o antiguo con respecto al tema, no educación a los pacientes y acompañantes con respecto al autocuidado. También se menciona en barreras de tarea y tecnología el contar en los servicios con materiales poco adecuados para los procedimientos de inmovilización, no contar con protocolos actualizados y la no socialización de los mismos con respecto a prevención de caídas. La sobrecarga laboral y las deficiencias en la infraestructura de la entidad que preste el servicio de salud también hacen parte de estas barreras incluidas en las del ambiente. Se encontró en la lista de conceptos iniciales la involucración del consentimiento

informado del paciente con respecto a la condición con la cual ingreso o por la cual se le indique la inmovilización del mismo, si se trata de un paciente con acudiente este podría estar involucrado en la decisión de la conducta mencionada. Y como se ha mencionado anteriormente, la relación médico paciente es fundamental porque a través de esta se logra determinar la necesidad de la inmovilización cuando este no se encuentre agitado o represente un riesgo para él o para los demás pacientes.

Al identificar los factores contributivos se logran identificar las barreras y defensas de seguridad, se encuentran en las humanas la adecuada educación en cuanto al autocuidado a los pacientes y cuidadores, adherencia a los protocolos de inmovilización institucional, este último relacionado con una barra administrativa que incluye la correcta actualización, socialización y seguimiento a protocolo mencionado, también cabe mencionar en este punto la implementación de talleres con el personal asistencial sobre el tema principal de esta falla activa. En las físicas, contar con adecuados instrumentos de inmovilización, barandillas resistentes en las camillas de los pacientes, infraestructura adecuada para la correcta movilización y monitorización de los pacientes inmovilizados, disponer de entornos seguros en los centros asistenciales por ejemplo barandas en los baños, dispositivos para llamado urgente a enfermeras en cama y baños, entre otros.

Falla activa Número 3: Movilización inapropiada del paciente.

- Cultura de seguridad del paciente.
- Evento adverso prevenible.
- Proceso de consentimiento informado.
- Relación médico-paciente.

La movilización inapropiada del paciente se convierte en la tercera falla activa identificada que se relaciona con la presentación de caídas en los pacientes. Incluye en los factores contributivos la insuficiencia de personal para la atención de los pacientes, no evaluación ni adecuada socialización de guías de protocolo de movilización de pacientes y la falta de adecuación de espacios que permitan la adecuada movilización de los pacientes, infraestructura no adecuada para la movilización (pasillos angostos, áreas resbaladizas, áreas poco iluminadas). Además menciona en factores del personal asistencial la omisión y la adherencia de los protocolos institucionales de movilización del paciente. En factores de tarea y tecnología involucra la falta de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario

(camas, camillas, sillas de ruedas). Con respecto a los pacientes, como se ha mencionado en los puntos anteriores, el grupo de edad de riesgo, patologías de base que se relacionen con el uso de medicamentos que deterioren el sistema de alerta del paciente, limitación en marcha por patologías osteomusculares, personalidad como agresividad o actitudes resistentes que impidan la correcta movilización del mismo.

Las barreras y defensas para esta falla activa incluye inicialmente con respecto a las humanas, la educación a los pacientes y cuidadores sobre las medidas en cuanto a la movilización del mismo según el caso particular que tenga, información al paciente sobre evitar moverse sin supervisión de personal asistencial y la adherencia a los protocolos de movilización del paciente, esto apoyado en la adecuada socialización y actualización de los mismos. Por parte de la gerencia institucional, adecuada dotación de equipos necesarios para la correcta movilización de los pacientes. Se hace necesario mencionar en este punto el concepto de consentimiento informado, necesario para tener la aprobación del paciente para su movilización, en el caso que corresponda, la aprobación del acudiente. Incluyendo en esta falla la importancia de la correcta relación médico paciente para que quede claro para este el motivo de la movilización y la educación del autocuidado para la prevención de prácticas que incrementen el riesgo de caídas.

Falla activa Número 4: Falta de acompañamiento y monitoreo al paciente.

- Cultura de seguridad del paciente.
- Evento adverso prevenible.
- Síndrome de burnout - sobrecarga laboral.
- Proceso de consentimiento informado.
- Relación médico-paciente.
- Prevención y diagnóstico oportuno.
- Humanización en salud.

La cuarta falla activa encontrada es la falta de acompañamiento y monitoreo del paciente, secundario a fallas contributivas de tipo organizacional y gerencia como sobrecarga laboral en el personal asistencial, inadecuadas políticas de

entrenamiento del puesto de trabajo, insuficiente personal para la asistencia sanitaria, ausencia de programas de capacitación y actualización continua. En cuando al paciente se incluye pertenecer a grupo de alto riesgo de caídas mayores de 60 o menores de 5 años, patologías de base mentales o que deterioren la marcha del mismo, pobre red de apoyo familiar del paciente, actitudes resistentes o agresivas, en el personal asistencial (individuo) omisión de actividades de acompañamiento del paciente, falta de experiencia, fatiga o cansancio laboral, pobre adherencia a protocolos de acompañamiento a pacientes clasificados como de alto riesgo. Inadecuada socialización de protocolos para prevención de caídas, cantidad insuficiente de personal con respecto a la cantidad de pacientes en el servicio.

Dentro de las barreras y defensas, se mencionan en las humanas la adecuada adherencia del personal a protocolos, guías de práctica clínica y de hospitalización, además a protocolos, guías de práctica clínica y de consulta externa, esto en relación con la prevención y el diagnóstico oportuno de patologías, con respecto a las barreras administrativas se incluye el diseño de instrumentos institucionales para la evaluación de riesgos de caídas, una adecuada socialización de escalas de medición al personal de salud, educar al personal para informar el tipo de riesgo y los antecedentes de los pacientes, cada vez que haya cambio de turno. A través de la identificación del riesgo del paciente por medio de barras de colores según el mismo, infraestructura adecuada para prevenir riesgo en general, disponibilidad de llamados y timbres para los pacientes en habitaciones y baños. Barreras físicas de defensa.

9. DISCUSIÓN

La seguridad del paciente es una prioridad de la atención en salud tanto nacional como internacionalmente en las instituciones prestadoras de servicios de salud, los incidentes y eventos adversos son señales de existencia de atención insegura (4). Los eventos se pueden presentar en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de la atención o de la actividad, y sirven como guía para poder investigar cuales son las causas que lo generan, y cuáles son las disposiciones que llevan a que se presente dentro de una institución, por esto es de gran importancia el reporte activo de los mismos.

