

**EVENTOS EN SALUD FRENTE AL ESTRÉS LABORAL, CANSANCIO Y
SOBRECARGA LABORAL EN EL ÁREA DE CUIDADO CRÍTICO DE UNA
CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD DE PEREIRA, EN AGOSTO Y
SEPTIEMBRE DE 2020**

AREANDINA
Fundación del Área Andina

MELINA ARIAS JARAMILLO
ANDREA CAROLINA PIAMBA BECERRA
MAYRA CECILIA RODRÍGUEZ PAVA

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD,
COHORTE XXVI
PEREIRA
OCTUBRE 30 DE 2020**

**EVENTOS EN SALUD FRENTE AL ESTRÉS LABORAL, CANSANCIO Y
SOBRECARGA LABORAL EN EL ÁREA DE CUIDADO CRÍTICO DE UNA
CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD DE PEREIRA, EN AGOSTO Y
SEPTIEMBRE DE 2020**

MELINA ARIAS JARAMILLO
ANDREA CAROLINA PIAMBA BECERRA
MAYRA CECILIA RODRÍGUEZ PAVA

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



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

DIEGO CARMONA CARMONA
Asesor temático

MARÍA DEL PILAR MARÍN GIRALDO
Asesora metodológica

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN SECCIONAL DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD,
COHORTE XXVI
PEREIRA
OCTUBRE 30 DE 2020**

Nota de aceptación.

Firma del jurado



Firma del jurado

Firma del jurado

Pereira, 30 de octubre de 2020

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos a la Fundación Universitaria por brindarnos todas las herramientas para culminar con éxito este procesos de formación, a nuestras familias y a Dios nuestro señor por guiarnos en este camino.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	11
2. PROBLEMA	13
2.1 Planteamiento del problema	13
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
3. JUSTIFICACIÓN	16
4. ANTECEDENTES	18
5. OBJETIVOS	22
5.1 Objetivo general	22
5.2 Objetivos específicos	22
6. MARCO REFERENCIAL	23
6.1 Marco teórico	23
6.1.1 Seguridad del paciente.	23
6.1.2 Política de la seguridad del paciente.	24
6.1.3 Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para la seguridad del paciente (paquetes instruccionales).	28
6.1.4 Estrés laboral.	31
6.1.5 Consecuencias del estrés laboral en trabajadores de la salud.	32
6.1.6 Implicaciones en la seguridad del paciente.	33
6.1.7 Consecuencias de un evento adverso en los profesionales de la salud.	33
6.1.8 Auditoria.	34
6.1.9 Tipo de acciones de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.	34
6.2 Marco conceptual	35
6.2.1 Palabras clave. Evento adverso, Estrés laboral, Seguridad del paciente	35
6.3 Marco normativo	35
7. METODOLOGÍA	38
7.1 Tipo de investigación	38
7.2 Unidad de análisis	38
7.3 Muestral	38
7.3.1 Marco muestral.	38
7.4 Criterios de inclusión	38
7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	38
7.6 Variables	39
7.7 Recolección de la información	39
7.8 Plan de análisis	39
7.9 Compromiso bioético	40
7.10 Impacto social	40
8. RESULTADOS	41
8.1 Análisis de la información	41

8.1.1 Distribución de los eventos adversos.	41
8.2 Eventos en salud relacionados con el cansancio, estrés y sobrecarga laboral	42
8.3 Plan de mejora	48
9. DISCUSIÓN	49
10. CONCLUSIONES	50
11. RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	59

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Consecuencias del estrés laboral en trabajadores de la salud	32
Cuadro 2. Marco Legal y Normativo relacionado con el proyecto.	35
Cuadro 3. Distribución de los eventos adversos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (paquetes instruccionales) encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.	41
Cuadro 4. Distribución de frecuencias de los eventos en salud que se tuvieron en cuenta para el cansancio, estrés y sobrecarga laboral encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.	42
Cuadro 5. Distribución de frecuencias de los eventos en salud que no se tuvieron en cuenta para el cansancio, estrés y sobrecarga laboral encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.	42
Cuadro 6. Tabla de contingencia eventos en salud según paquete de cansancio encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.	43
Cuadro 7. Tabla de contingencia eventos en salud según paquete de estrés encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.	44
Cuadro 8. Tabla de contingencia eventos en salud según paquete de sobrecarga encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.	45
Cuadro 9. Tabla de contingencia tipo de evento en salud según cansancio encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.	46
Cuadro 10. Tabla de contingencia tipo de evento en salud según estrés encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.	46

Cuadro 11. Tabla de contingencia tipo de evento en salud según sobrecarga encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020. 47

Cuadro 12. Plan de mejora 48

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos. ...26

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Matriz de objetivos	59
Anexo 2. Operacionalización de variables	60
Anexo 3. Consentimiento institucional	61
Anexo 4. Cronograma.....	62
Anexo 5. Presupuesto.....	63

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Comisión de Salud y Seguridad de Gran Bretaña define la Cultura de Seguridad del Paciente como un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como grupales, para reducir el riesgo y daño al paciente (1). La Cultura de Seguridad del Paciente busca prevenir el daño potencial de incidentes inesperados que afectan la calidad y seguridad de la atención médica y toma medidas para reducir el número de eventos adversos. Un Evento Adverso (EA) se refiere a daños o complicaciones que surgen de la atención médica y no están relacionados con la enfermedad o condición subyacente del paciente, lo que resulta en una extensión de la estadía hospitalaria e incapacita el momento del alta o muerte (2).

En este sentido, la cultura de la seguridad del paciente busca prevenir daños potenciales que son el resultado de una serie de eventos imprevistos que afectan la calidad y seguridad de la atención médica. Un evento adverso se refiere a cualquier daño o complicación resultante de la atención médica que no está relacionado con la enfermedad del paciente o la condición subyacente y que resulta en una extensión de la estadía en el hospital, una discapacidad en el momento del alta o una extensión. conduce a la muerte. La primera víctima es el paciente y los familiares afectados, una segunda víctima es el profesional afectado y finalmente una tercera víctima es la clínica u hospital donde ocurrió el evento adverso (3).

La investigación sobre las consecuencias de las primeras víctimas es extensa, mientras que en las segundas víctimas ha sido un tema poco estudiado, por lo que realizar un estudio sobre las consecuencias emocionales y sociales del evento adverso en segundas víctimas brindará una pauta para demostrar conocimientos, actitudes y conductas que nos permitan analizar y hacer sugerencias sobre los pasos a seguir en la prevención de eventos adversos. Por otro lado, algunas publicaciones han documentado que el cansancio y el estrés laboral pueden estar relacionado con la incidencia de eventos adversos.

Considerando que la sociedad actual, que trabaja las 24 horas del día, obliga a las organizaciones, y en consecuencia a sus empleados, a someterse a horarios de trabajo contrarios al ritmo natural de la vida. El horario por turno y los turnos fuera del horario habitual del día son un tema que cobra importancia ya que tiene muchas implicaciones para la salud física y mental de quienes lo hacen. El trabajo por turno se ha convertido en uno de los problemas laborales que más discrepancias y conflictos genera en las empresas. El empleado es aquel que brinda sus servicios en diferentes momentos en un período específico de días o semanas (4).

De esta forma, el presente proyecto se desarrolla en una Clínica de alta complejidad de la ciudad de Pereira, ya que es una de las más frecuentadas en la ciudad con una gran demanda de pacientes y con frecuentes renuncias por parte del personal

de salud, lo cual pone en riesgo al personal de enfermería de padecer cansancio y estrés laboral debido a las condiciones de trabajo, las remuneraciones y los turnos prolongados que producen altos niveles de agotamiento físico y psíquico, lo cual podría manifestarse con la presencia de diferentes eventos adversos lo cual afecta directamente la calidad de la prestación de los servicios de salud en la clínica. Identificando la relación que existe entre los eventos adversos que se están presentando en el servicio de cuidado crítico con el cansancio y el estrés laboral, detallando si se ha documentado y que tanto está afectando la calidad de la prestación de los servicios de salud de dicho servicio en la Clínica.



2. PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

Los países en vía de desarrollo se ven afectados por las condiciones socioeconómicas y el sistema de salud, que aún no ha logrado alcanzar estándares de calidad y se encuentra con tendencia al colapso, situación que se hace evidente en las salas de cuidado intermedio de las instituciones prestadoras de salud donde la demanda de pacientes sobrepasa las condiciones de infraestructura y talento humano necesarios para garantizar un entorno laboral óptimo. Con lo antes mencionado se puede deducir que el estilo de vida laboral al que se expone el personal de la salud puede llegar a ser crítico si se mira desde todo el entorno cultural, social y de trabajo, especialmente en el personal de enfermería el cual es uno de los más activos dentro del ambiente intrahospitalario, por ende, tiende a ser bastante presionado (5).

Estas condiciones laborales anteriormente mencionadas y las características del tipo de trabajo desarrollado convierten al personal de enfermería especialmente es de los servicios clínicos en una población de alto riesgo que puede llegar a presentar estrés y cansancio laboral, el cual se define como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, de carácter interpersonal y emocional, caracterizado por un deterioro cognitivo y afectivo, este deterioro cognitivo se manifiesta por pérdida de la ilusión por el trabajo y desencanto profesional y el deterioro afectivo se manifiesta por agotamiento emocional y físico y por actitudes y/o conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, todos estos sentimientos a veces están acompañados de culpa (6, 7).

Varios estudios han identificado como causales del estrés laboral la escasez de personal, la carga de trabajo, la presión del tiempo, la falta de previsibilidad, el acoso laboral y los estilos de dirección, asimismo, el propio paciente también se convierte en factor determinante en situaciones tales como: la agresividad, el enfrentamiento a la muerte, el dolor, el sufrimiento o el hacer frente a los familiares de pacientes desafiantes. Todas estas situaciones producen efectos perjudiciales en la salud física y psicológica del personal de enfermería, volviéndolos propensos a errores clínicos, bajas tasas de retención del personal, altas tasas de ausentismo y agotamiento precoz (8, 9).

Cabe resaltar que el área en la que el personal de enfermería realiza su trabajo requiere que el servicio brindado esté garantizado las 24 horas del día, los 365 días del año, por lo que se ven obligados a trabajar horas que cambian su propio ciclo diario, aspecto que ha ganado gran relevancia, debido a todas las implicaciones para la salud, ya que realizar turnos nocturnos está relacionado con cambios en el patrón de sueño necesarios para un equilibrio cuerpo-mente equilibrado y, a su vez,

afecta negativamente el buen funcionamiento de los sistemas corporales, inmunológico, endocrino, musculoesquelético, cardiovascular, entre otros (10). Lo que supone un riesgo para la integridad del personal de enfermería el cual esta en la obligación a responder a una demanda hospitalaria.

