

**PERCEPCIÓN DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO
HOSPITALARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN DE
SALUD EN BOGOTÁ**

DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO

**UNIVERSIDAD ECCI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
BOGOTA D.C
2017**

**PERCEPCIÓN DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO
HOSPITALARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN DE
SALUD EN BOGOTÁ**

DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
ENFERMERA**

Asesor:

Enf. Mg JENNY PAOLA BLANCO SÁNCHEZ

**UNIVERSIDAD ECCI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
BOGOTA D.C
2017**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Bogotá, Enero de 2018

*...Si volviera a nacer, hay dos cosas que volvería hacer sin pensar,
ser enfermera y casarme contigo...*

Para mi amado esposo Elías, gracias por tu ayuda y paciencia.

A mis hijas Manuela y María José, las amo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer Dios, a quien todo le debo.

A la profesora Jenny Paola Blanco Sánchez, asesora de este trabajo de grado, ya que sin su guía, conocimiento y apoyo no lo hubiera logrado.

A mis docentes, de quienes recibí la mejor formación y me inculcaron siempre la importancia de la excelencia y dedicación hacia los pacientes.

A la universidad ECCI y a la Coordinación del programa de enfermería por preocuparse por la calidad de aprendizaje de sus egresados.

Un agradecimiento especial a la institución en la cual realice esta investigación y la cual considero mi segundo hogar, espero que este trabajo contribuya como un aporte al programa de seguridad del paciente.

A mis padres y hermanos que espero estén orgullosos de mí por haber alcanzado la formación profesional y servir de ejemplo para los que piensan que nos es posible.

CONTENIDO

RESUMEN	10
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	15
1. MARCO REFERENCIAL	17
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2 PREGUNTA PROBLEMA	26
1.3 JUSTIFICACIÓN	26
1.4 OBJETIVOS.....	28
1.4.1 Objetivo general.....	28
1.4.2 Objetivos específicos.....	28
1.5 DEFINICIÓN OPERATIVA DE CONCEPTOS	28
2. MARCO TEÓRICO	30
2.1 CALIDAD.....	30
2.2 PERCEPCIÓN	34
3. MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	35
3.2 POBLACIÓN	35
3.3 MUESTRA.....	36
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
3.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.7 ESCENARIO DE INVESTIGACIÓN	38
3.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.9 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS	39
3.10 CRITERIOS ÉTICOS	39
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	42
4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.....	42
4.1.1 Edad	42
4.1.2 Nivel educativo	43

4.1.3	Género.....	44
4.1.4	Estadio Civil.....	44
4.1.5	Cuidador.....	45
4.2	PRECEPCIÓN DE LA SEGURIDAD.....	46
4.2.1	Conocimiento.....	46
4.2.2	Pautas de Prevención.....	48
4.2.3	Actitud personal frente al riesgo.....	50
4.2.4	Riesgo Materializado.....	51
4.2.5	Percepción global.....	55
5.	CONCLUSIONES.....	56
6.	RECOMENDACIONES.....	58
	BIBLIOGRAFIA.....	60
	ANEXOS.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad	42
Gráfico 2. Nivel educativo	43
Gráfico 3. Género.....	44
Gráfico 4. Estado Civil.....	44
Gráfico 5. Cuidador	45
Gráfico 6. Conocimiento	47
Gráfico 7. Pautas de Prevención.....	49
Gráfico 8. Actitud personal frente al riesgo.....	51
Gráfico 9. Riesgo materializado	53
Gráfico 10. Riesgo de ocurrencia	53
Gráfico 11. Percepción global	55

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Conocimiento	46
Tabla 2. Pautas de Prevención	48
Tabla 3. Actitud personal frente al riesgo	50
Tabla 4. Riesgo materializado	52

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Encuesta de percepción del paciente sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario	66
ANEXO B. Permiso para la utilización de la encuesta	67
ANEXO C. Consentimiento Informado	68
ANEXO D. Permiso institucional para la recolección de datos	69

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la percepción de los pacientes sobre su seguridad durante la atención en un hospital de Bogotá

METODOLOGÍA: Estudio, descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, con el objetivo de describir la percepción de los pacientes sobre su seguridad durante la atención hospitalizados entidad Prestadora de Salud (IPS) privada de Bogotá. El instrumento utilizado fue un encuesta denominada percepción del paciente sobre las condiciones de seguridad del entorno hospitalario GCPC-UN versión paciente desarrollada por enfermeras de la universidad Nacional de Colombia, el cual se encuentra en prensa ,construido por 29 preguntas divididas en cinco categorías, los criterios de inclusión fueron pacientes del servicio de hospitalización, Pacientes mayores de edad ,Pacientes sin alteración del estado de conciencia, Pacientes cuya hospitalización sea mayor a 24 horas.

RESULTADOS: De la población global encuestada en la categoría de conocimiento el 98% los pacientes conocen la razón de la hospitalización, 65 % de los paciente no saben cómo prevenir o cómo actuar frente al riesgo, el 56% no conoce los derechos y deberes, sobre las pautas de seguridad fue percibida positivamente en un 36%, el 72% manejo una buena comunicación con el personal que lo atendía, En la identificación del riesgo y realizar alguna acción para disminuirlo el 33% de los pacientes siempre actúan para minimizar el peligro,21% nunca lo hace y el 46% algunas veces, en riesgo materializado los resultados más relevantes se dio en Flebitis: el 73% no lo presento el 27% si lo presento, el 26 % estuvo en riesgo y el 74% no estuvo en riesgo, Retiro o desplazamiento involuntario de dispositivos medico: el 86% no lo presento el 14% si lo presento, el 21 % estuvo en riesgo, Infecciones intrahospitalarias: el 84% no lo presento el 16% si lo presento, el 22 % estuvo en riesgo y finalmente en percepción global de seguridad El 92.5% de los pacientes si se sienten seguros en la institución, el 7.5% no se sienten seguros.

CONCLUSIONES: Es imperativo socializar a los pacientes sus deberes y derechos así como informarles sobre los riesgos a los se ven expuestos derivados a los procedimientos o tratamientos propios de la atención en salud, mejorar la comunicación y el nivel de respuesta ante el llamando del paciente, las flebitis y la no administración de medicamentos en el horario establecido fueron los eventos adversos de mayor percepción de los pacientes.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the perception of patients about their safety during hospital care in Bogotá

METHODOLOGY: This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, with the objective of describing the patients' perception of their safety during the hospitalized care of the Prestadora de Salud (IPS) private entity in Bogotá. The instrument used was a survey called patient perception on the safety conditions of the hospital environment GCPC-UN patient version developed by nurses of the National University of Colombia, which is in press, built by 29 questions divided into five categories, the Inclusion criteria were patients of the hospitalization service, patients of legal age, patients without alteration of the state of consciousness, patients whose hospitalization is greater than 24 hours.

RESULTS: Of the global population surveyed in the knowledge category, 98% of patients know the reason for hospitalization, 65% of patients do not know how to prevent or how to act against risk, 56% do not know the rights and duties, about safety guidelines it was positively perceived in 36%, 72% handled good communication with the staff that attended it, In identifying the risk and taking some action to reduce it, 33% of patients always act to minimize the danger , 21% never do it and 46% sometimes, at risk materialized the most relevant results occurred in phlebitis: 73% did not present it 27% if I present it, 26% was at risk and 74% was not At risk, involuntary withdrawal or displacement of medical devices: 86% did not present it 14% if I present it, 21% were at risk, Intrahospital infections: 84% did not present it 16% if I present it, 22% he was at risk and end ally in overall perception of safety 92.5% of patients feel safe in the institution, 7.5% do not feel safe.

CONCLUSIONS: It is imperative to socialize patients their duties and rights as well as inform them about the risks to which they are exposed derived to the procedures or treatments of health care, improve communication and the level of response to

the patient's call, phlebitis and the non-administration of medications at the established time were the adverse events of greater perception of patients.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un tema cuyo interés se ha ido incrementando en el siglo XX, desde su surgimiento en el año de 1999 ha tomado bastante importancia a través de los años, en vista de los errores que se cometían derivados de la atención en salud, así como sus devastadores efectos sobre la salud y bienestar de los pacientes; en la actualidad es un problema que continua latente y que obliga a los entes de salud de todos los países a trabajar en su solución, cada vez cobra más importancia en la medida que se quiere brindar un servicio de calidad, para este fin la organización mundial de la salud en el año 2004 crea la alianza por la seguridad del paciente, que busca brindar herramientas y promover acciones de forma unificada a todos los países del mundo.

Este fenómeno originó que las instituciones de salud dirigieran su atención a eliminar el riesgo y la ocurrencia de eventos adversos, no solo por el daño al que se ve sometido el paciente si no porque esto acarrea repercusiones económicas en las mismas, una de las estrategias implementadas es la cultura de seguridad ya sea de forma individual o colectiva.

En Colombia se han realizado diversos estudios sobre cultura de seguridad en diferentes instituciones, al igual que investigaciones dirigidas al análisis de percepción del paciente acerca de la atención, calidad y nivel de satisfacción, sin embargo, no se ha descrito de manera significativa la dimensión seguridad. En países como Estados Unidos, Australia y España se le ha dado un protagonismo importante al usuario donde es él quien tiene pleno conocimiento del evento adverso ya que maneja una comunicación y capacitación constante con las personas que lo atienden, esto le ha permitido a los gobiernos y a las instituciones mejorar, corregir e indagar las falencias que se presentan frente a esta temática permitiéndoles acrecentar sus estándares de calidad.

El paciente es un crítico y un informante directo sobre las cosas que él considera inseguras o sobre aquellas acciones que le causaron daño durante su estancia

hospitalaria, debido a que no se ve cohibido a manifestar las percepciones negativas que tuvo durante su estancia hospitalaria a diferencia del trabajador común, quien debería reportar el evento adverso en caso de que sucediera pero por diversos factores no lo hace, esto es consecuente a que se continúe con las fallas y errores porque no hay manera de conocer dónde están las falencias para su respectiva corrección.

La calidad en salud se puede resumir como la satisfacción y bienestar total de los usuarios y parte de estos principios a mantener los sistemas de salud libres de riesgos, la seguridad del paciente se dimensiona en la calidad y es un indicador importante a la hora de evaluarla precisamente en Colombia este proceso es liderado por sistema obligatorio de garantía y calidad en salud que dictamina las directrices a seguir para la habilitación y acreditación de aquellos que ofrezcan servicios a fin.

esta investigación tiene como objetivo conocer la percepción del paciente frente a la seguridad e indagar que conocimientos tienen acerca de aquello que puede representar una amenaza, si conoce o identifica el riesgo, la actitud que toma frente a ello ,si ha tenido eventos adversos; aportar a un conocimiento nuevo generado de las conclusiones y el análisis de los resultados de esta investigación desde el punto de vista del paciente quien ha tenido una limitada participación en temas de seguridad.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Desde su surgimiento en el año de 1999 la seguridad del paciente es un tema que ha tomado bastante importancia a través de los años, en vista de los errores que se cometían derivados de la atención en salud, así como sus devastadores efectos sobre los pacientes; en la actualidad es un problema que continúa latente y que obliga a los entes de salud de todos los países a trabajar en su resolución.

La seguridad del paciente es una estrategia mundial, difundida desde el 2004 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una respuesta a la alta tasa de mortalidad y lesiones discapacitantes como consecuencia de las prácticas médicas o atenciones inseguras en salud, se define como el “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencia(Ministerio de la Protección Social, 2008 p. 9)

La seguridad del paciente en Colombia es 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 (EA) para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Según Garcia Espinal (Garcia Espinal M, 2010) un evento adverso se define como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud y que muchas veces tienen consecuencias fatales para los pacientes a esto se le conoce como evento centinela. El EA no solo repercute al paciente y su familia por el daño físico, emocional y el estrés postraumático que este genera, si no que a su vez tiene un impacto negativo en la confianza y prestigio de los profesionales de salud, a su vez representa gastos generados en la resolución de pleitos penales por demandas o el

sobrecosto por el aumento de la estancia hospitalaria (Parra, Camargo Figueroa, & Rey Gomez, 2012)

Es por esta razón que se busca disminuir la ocurrencia de este fenómeno y mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, ya que seguridad del paciente es un indicador de calidad. (Parra, Camargo Figueroa, & Rey Gomez, 2012)

El concepto de seguridad de paciente no es nuevo y se ha forjado desde el inicio mismo de la medicina y la enfermería como lo demostró su pionera Florence Nightingale quien implementó una serie de cuidados encauzados a disminuir las infecciones y no causar más daños de los que el paciente ya tenía, más adelante en el año de 1911 el médico Estadounidense Ernest Codman considerado fundador de la gestión de los resultados en la atención del paciente, recopiló la información que le brindaban los usuarios sobre su percepción en la atención después del alta hospitalaria, esto le permitiría detectar errores y fallas en el diagnóstico y tratamiento lamentablemente los resultados obtenidos demostraron que tuvieron un impacto fatal para quienes fueron víctimas de dichos errores (Aranaz M Jesus, 2010).

