

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

**INCREMENTO DE LA CULTURA DEL REPORTE DEL EVENTO ADVERSO,  
INCIDENTES Y FALLAS**

**BASADO EN LA TEORIA DE LA INCERTIDUMBRE DE MERLE MISHEL**

**MORENO ROMERO DANILO**

**PARRA NAFFAH INDIRA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN**

**ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRÍTICO ÉNFASIS ADULTO**

**BOGOTÁ**

**2015**

**INCREMENTO DE LA CULTURA DEL REPORTE DEL EVENTO ADVERSO,  
INCIDENTES Y FALLAS**

**BASADO EN LA TEORIA DE LA INCERTIDUMBRE DE MERLE MISHEL**

**PROYECTO DE GESTIÓN**

**MORENO ROMERO DANILO**

**PARRA NAFFAH INDIRA**

**Asesorado por:**

**GLORIA CARVAJAL CARRASCAL**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN**

**ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRÍTICO ÉNFASIS ADULTO**

**BOGOTÁ**

**2015**

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
1. PROBLEMA	7
2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA	8
2.1 MUNDO	8
2.1.1 ESTUDIOS A GRAN ESCALA	9
2.2 COLOMBIA	12
2.3 CLÍNICAL DEL COUNTRY	14
3. ARBOL DE PROBLEMAS	17
4. ARBOL DE OBJETIVOS	18
5. JUSTIFICACION	19
6. MARCO CONCEPTUAL	20
6.1 DEFINICION DE CONCEPTOS	20
6.2 EVENTO ADVERSO	22
6.2.1 DEFINICIONES Y CATEGORIAS DE EVENTOS ADVERSOS	22
6.2.2 COMO SE ORIGINAN LOS EVENTOS ADVERSOS	22
6.2.3 HERRAMIENTAS PARA PROMOVER LA ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SOGC	23
6.2.4 CLASIFICACION	25
6.2.4.1 SEGUN SEVERIDAD	26
6.2.4.2 SEGÚN PREVENCIÓN	26
6.3 INCIDENTES Y FALLAS	27
6.4 IMPORTANCIA DEL REPORTE EN ENFERMERIA	29
6.4.1 ARTICULO 1 : LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES	29
6.4.2 ARTICULO 2 : ACTITUDES DEL PERSONAL EN LA VIGILANCIA DE EVENTO ADVERSO INTRAHOSPITALARIO EN COLOMBIA	30
7. MARCO TEÓRICO	31
7.1 ANTECEDENTES DE INCERTIDUMBRE	32
7.2 EL PROCESO DE VALORACIÓN	33
7.3 ENFRENTAMIENTO DE LA (SITUACIÓN) ENFERMEDAD	34
8. MARCO LEGAL	36
9. ASPECTOS ÉTICOS	39
10. OBJETIVOS	40

10.1 OBJETIVO GENERAL	40
10.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
11. MARCO METODOLÓGICO	41
12. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	44
13. PLAN DE ACCIÓN	46
14. DESARROLLO PLAN DE ACCIÓN	52
15. CRONOGRAMA	55
16. PRESUPUESTO	56
17. ANÁLISIS DE RESULTADOS	57
17.1 PRE TEST Y POST TEST	57
17.2 SOCIALIZACIÓN DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL NO PUNITIVA	59
17.3 ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES Y FALLAS	61
17.4 SOCIALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO	62
17.5 DISEÑO DE UN PLAN DE EDUCACIÓN CONTINUADA SOBRE EVENTO ADVERSO INCIDENTES Y FALLAS	63
18. CONCLUSIONES	64
19. RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

### **ÍNDICE DE FIGURAS**

FIGURA N° 1: INTÉRVALOS DE CONFIANZA DE LA INCIDENCIA ESTIMADA DE EFECTOS ADVERSOS	9
FIGURA N° 2: ÁRBOL DE PROBLEMAS	17
FIGURA N° 2: ÁRBOL DE OBJETIVOS	18

### **INDICE DE TABLAS**

TABLA N° 1: PREVALENCIA DE PACIENTES CON EA	11
TABLA N° 2: PACIENTES Y NÚMERO DE EA POR PACIENTE	12
TABLA N° 3: NATURALEZA DEL EVENTO	12

TABLA N° 4: MATRIZ MARCO LÓGICO	44
TABLA N° 5: PLAN DE ACCIÓN	46
TABLA N° 6: CRONOGRAMA	55
TABLA N° 7: PRESUPUESTO	56

### **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

GRÁFICO N° 1: ESTRATEGIA DE VIGILANCIA DE EFECTOS ADVERSOS	14
GRÁFICO N° 2: EVENTOS Y FALLAS DE URGENCIAS 2012	15
GRÁFICO N° 3: PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR NÚMERO DE INGRESOS	16
GRÁFICO N° 4: TIPO DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES	16
GRÁFICO N° 5: PRE TEST	58
GRÁFICO N° 6: POST TEST	58
GRÁFICO N° 7: SOCIALIZACIÓN POLÍTICA INSTITUCIONAL NO PUNITIVA	60
GRÁFICO N° 8: PERSONAL EVALUADO	60
GRÁFICO N° 9: SOCIALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO	62

### **ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO N 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO N 2: ESCALA DE VALORACIÓN DE INCERTIDUMBRE DE MERLE MISHEL	
ANEXO 3: LISTADO DE ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
ANEXO 4: TEST PARA RELACIONAR EVENTOS VS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	
ANEXO 5: FOLLETO	
ANEXO 6: REGISTRO FOTOGRÁFICO	
ANEXO 7 : PROPUESTA DE REUNIÓN MENSUAL	



## INTRODUCCIÓN

El paciente que ingresa a un servicio de urgencias o es hospitalizado, está en potencial riesgo de tener complicaciones, ya sea como consecuencia de su enfermedad actual, por el lugar donde se encuentran o derivados de la atención sanitaria secundario a eventos adversos, incidentes y fallas; situaciones que deben ser conocidas para su respectivo análisis.

Es en este momento donde toma relevancia la cultura del reporte de eventos adversos, incidentes y fallas, los cuales pueden aumentar si se disminuye la incertidumbre frente al reporte del personal de enfermería que se ve involucrado o identifica estas situaciones, debido a que son ellos; quienes por la razón de ser de su profesión “ejecutan el acto cuidar”, permanecen más tiempo con el paciente, permitiéndole identificar más frecuentemente los casos que debe reportar; además, se debe tener claro que el objetivo del reporte es realizar un análisis de los mismos, reconociéndolos y clasificándolos, para llegar a un diagnóstico en cuanto a seguridad clínica, que permita diseñar e implementar planes de mejoramiento y contribuir a la seguridad clínica en la institución, que finalmente contribuya en garantizar el bienestar de la persona objeto de cuidado.

## **1. PROBLEMA**

Incertidumbre del personal de enfermería frente al reporte del evento adverso, fallas e incidentes de los pacientes en el servicio de urgencias adulto de la Clínica del Country.

## 2. ANALISIS DEL PROBLEMA

### 2.1 MUNDO

El actual movimiento mundial de seguridad del paciente alcanzó relevancia cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe "Error es humano"[ en el cual se revela los datos de una investigación sobre las muertes inesperadas, ocurridas en la década de los noventa y se concluyó que entre 44 000 a 98 000 personas mueren al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención.<sup>1</sup>

En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó oficialmente la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el fin de “lograr mejoras importantes para los pacientes de países ricos y pobres, desarrollados y en desarrollo, en todos los rincones del mundo. La Alianza se creó en respuesta a la Resolución WHA55.18, adoptada por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002, que exhortaba a los Estados Miembros a que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establecieran y consolidaran sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria. La resolución incluye y anticipa llamamientos en favor de que la seguridad del paciente se convierta en una prioridad de salud pública.<sup>2</sup>

En España, el interés por la seguridad del paciente se manifiesta mediante una estrategia que el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) viene desarrollando desde 2005, y que incluye como objetivos: 1) Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria incluyendo la difusión de los proyectos desarrollados (entre ellos el estudio ENEAS), formación de los profesionales y promoción de la investigación, 2) Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, 3) Promover la implantación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y 4) Facilitar la participación de pacientes y ciudadanos.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> <http://tpenfermeriasena.blogspot.com/> (Consulta Noviembre 16 de 2014)

<sup>2</sup> [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/statement/es/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/) (Consulta Noviembre 16 de 2014)

<sup>3</sup> ARANAZ, J. M.; AIBAR, C.; AGRA, Y.; TEROL, E.: Seguridad del paciente y práctica clínica. Medicina Preventiva 2007.

La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo, y existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, como nos lo muestra el siguiente gráfico:

FIGURA N° 1

INTÉRVALOS DE CONFIANZA DE LA INCIDENCIA ESTIMADA DE EFECTOS ADVERSOS

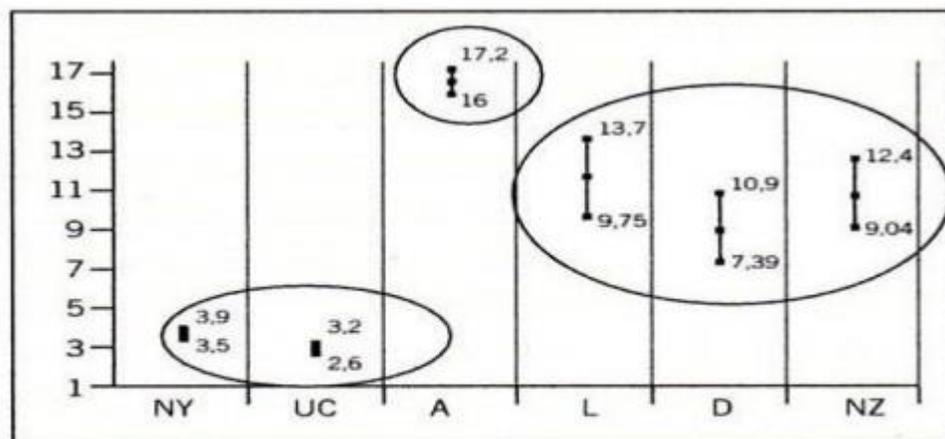


Fig. 4. Intervalos de confianza de la incidencia estimada de efectos adversos. NY: Harvard Medical Practice Study (Nueva York)<sup>6</sup>; UC: estudio de Utah<sup>8</sup> y Colorado<sup>7</sup>; A: Quality in Australian Health Care Study (Australia)<sup>9</sup>; L: Londres (Reino Unido)<sup>10</sup>; D: Dinamarca<sup>10</sup>; NZ: Nueva Zelanda<sup>11</sup>.

Fuente: [www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/w3-article-5647.html](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/w3-article-5647.html)

**2.1.1 Estudios a gran escala más conocidos sobre la incidencia de Eventos adversos:** En los principales estudios realizados a nivel mundial, se ha encontrado una incidencia que va entre el 5.5% y un 11.85% del número total de atenciones como se puede apreciar a continuación.

- **To err is human:** Este es el ya "mítico" reporte del Quality of Health Care in América Committee del IOM (Institute of Medicine) de EE.UU., basado en dos grandes estudios realizados en Colorado y Utah, y el otro en New York, que encontraron que los eventos adversos ocurrían en alrededor de un 5,5% de las hospitalizaciones, que alrededor de 10% de ellos conducían a la muerte, y que más de la mitad de ellos resultaban de errores que podrían haberse prevenido. Así, los EA serían una importante causa de

muerte, mayor que los accidentes de tránsito, el cáncer de mama o el SIDA.<sup>4</sup>

- **ENEAS:** Estudio español en una muestra de 24 establecimientos que tuvo por objetivos determinar la incidencia de eventos adversos en los hospitales de España, describir sus causas inmediatas, definir los eventos adversos evitables, y conocer su impacto en términos de incapacidad, muerte y/o prolongación de la estadía hospitalaria. El estudio detectó una incidencia de 9,3% pacientes con eventos adversos, la mayoría de ellos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria. En 22,2% el evento adverso fue la causa del reingreso. El 45% se consideraron leves, el 39% moderados y el 16% graves. El 37,4% de los eventos adversos estaban relacionados con la medicación, 25,0% con problemas técnicos durante un procedimiento, y 25,3% fueron infecciones nosocomiales. El 42,8% de los eventos adversos se consideró evitable.<sup>5</sup>
- **APEAS:** Estudio similar a ENEAS, orientado esta vez a la atención primaria de salud. Se evaluó 48 Centros de Atención Primaria pertenecientes a 16 Comunidades Autónomas de España. La prevalencia de eventos adversos fue 11,18%. El 54,7% se consideraron eventos adversos leves, el 38,0% moderados y el 7,3% graves. Se consideraron eventos adversos completamente inevitables el 6,7%, poco evitables el 23,1%, y claramente evitables el 70,2% de los casos.<sup>6</sup>
- **IBEAS:** Estudio cooperativo internacional sobre prevalencia de eventos adversos en 5 países de Latinoamérica (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), que involucró a 58 centros y el análisis de un total de 11.555 pacientes hospitalizados. La prevalencia de evento adverso fue de 11,85%. Los eventos adversos detectados estuvieron relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de medicamentos en un 8,23%, con infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. El 62,9% de los eventos adversos aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 16,1 días, y un 18,2% de los eventos adversos causaron un reingreso. Un 60% de los eventos adversos se consideraron evitables.<sup>7</sup>
- **SYREC:** Estudio español en unidades de cuidados intensivos. La probabilidad de sufrir al menos un incidente relacionado con la seguridad

---

<sup>4</sup> <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/w3-article-5647.html> (Consulta Noviembre 17 de 2014)

<sup>5</sup> *Ibíd.*

<sup>6</sup> *Ibíd.*

<sup>7</sup> *Ibíd.*

fue de 62%, con una tasa de 5.89 incidentes por cada 100 pacientes/hora. Los incidentes más frecuentes fueron los relacionados con fármacos. El 90% de todos los incidentes y el 60% de los eventos adversos fueron clasificados como evitables o posiblemente evitables. El porcentaje de eventos adversos detectados dentro del total de incidentes fue del 33.8%, con casi un 21.5% en los que existió un daño moderado (daño temporal o prolongación de la estancia) y un 3.65% con daño grave (daño permanente o compromiso vital).<sup>8</sup>

## PROYECTO IBEAS

### Estudio latinoamericano de eventos adversos

**TABLA N° 1**

#### **PREVALENCIA DE PACIENTES CON EA**

	Pacientes incluidos	Pacientes estudiados	Guía de Cribado+	VPP	Prevalencia
Pais 1	2405	2373	926 (39,0%)	33,7%	312 (13,1%)
Pais 2	2897	2897	887 (30,6%)	25,3%	224 (7,7%)
Pais 3	1643	1632	578 (35,4%)	34,3%	198 (12,1%)
Pais 4	2003	2003	692 (34,5%)	24,7%	171 (8,5%)
Pais 5	2478	2474	770 (31,1%)	37,1%	286 (11,6%)
Total	11426	11379	3853 (33,9%)	30,9%	1191 (10,5%)

El valor predictivo positivo (VPP) es el porcentaje de alertas positivas de la guía de cribado que fueron confirmadas posteriormente y por el MRF2 como EA.