Por otro lado, la atención en salud brindada por los profesionales de enfermería, en algunos casos presenta un riesgo para los pacientes que puede provocar daños físicos, psicológicos, sociales, económicos e incluso la muerte. Estos incidentes se conocen como Eventos Adversos (EA) y ocurren durante el proceso de atención en salud que presta el equipo de enfermería. Es por esta razón que la Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente como la ausencia de riesgo o daño potencial relacionado con la atención médica y trae consigo los elementos estructurales, procesos, instrumentos y métodos que se basan en conocimientos científicamente probados con el fin de minimizar el riesgo de un EA en el sistema sanitario o reducir sus consecuencias, las cuales proviene del personal de salud (11).

En este sentido, existe un interés por concepto del ESTRÉS LABORAL, por las siguientes razones: influye en el bienestar moral y psicológico del personal involucrado, influye en la calidad de la atención y el tratamiento de pacientes, adicional a las implicaciones en materia laboral como la disminución de la productividad, conflictos laborales, baja tasa de empleo, aumento de la accidentalidad, ausentismo, baja autoestima, dificultad para concentrarse, comportamiento agresivo hacia compañeros y pacientes, insomnio, trastornos gastrointestinales, taquicardia y aumento del consumo de sustancias estimulantes, que se convierten en un problema de salud pública y salud ocupacional, por lo tanto, se debe pensar en magnitud del síndrome de burnout y el problema de EA para prevenirlos y avanzar en las medidas que garanticen una práctica segura (12).

En este orden de ideas, el presente estudio, toma como contexto la Clínica Rosales de Pereira la cual se caracteriza por ser una de las mas frecuentadas de la ciudad con una alta demanda de pacientes y con una alta rotación en el personal de salud, lo cual supone un riesgo para el personal de salud de padecer estrés, cansancio y sobrecarga debido a las condiciones de laborales, las remuneraciones y los turnos prolongados que producen altos niveles de agotamiento físico y mental, lo cual podría manifestarse con depresión y niveles bajos de autoestima, y en los casos más severos, tendencias suicidas lo que puede afectar la seguridad del paciente y la aparición de EA. Es por ello por lo que, resulta crucial investigar la presencia del estrés, cansancio y carga laboral en el personal de enfermería y auxiliares del servicio de cuidado critico de una Clínica de alta complejidad de la ciudad de Pereira.

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En base a la anterior formulación y teniendo en cuenta que el estrés y el cansancio laboral afecta de manera significativa al personal de enfermería por la alta demanda de pacientes y los efectos que genera el trabajo con personas enfermas, se plantea la siguiente pregunta.

¿Cuáles son los eventos en salud frente al estrés, cansancio y sobrecarga laboral en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en Pereira, en los meses de agosto y septiembre de 2020?



3. JUSTIFICACIÓN

La principal característica del personal trabajador del área de la salud, es la gestión del cuidado, es decir, sostener la vida asegurando que se satisfagan las necesidades. y es reconocido como el único cuidador permanente en el proceso de enfermería, sin embargo, su persistencia en el cuidado del paciente lo expone a situaciones estresantes muy propensos a sufrir enfermedades físicas y mentales (13). Situación que es evidente en muchas instituciones prestadoras de salud existe una alta carga laboral, desmotivación laboral, agotamiento físico y desgaste mental que conlleva a que el personal de enfermería no brindé una buena atención a los pacientes ya que, al presentarse estas repercusiones, se afecta la seguridad de paciente y el trato humanizado.

En este sentido, un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad Social Laboral, mostró que la prevalencia de estrés laboral entre los médicos es mayor que entre los enfermeros (14). Otro estudio evaluó a 11.530 profesionales de la salud hispanoamericanos: entre los profesionales residentes en España, la prevalencia fue del 14,9%, Argentina del 14,4% y Uruguay del 7,9%; Mientras que expertos de México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala y El Salvador presentaron frecuencias de estrés laboral entre 2.5 y 5.9%. Por ocupación: médicos 12,1%, enfermeras 7,2% y dentistas, psicólogos y nutricionistas, la cifra fue inferior al 6%. El estrés laboral predominó entre los médicos de urgencias (17%) y de medicina interna (15,5%). Los anestesiólogos y dermatólogos tuvieron la prevalencia más baja (5 y 5,3%, respectivamente) (15).

En estas condiciones laborales, varios estudios realizados en Europa muestran que alrededor del 60% de los trabajadores sanitarios tenían problemas relacionados con la sobrecarga de trabajo y el 19% percibían una falta de apoyo social en el trabajo, mientras que otro riesgo relevante en estas tasas de exposición era el trabajo emocional, el 40% de los trabajadores dijeron que tenían problemas con él. Como resultado de la exposición a estos y otros tipos de riesgos, el 20% de los trabajadores de la salud en los países europeos informaron que sus condiciones de trabajo representan un riesgo para su salud mental (16).

En este sentido, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en (2016), evidencio los datos de su informe sobre la prevalencia de factores de riesgo psicosocial relacionados con el trabajo se desarrollan abundancia en Europa, América del Norte y Europa, estando generalmente disponibles en los países desarrollados; en menor medida en Asia, Pacífico y América Latina; En África y los países árabes, sin embargo, esta información es bastante limitada (17). En América Latina y el Caribe, existen estudios que han demostrado que el estrés laboral es más común en países como Argentina, Brasil y Costa Rica. En Colombia, tras los cambios introducidos por la Ley 100 de 1993, la atención de la salud aumentó tanto que los profesionales triplicaron el número de usuarios visitados en el mismo

período, además, los hospitales estatales se han convertido en empresas sociales (18).

Sumado a lo anterior, el estrés y el cansancio laboral en los trabajadores de enfermería están asociados con el deterioro de la seguridad del paciente específicamente en la aparición de EA, que además se vinculan con variables que hacen que los profesionales sean más vulnerables a la ocurrencia de incidentes, y de esta manera, terminan relacionándose directamente con los fallos asistenciales, que comprometen la integridad del paciente (19). Pese a esta situación, muchas de las instituciones no conocen el estado físico y mental de su personal de trabajo y pasan esta valoración por alto sin tener en cuenta que es responsabilidad de ellos reducir y prevenir los EA, tan solo realizando un acompañamiento adecuado que garantice una adecuada ejecución de las labores del equipo médico en general.

Teniendo en cuenta lo analizado anteriormente, el estrés y cansancio laboral como la aparición de EA genera grandes pérdidas de los recursos destinados al sistema de salud y se caracterizan por ser un gran precursor del incumplimiento con los indicadores propuestos en cada servicio, situación que reduce la capacidad de atención adecuada de la demanda comprometiendo la calidad en la prestación de los servicios de salud a su vez que reduce la oferta en la atención, la magnitud de esta problemática a nivel nacional, plantea la necesidad de identificar los principales eventos adversos que se presentan ante la posible aparición de estrés y cansancio laboral en el área de cuidado crítico de la Clínica los Rosales de Pereira.

Fundación Universitaria del Área Andina

4. ANTECEDENTES

Luego de realizar una búsqueda en diferentes bases de datos indexadas, se encuentran diferentes investigaciones que permiten sentar las bases para el desarrollo del presente ejercicio, encontrándose que diferentes investigaciones concluyen que el estrés y cansancio laboral está estrictamente relacionado con el agotamiento emocional el cual provoca alteraciones físicas y psíquicas, este agotamiento se origina principalmente por el estrés que generan diversos factores encontrados en el entorno laboral de los enfermeros como la edad, el género, las horas extras, el tiempo de permanencia en el trabajo y factores sociodemográficos, que comparado con otro tipo de profesiones resultan ser más severos en el área de la salud. El padecer este síndrome puede desencadenar desórdenes de la personalidad como lo son neuroticismo y la indefensión aprendida (20, 21).

Lo anterior, es complementado por el estudio realizado en España donde se encontró que existen variables como el género, turno de trabajo y carga horaria, entre otros factores de riesgo de burnout; la prevalencia de este síndrome en el servicio de urgencias es alta, influyendo factores demográficos, como la edad y sexo, otros como la antigüedad en la profesión, el servicio donde laboran y algunos psicológicos, como la ansiedad, que tiene un papel muy importante en relación con el estrés laboral y mayoritariamente en niveles medios y altos en la dimensión de cansancio emocional, los valores han sido principalmente de nivel intermedio, aunque también algunos de nivel alto, no existe un límite en la realización de estudios donde prime más un nivel que otro (22).

También en España, se planteó un estudio que planteó que las principales causantes del estrés laboral son la falta de personal, la habitual elevada presión asistencial y un lastre histórico de la profesión relacionado con las escasas posibilidades de reconocimiento social y promoción que va en consonancia con lo estipulado por el consejo internacional de enfermería bajo la propuesta de implementar espacios positivos de trabajo para el personal hospitalario con el fin de garantizar la seguridad de los pacientes, el bienestar de los profesionales de la salud y la disminución de los niveles del estrés laboral, con el objetivo de mitigar la afectación de la vida cotidiana y el abandono laboral del personal de enfermería. en la actualidad se busca determinar la relación que existe entre contratos precarios, aparición del estrés laboral, la calidad de vida y la insatisfacción laboral (23).

En relación con lo anterior, se ha encontrado que el estrés laboral puede favorecer a el aumento de los accidentes, lesiones, bajo rendimiento y productividad del personal de enfermería, este se puede producir por sobrecargas y factores ambientales estresantes, especialmente en el personal de enfermería ya que conviven diariamente con escenas de primera atención, pacientes graves, aislamiento y situaciones de muerte motivos por los cuales el escenario actual es percibido con cortes de costo, menos trabajadores, empleo precario y notable

desgaste general del trabajador, lo que hace que el estrés deba ser estudiado bajo diversas ópticas, siendo importante las discusiones en torno a la calidad de vida en el trabajo, así como un profundo análisis de los factores que intervienen en el estrés laboral y sus posibles consecuencias como el estrés laboral (24).

Por su parte en Chile, un estudio resalta como los pacientes son un factor desencadenante, ya que estos se encuentra en situaciones tales como: agresividad, enfrentamiento a la muerte, dolor, sufrimiento o hacer frente a los familiares de pacientes desafiantes, por lo que se realiza una comparación entre el estrés laboral y la fatiga laboral, y su afecto en el ámbito psicosocial, lo que evidencia como el estrés laboral se manifiesta con estrés laboral, poca empatía con los demás profesionales, dificultad para desarrollar las diferentes actividades laborales y cansancio emocional; en la fatiga laboral se muestra que es prolongada que se extiende hasta por seis meses por más tratamientos y descansos que se le dé al personal, también se presenta disminución de la glucosa en sangre. Para cualquiera de los dos su etiología es la misma, nacen del estrés en las tareas dadas de la labor (25).