Con la publicación del libro “Errar es de humanos” en el año 2012 derivado de la investigación del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América provocó un fuerte impacto en el mundo debido a las alarmantes cifras de muertes ocasionadas por los errores en los procesos de atención alrededor de 44.000 y 98.000 en los hospitales de Norteamérica (Ramirez et al., 2011). El error médico (EM) es una de las causas de los EA que vale la pena tener en cuenta aunque no hay una definición establecida a “error médico” si hay estudios que documentan las cifras de eventos adversos asociados, (Benito Narey Domínguez, 2005).

Domínguez (2005), afirma:

-“En hospitales estatales de Colorado, en 1984 y 1992, la frecuencia del EM fue de un 2,9 y 3,7 % de los egresos respectivamente.

- En el reporte del IOM se concluye que en EE. UU. en 1999 más de 1 millón de norteamericanos sufrieron de algún error prevenible (3,0 % de los egresos hospitalarios) y 98 mil fallecieron (para otros las cifras varían entre 40 y 100 mil) con un costo de \$17 a 29 billones. El EM fue la octava causa de muerte nacionalmente, por encima del cáncer de mama, accidentes de vehículos y el SIDA y la sexta causa de mortalidad en hospitales (para un 0,3 % de los egresos anuales).

- En un estudio de la Asociación de Cirugía de México, en el año 2004, en 7 715 historias clínicas, se encontró un 49,9 % de EM y un 16,8 % de MP.
- En 1999 la Agencia de Investigación de la Calidad de Atención Médica (AHRQ) de EUA reportó que en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se producía al menos 1 error por día.
- Agundez, en hospitales de California en el año 2003, al analizar los resultados de las necropsias, planteó que se encontraron entre un 8 y un 24 % de errores.
- Blendon, en el 2002, en una encuesta nacional en EE.UU. realizada a 831 médicos y 1 207 familias, encontró en los primeros que un 35 % conocían de eventos adversos (EA) y en los segundos fue un 42 % y de estos EA fallecieron un 7 y 10 % respectivamente.
- Harding, en el 2004, en una investigación en más de 5 millones de egresos en hospitales pediátricos, en menores de 19 años, de 27 estados de EE. UU., encontró 4 500 fallecidos por EM para un 0,9 % de los egresos.”

Finalmente, Domínguez (2005) concluye que lo significativo no es ahondar sobre el evento adverso como tal, lo importante es la identificación oportuna de las causas de los errores médicos para prevenir su ocurrencia.

El estudio IBEAS realizado en el 2009 con la participación de cinco países de Latinoamérica en colaboración de la OMS y la OPS (Organización Panamericana

de salud) identificó la prevalencia de efectos adversos en los hospitales de Latinoamérica y permitió representar varios aspectos relevantes en torno a la seguridad de los pacientes a continuación se mencionan algunos:

- El 68.9% de los EA prolongan la estancia hospitalaria aumentando el riesgo de sufrir más eventos adversos
- El 65% de lo EA que se presentaron se pudieron haber prevenido
- El EA de mayor frecuencia en un 37.9% fue la infección nosocomial, el 28.69% por algún procedimiento y un 13.16% asociados al cuidado y un 9.22 % relacionado a la medicación.
- El 18.2% de los EA causaron un reingreso del paciente.

El estudio mencionado anteriormente deja herramientas para la identificación de la incidencia de EA como alternativa de mejora y apoyo a las políticas públicas de seguridad del paciente (Ministerio de la Sanidad y Política Social, 2009).

En cuanto a la relación del EA con enfermería se pueden mencionar aquellos que son de mayor relevancia, en los cuales se encuentran las úlceras por presión (UPP), flebitis, caídas y retiro de dispositivos médicos, (Parra, Camargo Figueroa, & Rey Gomez, 2012) la literatura muestra una alta incidencia de estos eventos, en un estudio de cohorte concurrente sobre eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería en una institución de salud de tercer nivel de atención en la ciudad de Bucaramanga Colombia en el 2012 a una población de 198 pacientes muestra que al 65.63% de la población presento un EA, de los cuales el 8.6% corresponde a flebitis, 8.1% a UPP y el 1.01% a las caídas. De esta misma investigación se concluyó que pese a que la literatura es escasa en cuanto al comportamiento de EA estos no tienen una relación directa con las características sociodemográficas de la población, sin embargo, la ocurrencia de estos eventos recae a la población mayor de 65 años tal vez por el grado de vulnerabilidad se acrecienta con la edad y el factor común que involucra el riesgo de presentar un EA es recibir servicios de salud.

Es fundamental garantizar el derecho de adquirir un servicio de calidad donde el paciente esté en un ambiente depurado de fallas y que todos los que intervienen en su recuperación sean actores principales de una atención segura. La seguridad del paciente es un factor de vital importancia a la hora de evaluar calidad, la prevención de eventos adversos que muchas veces están atribuidos a errores humanos (Ruiz Solar, 2014).

Según Donadecian (2001) calidad de la atención se define como "aquella que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes", para lograr este proceso Donadecian dentro de su teoría incluye en la dimensión de proceso todas las acciones del personal que interviene en la atención del paciente y clasifica en la dimensión de resultado la opinión la percepción del paciente sobre dicha atención.

En el programa de la OMS por la alianza mundial para la seguridad del paciente se plantean seis áreas estratégicas una de ellas es "pacientes para la seguridad del paciente" y trata de la inclusión del paciente en el cuidado de su seguridad (García Avellan, Pozo Domingo, García Izquierdo, & Hernández). Cada vez va tomando más importancia la opinión y participación de los pacientes en los procesos de seguridad no solo porque permite mejorar la calidad si no por que el paciente manifiesta de manera directa sus opiniones sin temores a dejar ver la fragilidad en los procesos de atención segura de las instituciones.

Múltiples son los esfuerzos dirigidos a la reducción o abolición de los eventos adversos, según Amaya (2009) la esencia del evento adverso es el daño en el paciente de manera no intencional y son consecuencia de la atención en salud, se pueden clasificar en evitables y no evitables. Los eventos adversos no evitables son aquellos "sobre los que el conocimiento científico actual no tiene la capacidad de intervención" (Amaya Luengas Sergio, 2009). Un ejemplo sería un paciente que padece de cáncer, recibe tratamiento farmacológico con quimioterapia, pero con

una dosis o frecuencia insuficiente por lo cual su condición empeora. Y con ejemplo anterior se haría una pregunta ¿si se hubiese administrado una dosis adecuada el paciente hubiera mejorado? hubo presencia de un error, un evento adverso evitable va ligado a la presencia del error, Amaya (2009) define “uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes”.

El error también tiene categorizaciones, en errores por acción Amaya (2009) los divide en dos, por planeación que serían aquellas que no se deben realizar y por ejecución son acciones ejecutadas de manera indebida. Los errores por omisión son las acciones que debieron haberse realizado y no se ejecutaron, otra clasificación es saber si son errores conscientes o inconscientes y la relación que existe entre la causa y el error, que en la literatura se conoce como mistakes (actos asociados por falta de conocimientos o habilidades ,experiencia en las labores realizadas) o slips (a pesar de ser idóneo tubo un descuido), como estrategia las instituciones implementa el entrenamiento y la inducción, para los segundos una de las estrategias más implementadas y que son objeto de evaluación por los entes gubernamentales de control son las listas de chequeo que permiten refrescar la memoria y repasar los procesos antes de ejecutarlos.

Es importante conocer la causa de los errores para ello se implementa el modelo del queso suizo (Amaya 2009) “muchos factores inciden en la secuencia de un evento adverso evitable. Por lo tanto, a efectos de evitarlos y de prevenir la presentación de los errores, es necesario explorar las causas por las cuales surgen los errores. El objetivo no es “corregirlos”, sino identificar las causas y bloquearlas, para evitar que se vuelva al error”. Una de las herramientas implementadas en Colombia y en otros países es el protocolo de Londres usado para la investigación y análisis de los incidentes clínicos.

En España en el año 2010 se llevó a cabo una investigación en la que se evaluó la percepción de los pacientes sobre la seguridad en los servicios sanitarios y es que dentro de las políticas públicas españolas se incentiva todas las estrategias que busquen mejorar la calidad de atención en los servicios de salud como ya se ha indicado anteriormente la seguridad del paciente hace parte de la calidad, esta investigación sirvió de fuente para conocer las distintas herramientas que evalúan percepción del paciente sobre su atención, prestación del servicio de salud y nivel de satisfacción en general. A su vez en la creación de un cuestionario que aborda directamente la percepción del paciente sobre su seguridad, es importante involucrar al paciente dentro de estos procesos.

La construcción de lazos entre los pacientes y los profesionales de la salud después de la presentación de un evento tiene importancia crítica. El Foro Nacional para la Calidad recientemente publicó en su reporte del año 2010, “Prácticas Seguras para una Mejor Atención en Salud”, recomendando, que el paciente debe recibir información oportuna, transparente y clara en relación con lo que se refiere al evento adverso.(Mendez Melendez, Garza Hernandez , Hidalgo Castañeda , Gonzalez Salina, & Perez Turrubiates, 2015)

En la búsqueda de la literatura respecto a percepción del paciente sobre su seguridad, en Colombia, se encontraron dos trabajos que lo abordan, uno es de la Universidad Nacional realizado por enfermeras, denominado “**condiciones de seguridad de pacientes con enfermedad crónica sobre el entorno hospitalario en Colombia**”(Rosero Vargaz, Sanchez Herrera, & Carrillo , 2016)un estudio realizado entre los años 2013-2014endiferentes instituciones de salud públicas, en las regiones colombianas de Amazonia, Andina, Caribe, Orinoquia y Pacifico, en el que se obtuvieron los siguientes resultados a nivel nacional:

“En cuanto a las pautas de prevención frente al riesgo hospitalario, se encontró que, en Colombia, en promedio el 61,3% de los pacientes ha sido instruido sobre pautas de seguridad, El 77,8% de los pacientes recibe respuesta oportuna del personal a su llamado; El 86,8% de pacientes señala que es identificado por su nombre antes

de cualquier procedimiento, El 82,3% evalúa de forma positiva la comunicación con el personal de salud.

A nivel nacional el 68,6% de los pacientes señala haber recibido información sobre riesgos y complicaciones, El 74,2% de los pacientes indica que observa pautas de prevención frente al riesgo en el personal que lo atiende. Los pacientes perciben que el mayor cumplimiento en pautas de prevención por parte del personal que los atiende es identificarlo por su nombre (86,6%); los ítems que reflejan mayor percepción del riesgo son la observación de los lugares nuevos (29,5% con respuesta negativa); la confianza en el personal que lo atiende (27,8% con respuesta negativa); la solicitud de apoyo frente al riesgo (25,9% con respuesta negativa); la vigilancia frente a riesgos en el lugar de permanencia (con 22,7% de respuesta negativa); la capacidad para manejar condiciones y eventualidades de la hospitalización (18% de respuesta negativa); la proactividad para minimizar riesgos (16,03% de respuesta negativa), y el acatamiento de las recomendaciones de seguridad (16,02% de respuesta negativa), más del 20% de los pacientes afirma haber sufrido una caída y haber tenido flebitis durante la hospitalización, y menos del 10% afirma haber tenido un retiro accidental de dispositivos o haber sido confundido con otro paciente. Por otra parte, en cuanto a la percepción del riesgo, los pacientes señalan haber percibido mayor riesgo de ocurrencia durante la hospitalización con respecto a las caídas y las flebitis, con valores cercanos al 30%. Los que menos perciben son el ser confundido con otro paciente, el retiro accidental de dispositivos y las úlceras por presión. A la pregunta de percepción global de seguridad, los pacientes en su mayoría respondieron sentirse seguros (86,3%), con percepciones más altas en la región Andina (94,8%), el Caribe (93,3%) y la Orinoquía (93,1%), y las más bajas en la región amazónica (6,45%) y pacífica (52%)”.

El otro estudio se desarrolló en una institución pública, es una investigación realizada por en el cual se evidenciaron los siguientes hallazgos: en la categoría de información se evidencia con un porcentaje del 88.2% que la información brindada por el personal de salud se da de manera clara y precisa, en cuanto eventos adversos el 97,2 % e incidentes el 99.64% de los encuestados refieren no evidenciar estas situaciones finalmente en la percepción general de seguridad los pacientes

del hospital universitario en un 88.77% la consideran satisfactoria. Sin embargo, es importante mencionar que para el desarrollo de esta investigación se utilizó un instrumento que no se encuentra validado para el contexto colombiano a lo que le restaría confiabilidad al estudio;

Al brindar un servicio asistencial la enfermera es fuente del cuidado directo caracterizado por ser humanizado, eficiente y continuo con el propósito de generar una percepción positiva respecto al cuidado que se brinda(j Silva, Cordova S, Vergaray Villanueva, & Partezani Rodrigues, 2014) gracias a esta interacción tan directa nos permite identificar vacíos en el cuidado y realizar una continua retroalimentación en pro de mejorar nuestro servicio, la satisfacción y el confort de los pacientes es uno de los objetivos que hacen parte del deber ser de la enfermera y aprovechando la comunicación tan directa con el paciente nos hace idóneas para ser quien instruya, eduque y realice toda una serie de actividades para que el paciente participe en los procesos de seguridad del paciente.