<sup>8</sup> *Ibid.*

**TABLA N° 2**  
**PACIENTES Y NÚMERO DE EA POR PACIENTE (%)**

	0 EA	1 EA	2 EA	3 o mas EA
País 1	2061 (86,9%)	279 (11,8%)	26 (1,1%)	7 (0,3%)
País 2	2673 (92,3%)	218 (7,5%)	5 (0,2%)	1 (0,0%)
País 3	1434 (87,9%)	167 (10,2%)	21 (1,3%)	10 (0,6%)
País 4	1832 (91,5%)	146 (7,3%)	20 (1,0%)	5 (0,2%)
País 5	2188 (88,4%)	258 (10,4%)	26 (1,1%)	2 (0,1%)
Total	10188 (89,5%)	1068 (9,4%)	98 (0,9%)	25 (0,2%)

**TABLA N° 3**

NATURALEZA DEL EVENTO	N <sup>a</sup>	%
Relacionado con la infección asociado a los cuidados	501	37
Relacionado con un procedimiento	385	28
Relacionada con los cuidados	181	13.5
Relacionado con los medicamentos	111	8.23
Relacionada con el diagnostico	83	6.15
Otros y no específicos	88	6.53
Total	1349	100

Fuente: Resultados preliminares IBEAS 2008

## **2.2 COLOMBIA**

### **LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**

Bogotá, 11 de junio de 2008

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

La Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

Sistema único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos, de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB), y las direcciones departamentales, distritales y municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

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 mitigar sus consecuencias.

Dentro de sus estrategias esta la implementación de sistemas de información institucionales, crear o fomentar un entorno seguro de atención, institucionalizar el reporte no punitivo.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx> (Consulta Noviembre 17 de 2014)

## GRÁFICO N° 1

### ESTRATEGIA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Desde 2006 se estableció la estrategia de vigilancia de eventos adversos que busca identificar situaciones que podrían calificarse como atención insegura, para analizar las causas de su ocurrencia y generar acciones que hagan la atención segura y con el mínimo de riesgo



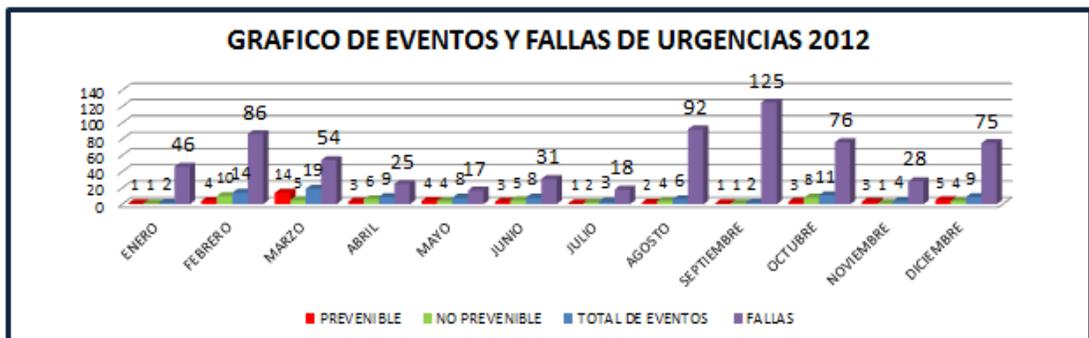
Fuente: Ministerio de la Protección Social

### 2.3 CLÍNICA DEL COUNTRY

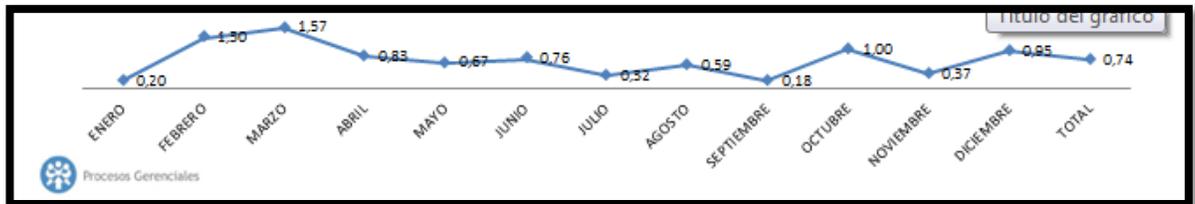
Basados en la revisión de estudios realizados en hospitales de Europa, Estados Unidos y América Latina incluida Colombia, en instituciones con características similares a la Clínica Del Country, que muestran que la ocurrencia de eventos adversos, incidentes y fallas, se presenta entre el 5.5 y 11.85 % del número total de las atenciones; al comparar la estadística, en el consolidado de 2012-2013-2014 en el servicio de urgencias de esta institución se encuentra que es inferior al 1% la ocurrencia de eventos adversos prevenibles y no prevenibles, incidentes y fallas reportados; además la identificación y reporte de los eventos o situaciones a notificar no se ha dado en su totalidad por parte de personal dependiente de la institución (cultura del reporte), si no que se ha conocido un porcentaje importante de eventos o situaciones a notificar por personas ajenas a la clínica, en circunstancias como quejas o inconformidades de paciente, o auditorías externas; lo que hace suponer que la muy baja notificación de eventos adversos, incidentes y fallas no es acorde a la realidad de la institución; que la baja incidencia se debe al sub registro de los mismos; claro está, sin desconocer que del equipo interdisciplinario de salud, el personal de enfermería está entre quienes reportan en un mayor porcentaje.

Vale la pena aclarar que previo a la realización de este proyecto se realizó una reunión con el personal de enfermería para identificar las causas del bajo reporte; la conclusión a que se llegó, posterior a la entrevista directa al personal de enfermería, es que este tema genera incertidumbre en las personas involucradas, lo que se manifiesta por las experiencias negativas previas, en la falta de claridad en la identificación y clasificación de los eventos, además, de la falta de apreciación del impacto positivo o negativo que puede tener el reporte en el cuidado brindado al paciente y en la calidad de atención que debe ofrecer la institución a sus usuarios.

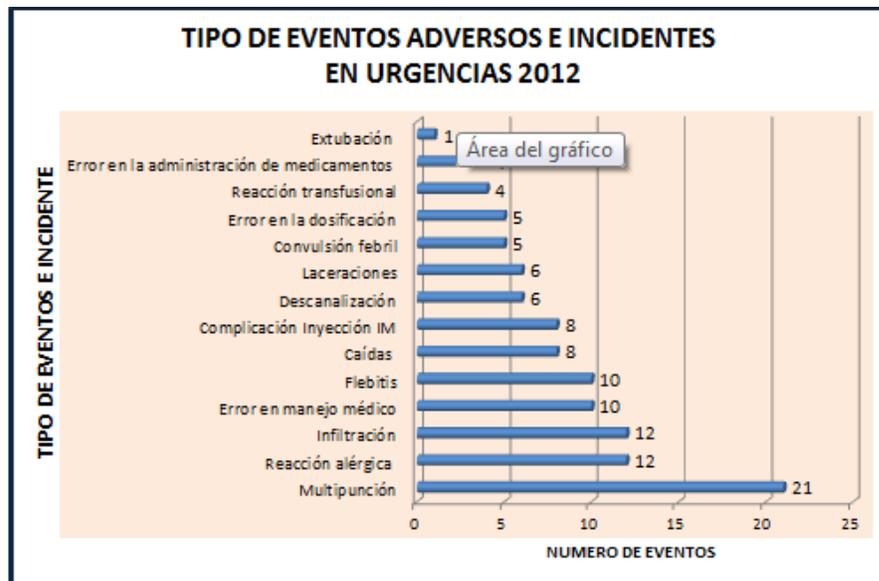
**GRÁFICO N° 2**



**GRÁFICO N° 3**  
**PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR NUMERO DE EGRESOS**



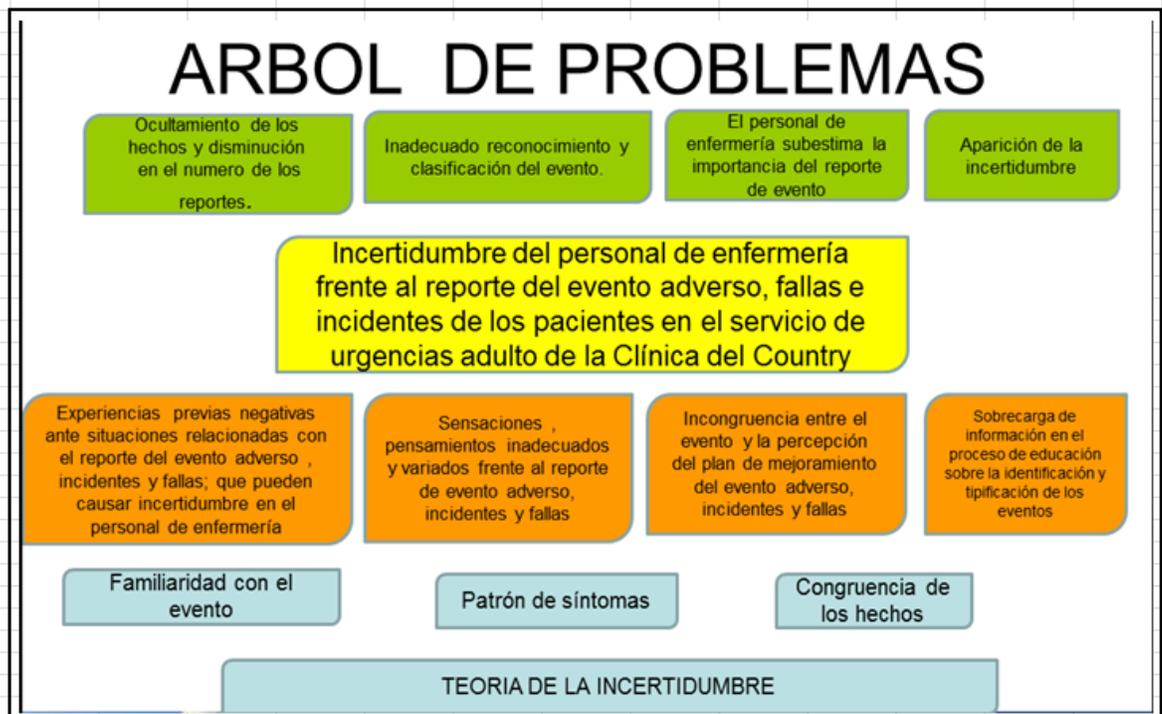
**GRÁFICO N° 4**



Fuente: Beltrán Cortés Fani. Informe de gestión 2012 Servicio de Urgencias. Clínica del Country

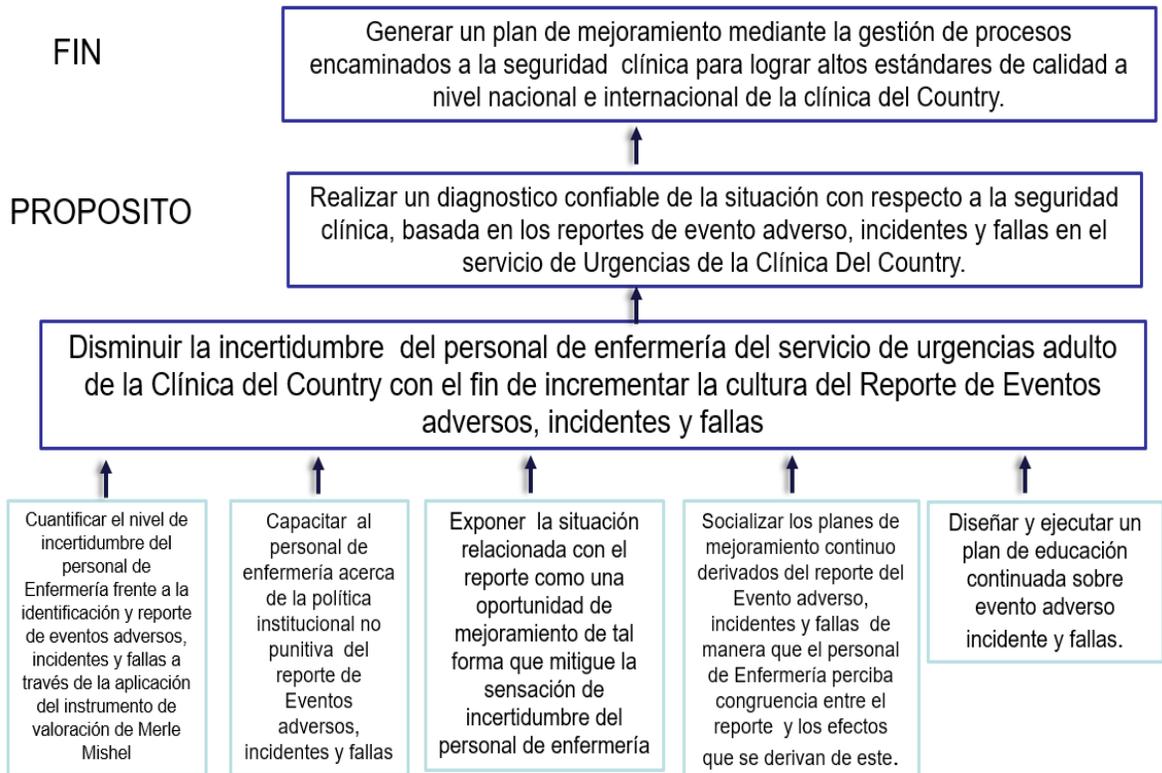
### 3. ARBOL DE PROBLEMAS

FIGURA N° 2



## 4. ARBOL DE OBJETIVOS

FIGURA N° 3



## 5. JUSTIFICACION

Teniendo en cuenta el gran impacto que representa la sensación de incertidumbre del personal de enfermería del servicio urgencias de la Clínica del Country frente al reporte de los eventos adversos, incidentes y fallas, evidenciada en el bajo reporte, lo cual genera una dificultad en la búsqueda de una mayor seguridad clínica, impactando en aumento en los costos de atención por una mayor estancia hospitalaria, gasto en medicamentos, como también en incapacidades permanentes e incluso la muerte, lo que Luis Bohigas denomina “los costos de la no-calidad”<sup>10</sup>, es de interés como política de la institución involucrar a todo el recurso humano en la implementación de medidas encaminadas a mejorar la calidad de la atención minimizando los riesgos inherentes a la misma.

