

**FORTALECIMIENTO DE LA ADHERENCIA A BARRERAS DE SEGURIDAD A
PARTIR DEL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN LA CLÍNICAS LAS VEGAS, MEDELLIN, ANTIOQUIA**

Autor: Leidy Catalina Higueta Bedoya

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD
GRUPO OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2015**

**FORTALECIMIENTO DE LA ADHERENCIA A BARRERAS DE SEGURIDAD A
PARTIR DEL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN LA CLÍNICAS LAS VEGAS, MEDELLIN, ANTIOQUIA**

Autor: Leidy Catalina Higuita Bedoya

**TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE MAGISTER EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

Asesora: Anabelle Arbeláez Vélez

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD
GRUPO OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2015**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Medellín, Junio 3 de 2015

AGRADECIMIENTOS

A Dios por cada oportunidad que nos da de crecer, a mis padres, Martin y Laudis por su apoyo incondicional y a mi esposo Harrison por su paciencia, así como a mi asesora Anabelle por la motivación y a todos los que aportaron con su crítica al desarrollo de este trabajo.

CONTENIDO

GLOSARIO	8
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA.....	14
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION	15
2. MARCO TEORICO	15
3. OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. METODOLOGÍA.....	22
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	22
4.2 TIPO DE ESTUDIO	23
4.3 POBLACIÓN	23
4.4 DISEÑO MUESTRAL	24
4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	24
4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	25
4.6.1 Fuentes de información y proceso de obtención de la información (qué, quién, cómo, cuándo)	25
4.6.2 Instrumento de recolección de información	29
4.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	31
4.8 PRUEBA PILOTO	31
4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	32
4.10 COMPARACIÓN ENTRE EVALUACIONES:	32
5. CONSIDERACIONES ETICAS	32
6. RESULTADOS	32

6.1	COMPARACION DE LA ADHERENCIA GLOBAL A LAS BARRERAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, MEDIDO EN EL PRIMERO Y SEGUNDO CICLO DE RONDAS DE SEGURIDAD REALIZADAS	33
6.2	COMPARACION DE LA ADHERENCIA POR SERVICIO, A LAS BARRERAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, MEDIDO EN EL PRIMERO Y SEGUNDO CICLO DE RONDAS DE SEGURIDAD REALIZADAS	34
6.3	COMPARACION DE LA ADHERENCIA A BARRERAS DE SEGURIDAD AGRUPADAS POR SERVICIO Y POR CLINICA.....	35
6.4	COMPARACIÓN ADHERENCIA A BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR CADA SERVICIO.....	36
6.5	CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EVALUADOS EN LA PRIMERA RONDA DE SEGURIDAD	39
6.6	CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EVALUADOS EN LA SEGUNDA RONDA DE SEGURIDAD	42
6.7	COMPARACIÓN DEL MEJORAMIENTO DE CRITERIOS EVALUADOS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	44
7.	DISCUSIÓN.....	47
7.1	LIMITACIONES	47
8.	CONCLUSIONES.....	49
9.	RECOMENDACIONES.....	51
10.	BIBLIOGRAFIA.....	52

ANEXOS

Anexo 1 - Aclaraciones y excepciones

Anexo 2 - Herramienta de evaluación por servicio

Anexo 3 - Tabulación

Anexo 4 - Plan de acción Evaluación 1

Anexo 5 - Ficha técnica indicador

GLOSARIO

- **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. (1)
- **ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. (1)
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso. (1)
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales. (1)
- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.). (1)
- **FALLAS LATENTES:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo) (1)
- **EVENTO ADVERSO:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles (1)
- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. (1)
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (1)

- **INCIDENTE:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. (1)
- **RONDAS DE SEGURIDAD:** Práctica recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes. Consiste en una visita planificada, no avisada, para establecer una interacción directa con el personal y evaluar la adherencia a las barreras de seguridad, procurando en todo momento una actitud educativa.

RESUMEN

La seguridad del paciente es un tema que cada día cobra mayor interés en los diferentes actores del sector salud debido al impacto que desde diferentes frentes representa para el sistema y a la evidencia que a través de él se logra concretar, para demostrar la calidad técnica de las instituciones.

El objetivo en este trabajo es reconocer la importancia de una metodología proactiva que permite evaluar el compromiso del personal con la implementación de barreras de seguridad como elemento crítico en la prevención de los riesgos que generan eventos adversos.

En el presente trabajo se evidencian los resultados a partir de la evaluación de adherencia a las barreras de seguridad en los diferentes servicios de una Clínica de alta complejidad mediante la metodología de rondas y la aplicación de un instrumento diseñado con criterios genéricos (barreras aplicables a toda la organización) y específicos (barreras propias de algunos servicios) enfocadas a fortalecer la seguridad del paciente.

Posterior a la primera evaluación realizada, se elaboró un plan de mejoramiento que permitió intervenir las desviaciones identificadas con el fin de fortalecer la cultura del personal para la adherencia a la aplicación de las barreras, y se realizó una segunda medición que permitió evidenciar la transformación positiva de la situación y el compromiso cada vez creciente del personal con acciones concretas que promueven la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVES: Rondas de Seguridad, Barreras de Seguridad, Adherencia

ABSTRACT

Patient safety is an issue that is becoming more interested in the different actors in the health sector due to the impact from different fronts posed to the system and the evidence that it is achieved through concrete, to demonstrate the technical quality of the institutions.

The objective of this paper is to recognize the importance of a proactive methodology to assess the staff's commitment to the implementation of safety barriers as a critical element in preventing risks that generate adverse events.

In this paper the results from the evaluation of adherence to safety barriers in the different services of a high complexity Clinical methodology by rounds and implementation of an instrument designed to generic criteria (applicable barriers are evident to all organization) and specific (own barriers of some service) aimed at strengthening patient safety.

After the first assessment, an improvement plan that allowed deviations identified intervene in order to strengthen the culture of staff for adherence to the implementation of the barriers was developed, and a second measurement that allowed highlight the positive transformation took place of the situation and the ever increasing staff commitment to concrete actions to promote patient safety.

KEYWORDS: Round Security Safety Barriers, Adherence

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Seguridad del paciente es definida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias⁽²⁾

Partiendo de esta definición y concentrándonos en esta como el pilar de la investigación, podemos afirmar que a nivel mundial, en los últimos años se han generado muchas actividades encaminadas a establecer diferentes estrategias tanto de acción como de investigación alrededor de temas de Seguridad del Paciente.

La Organización Mundial de la Salud OMS en el marco de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente establece unas áreas de acción en el tema, entre estas áreas de acción hay una de ellas dedicada exclusivamente a la investigación en Seguridad del Paciente. El objetivo del programa de investigación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente es fomentar proyectos de investigación cualitativa y cuantitativa, así como la colaboración en la aplicación de los resultados de la investigación con el fin de lograr una mayor seguridad de la atención en salud y reducir los daños ocasionados a los pacientes a escala mundial. (3)

La mayor parte de las investigaciones sobre seguridad del paciente tienen como objetivo ayudar a los profesionales del área de la salud y a las instancias normativas a entender las causas complejas de la falta de seguridad de la atención y encontrar respuestas prácticas para prevenir posibles daños a los pacientes. Así, las investigaciones sobre la seguridad del paciente aportan información y ofrecen instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura. Esta metodología está basada en la identificación de los eventos adversos que ya ocurrieron, las causas que los originaron, las consecuencias a las que conllevaron y la forma de hacerlas bien para que estas no vuelvan a ocurrir, es decir el Aprendizaje en Seguridad. (3)

En Colombia, la situación no es diferente, las iniciativas de investigación que surgen alrededor de temas relacionados con la Seguridad del Paciente se centran básicamente en la identificación de los eventos adversos ocurridos y su respectivo análisis que va desde una iniciativa de aprendizaje hasta la posibilidad de reducir

costos con el control de los mismos (4). Pero se nota como estos en número de ocurrencia disminuyen, si eso es claro, pero la idea del aprendizaje es que estos eventos no vuelvan a ocurrir, entonces surgen las siguientes inquietudes, ¿Qué es lo sucede que la interiorización del aprendizaje en salud no es lo suficientemente clara para que los eventos adversos no vuelva a ocurrir? ¿Cuáles son entonces las estrategias eficaces que se deben implementar para garantizar una atención segura a partir de verdadero aprendizaje?, ¿Será entonces necesario la implementación de nuevas estrategias en las que se involucre al personal asistencial en las acciones que conlleven a su propio aprendizaje para que este realmente sea efectivo?

El modelo de seguridad del paciente a nivel nacional, local e institucional, se ha fundamentado principalmente en acciones que promueven la detección, reporte, clasificación y análisis de casos relacionados con la seguridad del paciente (complicaciones, incidentes y eventos adversos) con el fin de generar aprendizajes que permitan la prevención de nuevas y futuras situaciones relacionadas con el evento a partir del diseño e implementación de barreras de seguridad (2). Este método, muy valioso y necesario de sostener en el tiempo, se constituye en una metodología reactiva, donde se implementan acciones correctivas debido a que el riesgo ya se materializó en muchos de los casos en forma de lesión o daño para el paciente asociado al cuidado de su salud.

Las barreras de seguridad, producto de los análisis de los casos, son incorporadas en el mejor de los casos, en forma teórica a los procesos del día a día, pero no necesariamente son evaluadas frente a su efectiva, oportuna y sistemática implementación dentro de la rutina de atención del paciente, de tal forma que permitan cumplir su objetivo fundamental de evitar la materialización de los diferentes riesgos asociados a la prestación de servicios de salud.

El problema entonces se focaliza en la falta de adherencia del personal asistencial a la implementación de las barreras de seguridad que evitan la ocurrencia de eventos adversos, debido esto a múltiples razones propias de la cultura, de los mismos sistemas y hasta del propio paciente, limitando así la posibilidad de aprovechar la práctica de estas sencillas y útiles medidas que fortalecen la seguridad del paciente. Es por eso que se plantea la implementación de las rondas de seguridad de paciente como herramienta que favorece el fortalecimiento de las barreras ya que permiten la participación del personal asistencial encargado del cuidado del paciente en las estrategias, actividades e ideas que son percibidas por el mismo personal, garantizando así la interiorización del aprendizaje desde el quehacer diario (5).

1.2 JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA

Actualmente, en algunas instituciones prestadoras de servicios de salud es evidente la debilidad que existe en los temas de Seguridad del Paciente pero se pretende, con metodologías participativas donde la misma comunidad asistencial defina sus debilidades, metas y propósitos, dar cumplimiento a estándares de calidad exigidos por la ley y en los que está incluido el tema de Seguridad del Paciente y que mejor forma que estimulando la participación en la implementación de rondas de seguridad del paciente como estrategia que fomente la implementación de barreras que garanticen una atención segura y de calidad.

La implementación de las rondas de seguridad del paciente, permite buscar e identificar prácticas inseguras en los servicios asistenciales, identificar proactivamente riesgos relacionados con la seguridad del paciente y definir intervenciones oportunas, realizar seguimiento a la implementación de barreras de seguridad en los servicios, monitorear el compromiso del personal con el reporte de casos de seguridad, contribuir a la educación permanente de todo el personal en conductas seguras y comprometer al personal asistencial y administrativo, a todo nivel, en la mejora por la seguridad del paciente

En el contexto Colombia, los profesionales (médicos, enfermeras, bacteriólogos, etc.), auxiliares y personal administrativo en el área de la salud identificarán un cambio en el método donde el aprendizaje se vea reflejado en la evaluación de las prácticas, protocolos o programas. Del mismo modo, el método será de utilidad cuando se genere un interés por la búsqueda de soluciones a problemas, la comprensión de las prácticas asistenciales en la Clínica las Vegas y se transformen eficazmente a prácticas seguras, la mejora de una situación profesional o de salud y, finalmente, la transformación del personal asistencial más vulnerable en artífices del propio cambio.