Como se evidencia anteriormente, en Colombia la literatura es escasa porque no se evalúa la percepción del paciente sobre su seguridad. Las investigaciones realizadas en torno a este fenómeno se centran en la percepción de los médicos, enfermeras y demás trabajadores del área de la salud y es ahí donde se encontró el vacío del conocimiento ya que por medio de la revisión literaria se permite vislumbrar un nuevo horizonte para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud y se ha evidenciado que les ha permitido implementar acciones dirigidas a involucrar y fortalecer el autocuidado del paciente y disminuir la alta tasa de eventos adversos, muchos de estos pacientes sufrieron los efectos que les acarreó un error en salud y de alguna manera estas situaciones los empodera para dar su punto de vista; una situación muy frecuente que reportan los pacientes es que sienten en riesgo por diferentes situaciones, la más común es que perciben es el cansancio del personal que los atienden (J.J Mira , J. Vitaller , M Ziadi, S Lorenzo, P Rebasa, 2008)

1.2 PREGUNTA PROBLEMA (J.J Mira , J. Vitaller , M Ziadi, S Lorenzo, P Rebas, 2008)

Por lo anterior esta investigación pretende dar respuesta a la pregunta ¿Cuál es la percepción de las condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes hospitalizados en una institución de salud en Bogotá?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación tiene como propósito indagar sobre el conocimiento y percepción del paciente sobre su seguridad, de los resultados que arroje esta investigación se podrá concluir si la participación de los pacientes permite desarrollar nuevas herramientas al igual que estrategias que disminuyan la ocurrencia de eventos adversos.

Desde la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud en la normatividad colombiana se incluye la política de seguridad del paciente y se utiliza como indicador para evaluar, habilitar y acreditar los servicios de salud, es un principio fundamental de la misma política al igual que la disposición de los trabajadores de salud para cumplir derecho de los pacientes de gozar una atención óptima. (Alonso, 2008)

Desde el punto de vista normativo responde a la estrategia impulsada por la OMS que busca involucrar al paciente en su auto cuidado y en la política nacional, hace parte de los elementos de la línea estratégica educativa “promoción de la universidades en la formación y la investigación de seguridad del paciente”, por ende es necesario indagar la percepción del paciente sobre su seguridad, la literatura muestra que el mismo, es una gran fuente de información sobre el riesgo o en el reporte de un evento adverso y muchos de ellos desconocen la existencia de todo un marco legislativo a nivel mundial que trata de garantizar su seguridad, con base a esto las instituciones han desarrollado novedosas estrategias que

involucran al paciente y su familia; mejorando sus indicadores de seguridad. Así pues, el punto de vista del paciente puede fortalecer todos estos procesos para mejorar su seguridad y proteger su integridad y del mismo modo dar cumplimiento al derecho fundamental de la salud.(Ministerio de la protección social, 2008)

En esencia el objeto de enfermería es el cuidado del ser humano, propender el bienestar del paciente, bajo esta consigna esta investigación pretende abordar al paciente quien es el más afectado debido a una acción errada u omisión de la misma; el evento adverso que si bien no es causado con intencionalidad produce un daño muchas veces irreparable. Según el estudio IBEAS 2009, la mayoría de eventos adversos se pudieron haber prevenido, prolongan la estancia hospitalaria aumenta los costos y deja secuela graves para el paciente(ministerio de la sanidad y política social, 2009) a su vez se pone en riesgo el vínculo de confianza, tranquilidad y satisfacción que un paciente debería tener durante su estancia hospitalaria(Bautista R, 2008).

Al brindar un servicio asistencial la enfermera es fuente del cuidado directo caracterizado por ser humanizado, eficiente y continuo con el propósito de generar una percepción positiva respecto al cuidado que se (j Silva, Cordova S, Vergaray Villanueva, Partezani Rodrigues, 2014)gracias a esta interacción tan directa se permite identificar vacíos en el cuidado y realizar una continua retroalimentación en pro de mejorar de la atención, la satisfacción y el confort de los pacientes es uno de los objetivos que hacen parte del deber ser de la enfermera y aprovechando la comunicación tan directa con el paciente hace a los profesionales de enfermería las personas idóneas para ser quien instruya, eduque y realice toda una serie de actividades para que el paciente participe en los procesos de seguridad del paciente.

Abordar este fenómeno inexplorado en enfermería, permite contribuir a la construcción del conocimiento disciplinar coherente, íntegro y relacionado con la práctica, de manera que permita establecer metas claras y acordes a la realidad

que propendan por mantener el bienestar y mejorar la calidad de vida y la seguridad de los sujetos de cuidado.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Describir la percepción de los pacientes sobre su seguridad durante la atención en un hospital de Bogotá.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en una institución de salud.
- Determinar el conocimiento relacionado con las condiciones de seguridad de los pacientes en una institución de salud de Bogotá
- Describir las pautas de prevención relacionadas con las condiciones de seguridad de los pacientes en una institución de salud en Bogotá
- Exponer la actitud personal frente al riesgo relacionada con las condiciones de seguridad de los pacientes en la institución en Bogotá
- Establecer la percepción del riesgo materializado de los pacientes

1.5 DEFINICIÓN OPERATIVA DE CONCEPTOS

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** “Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en

el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.”(Ministerio de la protección social, 2008)

- **PERCEPCIÓN:**(Vargaz Melgarejo, 1994) “se define cómo el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización”
- **EVENTO ADVERSO :** “Es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base”.(Amaya Luengas Sergio, 2009).
- **CALIDAD EN SALUD:** “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”(Donabedian, 2001)

2. MARCO TEÓRICO

La seguridad del paciente es un proceso que es parte fundamental de los procesos de calidad en los artículos el artículo 227 de la ley 100 dice: "Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad.

De la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público".

2.1 CALIDAD

El autor por citar es Avedis Donabedian considerado uno de los máximos exponentes sobre la calidad en salud. Nacido el 7 de junio de 1919 en Beirut, Líbano, médico en la Universidad Americana de Beirut en 1955 de la Universidad de Harvard obtuvo una maestría en salud pública, A través de un *corpus* de ocho libros, más de 50 artículos y numerosas cátedras, Avedis Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud, propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". (Donabedian, 2001).

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

Donadecian (2001) señala que la calidad tiene tres componentes importantes:

- Componente Técnico: es la aplicación de la ciencia y tecnología a favor de la salud.
- Componente Interpersonal: es la relación entre las personas regidas por las normas y valores sociales, contempla los aspectos éticos de los profesionales de salud.
- Componente Confort: Son todos aquellos elementos que están en el entorno del paciente y hacen que su atención sea más comfortable.(Alvar Net, 1991)

Un aspecto importante que destacar de sus escritos son los siete pilares que sostienen y sustentan la calidad:

1. Eficacia: es la capacidad para hacer mejoras en la atención en salud y brindarles a los pacientes mejores condiciones
2. Eficiencia: contempla todas las mejoras en salud para agilizar los servicios.
3. Optimización: Es lograr procesos más efectivos, ágiles y versátiles.
4. Accesibilidad: ofrecer una atención en salud oportuna y de fácil acceso.
5. Aceptabilidad: nos refiere el grado en el que el paciente acepta la atención, lo ideal es cumplir con las expectativas y depende de valores subjetivos sobre la efectividad eficiencia y optimización.
6. Efectividad: este es un aspecto que es medible por medio de una evaluación, permite conocer si los procesos cumplen con las expectativas.
7. Relación médico-paciente: Los pacientes desean recibir un trato digno, respetuoso y considerado por parte de las personas que intervienen en su atención.

Cada uno de estos componentes es un reto a nivel personal e institucional, permiten mejorar la calidad en atención, el grado de compromiso que se tenga aumenta las expectativas de resultados positivos.

En el modelo de la calidad en la atención médica, Donadebian(2012) establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado, así como los indicadores para evaluarla.

INDICADORES DE ESTRUCTURA: Son atributos materiales (equipos e instrumentos, instalaciones físicas) y de organización (reglamentos, procedimientos y sistemas de información), recursos humanos, financieros disponibles en los lugares donde se presta atención.

INDICADORES DE PROCESO: Aquellas actividades creadas para la atención donde los actores son las personas que interviene directamente con la atención del paciente, sus habilidades, destrezas y técnica con la que lleven a cabo la atención, son las acciones del personal, de los pacientes procesos de comunicación y la aplicación de los procedimientos.

INDICADORES DE RESULTADO: Aquí tiene gran importancia la satisfacción del paciente por la atención recibida, la calidad es evaluada por el usuario, se puede observar si hay cumplimiento de los indicadores propuestos, si los proceso en la atención son adecuados y cumplen los más exigentes estándares de calidad y esto se refleja en la acreditación institucional.

Como ya se mencionó anteriormente la seguridad del paciente es un proceso que hace parte de la calidad y como Donadebian lo describe es muy importante la satisfacción del usuario, si el paciente está complacido y a gusto con la atención que se le brinda es porque el servicio dado es de buena calidad, por eso considero que esta investigación aporta para mejorar los procesos de seguridad y a su vez la calidad de atención en salud de la institución.

(Benson & Potts, 2014)“la experiencia del paciente es un resultado clave de la calidad de los servicios de salud modernos”, En países como Inglaterra se realizan

encuestas nacionales a pacientes hospitalizados y ambulatorios de todas las clases de especialidades médicas, utilizando diferentes herramientas como el cuestionario howRwe, si bien el termino experiencia es diferente a percepción tiene un punto de conexión indirecta según el Instituto Beryl define la experiencia del paciente como "la suma de todas las interacciones, en forma de una la cultura de la organización, que influyen en las percepciones del paciente a través de la Continuidad de la atención " (LaVela& Gallan, 2014).

El termino percepción ha tenido diferentes interpretaciones y conceptos que lo definen, Melgarejo hace una recopilación de diferentes autores que difieren sobre el significado de percepción, desde el punto de vista de la psicología que es la ciencia encargada del estudio de la percepción se define(Vargas Melgarejo Luz Marina, 1994) "como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización". Según Melgarejo el término ha sido utilizado indiscriminadamente para designar otros aspectos relacionados, la percepción es biocultural ya que depende de los estímulos físicos y sensoriales, otro elemento importante son las experiencias del diario vivir y los antecedentes socioculturales, Melgarejo quien cita de forma secundaria a Gonzales que dice que la percepción no es necesariamente un proceso que debe ser verbalizado, también está en el subconsciente y afecta de manera directa nuestro comportamiento.

2.2 PERCEPCIÓN

Se define percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, impetración y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social (Allport, 1974: 7-8).

Esto nos indica que el paciente percibe que las seguridades están relacionadas con la calidad del ambiente de trabajo la práctica de enfermería y el papel de liderazgo de enfermería en el cambio del entorno de trabajo para disminuir los eventos adversos.

Se han desarrollado diferentes instrumentos para evaluar la atención de enfermería como agente protector de su seguridad, Entre estos el cuestionario utilizado en el hospital de Alicante entre los años 2010 al 2013 (Avellan Garcia Clara, Pozo Domingo Manuela, Izquierdo Garcia Nieves, 2013)

3. MARCOMETODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo no experimental, descriptivo, transversal, que se realiza con el objetivo de describir la percepción de los pacientes sobre su seguridad durante la atención hospitalizados entidad Prestadora de Salud (IPS) privada de Bogotá.

los estudios no experimentales de tipo descriptivo buscan(Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Lucio., 2006)“especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” teniendo por objetivo conocer las situaciones y costumbres que son de mayor predominancia, no solo se limita a la recolección de datos si no que predice e identifica la relación entre las variables, En este caso se buscó observar, analizar y describir la percepción de los pacientes sobre su seguridad en una institución privada en Bogotá.

Es un estudio transversal, puesto que la obtención de los datos se realizó en un momento único, durante los meses de septiembre a noviembre de 2017. El abordaje es cuantitativo porque se recolectó información numérica y se analizó mediante técnicas estadísticas que permitieron determinar la percepción de los pacientes sobre su seguridad.

3.2 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 120 pacientes hospitalizados, dato que corresponde a la capacidad instalada para el servicio de hospitalización en una institución de Salud privada de la ciudad de la ciudad de Bogotá.

3.3 MUESTRA

Para el presente estudio, se tuvieron en cuenta aspectos como el tamaño de la población, el tipo de instrumento y la recolección de la información. Se realizó un muestro probabilístico los cuales son esenciales en los diseños descriptivos, donde se pretende hacer estimaciones de variables en la población, dichas variables se miden y se analizan con pruebas estadísticas en una muestra de la que se presume que ésta es probabilística y que todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos. (Hernández Sampieri R, Fernandez Collado C, 2014).

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde, N = tamaño de la población Z = nivel de confianza, p = probabilidad de éxito, q = probabilidad de fracaso d = Error máximo admisible

Para este estudio se planteó un nivel de confianza del 95% y un porcentaje de error del 5%, así pues, el tamaño de la muestra para este estudio correspondió a 94 pacientes hospitalizados en una institución de salud de la ciudad de Bogotá en el periodo comprendido entre septiembre y noviembre de 2017.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes del servicio de hospitalización.
- Pacientes mayores de edad
- Pacientes sin alteración del estado de conciencia
- Pacientes cuya hospitalización sea mayor a 24 horas

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes que no sepan leer y escribir
- Pacientes cuyo estado de salud no les permita responder el cuestionario.