Ante una necesidad sentida al respecto, en el servicio de urgencias de la Clínica del Country, se implementa por parte del equipo gestor, como estrategia, un proyecto de gestión con el fin de aumentar el reporte de eventos adversos, incidentes y fallas, que sirva como base para la gestión del cuidado, basado en la teoría de la incertidumbre (teoría de mediano rango) propuesto por Mishel, que busca mediante la disminución del grado de incertidumbre experimentado por el personal de enfermería involucrado en la situación, en el reporte o en ambos, el reconocimiento y clasificación de las mismas; para lo cual deben tener claro que el objetivo del reporte es llegar a un diagnóstico en cuanto a seguridad clínica, que permita diseñar e implementar planes de mejoramiento y contribuir a la seguridad del paciente en la institución, que finalmente garantice el bienestar de la persona objeto de cuidado, dando un valor agregado al cuidado ofrecido por el personal de enfermería, contribuyendo en la gestión de la seguridad clínica de la institución.

---

<sup>10</sup> Bohigas Luis. Calidad y Eficiencia. Calidad en sistemas y servicios de salud. Programa de educación a distancia Medicina y Sociedad Fundación avedis Donavedian e Instituto Universitario CEMIC. 2000.

## 6. MARCO CONCEPTUAL

### 6.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

- Gestión del cuidado: Meleis (1989) señala que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que ofrecen las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería.<sup>11</sup>
- Política de seguridad del sistema de garantía de calidad: un sistema de gestión de la calidad es una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (recursos, procedimientos, documentos, estructura organizacional y estrategias) para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en satisfacción del cliente y en el logro de los resultados deseados por la organización.<sup>12</sup>
- Evento adverso : cualquier lesión no intencional causada por la atención en salud, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente. La vigilancia y análisis causal de los eventos adversos constituye la artillería pesada que tienen las instituciones para mejorar las condiciones de seguridad de la atención a los pacientes.<sup>13</sup>
- 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.<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> [http://www.cep.org.pe/beta/download/NG\\_CDCE.pdf](http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf) (Consulta Noviembre 19 de 2014)

<sup>12</sup> <http://www.monografias.com/trabajos-pdf5/sgc-iso-9000/sgc-iso-9000.shtml>. (Consulta Noviembre 19 de 2014)

<sup>13</sup> <http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>. (Consulta Noviembre 19 de 2014)

<sup>14</sup> [http://www.hospitaloccidentekennedy.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=55:eventos-adversos&catid=15:educacion-medica&Itemid=293](http://www.hospitaloccidentekennedy.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=55:eventos-adversos&catid=15:educacion-medica&Itemid=293). (Consulta Noviembre 19 de 2014)

- 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.<sup>15</sup>
- Barrera de seguridad: una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.<sup>16</sup>
- Reporte de eventos adversos: Estrategia de control para el mejoramiento continuo a partir de gestión tanto del evento adverso como del incidente o falla.<sup>17</sup>
- Incertidumbre: Incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad (Merle Mishel). Duda sobre la garantía subjetiva que un conocimiento ofrece de su verdad.<sup>18</sup>
- Cultura: Conjunto de valores (lo que es importante) y creencias (cómo funcionan las cosas) que interactúan con la estructura y sistemas de control de la organización para producir normas de comportamiento (la forma como hacemos las cosas).<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup> [http://www.hospitaloccidentekennedy.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=55:eventos-adversos&catid=15:educacion-medica&Itemid=293](http://www.hospitaloccidentekennedy.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=55:eventos-adversos&catid=15:educacion-medica&Itemid=293). (Consulta Noviembre 20 de 2014)

<sup>16</sup> Ibid

<sup>17</sup> <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pautas%20de%20Ajuditoria%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Calidad%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud.pdf>. (Consulta Noviembre 20 de 2014)

<sup>18</sup> Trejo Martínez Fernando. Enf Neurol (Mex) Vol. 11, No. 1: 34-38, 2012 ©INNN, 2010. Disponible en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica> (Consulta Noviembre 20 de 2014)

<sup>19</sup> Reason JT. Managing the risks of organizational accidents. Hampshire; Ashgate; 1997.

## **6.2 EVENTO ADVERSO**

### **6.2.1 DEFINICIONES Y CATEGORÍAS DE EVENTOS ADVERSOS**

No existe aún una clasificación unánime sobre estos efectos perjudiciales de la atención, aunque se pueden hacer algunas distinciones por el origen y los efectos resultantes. A continuación se propone una que resume las propuestas en la bibliografía analizada y que se adapta al campo de la pediatría. El denominador común es la falta de intencionalidad del daño.<sup>20</sup>

Evento adverso:

Resultado desfavorable por acción o por omisión de la atención médica que se produce como consecuencia de causas evitables con el ajuste de normas y procedimientos. Posiblemente sea la denominación general que incluye a todos los problemas de seguridad de los pacientes.

### **6.2.2 CÓMO SE ORIGINAN LOS EVENTOS ADVERSOS**

La mayor frecuencia de efectos adversos en la infancia se produce en los pacientes internados. Las condiciones de susceptibilidad de esos enfermos y la intensidad de las actividades en el ámbito hospitalario son las causas principales. Además se pueden estudiar mejor porque se registran en documentos como: historias clínicas, registros de enfermería, partes quirúrgicos y otros. Los eventos en los consultorios, domicilios, en pacientes ambulatorios, no han sido suficientemente estudiados aunque se suponen de menor magnitud. Es posible que los efectos adversos por medicaciones ambulatorias y consecutivas a inmunizaciones sean los más relevantes.<sup>21</sup>

Según el estudio IBEAS realizado en 5 países de América Latina, el servicio donde está ingresado el paciente está relacionado con la incidencia del EA de igual manera que ocurría con la prevalencia. En esta ocasión, sin embargo, en casi todos los países la incidencia encontrada en servicios quirúrgicos es mayor que la hallada en los médicos. La incidencia en obstetricia es en general baja, excepto en el país 5 donde es bastante elevada (lo mismo ocurría con la prevalencia). Sería interesante investigar si estos resultados son extrapolables al resto de los servicios de obstetricia en ese país y realizar en ese caso un análisis específico para programar intervenciones dirigidas particularmente a la mejora en la

---

<sup>20</sup> Fernández busso Nélica. Los eventos adversos y la calidad de atención Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. Arch.argent.pediatr 2004; 102(5) / 402

<sup>21</sup> Ibíd.

seguridad de la paciente obstétrica. Es de destacar que no existen muchas diferencias en la incidencia entre los pacientes que ingresaron de forma programada y los que ingresaron de forma urgente. También llama la atención la inversión del riesgo que ocurre en el país 1, donde la incidencia en pacientes programados fue mayor, posiblemente porque en su mayoría ingresan para cirugía.<sup>22</sup>

### **6.2.3 HERRAMIENTAS PARA PROMOVER LA ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Productos derivados del estudio IBEAS en Colombia y otros proyectos desarrollados como parte de la estrategia de seguridad del paciente del Ministerio de la Protección Social.<sup>23</sup>

Cuando se realizó la búsqueda de términos relacionada con Seguridad del Paciente se observó, en primer lugar, la utilización de términos equivalentes para denominar, lo que nosotros llamamos Evento Adverso, tales como acontecimiento adverso, suceso adverso, accidente, efecto adverso u ocurrencia adversa.<sup>24</sup>

Un evento adverso - y sus homólogos- se podría definir entonces como cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.<sup>25</sup>

Dentro de las definiciones de evento adverso, se relaciona con frecuencia la no intencionalidad, la discapacidad y la relación causal de la lesión con la atención; por lo tanto, cualquier signo no intencionado, desfavorable, temporal o permanente relacionado con cualquier procedimiento en el ambiente hospitalario es un Evento Adverso.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. informes, estudios e investigación 2010. estudio Ibeas prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Disponible en [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME\\_IBEAS.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf). (consultado en junio de 2014).

<sup>23</sup> Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá D.C., Diciembre de 2007. Editorial FUNDACIÓN FITEC

<sup>24</sup> *Ibíd.*

<sup>25</sup> *Ibíd.*

<sup>26</sup> *Ibíd.*

Se cuestionan las definiciones de Evento Adverso que dejan abierta la controversia del Error Médico como causa de éstos dadas las implicaciones legales potenciales que llevarían a buscar en el personal asistencial culpas individuales y no, como debe ser el objetivo de los programas de calidad y Seguridad del Paciente de las instituciones de salud, las fallas en los procesos.<sup>27</sup>

Un Evento Reportable fue originalmente definido como: “el daño causado por el proceso asistencial, más que por la enfermedad de base que prolonga la hospitalización, produce discapacidad al momento de la salida o ambos; era una situación insatisfactoria, en términos de calidad de la práctica clínica, calidad del manejo operacional, o calidad en la prestación del servicio, el cual requiere reportarse a los administradores en términos operacionales y añade el que resulta en daño a los consumidores, visitantes y funcionarios el cual fue detectado desde la entrada al servicio o durante la provisión del mismo o fuese el responsable de la admisión al hospital de manera parcial o total . Esta definición ha sido cuestionada y no se aconseja en la actualidad, dado su significado implícito de daño al consumidor o paciente que puede tener importantes implicaciones legales que dificultan su evaluación, por el temor de las instituciones a inducir demandas. Por esta razón, hoy en día algunos denominan solo evento reportable a las situaciones que terminan en daño no intencional al paciente y que son descubiertas después de que ingresa éste a la institución y que puede ocurrir por causa o con ocasión del servicio, y dependiendo del factor o la asociación causal, estas se consideran prevenibles o no.<sup>28</sup>

El denominado Suceso Adverso o Efecto Adverso se define como una lesión o una complicación que prolonga la estancia hospitalaria, que precisa procedimientos diagnósticos o terapéuticos adicionales, o que está relacionado con fallecimientos o incapacidad al alta hospitalaria, causado por una intervención médica durante el proceso de una enfermedad ; entendiéndose por intervención médica aquella atención realizada por el personal de salud que tiene acceso autorizado para realizar procedimientos sobre el paciente.<sup>29</sup>

A partir de lo anterior, la complicación, que es un acontecimiento ligado a factores intrínsecos del paciente, también se podría definir como un suceso adverso que muestra una situación no esperada en términos de la práctica clínica, cuya

---

<sup>27</sup> Ibid

<sup>28</sup> Ibid

<sup>29</sup> Ibid

causalidad podría estar cuestionada en el manejo operacional o calidad del servicio, el cual requiere reportarse a los administradores y ser analizado.<sup>30</sup>

#### **6.2.4 CLASIFICACIÓN**

Los eventos adversos han sido clasificados de diversa manera en la amplia literatura internacional revisada. Las clasificaciones incluyen, entre otras, la causa básica u origen del evento, la severidad, la discapacidad resultante, el componente de la atención donde se origina y el momento de la aparición del evento con respecto al tiempo.<sup>31</sup>

Se encuentran también referencias en cuanto a la naturaleza quirúrgica o no quirúrgica, a la posible relación con medicamentos y el tipo de medicamento además del sitio de atención.<sup>32</sup>

Respecto a la naturaleza u origen de los eventos Adversos se clasifican en operatorio o no operatorio, su relación con medicamentos y la clase de medicamento, el tipo de complicación, sitio de atención, tipo de error general o específico que llevó al evento y, finalmente, de acuerdo a la edad.<sup>33</sup>

Por otra parte, según el momento de su presentación puede ser clasificado como originado en el período previo a la hospitalización, durante la hospitalización o en el período posterior a la hospitalización.<sup>34</sup>

##### **6.2.4.1 SEGÚN SEVERIDAD**

Como severos y no severos. Se considera que un evento reportable severo es aquel que produce la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses. Un evento adverso puede tener varios grados de intensidad o de severidad (por ejemplo, un dolor de cabeza secundario a punción lumbar puede ser grave,

---

<sup>30</sup> Ibid

<sup>31</sup> Ibid

<sup>32</sup> Ibid

<sup>33</sup> Ibid

<sup>34</sup> Ibid

moderado o leve) la lesión o daño puede estar relacionada a la discapacidad con el tiempo, según la publicación se definen según severidad del evento adverso:

- Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.
- Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.
- Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.<sup>35</sup>

#### **6.2.4.2 SEGÚN PREVENCIÓN**

Los Eventos Adversos, en algunas ocasiones, crean una discusión que finalmente subestima o desvía la causa del problema ocasionando de forma no intencional un mal análisis, un desenfoque en los objetivos del mejoramiento, costos elevados en suministros y desgaste del personal por una mala intervención. Sin comentar la magnitud de la prevención, la discapacidad y problemas que de una u otra forma se habrían evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.<sup>36</sup>

Según esta determinación un evento adverso se podría describir como prevenible, si está asociado a los procesos de atención, y no prevenible, a los factores intrínsecos.