Este es entonces el propósito del fortalecimiento de las barreras de seguridad del paciente mediante la realización de rondas de seguridad como herramienta para lograr eficazmente los objetivos plantados desde la Seguridad del Paciente pero con un enfoque totalmente interiorizado ya que surgirá desde la identificación de sus propias necesidades y debilidades y será convertido en verdadero aprendizaje.

Al concluir el trabajo, se pretende evidenciar que la implementación constaste, insistente y persistente de las rondas de seguridad, mejorara notablemente el fortalecimiento de las barreras de seguridad del paciente y será contemplada como herramienta exitosa para mejorar la cultura de seguridad al interior de la Clínica las Vegas - Medellín

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Se ven fortalecidas las barreras de seguridad del paciente con la implementación de las rondas de seguridad en los servicios asistenciales de la Clínica Las Vegas i Medellín?

2. MARCO TEORICO

Hace muchas décadas atrás, desde 1950, se está hablando a nivel mundial de los daños ocasionados a los pacientes debido a las malas prácticas en la atención en salud, y desde entonces este se ha convertido en tema de carácter mundial (6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55.18 (7), en la que se insita a los estados miembros a prestar ña mayor atención posible al problema de la seguridad del pacienteò y a establecer y consolidar ñsistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnologíaà (7). Los temas tratados en esta resolución se resumen en que los estados miembros de la OMS piden a la Organización que tome la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación concreta en temas relacionados con la Seguridad del Paciente.

En respuesta a la anterior solicitud, en octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud lanzó la ñAlianza Mundial para la Seguridad del Pacienteò este programa está encaminado a establecer políticas para la Seguridad del Paciente en la que se garanticen menos errores en la atención en salud que desencadenen en daños irreparables para los pacientes. Este programa abarca varias áreas de acción que tienen un enfoque global, estas áreas de acción son: (8)

1. Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente, que en 2005-2006 se centra en el planteado por las infecciones nosocomiales, ñUna atención limpia es una atención más seguraò (8)
2. Pacientes por la Seguridad del Paciente, que moviliza en todo el mundo a los pacientes, ya sea a nivel individual o colectivo, para que participen en las iniciativas de mejora de su propia seguridad. (9)

3. Taxonomía para la Seguridad del Paciente, que elabora normas aceptables a escala internacional para recopilar, codificar y clasificar los acontecimientos adversos y los cuasi-errores
4. Investigación para la Seguridad del Paciente, que mejora los instrumentos y métodos para medir el daño que sufren los pacientes en los países en desarrollo y define un programa mundial de investigación sobre seguridad del paciente (3)
5. Soluciones para la Seguridad del Paciente, que difunde en todo el mundo intervenciones de probada eficacia para mejorarla y coordina las futuras iniciativas internacionales de búsqueda de soluciones. (6)
6. Notificación y Aprendizaje, que genera instrumentos y orientaciones para desarrollar sistemas de notificación sobre seguridad del paciente y mejorar los existentes en los países.

Además la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS propone también otras estrategias denominadas Retos Mundiales para la Seguridad del Paciente, estos retos plantean cada dos años diferentes metodologías para impactar en diferentes temas la Seguridad en la Atención. El primer reto mundial fue el denominado "Una atención limpia, es una atención más segura" esta metodología está centrada en la reducción de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la salud mediante la correcta higienización y lavado de las manos como parte de una atención más segura. El segundo reto es el denominado "Cirugía Segura" este reto está orientado a garantizar intervenciones quirúrgicas seguras mediante la implementación de las llamadas "listas de chequeo" que permiten tener un monitoreo constante de las actividades a realizar previas a la cirugía, durante y después de la misma, pero sin dejar de lado los logros alcanzados con el primer reto. Y como tercer y último reto, hasta ahora, tenemos el "Control y Uso Seguro de Antimicrobianos" (8)

En una de las áreas de acción de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, se aborda el tema de la Investigación en Seguridad del Paciente y la define así: "La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. La Alianza hace especial hincapié en fomentar la Investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la Seguridad de la Atención Sanitaria" (3)

El establecimiento de estrategias en investigación es de vital importancia para entender la magnitud de los eventos adversos producto de la atención en salud, para definir las causas de los daños ocasionados a los pacientes, para poder en definitiva encontrar

soluciones innovadoras y tener del mismo modo un mejor aprovechamiento de los conocimientos disponibles. Es necesario investigar en muchas áreas para mejorar la seguridad de la atención y prevenir así dichos daños. (3)

Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes. Esto conlleva un ciclo de investigación que comprende las siguientes facetas: (3)

1. Determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes
2. Entender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes
3. Encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura
4. Evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real.

Pero también es claro definir que la investigación encaminada a promover la Seguridad del Paciente está aún en sus comienzos. Incluso en los países donde se han realizado progresos, la infraestructura y la financiación disponible son relativamente escasas en relación con la magnitud del problema. Esto dificulta la formación de los equipos de investigación multidisciplinarios necesarios para producir el conocimiento indispensable para respaldar la mejora de la Seguridad de la Atención. (3)

La estrategia de investigación planteada por la OMS concluye definiendo que cada región o país es autónomo en definir sus estrategias y líneas de investigación, derivadas de sus principales falencias y encaminadas a su propio desarrollo, conocimiento y aprendizaje y que todos estos esfuerzos nunca serán en vano desde que la información que surja sea utilizada eficazmente en la reducción de las atenciones inseguras y en la ocurrencia de eventos adversos

El Proyecto IBEAS fue el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. (10) (Ministerio de sanidad y politica social. IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamerica. Gobierno de España. 2009. Informe de estudios e investigacion.)

Entre los resultados relacionados con la cultura de seguridad del paciente se resalta la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los sucesos adversos y el clima de la seguridad del paciente (5). Estos resultados sugieren que en las instituciones se trabaje por la reflexión interpersonal acerca de la calidad de los servicios asistenciales,

así como el establecimiento de redes de trabajo que permitan el intercambio de experiencias y trabajos posteriores.

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

En Colombia, el término cultura de seguridad del paciente abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente, vigentes, que tienen origen en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias y el fortalecimiento de la cultura de seguridad como un fenómeno complejo que en el ejercicio profesional cotidiano no es fácil de operacionalizar, que debe estudiarse continuamente dentro de las organizaciones y sistemas de salud a escala mundial (4). (Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá. Colombia. 2008. Consultada septiembre de 2011)

Existen múltiples herramientas disponibles para mejorar la cultura de seguridad: Análisis Modal de Fallos y Efectos, Análisis Causa-Raíz, Rondas de Seguridad, etc.) (Las Rondas de Seguridad con Directivos: una herramienta que mejora la atención del paciente crítico Revista **Actual. Med. 2014; 99: (791): 18**). En este artículo, es de interés el método de rondas de seguridad. Su objetivo principal es potenciar la implicación de los propios Directivos así como identificar oportunidades de mejora y promover un cambio cultural. Su utilidad ha sido ampliamente demostrada en los últimos años obteniendo resultados positivos en términos de seguridad, calidad y eficiencia. Además, esta herramienta ha sido capaz de detectar más del 20% de los sucesos adversos así como mejorar las actitudes del personal asistencial hacia cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente. (5)

Los expertos en el tema coinciden en que la mejora de la Seguridad del Paciente requiere un cambio de cultura de la organización que garantice los mecanismos necesarios para potenciar el liderazgo, es decir, favorecer programas que permitan la formación de líderes que puedan desarrollar o impulsar investigaciones sobre

seguridad del paciente y que además puedan contribuir al desarrollo de políticas y prácticas dirigidas a reducir el riesgo del daño relacionado con la prestación de servicios de salud. (11)

La cultura de seguridad del paciente, especialmente desde la perspectiva preventiva, es un tema relativamente nuevo para el personal de salud, y aun abstracto en muchos sentidos debido a que solo se crea conciencia en la mayoría de los casos solo partir de eventos adversos experimentados en el servicio.

Es así como, lograr que el personal entienda la importancia de esas acciones pequeñas y concretas que constituyen las barreras de seguridad en los servicios para evitar eventos adversos, no es una tarea sencilla, que se logra con una simple implementación de la medida o con una directriz generada desde el área que lidera la seguridad del paciente.

Las rondas de seguridad, como estrategia de evaluación en campo, permiten compartir con el personal de los servicios las posibilidades y eficacia de implementación de las barreras y ayudan a sensibilizar frente a su importancia.

Como en todo modelo de auditoría interna, inicialmente genera en el personal una actitud prevenida frente a los hallazgos negativos, pero de la habilidad de abordaje del tema por parte de los evaluadores depende que la actividad tome un matiz positivo y el grupo se sienta apoyado, tenido en cuenta para la construcción de soluciones y con interés por mejorar y destacarse como servicio bandera en el compromiso con la seguridad del paciente.

La transformación de la actitud del personal frente a la adherencia a las barreras es el resultado de múltiples estrategias simultaneas, sistemáticas en el tiempo, de acompañamiento permanente, de retroalimentación constante, y de largo plazo, para que finalmente estas acaben incorporadas en el día a día del trabajo de personal asistencial y administrativo responsables de implementarlas.

El cambio cultural propuesto comienza por definir la seguridad del paciente como una prioridad estratégica de la organización y es por eso que a nivel clínica (Clínica las Vegas) se ha definido desde el direccionamiento estratico y enfocada desde un factor crítico de existo denominado "desempeño superior de atributos de calidad, la estrategia de "Seguridad del paciente como prioridad" fundamentada bajo un objetivo estratégico que es "Garantizar una gestión clínica segura" notándose a este nivel el compromiso de la alta gerencia con la seguridad del paciente.

Las rondas de seguridad como herramienta para interiorizar la seguridad del paciente, es muy efectiva, ya que se convierten en una excelente oportunidad para demostrar el compromiso organizacional con la construcción de una cultura de seguridad y que el compromiso es auténtico y considerado verdaderamente una prioridad estratégica.

El propósito fundamental de las rondas de seguridad del paciente es demostrar el compromiso con la seguridad, fomentar el cambio de cultura, identificar oportunidades de mejora, afianzar la comunicación entre el personal de salud y comprobar el mejoramiento con su implementación y ligado a ellas incentivar la adherencia a las barreras de seguridad como componente inequívoco de la ejecución de un modelo de seguridad del paciente.

Además el cambio de cultura, está ligado a otras actividades de las cuales no puede desconocerse su valioso aporte como lo son la educación, motivación y sensibilización desplegada al interior de la organización como parte indispensable el logro de los objetivos propuestos, esta sensibilización esta siempre orientada a favorecer entornos de comunicación en los que los temas de seguridad del paciente sean fácilmente interiorizados con estrategias amigables y fácilmente comprensibles, en la Clínica Las Vegas esto está liderado por el área de gestión humana y es implementado con una estrategia de desarrollo propio llamada VIVE (virtual Vegas) o universidad virtual donde por módulos, el personal es informado y capacitado sobre temas de seguridad del paciente, que con toda seguridad, fortalecen competencias y predisponen al personal a que este más comprometido con el cumplimiento e interiorización de las estrategias implementadas bajo esta misma temática, el por eso que el éxito de la adherencia a las barreras de seguridad del paciente bajo la implementación de las rondas de seguridad depende no solo de su desarrollo sino muchas otra estrategias contenidas todas en un mismo fin y propósito.