3.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la presente investigación se utilizó la encuesta Percepción de Condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalario, versión paciente, elaborada por el Grupo de Cuidado al paciente crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia, la cual se encuentra validada para el contexto colombiano (validez aparente y facial) y por medio de expertos. (Vargas, Sánchez, & Carillo, 2016)(Ver Anexo A)

Esta encuesta está conformada por 29 ítem distribuidos en cinco categorías:

1. CONOCIMIENTO: siete preguntas que hace referencia al conocimiento que tiene el paciente sobre aspectos de seguridad y evento adverso en términos claros para él.
2. PAUTAS DE PREVENCIÓN: seis preguntas relacionadas a las acciones de la institución sobre estrategias de seguridad aplicada a los pacientes.
3. ACTITUD PERSONAL FRENTE AL RIESGO: siete preguntas que describen si el paciente identifica posibles riesgos.
4. RIESGO MATERIALIZADO: ocho preguntas que hacen referencia al hecho de haber sufrido un evento adverso
5. PERCEPCIÓN GLOBAL DE SEGURIDAD: una pregunta general sobre si le paciente se siente o no seguro durante la hospitalización.

Esta encuesta cuenta con un encabezado en el que se indaga por datos sociodemográficos de los participantes.

3.7 ESCENARIO DE INVESTIGACIÓN

La institución donde se realizó el estudio pertenece al sector de la salud privada, una clínica con un nivel de complejidad de cuarto nivel cuenta con todas las especialidades en la atención de adultos

3.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo del presente proyecto se tuvo en cuenta el siguiente proceso:

1. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del programa de Enfermería de la Universidad ECCI.
2. Carta de autorización de las autoras de la encuesta
3. Aprobación del director de la institución de salud en la que se recolectarán los datos
4. Diligenciamiento del consentimiento informado por parte de los pacientes que aceptaron participar en el estudio.
5. Aplicación de la encuesta a los pacientes hospitalizados en la institución de salud, en el diligenciamiento de la encuesta, se generaron algunas inquietudes, por lo que requirió explicación por parte del investigador, se tuvo en cuenta que todos los participantes comprendieran la totalidad las preguntas, se aclararon dudas y se brindó apoyo a las personas que lo requerían en caso de presentar alguna dificultad.
6. Tabulación de los datos recolectados en cada uno de las encuestas aplicadas, la cual se realizó mediante el apoyo del programa Excel, del paquete Microsoft Office 2013, software que se encuentra debidamente legalizado por la Universidad ECCI y por la investigadora.

3.9 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información obtenida se organizó, tabuló y procesó en una base de datos del programa Excel, del paquete de Microsoft Office 2013, siguiendo una codificación previamente establecida por el investigador, se tuvieron en cuenta los datos sociodemográficos y las preguntas correspondientes a cada una de las categorías que conforman la encuesta.

Se realizó el análisis mediante estadística descriptiva como distribución de frecuencias, medidas de tendencia central como el promedio y la mediana, de posición como los cuartiles y percentiles.

3.10 CRITERIOS ÉTICOS

Esta investigación se encuentra aprobada por el Comité de Investigación del programa de Enfermería de la Universidad ECCI, mediante acta No. 11 de 2017. Se circunscribe en el marco legal vigente relacionado con las investigaciones con seres humanos en Colombia, consignados en la Resolución 8430 de 1993 en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación de salud y se clasifica con riesgo mínimo de acuerdo con lo establecido en la puesto que no interviene, ni modifica ninguna variable biológica, fisiológica, psicológica o social.

Para el desarrollo de la investigación se cuenta con el permiso para el uso de la encuesta denominada Percepción de Condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalario, versión paciente, cuya autoría pertenece al grupo de investigación de cuidado al paciente crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia (Ver Anexo B).

Se respetan los principios éticos establecidos para la investigación en salud, así:

- **Beneficencia:** como se mencionó anteriormente la investigación es de riesgo mínimo, la aplicación de la encuesta no generó ninguna afectación psicológica teniendo en cuenta la manera como se pregunta y la explicación que se da de cada uno de los ítems. La recolección de la información permitió escuchar a las personas sobre sus percepciones en cuanto a su seguridad ya que busca dar un aporte desde el punto de vista del paciente en su propia seguridad durante la atención en salud.
- **Autonomía:** para la participación en la investigación y previo a la aplicación de la encuesta, se realizó lectura completa del consentimiento informado, indicando que el paciente decide participar de manera voluntaria y puede retirarse en cualquier momento si así lo decide. (Ver Anexo C).
- **Confidencialidad:** la recolección, procesamiento y análisis de los datos fue realizada únicamente por la investigadora para fines académicos propios de este estudio, se aseguró el anonimato en el procesamiento y análisis de los datos utilizando un sistema de codificación alfanumérico para la organización de la información en un equipo de cómputo propio de la investigadora.
- **Reciprocidad:** Se cuenta con el permiso institucional para la recolección de los datos en la institución de salud, con el fin de garantizar este principio ético la investigadora se compromete a socializar los resultados con el equipo de la dependencia de Seguridad del Paciente. (Ver anexo D), igualmente durante el proceso de recolección de datos se indicaba mediante intervenciones educativas, la importancia de identificación y reporte de riesgos percibidos por los pacientes o sus familiares con el fin de disminuir la aparición de eventos adversos en los participantes de la investigación.
- **Veracidad y Honradez Intelectual:** Para la presentación del presente informe final se aplicaron las normas de presentación de trabajos escritos de la Universidad ECCI. Se aplican las normas de referenciación de material

bibliográfico, elaboración de citas textuales y autores consultados. Este informe corresponde a un reporte real y verídico de los hallazgos y el análisis de los datos encontrados tras la aplicación de la encuesta Percepción de Condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalario, versión paciente. Esta investigación se realiza como opción de grado de una estudiante del programa de enfermería de la universidad ECCI, por lo cual se acoge al reglamento de propiedad intelectual establecido por la universidad mediante Resolución Rectoral 06 del 5 de julio de 2016.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos después de aplicar la encuesta denominada **“Percepción del entorno de seguridad de seguridad del entorno hospitalario, versión paciente”** a 94 pacientes de los diferentes servicios de la institución de salud de Bogotá.

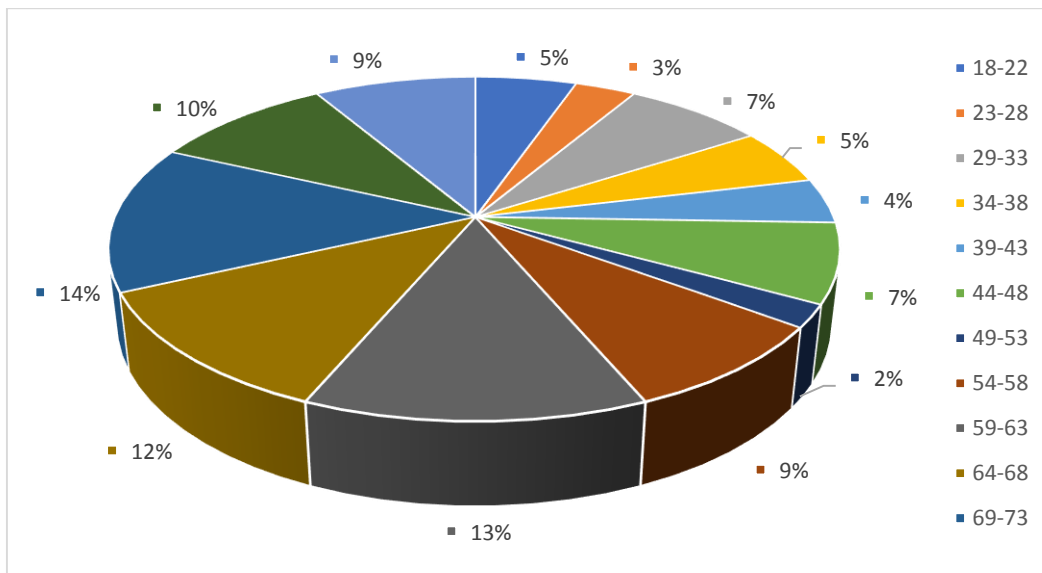
La recolección de los datos se realizó en un periodo de dos meses comprendidos entre septiembre a noviembre del año 2017, se realizó una matriz en Excel para la tabulación de los datos obtenidos con la aplicación de la encuesta posterior a ello se elaboraron las tablas y gráficos para ilustrar las características socio demográficas y cada una de las categorías de la encuesta

4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

4.1.1 Edad

La distribución de las edades se realiza por medio de agrupaciones en grupos de edad.

Gráfico1. Edad

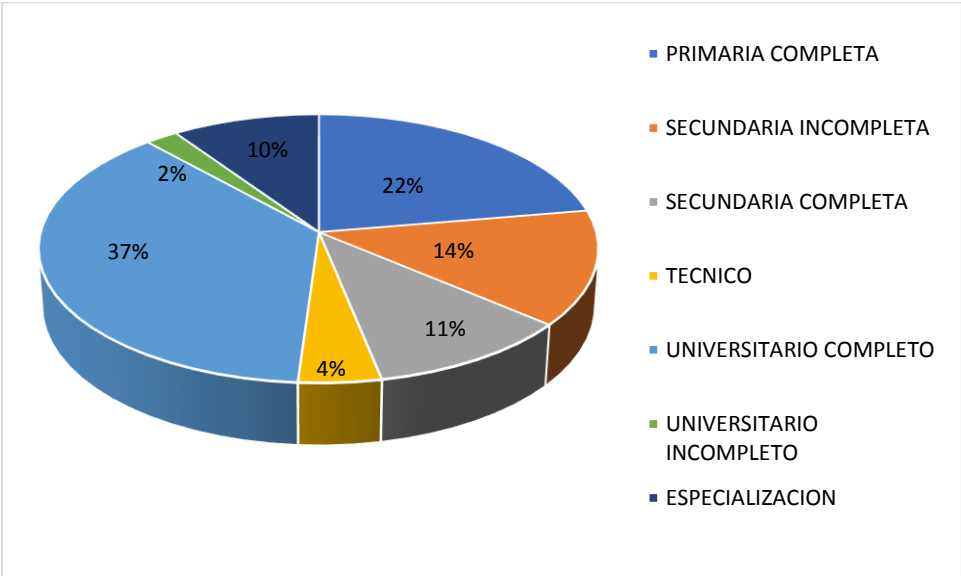


Fuente: Creación propia con datos de la investigación

El Grafico 1, muestra que el rango de edad de los pacientes encuestados en la institución de salud oscila principalmente entre los 69 y 73 años con un 14%, seguido de pacientes de 59 y 63 años con un 13%, de 64 a 68 años un 12% de 74 a 78 años un 10%,79 a 84 años un 9% de 54 a 58 años otro 9% de 44 a 48 años un 7% de 29 a 33 años otro 7%,de 18 a 22 años un 5% de 23 a 28 años un 3% y un 2% de 49 a 53 años.

4.1.2 Nivel educativo

Gráfico 2.Nivel educativo

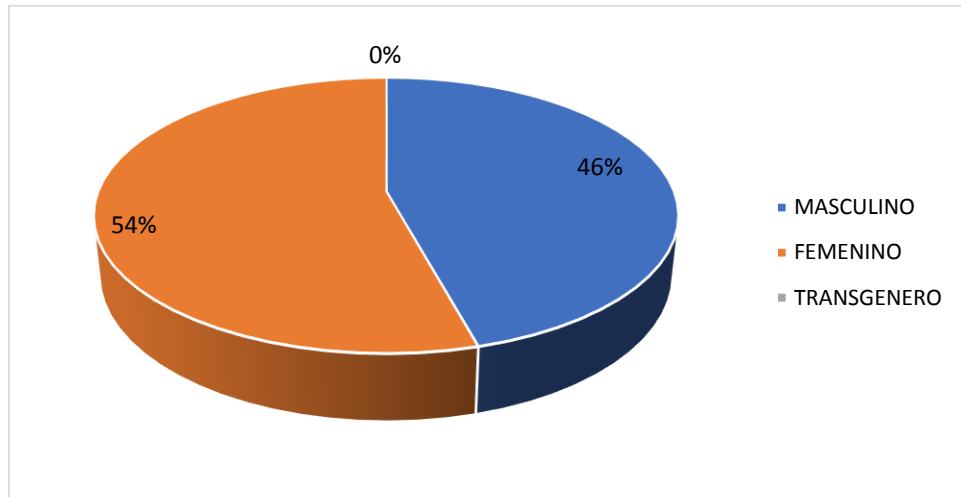


Fuente: Creación propia con datos de la investigación

El grafico 2, muestra que, del total de la población encuestada, el 37% tienen un nivel de escolaridad de Universitario completo y un 2% está incompleta, seguidos del 22% con un nivel de escolaridad primaria completa y el 14 % secundaria incompleta,11% secundaria completa un 4% es técnico y el 10% cuenta con especialización.