- **PREVENIBLE**

Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado: Evento Adverso.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Ibid

<sup>36</sup> Ibid

<sup>37</sup> Ibid

- **NO PREVENIBLE**

Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado<sup>38</sup>

- **OTRAS CLASIFICACIONES**

Es esencial comprender bien la definición de evento adverso serio. Un Evento Adverso serio es cualquier ocurrencia desfavorable que resulta en fallecimiento o amenaza la vida, que requiere hospitalización del paciente o prolonga la hospitalización existente, resultando en incapacidad/invalidez permanente o significativa.

Es utilizada con frecuencia para referirse a reacciones a medicamentos, pero podría ser homologable también al Evento Centinela descrito por la Joint Commission on Accreditation of Health Organization.<sup>39</sup>

### **6.3 INCIDENTES Y FALLAS**

- **CATEGORIZACIÓN DEL INCIDENTE SEGÚN I.H.I**

- A. Circunstancias o eventos que tienen capacidad de producir error.
- B. Evento que no llega al paciente.
- C. Evento que alcanzó al paciente, pero no causó daño.
- D. Evento que alcanzó al paciente y requirió monitoreo, o confirmar si se hizo daño el paciente.
- E. Evento que produjo daño temporal que requirió intervención.
- F. Evento que produjo daño temporal y requirió atención de otro servicio, hospitalización prolongada o ingreso a UCI.
- G. Evento que produjo daño permanente en el paciente.
- H. Evento que requirió intervención para mantener la vida.
- I. Evento que produjo muerte en el paciente.

---

<sup>38</sup> Ibid

<sup>39</sup> Ibíd.

- **INCIDENTE, CASI EVENTO, “NEAR MISS” Y “CLOSE CALL”**

Estos términos, a diferencia del accidente, hacen referencia a eventos que no causan lesión ni daño, pero que sí pueden facilitarlos.

En ocasiones se producen incidentes, es decir, se presentan errores que pudieron haber resultado en daño pero que afortunadamente se identificaron antes de que sucedieran. La literatura anglosajona denomina a éstos close-call. A aquellos que se producen pero que no causan daño al paciente se les denomina near miss.

Otra definición lo enuncia como Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias; suceso peligroso que no ha producido daños personales pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles accidentes o efecto adverso propiamente dicho.

Por ejemplo, en el caso de una herniorrafia inguinal en un paciente hombre, la sección del conducto deferente durante el procedimiento, la producción de un hematoma postquirúrgico como producto de sangrado activo de los vasos epigástricos superficiales y la recurrencia temprana de la hernia, identifican claramente errores. En este mismo paciente, la aparición de una reacción urticariforme de tipo alérgico al antibiótico profiláctico representa una reacción adversa. El pequeño seroma post-quirúrgico identifica una complicación menor. Cuando el cirujano se dispone a incidir el costado izquierdo del paciente y antes de hacerlo, por cualquier razón, se da cuenta que la hernia está en el lado contrario: se presentó un close-call.

- **EVENTO CENTINELA**

Según la Joint Commission on Accreditation of Health Organization un Evento Centinela puede definirse como un “Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro”

Teniendo ésta definición en cuenta, y clasificándolos según la disponibilidad de sistemas de registro o su carencia (17), se pueden enunciar los siguientes:

- ✓ Transfusión de grupo sanguíneo equivocado.
- ✓ Infecciones intrahospitalarias.
- ✓ Reacciones adversas graves a medicamentos.
- ✓ Cirugía en paciente, región, lado del cuerpo u órgano equivocado.

- ✓ Complicaciones quirúrgicas graves.
- ✓ Retención de instrumental pos-cirugía.
- ✓ Suicidios potencialmente evitables.
- ✓ Errores en la prescripción y administración de medicamentos.
- ✓ Retraso en el tratamiento.
- ✓ Sujeción o reclusión inadecuadas.
- ✓ Reacciones transfusionales.
- ✓ Caída de pacientes.

## **6.4 IMPORTANCIA DEL REPORTE EN ENFERMERÍA**

### **6.4.1 ARTICULO 1**

#### **LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES: ENTENDIENDO EL PROBLEMA**

##### **ANALISIS**

Este artículo hace referencia a la importancia de la creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el trabajo continuo para el mejoramiento de los factores humanos, lo cual llevarán a actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud, es el punto de partida para disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos. Todo lo anterior surgió por “muertes inesperadas de pacientes en hospitales de los Estados Unidos de América (EUA) a mediados de la década de 1990, como el caso Libby Zion una joven de 18 años que murió algunas horas después de su ingreso a uno de los centros asistenciales de Nueva York, como resultado de una interacción medicamentosa entre un antidepresivo que estaba tomando y un analgésico narcótico que le fue aplicado en el hospital, o el de Betsy Lehman que murió en 1994 en el Instituto de Cáncer Dana Farber por una sobredosis de ciclofosfamida durante un trasplante de médula ósea, llevaron a que el gobierno de la administración Clinton ordenara la creación de un comité para investigar la calidad del cuidado en ese país”.<sup>40</sup>

### **6.4.2 ARTICULO 2**

---

<sup>40</sup> Franco Astolfo, M.D. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema, Colombia médica, vol 36, no 2 (2005)

## **ACTITUDES DEL PERSONAL EN LA VIGILANCIA DE EVENTO ADVERSO INTRAHOSPITALARIO EN COLOMBIA**

### **ANALISIS**

Es una Investigación cualitativa, se realizó con un grupo focal con informantes clave que había recolectado y monitoreado la información en un estudio cuantitativo previo: “Incidencia y evitabilidad de Eventos adversos en tres instituciones en Colombia 2006”, se realizó un estudio de vigilancia epidemiológica de EA en una cohorte pacientes hospitalizados en cuatro instituciones colombianas y se consideró relevante estudiar la actitud del personal que está usualmente involucrado en la vigilancia de la EA , El objetivo de este trabajo fue explorar la actitud y reacciones del personal de las instituciones en cuanto a la detección y evaluación de los EA.

Se desarrolló en dos fases; primera, en cada institución, una enfermera profesional realizó una búsqueda activa de eventos de tamización a partir del reporte voluntario del personal o de la revisión de las historias clínicas posterior a la salida del paciente. En una segunda fase los casos con eventos positivos fueron evaluados por parte de Comités de especialistas para definir si el realmente había ocurrido un Evento Adverso. Este estudio presenta información relativa a las reacciones del personal ante la vigilancia sistemática y evaluación de los EA, sus causas, así como alternativas para mejorar el reporte y la percepción de los trabajadores. <sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.  
hggaitand@unal.edu.co

## 7. MARCO TEORICO

Merle Mishel (1988) propuso un modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad basada en modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton (1979) y en el estudio de la personalidad de Budner (1962).<sup>42</sup>

Mishel relaciona la incertidumbre con la teoría enfermera y nos ofrece la siguiente definición: *la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad (o con una situación)*. Esto se relaciona con lo mencionado por Calvo en el texto *La ciencia y el imaginario social*, en donde comenta que “Tanto en la práctica científica como en la vida cotidiana, los conocimientos, las creencias y las teorías que ya sustentamos juegan un papel fundamental en la determinación de lo que percibimos. Es necesario el saber previo para poder interpretar los hechos que se van presentando. El reconocimiento o la interpretación preliminar de algo suponen su inserción en un marco conceptual preexistente, en un cuerpo de información relevante; si falta ese marco, el observador se encuentra en un callejón sin salida.”<sup>43</sup>

Esta reflexión hace referencia a los dos primeros elementos de la teoría de Mishel debido a que la persona tiene un marco conceptual sobre la enfermedad, o sea, un significado e imaginario que le da pauta para percibir de cierta manera la enfermedad y, a su vez, elementos para dicho proceso; esto origina que pueda emitir dos respuestas (según Mishel): la oportunidad y la amenaza. Como se puede observar, lo mencionado por Calvo sintetiza conceptualmente la teoría de la incertidumbre.

El marco estructural de la teoría se compone de tres elementos principales:

1. Antecedentes de incertidumbre
2. El proceso de valoración
3. Enfrentamiento de la enfermedad

---

<sup>42</sup> Torres A, Sanhueza. Modelo estructural de Enfermería de calidad de vida. Incertidumbre frente a la enfermedad. Rev. Ciencia y enfermería. Vol. 12 núm. 1 concepción Jun 2006

<sup>43</sup> Trejo Martínez Fernando. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Enf Neurol (Mex) Vol. 11, No. 1: 34-38, 2012. Disponible en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

## 7.1 ANTECEDENTES DE INCERTIDUMBRE

Se refiere al marco de estímulos; a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe.

El marco de estímulos tiene, a su vez, tres componentes:

- El patrón de síntomas
- La familiaridad con el evento
- Congruencia con el evento

Estos tres elementos proveen los estímulos que son estructurados por la persona en un esquema que crea menos incertidumbre.

**El patrón de síntomas:** Se refiere al grado en el cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para percibir que tienen un patrón o configuración. Basados en este patrón, el significado de los síntomas puede ser determinado.

**La familiaridad con el evento:** Es el grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contiene claves reconocidas.

Cuando los eventos se reconocen como familiares, se pueden asociar con eventos de la memoria y su significado puede ser determinado.

**La congruencia con el evento:** Se refiere a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad, e implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión.

Estos componentes del marco de estímulos están influenciados por dos variables.

- A. La capacidad cognitiva
- B. Proveedores de estructura

**A. Capacidad cognitiva:** Son las habilidades de procesamiento de la información de la persona; sólo una capacidad limitada de información puede ser procesada en un determinado momento; la sobrecarga de información ocurre cuando esta capacidad es excedida y la limitación de la capacidad cognitiva reducirá la habilidad para percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el mismo, lo cual favorece la aparición de la incertidumbre.

**B. Proveedores de estructura:** Son los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos, éstos reducen el estado de Incertidumbre, tanto directa como indirectamente. La reducción de la incertidumbre ocurre indirectamente cuando los proveedores de estructura ayudan a la persona a determinar el patrón de los síntomas, la familiaridad con los

eventos y la congruencia de experiencias. Los proveedores de estructura son autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social.<sup>44</sup>

## 7.2 EL PROCESO DE VALORACIÓN

Cuando existe la incertidumbre, las tareas preceptuales de reconocimiento y clasificación no se han complementado y la formación del esquema cognitivo está impedida para el reconocimiento y la clasificación de los eventos relacionados con la (situación) enfermedad que ocurrirán; los estímulos deben ser específicos, familiares, consistentes, completos, claros y limitados en número. Además, deben corresponder con un marco de referencia existente, congruentes con las expectativas de la persona en un contexto físico y temporal; cuando los estímulos no tienen estas características, ocurren errores en el procesamiento cognitivo y la incertidumbre es el estado cognitivo predominante.

El estado de incertidumbre debe ser el resultado de la naturaleza de los estímulos; cuando un evento se percibe como incierto, opera una de las siguientes tres situaciones:

- a) El evento no es reconocido.
- b) El evento es reconocido, pero no clasificado.
- c) El evento es reconocido, pero clasificado incorrectamente.

**La inferencia:** Se construye a partir de las disposiciones de la personalidad y de las creencias generales acerca de uno mismo y de la relación que tiene uno con el ambiente. Entre tales recursos destacan: los aprendidos, sentido de destreza o dominio y capacidad de controlar.

**La ilusión:** Se define como la creencia construida sin incertidumbre y ésta puede ser vista con una luz particular con énfasis en los aspectos positivos. El auto engrandecimiento de las ilusiones no puede ser construido sin incertidumbre, una vez que una situación es claramente cierta, es difícil o imposible redefinirla.

La construcción de la ilusión refleja apoyo para la anulación y negación. En estas situaciones, el mantenimiento de la ilusión es valioso para proteger a las

---

<sup>44</sup> Trejo Martínez Fernando. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Enf Neurol (Mex) Vol. 11, No. 1: 34-38, 2012. Disponible en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

personas, en los estados iniciales de la amenaza y cuando deben asimilar información que es difícil de aceptar.<sup>45</sup>

### 7.3 ENFRENTAMIENTO DE LA (SITUACION) ENFERMEDAD

Basado en la valoración; la incertidumbre puede ser vista como un peligro o una oportunidad:

- **Incertidumbre, peligro y enfrentamiento:** Cuando la incertidumbre está considerada como un peligro, la posibilidad de un resultado perjudicial está determinada por la inferencia; una valoración peligrosa ocurre cuando la precisión predictiva de la inferencia es desconocida. La incertidumbre puede asociarse con una visión pesimista y una evaluación negativa del futuro, se asocia con altos Niveles de ansiedad y depresión, y pueden influir en la pérdida o ausencia de la credibilidad en las autoridades y falta de cuidado durante el diagnóstico y el tratamiento.

- **Enfrentamiento con una valoración de peligro:**

Los métodos de enfrentamiento se dirigen a reducir la incertidumbre, si es posible, y a manejar las emociones generadas por esta evaluación de peligro.

Existen dos estrategias de enfrentamiento:

Por lo positivo que por lo negativo. Una valoración de oportunidad ocurre cuando existe una alta probabilidad de certidumbre negativa, entendiendo ésta como una situación de enfermedad con una trayectoria de descenso.