Todo lo anterior esta descrito bajo un "Modelo de seguridad del paciente" en que además se contemplan los demás recursos igualmente valiosos para la implementación y fortalecimiento de la cultura. (Infraestructura, tecnológicos y de comunicación)

Es importante también ligar todo lo anterior a un efectivo Programa de incentivos del proceso de gestión humana ya que el aporte de estrategias en pro de la seguridad del paciente manifestadas por el personal, que logren ser implementadas satisfactoriamente y apunten al fortalecimiento del componente preventivo del sistema, ingresan al programa de incentivos liderado por el proceso de Gestión humana, esta estrategia llamada "pasaporte a las vegas" y consiste en un plan de puntos que son ganados y acumulados para obtener premios, según las buenas prácticas y adherencias que el personal vaya teniendo a las diferentes estrategias y entre ellas a todas las de seguridad del paciente

Las rondas de seguridad en la Clínica las Vegas y con su enfoque orientado a lograr fortalecer la adherencia a las barreras de seguridad del paciente están diseñada bajo un enfoque de prevención del riesgo, esta identificación se logró bajo una actividad previa en la que se involucró a todos los líderes y jefes asistenciales y personal de la alta dirección y se tomó como punto base y metodología la lista de riesgos propuesta por la Organización Mundial de la salud. Esta metodología orientó a validar y priorizar los puntos críticos al interior de la organización y de las cuales salieron las 4 variables a impactar en el desarrollo de las rondas, esto a su vez impactaría de manera favorable el cumplimiento normativo de la resolución 2003 de 2014.

Los criterios de los que se componen cada variable (del instrumento de la ronda de seguridad del paciente), se eligieron posterior a una revisión bibliográfica tomando como base las buenas prácticas de seguridad del paciente definidas por el sistema único de habilitación del Ministerio de Salud y Protección Social (12), (13); el modelo de Galardón Nacional Hospital Seguro propuesto por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas en su versión del 2012 (14), las metas de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente propuestas por la Organización Mundial de la salud (6) y focos de trabajo en seguridad del paciente propuestos por Joint Commision International en sus estándares de acreditación para hospitales (15), logrando así un conjunto de variables evaluables en cada uno de los servicios asistenciales que permitieron identificar el cumplimiento o no de estas buenas prácticas y en caso de desviaciones, la implementación de planes de acción al alcance de la institución.

Es este entonces un conjunto de esfuerzos, metodología y estrategias es las que se compromete a todo el personal, incluida la alta gerencia a desarrollo de una verdadera y sentida política y cultura de seguridad del paciente.

Esta iniciativa necesita a la vez una organización inteligente con deseos de aprender que permita la identificación de los problemas, la definición de las estrategias para evitarlos, la habilidad para aprender de los errores y la aceptación de la necesidad de cambio y que proporcione los incentivos y medios necesarios para el replanteamiento a partir del aprendizaje cuando sea necesario. La organización inteligente a su vez propone pasar del enfoque individual al del grupo, de la cultura autoritaria a la participativa, del miedo y la defensa a la confianza y el apoyo, del secreto y el silencio a la transparencia y el perdón, de la vergüenza y la acusación al orgullo y el apoyo, y de la humillación al respeto mutuo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Confirmar si las rondas de seguridad en la Clínica Las Vegas fortalecen la adherencia del personal de los servicios asistenciales, a las barreras de seguridad definidas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las fortalezas y oportunidades de mejora asociadas al cumplimiento de las barreras de seguridad institucionales por parte del personal asistencial, mediante la realización de rondas de seguridad del paciente
- Intervenir las oportunidades de mejora derivadas de los hallazgos del primer ciclo de aplicación de las rondas de seguridad, para fortalecer la seguridad del paciente a nivel colectivo (todos los servicios asistenciales) y particular (servicios específicos).
- Evaluar la mejora en la adherencia a las barreras de seguridad en los servicios asistenciales comparando los resultados de los dos ciclos de rondas de seguridad

4. METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque metodológico es cualitativo porque se pretende fortalecimiento de la adherencia a barreras de seguridad a partir del diseño e implementación de rondas de seguridad del paciente en las Clínicas Las Vegas.

La estrategia para fortalecer la adherencia a las barreras de seguridad del personal de los diferentes servicios se fundamentó en:

1. Diseño de herramienta general y particular (por servicio) para evaluar la adherencia a barreras de seguridad
2. Definición de cronograma para realización de primera ronda de seguridad donde se aplica la herramienta de evaluación.
3. Ejecución de la primera ronda de seguridad en cada uno de los servicios.
4. Realización del informe final de la primera ronda de seguridad por servicio.
5. Diseño e implementación de plan de acción a partir de resultados de primera ronda de seguridad.
6. Ajuste a la herramienta para realización de segunda ronda por servicio.
7. Definición de cronograma para realización de segunda ronda de seguridad.

8. Ejecución de la segunda ronda de seguridad en cada uno de los servicios.
9. Realización del informe final de la segunda ronda de seguridad por servicio.
10. Comparación de resultados entre la primera y segunda ronda de seguridad.
11. Identificación de la mejora lograda en la adherencia a barreras de seguridad, como resultado de la implementación del plan de acción.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es descriptivo

4.3 POBLACIÓN

La investigación se realiza en la Clínica Las Vegas institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, privada, fundada en el año 1992 localizada el barrio el poblado del municipio de Medellín, departamento de Antioquia.

La clínica ofrece los servicios de urgencias, consulta externa, hemodinámica, servicio farmacéutico, laboratorio clínico, imagenología, hospitalización, cirugía, unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios. Atiende pacientes adultos vinculados al sistema de seguridad social en el régimen contributivo y subsidiado.

La clínica cuenta con una planta de personal con 608 colaboradores directos. La estructura organizacional de la clínica se fundamenta en una gerencia general, subgerencia y cinco direcciones (médica administrativa y financiera, comercial, de calidad y planeación y tecnología e informática), los servicios asistenciales dependen de la dirección médica y funcionan bajo la coordinación de un jefe médico administrativo, acompañado de una coordinadora de enfermería-

La seguridad del paciente es liderada en la institución por la dirección de calidad con el acompañamiento de un gestor de calidad con perfil clínico administrativo; desde esta dependencia se planean las actividades que promueven el tema a nivel institucional, se acompaña permanentemente a los líderes en la implantación, se realizan actividades de monitorización con indicadores y estrategia como la planteada en el presente trabajo y se definen actividades de mejora a partir de la diferentes fuentes de información. La investigación planteada tiene una cobertura total sobre los servicios asistenciales y cubre también aquellos servicios de apoyo relacionados (residuos, mantenimiento, servicios de alimentación, esterilización) teniendo en cuenta que la seguridad el paciente es un tema transversal a la organización.

4.4 DISEÑO MUESTRAL

No aplica muestreo. Se va a realizar la ronda de seguridad en todos los servicios asistenciales y se va a evaluar la adherencia a todas las barreras de seguridad definidas institucionalmente, según apliquen

4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

El presente es un estudio del nivel de calidad en el que se mide el grado de cumplimiento de criterios y variables, definidos como requisitos de calidad previamente y de los cuales sabemos que su grado de presencia o ausencia es equivalente al grado de nivel de calidad de lo que vamos a evaluar, alcanzado mediante la implementación de las rondas de seguridad: implementación de barreras de seguridad para prevenir eventos adversos en la atención de los pacientes.

Criterio: requisitos acorde con las necesidades y expectativas de quienes los van a recibir

- Criterios específicos: aplican a un solo servicio
- Criterios genéricos: aplican a más de un servicio.

Los criterios elegidos para la construcción de la herramienta se caracterizan porque son:

- Relevantes: importantes, los criterios y variables seleccionadas son los aspectos esenciales en un modelo de seguridad del paciente institucional según la bibliografía más representativa a nivel mundial, nacional, local e institucional.
- Realistas: la clínica se puede permitir su implementación debido a que son aplicables a nuestro entorno institucional según nuestros recursos y direccionamiento institucional.
- Aceptables: la bibliografía los sustenta como científicamente probados (Sistema único de habilitación, Galardón Nacional hospital Seguro, Organización mundial de la Salud, JCI)
- Validos: miden lo que se quiere medir (evalúan el cumplimiento de una barrera de seguridad específica y concreta)
- Medibles: se pueden cuantificar a través de la observación directa en los servicios (teniendo en cuenta las aclaraciones, excepciones y la escala de cumplimiento definida)

- **Fiabiles:** son interpretados de igual manera por todos los evaluadores, garantizando reproducibilidad (previo análisis y estandarización de los responsables de su aplicación)

Tipos de criterios: los criterios y variables elegidas para el instrumento son

- **Explícitos:** están descritos claramente en la herramienta a través de las aclaraciones y excepciones definidas para el cumplimiento de cada criterio.
- **Normativos:** es el deber ser con base en evidencia científica. Incluso para nuestro país, están considerados como requisitos obligatorios bajo la Resolución 1441 de 2013 y posteriormente Resolución 2003 de 2014.
- **Transversales:** se valoran independientemente. No se consideran otros criterios como prerequisites para el cumplimiento.
- **Isovalentes:** todos importan igual. No se decidió dar ningún tipo de ponderación a criterios o variables específicas.
- **Genéricos y específicos:** la herramienta considera criterios que aplican a varios servicios y algunos criterios específicos según el servicio a evaluar. (16)

Los cortes definidos para determinar el nivel de cumplimiento de las variables, criterios, valoración por servicio y valoración como clínica son:

ADHERENCIA SATISFACTORIA	85% - 100%
REGULAR ADHERENCIA	75% y 84,9%
ADHERENCIA NO SATISFACTORIA	Menor o igual a 74,9%

Es una definición institucional tomada como referente para enjuiciar el grado de aceptabilidad de la calidad encontrada; es un límite que establecemos como exigible para el cumplimiento de lo evaluado.

4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.6.1 Fuentes de información y proceso de obtención de la información (qué, quién, cómo, cuándo)

La fuente de información es primaria, obtenida directamente por el investigador

Las Rondas no fueron anunciadas a los servicios previamente y ejecutadas por la directora de calidad y la gestora de calidad (cargos que son independientes de los servicios clínicos y de apoyo evaluados).

La técnica de recolección de información fue la observación en todos los servicios asistenciales de la clínica, al equipo de salud que labora en él en el momento de la ronda de seguridad

Antes de comenzar la ronda en el servicio, se informó al personal presente el objetivo de la misma y se invitó al jefe de enfermería del servicio y al jefe médico administrativo o a la coordinadora de enfermería para que acompañaran la actividad si fuera posible (al no ser anunciada previamente no es posible siempre que estén disponibles).

Durante la ronda se diligencio la herramienta propia del servicio que contiene criterios genéricos y específicos (según aplica).

Cada vez que se detectaron incumplimientos, se motivó al personal del servicio a observar constructivamente la situación y a comentar participativamente las razones que generaron la desviación, aprovechando el momento para sensibilización y educación frente a la seguridad del paciente. Este fue uno de los aportes más valiosos de las actividades enmarcadas en este ciclo de mejora.

Primera evaluación: se realizó entre abril y agosto de 2013 i 5 meses. Para la realización de la ronda de seguridad por servicio y la aplicación del instrumento de evaluación, se definió un cronograma que garantizo cobertura completa de la institución.