Luego de identificadas las causas y los condicionantes que llevan a que se presente un evento adverso o incidente, nos permite identificar las barreras que pueden implementarse para evitar la reincidencia de un evento adverso.

La estrategia de seguridad del paciente se basa en dos ejes el primero en estudiar la magnitud del problema y el segundo eje el cómo disminuir la incidencia a partir de los eventos ocurridos.

Es de allí que en lo encontrado por nuestra revisión exhaustiva de bibliografía sobre la seguridad del y la implementación de los protocolos de la misma, se pudo observar que las caídas en los pacientes son el evento adverso con mayor relevancia dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud y que se debe a una mala adherencia en a los protocolos institucionales.

Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes dentro de las instituciones de salud. Las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte.(59)

Es por esto que se evalúan cuatro fallas activas en el paquete instruccional sobre seguridad del paciente y la prevención de caídas donde se identificaron que las más comunes y que llevan a que se presente el evento adverso son Identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente, Inmovilización Inadecuada, Movilización inapropiada del paciente, falta de acompañamiento y monitoreo al paciente.(59)

Según Thiana Sebben Pasa, Tânia Solange Bosi De Souza Magnago, Janete De Souza Urbanetto, Mari Angela Meneghetti Baratto Bruna Xavier Morais, Jéssica Baldissera Carollo en su artículo Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados utilizaron la Morse Fall Scale para medir e

identificar efectivamente el riesgo al cual están los pacientes hospitalizados y por los cuales puedan sufrir una caída dentro de su atención en salud . (64)

La similitud que encontramos con el paquete instruccional de riesgo de caídas con lo estudiado en el artículo es que ambos evaluaban las mismas acciones inseguras que mencionamos anteriormente y que son las que conllevan a que se presenten el evento adverso.

Es importante implementar la escala de Morse dentro de las instituciones para identificar adecuadamente los riesgos y disminuir la probabilidad de que se presenten caídas de los pacientes dentro de la institución, ya que al identificar correctamente los riesgos nos va a permitir crear estrategias que son fundamentales para planificar habilidades de prevención y que sean efectivas.

Dentro de las limitaciones de nuestra investigación que encontramos fue la poca literatura sobre los simuladores en seguridad del paciente, sabiendo que es una problemática a nivel mundial ya que la OMS ha implementado estrategias para hacer de la seguridad del paciente una alianza mundial y así brindar una atención segura y con calidad a los pacientes.



10. CONCLUSIONES

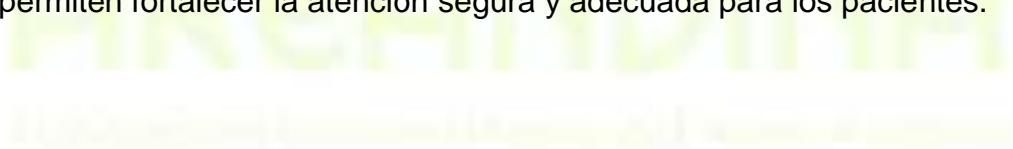
La identificación correcta del paciente disminuye la posibilidad que se presenten eventos adversos e incidentes dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Con el reporte activo de los diferentes eventos adversos que se pueden presentar en las instituciones de salud, se logra un aprendizaje organizacional estudiando la falla y las causas de la misma, para así dar inicio al mejoramiento continuo que tiene como objetivo generar cambios positivos en la atención de salud, así mismo como soporte para alimentar el centro de simulador de seguridad del paciente.

La mayor parte de los eventos de los eventos adversos pueden ser prevenibles.

La simulación reduce la incidencia de eventos adversos por parte de profesionales de la salud con poca experiencia.

El uso de simuladores permite el mejoramiento continuo en la calidad de la atención en los pacientes, centrándose en diferentes aspectos del desempeño de los profesionales de la salud, tales como: habilidades clínicas, técnicas y actitudinales que permiten fortalecer la atención segura y adecuada para los pacientes.



11. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los docentes, trabajadores y estudiantes del área de la salud investigar en temas relacionados con la seguridad del paciente y la importancia de recrear simuladores para llevar lo aprendido a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Se dan la recomendación a las entidades prestadoras de salud, a sus gerentes y auditores implementar los paquetes instruccionales de seguridad del paciente para disminuir presentación de eventos adversos y mejorar calidad de atención.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia Jurado J, Pérez Castro y Vázquez JA, Castañeda Solís AK, Soltero Rosas P. La simulación, una herramienta para incrementar la seguridad del paciente. Rev la Fac Med la UNAM [Internet]. 2018;61(S1):18–27. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81401>
2. Esparza A, Zaleta F, Meraz Y, Martínez R. ¿ El entrenamiento con simuladores permite un mejor manejo de eventos adversos en anestesia? Reporte de seis casos. Ene. 2016;61(1):53–7.
3. Piña-Jiménez I, Amador-Aguilar R. La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico / Nursing teaching using simulators, theoretical and pedagogical considerations to design a didactic model / O ensino da enfermagem com si. Enfermería Univ VO - 12 [Internet]. 2015;12(3):152. Available from: <http://sire.ub.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S1665.70632015000300152&lang=es&site=eds-live>
4. Segura A, Esta U. Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente (1).
5. Harpe SE, Zohrabi M, Barkaoui K, Lozano LM, García-Cueto E, Muñoz J, et al. No Title. 2015; (2):. 2015; (2):.
6. Estepa Del Árbol M, Carmen M, Espadero M, Blancas CP, Montero RC, De Revisión A, et al. Eficacia de los programas de seguridad del paciente.
7. Galván Borja D, Pérez Hernández I. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UNA IPS DEL MUNICIPIO DE COROZAL-SUCRE, COLOMBIA. Evaluation of patient's security program in an IPS (health provider institute) from village Corozal-Sucre, Colombia. Vol. ISSN,

REVISALUD Unisucre. 2017.