En este orden de ideas, otro estudio realizado a 43 profesionales de enfermería, mediante un muestreo no probabilístico, arrojó que el 60% de los profesionales tienen problemas relacionados con una carga excesiva del trabajo y un 19% manifestó que no cuentan con apoyo, otro indicador importante fue el emocional, ya que algunos profesionales de enfermería específicamente en sanidad dicen tener problemas emocionales, poniendo en riesgo su salud mental, al compara estos resultados con países como Argentina, Brasil y Costa Rica muestran una alta prevalencia del estrés laboral, pese a esto en Perú se está presentando un alto grado de estrés laboral; aunque no existe ninguna relación entre el estrés laboral y el clima organizacional, se arrojaron cifras alarmantes para la continuidad de este síndrome (26).

Otro estudio realizado en Brasil, bajo una revisión de literatura, donde se relacionaron diez elaboraciones científicas sobre factores que contribuyen al estrés y el estrés laboral de los profesionales de enfermería en el área asistencial y hospitalaria evidenció que la seguridad del paciente es una dimensión de calidad de la atención sanitaria, en concreto la atención de enfermería, sobre la que hay que incidir. Esta falta de seguridad acarrea problemas fisiológicos, psicológicos e interpersonales en el profesional de enfermería, cometiendo así EA en el paciente, si el personal de salud no es tratado a tiempo, por dicho síndrome, en un futuro no muy lejano, los usuarios de la salud se verán perjudicados, convirtiéndose en personas vulnerables y desarrollando asistencias inseguras por falta de un apoyo organizacional (27).

En Colombia, se adelanto un estudio realizado en el hospital San José de Popayán que encontró un porcentaje ocupacional del 100% en donde la prevalencia del SB fue del 1,7%. El 15,8% presentaron nivel alto de Agotamiento Emocional, el 10,8%

alta despersonalización y el 9,2% nivel bajo en realización personal, por su parte en cuanto a las causantes se identifican los prolongados turnos, la sobrecarga laboral, la remuneración salarial, los elevados niveles de estrés, condiciones que se visualizan durante el proceso de atención del usuario. El mayor impacto se ve reflejado en el ausentismo laboral que causa el SB, es por eso por lo que, el cuestionario maslach resulta ser un instrumento esencial para la identificación temprana del síndrome y poder generar un plan de acción oportuno (28).

Otro estudio, hace referencia a que el estrés laboral se podría relacionar a un estrés de tipo crónico con variables individuales, sociales y organizacionales, dicho estrés puede manifestarse con la aparición de una serie de respuestas negativas hacia el individuo y su trabajo, depresión, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad, intolerancia a la tensión, pérdida del interés por el trabajo y baja autoestima. Según estudios hasta un 25% de los profesionales de enfermería padecen el síndrome de burnout y a su vez una elevada conducta suicida, especialmente los que trabajan en áreas críticas como urgencias y UCI. Aunque existe poca información sobre las causas específicas, el riesgo suicida en enfermería se ha encontrado asociado con la autoestima, ansiedad y depresión, estrés laboral y síndrome de burnout (29).

El Síndrome de Burnout (SB) o síndrome de desgaste profesional, tiene consecuencias perjudiciales para los profesionales y sus pacientes, también se percibe en la organización de una manera preocupante por medio de insatisfacción y pérdida de la calidad laboral, falta de atención a los usuarios, conflictos con los compañeros, ausentismo o abandono del puesto de trabajo (30). En un estudio realizado en España, al personal de enfermería que laboran en áreas críticas pertenecientes a un hospital de tercer nivel de complejidad mediante la aplicación de la escala de Maslach (tiempo de trabajo, edad, género y horario de trabajo) para identificar el desgaste emocional que estos profesionales presentan, se obtuvo que la mayoría de la población presentó agotamiento laboral relacionado con los turnos nocturnos ya que muchos realizaban actividades diurnas (31).

Otro estudio realizado en Colombia, que estudió aleatorio a 174 enfermeras(o) del hospital de Ibagué mediante el instrumento de valoración de la escala de Maslach Burnout Inventory, obtuvo como resultados la presencia de cansancio emocional relacionado con factores como: ser de género masculino, tener hijos y contar con varios contratos a la vez, este último factor influyó en el desarrollo del síndrome ya que se evidencia que la mayoría de los profesionales con un solo contrato presentan signos y síntomas referentes al síndrome; al contar con varios trabajos se evidenció una carga laboral más alta y con muchas más responsabilidades como lo es llegar temprano al trabajo y cumplir con todas las actividades de rutina, provocando excesivo cansancio, pérdida del interés laboral, agotamiento físico y emocional (32).

Por su parte en Chile se realizó un estudio a 79 profesionales de la salud y evidenció que los que presentaron el SB, tenían bajo desempeño laboral y tenían imputación

directa sobre la calidad y seguridad de la organización (33). También en Perú un estudio ejecutado en el Hospital Vitarte de Lima Perú utilizando el test de Jefferson y el test de Maslach, obtuvieron resultados que describen como los internos del hospital de vitarte del área de la salud quienes cuentan con más de 50 horas laborales a la semana, presentaron muy poca empatía con los pacientes y compañeros de trabajo estaban en un alto riesgo de padecer el síndrome y por el contrario los profesionales que presentaban una buena empatía tenían un bajo nivel de ocurrencia frente a este síndrome generando un buen ambiente laboral (34).

En otro contexto, el estudio realizado en México, enfocado en comprender cuales son los factores que propician eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria, bajo el cuestionario el Maslach Burnout Inventory aplicado a todo el personal médico y de enfermería, evidenciando que las consecuencias tras un evento adverso son mayores emocionalmente. Los puntajes promedio de agotamiento para médicos, enfermeras y dentistas fueron 58, 52 y 41, respectivamente, puntajes considerados bajos. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre las consecuencias de un EA y el SB, lo que enfatiza en contar con programas relacionados con la cultura de seguridad del paciente con el fin de generar una reducción de estos eventos (35).

Adicional a lo anterior en Chile, un estudio centro en establecer la relación entre el estrés laboral y la satisfacción laboral con la calidad de la atención brindada por equipos de enfermeras en un hospital público de alta complejidad, mediante el diferentes instrumentos como el cuestionario para evaluación del síndrome de quemarse en el trabajo, encuesta de satisfacción laboral hospitalaria y escala SERVQUAL, se logró constatar que Las enfermeras presentaron niveles medios de satisfacción laboral, en cuanto al estrés laboral, se encontraron valores bajos y en la calidad de la atención percibida por los usuarios se observó que todas las expectativas fueron superiores a 6,5 siendo 10 el valor más alto, lo que permitió concluir que el estrés laboral y el clima laboral influye negativamente en la calidad de la atención (36).

Finalmente un estudio llevado a cabo en España a con el objetivo de estudiar los niveles del SB en los profesionales de enfermería con horas físicas complementarias en cuidados críticos y servicios de emergencia, utilizando los instrumentos del Maslach Burnout Inventory y los factores de personalidad a través del NEO-Five Factor Inventory, se logro encontrar que el 44,1% de los profesionales de enfermería que realizaban trabajo físico complementario presentaban alto SB frente al 38% de los que no presentaban esta sobrecarga. En cuanto a las dimensiones SB, estas diferencias se mantuvieron, especialmente en las dimensiones de agotamiento emocional con un 15,3% y despersonalización 17,9%, lo que permitió precisar que las jornadas complementarias aumentan el riesgo de padecer SB (37).

5. OBJETIVOS

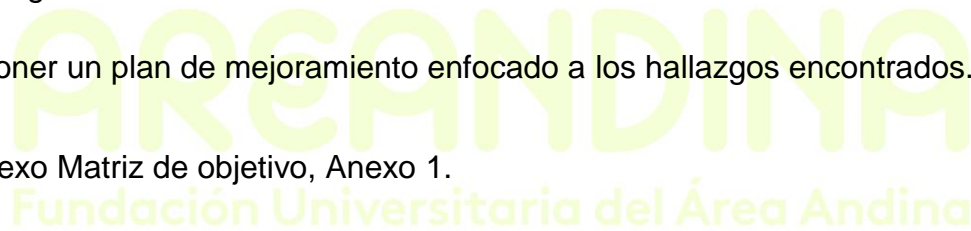
5.1 Objetivo general

Documentar los eventos en salud frente al estrés, cansancio y sobrecarga laboral en el área de cuidado crítico de una clínica de alta complejidad en Pereira, en Agosto y Septiembre de 2020.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los eventos en salud según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (paquetes instruccionales).
- Describir en cuáles eventos en salud se tuvo en cuenta el cansancio, estrés y sobrecarga laboral.
- Proponer un plan de mejoramiento enfocado a los hallazgos encontrados.

Ver anexo Matriz de objetivo, Anexo 1.



6. MARCO REFERENCIAL

6.1 Marco teórico

6.1.1 Seguridad del paciente. Un pilar fundamental dentro del protocolo de seguridad del paciente es la Seguridad de este, la cual es definida como el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de procedimientos o enfermedades (38). De esta forma, la seguridad del paciente forma parte de todo un conjunto de requerimientos legales, los cuales deben ser acatados a cabalidad por los profesionales en salud, lo cuales garantizan que el paciente esté prevenido ante algún riesgo presente en los servicios médicos.

Más que un concepto, es un movimiento que surge en el ámbito mundial como un replanteamiento de la efectividad de los sistemas de salud en los diferentes países. Los sistemas de salud y en especial los profesionales que lo integran, sin lugar a duda tiene como objetivo el bienestar de los pacientes, sin embargo, a pesar de sus buenas intenciones también pueden causar daño (39). La efectividad de los sistemas de salud entonces depende no solamente del impacto causado por el mejoramiento de la salud de los usuarios sino también de las condiciones de seguridad en que se preste la atención, esa es la razón de ser de la política de seguridad del paciente: Prestar una atención segura y efectiva.

De acuerdo con lo expuesto se deduce que la Seguridad del Paciente depende de varios factores como la estructura con la que se brinda la atención (recursos materiales, humanos e infraestructura); los Procesos organizacionales (modo en que está diseñado cada proceso de atención médica), el considerar la Seguridad del Paciente como una Cultura dentro de la organización (39). A las consecuencias directas en la asistencia se suman las repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y el dolor de la afectación de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos representan en algunos países un costo anual entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses (40).

Esta información ha conducido a la comunidad científica a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de efectos adversos derivados de la atención sanitaria y su repercusión en la vida de los pacientes (41).

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

2. Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente
3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
5. Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
6. Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
7. Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados (39).

6.1.2 Política de la seguridad del paciente. De acuerdo con el Ministerio de acción social (42) se toman los lineamientos del protocolo de Londres. Los principios orientadores de la política: alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son (43):

1. Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

Objetivos de la política de la seguridad del paciente.

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.

2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

5. Homologar la terminología a utilizar en el país.

6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.

8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema (44, 45).

Bajo el modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente la siguiente figura muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este documento, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país (46).

Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.