Ahora bien, en 1990 Mishel reconceptualizó su teoría, en virtud de un análisis de las experiencias de personas cuando la enfermedad se hace crónica, debido a que “las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambiaban a lo largo del tiempo”. Esta aseveración fundamenta la aplicación de la teoría dirigida a personas con alteraciones neurológicas, y cuidadores de los mismos; además le proporciona al profesional de enfermería una visión a futuro de que las personas No están en un dimensión estática: la incertidumbre se verá modificada de acuerdo a cómo evolucione la enfermedad y puede que los significados de la misma estén en constante reevaluación. A razón de esto es que se debe realizar

---

<sup>45</sup> Trejo Martínez Fernando. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Enf Neurol (Mex) Vol. 11, No. 1: 34-38, 2012. Disponible en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

un plan de cuidados previendo estas circunstancias, y realizando un acompañamiento, identificando cuando la evaluación se está enfocando hacia un peligro en lugar de oportunidad, además de fortalecer con acciones encaminadas a lograr siempre la adaptación de cualquier adversidad o evento que genere una nueva incertidumbre al núcleo familiar del enfermo.

La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad brinda al profesional un sinnúmero de posibilidades de acción y ofrece la libertad de generar una gama de intervenciones enfocadas a la disminución del estrés provocado por la enfermedad, prestando atención a la multiplicidad de dimensiones que un individuo posee; esto suscita que las intervenciones tengan un carácter humanista, lo cual es parte de la esencia de nuestra profesión.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Trejo Martínez Fernando. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 1: 34-38, 2012. Disponible en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

## 8. MARCO LEGAL

La Profesión de enfermería se reglamenta con la Ley 266 de 1996 y establece las competencias, responsabilidades, criterios de calidad de la atención y derechos de los profesionales.

Son principios de la práctica profesional los siguientes:

1. **Integralidad:** Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.  
Este trabajo está orientado a lograr un cuidado de Enfermería integral, en el cual imprescindible la seguridad.

2. **Individualidad:** Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende.

Este aspecto se tuvo en cuenta en cada uno de los integrantes del grupo de Enfermería, respetando sus opiniones y percepciones en el tema relacionado como también sus experiencias.

3. **Dialogicidad:** Fundamenta la interrelación enfermera - paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en las relaciones interpersonales simétricas, conducentes al dialogo participativo en la cual la persona, familia y comunidad, expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

En la aplicación del proyecto fue un aspecto primordial ya que fue un proceso dinámico en el que se intercambiaron ideas, experiencias, cuidados entre el personal involucrado, los líderes del proyecto, con el fin de evidenciar la necesidad de cambio y brindar un cuidado seguro a los pacientes.

4. **Calidad:** Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

Este principio fue el eje del proyecto puesto que todas las actividades fueron dirigidas en búsqueda de garantizar la calidad de la atención de los pacientes mediante las acciones de mejoramiento continuo derivadas de los reportes.

5. **Continuidad:** orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad, sin interrupción temporal durante todas las etapas y procesos de la vida, en los periodos de salud y enfermedad.<sup>47</sup>

Este principio fue otro pilar importante en la ejecución del proyecto ya que al retroalimentar al personal de Enfermería sobre la temática tratada se genera un proceso dinámico de aprendizaje y mejora, tanto para el profesional como la institución y se contribuye a garantizar una atención de calidad de manera continua.

Con respecto a las competencias establece: <sup>48</sup>

1. Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería.
2. Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
4. Dirigir los servicios de salud y de enfermería.
5. Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

---

<sup>47</sup> Ley 266 de 1996 1/14 Diario Oficial 42.710 (enero 25) por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Disponible en: [http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley\\_266.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf) (Consulta Noviembre 23 de 2014)

<sup>48</sup> Ley 266 de 1996 1/14 Diario Oficial 42.710 (enero 25) por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Disponible en: [http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley\\_266.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf) (Consulta Noviembre 23 de 2014)

También establece los deberes del profesional de enfermería, como sigue:

1. Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.
2. Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.
3. Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.
4. Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución.
5. Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.<sup>49</sup>

### **Decreto 1011 de 2006.**

Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con el objeto de generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, se define como una de sus características la seguridad entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> Ley 266 de 1996 1/14 Diario Oficial 42.710 (enero 25) por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Disponible en: [http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley\\_266.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf) (Consulta Noviembre 23 de 2014)

<sup>50</sup> Oficina Gestión de la Evaluación y Control Organizacional. Manual de Gestión de Eventos Adversos en la Prestación de Servicios de Salud. Medellín, abril de 2013 versión 3.

## 9. ASPECTOS ÉTICOS

Con el fin de garantizar el respeto a la dignidad y proteger los derechos del personal de enfermería, se consideró necesario tener en cuenta lo establecido en la resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Nuestras intervenciones a realizar no constituyen un método de investigación, pero involucra personas que merecen el total respeto a sus derechos.

ARTICULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c. A la prevención y control de los problemas de salud.
- d. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

En su artículo 14, la misma resolución establece: Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. 51

En este caso al personal de enfermería participante, que acepte voluntariamente participar en el proyecto, se le solicitará el diligenciamiento del consentimiento informado posterior a la explicación de las actividades programadas para su desarrollo. Anexo N 1

---

<sup>51</sup> Ministerio de salud. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>. (Consulta Noviembre 23 de 2014)

## **10.OBJETIVOS**

### **10.1 OBJETIVO GENERAL**

Disminuir la incertidumbre del personal de enfermería del servicio de urgencias adulto de la Clínica del Country con el fin de incrementar la cultura del reporte de eventos adversos, incidentes y fallas.

### **10.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar el nivel de incertidumbre del personal de Enfermería frente a la identificación y reporte de eventos adversos, incidentes y fallas.
2. Capacitar al personal de enfermería acerca de la política institucional no punitiva del reporte de Eventos adversos, incidentes y fallas.
3. Exponer la situación relacionada con el reporte como una oportunidad de mejoramiento de tal forma que mitigue la sensación de incertidumbre del personal de enfermería.
4. Socializar los planes de mejoramiento continuo derivados del reporte del Evento adverso, incidentes y fallas de manera que el personal de Enfermería perciba congruencia entre el reporte y los efectos que se derivan de este.
5. Diseñar y ejecutar un plan de educación continuada sobre evento adverso incidente y fallas.

## 11. MARCO METODOLÓGICO

Para el desarrollo organizado de este proyecto se seguirán los lineamientos del marco lógico propuesto por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El marco lógico se considera una herramienta útil que permite conceptualizar, diseñar, fortalecer, ejecutar y evaluar proyectos, que en este caso, permite desarrollar el presente proyecto de gestión del cuidado de una forma sistemática y organizada.<sup>52</sup>

Esta metodología, entre sus aspectos fundamentales, permite distinguir entre aquellos resultados que están bajo y fuera del control del equipo ejecutor, facilita la evaluación al establecer indicadores, pero sobre todo obliga a realizar un diagnóstico exhaustivo de los problemas de la población beneficiaria lo cual obviamente facilita su solución en una forma que es apropiada a los intereses y particularidades de los beneficiarios. Además estructura los elementos principales de un proyecto destacando las relaciones lógicas entre los recursos disponibles, las actividades planificadas y los resultados esperados.<sup>53</sup>

Un sistema de marco lógico está estructurado por tres módulos: Diseño, ejecución y evaluación, que se integran en un proceso dinámico, elaborado y circular. Según lo propuesto por el BID la presentación de un proyecto se desarrolla de una manera ordenada como se describe a continuación.<sup>54</sup>

La primera etapa consiste en la identificación de los problemas que es percibido en la población objeto a partir del análisis y los hallazgos relacionados con el tema de interés, lo que permite priorizar los problemas y contribuye a establecer la causa-efecto a través del uso del árbol de problemas.<sup>55</sup>

Posteriormente se define e identifica la solución del problema encontrado, se describe que estrategias se emplearán. Convertir los problemas percibidos en

---

<sup>52</sup> Comisión de la Comunidad Europea. Manual de Gestión del Ciclo de Proyectos: Enfoque integrado y marco lógico. Ginebra, Suiza, 1993. Disponible en: [http://www.uaim.edu.mx/webcarreras/carreras/forestal/10trim\(des\)/concepcion%20del%20proyecto.pdf](http://www.uaim.edu.mx/webcarreras/carreras/forestal/10trim(des)/concepcion%20del%20proyecto.pdf) (Consulta Noviembre 25 de 2014)

<sup>53</sup> Ibid

<sup>54</sup> Ibid

<sup>55</sup> Ibid

objetivos facilita esta etapa y ofrece una visión de lo que se podría conseguir como resultado final.<sup>56</sup>

Finalmente la ejecución y evaluación del proyecto son las etapas que se desarrollan una vez se defina el diseño. La matriz del marco lógico es la herramienta que permite integrar estas etapas y puede ser modificada a lo largo del diseño y ejecución del proyecto para dar respuesta a las particularidades que se presenten durante el transcurso del mismo.<sup>57</sup>

Dentro de la matriz del marco lógico se incluye la descripción de las actividades en forma cronológica mediante las cuales se quieren intervenir los problemas identificados y lograr los objetivos establecidos. El cumplimiento de las mismas se verificara a partir de indicadores específicos que deben mantener coherencia con los objetivos y estar directamente relacionados con las actividades. De igual manera se deben incluir los supuestos que son las condiciones necesarias que se esperan de las actividades.

El marco Lógico presenta las Siguietes ventajas:<sup>58</sup>

- Aporta una terminología uniforme que facilita la comunicación y que sirve para reducir ambigüedades.
- Suministra un temario analítico común que pueden utilizar el prestatario, los consultores y el quipo para elaborar tanto el proyecto como el informe de Proyecto.
- Suministra información para organizar y preparar en forma lógica el plan de ejecución del proyecto.
- Suministra información necesaria para la ejecución, toreo y evaluación del proyecto.
- Proporciona una estructura para expresar en un solo cuadro, la información más importante sobre un proyecto.i

El marco lógico se presenta como una matriz de cuatro columnas, las columnas suministran la siguiente información:

- Un resumen narrativo de los objetivos y las actividades
- Indicadores(Resultados específicos a alcanzar

---

<sup>56</sup> Ibid

<sup>57</sup> Ibid

<sup>58</sup> Ibid

- Medios de Verificación
- Supuestos (Factores externos que implican riesgos).

Las filas de la Matriz presentan información acerca de los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos en cuatro momentos diferentes en la vida del proyecto.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Comisión de la Comunidad Europea. Manual de Gestión del Ciclo de Proyectos: Enfoque integrado y marco lógico. Ginebra, Suiza, 1993. Disponible en: [http://www.uaim.edu.mx/webcarreras/carreras/forestal/10trim\(des\)/concepcion%20del%20proyecto.pdf](http://www.uaim.edu.mx/webcarreras/carreras/forestal/10trim(des)/concepcion%20del%20proyecto.pdf) (Consulta Noviembre 25 de 2014)

## 12. MATRIZ DEL MARCO LOGICO

**TABLA N° 4 MATRIZ MARCO LÓGICO**

	<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<p><b>Fin:</b> Generar un plan de mejoramiento mediante la gestión de procesos encaminados a la seguridad clínica para lograr altos estándares de calidad a nivel nacional e internacional de la clínica del Country.</p>	<p>Numero de planes de mejoramiento/Numero de eventos adversos, incidentes y fallas detectados.</p>	<p>Seguimiento a planes de mejora utilizando la herramienta PHVA. Reporte del número de eventos adversos, incidentes y fallas detectados.</p>	<p>No se establecen planes de mejoramiento. Se establece un plan de mejoramiento eficaz y eficiente. Numero de reportes de eventos adversos, incidentes y fallas detectados.</p>
<p><b>Propósito:</b> Realizar un diagnóstico confiable de la situación con respecto a la seguridad clínica basada en los reportes del evento adverso, incidentes y fallas en el servicio de Urgencias de la Clínica Del Country.</p>	<p>Numero de eventos analizados/número de eventos reportados.</p>	<p>Informe Mensual y tablero de control.</p>	<p>No se realiza un análisis adecuado de los datos recolectados. Se identifican problemas más prevalentes respecto a seguridad clínica.</p>

<p><b>Objetivo General:</b> Disminuir la incertidumbre del personal de enfermería del servicio de urgencias adulto de la Clínica del Country con el fin de incrementar la cultura del Reporte de Eventos adversos, incidente y fallas</p>	<p>Nivel de incertidumbre del personal de enfermería del servicio de urgencias adultos de la Clínica del Country con respecto a la cultura del reporte de eventos adversos, incidentes y fallas.</p>	<p>Consolidado mensual de reportes y tablero de control. Resultados de la aplicación del instrumento de medición de incertidumbre de Mishel.</p>	<p>No incrementa el número de reportes. Disminuye el nivel de incertidumbre del personal de enfermería. Otras causas de incertidumbre no identificadas.</p>
---	--	--	---

### 13. PLAN DE ACCION

TABLA N° 5

#### PLAN DE ACCIÓN

**Objetivo # 1.** Cuantificar el nivel de incertidumbre del personal de Enfermería frente a la identificación y reporte de eventos adversos, incidentes y fallas a través de la aplicación del instrumento de valoración de Merle Mishel

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
1.Aplicar la escala de valoración de la incertidumbre al personal de Enfermería de Urgencias antes y después de la capacitación de evento adverso.	Personal de enfermería de Urgencias al cual se le aplica la escala / total personal de enfermería de urgencias.	Computador, impresora, papel y bolígrafos.	Escalas de valoración en físico aplicadas. Tabulación de resultados.	Incertidumbre del personal de Enfermería por situaciones diferentes a reporte de evento adverso. Claridad sobre el diligenciamiento de la herramienta.

**Objetivo # 2.** Capacitar al personal de enfermería acerca de la política institucional no punitiva del reporte de Eventos adversos , incidentes y fallas.