RONDAS DE SEGURIDAD
EVALUACION DE ADHERENCIA A BARRERAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRIMERA MEDICION

FECHA DE ELABORACION: Enero de 2013

RESPONSABLES: Directora de calidad - Gestora de calidad

SERVICIO	AÑO 2013																								
	Abril					Mayo					Junio					Julio					Agosto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Urgencias																									
Consulta externa																									
Cirugia																									
Imagenologia																									
Hospitalizacion																									
Hemodinamia																									
Laboratorio clinico																									
Cuidado intensivo ad.																									
Cuidado intermedio ad.																									

La información completa de los datos recolectados durante esta evaluación, se encuentran en el Anexo 3 ĩ Tabulación de datos

Los incumplimientos detectados durante la primera medición, motivaron la realización de una intervención que se focalizó en lograr se cumplieran los criterios que mostraron desviación frente a la calidad esperada. A partir de ellos (los incumplimientos) se definió, según el modelo de mejoramiento institucional, diseñar e implementar un plan de acción con una duración de 6 meses.

Se consideró susceptible de realizar plan de mejora para aquellos criterios que constituyen el 80% de los incumplimientos en la evaluación 1, según el Grafico de Pareto de la evaluación 1 que se presenta más adelante.

Para el plan de acción generado a partir de los hallazgos de la primera ronda de seguridad, se utilizó el formato institucional que combina la técnica de 5W -1H modificada y diagrama de Gantt para la programación de actividades.

Para diseñar las intervenciones de mejora se tuvo en cuenta el diagrama de afinidades con el fin de definir líneas estratégicas, construido en forma participativa en el Comité de Seguridad del paciente, fundado en julio de 2013 con el objetivo de liderar activamente las actividades institucionales relacionadas con el tema.

En este comité participaron los líderes de cada uno de los procesos asistenciales lo que garantiza aportes multidisciplinarios y realizados por quienes posteriormente facilitarán la implementación en los servicios.

A cada una de las intervenciones se les definió uno o más responsables institucionales

Al elaborar el plan de acción se tuvo en cuenta el planteamiento de actividades realistas, factibles, consensuadas, validas, basadas en el análisis de los datos arrojados por la aplicación del instrumento de evaluación. Ver Anexo 4 ĩ Plan de acción primera evaluación.

Desde este momento, se construyó el indicador de proporción de adherencia a barreras de seguridad por servicio, con el fin de realizar la monitorización de los avances según las acciones implementadas. Para garantizar la fiabilidad del indicador, se construyó la ficha técnica que permite la medición homogénea del mismo y la reproducibilidad de los resultados. Ver Anexo 5 - Ficha técnica de indicador.

Según el plan de acción diseñado, se llevaron a cabo las intervenciones como se evidencia en el Anexo 4 hasta lograr un cumplimiento del 100% de las actividades definidas para mejorar los incumplimientos.

Las acciones fueron lideradas por los responsables institucionales de cada una de las estrategias (variables), en compañía permanente del equipo de calidad como responsables institucional de la seguridad del paciente.

El comité de seguridad del paciente, se convirtió en el mecanismo de seguimiento periódico (mensual), donde se monitorearon los avances en el plan, se aprobaron nuevos métodos de trabajo o actualizaciones de los ya implementados, se replantean actividades, se gestionan recursos, se reasignan responsables, se evalúa el cumplimiento de compromisos y se recopila la información para presentación posterior en comité de gerencia a través de la dirección de calidad y planeación, cargo común a estas dos instancias de control.

Segunda evaluación: se realizó entre abril y agosto de 2014. Se conservó el método inicial: cronograma (Cronograma segunda evaluación), instrumento de medición elaborado, validado y aplicado en el primer ciclo, al igual que los dos evaluadores que ejecutaron la medición inicial.

RONDAS DE SEGURIDAD
EVALUACION DE ADHERENCIA A BARRERAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

SEGUNDA MEDICION

FECHA DE ELABORACION: Marzo de 2014

RESPONSABLES: Directora de calidad - Gestora de calidad

SERVICIO	AÑO 2014																								
	Abril					Mayo					Junio					Julio					Agosto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Urgencias																									
Consulta externa																									
Cirugia																									
Imagenologia																									
Hospitalizacion																									
Hemodinamia																									
Laboratorio clinico																									
Cuidado intensivo adultos																									
Cuidado intermedio adultos																									

La información completa de los datos recolectados durante esta evaluación, se encuentran en el Anexo 3 ï Tabulación de datos.

4.6.2 Instrumento de recolección de información

Para evaluar la adherencia a las barreras definidas, nos propusimos aplicar la herramienta de evaluación de adherencia a través de rondas de seguridad en cada uno de los servicios asistenciales. Es importante aclarar, que la situación analizada no fue de tipo clínico sino organizacional.

El instrumento incluyó 4 buenas prácticas denominadas variables que se detallan a continuación:

- Detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales
- Prevenir y reducir caídas

Cada una de las variables cuenta con un grupo de criterios, algunos genéricos o específicos, según su posibilidad de evaluación en todos los servicios o en algunos en particular (42 criterios posibles en total) distribuidos así:

- Detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud. (13 criterios)
- Mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos (6 criterios)
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales (17 criterios)
- Prevenir y reducir caídas (6 criterios)

A cada criterio se le definieron sus excepciones (circunstancias en las que no es exigible el criterio) y aclaraciones (descripción inequívoca cualquier termino que aparezca en el criterio o sus excepciones, que pueda estar sujeto a interpretaciones) con el fin de garantizar validez y fiabilidad. Ver Anexo 1 ÿ Aclaraciones y excepciones

Todos los criterios pesaron lo mismo dentro de la calificación general y por servicio (Isovalentes).

Cada uno de los criterios se calificó en forma categórica como: CUMPLE ÿ NO CUMPLE ÿ NO APLICA, según las especificaciones definidas para cada uno de ellos. Ver Anexo 2 - Herramienta de evaluación de adherencia a barreras de seguridad - por servicio

Los criterios calificados como NO APLICAN (excepciones) no se tuvieron en cuenta para el cómputo general de resultados para evitar factor de confusión y garantizar fiabilidad y validez.

Los criterios contenidos en la herramienta aplicada en las rondas de seguridad permitieron evaluar al personal médico, enfermeros profesionales y auxiliares, tecnólogos en ayudas diagnósticas, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, personal administrativo de apoyo a los servicios asistenciales (secretarias, admisiones, facturadores, transcriptores, camilleros), auxiliares de alimentación, auxiliares de servicios generales, químicos farmacéuticos, regentes de farmacia y auxiliares de farmacia.

El instrumento permitió sacar calificación de cumplimiento de criterios totales por servicio, por variable por servicio, por variable para la clínica, por criterio general para

la clínica en porcentaje de cumplimiento como se puede observar en el Anexo 3 i Tabulación de datos.

4.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Se garantizó que los criterios tuvieran validez facial (grado de relevancia obvia enmarcados en el tema de seguridad del paciente), validez de contenido (mide el concepto, está en relación con la calidad entendiendo la seguridad como un atributo de calidad técnica), validez de criterio (referente objetivo según referentes nacionales e internaciones) y validez interna (muy relevante para nosotros como institución comprometida con la seguridad del paciente)

Para construir los criterios y variables se utilizó la técnica de grupo nominal entre los evaluadores responsables de la aplicación de la herramienta, ambos entrenados en el tema de seguridad del paciente lo cual mejora la sensibilidad y especificidad; posteriormente se realizó pilotaje entre los mismos, calculando el Índice Kappa (resultado 1.0015) para 2 evaluadores y el índice de concordancia general (95.2%) que permitió determinar la concordancia o grado de acuerdo entre los mismos y la fiabilidad en la evaluación (17).

4.8 PRUEBA PILOTO

Para el pilotaje se aplicó el mismo instrumento en forma independiente por cada uno de los evaluadores en el mismo servicio (Cirugía), en el mismo marco temporal (simultáneamente pero sin compartir resultados).

CÁLCULOS DE CONCORDANCIA

	Evaluador 2		
Evaluador 1	Cumple	No cumple	
Cumple	11	1	12
No cumple	1	29	30
	12	30	42

Po			Pe	Indice Kappa
-0.428571429	0.08163265	900	900.081633	1.001588923

Indice de concordancia general	
Cumplimiento	95.2%

4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para tabular los hallazgos de la ronda de seguridad y el resultado por criterio, variable, servicio e institucional general, se utilizó Excel.

Para realizar las comparaciones entre variables, criterios, servicios y evaluaciones se utilizaron gráficos de barras y gráficos radar.

Para determinar la priorización de los criterios susceptibles de intervención, se utilizó Gráfico de Pareto

4.10 COMPARACIÓN ENTRE EVALUACIONES:

A través de la comparación entre las evaluaciones realizadas en el primer y segundo ciclo de rondas, se evidenciaron los efectos de las intervenciones, y se comprobó la efectividad del plan de acción.

5. CONSIDERACIONES ETICAS

Para el planteamiento, desarrollo y ejecución del presente estudio, se siguieron los lineamientos éticos básicos de objetividad, honestidad, respeto de los derechos de terceros, relaciones de igualdad, así se realizó un análisis crítico para evitar cualquier riesgo y consecuencias perjudiciales.

Los hallazgos en cada etapa del proceso de investigación estuvieron encaminados a asegurar tanto la calidad de la investigación, como la seguridad y bienestar de las personas/grupos involucrados en la investigación y cumplieron con los reglamentos, normativas y aspectos legales pertinentes.

6. RESULTADOS

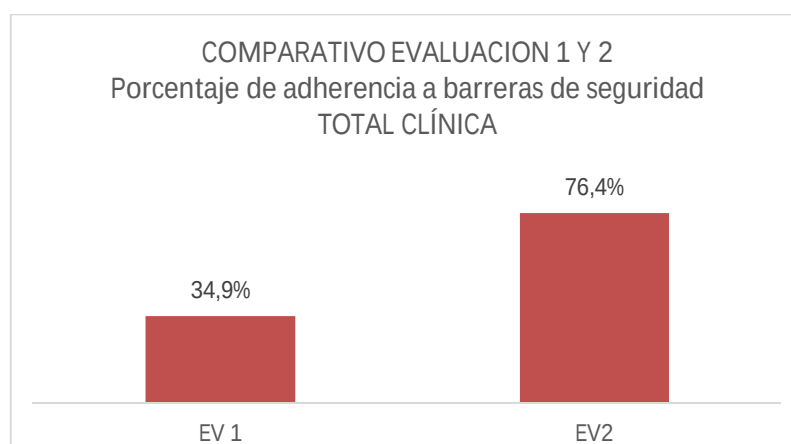
El estudio planteado presenta un ciclo de mejora con una cobertura total sobre los servicios asistenciales de Urgencias, Consulta externa, Hemodinámica, Laboratorio clínico, Imagenología, Hospitalización, Cirugía, Unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios teniendo en cuenta que la seguridad del paciente es un tema transversal a la organización.