Fuente: protocolo de Londres

Teniendo en cuenta lo anterior, se definen conceptos claves teniendo en cuenta el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos:

- ❖ Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- ❖ Atención en salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- ❖ Indicio de atención insegura: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- ❖ Falla de la atención en salud: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o

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

- ❖ **Riesgo:** es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- ❖ **Evento adverso:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- ❖ **Evento adverso prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- ❖ **Evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- ❖ **Incidente:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- ❖ **Complicación:** es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- ❖ **Violación de la seguridad de la atención en salud:** las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.
- ❖ **Barrera de seguridad:** una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- ❖ **Sistema de gestión del evento adverso:** se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.
- ❖ **Acciones de reducción de riesgo:** son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal (47, 48).

Abordaje propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia con respecto a una buena práctica es apenas el primer paso de una investigación profunda.
- Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y hasta cierto punto predecible.
- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado (47).

Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No sobra insistir en que la metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente. En salud, con mucha frecuencia cuando algo sale mal los jefes tienden a sobre dimensionar la contribución de uno o dos individuos y a asignarles la culpa de lo ocurrido (41).

Esto no quiere decir que la inculpación no pueda existir, lo que significa es que esta no debe ser el punto de partida, entre otras cosas porque la asignación inmediata de culpa distorsiona y dificulta una posterior investigación seria y reflexiva. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas. Esto jamás es posible en una organización cuya cultura antepone las consideraciones disciplinarias. Para que la investigación de incidentes sea fructífera es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo (31).

6.1.3 Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para la seguridad del paciente (paquetes instruccionales). El Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), presenta una clara orientación con respecto a lograr la calidad de la prestación de los servicios de salud. El Decreto mencionado define la seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias (49).

El país ha venido avanzando en la implementación de la política de seguridad de pacientes en la prestación de servicios de salud. En el año 2008, se construyeron los Lineamientos para la Política de Seguridad del Paciente, y a partir de esa época

se han obtenido resultados que se reflejan en el número de instituciones que vigilan y gestionan los eventos adversos. Colombia ha participado en la realización de los dos estudios de prevalencia e incidencia de eventos adversos en los servicios hospitalarios y ambulatorios realizados en Latinoamérica, a saber, IBEAS (2009) y AMBEAS (2013) (50).

En el año 2010, se publicó la Guía Técnica No. 1 de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, que recomienda treinta (30) buenas prácticas para la Seguridad del paciente, diez (10) de las cuales, las esenciales, se hicieron obligatorias en el marco del Sistema Único de Habilitación con la expedición de la Resolución 2003 de mayo de 2014. La inclusión de las buenas prácticas esenciales para la seguridad de pacientes como requisitos mínimos obligatorios, sin duda fortaleció la gestión para evitar las fallas ocurridas por la atención en salud a lo largo y ancho del país, y se extenderá el compromiso por mitigar los riesgos no sólo en las IPS hoy acreditadas, o aquellas que se encuentran en la fase de preparación para la Acreditación, sino en todos los prestadores de servicios de salud (51).

Las buenas prácticas que quedaron obligatorias en el sistema único de habilitación son:

1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención:
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
5. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
6. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
7. Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito).
8. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
9. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
10. Atención segura del binomio madre – hijo.

Al hacer obligatorio el reporte de los eventos adversos y los incidentes, así como la medición de indicadores que evalúen la gestión de esas fallas, se verá fortalecida la cultura justa, no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad, en

cumplimiento de los lineamientos de la Política Nacional de Seguridad de Pacientes. Hoy el Ministerio de Salud y Protección social presenta 23 paquetes instruccionales para las buenas prácticas de seguridad del paciente actualizados con la mejor evidencia disponible, los cuales pueden ser consultados en la dirección electrónica del Observatorio de Calidad, a saber (52). Los paquetes actualizados son los siguientes:

1. La seguridad del paciente y la atención segura.
2. Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos y monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
3. Modelo pedagógico.
4. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.
5. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
6. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
7. Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.
8. Prevenir úlceras por presión.
9. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
10. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
11. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
12. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
13. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.
14. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.
16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo.
17. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.

18. Prevenir el cansancio del personal de salud.
19. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
20. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.
21. Seguridad de la atención de urgencias en población pediátrica.
22. Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
23. Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo.

6.1.4 Estrés laboral. El estrés es la respuesta física y emocional al daño causado por un desequilibrio entre las demandas y los recursos y la capacidad percibida de un individuo para lidiar con ellos. El estrés laboral está determinado por la organización y el diseño del trabajo, así como por las relaciones laborales, y ocurre cuando las demandas del entorno no coinciden o superan las habilidades, recursos o necesidades del empleado o cuando los conocimientos y habilidades no coinciden con las expectativas de la cultura organizacional. de una empresa acepta cumplir estos requisitos (53).

Sumado a lo anterior, se precisa que esta enfermedad es una amenaza para las economías de los países desarrollados y en desarrollo y en la productividad se ve afectada por el deterioro de la salud física y mental de los trabajadores, la mayoría de los estudios reportan una alta prevalencia de estrés entre enfermeras. En Alicante (España), Ribera et al. Encontraron que el 75% de las enfermeras reportaron la presencia de estrés, un grupo importante del cual (19,8%) sufrió estrés máximo, mientras que el resto (65,9%) experimentó estrés leve o moderado (54, 55).

De esta forma, se encuentra que, dentro de la profesión de la enfermería, se han calcificado ciertos estresores, capaces de producir cambios físicos, emocionales y sociales para lo cual varios autores se interesaron por identificar los factores estresantes asociados a este grupo, Reig A. y Caruana, a partir de una serie de estudios, identificaron un grupo de estresores laborales específicos para el desarrollo diario de la profesión de enfermería siendo estos los siguientes (56):

- Contacto con el dolor y la muerte
- Conflictos con pacientes y sus familias
- Conflictos con superiores
- Situaciones urgentes y graves
- Defectos personales

- Estrés emocional
- Sobrecarga de trabajo

6.1.5 Consecuencias del estrés laboral en trabajadores de la salud. Las consecuencias de este problema son múltiples y pueden afectar tanto al entorno personal como familiar y profesional, los trabajadores de la salud que están expuestos a este riesgo a diario generan fatiga física, mental y psicológica. Actualmente, los trabajadores de la salud tienen un número creciente de accidentes y enfermedades profesionales, y la tasa de accidentes laborales ha aumentado durante la última década en comparación con otros sectores de la economía (57). Sumado a lo anterior, otros autores aseguran que las consecuencias del estrés laboral están dadas por las dimensiones de salud física y mental y en el ámbito laboral que generan diferentes enfermedades como se muestra a continuación en el Cuadro 2. (58, 59):

Cuadro 1. Consecuencias del estrés laboral en trabajadores de la salud

Incidencia de la consecuencia	Manifestación
Salud física (alteraciones físicas)	Alteraciones cardiovasculares (hipertensión enfermedad coronaria). Fatiga crónica. cefaleas y migrañas. Alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal). Alteraciones respiratorias (asma). Alteraciones del sueño. Alteraciones dermatológicas. Alteraciones menstruales. Disfunciones sexuales. Dolores musculares o articulatorios
Salud psicológica (alteraciones emocionales)	Ansiedad. Depresión. Irritabilidad. Disforia. Baja autoestima. Falta de motivación. Baja satisfacción laboral Dificultades de concentración Distanciamiento emocional Sentimientos de frustración personal Deseos de abandonar el trabajo
Ámbito laboral (alteraciones conductuales)	Ausentismo laboral. Abuso de drogas. Aumento de conductas violentas Conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía). Alteraciones de la conducta alimentaria Disminución de la productividad. Falta de competencia. Deterioro de la calidad del servicio de la organización.

Fuente: Ortega y López, Castillo et al. (50)

6.1.6 Implicaciones en la seguridad del paciente. La seguridad del paciente, también conocida como seguridad clínica, es actualmente un componente transversal importante para la calidad de la atención médica, la prestación de servicios de salud implica la existencia de diversos riesgos como los tecnológicos, procedimentales o humanos. Cuando se presentan estos riesgos, pueden crear un evento adverso, conocido como un, evento de salud que inadvertidamente causa daño a un paciente, la ocurrencia de estos eventos se puede atribuir a factores como la infraestructura en mal estado y el mal equipamiento médico, la calidad de los medicamentos y, sobre todo, el mal desempeño del personal por falta de motivación, conocimiento insuficiente, la grave falta de recursos humanos y económicos para cubrir lo esencial del costo operacional (60).

Factores predisponentes como la falta de personal, la sobrecarga de trabajo, la falta de descanso provoca fatiga entre los trabajadores de la salud. Este es un factor del individuo para la ocurrencia de errores, fallas activas o actos inseguros bajo el Protocolo de Londres. De igual forma, y según estudios de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, las personas implicadas en un evento adverso hacen referencia a la sobrecarga de trabajo y la ausencia del descanso son los principales inconvenientes que los llevan a cometer errores (61). Un estudio realizado por la OMS muestra que las personas se vuelven más irritables y ansiosas con el estrés en el trabajo, no pueden relajarse o concentrarse, tienen dificultad para razonar y tomar decisiones, disminuyen su compromiso con el trabajo y la preparación, se cansan sentirse deprimido e inquieto, tener problemas para dormir y sufrir trastornos físicos (62).

6.1.7 Consecuencias de un evento adverso en los profesionales de la salud. Susan Scott describe una serie de fases por las que atraviesan los trabajadores de salud involucrados en un EA y que han sido identificadas en su modelo de trayectoria (63):

1. Respuesta a incidentes de caos.
2. Reflexión interna no relevante.
3. Restaurar el escaneo de respaldo de salud
4. Apoya la inquisición de otros
5. Busque ayuda.
6. Disolución.

En las diversas fases, el profesional puede verse afectado en el ámbito emocional, familiar y profesional, con una serie de consecuencias, cuya intensidad varía de persona a persona: a) ansiedad, síntomas afectivos; b) preocupación patológica por su desempeño y capacidad profesional; c) problemas de concentración; d) insomnio; e) cambios de humor; f) miedo a las consecuencias legales; g) pérdida de reputación profesional; h) estrés postraumático.

6.1.8 Auditoria. La auditoría hoy en día se hace presente en diferentes escenarios, no solo la parte financiera es la línea base para realizar estos tipos de exámenes críticos, sistemáticos y representativos en una organización, es por esto que existen varias definiciones acerca de la misma, tal es el caso de William Thomas Porter y John C. Burton definen la Auditoría como el examen de la información por una tercera persona distinta de quien la preparó y del usuario, con la intención de establecer su veracidad; y el dar a conocer los resultados de este examen, con la finalidad de aumentar la utilidad de tal información para el usuario (43).

La auditoria en salud consta de ciertas generalidades emanadas en el artículo 32 del decreto 1011 de 2006 señala que los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, con el fin de lograr mejoramiento de la calidad de la atención de salud (64, 65), así mismo señala que los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB (43).