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
1. Socialización en el puesto de trabajo, de la política institucional mediante una presentación, resaltando su carácter no punitivo.	Personal de enfermería participante en la socialización / personal de enfermería de urgencias .	Computador, presentación, refrigerio.	Listado de asistencia del personal de Enfermería que participa en la actividad.	Volumen de trabajo con limitación de tiempo. Rotación del personal de Enfermería. Disponibilidad del personal de Enfermería para la socialización.
2. Evaluación de la política socializada con el formato quien quiere ser millonario.	Personal de enfermería evaluado / total personal de enfermería que recibe la socialización.	Computador, programa millonario Quiz.	Lista de personal de Enfermería que realiza y aprueba el test.	Claridad del personal de enfermería sobre la política institucional no punitiva.

**Objetivo # 3** Exponer la situación relacionada con el reporte como una oportunidad de mejoramiento de tal forma que mitigue la sensación de incertidumbre de personal de enfermería

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
1.Capacitacion al personal de enfermería mediante taller teórico-practico en el cual se analiza un evento adverso y se aplica la matriz 5WH .	Personal de enfermería capacitado / personal de enfermería programado	Matriz 5WH, papelografo, marcador, refrigerio.	Listado de asistencia del personal de Enfermería participante en la actividad. Aplicación de la matriz 5WH. Conclusión de la actividad.	Claridad sobre la aplicación de la matriz 5WH. Claridad sobre las oportunidades que genera el reporte.  El personal de enfermería participara.

**Objetivo # 4** Socializar los planes de mejoramiento continuo derivados del reporte del Evento adverso, incidentes y fallas de manera que el personal de enfermería perciba congruencia entre el reporte y los efectos que se derivan de este.

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
1.Socialización mediante presentación en power point de las acciones de mejoramiento con las cuales se cuenta en el servicio que han sido producto de reporte de eventos adversos incidentes y fallas.	Personal de enfermería participante en la socialización /personal de enfermería de urgencias .	Computador, presentación en power point, refrigerio	Test para relacionar eventos Vs acciones de mejoramiento.	Comprensión de la importancia del reporte.  Receptividad del personal de Enfermería al tema.

**Objetivo # 5** Diseñar un plan de educación continuada sobre evento adverso incidentes y fallas.

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
1. Elaboración de un folleto informativo de eventos a reportar el cual se ubicara en cada punto de computo de la central de enfermería.	Número de folletos elaborados.	Computador, impresora, papel para imprimir, refrigerio, programa Publisher.	Folleto.	Replicación del folleto por parte de Calidad. Receptividad del personal de Enfermería frente a la estrategia.
2. Diseño de presentación de power point en la cual se plasma todo el contenido sobre eventos adversos, incidentes y fallas.	Elaboración de la presentación.	Computador.	Entrega presentación de power point en medio magnético.	Adherencia del personal de enfermería frente al contenido.
3. Socialización de la presentación.	Presentación al personal de Enfermería del grupo de Educación.	Presentación de PowerPoint.	Cronograma. Registro fotográfico.	Aprobación de cronograma por Coordinadora de Enfermería de Urgencias

<p>4.Propuesta de reunión mensual para el personal profesional de enfermería, con el fin de analizar los eventos presentados en el mes y plan de formación continuada de acurdo a la necesidad identificada.</p>	<p>Propuesta.</p>	<p>Papel, impresora, medio magnético</p>	<p>Propuesta en físico.</p>	<p>Reunión programada.</p>
--	-------------------	--	-----------------------------	----------------------------

## 14. DESARROLLO DEL PLAN DE ACCION

### OBJETIVO NUMERO 1

Objetivo: Cuantificar el nivel de incertidumbre del personal de Enfermería frente a la identificación y reporte de eventos adversos, incidentes y fallas a través de la aplicación del instrumento de valoración de Merle Mishel.

**Personal encargado:** Indira Parra Naffah y Danilo Moreno Romero.

**Descripción:** Se aplicará al personal de enfermería en los diferentes turnos la escala de valoración de la incertidumbre del adulto propuesto por Merle Mishel modificada para el proyecto, antes y después de la capacitación sobre la importancia del reporte del evento adverso, incidentes y fallas.

**Duración:** 15 minutos.

**Introducción:** Se les hará entrega de la escala de valoración impresa y se explica su diligenciamiento.

**Desarrollo:** Se explicará el correcto diligenciamiento de la escala de valoración y se aclararán dudas. El personal de Enfermería contestará el test de valoración de la incertidumbre propuesto por Merle Mishel.

**Evaluación:** Se verificará que hayan sido contestadas en su totalidad y se realizará la respectiva tabulación de los resultados y comparación de resultados del antes y después de la capacitación.

### OBJETIVO NUMERO 2

Objetivo: Capacitar al personal de enfermería acerca de la política institucional no punitiva del reporte de Eventos adversos, incidentes y fallas.

**Personal encargado:** Indira Parra Naffah y Danilo Moreno Romero.

**Descripción:** Socialización y evaluación de la política de seguridad de la clínica.

**Duración:** 20 minutos.

**Introducción:** Se explicará la metodología a emplear (formato quien quiere ser millonario).

**Desarrollo:** Se abordará en su puesto de trabajo al personal de enfermería en los momentos de más baja ocupación, se socializará la política institucional de

seguridad resaltando el carácter no punitivo de la misma; al finalizar, se aplicará la evaluación respectiva con el formato quien quiere ser millonario.

**Evaluación:** Se verificará los puntajes obtenidos para reconocer la necesidad de retroalimentación.

### **OBJETIVO NUMERO 3**

**Objetivo:** Exponer la situación relacionada con el reporte como una oportunidad de mejoramiento de tal forma que mitigue la sensación de incertidumbre de personal de enfermería.

**Personal encargado:** Indira Parra Naffah y Danilo Moreno Romero.

**Descripción:** Se realizará taller teórico- práctico en el cual se analizará un evento adverso aplicando la matriz 5WH.

**Duración:** 60 minutos por turno (240 minutos).

**Introducción:** se explicará el objetivo de la actividad y la metodología; simultáneamente el personal de Enfermería firmará lista de asistencia.

**Desarrollo:** Se planteará un evento adverso de mayor incidencia en el servicio y mediante aplicación de la herramienta 5WH se realizará el análisis con el aporte de todos los participantes.

**Evaluación:** Conclusiones del tema tratado.

### **OBJETIVO NUMERO 4**

**Objetivo:** Socializar los planes de mejoramiento continuo derivados del reporte del Evento adverso, incidentes y fallas de manera que la enfermera perciba congruencia entre el reporte y los efectos que se derivan de este.

**Personal encargado:** Indira Parra Naffah y Danilo Moreno Romero.

**Descripción:** Se abordará en su puesto de trabajo al personal de Enfermería y se socializará la presentación en PowerPoint.

**Duración:** 25 minutos por sesión.

**Introducción:** se explicará el objetivo de la actividad; simultáneamente el personal de Enfermería firmará lista de asistencia.

**Desarrollo:** Se socializará la presentación en PowerPoint de las acciones de mejoramiento (locativas, tecnológicos y de recurso humano) que han sido producto de reporte de eventos adversos, incidentes y fallas, del servicio de Urgencias.

**Evaluación:** Se aplicara un test donde los participantes deben relacionar eventos Vs acciones de mejoramiento que se han dado en el servicio.

## **OBJETIVO NUMERO 5**

**Objetivo:** Diseñar un plan de educación continuada sobre evento adverso incidentes y fallas.

**Personal encargado:** Indira Parra Naffah y Danilo Moreno Romero.

### **Descripción**

Se realizará la respectiva presentación del plan de educación a la Coordinadora de Enfermería.

**Duración:** 1 hora.

**Desarrollo:** Se iniciará con la socialización del folleto basado en bibliografía actualizada sobre los eventos a reportar; continuará con la socialización de la presentación en power point, con contenido sobre reporte de eventos adversos, incidentes y fallas y entrega de la misma en medio magnético; se finalizará con la socialización y entrega de la propuesta de reunión mensual y entrega de cronograma del plan de formación continuada.

**Evaluación:** Se entrega documento con el contenido del plan de educación, el cual es revisado y aceptado por la coordinadora del servicio de urgencias de la clínica del Country.



## 16. PRESUPUESTO

**TABLA N° 7**  
**PRESUPUESTO**

Cantidad	ELEMENTO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Resma de papel	12000	12000
1	Hora auditorio	200000	200000
4	Marcadores	2500	10000
4	Lapiceros	1500	6000
100	Fotocopias	100	10000
2	Tinta impresora	30000	60000
1	Diseño Gráfico folletos	160000	160000
75	Hora Docente asesoría	32000	2400000
80	Refrigerios	2000	160000
2	Medio magnético	20000	40000
200	Hora Estudiante	13000	2600000
50	Hora Internet	1000	50000
			5708000

## 17. ANALISIS DE RESULTADOS

### 17.1 PRE- TEST Y POS-TEST: ESCALA DE VALORACION DE LA INCETIDUEMBRE DE MERLE MISHLE ADAPTADO AL PROYECTO

#### **Actividad:**

Aplicar la escala de valoración de la incertidumbre al personal de Enfermería de Urgencias antes y después de la capacitación de evento adverso.

#### **Análisis:**

Se aplicó la escala de valoración de incertidumbre de Merle Mishel a todo el personal de enfermería del servicio de urgencias de la clínica del Country con el objetivo de cuantificar el nivel de incertidumbre frente a la identificación y reporte de eventos adversos, incidentes y fallas.

En la primera grafica la cual representa la aplicación del pre-test se logra evidenciar que el personal de enfermería de urgencias de la clínica del country presenta un nivel alto de incertidumbre en la identificación y reporte de los eventos adversos, incidentes y fallas; evidenciado con el 71%.

Al comparar la segunda grafica (Pos- test) se observa un cambio importante en la tendencia hacia la disminución del nivel de incertidumbre experimentado por el personal de enfermería de la clínica del country posterior a la ejecución de las actividades educativas el cual se evidencia en un 12%.

#### **Indicador:**

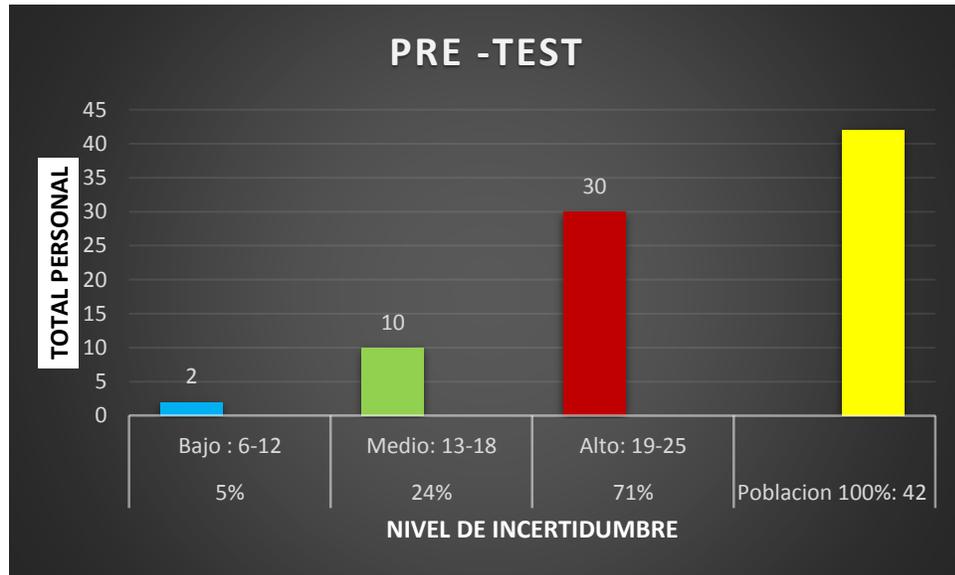
Personal de enfermería de Urgencias al cual se le aplica la escala

---

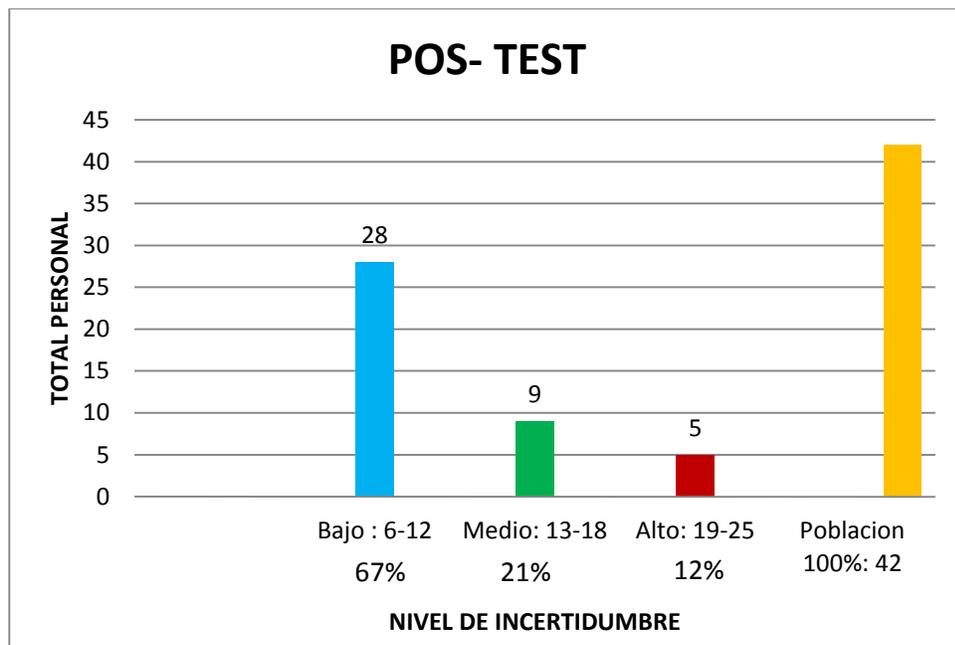
Total personal de enfermería de urgencias.