A continuación, por medio de representaciones gráficas, se evidencian los resultados de cada una de las evaluaciones resultantes de la aplicación del instrumento en las rondas de seguridad durante la primera y segunda medición

6.1 COMPARACION DE LA ADHERENCIA GLOBAL A LAS BARRERAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, MEDIDO EN EL PRIMERO Y SEGUNDO CICLO DE RONDAS DE SEGURIDAD REALIZADAS

**PORCENTAJE DE ADHERENCIA A BARRERAS DE SEGURIDAD GLOBAL
(todos los criterios aplicables) - GLOBAL Y POR SERVICIO**

SERVICIO	EV 1	EV2
TOTAL CLINICA	34.9%	76.4%
URGENCIAS	26%	77%
CONSULTA EXTERNA	24%	71%
HEMODINAMIA	33%	73%
LABORATORIO	60%	80%
IMAGENOLOGIA	29%	71%
HOSPITALIZACION	29%	69%
CIRUGIA	32%	76%
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	43%	83%
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	49%	86%



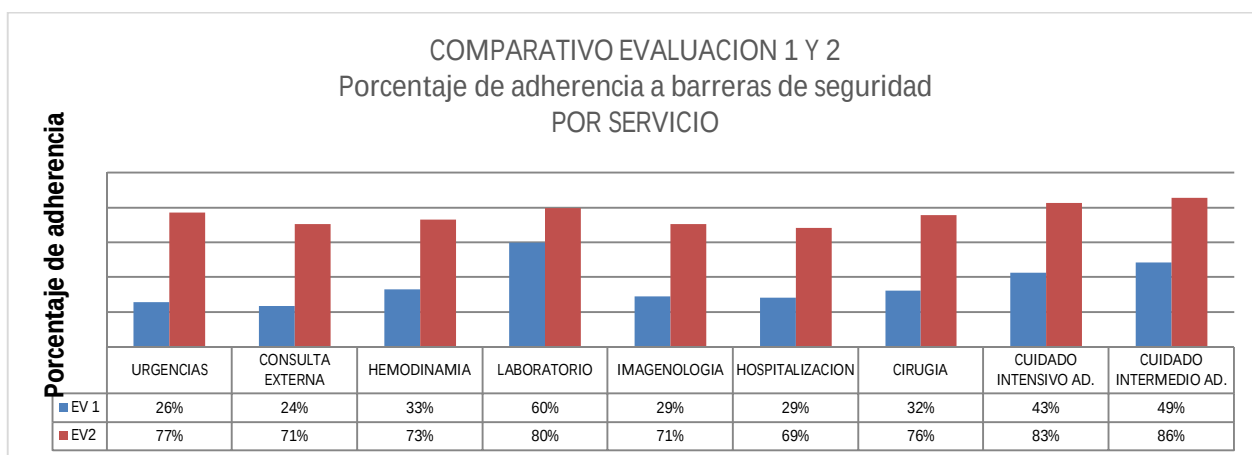
Fuente: Medición Adherencia global a las barreras de seguridad, en el primero y segundo ciclo de rondas de seguridad, Clínica Las Vegas, 2013 y 2014

Como se observa en la gráfica anterior, los resultados globales de adherencia de los servicios asistenciales a las diferentes barreras de seguridad evaluadas lograron un mejoramiento notorio entre los dos ciclos de evaluación, evidenciando el impacto de las acciones de mejoramiento implementadas en los 6 meses en que se desarrolló el plan

de acción aunque aún no se logran los resultados institucionales satisfactorios definidos como corte en 85%, por lo cual se hace necesario continuar con las intervenciones lideradas desde el comité de seguridad del paciente.

6.2 COMPARACION DE LA ADHERENCIA POR SERVICIO, A LAS BARRERAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, MEDIDO EN EL PRIMERO Y SEGUNDO CICLO DE RONDAS DE SEGURIDAD REALIZADAS

El detalle comparativo de cumplimiento de barreras por cada uno de los servicios se observa en la gráfica a continuación.



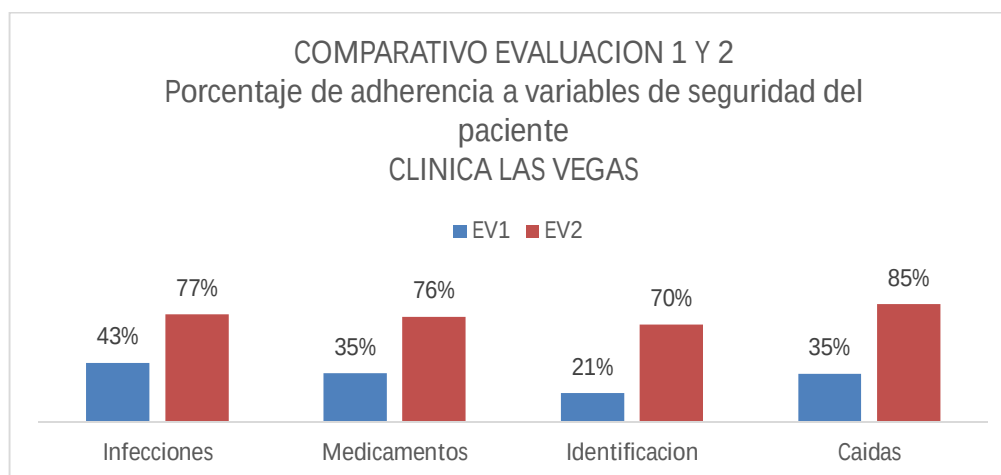
Fuente: Medición Adherencia por servicio a las barreras de seguridad, en el primero y segundo ciclo de rondas de seguridad, Clínica Las Vegas, 2013 y 2014

En la primera evaluación, el servicio que proporcionalmente presentaba menor adherencia a las barreras era urgencias, y el que lograba el valor superior era laboratorio clínico, aunque todos ellos mostraban valores inferiores al estándar institucional. Posterior al plan de acción y a través de la segunda evaluación, se observan avances muy positivos en la aplicación de las barreras en todos los servicios aunque sin lograr aun el cumplimiento de estándares institucionales, con excepción de cuidado intermedio adulto que logra cumplir el corte establecido como satisfactorio a nivel institucional.

6.3 COMPARACION DE LA ADHERENCIA A BARRERAS DE SEGURIDAD AGRUPADAS POR SERVICIO Y POR CLINICA

PORCENTAJE DE ADHERENCIA A BARRERAS DE SEGURIDAD AGRUPADAS POR VARIABLE - POR SERVICIO Y POR CLINICA

CLINICA LAS VEGAS	EV1	EV2
Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (infecciones)	43%	77%
Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos (medicamentos)	35%	76%
Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales (identificación)	21%	70%
Prevención y reducción de la frecuencia caídas (caídas)	35%	85%



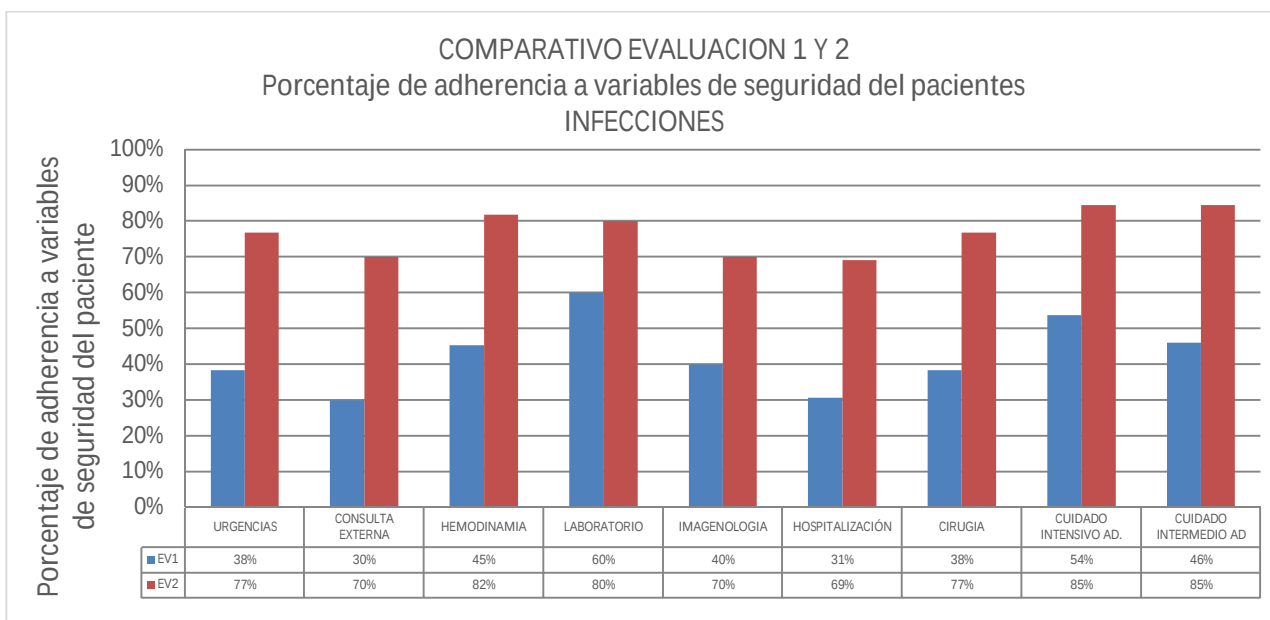
Fuente: Medición Adherencia por a las barreras de seguridad, por servicio y por práctica clínica
En el primero y segundo ciclo de rondas de seguridad, Clínica Las Vegas, 2013 y 2014

Como puede observarse en el grafico anterior, a nivel de clínica, en la evaluación 1 la variable más afectada era la identificación de los pacientes, seguida de la prevención de caídas y medicamentos en igual proporción, y en último lugar infecciones. Posterior a la implementación del plan de acción y según la evaluación 2, se logran avances muy positivos en las 4 variables logrando un mayor equilibrio en la adherencia (entre 70 y 85%).

6.4 COMPARACIÓN ADHERENCIA A BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR CADA SERVICIO

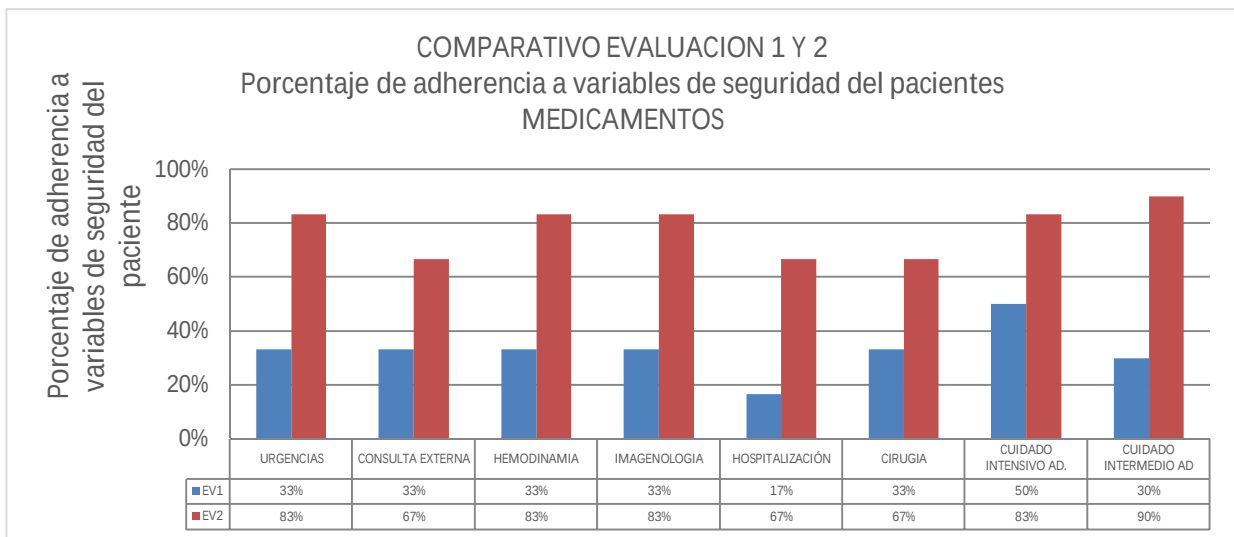
El detalle por servicio de adherencia a los criterios específicos se observa en las tablas y gráficos a continuación.

DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	EV1	EV2
URGENCIAS	38%	77%
CONSULTA EXTERNA	30%	70%
HEMODINAMIA	45%	82%
LABORATORIO	60%	80%
IMAGENOLOGIA	40%	70%
HOSPITALIZACIÓN	31%	69%
CIRUGIA	38%	77%
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	54%	85%
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	46%	85%



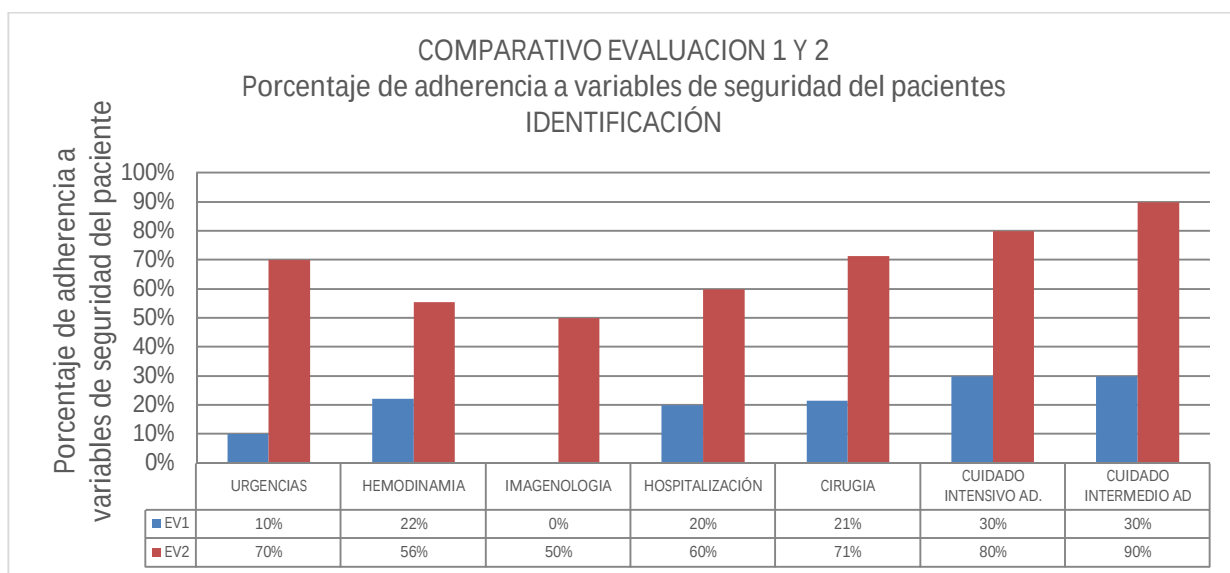
Fuente: Medición Adherencia por a las barreras de seguridad, por servicio y por clínica
En el primero y segundo ciclo de rondas de seguridad, Clínica Las Vegas, 2013 y 2014

MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	EV1	EV2
URGENCIAS	33%	83%
CONSULTA EXTERNA	33%	67%
HEMODINAMIA	33%	83%
IMAGENOLOGIA	33%	83%
HOSPITALIZACIÓN	17%	67%
CIRUGIA	33%	67%
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	50%	83%
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	30%	90%



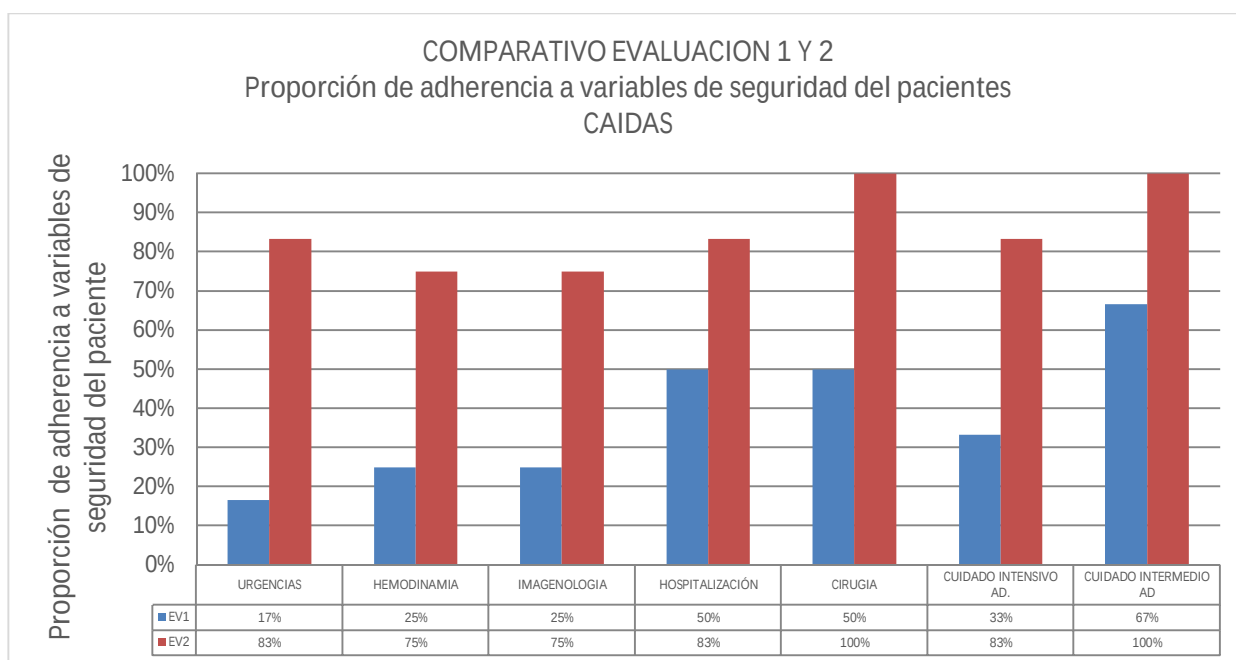
Fuente: Medición Adherencia por a las barreras de seguridad, por servicio y por clínica
En el primero y segundo ciclo de rondas de seguridad, Clínica Las Vegas, 2013 y 2014

ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	EV1	EV2
URGENCIAS	10%	70%
HEMODINAMIA	22%	56%
IMAGENOLOGIA	0%	50%
HOSPITALIZACIÓN	20%	60%
CIRUGIA	21%	71%
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	30%	80%
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	30%	90%



Fuente: Medición Adherencia por a las barreras de seguridad, por servicio y por clínica
En el primero y segundo ciclo de rondas de seguridad, Clínica Las Vegas, 2013 y 2014

PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA CAÍDAS	EV1	EV2
URGENCIAS	17%	83%
HEMODINAMIA	25%	75%
IMAGENOLOGIA	25%	75%
HOSPITALIZACIÓN	50%	83%
CIRUGIA	50%	100%
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	33%	83%
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	67%	100%



Fuente: Medición Adherencia por a las barreras de seguridad, por servicio y por clínica
En el primero y segundo ciclo de rondas de seguridad, Clínica Las Vegas, 2013 y 2014

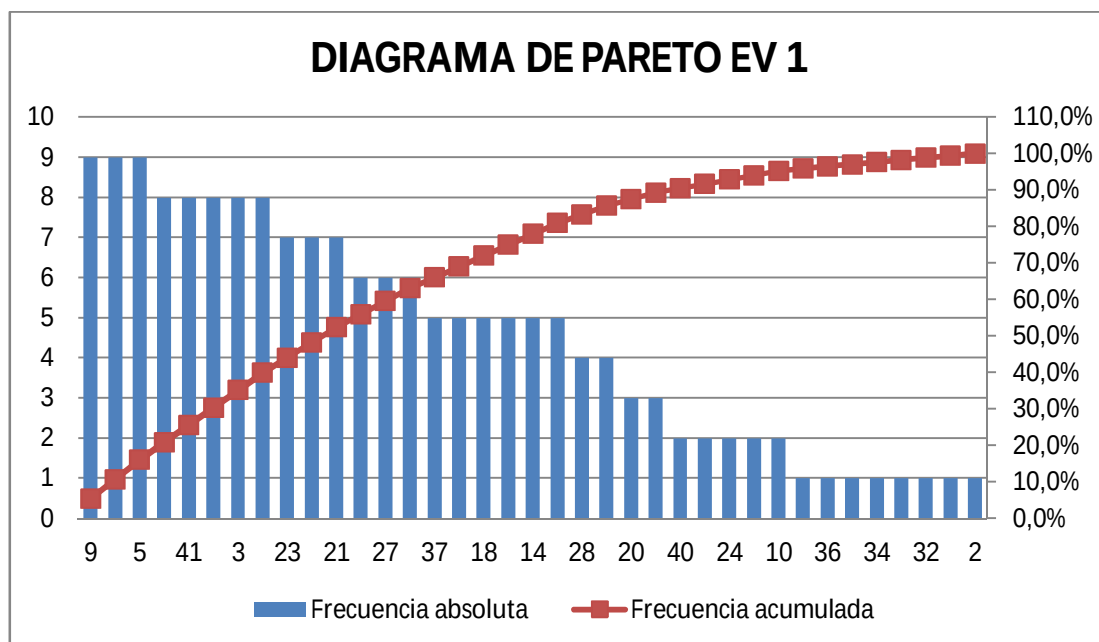
6.5 CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EVALUADOS EN LA PRIMERA RONDA DE SEGURIDAD

Al tabular los datos de la primera evaluación, se identificaron con Grafico de Pareto los focos de incumplimientos, todos ellos claves para el diseño de intervenciones que permitieran impactar la oportunidad sobre la cual se diseñó el presente ciclo de mejora.

INCUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE EVALUACION 1

N	CRITERIO AFECTADO	N° Incumplimientos	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
9	Se realiza lavado de manos antes de evaluar al paciente.	9	5.4%	5.4%	5.4%
6	Existen mensajes en los servicios que expliquen la técnica correcta.	9	5.4%	10.7%	10.7%
5	Existen mensajes en los servicios que promuevan el lavado de manos en los cinco momentos	9	5.4%	16.1%	16.1%
42	Están ubicadas las barras de apoyo en ducha/baño	8	4.8%	20.8%	20.8%
41	Se observan cintas antideslizantes en pisos de ducha/baño	8	4.8%	25.6%	25.6%
7	Se realiza lavado de manos antes de cada procedimiento.	8	4.8%	30.4%	30.4%
3	El personal utiliza los elementos de protección personal (guantes, gafas, mascarilla, batas) en los momentos pertinentes.	8	4.8%	35.1%	35.1%
1	Si el paciente requiere aislamiento, tiene ubicado el cartel informativo correspondiente.	8	4.8%	39.9%	39.9%
23	La información de la manilla es legible	7	4.2%	44.0%	44.0%
22	La manilla esta se conserva en buen estado	7	4.2%	48.2%	48.2%
21	La manilla de identificación está completamente diligenciada	7	4.2%	52.4%	52.4%
29	El rotulo de los líquidos endovenosos está completamente diligenciado	6	3.6%	56.0%	56.0%
27	El rotulo de la muestras del laboratorio está completamente diligenciado	6	3.6%	59.5%	59.5%
17	Están identificación los medicamentos LASA (según definición institucional)	6	3.6%	63.1%	63.1%
37	El paciente tiene las barandas de la cama/camilla arriba.	5	3.0%	66.1%	66.1%
25	El tablero del servicio está completamente diligenciado	5	3.0%	69.0%	69.0%
18	Están identificación los medicamentos de alto riesgo (según definición institucional)	5	3.0%	72.0%	72.0%
15	Si el paciente es alérgico, la manilla tiene escrito el medicamento al cual es alérgico	5	3.0%	75.0%	75.0%
14	Si el paciente es alérgico tiene la manilla de alergias	5	3.0%	78.0%	78.0%
11	Está marcada vena canalizada con fecha, número del catéter y nombre de quien realiza el procedimiento.	5	3.0%	81.0%	81.0%
28	El listado de las dietas contiene la información completa	4	2.4%	83.3%	83.3%