4.1.3 Género

Gráfico 3. Género

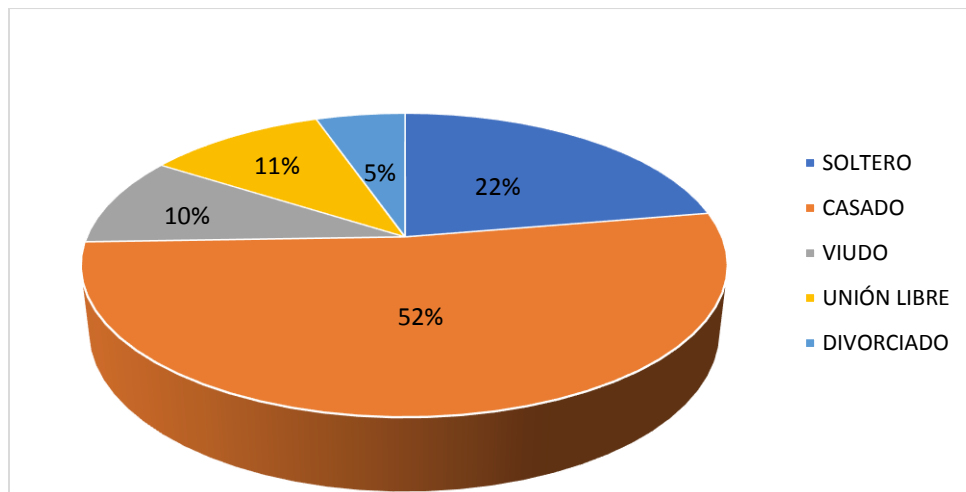


Fuente: Creación propia con datos de la investigación

De los noventa y cuatro pacientes encuestados, hombres equivalentes a un 46% y mujeres a un 54% respectivamente.

4.1.4 Estado Civil

Gráfico 4. Estado Civil

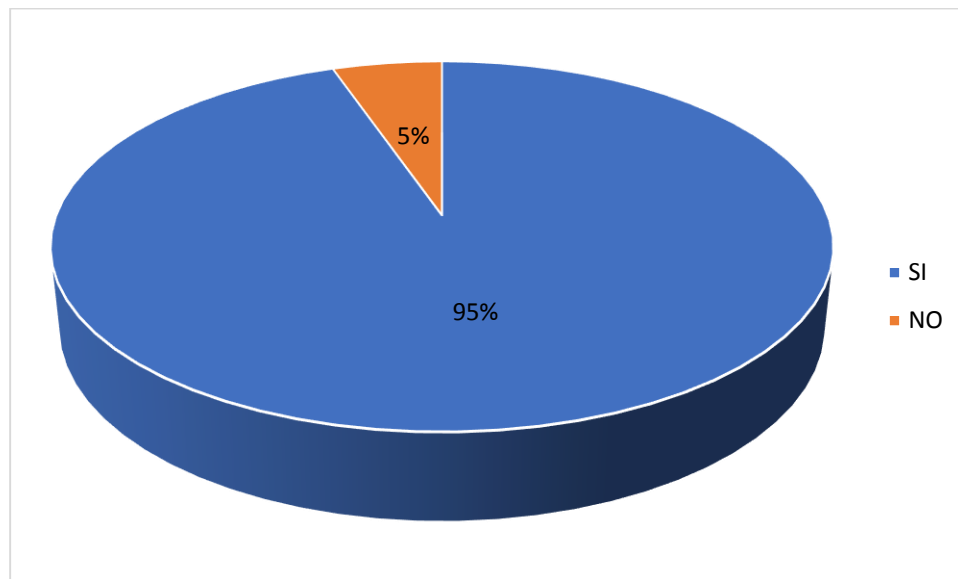


Fuente: Creación propia con datos de la investigación

De total de la población la gran mayoría de los pacientes es casada con una representación del 52%, en este orden el 22% son solteros, el 10% viven en unión libre y el 5% están divorciados.

4.1.5 Cuidador

Gráfico 5. Cuidador



Fuente: Creación propia con datos de la investigación

Esta categoría se le pregunto al paciente si cuenta con una persona que lo acompañe o lo cuide durante su convalecencia a lo que el 93% responde que si cuenta con un cuidador u un 5% no cuenta con cuidador.

Como conclusión al análisis sociodemográfico se deduce que la mayoría de población encuestada pertenece al género femenino con un 54%, al igual que en estudio realizado por Vargas rocero (2016) predomina la población femenina ya que obtuvieron a nivel nacional el 60.5% de mujeres encuestadas cuentan en su gran mayoría con formación universitaria lo que facilitó la comprensión de la encuesta, las edades predominantes superan los 54 años, los pacientes tiene el respaldo de tener quien los apoye durante su enfermedad ya que es importante vincular a la familia la cuida del enfermo en el estudio realizado

4.2 PRECEPCIÓN DE LA SEGURIDAD

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación en las categorías: conocimiento, pautas de prevención, actitud personal frente al riesgo, riesgo materializado y percepción global de seguridad.

4.2.1 Conocimiento

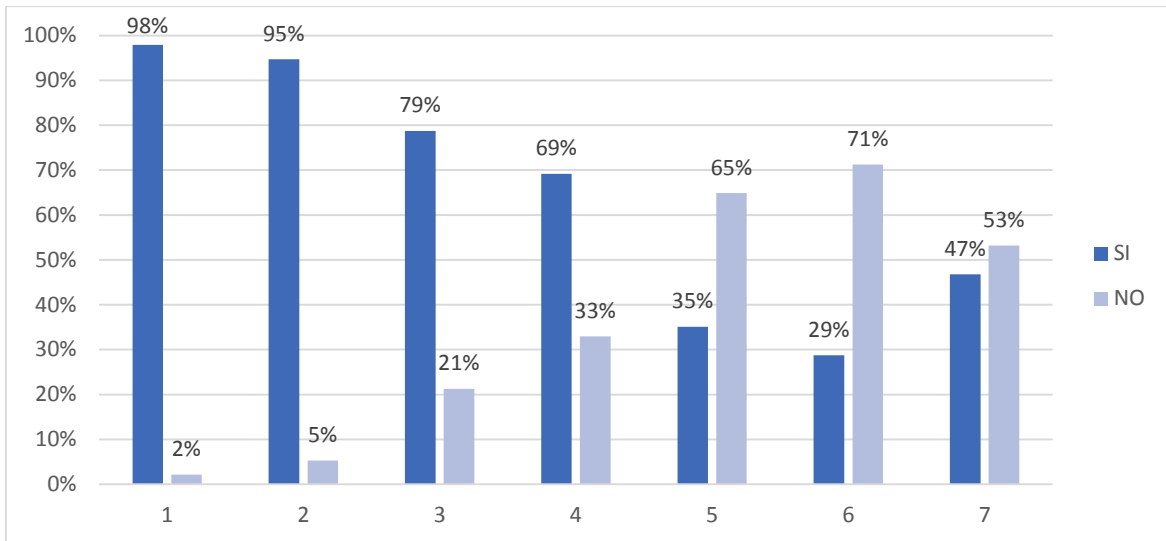
Es importante mencionar que los ítems 2, 4 y 6 corresponden a preguntas abiertas, sin embargo, para efectos de la tabulación y análisis de los datos recolectados, se marcaron dentro de la base de datos con la respuesta dicotómica establecida para los demás ítems de la dimensión evaluada.

Tabla 1. Conocimiento

ÍTEM CONOCIMIENTO		PORCENTAJE
1. ¿Conoce la razón por la que se encuentra hospitalizado?	SI	98%
	NO	2%
2. ¿Cuál es?	SI	95%
	NO	5%
3. ¿Cree que durante la hospitalización usted puede estar expuesto a algunos riesgos?	SI	79%
	NO	21%
4. ¿Cuáles?	SI	70%
	NO	30%
5. ¿Sabe qué hacer para que estos riesgos no ocurran?	SI	35%
	NO	65%
6. ¿Conoce cómo actuar ante la ocurrencia de estos riesgos?	SI	29%
	NO	71%
7. ¿Conoce sus deberes y derechos como paciente durante la hospitalización?	SI	47%
	NO	56%

Fuente: Creación propia con datos de la investigación

Gráfico 6. Conocimiento



Fuente: Creación propia con datos de la investigación

Esta categoría evalúa el conocimiento que el paciente tiene sobre el riesgo de estar hospitalizado, muchos pacientes ingresan a los servicios confiados, sin imaginar los riesgos a los que pueden verse expuestos, asumiendo que, si están bien atendidos por los profesionales, están seguros (Rosero Vargaz, Sanchez Herrera, & Carrillo, 2016)

Un 98% los pacientes conocen la razón de la hospitalización, en cuanto al conocimiento de los riesgos a los que se exponen en la hospitalización, el 79% de los pacientes conocen el riesgo, lo que es favorable ya que les permite estar atentos, sin embargo, el 65% de los pacientes no saben cómo prevenir o cómo actuar frente al riesgo, finalmente solo al 47% de los pacientes se les informó sobre sus derechos y deberes, el otro 56% manifestó no haber recibido dicha información.

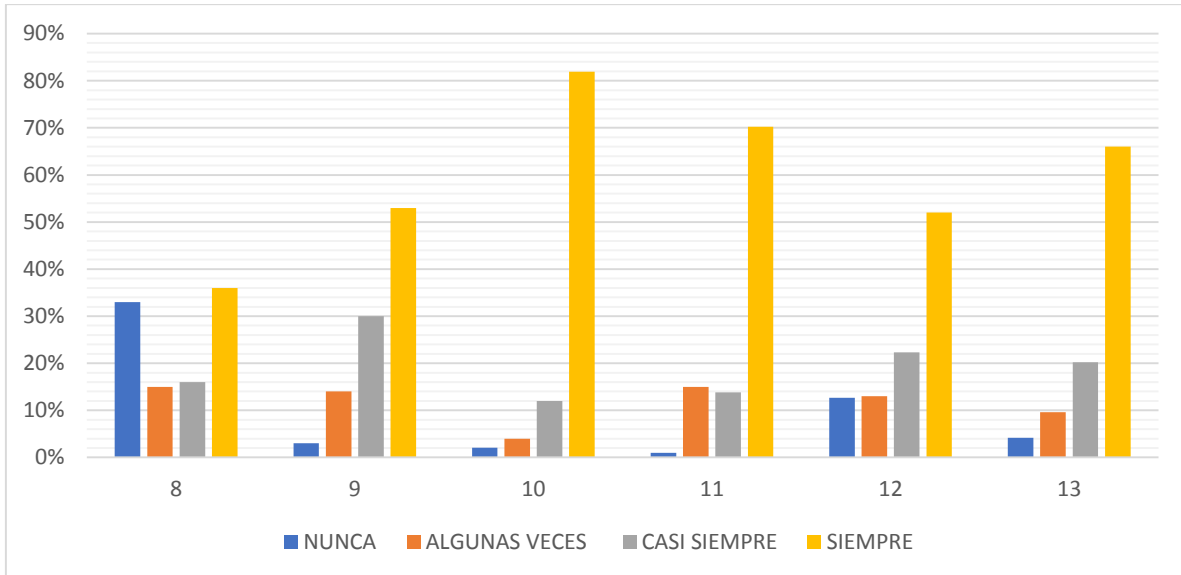
4.2.2 Pautas de Prevención

Tabla 2. Pautas de Prevención

PAUTAS DE PREVENCIÓN		PORCENTAJE
8. ¿Le han explicado las reglas y procedimientos de seguridad durante su hospitalización?	Nunca	33%
	Algunas veces	15%
	Casi siempre	16%
	Siempre	36%
9. ¿El personal de salud acude oportunamente ante sus llamados?	Nunca	3%
	Algunas veces	14%
	Casi siempre	30%
	Siempre	53%
10. ¿El personal de salud lo identifica o llama por su nombre antes de realizar cualquier procedimiento?	Nunca	2%
	Algunas veces	4%
	Casi siempre	12%
	Siempre	82%
11. ¿Existe una comunicación plena, clara y confidente con el personal de salud?	Nunca	1%
	Algunas veces	15%
	Casi siempre	14%
	Siempre	70%
12. ¿Le han brindado información sobre los riesgos y complicaciones de los tratamientos y procedimientos realizados durante la hospitalización?	Nunca	13%
	Algunas veces	13%
	Casi siempre	22%
	Siempre	52%
13. ¿Ha observado si el personal que lo atiende cumple las medidas para prevenir los riesgos?	Nunca	4%
	Algunas veces	10%
	Casi siempre	20%
	Siempre	66%

Fuente: Creación propia con datos de la investigación

Gráfico 7. Pautas de Prevención



Fuente: Creación propia con datos de la investigación

Los paciente requieren estar informados sobre los procesos de salud a los que se verá sometido durante la hospitalización, sobre los riesgos y las consecuencias de cada procedimiento al que se someta, responder oportunamente los requerimientos, es importante mantener una comunicación contante y explicarle al paciente que clase de procedimiento se le va a realizar(Rosero Vargaz, Sanchez Herrera, & Carrillo , 2016)la buena identificación de los pacientes reduce la ocurrencia de eventos adversos esta categoría evalúa los aspectos mencionados anteriormente.