Según este mismo artículo la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.
- De esta manera entonces, la auditoria en salud se la debe entender como una herramienta de gestión de la calidad, que permite evaluar a una entidad de forma holística, tanto en sus componentes administrativo, financiero, operativo, asistencial y de talento humano. Por tanto, la auditoria como base para el mejoramiento continuo debe contribuir a identificar las oportunidades que garanticen la prestación de los servicios con calidad (42).

6.1.9 Tipo de acciones de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Son el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, a fin de alcanzar las metas programadas y por ende satisfacer las necesidades demandadas de todos sus clientes. Según el decreto 1011 de 2006 el modelo de

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones (66):

- **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de esta.
- **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

6.2 Marco conceptual

Cansancio laboral: se refiere al desgaste físico y mental generado por las actividades llevadas a cabo por el personal de salud y que suponen la pérdida de la capacidad laboral y su eficiencia.

Estrés Laboral: reacciones psicológicas y conductuales adversas causadas por las presiones y demandas de los empleadores, clientes u otros factores, como el entorno físico del lugar de trabajo, violencia o acoso laborales.

Evento adverso: lesión o daño no intencional generada a un paciente mientras se le presta una atención en salud por parte del personal de enfermería y que puede asociarse a diferentes causas entre las que se encuentran el estrés laboral y el ESTRÉS LABORAL

Seguridad del paciente: son las condiciones que garantizan el desarrollo adecuado y la prestación con calidad de los servicios de salud.

6.2.1 Palabras clave. Evento adverso, Estrés laboral, Seguridad del paciente
Tomado de los descriptores para ciencias de la salud DeCS.

6.3 Marco normativo

Cuadro 2. Marco Legal y Normativo relacionado con el proyecto.

Norma	Año	Descripción
Ley 50	1990	Por el cual se reglamenta el ejercicio de la actividad de las Empresas de Servicios Temporales y se dictan otras disposiciones.
Decreto 4369	1990	Por el cual se reglamenta el ejercicio de la actividad de las Empresas de Servicios Temporales y se dictan otras disposiciones.
Sentencia de la corte constitucional C-614	2006	Contrato de prestación de servicios-Prohibición de celebración para ejercicio de funciones de carácter permanente se ajusta a la Constitución.
Ley 1429	2009	Ley de Formalización y Generación de Empleo. Artículo 63 establece que el personal requerido en toda institución y/o empresa público y/o privada para el desarrollo de las actividades misionales permanentes no podrá estar vinculado a través de Cooperativas de servicio de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte los derechos constitucionales, legales y constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.
Ley 1438	2011	Conocida como la Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud.
Ley 1450	2011	Conocida como el Plan nacional de Desarrollo 2010 - 2014 Con esta Ley se acaba de tajo con todas las Cooperativas de trabajo asociado que esté haciendo intermediación.
Ley 1753	2015	Artículo 74°. Política nacional de trabajo decente. El Gobierno Nacional bajo la coordinación del Ministerio del Trabajo, adoptará la política nacional de trabajo decente, para promover la generación de empleo, la formalización laboral y la protección de los trabajadores de los sectores público y privado. Las entidades territoriales formularán políticas de trabajo decente en sus planes de desarrollo, en concordancia con los lineamientos que expida el Ministerio del Trabajo.

		<p>El Gobierno Nacional también fijará las reglas para garantizar que las empresas cumplan plenamente las normas laborales en los procesos de tercerización.</p> <p>El Gobierno Nacional deberá garantizar que las actividades permanentes de las entidades públicas sean desarrolladas por personal vinculado a plantas de personal, con excepción de los casos señalados en la ley.</p>
Resolución 5670	2016	<p>Por el cual se establecen los lineamientos respecto de la Inspección, Vigilancia y Control que se adelante frente al contenido de los artículos 74 de la Ley 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018) y 63 de la Ley 1429 de 2010, así como de sus decretos reglamentarios.</p>
Plan decenal de salud pública	2012-2021	<p>Espacio de acción intersectorial y comunitaria que, a través de la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en la salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de violencia; Contribuir al bienestar y desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de la vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.</p>

7. METODOLOGÍA

Este estudio pretendió identificar los principales eventos adversos que se presentan ante el cansancio y el estrés laboral en el área de cuidado crítico de la clínica los rosales de Pereira, Colombia durante el periodo 2020.

7.1 Tipo de investigación

Estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal.

7.2 Unidad de análisis

Cada uno de los eventos adversos del servicio de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad de la ciudad de Pereira.

7.3 Muestral

7.3.1 Marco muestral. El marco muestral de la investigación se conformo por la base de datos de los eventos adversos servicio de cuidado crítico de una clínica de alta complejidad de la ciudad de Pereira.

7.4 Criterios de inclusión

Todos los eventos adversos del servicio de cuidado crítico, incluidos en la base de datos.

7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se contemplan criterios de exclusión.

7.6 Variables

Para el presente estudio se analizaron 18 variables relacionadas con los eventos adversos, cansancio y estrés laboral, los cuales están incluidos dentro de los paquetes instruccionales relacionados con los factores contributivos enfocados en el estrés, cansancio y sobrecarga. Sumado los eventos según los paquetes de: Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales, Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud, Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio, Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, Prevención úlceras por presión, Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, Reducir riesgo de la atención del paciente crítico y Seguridad del paciente y la atención segura (otros).

Ver operacionalización de variables en Anexo 2.

7.7 Recolección de la información

Se revisó una base de datos de Excel que incluye todos los eventos en salud presentados en la clínica, posteriormente se depuró para obtener solo los eventos en salud teniendo en cuenta las variables de paquetes instruccionales y los factores de cansancio, estrés y sobrecarga, revisando evento por evento con el fin de calcificarlo según estos paquetes que se presentaron en el área de cuidado crítico, durante los meses Agosto y Septiembre de 2020. La recolección de la información se realizó por medio de un base de datos, donde se identifican los eventos adversos, el estrés y el cansancio ocurridos en el área de cuidado crítico.

7.8 Plan de análisis

La tabulación de la información se realizó una base de datos en Excel con el fin de filtrar y condensar la información consignada en la base de datos, posterior a esto, se llevó a cabo el análisis de la información en el programa estadístico Epiinfo. 7.2, para el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central (media, moda, mediana, desviación estándar, varianza máximo y mínimo), tablas de frecuencias. También, se realizó un cruce de variables representativas mediante tabla de contingencias para identificar los eventos adversos y su relación con el estrés, cansancio y sobrecarga.

7.9 Compromiso bioético

Los investigadores se acogieron a la resolución de Helsinki y la de Singapur como referentes bioéticos internacionales. A nivel nacional se acogerán a la resolución 008430/1993 del ministerio de salud y la resolución 0314 de 2018 Colciencias, según el artículo 11 de esta resolución, es estudio es clasificado con riesgo por debajo del mínimo, ya que no se realizarán pruebas biológicas y psicológicas, ni modificaciones sociales en la población de este estudio, además se respetará la dignidad humana, la confidencialidad y la autonomía de las personas involucradas en la investigación contando para la recolección de la información en el trabajo de campo, con consentimiento informado por escrito a las personas participantes en el estudio y el consentimiento institucional.

7.10 Impacto social

Bajo la norma ISO 26000 de 2010, los investigadores del presente proyecto benefician a la población de trabajadores de la salud, en este caso a personal de enfermería, presentando detalladamente los resultados de esta investigación con el fin de generar mejoras en sus condiciones laborales que reduzcan la aparición de estrés y cansancio laboral en la población trabajadora de la salud, adicional al aumento de la seguridad del paciente, enfocándose en reducir los eventos adversos en pacientes y usuarios de los servicios de cuidado crítico.

Fundación Universitaria del Área Andina

8. RESULTADOS

8.1 Análisis de la información

8.1.1 Distribución de los eventos adversos.

Cuadro 3. Distribución de frecuencias de los eventos en salud según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (paquetes instruccionales) y según tipo de evento encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad de Pereira, en agosto y septiembre de 2020.

TIPO DE EVENTO	Frecuencia	Porcentaje
Complicación	4	2,9
Ea no prevenible	21	15,3
Ea prevenible	41	29,9
Incidente	55	40,1
Sin info	16	11,6
Total	137	100
EVENTO SEGÚN PAQUETE	Frecuencia	Porcentaje
Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales	1	0,7
Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud	26	19,0
Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio	3	2,2
Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	1	0,7
Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	25	18,2
Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	1	0,7
Prevención úlceras por presión	31	22,6
Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	1	0,7
Reducir riesgo de la atención del paciente crítico	3	2,2
Seguridad del paciente y la atención segura (otros)	45	32,8
Total	137	100

Analizando la tabla anterior se puede identificar que los eventos en salud que más se presentan en el área de cuidado crítico de una clínica de alta complejidad de Pereira son los eventos adversos prevenibles seguido de incidentes y los que menos se presentan son las complicaciones médicas, sin embargo, hay un porcentaje importante en el que no se cuenta con la información suficiente para clasificar dichos eventos.

Por otro lado tenemos que según los paquetes instruccionales del Ministerio de salud y protección social la mayor cantidad de eventos que se presentan en el área

de cuidado crítico corresponden al paquete de seguridad del paciente y la atención segura seguido del paquete de Infecciones asociadas a la atención en salud y los menos frecuentes se relacionan con los paquetes de prevención de caídas, mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, mejorar la adecuada comunicación entre pacientes y personal de salud y la correcta identificación del paciente

8.2 Eventos en salud relacionados con el cansancio, estrés y sobrecarga laboral

Cuadro 4. Distribución de frecuencias de los eventos en salud que se tuvieron en cuenta para el cansancio, estrés y sobrecarga laboral encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad de Pereira, en agosto y septiembre de 2020.

CANSANCIO	Frecuencia	Porcentaje
No	74	54,0
Si	5	3,6
No Aplica	58	42,3
Total	137	100
ESTRÉS	Frecuencia	Porcentaje
No	47	34,3
No Aplica	90	65,7
Total	137	100
SOBRECARGA	Frecuencia	Porcentaje
No	91	66,4
Si	46	33,6
Total	137	100

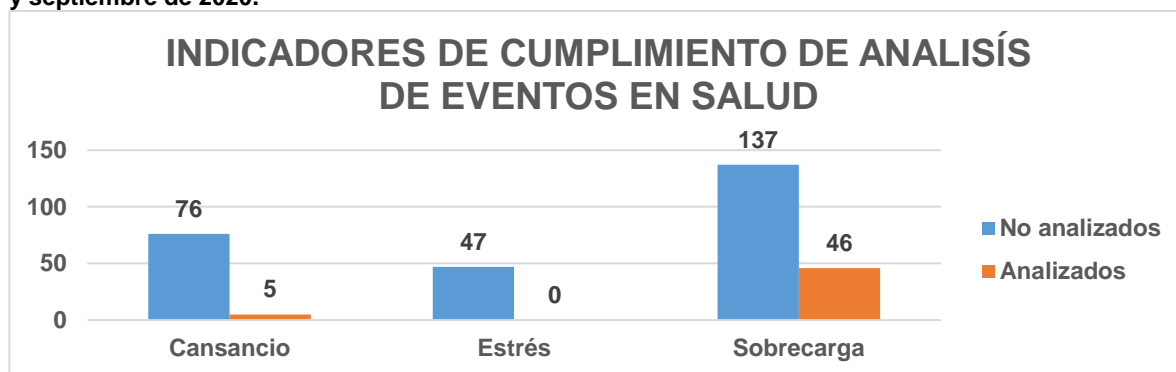
En el cuadro anterior se evidencia como la Clínica de los 260 ítems de los paquetes instruccionales dispuestos por el gobierno y que se relacionan con los factores de cansancio, de estrés y de sobrecarga laboral, únicamente fueron tenidos en cuenta cinco de los 75 puntos referentes a los factores de cansancio y 46 de los 137 relacionados con la sobre carga laboral para el estrés no existieron puntos que aplicaran con el objetivo de la investigación.