19	No se encuentran medicamentos multidosis o fraccionables que superen su vida útil después de abiertos	4	2.4%	85.7%
20	El paciente tiene manilla de identificación.	3	1.8%	87.5%
16	Los medicamentos multidosis o fraccionables están marcados con fecha de inicio.	3	1.8%	89.3%
40	Las escalerillas están en buenas condiciones de mantenimiento.	2	1.2%	90.5%
39	La habitación/cubículo/consultorio cuenta con escalerilla de dos pasos	2	1.2%	91.7%
24	El tablero del cubículo está completamente diligenciado	2	1.2%	92.9%
12	Las venas canalizadas no superan el tiempo definido por la institución para el recambio - 72 horas.	2	1.2%	94.0%
10	Se realiza lavado de manos después de evaluar al paciente.	2	1.2%	95.2%
38	Las barandas de la cama/camilla suben y bajan.	1	0.6%	95.8%
36	Se aplica la lista de chequeo de cirugía segura después del procedimiento.	1	0.6%	96.4%
35	Se aplica la lista de chequeo de cirugía segura durante el procedimiento.	1	0.6%	97.0%
34	Se aplica la lista de chequeo de cirugía segura antes del procedimiento.	1	0.6%	97.6%
33	El tablero en el quirófano está completamente diligenciado	1	0.6%	98.2%
32	Se encuentra marcado el sitio quirúrgico cuando la cirugía es un sitio anatómico con lateralidad, según método institucional	1	0.6%	98.8%
31	Los pacientes que ingresan a cirugía, tienen completamente diligenciado el rotulo de paciente quirúrgico	1	0.6%	99.4%
2	Se dispone de los elementos de protección personal (guantes, gafas, mascarilla, batas) que faciliten el cumplimiento del aislamiento	1	0.6%	100.0%
		168	100%	



Fuente: Medición Adherencia por a las barreras de seguridad, por servicio y por clínica
En el primero y segundo ciclo de rondas de seguridad, Clínica Las Vegas, 2013

Es así como en la evaluación 1, encontramos que el 80% de los incumplimientos globales de las barreras de seguridad en la clínica, se focalizaban en 20 criterios destacados con naranja en la tabla **INCUMPLIMIENTOS CRITERIOS DE EVALUACION 1**.

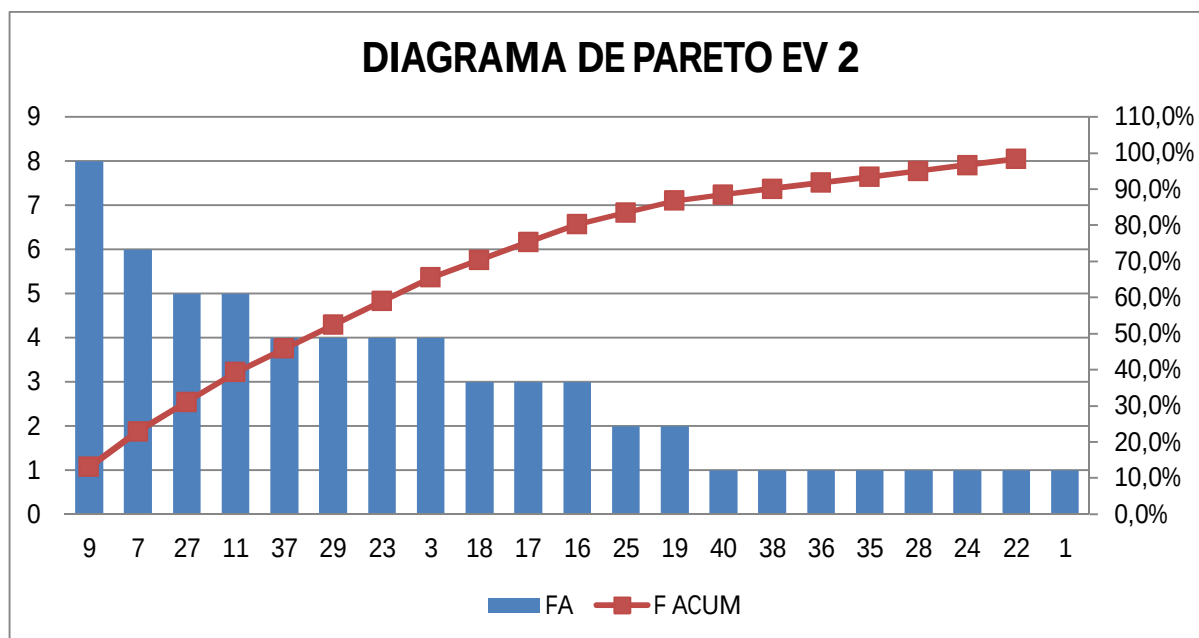
6.6 CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EVALUADOS EN LA SEGUNDA RONDA DE SEGURIDAD

En la segunda evaluación, los incumplimientos se comportaron de la siguiente manera:

INCUMPLIMIENTO CRITERIOS DE EVALUACION 2

N	CRITERIO AFECTADO	N° Incumplimientos		
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
9	Se realiza lavado de manos antes de evaluar al paciente.	8	13.1%	13.1%
7	Se realiza lavado de manos antes de cada procedimiento.	6	9.8%	23.0%
27	El rotulo de la muestras del laboratorio está completamente diligenciado	5	8.2%	31.1%

11	Está marcada vena canalizada con fecha, número del catéter y nombre de quien realiza el procedimiento.	5	8.2%	39.3%
37	El paciente tiene las barandas de la cama/camilla arriba.	4	6.6%	45.9%
29	El rotulo de los líquidos endovenosos está completamente diligenciado	4	6.6%	52.5%
23	La información de la manilla es legible	4	6.6%	59.0%
3	El personal utiliza los elementos de protección personal (guantes, gafas, mascarilla, batas) en los momentos pertinentes.	4	6.6%	65.6%
18	Están identificación los medicamentos de alto riesgo (según definición institucional)	3	4.9%	70.5%
17	Están identificación los medicamentos LASA (según definición institucional)	3	4.9%	75.4%
16	Los medicamentos multidosis o fraccionables están marcados con fecha de inicio.	3	4.9%	80.3%
25	El tablero del servicio está completamente diligenciado	2	3.3%	83.6%
19	No se encuentran medicamentos multidosis o fraccionables que superen su vida útil después de abiertos	2	3.3%	86.9%
40	Las escalerillas están en buenas condiciones de mantenimiento.	1	1.6%	88.5%
38	Las barandas de la cama/camilla suben y bajan.	1	1.6%	90.2%
36	Se aplica la lista de chequeo de cirugía segura después del procedimiento.	1	1.6%	91.8%
35	Se aplica la lista de chequeo de cirugía segura durante el procedimiento.	1	1.6%	93.4%
28	El listado de las dietas contiene la información completa	1	1.6%	95.1%
24	El tablero del cubículo está completamente diligenciado	1	1.6%	96.7%
22	La manilla esta se conserva en buen estado	1	1.6%	98.4%
1	Si el paciente requiere aislamiento, tiene ubicado el cartel informativo correspondiente.	1	1.6%	100.0%
		61	100%	



Fuente: Medición Adherencia por a las barreras de seguridad, por servicio y por clínica

En el primero y segundo ciclo de rondas de seguridad, Clínica Las Vegas, 2014

En la evaluación 2, encontramos que el 80% de los incumplimientos globales de las barreras de seguridad en la clínica, se reducen de 20 criterios identificados en la evaluación 1 a 11 criterios destacados con naranja en la tabla **INCUMPLIMIENTOS DE CRITERIOS EVALUACION 2**.

La mejora conseguida en cada uno de los criterios tras la intervención para mejorar se observa en la tabla a continuación ĩ Mejora absoluta y relativa.

6.7 COMPARACIÓN DEL MEJORAMIENTO DE CRITERIOS EVALUADOS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

DIFERENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EVALUACION 1 Y 2 - NIVEL CLINICA

N	CRITERIO	EV 1	EV2	Mejora absoluta	Mejora relativa
		p1	p2	p2-p1	P2-P1/1-P1
1	Si el paciente requiere aislamiento, tiene ubicado el cartel informativo correspondiente.	11%	89%	78%	88%
2	Se dispone de los elementos de protección personal (guantes, gafas, mascarilla, batas) que faciliten el cumplimiento del aislamiento	89%	100%	11%	100%

3	El personal utiliza los elementos de protección personal (guantes, gafas, mascarilla, batas) en los momentos pertinentes.	11%	56%	44%	50%
4	Se cuenta con la dotación necesaria para el lavado de manos (jabón, toallas para secado de manos).	100%	100%	0%	
5	Existen mensajes en los servicios que promuevan el lavado de manos en los cinco momentos	0%	100%	100%	100%
6	Existen mensajes en los servicios que expliquen la técnica correcta.	0%	100%	100%	100%
7	Se realiza lavado de manos antes de cada procedimiento.	11%	33%	22%	25%
8	Se realiza lavado de manos después de cada procedimiento.	100%	100%	0%	
9	Se realiza lavado de manos antes de evaluar al paciente.	0%	11%	11%	11%
10	Se realiza lavado de manos después de evaluar al paciente.	78%	100%	22%	100%
11	Está marcada vena canalizada con fecha, número del catéter y nombre de quien realiza el procedimiento.	0%	0%	0%	0%
12	Las venas canalizadas no superan el tiempo definido por la institución para el recambio - 72 horas.	60%	100%	40%	100%
13	Se observan catéteres centrales (limpios y sin signos de infección)	100%	100%	0%	
14	Si el paciente es alérgico tiene la manilla de alergias	29%	100%	71%	100%
15	Si el paciente es alérgico, la manilla tiene escrito el medicamento al cual es alérgico	29%	100%	71%	100%
16	Los medicamentos multidosis o fraccionables están marcados con fecha de inicio.	63%	63%	0%	0%
17	Están identificados los medicamentos LASA (según definición institucional)	25%	63%	38%	50%
18	Están identificados los medicamentos de alto riesgo (según definición institucional)	38%	63%	25%	40%
19	No se encuentran medicamentos multidosis o fraccionables que superen su vida útil después de abiertos	43%	71%	29%	50%
20	El paciente tiene manilla de identificación.	57%	100%	43%	100%
21	La manilla de identificación está completamente diligenciada	0%	100%	100%	100%
22	La manilla esta se conserva en buen estado	0%	86%	86%	86%
23	La información de la manilla es legible	0%	43%	43%	43%
24	El tablero del cubículo está completamente diligenciado	60%	80%	20%	50%
25	El tablero del servicio está completamente diligenciado	0%	60%	60%	60%
26	El rotulo de las imágenes diagnósticas está completamente diligenciado	100%	100%	0%	
27	El rotulo de las muestras del laboratorio está completamente diligenciado	0%	17%	17%	17%