8. Guerra-García MM, Campos-Rivas B, Sanmarful-Schwarz A, Vírseda-Sacristán A, Dorrego-López MA, Charle-Crespo Á. Description of contributing factors in adverse events related to patient safety and their preventability. *Aten Primaria* [Internet]. 2018;50(8):486–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.013>
9. Hernández Gutiérrez L, Barona Núñez AV, Durán Cárdenas C, Olvera Cortés HE, Ortiz Sánchez AG, Ávila Juárez SA, et al. La seguridad del paciente y la simulación clínica. *Supl SIMex 2017 “La simulación y la Calidad en la atención médica.”* 2017;1:9–18.
10. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, de la Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gac Sanit* [Internet]. 2017;31(2):145–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019>
11. Giménez-Júlvez T, Hernández-García I, Aibar-Remón C, Gutiérrez-Cía I, Febrel-Bordejé M. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2017;31(5):423–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.009>
12. Aibar-Remón C, Barrasa-Villar I, Moliner-Lahoz J, Gutiérrez-Cía I, Aibar-Villán L, Obón-Azuara B, et al. The road to patient safety: facts and desire. *Gac Sanit*. 2019;33(3):242–8.
13. Odontológica A, Julio C, Christiani JJ, Rocha MT, Valsecia M. Investigaciones originales Originals researchs Seguridad del paciente en la práctica odontológica* Patient Safety dental practice. Diciembre [Internet]. 2015;5(2):21–32. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>.
14. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Ramos Forner GM, Compañ Rosique

- AF, Morales Calderón M, Aranaz Andrés JM, et al. What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2015;34(1):47–53. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>.
15. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castelló MR, Morro-Martín MD, Martínez-Asensi A, Fikri-Benbrahim N. Relationship between job satisfaction and patient safety culture. *Gac Sanit* [Internet]. 2018;32(4):352–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>
 16. Tartaglia Reis C, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital survey on patient safety culture dimensions. *Int J Qual Heal Care*. 2018;30(9):660–77.
 17. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Ramos Forner GM, Compañ Rosique AF, Morales Calderón M, Aranaz Andrés JM. Creation and validation of a new in-house synthetic scale to measure patient safety culture. *J Healthc Qual Res*. 2019;34(1):12–9.
 18. Ammouri AA, Tailakh AK, Muliira JK, Geethakrishnan R, Al Kindi SN. Patient safety culture among nurses. *Int Nurs Rev*. 2015;62(1):102–10.
 19. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Univ*. 2017;14(1):47–53.
 20. An J, Kim SJ, Park S, Moon KT, Park EC. The effects of patient education on patient safety: Can we change patient perceptions and attitudes?: Lessons from the armed forces capital hospital in Korea. *Int J Qual Heal Care*. 2017;29(3):392–8.
 21. Mckelvie BL, Mcnally JD, Menon K, Marchand MGR, Reddy DN, Creery WD. A PICU patient safety checklist: Rate of utilization and impact on patient care. *Int J Qual Heal Care*. 2016;28(3):371–5.

22. Sahlström M, Partanen P, Turunen H. Patient-reported experiences of patient safety incidents need to be utilized more systematically in promoting safe care. *Int J Qual Heal Care*. 2018;30(10):778–85.
23. Arenas Jiménez MD, Ferre G, Álvarez-Ude F. Estrategias para aumentar la seguridad del paciente en hemodiálisis: Aplicación del sistema de análisis modal de fallos y efectos (sistema AMFE). *Nefrología*. 2017;37(6):608–21.
24. Columbié Pileta M, Morasen Robles E, Daudinot B, Pría Barros M del C, Moya Bisset Y, Couturejuzón L. Instrumento para explorar nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente en estudiantes de pregrado. *Rev Cuba Educ Medica Super*. 2016;30(2).
25. Ferreira Umpiérrez A, Fort Fort Z, Tomás VC. Eventos Adversos En Salud Y Cuidados De Enfermería: La Seguridad Del Paciente Desde La Experiencia Del Profesional Eventos Adversos Na Saúde E Os Cuidados De Enfermagem: a Segurança Dos Pacientes Desde a Experiência Do Profissional Adverse Events in Health. *Scielo [Internet]*. 2015;24(2):310–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000122014>
26. Rodríguez D, Losardo R. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. *Rev Asoc Med Argent [Internet]*. 2018;131(4):25–30. Available from: https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf
27. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ de, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Context - Enferm*. 2015;24(1):161–9.
28. Bermúdez ZV. Factores personales, laborales y contextuales del profesional de enfermería que inciden en la presencia de un evento adverso TT - Personal, work and contextual factors that influence nurse in the presence of an adverse event TT - Pessoal, trabalho e fat. *Enferm actual Costa Rica*

- [Internet]. 2016;18(31):73–91. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682016000200073
29. Sánchez Izquierdo FL, Olmedo Moreno N, Urbón Peláez N, Rico González AÁ. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extra-hospitalarias de hemodiálisis. Evolución tras la implantación de medidas. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2018;21(1):25–33. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842018000100025&lng=es&nrm=iso
 30. Bocanegra-Rivera JC, Arias-Botero JH. Characterization and analysis of adverse events in closed liability cases involving anaesthetists who received legal support from the Colombian Society of Anaesthesia and Resuscitation (S.C.A.R.E.), Colombia, 1993-2012. *Rev Colomb Anesthesiol* [Internet]. 2016;44(3):203–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.04.008>
 31. Romero MP, González RB, Calvo MSR, Fachado AA. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Rev Bioética*. 2018;26(3):333–42.
 32. Vega RG. Seguridad del paciente : conceptos y antecedentes . Patient safety : concepts and history . 2007;12.
 33. Ceriani Cernadas JM. La OMS y su iniciativa “alianza mundial para la seguridad del paciente.” *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(5):385–6.
 34. Sosa-Hernández O, Gorordo-Delsol LA. Importancia de la higiene de manos para prevenir la sepsis en la atención de la salud. *Med Crítica*. 2018;32(5):295–6.
 35. Lavanderos S, Pedraza J, Moisés Russo N, Salas SP. Dilemas éticos acerca de la revelación de errores médicos a los pacientes. *Rev Med Chil*.