**Graficas:**

**GRÁFICO N° 5**



**GRÁFICO N° 6**



## 17.2 SOCIALIZACION DE LA POLITICA INSTITUCIONAL NO PUNITIVA

### Actividad:

- Socialización en el puesto de trabajo, de la política institucional mediante una presentación, resaltando su carácter no punitivo.
- Evaluación de la política socializada con el formato quien quiere ser millonario.

### Análisis:

Se realizó la presentación en power point de la política institucional no punitiva en el puesto de trabajo en las diferentes áreas del servicio de urgencias como triage, observación, consultorios, área de reanimación y salas de hidratación, los trabajadores presentaron una actitud positiva frente a la socialización, se presentó participación activa y comunicación efectiva entre los participantes con el objetivo de hacer énfasis de su carácter no punitivo; se obtuvieron varios comentarios positivos frente a la realización de la actividad.

Solo se presentó un poco de dificultad en las áreas de triage y la sala de reanimación puesto que dichas áreas son de alto flujo de pacientes y alta complejidad, pero a pesar de esto los trabajadores participaron en la realización de la socialización.

Durante la ejecución de la actividad no se evidencio que los participantes presentaran otras causas de incertidumbre.

### Indicador:

Personal de enfermería participante en la socialización

Personal de enfermería de urgencias

Gráfica:

GRÁFICA N° 7

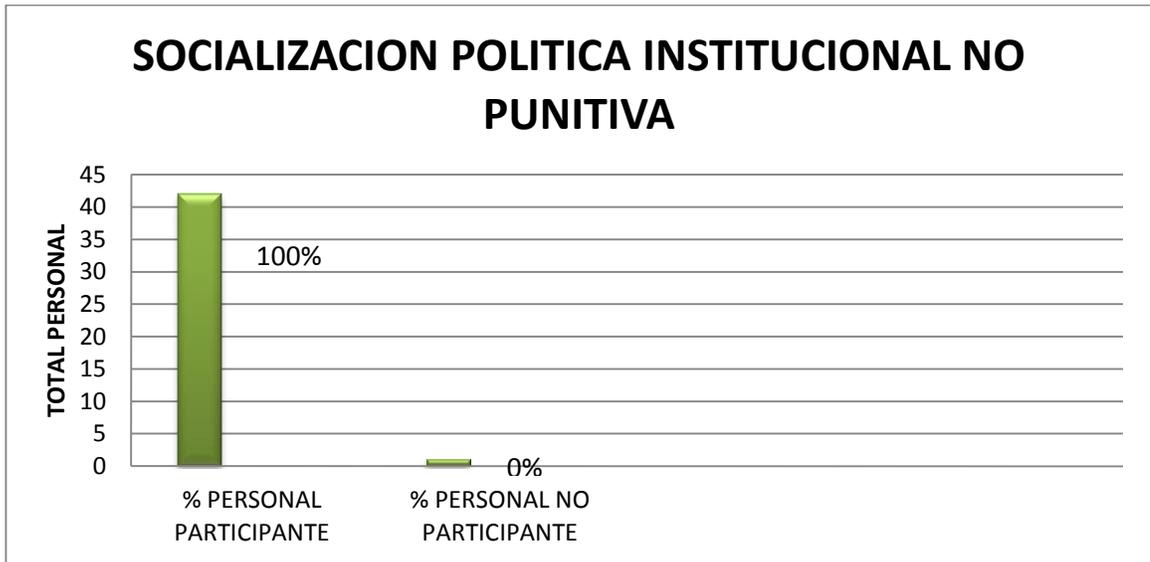
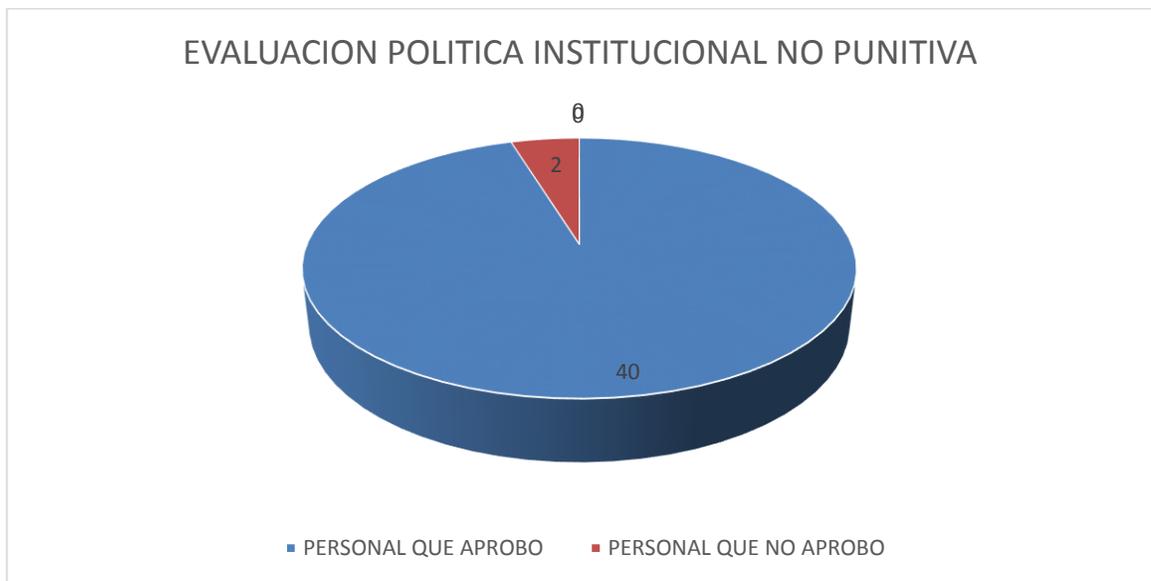


GRÁFICO N° 8  
PERSONAL EVALUADO



### **17.3 ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES Y FALLAS: MATRIZ 5WH**

#### **Actividad:**

Capacitación al personal de enfermería mediante taller teórico- práctico en el cual se analiza un evento adverso y se aplica la matriz 5WH.

#### **Análisis:**

Esta actividad se desarrolló mediante reuniones programadas en los respectivos turnos de trabajo , en las cuales previa explicación de la herramienta “ Matriz 5WH” para gestionar el análisis y plan de mejoramiento frente a eventos adversos , incidentes y fallas , se procedió verificar en la lista de la coordinación del servicio el evento adverso del mes y cada trabajador realizaba el diligenciamiento de la herramienta , adicionalmente se realizaba retroalimentación con cada uno sobre el evento analizado , los posibles planes de mejora, cada participante al principio presento leve dificultad al realizar la herramienta puesto que referían no aplicarla con frecuencia pero a medida del acompañamiento fue cada vez más clara, para finalizar la actividad se concluyó con la participación de uno de los trabajadores quien refirió la importancia de realizar el análisis de los eventos con el fin de diseñar planes de mejora y obtener calidad en el servicio.

#### **Indicador:**

Personal de enfermería capacitado

---

Personal de enfermería programado

#### **Conclusión**

Se logró el objetivo propuesto de exponer un evento adverso, incidente y/o falla, realizar su respectivo análisis y ver dicha situación relacionada con el reporte como una oportunidad de mejoramiento de tal forma que mitigue la sensación de incertidumbre de personal de enfermería.

## 17.4 SOCIALIZACION DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO

### Actividad:

Socialización mediante presentación en power point de las acciones de mejoramiento con las cuales se cuenta en el servicio que han sido producto de reporte de eventos adversos incidentes y fallas.

### Análisis:

Se realizó la socialización de las acciones de mejoramiento que se han generado en el servicio, sin ninguna complicación, la participación fue total del personal de enfermería del servicio de urgencias, durante la socialización de los planes de mejoramiento se creó consciencia que han sido producto del reporte.

Con respecto a la participación en la presentación del test de evaluación fue una actividad que para el personal fue sencilla y amena para desarrollar donde se fijó el conocimiento sobre crear una cultura del reporte, la cual sirve para el paciente, el equipo de trabajo, la institución y una mejora en la calidad del servicio.

### Indicador:

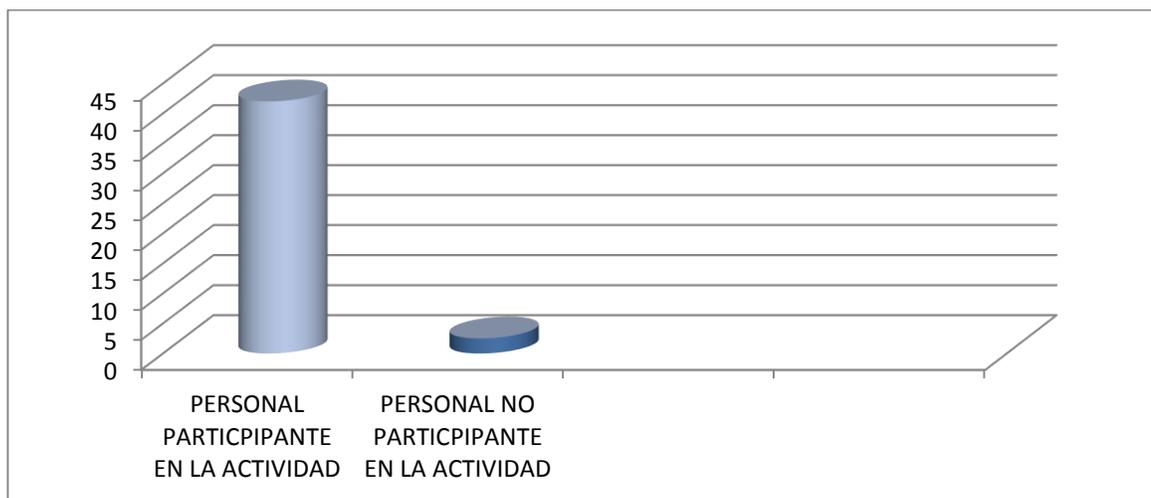
Personal de enfermería participante en la socialización

---

Personal de enfermería de urgencias.

**GRÁFICO N° 9**

### **SOCIALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO**



## **17.5 DISEÑO DE UN PLAN DE EDUCACIÓN CONTINUADA SOBRE EVENTO ADVERSO INCIDENTES Y FALLAS**

### **Análisis:**

Se diseñó un plan de educación continuada sobre eventos adversos incidentes y fallas, el cual se desarrolló en primera instancia con la creación de un folleto informativo sobre el contenido del tema, se dejó en cada compute de trabajo del servicio para que la información contenida estuviera a la mano de los trabajadores; durante la realización de lo anterior se observó que el personal estuvo receptivo frente a la actividad, y queda pendiente la evaluación y replicación por calidad.

Posterior se procedió a realizar una presentación en power point que contiene los aspectos más relevantes sobre la temática, puede emplearse en la capacitación continuada al personal de acuerdo al cronograma estipulado.

Para finalizar se deja en forma de documento una propuesta de reunión mensual con el fin de realizar un análisis de los eventos, incidentes y fallas que se presentan en el mes y detectar la necesidad de educación puntual.

## 18. CONCLUSIONES

- Aumentar el reporte de eventos adversos, incidentes y fallas, mediante la disminución de la incertidumbre del personal de enfermería impacta en forma directa en el cuidado del paciente dado que permite realizar una adecuada gestión del cuidado.
- Cuantificar el nivel de incertidumbre del personal de enfermería frente a la identificación y reporte de eventos adversos, incidentes y fallas a través de la aplicación del instrumento de valoración de Merle Mishel, permite evidenciar la necesidad de realizar un plan de educación continuada al respecto.
- El test de valoración de la incertidumbre del adulto de Merle Mishel puede ser aplicable en cualquier circunstancia que genere incertidumbre diferente a la enfermedad.
- Conocer la política institucional no punitiva sobre el reporte de los eventos adversos, incidentes y fallas por parte del personal de enfermería del servicio de urgencias de la clínica del country disminuye el nivel de incertidumbre, genera confianza para la realización de la actividad y fomenta la cultura del reporte.
- Al conocer la política institucional no punitiva por parte del personal de enfermería se genera un mejor clima laboral frente al reporte.
- Se creó conciencia y sensibilización acerca de la importancia entre el reporte y las acciones de mejoramiento para el paciente y la institución; como valor agregado permite mitigar la sensación de incertidumbre de personal de enfermería.
- El personal de enfermería considera una oportunidad de mejoramiento el reporte de los eventos adversos, incidentes y fallas, dado el manejo de los mismos realizada por el grupo de gestión clínica.

- Crear una cultura del reporte, es la base para el diagnóstico institucional en cuanto a seguridad clínica y permite la gestión de acciones de mejoramiento.
- El personal de enfermería, posterior a la socialización de las acciones de mejoramiento frente al reporte de los eventos adversos, incidentes y fallas, que se presentó en la institución en el puesto de trabajo, encontró congruencia entre el reporte y los efectos que se derivan de este.
- La coordinación del servicio de urgencias concibe el diseño del plan de capacitación continuada sobre los eventos adversos, incidentes y fallas como una oportunidad de mejora continua.

## 19. RECOMENDACIONES

- ✓ Este trabajo sirve como punto de partida para realizar un trabajo cuantitativo que mida el impacto del mismo, por parte de la institución o de los próximos estudiantes.
  
- ✓ Una recomendación extraída de este trabajo es que mediante la realización de actividades como las ejecutadas en nuestro proyecto de gestión contribuyen a la creación de la cultura del reporte de los eventos adversos, incidentes y fallas.
  
- ✓ Se debe involucrar al personal asistencial en el análisis y gestión de los eventos adversos, incidentes y fallas con el fin de lograr una mejora en los procesos institucionales, calidad del servicio, atención segura y trabajadores comprometidos.
  