Cuadro 5. Distribución de frecuencias de los eventos en salud que no se tuvieron en cuenta para el cansancio, estrés y sobrecarga laboral encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.

CANSANCIO	Frecuencia	Porcentaje
NO	61	44,5
SI	76	55,5
Total	137	100
ESTRÉS	Frecuencia	Porcentaje
NO	90	65,7
SI	47	34,3
Total	137	100
SOBRECARGA	Frecuencia	Porcentaje
SI	137	100

Dentro de los ítems que tuvieron que ser valorados e incluidos según las directrices del Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y la Protección social, la Clínica, presenta una gran diferencia, la cual esta distribuida para el factor de cansancio superior a la mitad de los ítems que se debieron de incluir, para el factor de estrés existe una ausencia superior al 60% de los ítems que se deben de analizar, finalmente para el factor de sobrecarga laboral se cumplió con la inclusión de todos los ítems estipulados por los órganos de control.

Gráfica 1. Indicadores de cumplimiento análisis de eventos en salud para el cansancio, estrés y sobrecarga laboral en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad de Pereira, en agosto y septiembre de 2020.



En la anterior gráfica, es posible apreciar que el cumplimiento individual de cada factor no supera ni la mitad de estos, ya que para el factor de cansancio únicamente existió una partición inferior al 10%, de estrés no existió palpitación alguna y para sobre carga únicamente superior al 30%.

Cuadro 6. Tabla de contingencia eventos en salud según paquete de cansancio encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.

		CANSANCIO			Total
		No	Si	No Aplica	
EVENTO SEGÚN PAQUETE	Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales	0 0%	0 0%	1 2%	1 1%
	Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud	0 0%	1 20%	25 43%	26 19%
	Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio	0 0%	0 0%	3 5%	3 2%
	Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	1 1%	0 0%	0 0%	1 1%
	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	25 34%	0 0%	0 0%	25 18%
	Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	1 1%	0 0%	0 0%	1 1%
	Prevención úlceras por presión	0	2	29	31

	0%	40%	50%	23%
Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	1 1%	0 0%	0 0%	1 1%
Reducir riesgo de la atención del paciente crítico	2 3%	1 20%	0 0%	3 2%
Seguridad del paciente y la atención segura (otros)	44 59%	1 20%	0 0%	45 33%
Total	74 100%	5 100%	58 100%	137 100%

Dentro de los eventos de salud, el factor de cansancio, evidencia una representación en su mayoría de los paquetes referentes a la prevención de úlceras por presión, seguido de los paquetes de infecciones asociadas a la atención en salud, el riesgo de la atención del paciente crítico y la seguridad del paciente, los cuales fueron incluidos por la clínica y los paquetes no incluidos se refieren a los concernientes a mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, seguridad en la utilización de medicamentos y la seguridad del paciente y la atención segura (otros)

Cuadro 7. Tabla de contingencia eventos en salud según paquete de estrés encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.

		ESTRÉS		Total
		No	No Aplica	
EVENTO SEGÚN PAQUETE	Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales	0 ,0	1 ,0	1 ,0
	Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud	0 0%	26 29%	26 19%
	Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio	0 0%	3 3%	3 2%
	Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	0 0%	1 1%	1 1%
	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	0 0%	25 28%	25 18%
	Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	1 2%	0 0%	1 1%
	Prevención úlceras por presión	0 0%	31 34%	31 23%
	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	1 2%	0 0%	1 1%
	Reducir riesgo de la atención del paciente crítico	0 0%	3 3%	3 2%
	Seguridad del paciente y la atención segura (otros)	45 96%	0 0%	45 33%
Total		47 100%	90 100%	137 100%

Para el factor de estrés, se encontró que no se incluyeron los paquetes referentes a la Prevención úlceras por presión en cerca de tres de cada cuatro de cada once, seguido de infecciones asociadas con la atención en salud con cerca de tres de cada diez al igual que la seguridad en la utilización de medicamentos y únicamente estuvieron incluidos por la Clínica los paquetes referentes a los procedimientos quirúrgicos, procesos de prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Lo que describe como este factor no presentó una participación adecuada en el presente estudio por falta de su inclusión por parte de la Clínica

Cuadro 8. Tabla de contingencia eventos en salud según paquete de sobrecarga encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.

		SOBRECARGA		Total
		No	Si	
EVENTO SEGÚN PAQUETE	Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales	1 1%	0 0%	1 1%
	Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud	20 22%	6 13%	26 19%
	Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio	1 1%	2 4%	3 2%
	Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	1 1%	0 0%	1 1%
	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	18 20%	7 15%	25 18%
	Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	1 1%	0 0%	1 1%
	Prevención úlceras por presión	22 24%	9 20%	31 23%
	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	0 0%	1 2%	1 1%
	Reducir riesgo de la atención del paciente crítico	2 2%	1 2%	3 2%
	Seguridad del paciente y la atención segura (otros)	25 27%	20 43%	45 33%
Total		91 100%	46 100%	137 100%

Se encontró que para el factor de sobrecarga, se incluyeron los paquetes referentes a la seguridad del paciente y la atención segura en cerca de cuatro de cada diez puntos, úlceras por presión en dos de cada diez, seguridad en la utilización de medicamentos en dos de cada once y las infecciones asociadas con la atención en salud en alrededor de dos de cada once, por otro lado los puntos que no se incluyeron hace referencia a los relacionados con los nombrados anterior mente en una proporción no menor a dos de cada diez, siendo este factor el que más participación tuvo dentro de la Clínica.

Cuadro 9. Tabla de contingencia tipo de evento en salud según cansancio encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.

		ESTRÉS		
		No	No Aplica	Total
TIPO DE EVENTO	Complicación	2 4%	2 2%	4 3%
	Ea no prevenible	3 6%	18 20%	21 15%
	Ea prevenible	9 19%	32 36%	41 30%
	Incidente	30 64%	25 28%	55 40%
	Sin info	3 6%	13 14%	16 11%
Total		47 100%	90 100%	137 100%

Para el factor de estrés, se evidencia que en su mayoría se encontraron eventos en salud relacionados con incidentes, seguido de eventos adversos prevenibles y en menor cantidad complicaciones médicas lo que describe que en su mayoría los eventos de salud generados por estrés están relacionados con incidentes.

Cuadro 10. Tabla de contingencia tipo de evento en salud según estrés encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.

		SOBRECARGA		Total
		No	Si	
TIPO DE EVENTO	Complicación	3 3%	1 2%	4 3%
	Ea no prevenible	19 21%	2 4%	21 15%
	Ea prevenible	17 19%	24 52%	41 30%
	Incidente	36 40%	19 41%	55 40%
	Sin info	16 17%	0 0%	16 11%
Total		91 100%	46 100%	137 100%

Para el factor de sobre carga, se encontró que los eventos en salud que más se presentan son los incidentes seguido de los eventos adversos prevenibles en los que en su gran mayoría se tuvo en cuenta la sobrecarga laboral al momento del análisis por lo que se puede llegar a la conclusión que los eventos adversos prevenibles se relacionan con la sobrecarga laboral.

Cuadro 11. Tabla de contingencia tipo de evento en salud según sobrecarga encontrados en el área de cuidado crítico de una Clínica de alta complejidad en la ciudad de Pereira, en los meses agosto y septiembre de 2020.

		CANSANCIO			Total
		No	Si	No Aplica	
TIPO DE EVENTO	Complicación	2 3%	0 0%	2 3%	4 3%
	Ea no preevenible	3 4%	0 0%	18 31%	21 15%
	Ea prevenible	16 22%	3 60%	22 38%	41 30%
	Incidente	48 65%	2 40%	5 9%	55 40%
	Sin info	5 6%	0 0%	11 12%	16 11%
	Total	74 100%	5 100%	58 100%	137 100%

Para el factor de cansancio, se evidencia que los eventos en salud más presentados son los incidentes de los cuales en su gran mayoría no se tuvo en cuenta el cansancio, seguido de eventos adversos prevenibles en los que en la mitad de estos eventos tampoco se tuvo en cuenta el cansancio al momento de su análisis.

8.3 Plan de mejora

Cuadro 12. Plan de mejora

HALLAZGOS	¿QUÉ?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	¿DÓNDE?	¿POR QUÉ?	¿CÓMO?	¿CÚANTO?
Eventos en salud clasificados sin tener en cuenta paquetes	Clasificar eventos según paquetes	Grupo de calidad	Noviembre	Clínica	Cumplir lineamientos de ministerios	Por medio de capacitación y ajuste de herramientas	\$1.000.000
Falta información en reporte	Mejorar los datos registrados	Todo el personal	Inmediato	Clínica	Cumplir lineamientos de política nacional de seguridad en salud	Capacitaciones	\$500.000
Mayor cantidad de EA que incidentes	Motivar el reporte de incidentes	Todo el personal	Inmediato	Clínica	Cumplir lineamientos de política nacional de seguridad en salud	Capacitaciones	\$700.000
Se evidencian eventos en salud en los cuales no se tiene en cuenta el cansancio, estrés y sobrecarga en los eventos en salud según los paquetes	Tener en cuenta cansancio, estrés y sobrecarga en los eventos que lo indiquen los paquetes	Grupo de calidad	Inmediato	Gestión de calidad	Cumplir lineamientos de política nacional de seguridad en salud	Por medio de capacitación al personal encargado de análisis	\$500.000
No se evidencia medición sistemática del proceso	Medir por medio de indicadores el tener en cuenta los ítems analizados	Auditoría de la clínica	Mensualmente desde 2021	Auditoría	Monitorear, hacer seguimiento, medir trazabilidad y mejorar proceso	Por medio de indicadores y auditorías internas y externas	SIN COSTO

9. DISCUSIÓN

Los eventos en salud en su mayoría están representados por incidentes y eventos adversos prevenibles, los cuales presentan una relación entre el 20% y 40% con los factores de cansancio, estrés y cansancio. Los resultados del anterior estudio se diferencian de los encontrados en un estudio realizado en México (22), donde los eventos en salud, representaron únicamente un 10%, lo que se diferencia en los encontrados en la Clínica de alta complejidad de la ciudad de Pereira y que se ratifica con el estudio realizado en Colombia, que reporta un 18,2% de eventos en salud reportados (20), lo que se diferencia de los resultados del presente estudio.