- 2016;144(9):1191–8.
36. Achury Saldaña D, Rodríguez SM, Díaz JC, Cavallo E, Zarate Grajales R, Vargas Tolosa R, et al. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enferm Glob*. 2016;15(2):324–40.
 37. MinSalud. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Paquetes Instruccionales: Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” Versión 2.0. Minsalud. 2015;1–94.
 38. HERNANDEZ NYC, ALVAREZ HPG, SIERRA MRQ. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO. 2017;
 39. Lucía Solar Ruiz. Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. 2014;1–34.
 40. Ibañez CR, Franco A, Hoyos HM, Fajardo R. Perspectivas en seguridad del paciente. Entrevista con líderes colombianos. 2010;10–21.
 41. López VEG, Macías CM, Cuesta RC, Álvarez-Lara MA, Montero RC. Análisis de las medidas correctoras para la disminución de los eventos adversos en una unidad de hemodiálisis hospitalaria. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2019;22(1):27–33. Available from: https://www.revistaseden.org/files/Articulos_4036_51riginal123248.pdf
 42. Temperly, KS; Yaegashi, CH; Silva ANE. *Scientia Medica. Sci Me*. 2016;26(4):130–6.
 43. ZarifSanaiey N, Amini M, Saadat F. A comparison of educational strategies for the acquisition of nursing student’s performance and critical thinking: Simulation-based training vs. integrated training (simulation and critical thinking strategies). *BMC Med Educ [Internet]*. 2016;16(1):1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0812-0>

44. Carlos J, Acevedo F, Díaz J, Cajavilca R, Cobo J. Modelo de diseño instruccional aplicado a una guía virtual en simulación clínica. Scielo [Internet]. 2019;(3):15. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n3/0041-9095-unmed-60-03-00005.pdf>
45. Hernández-Herrera D, Aguilera-Elizarraraz N, Vega-Argote M, González-Quirarte N, Castañeda-Hidalgo H, Isasi-Hernández L. Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería Prevención de caídas en adultos hospitalizados. *Enfermería Univ.* 2017;14(2):118–23.
46. Achury Saldaña D, Rodríguez Colmenares S, Díaz Álvarez JC, Gómez J, Gómez Hernández A, Díaz JE, et al. Characterization of adverse events reported in nursing care units intensive Bogotá (Colombia). *Salud Uninorte.* 2017;33(2):105–17.
47. de Campos CEK, Feldman LB, D’Innocenzo M. Uso da estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do paciente nos processos ético-disciplinares em enfermagem. *Enferm Glob.* 2017;16(4):163–73.
48. González Anglada MI, Garmendia Fernández C, Moreno Núñez L. A strategy for training in patient safety during residency programme: From critical incident to simulation. Part 1. *Educ Medica.* 2019;20(3):170–8.
49. López AO, Sánchez MS, Maya Muñoz S, Grisales PA. Eventos adversos e incidentes más frecuentes en la práctica clínica odontológica de la Universidad Cooperativa de Colombia. 2015. 1–37 p.
50. Amaya SL. Conceptos Y Análisis De Eventos Adversos. *Cent Gest Hosp.* 2009;48(Seguridad del paciente):6–21.
51. Fernandez SB. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. *Boletín CONAMED-OPS.* 2015;Noviembre-:1–9.
52. Paz VS, Panattieri ND, Godio FC, Ratto ME, Arpí L, Dackiewicz N. Seguridad del paciente: glosario. *Arch Argent Pediatr.* 2015;113(5):469–72.

53. De Oliveira JKA, Llapa-Rodriguez EO, Lobo IMF, De Santana Lôbo Silva L, De Godoy S, Da Silva GG. Patient safety in nursing care during medication administration. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26.
54. Maria L, Diaz A. DISEÑO DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS CENTRADO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A. 2010;
55. Terol E, Agra Y. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:1–3.
56. Marfán L, Pedemonte JC, Sandoval D, Ferdinand C, Camus L, Lacassie HJ. De la anestesia a la seguridad de la atención: Experiencia de 6 años en el análisis de reportes de incidentes en un hospital universitario. *Rev Med Chil*. 2017;145(4):441–8.
57. Adler L, Yi D, Li M, McBroom B, Hauck L, Sammer C, et al. Impact of Inpatient Harms on Hospital Finances and Patient Clinical Outcomes. *J Patient Saf*. 2018;14(2):67–73.
58. Sonia DRA, Cantón BF. La presencia de incidentes adversos vinculados a la gestión administrativa de los servicios de salud en México , 2016 *.
59. Ministerio de Salud y Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. *Minsalud*. 2009;46.
60. Portilla CE. EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES EN LA CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA SEDE -PASTO. 2018;
61. CAJAS AS, VIDAL LF, CHIRIBOGA MC. ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL PROTOCOLO DE LONDRES EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN. ENERO A JUNIO DE 2017. 2017;

62. Monroy L, Simbaqueba N. La importancia de los indicadores de gestión en las organizaciones colombianas. 2017;1(1):1–18. Available from: https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=2476&context=administracion_de_empresas
63. Sataloff RT, Johns MM, Kost KM. GUIA TECNICA BUENAS PRACTICAS PARA A SEGURIDAD DEL PACI.
64. Pasa TS, Magnago TSBDS, Urbanetto JDS, Baratto MAM, Morais BX, Carollo JB. Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25.



13. BIBLIOGRAFÍA

Ceriani Cernadas JM. La OMS y su iniciativa “alianza mundial para la seguridad del paciente.” Arch Argent Pediatr. 2009;107(5):385–6.

Rocco C, Garrido A. Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(5):785–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>

Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS. Human error, patient safety and medical training. Educ Medica [Internet]. 2019;20:169–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.027>

Ayuso-Murillo D, de Andrés-Gimeno B, Noriega-Matanza C, López-Suárez RJ, Herrera-Peco I. Quality management, a directive approach to patient safety. Enfermería Clínica (English Ed. 2017;27(4):251–5.

Sociedad Cubana de Anestesiología y Reanimación. C. Garantizar la seguridad de los pacientes: una prioridad de hoy. Rev Cuba Anestesiol y Reanim [Internet]. 2002;14(1):44–9. Available from: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182015000100005&lng=es&nrm=iso

Carlos Alberto Díaz, Virginia Braem, Amalia Giuliani Diez ER. Seguridad del paciente, un problema vigente y actual.