La información que se brinda al paciente sobre las pautas de seguridad fue percibida positivamente en un 36%, el 33% refiere que nunca se le informó, el 53% de los pacientes recibió atención oportuna, el 44% restante casi siempre y algunas veces. el 81.9% manifestó ser identificado por su nombre, el 70.2% manejo una buena comunicación con el personal que lo atendía solo el 1% respondió que nunca lo hacía, en cuanto a la información sobre los riesgos y complicaciones de los tratamientos o procedimientos, el 53% manifestó que siempre fue informado sobre los riesgos y complicaciones de los tratamientos y procedimientos, el 22.3% casi siempre, algunas veces el 13% y nunca el 12.7% .en las medidas de prevención

frente al riesgo adoptadas por el personal de salud el 66% de los usuarios respondió que siempre lo hacen, algunas veces el 9.6%, casi siempre 20.2% y nunca el 4.2%.

4.2.3 Actitud personal frente al riesgo

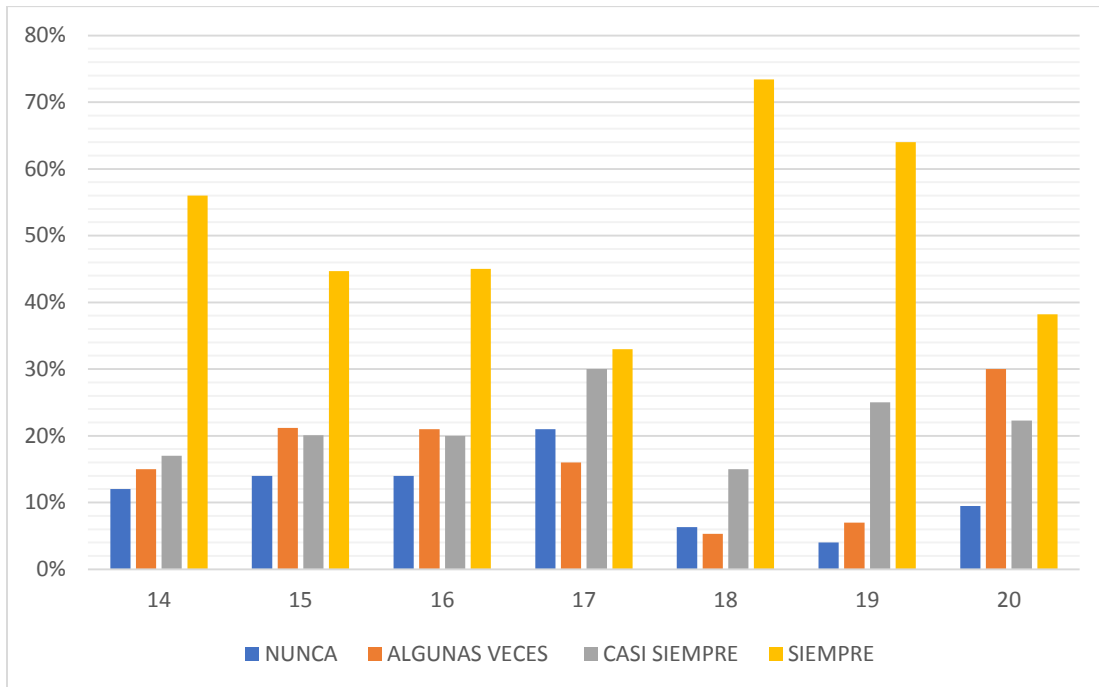
En esta categoría se evalúan las medidas de autocuidado de los pacientes la capacidad de observación y atención de los pacientes, así como la capacidad de identificar el peligro e informarlo

Tabla 3. Actitud personal frente al riesgo

ÍTEM	PORCENTAJES	
14. Cuando Ud. llega a un lugar nuevo ¿lo observa con atención?	Nunca	12%
	Algunas veces	15%
	Casi siempre	17%
	Siempre	56%
15. ¿Está Ud. pendiente de detectar posibles riesgos en este espacio?	Nunca	14%
	Algunas veces	21.2%
	Casi siempre	20%
	Siempre	44.7%
16. Cuando Ud. detecta un posible riesgo, ¿busca o pide apoyo?	Nunca	14%
	Algunas veces	21%
	Casi siempre	20%
	Siempre	45%
17. Cuando Ud. detecta un posible riesgo ¿Hace algo para minimizarlo?	Nunca	21%
	Algunas veces	16%
	Casi siempre	30%
	Siempre	33%
18. ¿Sigue (atiende oportunamente) las recomendaciones de seguridad formuladas por el personal de salud?	Nunca	6.3%
	Algunas veces	5.3%
	Casi siempre	15%
	siempre	73.3%
19. ¿Siente confianza en los profesionales que lo atienden en la hospitalización?	Nunca	4%
	Algunas veces	7%
	Casi siempre	25%
	Siempre	64%
20. ¿Se siente capaz de manejar las condiciones y eventualidades propias de la hospitalización?	Nunca	9.5%
	Algunas veces	30%
	Casi siempre	22.3%
	Siempre	38.2%

Fuente: Creación propia con datos de la investigación

Grafico 8. Actitud personal frente al riesgo



Fuente: Creación propia con datos de la investigación

En la observación detallada cuando llega a un lugar nuevo el 56% de los participantes manifestaron siempre hacerlo, en la detección del riesgo y pedir apoyo el 44.7% siempre lo hace, el 21.2% algunas veces y nunca el 14%. En la identificación del riesgo y realizar alguna acción para disminuirlo el 33% de los pacientes siempre actúan para minimizar el peligro, 21% nunca lo hace y el 46% algunas veces. El 73% siempre sigue las recomendaciones solo el 6.3% nunca las sigue. La confianza en los profesionales que los atiende fue percibida positivamente en un 64%, el 4% nunca tiene confianza.

4.2.4 Riesgo Materializado

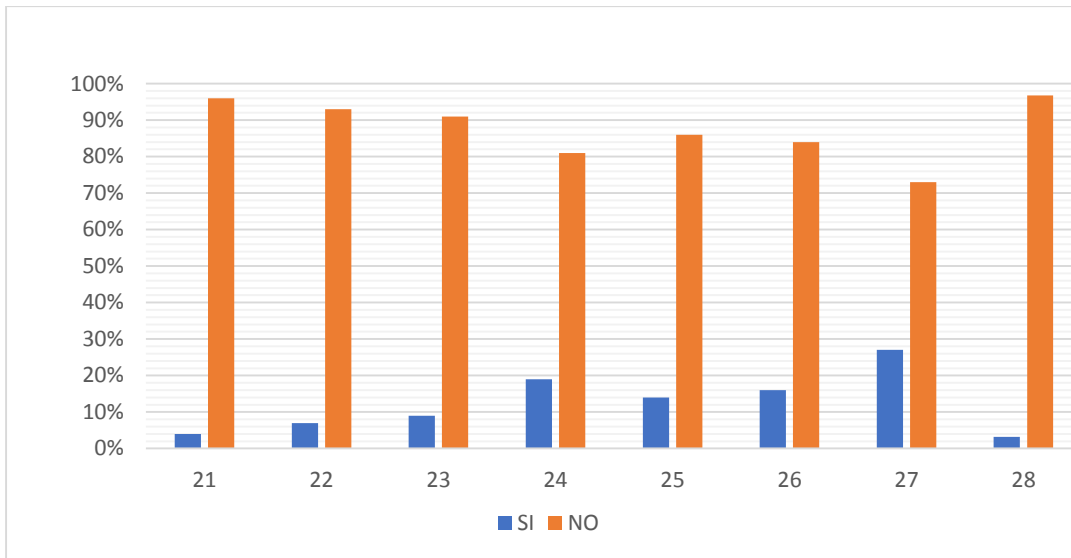
Esta categoría evalúa si se presentaron eventos adversos o si el paciente percibió haber estado o no en riesgo.

Tabla 4. Riesgo materializado

ÍTEM		PORCENTAJE
Caídas	No	96%
	Sí	4%
	Sin riesgo	72%
	Con riesgo	28%
Úlceras por presión	No	93%
	Sí	7%
	Sin riesgo	82%
	Con riesgo	18%
Reacción adversa a medicamentos	No	91%
	Sí	9%
	Sin riesgo	83%
	Con riesgo	17%
Administrar medicamentos fuera del horario	No	81%
	Sí	19%
	Sin riesgo	80%
	Con riesgo	20%
Retiro o desplazamiento involuntario de dispositivos médicos	No	86%
	Sí	14%
	Sin riesgo	79%
	Con riesgo	21%
Infecciones intrahospitalarias	No	84%
	Sí	16%
	Sin riesgo	78%
	Con riesgo	22%
Flebitis	No	73%
	Sí	27%
	Sin riesgo	74%
	Con riesgo	26%
Ser confundido con otro paciente	No	96.8%
	Sí	3.2%
	Sin riesgo	95%
	Con riesgo	5%

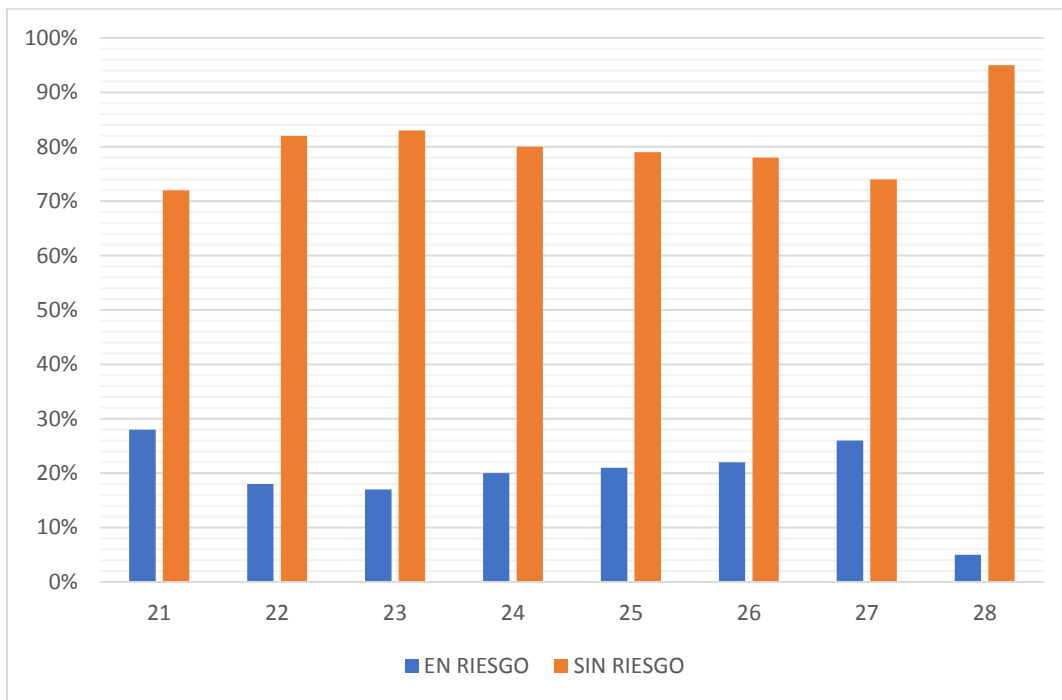
Fuente: Creación propia con datos de la investigación

Grafico 9. Riesgo materializado



Fuente: Creación propia con datos de la investigación

Grafico 10. Riesgo de ocurrencia



Fuente: Creación propia con datos de la investigación

Caídas: el 96% no presento un evento en contraste con el 4% que si presento alguna caída durante su estancia hospitalaria. El 28% estuvo en riesgo de caída y el 72% sin riesgo.

En relación a la Ulceras por presión, el 93% no presentó un evento 7% que si presento alguna UPP durante su hospitalaria. El 18% estuvo en riesgo de UPP y el 82% no presento riesgo.

reacción adversa a medicamentos: el 91% no presento un evento 9% que si presento alguna UPP durante su hospitalaria. El 17% estuvo en riesgo y el 83% no presento riesgo.

administración de medicamentos fuera del horario establecido: el 81% no presento un evento el 19% manifestó haberlo presentado durante su hospitalaria. El 20% estuvo en riesgo y el 80% no presento riesgo.

Retiro o desplazamiento involuntario de dispositivos medico: el 86% no lo presento el 14% si lo presento, el 21 % estuvo en riesgo y el 79% no estuvo en riesgo.

Infecciones intrahospitalarias: el 84% no lo presento el 16% si lo presento, el 22 % estuvo en riesgo y el 78% no estuvo en riesgo.