28	El listado de las dietas contiene la información completa	0%	75%	75%	75%
29	El rotulo de los líquidos endovenosos está completamente diligenciado	0%	33%	33%	33%
30	La lista de pacientes programados contiene la información completa	100%	100%	0%	
31	Los pacientes que ingresan a cirugía, tienen completamente diligenciado el rotulo de paciente quirúrgico	0%	100%	100%	100%
32	Se encuentra marcado el sitio quirúrgico cuando la cirugía es un sitio anatómico con lateralidad, según método institucional	0%	100%	100%	100%
33	El tablero en el quirófano está completamente diligenciado	0%	100%	100%	100%
34	Se aplica la lista de chequeo de cirugía segura antes del procedimiento.	0%	100%	100%	100%
35	Se aplica la lista de chequeo de cirugía segura durante el procedimiento.	0%	0%	0%	0%
36	Se aplica la lista de chequeo de cirugía segura después del procedimiento.	0%	0%	0%	0%
37	El paciente tiene las barandas de la cama/camilla arriba.	29%	43%	14%	20%
38	Las barandas de la cama/camilla suben y bajan.	86%	86%	0%	0%
39	La habitación/cubículo/consultorio cuenta con escalerilla de dos pasos	60%	100%	40%	100%
40	Las escalerillas están en buenas condiciones de mantenimiento.	60%	80%	20%	50%
41	Se observan cintas antideslizantes en pisos de ducha/baño	0%	100%	100%	100%
42	Están ubicadas las barras de apoyo en ducha/baño	0%	100%	100%	100%

Fuente: Medición Adherencia por a las barreras de seguridad, por servicio y por clínica
En el primero y segundo ciclo de rondas de seguridad, Clínica Las Vegas, 2014 vs 2013

En este momento del ciclo, la dirección de calidad informó al equipo directivo sobre los resultados, detallando el cierre de brechas y las oportunidades de mejora que deben continuar siendo intervenidas.

Desde la primera evaluación se definió la medición del indicador de Proporción de cumplimiento de criterios de ronda de seguridad que resume el cumplimiento de los criterios evaluados a través de rondas en los servicios asistenciales en forma global para la institución, y se le da continuidad en la segunda evaluación del ciclo de mejora para obtener comparativos frente a la situación de partida

7. DISCUSIÓN

A través de la realización de este ciclo de mejora, se identifican las rondas de seguridad como una estrategia de alto valor para promover la cultura de seguridad del paciente y para realizar actividades educativas con el personal del servicio, debido a que la identificación de hallazgos concurrentes en su presencia, permite la reflexión inmediata de las causas que generan la desviación en la adherencia a la barrera de seguridad y la participación del personal en el compromiso por cumplirla o en la construcción de métodos de intervención conjuntos que son prácticos debido a que son propuestos por el mismo personal encargado de aplicarlas.

Es evidente que las barreras estructurales como las asociadas a infraestructura, dotación, señalización, sistemas informáticos, etc. son de fácil implementación siempre y cuando exista el compromiso gerencial para la asignación de recursos, pues a partir de esta disponibilidad económica se traducen en la adquisición y puesta en marcha y así se puede evidenciar en las mejoras de las dos evaluaciones; pero las barreras asociadas a comportamiento del personal y dependientes del compromiso del mismo con el tema, son un capítulo que requiere mucho más tiempo de intervención y permanente acompañamiento y constancia para lograr ir transformando la postura de la gente frente a la seguridad del paciente.

Para la institución, especialmente para su equipo directivo, el ejercicio desarrollado en este ciclo de mejora representa un avance muy satisfactorio en la estrategia institucional definida desde su direccionamiento estratégico de lograr una clínica segura, desde la estructura, los procesos y resultados, y principalmente desde la convicción de cada uno de sus trabajadores de la importancia de su aporte en el día a día con la seguridad del paciente. Es así como desde la gerencia, se define la institucionalización de estas rondas como una actividad sistemática en el tiempo, para complementar las demás actividades que promueven prácticas seguras.

7.1 LIMITACIONES

La observación directa, por ser una técnica concurrente, donde el personal del servicio sabe de la actividad cuando se presenta el equipo evaluador y rápidamente a medida que transcurre la ronda detecta los criterios de evaluación, conlleva necesariamente a un sesgo de cumplimiento debido a que en ese mismo momento muchas de las desviaciones son corregidas para evitar una calificación desfavorable. Sin embargo, aun con esta claridad, la posibilidad de evaluar la adherencia a barreras como las definidas en el instrumento de este ciclo de mejora es imposible con una técnica de

revisión documental debido a que no son objeto de registro y solo pueden ser evidenciadas en la realidad del servicio.

Para la institución, hay muchas más barreras de seguridad que se han logrado clasificar como efectivas en la prevención de eventos adversos, partiendo del análisis de casos de seguridad o desde la propia experiencia en la prestación de los servicios, pero que desafortunadamente no tienen el respaldo bibliográfico que permitan clasificarlas como criterios aceptables y normativos por lo cual no fueron incluidas en el presente artículo.

Para los siguientes ciclos de rondas de seguridad programados, pues como ya se comentó se definieron como una estrategia sistemática, es fundamental la continuidad de los evaluadores debido a que se ha logrado estandarizar la interpretación de los criterios permitiendo fiabilidad y validez. En caso de que al equipo responsable de las rondas se incorpore un nuevo integrante, es crítica la capacitación brindada para la realización de esta actividad y el estudio detallado de los instrumentos, especialmente las aclaraciones y excepciones para poder permitir que hacia adelante los resultados sean comparables y continuar evidenciando el impacto de las mejoras y mantenimiento del modelo de seguridad institucional.

8. CONCLUSIONES

Durante esta investigación, como lo demuestran los gráficos y tablas comparativas, y producto de las rondas de seguridad y del plan de acción implementado a partir de sus hallazgos, se fortaleció la adherencia a las barreras institucionales en los diferentes servicios, logrando así evidenciar el impacto de las intervenciones y el aumento creciente del compromiso individual y colectivo con la prevención de eventos adversos.

Por el enfoque educativo (durante la ronda se retroalimenta el personal frente a la seguridad del paciente) y cooperativo (la búsqueda de soluciones se hace de forma conjunta con las personas del servicio) de la ronda, el personal aprende con las múltiples visitas a desmitificar la actividad como elemento punitivo, simple detector de errores o fallas que ocasionen consecuencias disciplinarias, y aprende a verlo como la oportunidad de una mirada externa, crítica, que retroalimenta el servicio y lo apoya en la promoción de mejoras.

A través del primer ciclo de evaluación con rondas de seguridad, se identificaron las oportunidades de mejora asociadas al incumplimiento de las barreras institucionales por parte del personal asistencial, generando la necesidad de diseñar e implementar un plan de intervención para impactar positivamente la cultura de seguridad del paciente.

Se logro a través de la participación del comité de seguridad del paciente la construcción de un plan de intervención efectivo debido a su carácter interdisciplinario, donde confluye el aporte de diferentes disciplinas y servicios como fuente de soluciones transversales y particulares a las necesidades de cada grupo. Igualmente, este comité como espacio de seguimiento a los avances y dificultades nuevas o persistentes, favorece la comunicación descendente hacia los servicios como un ingrediente más en la promoción de la cultura de seguridad.

La participación y rol de directivos de la institución en las rondas de seguridad y en las demás estrategias institucionales que promuevan el tema, son fundamentales como vínculo directo con la alta gerencia logrando así una concientización desde este nivel y un apoyo fundamental para la asignación de recursos requeridos para las intervenciones.

Mediante este ciclo de mejora, se logra evidenciar la necesidad de evaluación permanente de la implementación de las directrices brindadas desde la dirección de calidad frente a la seguridad del paciente, no siendo suficiente la simple definición de

documentos de referencia y su difusión a través de grupos primarios y capacitaciones, sino la evaluación directa de su aplicabilidad en la atención cotidiana de los pacientes.

9. RECOMENDACIONES

Las rondas de seguridad son una estrategia institucional que por sus resultados efectivos, se institucionaliza en la clínica y se continuara aplicando en forma sistemática (anual), así como la medición del indicador para evaluar la mejora conseguida o desviaciones no deseadas que impliquen intervenciones adicionales.

Las intervenciones en seguridad del paciente, principalmente las de proceso, asociadas al compromiso de implementación por parte del personal de los servicios, no son actividades de resultados inmediatos, requieren de tiempos considerables de insistencia y persistencia en la promoción de la misma hasta lograr una incorporación consciente de las personas en sus prácticas diarias. En este sentido, es clave que el equipo líder del tema no se desanime frente a los avances lentos o incluso retrocesos en los temas promovidos, siempre considerando que los cambios culturales toman tiempos asociados a cada individuo.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de salud y proteccion social. Seguridad del paciente y la atencion segura - paquetes instruccionales - Guia tecnica "Buenas practicas para la seguridad del paciente en la atencion en salud". 2015. Version 2.0.
2. Ministerio de la Proteccion Social. Observatorio de Calidad. Ministerio de la Proteccion Social. [Online].; 2012 [cited 2012 Junio 02. Available from: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx.
3. Organizacion Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigacion en la seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atencion mas segura. 2008. Consultada el 15 de agosto de 2011.
4. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá. Colombia. 2008. Consultada septiembre de 2011.
5. Suárez Mier MB, Martínez Ortega MC, Vegas Pardavila E, Fernández Prada M, Cofiño Castañeda LA, Díaz Alonso Y, et al. Las rondas de seguridad con directivos: una herramienta que mejora la atención del paciente critico. Actualidad médica. 2014 Abril; 99(741).
6. Organizacion Mundial de la Salud. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. [Online].; 2007 [cited 2012 Junio 06. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
7. Organizacion Mundial de la Salud. Resolucion WHA55.18. 202. Cumbre de Ginebra.
8. Organizacion Mundial de la Salud. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge.. 2005. World Alliance for Patient Safety. Patient care - standards. Cross infection - prevention and control. Infection control methods Health facilities.
9. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2006 [cited 2012 Junio 06. Available from: http://www.who.int/patientsafety/patient_for_patient/statement/es/index.html.
10. Ministerio de sanidad y politica social. IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamerica. Gobierno de España. 2009. Informe de estudios e investigacion.
11. García Barbero M. La alianza Mundial para la seguridad. 2005. Presentacion en el seminario: La Seguridad del Paciente a debate. Fundacion Avedis Donabedian. Madrid.
12. Ministerio de salud. Resolucion 1441 de 2013. 2013. Republic de Colombia.
13. Ministerio de salud. Resolucion 2003 de 2014. 2014. Republica de Colombia.
14. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Bases del premio Galardón Nacional Hospital seguro. 2012. Colombia.
15. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de hospitales. 2011. Cuarta edición (Vigente).
16. Ministerio de salud. Lista de chequeo para las buenas practicas de seguridad del

paciente obligatorias. 2014. Republica de Colombia.

17. Saturno JP SMAJ. Analisis de la fiabilidad de criterios. Manual de Master en gestion de la Calidad en los servicios de Salud: Modulo 3: Actividades básicas para la mejora continua: Metodos y herramientas para la realizacion de cliclos de mejora. 2008. Unidad temática 13 1° edicion - Universidad de Murcia. ISBN: 978 - 84 - 8371 - 754 - 7. Deposito legal: MU 1655. 2008.
18. Gómez Ramírez OJ, Soto Gómez A, Arenas Gutierrez A. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Avances en enfermeria. 2011 Julio ï Diiciembre; 29(2).
19. Ministerio de la Protección Social. Rondas de seguridad - Politica de seguridad del paciente. Herramienta para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de la Calidad de la atención en salud. 2010. Colombia - Bogotá.