Lucia O, Sáenz M. La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido? 2017;

Hernández Vidal N, Satué Gracia EM, Basora Gallisà J, Flores Mateo G, Gens Barberà M. Traducción, adaptación y validación en catalán de un cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente: el cuestionario MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture). J Healthc Qual Res [Internet]. 2019;34(5):248–57. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647919300818>

Guerra-García MM, Campos-Rivas B, Sanmarful-Schwarz A, Vírseda-Sacristán A, Dorrego-López MA, Charle-Crespo Á. Description of contributing factors in adverse events related to patient safety and their preventability. Aten Primaria [Internet]. 2018;50(8):486–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.013>

Const constitución política de colombia. Constitución Política de Colombia 1991. Actualizada con los Actos Legislativos a 2016. Repub Colomb [Internet]. 1991;1–

170. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion politica de Colombia.pdf>

Organizacion Mundial de la Salud. 58a Asamblea Mundial de la Salud. 58a Asam Mund la Salud [Internet]. 2005;102–5. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf

WHO. La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente Estrategias de la OMS en Seguridad del Organización Mundial de la Salud. 2004;

Colombia Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. D Of. 2006;CXLI(46230):35–40.

Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. 2006;2006:1–14. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN 1445 DE 2006 - ANEXO TÉCNICO.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Minist La Protección Soc [Internet]. 2006;1–83. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 - ANEXO TÉCNICO.pdf

Sataloff RT, Johns MM, Kost KM. LEY 1122 de 2007. 2007;

Sataloff RT, Johns MM, Kost KM. Lineamientos para la implementacion de la politica de seguridad del paciente.

Trabajo S. Resolucion 1740. Vol. 18, Journal of the Japan Diabetes Society. 2011. 51–57 p.

MARITZA ROA G., P. FRR, G MIR, S JAO, R LO. Guia tecnica Buenas Practicas para la seguridad del paciente en la atencion en salud. 2010;
Ministerio de salud y protección social de Colombia. Resolución número 123 de 2015. 2015;1–11. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 0123 de 2015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441. Bibl Digit Minsalud [Internet]. 2013;2013:209. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2015;13. Available from:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf

La seguridad del paciente y la atención segura:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos y monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Modelo pedagógico:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Modelo-pedagogico.pdf>

Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Detectar-Infecciones.pdf>

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>

Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>

Prevenir úlceras por presión:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>

Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente-procesos-asistenciales.pdf>

Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/garantizar-correcta-identificacion-del-paciente.pdf>

Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-en-pacientes-cardiovasculares.pdf>

Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/complicaciones-manejo-de-sangre-y-transfusion-sanguinea.pdf>

Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-del-paciente-critico.pdf>

Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-pacientes-enfermedad-mental.pdf>

Prevención de la malnutrición o desnutrición:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-la-malnutricion-o-desnutricion.pdf>

Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>

Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf>

Prevenir el cansancio del personal de salud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf>

Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-funcionalidad-procedimientos.pdf>

Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ilustrar-al-paciente-en-autocuidado-seguridad.pdf>

Seguridad de la atención de urgencias en población pediátrica:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/atencion-de-urgencias-en-poblacion-pediatrica.pdf>

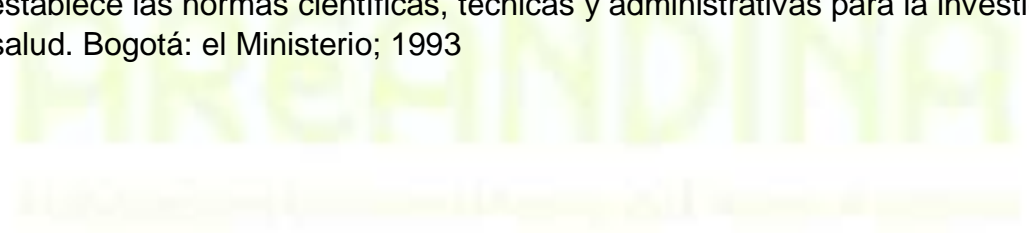
Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluar-pruebas-diagnosticas-alta-hospitalaria.pdf>

Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-unidad-cuidados-intensivos.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 8430 de 1993 (octubre 4). Por el cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: el Ministerio; 1993



14. ANEXOS

14.1 Instructivos diligenciamiento de la lista de chequeos

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible y sin enmendaduras llenando la totalidad de las casillas.

Fecha: diligencie fecha de aplicación de la lista de chequeo.

Institución: escriba el nombre de la institución en salud evaluada.

Área de aplicación: escriba el lugar de aplicación por ejemplo si se trata de urgencias, hospitalización, UCI, consulta externa, entre otras.

Encontrará tres preguntas que le permitirán clasificar el evento en salud como evento adverso, incidente o evento adverso prevenible. Marque sí o no según corresponda.

¿Está relacionado con la atención en salud?

¿Fue intencional?

¿Le generó daño al paciente?

Encontrará 4 pestañas en este documento las cuales contienen las 4 principales fallas activas relacionadas con caídas de pacientes en la atención en salud. Marque con una X sí o no, según corresponda en el caso y diligencie observaciones si las tiene del tema evaluado. Primero se preguntará sobre los factores contributivos de tipo organización y gerencia, contexto institucional, individuo, equipo, paciente, tarea y tecnología y ambiente. Posteriormente encontrará preguntas relacionadas con las barreras y defensas de tipos humanas, físicas, naturales, administrativas y tecnológicas.

14.2 Instrumento de recolección de información

Instrumento trabajo de campo Análisis Bibliográfico

LECTURA CRITICA DE ARTICULOS CIENTIFICOS

| Numero | Autores | Título | Revista | Año | Págs | DOI | link | Pais | Idioma | Base de datos | Fecha revisión | Inv Cuantitativa o cualitativa | Conceptos iniciales | Conceptos emergentes (nuevos) |
|--------|---|--|--|------|------|---|---|--------|-----------|----------------|----------------|--------------------------------|-------------------------|--|
| 1 | DR. CRISTIAN RICOLO - DR. ALEJANDRO GARRIDO | SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD | Revista Médica Clínica Las Cometas | 2017 | 11 | https://doi.org/10.1016/j.mcl.2017.03.001 | https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0041762217300011 | Chile | Español | Science Direct | 27/03/2021 | CUALITATIVA | Cultura de seguridad | La teoría del error de Reason |
| 2 | Fernando Acevedo, Ana Paoli-Poguenest y María Luisa de la Fuente-Moro et al. | Artículo: Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas | Revista sanitaria | 2017 | 5 | https://doi.org/10.1016/j.rsan.2017.03.001 | https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0041762217300011 | Chile | Español | Scielo | 27/03/2021 | CUALITATIVA | Percepción de seguridad | Percepción y comunicación sobre el error |
| 3 | María José Vaino-Picaz, Javier Carrera-Pedraza, María Rosa Roca-Castelló, María Dolores Moro-Marín, Juan Martínez-Arán, María Feli-Bertran et al. | Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad de paciente | Revista sanitaria | 2018 | 10 | https://doi.org/10.1016/j.rsan.2018.03.001 | https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0041762218300011 | España | Español | Scielo | 27/03/2021 | CUALITATIVA | Cultura de seguridad | Satisfacción laboral |
| 4 | Adriana de Azevedo Smith, Antonia Oliveira Dias, Rosalina Aparecida Parzanzi | Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio | Revista Latino-Americana de Enfermagem | 2017 | 8 | https://doi.org/10.1016/j.lae.2017.03.001 | https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0041762217300011 | Brasil | Portugués | Scielo | 27/03/2021 | CUALITATIVA | Cultura de seguridad | Satisfacción laboral |