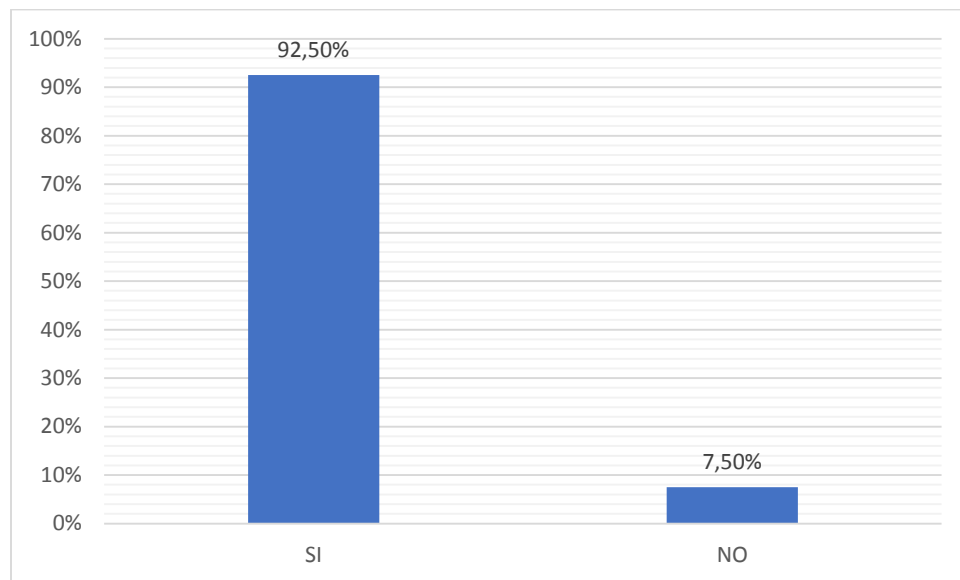
Flebitis: el 73% no lo presento el 27% si lo presento, el 26 % estuvo en riesgo y el 74% no estuvo en riesgo.

Confundido con otro paciente: el 96.8% no lo presento el 3.2% si lo presento, el 5 % estuvo en riesgo y el 95% no estuvo en riesgo.

4.2.5 Percepción global

Esta categoría se definió por una única pregunta, donde el paciente manifiesta si se siente seguro o no en la institución

Grafico 11. Percepción global



Fuente: Creación propia con datos de la investigación

El 92.5% de los pacientes si se sienten seguros en la institución, el 7.5% no se sienten seguros

5. CONCLUSIONES

De la encuesta realizada sobre evaluación de la percepción de los pacientes sobre su seguridad en el entorno hospitalario la cual permitió conocer la opinión de los pacientes en las diferentes categorías de la encuesta las cuales se enfocan en aspectos de conocimiento de la situación salud, pautas de prevención, actitud personal frente al riesgo, riesgo materializado y percepción global de seguridad.

Los resultados hallados muestran que en la categoría de conocimiento, los pacientes conocen sin duda las razones de su hospitalización, los riesgos a los que se ven expuestos, tal vez por el alto nivel educativo que se maneja ya que el 47% tiene formación universitaria en contraste con el estudio de Vargas Rocero que solo el 69% alcanza una formación menor al bachillerato (Vargas Rosero et al., 2017), sin embargo se evidenció que más de la mitad de los pacientes desconoce sobre los derechos y deberes durante su estancia en la institución y es importante resaltar que según la resolución 4343 del 2012 por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado es de obligatoriedad cumplimiento para todos aquellos que presten un servicio de salud (Ministerio de la Protección Social, 2008).

En la categoría de pautas de prevención se concluye que es necesario fortalecer la comunicación y la explicación de los riesgos a los que los pacientes se pueden ver expuestos en la realización de exámenes, tratamientos farmacológicos y procedimientos quirúrgicos ya que solo una minoría tiene claridad sobre estos procesos; la actitud de los pacientes frente al riesgo se refleja de manera positiva ya que la gran mayoría se mantiene alerta ante posibles riesgos e informan sobre las amenazas que detectan como pisos mojados, camas dañadas o timbres disfuncionales entre otras.

En la categoría de riesgo materializado es la identificación directa de los eventos adversos ocurridos por parte de los pacientes o el riesgo detectado por ellos al haberlos podido presentar, de esta se concluye que la mayoría percibe que las

flebitis es el evento adverso de mayor ocurrencia, seguido de la no administración de medicamentos en el horario establecido ,retiro de dispositivos e infecciones adquiridas en el hospital, siendo esta última uno de los eventos adversos más costoso para las instituciones ya que se prolonga la estancia hospitalaria y según el estudio Ibeas(ministerio de la sanidad y politica social, 2009)este es el evento adverso de mayor impacto a nivel nacional de igual manera estos resultados son semejantes a los estudios realizados por Vargas rocero en las diferentes regiones del territorio nacional en hospitales públicos

en cuanto al riesgo de ocurrencia fueron las caídas y flebitis los eventos que los pacientes percibieron como haber estado en riesgo presentarlos siendo estos según el estudio de parra unos de los eventos relacionas a enfermería los de mayor frecuencia(Parra Dora Ines, Camargo Fabio Alberto, 2012),en proporciones semejantes los paciente manifiestan que las infecciones hospitalarias, y retiro de dispositivos fueron situaciones a las cuales ellos consideraron haber percibido algún riesgo.

La percepción global de seguridad se mantiene positiva y responde a las expectativas de los pacientes en el momento de la atención, ya que consideran sentir seguridad en la institución y esto es importante pues refleja parte de la calidad esperada.

6. RECOMENDACIONES

PARA LA INSTITUCION

La seguridad del paciente deber considerada como un proceso fundamental y de primordial interés en todas las instituciones que presenten servicio de salud, ya sean públicas o privadas, no solo por ser un indicador de calidad al cual se debe responder de manera satisfactoria ante las entidades de control, sino por la responsabilidad social y humanística al brindar un cuidado de salud ,los pacientes depositan su confianza y ponen su vida en las manos de quienes los atienden confiando en el conocimiento y la ética, asintiendo que hay van a cuidador de él y que va a mejorar su estado de salud.

Muchos de ellos desconocen sobre el evento adverso y todas las implicaciones que trae consigo haber presentado alguno dado esto me permito exponer las siguientes recomendaciones:

1. Al ingreso de todo paciente sin excepción se le debe dar a conocer sus derechos y deberes utilizando diferentes ayudas pedagógicas (folletos, información audiovisual, información personalizada etc.)
2. Brindar información sobre pautas de prevención como el uso del timbre, la deambulaci3n asistida, barandas elevadas acompa1ante permanente en caso de que lo amerite, lavado de manos y verificaci3n de la identificaci3n del paciente.
3. Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia en la atenci3n oportuna del paciente y en el manejo de una comunicaci3n clara, amable y asertiva esto reafirma la confianza del usuario en el personal que loa atiende.
4. Indagar la raz3n del porque el paciente percibe que no recibe su tratamiento farmacol3gico no es suministrado a las horas establecidas
5. Revisar los protocolos y crear estrategias que permitan disminuir con la flebitis.

6. Involucrar al paciente, familia y/o cuidadores en el cuidado de su propia seguridad esto hace parte de una estrategia mundial impulsada por la OMS ya que la evidencia a demostrado que se desarrollan factores protectores cuando se es conocedor del riesgo.
7. Crear canales de comunicación que le permitan al paciente tener claridad total sobre posibles riesgos y complicaciones de todo procedimiento que se realice, muchos pacientes manifestaron firmar el consentimiento sin recibir información alguna ya que el profesional no le daba más información.
8. Reafirmar los procesos basados en las guías y protocolos ya establecidos para mejorar la seguridad del paciente, así como realizar monitoreos y controles de su cumplimiento ya sea por medio indicadores o checklist periódicos con el fin de evaluar debilidades y fortalezas en cuanto a temas de seguridad, vale la pena recordar que muchos de estos procesos son indicadores de evaluación de la calidad ante entes de vigilancia externos.

PARA ENFERMERÍA

1. tener en cuenta la opinión de los pacientes y a partir de ello generar intervenciones de enfermería que sean direccionadas a minimizar el riesgo en la atención

PARA INVESTIGACIÓN

1. Dar continuidad a investigaciones que aborden este fenómeno poco explorado en Colombia y Latinoamérica.
2. Realizarlo en instituciones públicas donde las características de la población pueden ser diferente y generar estudios comparativos entre lo público y lo privado.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso, B. K. C. (2008). *Calidad en salud en Colombia, Los Principios*. (E. S. Ltda., Ed.), *Universidad Nacional de Colombia* (Vol. 11).
<http://doi.org/10.1590/S0036-36342011000500003>
- Alvar Net, S. R. (1991). La Calidad de la Atención. *Ponències I Jornades*, (3), 1–13.
http://doi.org/http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- Amaya Luengas Sergio. (2009). seguridad del paciente:conceptos y analisis de eventos adversos. *Centro de Gestion Hospitalaria*, 48, 6–19.
<http://doi.org/http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>
- Aranaz M Jesus, A. Y. (2010). la cultura de seguridad del pacientE:del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Medical Clinic*, 147(3), 113–5.
<http://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.11.024>
- Avellan Garcia Clara, Pozo Domingo Manuela, Izquierdo Garcia Nieves, M. F. M. A. (2013). survey on perseption of patients about safety. Retrieved from [http://www.pasq.eu/desktopmodules/blinkpspreview/files/Survey on perception of patients about safety.pdf](http://www.pasq.eu/desktopmodules/blinkpspreview/files/Survey%20on%20perception%20of%20patients%20about%20safety.pdf)
- Bautista R, L. M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan*, 8(1), 74–84.
<http://doi.org/10.5294/125>
- Benito Narey Domínguez, R. (2005). Calidad De La Atención De Salud. Error Médico Y Seguridad Del Paciente. *Revista Cubana Salud Pública*, 31(3), 239–44.
- Benson, T., & Potts, H. W. W. (2014). A short generic patient experience questionnaire: howRwe development and validation. *BMC Health Services Research*, 14(1), 499. <http://doi.org/10.1186/s12913-014-0499-z>
- Donabedian, A. (2001). calidad aisitencia. españa: revista calidad asistencial.
- Garcia Espinal M, Y. G. L. G. G. L. (2010). *Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos basicos*. Universidad CES.

<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Lucio., B. (2006). *Análisis de los datos cuantitativos. Metodología de la investigación.*

<http://doi.org/10.6018/turismo.36.231041>

Hernandez Sampieri R, Fernandez Clollado C, B. lucio P. (2014). Selección de la Muestra. *Metodología de La Investigacion*, 589. Retrieved from

http://sined.uaem.mx:8080/bitstream/handle/123456789/2776/506_6.pdf?sequence=1

J.J Mira , J. Vitaller , M Ziadi, S Lorenzo, P Rebas, C. A. R. (2008). Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Medicina Clinica*, 131(SUPPL. 3), 26–32. [http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76458-3](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76458-3)

Ministerio de la protección social. lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente 45 (2008). Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

ministerio de la sanidad y política social, E. (2009). Estudio IBEAS, prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos En Hospitales de Latinoamérica INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009.*

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4343 Del 2012 (2012). Retrieved from

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 4343 de 2012.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%204343%20de%202012.pdf)

Parra Dora Ines, Camargo Fabio Alberto, G. R. R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería : flebitis , úlceras por presión y caídas Adverse events arising from nursing care : phlebitis , pressure ulcers and falls. *Enfermería Global*, 28, 159–169. Retrieved from

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010

- Ramirez, O. J. G., Gámez, S. A., Gutiérrez, A. A., Salamanca, J. G., Vega, A. G., & Galeano, E. M. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances En Enfermería*, 29(2), 363–374. Retrieved from <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831>
- Vargas Melgarejo Luz Marina. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, (48), 47–53. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Vargas Rosero, E., Coral Ibarra, R., Moya Plata, D., Tamara Ortiz, V., Mena, Y., & Romero González, E. (2017). Percepción de las condiciones de seguridad de pacientes con enfermedad crónica sobre el entorno hospitalario en Colombia. *Aquichan*, 17(1), 53–69. <http://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.6>
- Alonso, B. K. C. (2008). *Calidad en salud en Colombia, Los Principios*. (E. S. Ltda., Ed.), *Universidad Nacional de Colombia* (Vol. 11). <http://doi.org/10.1590/S0036-36342011000500003>
- Alvar Net, S. R. (1991). La Calidad de la Atención. *Ponències I Jornades*, (3), 1–13. http://doi.org/http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- Amaya Luengas Sergio. (2009). seguridad del paciente:conceptos y analisis de eventos adversos. *Centro de Gestion Hospitalaria*, 48, 6–19. <http://doi.org/http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>
- Aranaz M Jesus, A. Y. (2010). la cultura de seguridad del pacientE:del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Medical Clinic*, 147(3), 113–5. <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.11.024>
- Avellan Garcia Clara, Pozo Domingo Manuela, Izquierdo Garcia Nieves, M. F. M. A. (2013). survey on perseption of patients about safety. Retrieved from <http://www.pasq.eu/desktopmodules/blinkpspreview/files/Survey on perception of patients about safety.pdf>
- Bautista R, L. M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan*, 8(1), 74–84. <http://doi.org/10.5294/125>
- Benito Narey Domínguez, R. (2005). Calidad De La Atención De Salud. Error