Por otro lado, dentro de los eventos en salud reportados, los incidentes representaron cerca del 41% del total de los reportes en un estudio realizado en Chile en un hospital público (25), lo que es similar a lo encontrado en el presente estudio en una Clínica de alta complejidad de la ciudad de Pereira, situación que se diferencia en otro estudio realizado en España a 48 Clínicas, donde se encontró un 7% de prevalencia de errores adversos, el 64,3% de los cuales se han tenido en cuenta considerados evitables y el 5,9% se clasificaron como graves y asociados a medicación (26), los cuales en el presente estudio, fueron atribuibles a seguridad del paciente y úlceras por presión.

Para los factores de estrés, cansancio y sobrecarga en el personal de salud, se evidencia en el estudio adelantado en Chile, que el estrés es un precursor que afecta la calidad en la prestación del servicio de salud (25), lo que es ratificado por lo encontrado en la Clínica de alta complejidad de la ciudad de Pereira y que se relaciona con lo encontrado en el estudio realizado a profesionales de la salud en España, donde el 41% refiere presentar estrés y cansancio lo que genera la aparición de más de 20 incidentes de salud en el año (29). Otro estudio realizado en Brasil, evidenció como existió un aumento de eventos adversos por la sobrecarga laboral que se genera por la alta demanda de pacientes.

La presente investigación presentó limitaciones relacionadas con la recolección de la información ya que la Clínica que suministró la información, decidió reducir el acceso a esta, obteniéndose como resultado una base de datos con información que permitió darle respuesta a los objetivos de la investigación, sumado a la participación anónima por temas legales que buscan salvaguardar la confidencialidad de los datos suministrados ya que esta información es considerada sensible para los directivos y la estabilidad en sí de esta, situación que generó diferentes cambios en la presentación y adecuación del problema de investigación con el fin de mantenerla en el anonimato.

10. CONCLUSIONES

En conclusión y después del análisis realizado, es posible afirmar que, de los ítems estudiados y tenidos en cuenta por la clínica, existe una alta participación de los paquetes instruccionales en temas relacionados con la seguridad del paciente, úlceras por presión e infecciones los cuales fueron incluidos dentro de los lineamientos del Gobierno Nacional.

Dentro de los eventos en salud, se tuvo en cuenta los factores de sobrecarga y cansancio únicamente, siendo evidentes en su mayoría en los incidentes y los eventos adversos no prevenibles, dado que estos presentaron el mayor reporte por parte del persona de salud.

Finalmente, se generó un plan de mejora, el cual se enfoca en mitigar los efectos negativos del cansancio, estrés y sobrecarga del personal de salud del área de cuidado crítico, con el fin de reducir los eventos y que generan una afectación en la política de seguridad del paciente.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

11. RECOMENDACIONES

Se recomienda a:

A la Clínica realizar una nueva medición en 6 meses con el fin de determinar la inclusión de los ítems restantes de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente

A los profesionales de seguridad y salud en el trabajo ejecutar un estudio analítico en relación con el cansancio, estrés y carga laboral relacionándolo con los eventos en salud presentados.

Los profesionales de la salud que laboran en la Clínica, Informar sobre los hallazgos de seguridad y salud en trabajo para hacer estudios relacionados con síndrome de burnout

Además, se hace necesario generar la inclusión de los ítems restantes con el fin de darle cumplimiento a las directrices del Ministerio de Salud y la Protección Social, ya que la ausencia de estos supone una falta a los lineamientos del gobierno en materia de calidad en la prestación de los servicios de salud.

Se requiere que el personal de salud unifique los criterios según la política nacional de seguridad social con sus paquetes instruccionales de tal forma que permita la medición de los eventos en salud relacionados con estrés, cansancio y carga laboral para determinar si efectivamente se requiere más estudios de seguridad y salud en el trabajo para evidenciar si existe el síndrome de burnout en la clínica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hamui-Sutton A, Pérez-Castro JA, Durán-Pérez VD, García- Téllez SE, Fernández-Cantón SB, Lezana-Fernández MA. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. Rev CONAMED. 2016; 20 (2): 54-63.
2. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Informe Técnico Enero de 2009. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2009 Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf
3. Segundas y terceras víctimas. Proyecto de Investigación [Internet]. España: Segundas víctimas; 2006. Disponible en:
<http://www.segundasvictimas.es/index.php>
4. Amelsvoort LG. Impact of one year of shift work on cardiovascular disease risk factors. J Occup Environ Med 01 jul 2004; 46(7): 699-706.
5. Reygadas L. Introducción. Trabajos atípicos, trabajos precarios: ¿dos caras de la misma moneda?. México: El Colegio de México. 2011:13-19. Disponible en:
6. Danhof M, Van T, Zitman F. Biomarkers in burnout: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research 2011;70:505–524. Disponible en:
7. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 2013.
8. Rodwell J, Munro L. Wellbeing, satisfaction and commitment: the substitutable nature of resources for maternity hospital nurses. J Adv Nurs. 2013; 69(10): 2218-2228
9. Guirardello EB. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 17 nov 2020];25: Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884>
10. Cadavid L. Estrés laboral y Riesgo Psicosocial: Guía Práctica de Diagnóstico e Intervención. 2015. Disponible en: www.prevencionocupacional.com
11. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1. 1. Informe técnico definitivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
12. Garrosa E, Carmona I. Salud laboral y bienestar. Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. Med Segur Trab. [Internet] 2011 [citado el 23 junio 2020];57(1):224-238. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion12.pdf>
13. Zárate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm. 2004;13 (44-45): 42-46
14. Curiel-García J, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44 (3): 221-226.

15. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev Esp Salud Pública. 2009; 83 (2): 215-230.
16. Zenaida Solís , Chuqui yauri ,Luisa Samudio Eslava , Juan matzumura kasano, Hugo gutierrez . Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia .Revista horizonte médico . octubre- diciembre del 2016 . volumen (16) [internet] disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2016000400006&script=sci_arttext
17. Organización Internacional de Trabajo (OIT). Estrés en el trabajo, un reto colectivo. [Internet] 2016 [citado el 23 junio 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
18. Duque L, Rendón S. Factores de riesgo desencadenantes del síndrome de burnout, en trabajadores de la salud, en dos instituciones de la ciudad de cartago, una clínica oftalmológica y una ips de atención a pacientes crónicos, en el primer bimestre del 2018. Fundación Universitaria Del Área Andina. [Internet] 2018 [citado el 23 junio 2020]. Disponible en: <https://digtk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/739/Factores%20de%20riesgo%20desencadenantes%20del%20s%C3%ADndrome%20de%20burnout.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Neill D. Nursing workload and the changing health care environment: a review of the literature. Admin Iss J Educ Pract [Internet] 2010 [citado el 23 junio 2020];1(2):133-43. Disponible en: <http://www.swosu.edu/academics/aij/2011/v1i2-docs/neill.pdf>
20. Juárez MG, Haros YH, Avalos JG, et al. Factores de riesgo relacionados con el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. CULCyT. 2015; 57(2): 289-96
21. Valdivieso JF, Amador FJ, Hernández L, et al. Síndrome de Burnout en enfermeros que laboran en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y coronarios del Hospital 'Joaquín Albarrán'. Revista cubana de salud y trabajo. 2016; 17(4): 3-11.
22. Albendín L, Gómez L, Cañadas G, Cañadas G, San Luis C, Aguayo R. Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. 2016;48(1):137-145
23. Guerrero S, Timón S, Conde D. Un estudio sobre la precariedad laboral en enfermería: consecuencias y relaciones en torno al síndrome de agotamiento y el abandono profesional. Rev Asoc Esp Espec Med Pract [Internet] 2018 [citado el 23 junio 2020]; 27(4): 204-212. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552018000400003&lng=es
24. Silva J, Teixeira L, Soares R, Costa F, Aranha J, Teixeira E. Estrés y factores psicosociales en el trabajo de enfermeros intensivistas. Enferm. Glob [Internet] 2017 [citado el 23 junio 2020]; 16 (48): 80-120. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400080&lng=es. Epub 01-Oct-2017.
<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.249321>
25. Soto P, Barrios S, Molina Y. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral como predictores de calidad de la atención de enfermería hospitalaria. *Cienc. Enferm [Internet]* 2017 [citado el 23 junio 2020]; 23(3): 99-111. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000300099&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300099>.
 26. Solis Z, Zamudio L, Matzumura J, Gutiérrez H. Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. *Horiz. Med. [Internet]* 2016 [citado el 23 junio 2020];16(4):32-38.
 27. Rodrigues C, Santos V, Sousa P. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Rev. bras. Enferm [Internet]* 2017 [citado el 23 junio 2020];70(5):1083-1088. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977238/>
 28. Muñoz S, Ordoñez J, M, Valverde Y, Villarreal S, Zemanate M. Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán. *Revista médica Risaralda [Internet]* 2018 [citado el 23 junio 2020]; 24(1):34-37. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100006&lng=en.
 29. Tomás J, Maynegre M, Pérez M, Alsina M, Quinta R, Granell S. Burnout syndrome and suicide risk among primary care nurses. *Enfermería Clínica [Internet]* 2018 [citado el 23 junio 2020];20(3),173–8. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.03.004>.
 30. Martín A. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 2014;41(1): 9-14 disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2013524615000045>.
 31. Méndez A, Lopez A. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas en un hospital de tercer nivel. *Gaceta Médica de Bilbao*. 113. 99-104.
 32. Grisales H, Muñoz Y, Osorio D, Robles E. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *Enf Global [Internet]* 2016 [citado el 23 junio 2020];15(1):244-71. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/212851>.
 33. Muñoz P. Nelson, Campaña W. Nicolás, Campaña V. Gonzalo. Prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de cirugía general de Chile y sus factores asociados. *Rev Chil Cir [Internet]* 2016 [citado el 23 junio 2020];70(6): 544-550. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000600544&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000600544>.
 34. Melgar Ñ, Luis J. Asociación entre el síndrome de burnout y la empatía en internos de ciencias de la salud del hospital de Vitarte durante el mes de