14.3 Cronograma

El proyecto de investigación se desarrolló de acuerdo al siguiente cronograma:

| Actividad | 2020 | | | | | | | |
|------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Conformación de grupo | X | | | | | | | |
| Selección del tema | X | | | | | | | |
| Revisión del estado del arte | | X | X | X | X | X | X | X |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Elaboración del problema | | X | X | | | | | |
| Elaboración de la justificación | | X | X | | | | | |
| Presentación de propuesta | | X | X | | | | | |
| Elaboración del marco teórico | | X | X | X | X | X | X | X |
| Elaboración de la metodología | | X | X | | | | | |
| Presentación de anteproyecto | | | X | | | | | |
| Recolección de datos | | | | x | x | x | | |
| Análisis de datos | | | | | | x | X | |
| Elaboración de resultados | | | | | | | X | |
| Elaboración de discusión | | | | | | | x | X |
| Elaboración de recomendaciones | | | | | | | | X |
| Elaboración de conclusiones | | | | | | | | X |
| Elaboración de artículo científico | | | | | | | | X |
| Presentación de resultados y proyecto | | | | | | | | X |

14.4 Presupuesto

| RECURSOS HUMANOS | | | | | VALOR |
|--------------------|-------------|----------|--------------|-------------|----------------------|
| ITEM | UNIDAD | CANTIDAD | VR. UNITARIO | VR. TOTAL | |
| Docente (1) | Hora | 32 | \$ 77.800 | \$2.489.600 | \$2.489.600 |
| Investigadores (2) | Hora | 400 | \$ 10.000 | %4.000.000 | \$ 4.000.000 |
| OTROS RECURSOS | | | | | VALOR |
| Internet | Uso Mensual | 7 | \$70.000 | \$490.000 | \$490.000 |
| Computador | Unidad | 2 | \$1.800.000 | \$3.600.000 | \$3.600.000 |
| Bases de datos | Hora | 400 | \$5000 | \$2.000.000 | \$2.000.000 |
| Telefonía celular | minutos | 1000 | \$ 100 | \$ 100.000 | \$ 100.000 |
| Otros | | | | | \$ 500.000 |
| TOTAL | | | | | \$ 13.179.600 |

14.5 Matriz de objetivos

| Objetivos | Conceptos | Definición | Variables | Definición | Indicadores |
|--|-------------------------|---|---|---|---|
| Realizar una revisión exhaustiva de bibliografía sobre la seguridad del paciente teniendo en cuenta los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud e implementación de la misma. | Seguridad del paciente. | Es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable, además el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria. | Gestión segura de la tecnología biomédica | Creación del Comité de gestión de tecnología, el cual se encarga de asesorar y recomendar a la Gerencia. Debe hacer parte activa quien compra en la institución, el ingeniero biomédico y el director del Programa de | Número de documentos encontrados 69 u número de documentos revisados 60 |

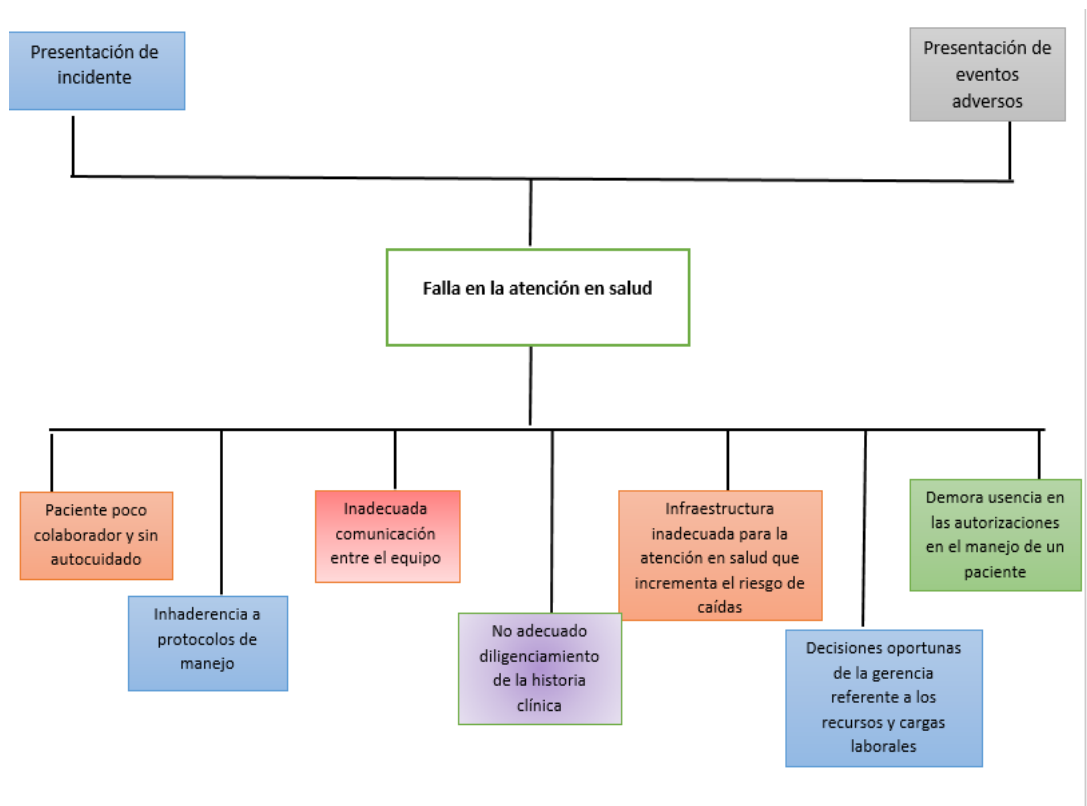
| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | | Seguridad del paciente. | |
| | | | Gestión segura del uso de medicamentos | El uso de medicamentos en los pacientes conlleva diferentes riesgos: incorrecta administración, por error en la dosis o en el medicamento, contaminación de mezclas intravenosas, técnica no aséptica y la ausencia de conciliación medicamentosa. | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 60 |
| | | | Conciliación medicamentosa. | Comparar los medicamentos previos que recibía el paciente con los instaurados en una atención actual y definir cuales va a seguir recibiendo a futuro. | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 60 |
| | | | Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud. | Complicaciones de la enfermedad del paciente, inducidas por el cuidado inseguro que reciben. | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 60 |
| | | | Adherencia a guías de práctica clínica. | Estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 60 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. | |
| | | | Educación en seguridad del paciente. | La educación continua en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente es fundamental en la creación de cultura. Sesiones educativas a través de folletos y comités. | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 60 |
| | | | Implementación de las metas globales de seguridad del paciente | Mejorar la identificación del paciente, la efectividad de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, la seguridad al utilizar medicamentos de alta alerta o riesgo, asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención y reducir el riesgo de daños al paciente por caídas. | Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 60 |