- Médico Y Seguridad Del Paciente. *Revista Cubana Salud Pública*, 31(3), 239–44.
- Benson, T., & Potts, H. W. W. (2014). A short generic patient experience questionnaire: howRwe development and validation. *BMC Health Services Research*, 14(1), 499. <http://doi.org/10.1186/s12913-014-0499-z>
- Donabedian, A. (2001). calidad aisitencia. españa: revista calidad asistencial.
- Garcia Espinal M, Y. G. L. G. G. L. (2010). *Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos basicos*. Universidad CES. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Lucio., B. (2006). *Analisis de los datos cuantitativos. Metodología de la investigación*. <http://doi.org/10.6018/turismo.36.231041>
- Hernandez Sampieri R, Fernandez Clollado C, B. lucio P. (2014). Selección de la Muestra. *Metodología de La Investigacion*, 589. Retrieved from http://sined.uaem.mx:8080/bitstream/handle/123456789/2776/506_6.pdf?sequence=1
- J.J Mira , J. Vitaller , M Ziadi, S Lorenzo, P Rebasa, C. A. R. (2008). Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Medicina Clinica*, 131(SUPPL. 3), 26–32. [http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76458-3](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76458-3)
- Ministerio de la proteccion social. lineamientos para la implementacion de la politica de seguridad del paciente, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente 45 (2008). Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
- ministerio de la sanidad y politica social, E. (2009). Estudio IBEAS, prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamerica. *Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos En Hospitales de Latinoamérica INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009*.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolucion 4343 Del 2012 (2012). Retrieved from

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 4343 de 2012.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_4343_de_2012.pdf)

- Parra Dora Ines, Camargo Fabio Alberto, G. R. R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería : flebitis , úlceras por presión y caídas
Adverse events arising from nursing care : phlebitis , pressure ulcers and falls. *Enfermería Global*, 28, 159–169. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010
- Ramirez, O. J. G., Gámez, S. A., Gutiérrez, A. A., Salamanca, J. G., Vega, A. G., & Galeano, E. M. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances En Enfermería*, 29(2), 363–374. Retrieved from <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831>
- Vargas Melgarejo Luz Marina. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, (48), 47–53. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Vargas Rosero, E., Coral Ibarra, R., Moya Plata, D., Tamara Ortiz, V., Mena, Y., & Romero González, E. (2017). Percepción de las condiciones de seguridad de pacientes con enfermedad crónica sobre el entorno hospitalario en Colombia. *Aquichan*, 17(1), 53–69. <http://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.6>
- Garcia Avellan , C., Pozo Domingo, M., Garcia Izquierdo, N., & Hernandez, M. A. (s.f.). *Survey on perception of patients about safety*. Obtenido de <http://www.pasq.eu/desktopmodules/blinkpspreview/files/Survey%20on%20perception%20of%20patients%20about%20safety.pdf>
- mira, j. j., lorenzo, s., & vitaller, j. (2009). El punto de vista de los pacientes. *revista medica de Chile*, 1141-1148.
- Parra, D., Camargo Figeroa, F., & Rey Gomez, R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis,. *Enfermería Global*, 159-169. Recuperado el 25 de Noviembre de 2017, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es&tlng=es.

Rosero Vargaz, E., Sanchez Herrera, B., & Carrillo , G. M. (2016). Evaluacion de la persepcion de pacientes y cuidadores sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario. *en prensa*.

Ruiz Solar, L. (2014). *seguridad del paciente en los cuidados de enfermeria*. España: tesis de grado.

Vargas, E., Sánchez, B., & Carillo, M. (2016). Evaluación de la percepción de pacientes y cuidadores sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario. *Actualizaciones en Enfermería*, En prensa.

ANEXOS

ANEXO A. Encuesta de percepción del paciente sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario



PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO HOSPITALARIO GCPC-UN *
VERSIÓN 1. 25 DE JULIO DE 2014

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	Nombre del paciente: _____	Edad: _____	Género: _____	Nivel educativo: _____	
	Ocupación: _____	Estado civil: _____	Diagnóstico médico: _____		
	Nombre del cuidador principal: _____		Correo electrónico: _____		
	Dirección: _____	Ciudad: _____	Teléfonos: _____		

CONOCIMIENTO	INDICADOR	SI	NO
	1. ¿Conoce la razón por la que se encuentra hospitalizado?		
	2. ¿Cuál es?		
	3. ¿Cree que durante la hospitalización Ud puede estar expuesto a algunos riesgos (que no se relacionan directamente con su enfermedad)?		
	4. ¿Cuáles?		
	5. ¿Sabe qué hacer para que estos riesgos no ocurran?		
	6. ¿Conoce cómo actuar ante la ocurrencia de estos riesgos?		
	7. ¿Conoce sus deberes y derechos como paciente durante la hospitalización?		

PAUTAS DE PREVENCIÓN	TENIENDO EN CUENTA SU CONDICIÓN DE PACIENTE DURANTE ESTA HOSPITALIZACIÓN, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	8. ¿Le han explicado las reglas y procedimientos de seguridad durante su hospitalización?				
	9. ¿El personal de salud acude oportunamente ante sus llamados?				
	10. ¿El personal de salud lo identifica o llama por su nombre antes de realizar cualquier procedimiento?				
	11. ¿Existe una comunicación plena, clara y confidente con el personal de salud?				
	12. ¿Le han brindado información sobre los riesgos y complicaciones de los tratamientos y procedimientos realizados durante la hospitalización?				
	13. ¿Ha observado si el personal que lo atiende cumple las medidas para prevenir los riesgos?				



ACTITUD PERSONAL FRENTE AL RIESGO	PREGUNTA	SI	NO
	14. Cuando Ud llega a un lugar nuevo ¿lo observa con atención?		
	15. ¿Está Ud. pendiente de detectar posibles riesgos en este espacio?		
	16. Cuando Ud. detecta un posible riesgo, ¿busca o pide apoyo?		
	17. Cuando Ud. detecta un posible riesgo ¿Hace algo para minimizarlo?		
	18. ¿Sigue (atiende oportunamente) las recomendaciones de seguridad formuladas por el personal de salud?		
	19. ¿Siente confianza en los profesionales que lo atienden en la hospitalización?		
	20. ¿Se siente capaz de manejar las condiciones y eventualidades propias de la hospitalización?		

RIESGO MATERIALIZADO	RESPECTO A LAS SIGUIENTES SITUACIONES SEÑALE SI LAS HA PRESENTADO O HA PERCIBIDO EL RIESGO DE OCURRENCIA:	¿Alguna vez ocurrió?		¿Ha estado en riesgo de que le ocurra?	
		SI	NO	SI	NO
	21. Caídas				
	22. Úlceras o lesiones en la piel (que pudieran evitarse)				
	23. Reacciones a la administración de medicamentos				
	24. No administración de medicamentos en el horario establecido				
	25. Retiro o desplazamiento accidental de dispositivos invasivos (catéteres, sondas, drenajes)				
	26. Infecciones adquiridas en el hospital				
	27. Flebitis (inflamación y /o enrojecimiento de los accesos venosos)				
28. Haber sido confundido con otro paciente					

Percepción Global de Seguridad	SI	NO
29. Con base en sus respuestas anteriores, evalúe globalmente si se ha sentido seguro o no durante la hospitalización.		

Nombre de la persona que diligencia el Instrumento:
 Correo electrónico:

Teléfono:

ANEXO B. Permiso para la utilización de la encuesta

Departamento de Enfermería
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



Bogotá, D.C., 05 de Mayo de 2017

Estudiante
DARGEE MILENA RAMÍREZ BLANCO
Universidad ECCI
Bogotá

Asunto: Permiso para el uso de Encuesta Percepción del Paciente sobre condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalario GCPC –UN.

Reciba un cordial saludo. Como líder del grupo de investigación "Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico" de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, me permito autorizar el uso de la "Encuesta Percepción del Paciente sobre condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalario GCPC –UN", con el fin de usarlos en el proyecto de investigación "Percepción de las condiciones de seguridad de pacientes con enfermedad crónica sobre el entorno hospitalario en Colombia".

Es importante aclarar que se deben dar los créditos necesarios al grupo "Cuidado de enfermería al paciente crónico", a partir de la normatividad sobre derechos de autor y especialmente el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia. Finalmente, hacer llegar la base de datos y dar a conocer al grupo los resultados del proyecto.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

LORENA CHAPARRO DÍAZ
Líder Grupo de Investigación



[Página 1 de 1]
Elaboró: LCHO

Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico
Carrera 30 N° 45-03, Edificio 228, Oficina 201
Bogotá D. C., Colombia
marlene_difong@unal.edu.co
www.proton.unal.edu.co

Patrimonio
de todos
los colombianos

ANEXO C. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD ECCI
FACULTAD DE ENFERMERIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERCEPCIÓN DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO HOSPITALARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD EN BOGOTÁ

Usted ha sido invitado(a) a participar de la investigación "Percepción de las condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes hospitalizados en una institución de salud en Bogotá" que se desarrolla como trabajo de grado del programa de enfermería de la Universidad ECCI, por esta razón, es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el proyecto de manera que le permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda que surja al respecto, le será aclarada por la enfermera en formación **DARGEE MILENA RAMÍREZ BLANCO** identificada con cédula de ciudadanía 52.857.888 quien actúa en este trabajo como investigadora principal y es estudiante del programa mencionado anteriormente. Este trabajo de investigación se encuentra asesorado por la docente de la universidad Jenny Paola Blanco.

El objetivo del proyecto es describir la percepción de los pacientes sobre su seguridad durante la atención en un hospital de Bogotá, con el desarrollo de este proyecto se aportará conocimiento para mejorar las condiciones de seguridad del paciente.

La decisión de participar en esta investigación es voluntaria e individual. Usted podrá retirarse en cualquier momento y su decisión no generará ningún inconveniente para la investigación, de la misma manera será respetada. Su participación en esta investigación no genera ningún riesgo, puesto que **no se realizará ningún tipo de intervención que pueda poner en riesgo su vida o su integridad**, igualmente su participación no tendrá ningún costo, ni recibirá ningún tipo de beneficio económico, social, político o laboral como incentivo por su participación.

Con la firma del presente documentos se garantiza total confidencialidad de la información que usted esté suministrando y se protegerá su identidad. Los datos obtenidos serán usados exclusivamente por el investigador y será con fines académicos que aporten al desarrollo del proyecto mencionado; una vez se finalice la investigación, los resultados podrán ser conocidos por usted y por la institución y serán divulgadas en eventos científicos de carácter nacional o internacional o divulgados en revistas científicas.

En caso de aceptar la invitación a participar en este proyecto, los datos serán recolectados en la institución en la que se encuentra hospitalizado en este momento, en donde la investigadora le aplicará la encuesta "Percepción de Condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalario, versión paciente", cuyo diligenciamiento tomará aproximadamente 15 minutos. **DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE**

Yo _____, declaro que he recibido toda la información relacionada con el proyecto de investigación "Percepción de las condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes hospitalizados en una institución de salud en Bogotá" se me han explicado los objetivos, el propósito, los beneficios y riesgos de la investigación, se me ha permitido realizar preguntas acerca del proyecto y me han aclarado las dudas presentadas; por esta razón he decidido participar de manera libre, voluntaria y autónoma en esta investigación.

Entiendo que la información que yo suministre será manejada de manera confidencial, no será manejada con ningún otro fin diferente al académico, podré realizar las preguntas que me surjan en cualquier momento y que puedo retirarme de la investigación cuando lo decida, sin que esto conlleve algún daño para mí o para la investigación.

Firma de la participante

Firma del investigador

Nombre del participante
C.C.

DARGEE MILENA RAMÍREZ BLANCO
Nombre del Investigador
C.C. 52857888 de Bta.

Se puede comunicar con la investigadora DARGEE MILENA RAMIREZ BLANCO a través del teléfono: 3102511061. e-mail: dargeem.ramirez@ecc.edu.co

ANEXO D. Permiso institucional para la recolección de datos

07 DE julio de 2017 Bogotá D.C

**DOCTOR
SAÍN PEÑA
DIRECTOR GENERAL
CLÍNICA FUNDADORES
CIUDAD**

Respetado Doctor,

Me permito, por medio de la presente solicitar a usted la autorización para realizar mi trabajo de pregrado universitario del área de enfermería profesional, de la Universidad ECCI.

El cual es en relación a seguridad del paciente (anexo formato de resumen), en la actualidad me encuentro vinculada a la empresa en el cargo de auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados intensivos turno noche.

Seria para mi muy satisfactorio desarrollar y aportar conocimientos a esta institución la cual considero como mi segundo hogar, y de ser posible desarrollarlo en las demás clínicas de médicos asociados para recolectar una muestra significativa.

Agradezco su atención y pronta respuesta para que la Universidad realice la solicitud formal a la empresa.

Atte.



Dargee Milena Ramirez Blanco

Estudiante de enfermería VIII semestre

Universidad ECCI

C/c

Jorge Campos

Jefe departamento de enfermería

Clinica fundadores.

*Enviar a doctor
Zain Peña para
aprobación*



Universidad
ECCI
Clínica de Enfermería
Fundadores

*Vols
Familia Per
11-07-17*