- ✓ Por otra parte para los futuros estudiantes, que en la realización de los proyectos de gestión le den la importancia al escoger la teoría de enfermería que sustentara su proyecto puesto que estaremos haciendo enfermería basada en la evidencia y es un impacto muy importante en nuestra profesión.
  
- ✓ Para futuros estudiantes se recomienda realizar la adherencia al proyecto midiendo de forma comparativa el reporte de eventos adversos, incidentes y fallas del servicio de urgencias de la clínica de country.
  
- ✓ Este proyecto puede ser aplicado a otros servicios de la clínica con el fin de extrapolar la información y generar un impacto importante en la plataforma estratégica de la institución.

## BIBLIOGRAFIA

- ✓ Aranaz, j. m.; Aibar, c.; Agra, y.; Terol, E.: Seguridad del paciente y práctica clínica. Medicina Preventiva 2007.
- ✓ Bernar, Iñigo E. "Formulación de proyectos de salud familiar de acuerdo a metodología de marco lógico". Diplomado en salud familiar. Facultad de ciencias médicas. Universidad de Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/marcologico.pdf>
- ✓ Comisión de la Comunidad Europea. Manual de Gestión del Ciclo de Proyectos: Enfoque integrado y marco lógico. Ginebra, Suiza, 1993. Disponible en: [http://www.uaim.edu.mx/webcarreras/carreras/forestal/10trim\(des\)/concepcion%20del%20proyecto.pdf](http://www.uaim.edu.mx/webcarreras/carreras/forestal/10trim(des)/concepcion%20del%20proyecto.pdf) (Consulta Noviembre 25 de 2014)
- ✓ Ley 266 de 1996 1/14 Diario Oficial 42.710 (enero 25) por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Disponible en: [http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley\\_266.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf) (Consulta Noviembre 23 de 2014)
- ✓ Mishel Merle, Incertidumbre en la enfermedad, 1998.
- ✓ Ministerio de salud. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION %208430%20DE% 201993.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf).(Consulta Noviembre 23 de 2014)
- ✓ Matriz del Marco lógico una herramienta de formulación de proyectos, Banco Mundial, Disponible en <http://www.disasterinfo.net/lideres/spanish/mexico2004/biblio/Marco.pdf>. consultado 10 de junio del 2013
- ✓ Oficina Gestión de la Evaluación y Control Organizacional. Manual de Gestión de Eventos Adversos en la Prestación de Servicios de Salud. Medellín, abril de 2013 versión 3.

- ✓ torres A, Sanhueza. Modelo estructural de Enfermería de calidad de vida. Incertidumbre frente a la enfermedad. Rev. Ciencia y enfermería. Vol. 12 núm. 1 concepción Jun 2006
- ✓ Trejo Martínez Fernando. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Enf Neuro (Mex) Vol. 11, No. 1: 34-38, 2012. Disponible en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
- ✓ Trejo Martínez Fernando. Enf Neuro (Mex) Vol. 11, No. 1: 34-38, 2012 ©INNN, 2010. Disponible en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica> (Consulta Noviembre 20 de 2014)

## SITIOS WEB CONSULTADOS

- ✓ <http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>(Consulta Noviembre 19 de 2014)
- ✓ [http://www.cep.org.pe/beta/download/NG\\_CDCE.pdf](http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf)(Consulta Noviembre 19 de 2014)
- ✓ [http://www.hospitaloccidentekennedy.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=55:eventos-adversos&catid=15:educacion-medica&Itemid=293](http://www.hospitaloccidentekennedy.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=55:eventos-adversos&catid=15:educacion-medica&Itemid=293)(Consulta Noviembre 19 de 2014)
- ✓ <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>  
(Consulta Noviembre 17 de 2014)
- ✓ <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pautas%20de%20Auditoria%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Calidad%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud.pdf>(Consulta Noviembre 20 de 2014)
- ✓ <http://www.monografias.com/trabajos-pdf5/sgc-iso-9000/sgc-iso-9000.shtml>(Consulta Noviembre 19 de 2014)
- ✓ <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a14.pdf>(Consulta Noviembre 25 de 2014)
- ✓ <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/w3-article-5647.html>  
(Consulta Noviembre 17 de 2014)
- ✓ <http://tpenfermeriasena.blogspot.com/> (Consulta Noviembre 16 de 2014)
- ✓ [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/statement/es/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/)  
(Consulta Noviembre 16 de 2014)

## ANEXO N 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACION PROYECTO DE GESTION

#### REPORTAR PARA MEJORAR

**Clínica de Country**

**Universidad de la sabana**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR:</b>
<b>NUMERO DE IDENTIFICACION:</b>
<b>FECHA:</b>
<b>DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR EN EL SERVICIO</b>
<p>Los actos de cuidado de enfermería son el ser y esencia del ejercicio de la profesión de enfermería. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y de la realización interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familiar o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y/o enfermedad y del entorno.</p> <p>Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir en plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.</p> <p>Dichos cuidado los realiza en profesional de enfermería y los auxiliares de la institución con principios éticos como beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad; con el propósito de brindar un cuidado integral y humanizado.</p> <p>Las intervenciones del personal de enfermería, contribuyen en el proceso asistencial y se orientan en la ejecución y seguimiento de las órdenes médicas con el fin de proporcionar la promoción y promover la recuperación del estado de salud, bienestar, confort y seguridad del paciente respetando sus derechos y deberes dentro de los estándares que caracterizan la institución.</p>

Con lo mencionado anteriormente se busca realizar la implementación de un proyecto de gestión en el cual se disminuya la sensación de incertidumbre que presenta el personal de enfermería de la clínica del country con respecto a la identificación , clasificación y reporte de eventos adversos , incidentes y fallas, la cual fue identificada como una necesidad sentida en el servicio de urgencias y como es sabido la institución maneja altos estándares de calidad y se busca consolidarlos contribuyendo a una atención segura para el paciente y generar una cultura de reporte en la institución.

Para llevar a cabo este proyecto se realizaran diferentes actividades, entre los cuales habrá realización de test, socialización con el contenido sobre el tema, evaluaciones, actividades lúdicas de fijación de la información, para la consecución del objetivo.

### **AUTORIZACION DEL TRABAJADOR**

Manifiesto que me han sido explicadas la naturaleza y razones para la participación de este proyecto .Entiendo los beneficios que pretenden estas actividades y luego comprender y ponderar la información recibida, doy mi autorización libre y espontánea, en pleno uso de mis capacidades mentales, para que el equipo de enfermería profesional y auxiliar, adelante los actos de cuidado que mi condición requiera. (Ley 911 del 2004, título III. Responsabilidad del profesional de enfermería en la práctica. Capítulo V artículo 36).

Comprendo que para la efectividad y logro de los objetivos buscados con el proyecto es indispensable mi colaboración activa y el seguimiento a las indicaciones impartidas por el personal encargado, las cuales me comprometo a cumplir a cabalidad.<sup>60</sup>

Nombre del trabajador y firma:

---

<sup>60</sup> Consentimiento informado de Actos de Cuidado de Enfermería. Clínica del Country 2015 (ajustado al proyecto)

## ANEXO N 2

### **Escala de valoración de la Incertidumbre del Adulto de Merle Mishel, adaptada al proyecto de gestión Reportar para Mejoramiento continuo.**

Por favor leer cada frase, tome su tiempo y piense en lo que cada frase dice, después ponga una (X) debajo de la columna que más se aproxime a como se está sintiendo hoy.

Si usted está de acuerdo con la frase, es decir que usted marcaría debajo de totalmente de acuerdo o de acuerdo, si usted no está de acuerdo entonces marcaría totalmente en desacuerdo o desacuerdo; si usted está indeciso a cómo se siente marcaría indeciso.

Por favor responda a cada frase:

1. Yo tengo muchas preguntas sin respuestas respecto al reporte de eventos adversos incidentes y fallas.

**Totalmente de acuerdo 5 ( ).      De acuerdo 4 ( ).      Indeciso 3 ( ).**

**En desacuerdo 2 ( ).      Totalmente en desacuerdo 1 ( ).**

2. Yo entiendo todo lo que me explican frente al reporte de evento adverso incidentes y fallas.

**Totalmente de acuerdo 5 ( ).      De acuerdo 4 ( ).      Indeciso 3 ( ).**

**En desacuerdo 2 ( ).      Totalmente en desacuerdo 1 ( ).**

3 Los capacitadores dicen cosas que podrían tener muchos significados frente a la identificación, clasificación y reporte de eventos adversos, incidentes y fallas.

**Totalmente de acuerdo 5 ( ).      De acuerdo 4 ( ).      Indeciso 3 ( ).**

**En desacuerdo 2 ( ).      Totalmente en desacuerdo 1 ( ).**

4 hay diferentes tipos de situaciones a reportar, no es claro quién es el responsable del reporte.

**Totalmente de acuerdo 5 ( ).      De acuerdo 4 ( ).      Indeciso 3 ( ).**

**En desacuerdo 2 ( ).      Totalmente en desacuerdo 1 ( ).**

5 El propósito de cada reporte es claro para mí.

**Totalmente de acuerdo 5 ( ).      De acuerdo 4 ( ).      Indeciso 3 ( ).**

**En desacuerdo 2 ( ).      Totalmente en desacuerdo 1 ( ).**



## ANEXO 4

**Test para relacionar eventos Vs acciones de mejoramiento.**

**Proyecto de gestión  
REPORTAR PARA MEJORAR  
Clínica de Country  
Universidad de la sabana**

**Aparear según corresponda:**

Evento	Acciones de mejoramiento
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Multipunción.</li><li>2. Caída de Pacientes.</li><li>3. Reacciones adversas a medicamentos.</li><li>4. Prevención de infecciones.</li><li>5. Oportunidad en la atención.</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>( ) Libro de mezclas.</li><li>( ) Escala de riesgo.</li><li>( ) Visualizador de venas.</li><li>( ) Acompañante idóneo.</li><li>( ) Aumento de capacidad</li></ul>

## ANEXO 5 FOLLETO

<p><b>CULTURA DEL REPORTE</b></p> <p>Estrategia de control para el mejoramiento continuo a partir de gestión tanto del evento adverso como del incidente o falla.</p> 	 <p>Buzón para el Aprendizaje</p>   <p>Extensión 1234</p>  	<p><b>PROYECTO DE GESTION</b></p>  <p>! El camino es el reporte ! nuestro triunfo un cuidado seguro</p> <p><i>Universidad de la saba Posgrado UCI-ADULTO</i></p> <p>Daniilo Moreno Romero Indira Parra Naffah</p> 
<p><b>EVENTO ADVERSO</b></p> <p>Lesión o daño al paciente <b>NO intencional</b> durante la atención no asociado a su enfermedad de base.</p> 	<p><b>INCIDENTE</b></p> <p>Evento que le ocurrió al paciente pero <b>NO le genero daño</b>.</p> <p><b>FALLA ACTIVA</b></p> <p>Es una acción u omisión, voluntaria o involuntaria por parte de las personas que facilitan la comisión de un error.</p> <p><b>FALLA LATENTE</b></p> <p>Acción confusa de un procedimiento específico, y que facilita la comisión de un error.</p>	<p><b>QUE SE DEBE REPORTAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multipunción</li> <li>• Reacciones alérgicas a medicamentos</li> <li>• Lesiones de piel</li> <li>• Formulación inadecuada</li> <li>• Demora en el reporte de laboratorios</li> <li>• Caídas de pacientes o fallas en las medidas de prevención de caídas</li> <li>• Error en la identificación del paciente</li> <li>• Manilla sin alerta de alergia</li> <li>• Muestras de laboratorio no marcadas correctamente</li> <li>• Errores durante el traslado de paciente</li> <li>• Errores en la interpretación o entrega de laboratorios o imágenes diagnósticas</li> <li>• Fiebitis</li> <li>• Daños locativos que pongan en riesgo al paciente</li> <li>• Falta a los procedimientos que están establecidos en enfermería</li> <li>• Clasificación del Triage inadecuado</li> <li>• Paciente que requiere aislamiento y no está implementadas las medidas</li> <li>• Retraso en el diagnóstico que ponga en riesgo la salud del paciente</li> </ul>

**ANEXO 6**  
**REGISTRO FOTOGRAFICO**







## **ANEXO 7**

### **PROPUESTA DE REUNIÓN MENSUAL**

Objetivos:

1. Análisis de eventos adversos, incidentes y fallas presentados con mayor frecuencia durante el mes anterior.
2. Elaboración de plan de formación continuada de acuerdo a necesidades identificadas.

Dirigido a:

1. Coordinadora de enfermería Urgencias adultos.
2. Personal profesional de enfermería asistencial.
3. Personal auxiliar de enfermería.

Se considera importante la realización de una reunión mensual con una duración no mayor de una hora el primer viernes de cada mes en la cual se invite de forma aleatoria a personal profesional y técnico de enfermería (dos representantes de cada turno) del servicio de urgencias de la clínica, la cual estará liderada por la coordinadora de enfermería; donde se tratarán los temas relacionados con el reporte y análisis de eventos adversos, incidentes y fallas, con el objeto de formular estrategias encaminadas a la seguridad clínica en el servicio mediante capacitación de acuerdo a necesidades identificadas.

El orden del día para cada reunión es el siguiente.

1. Saludo: La coordinadora da la bienvenida a los asistentes y se tomara lista de asistencia de acuerdo a los citados y nombramiento de encargado de realizar acta.
2. Presentación de estadística del mes anterior sobre el tema relacionado.
3. Análisis de un caso de interés general de relevancia para el análisis.
4. Conclusiones y desarrollo de plan de mejora el cual debe ser difundido por el personal participante.
5. Lectura de acta de reunión y firma de los participantes.

En las siguientes reuniones se inicia con la lectura del acta anterior.

Para finalizar la coordinadora archiva las respectivas actas y planes de mejora y capacitación.

---