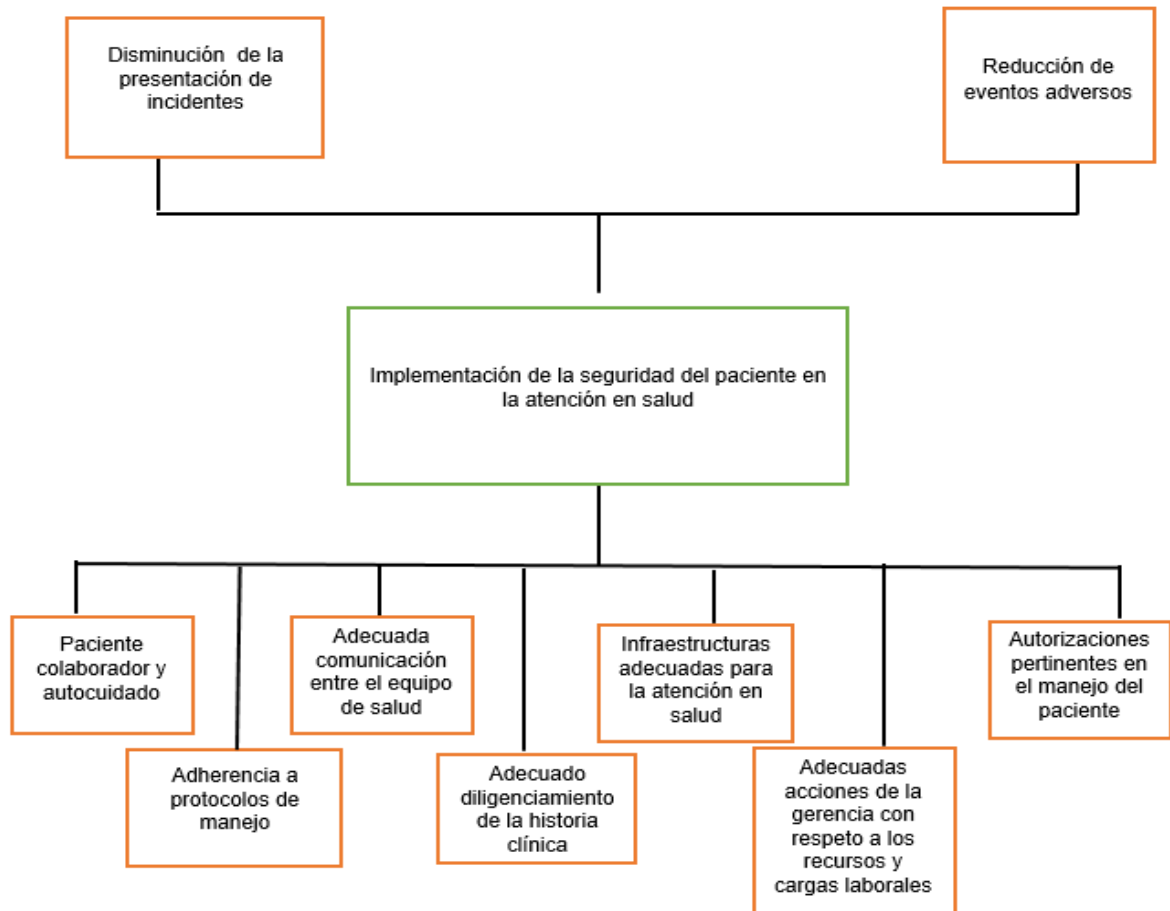
| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | | | <p>Mecanismos de reporte de eventos adversos</p> | <p>El reporte institucional de incidentes y eventos adversos es una herramienta fundamental para el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos.</p> | <p>Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 60</p> |
| | | | <p>Involucramiento del paciente y la familia en su seguridad</p> | <p>Un paciente comprometido con su salud es un paciente que ayuda a prevenir eventos adversos, la organización debe estimularlos, a sus familiares y sus acompañantes para que comuniquen o pregunten sobre cualquier inquietud o preocupación que tengan con respecto a la seguridad del cuidado que reciben o que van a recibir</p> | <p>Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 60</p> |
| | <p>Paquetes Instruccionales del Ministerio.</p> | <p>Serie de directrices técnicas creadas en 2008 por el Ministerio de Salud para implementación en instituciones de salud basadas en Política de Seguridad del Paciente y Guía</p> | <p>Aprendizaje basado en problemas.</p> | <p>Incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. El problema es el punto de partida del estudio pero no con el objetivo de</p> | <p>Número de documentos encontrados 69 número de documentos revisados 60</p> |

| | | | | | |
|---|------------------------|--|--|---|---|
| | | técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente. | | dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de buscar nuevos problemas para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. | |
| Explorar las necesidades de implementación de los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud sobre la seguridad del paciente en el medio. | Explorar necesidades | Una necesidad de información es “una brecha en el conocimiento de una persona que se experimenta en el nivel consciente como una pregunta, da lugar a una búsqueda de una respuesta. | Implementación de los paquetes instruccionales | Procesos que permiten promover adecuadamente una cultura de seguridad del paciente | Adherencia a protocolos, guías, manuales y procesos institucionales por parte de los trabajadores de la salud. Reporte de eventos adversos |
| Determinar las condiciones necesarias para la creación del simulador en el tema de estudio. | Condiciones necesarias | Situación o circunstancia indispensable para la existencia de otra | Creación de simulador | Un simulador sirve para producir las condiciones propias de una actividad que permite emitir situaciones reales, que ayudan para el aprendizaje | Claridad del tema Motivación del personal |