- noviembre del año 2016. Universidad Ricardo Palma. [Internet] 2017 [citado el 23 junio 2020] disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/889>.
35. Jiménez F, Alayola S, Mancebo H, Campos C. Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. *Rev CONAMED* 2018; 23(2): 66-72
 36. Soto P, Barrios A, Molina Y. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral como predictores de calidad de la atención de enfermería hospitalaria. *Cienc. Enferm [Internet]* 2017 [citado el 23 junio 2020];23(3): 99-111. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000300099&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300099>.
 37. Cañadas G, Albendín L, Fuente E, San Luis C, Gómez J, Cañadas G. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Rev. Esp. Salud Publica [Internet]* 2016 [citado el 23 junio 2020];90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100415&lng=es.
 38. Agency for Healthcare research and Quality. Health Care: Medical errors and patient safety. U.E. Departament of Health y Human Service. 2008
 39. Ruelas E, Sarabia O, Tovar W. Seguridad del Paciente Hospitalizado. Médica Panamericana. 2007.
 40. Stolfo L. Fundamentos de seguridad del paciente para disminuir errores médicos. Primera edición. Cali- Colombia. 2006.
 41. Ministerio De La Protección Social. Colombia. La seguridad del paciente y la atención segura. 2013.
 42. Ministerio de Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Santiago de Cali. [internet] 2015 [citado 5 septiembre 2020]: 35-44. Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_del_paciente.pdf
 43. Vincent C. Patient Safety. London: Churchill-Livingstone. 2006 Quinceno J, Alpi V. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007;10:117-125
 44. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [internet] 2011 [citado 10 septiembre 2020]. Disponible en: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%20n%20112%20de%20012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
 45. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Estrategia para la Seguridad del Paciente. Sevilla. [internet] 2006 [citado 13 septiembre 2020]. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/estrategia_seguridad_paciente/estrategia_seguridad_paciente.pdf
 46. Taylor S, Vincen C. System Analysis of clinical incidents: the London protocol. 2004. *Journal of Patient Safety and Risk Management*. [internet] 2004 [citado 13

- septiembre 2020];(10): 211-220. Disponible en: <https://doi.org/10.1258/1356262042368255>
47. Ministerio de la Protección Social. Protocolo De Londres. [internet] 2016 [citado 17 septiembre 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf
 48. Giraldo M. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia Bogotá. Rev. de Medicina, Junta Directiva [internet] 2009 [citado 10 septiembre 2020]; 30(2). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-81/respuestadelministerio/>
 49. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.
 50. Aranaz JM, Aibar C. IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America Towards safer hospital care. 2014. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
 51. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá, diciembre 2007.
 52. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
<https://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html>
 53. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Estrés en el trabajo: Un reto colectivo. Servicio de Administración del Trabajo, Inspección del Trabajo y Seguridad y Salud en el Trabajo - LABADMIN/OSH. Ginebra: OIT, 2016:62. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>
 54. Estrés en las enfermeras y área quirúrgica del Hospital José A. Vargas de La Owallera, Municipio Libertador. Estado Aragua. 2015
 55. Ribera E, Cartagena A et al. Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Universidad de Alicante. Editorial Espasgrafic; 1993:12-50.
 56. Reig A, Caruana A. Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de enfermería español y norteamericano. Enfermería científica 1989.
 57. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH). CDC Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [Internet] 2018 [citado el 23 junio 2020].
 58. Castillo V, Moguel M, Soto L, Benítez J, Alvarado L. Síntomas y Efectos del Síndrome del "Burnout", una Revisión Sistemática. Academia Journals. 2007;79-84.
 59. Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004;137-160.
 60. Llanes C. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. Revista Cubana de Enfermería. 2011:1-3.

61. Organización Colegial de Enfermería de Madrid España. [Internet] 2018 [citado el 23 junio 2020]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/noticia4.html>
62. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Prevenir el cansancio del personal en salud. Paquetes instruccionales, Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. [Internet] 2018 [citado el 23 junio 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf>
63. Scott S. Segundas y terceras víctimas. Proyecto de Investigación [Internet]. España: Segundas víctimas [Internet] 2017 [citado el 23 junio 2020]. Disponible en: <http://www.segundavictimas.es/index.php>
64. Melendez M. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. [internet] 2010 [citado 30 septiembre 2020]. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/articulo/view/92>
65. Sanchez L. programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, colmena seguros, enfoques y autoevaluación según ministerio de salud, Colombia. [internet] 2015 [citado 2 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.colmenaseguros.com/imagenesColmenaARP/contenido/5-Programa-de-Auditoria-para-el-Mejoramiento-Continuo-de-la-Calidad-Enfoques-y-Autoevaluacion-CS-MTR-2015.pdf>
66. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Estrategia para la Seguridad del Paciente. Sevilla. [internet] 2006 [citado 13 octubre 2020]. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/estrategia_seguridad_paciente/estrategia_seguridad_paciente.pdf

BIBLIOGRAFÍA

Munar G, Ramírez AM, Villamarín X, et al. Informe de la encuesta cultura de seguridad del paciente 2012. Bogotá: Hospital de SUBA II NIVEL ESE; 2012. Disponible en: <http://bit.ly/2l7xTRW>

Torijano M, Astier P, Mira JJ. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. Aten Primaria. 2016;48:143-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.002>

Ley 50 1990

Decreto 4369 1990

Sentencia de la corte constitucional C-614 2006

Ley 1429 2009

Ley 1438

2011

Ley 1450 2011

Ley 1753 2015

Resolución 5670 2016

Plan decenal de salud pública 2012-2021



ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE OBJETIVOS

Objetivos	Conceptos	Definición	Variables	Definición	Indicadores
Caracterizar los eventos en salud según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (paquetes instruccionales).	Característica de los eventos en salud generados en la Clínica de alta complejidad de la ciudad de Pereira	Tipos de eventos en salud generados y su relación con los paquetes instruccionales	Complicación	Evento por acción de un procedimiento	Número de eventos ocurridos y participación porcentual de estos
			EA no prevenible	Evento que fue generado por la enfermedad	
			EA prevenible	Evento generado por los trabajadores de la salud	
			Incidente	Cuasi evento adverso	
			Sin info	Evento con información insuficiente	
Describir en cuáles eventos en salud se tuvo en cuenta el cansancio, estrés y sobrecarga laboral.	Eventos adversos	Situación que ocurre en la prestación del servicio de salud y que compromete la seguridad del paciente	Relación entre síndrome de burnout y factores	Nivel de relación existente generada mediante un análisis bivariado	Porcentaje de relación
	Factores de estrés, cansancio y sobrecarga	Se refiere a los factores que inciden en la aparición de eventos adversos			
Proponer un plan de mejoramiento enfocado a los hallazgos encontrados.	Plan de mejora	Hace referencia a las acciones encaminadas en mitigar un fenómeno, las cuales están sistematizadas y organizadas con responsables y recursos	Plan de mejora		Número de actividades generadas

ANEXO 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Conceptos	Definición	Variables	Nivel de medición	Pregunta	Indicador	Fuente
Caracterizar los eventos en salud según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (paquetes instruccionales).	Característica de los eventos en salud generados en la Clínica de alta complejidad de la ciudad de Pereira	Complicación	Naturaleza: Cuantitativa Medición: Ordinal	Número de eventos ocurridos y participación porcentual de estos		Base de datos
		EA no prevenible				Base de datos
		EA prevenible				Base de datos
		Incidente				Base de datos
		Sin info				Base de datos
Eventos adversos	Situación que ocurre en la prestación del servicio de salud y que compromete la seguridad del paciente	Relación entre síndrome de burnout y eventos adversos	Naturaleza: Cuantitativa Medición: Ordinal	¿Se han presentado eventos adversos por estrés?	Frecuencia y porcentaje de participación	Base de datos
	Se refiere al estrés generado por la labores que descantan tanto física como mental mente al personal de enfermería			¿Esta de acuerdo que el estrés puede cuasar eventos adversos?		Base de datos
Plan de mejora	Hace referencia a las acciones encaminadas en mitigar un fenómeno, las cuales estan sistematizadas y organizadas con responsables y recursos	Plan de mejora		¿Que oportunidades de mejora se pueden generar en base a los hallasgoz encontrados?		Base de datos

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL PARA LA INVESTIGACIÓN

Investigación: EVENTOS ADVERSOS Y ESTRÉS LABORAL EN EL ÁREA DE CUIDADO CRÍTICO DE UNA CLINICA DE ALTA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE PEREIRA, EN LOS MESES AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 2020

Lugar y fecha: CLINICA LOS ROSALES

Yo _____ Identificado con documento de identidad _____ y en función de mis atribuciones legales como director médico de la CLÍNICA LOS ROSALES DE PEREIRA RISARALDA , aceptó la participación voluntaria de la institución en esta investigación cuyo objetivo principal es Caracterizar el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal (síndrome burnout) del personal de enfermería en el servicio de urgencias de la clínica los Rosales y en la cual participan como investigadores, estudiantes del programa de ciencias de la salud , del centro de posgrados de la Fundación Universitaria del área andina MELINA ARIAS JARAMILLO, ANDREA CAROLINA PIAMBA BECERRA, MAYRA CECILIA RODRIGUEZ PAVA

He sido informado sobre las repercusiones de esta investigación que se realizará teniendo como unidad de análisis, por lo cual no representa riesgo alguno para las personas y según la resolución 8430 de 1993, puede realizarse sin ningún inconveniente en esta IPS. Por lo tanto, el grupo de investigación, en concertación con la dirección médica tendrá acceso a la base de datos que se requiere para la investigación.

La información obtenida será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que igualmente puedo retirar mi autorización, cuando por cualquier eventualidad así lo decida, sin que esto acarree perjuicio para mí, la institución o las personas objeto de estudio.

Representante legal de la institución

ANEXO 4. CRONOGRAMA

Actividad	2020						
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Conformación de grupo	X						
Selección del tema	X						
Revisión del estado del arte	X						
Elaboración del problema	X						
Elaboración de la justificación	X						
Presentación de propuesta	X						
Elaboración del marco teórico	X						
Elaboración de la metodología	X						
Presentación de anteproyecto	X						
Prueba piloto				x			
Recolección de datos				x			
Análisis de datos					x		
Elaboración de resultados					x		
Elaboración de discusión					x		
Elaboración de recomendaciones					x		
Elaboración de conclusiones					x		
Elaboración de artículo científico					x		
Presentación de resultados y proyecto					x		

ANEXO 5. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS					VALOR
ITEM	UNIDAD	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	
Asesores (2)	Hora	10	\$ 60.000	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
Investigadores (2)	Hora	180	\$ 10.000	\$ 1.800.000	\$ 5.400.000
Digitador	Hora	100	\$ 40.000	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000
Asesor externo	Hora	5	\$ 150.000	\$ 750.000	\$ 750.000
RECURSOS FISICOS					VALOR
Fotocopias	Unidad	200	\$ 100	\$ 20.000	\$ 20.000
Papeleria	Unidad	1000	\$ 100	\$ 100.000	\$ 100.000
Impresiones	Unidad	200	\$ 500	\$ 100.000	\$ 100.000
Pasajes	Unidad	50	\$ 10.000	\$ 500.000	\$ 500.000
Viaticos	Unidad	20	\$ 50.000	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
Telefonia	Unidad	1000	\$ 100	\$ 100.000	\$ 100.000
Otros					\$ 500.000
TOTAL					\$ 13.670.000