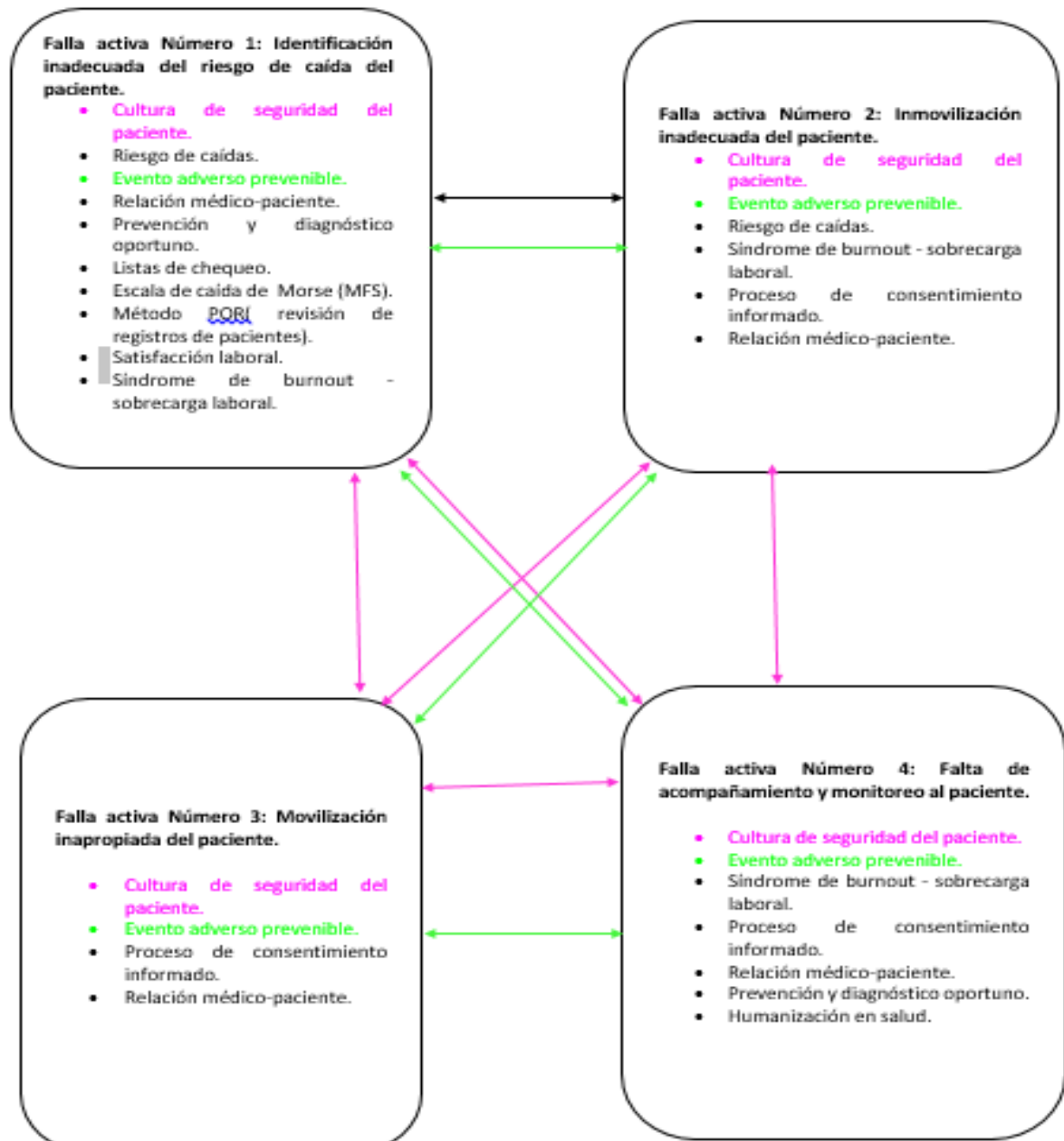
14.6 Planteamiento del problema



14.7 Árbol de soluciones



14.8 Análisis de conceptos iniciales y conceptos emergentes



14.9 Lista de chequeo

| LISTA DE CHEQUEO | | | | TA: Realizar estas tres preguntas para diligenciar las listas de chequeo | |
|--|----|----|---------------|--|--|
| FALLA ACTIVA | | | | ¿HUBO DAÑO? | |
| Identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente. | | | | ¿FUE INVOLUNTARIO ? | |
| FACTORES CONTRIBUTIVOS | | | | ¿ESTA RELACIONADO CON LA ATENCION? | |
| Organización y Gerencia | SI | NO | OBSERVACIONES | | |
| Sobrecarga laboral. | | | | | |
| Ausencia de programas de inducción y reintroducción a todo el personal. | | | | | |
| Ausencia de programas de educación continuada al personal asistencial con énfasis en seguridad del paciente y buenas prácticas que incluya evaluación de su adherencia a las políticas institucionales | | | | | |
| No educar al personal para informar tipo de riesgo y antecedentes cada vez que haya cambio de turno. | | | | | |
| No implementación de rondas de seguridad | | | | | |
| Políticas inadecuadas de contratación y de manejo de personal temporal y flotante | | | | | |
| Ausencia de políticas o procedimientos para reemplazo de personal incapacitado. | | | | | |
| Individuo | | | | | |
| Ausencia de habilidades y competencias para desarrollar la herramienta de identificación del riesgo | | | | | |
| Fatiga de personal. | | | | | |
| Inadecuada implementación de la herramienta de valoración del riesgo de caídas. | | | | | |
| Falta de experiencia del personal que realiza el procedimiento. | | | | | |
| Personal asistencial que no se adhieren a las | | | | | |

Activar Wind
Ve a Configuración