

| | | | | | |
|--|---|--|----------------|-----------------------------------|------------|
|  | GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS | | CÓDIGO | FO-GS-15 | |
| | | | VERSIÓN | 02 | |
| | ESQUEMA HOJA DE RESUMEN | | | FECHA | 03/04/2017 |
| | | | | PÁGINA | 1 de 1 |
| ELABORÓ Jefe División de Biblioteca | | REVISÓ Equipo Operativo de Calidad | | APROBÓ Líder de Calidad | |

RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES): NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

NOMBRE(S): PAULA DANIELA APELLIDOS: ROJAS ZAMBRANO

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): DIANEE SOFIA APELLIDOS: GONZALEZ ESCOBAR

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2022

El servicio de urgencias en la actualidad se ha convertido en un reto a la calidad de la atención, puesto que se deben comprender múltiples variables como la puntualidad, el tiempo de espera, la oportunidad de atención, la amabilidad del personal, la atención de asistentes, higiene del lugar, infraestructura, trato personal, y la capacidad técnica e información. Por lo tanto, el objetivo de este proyecto fue fortalecer los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022. Se elaboró un plan operativo en el que se realizaron las siguientes actividades: aplicación de listas de chequeo que midieron la seguridad del paciente sobre los procesos de administración segura de medicamentos y la identificación del paciente; apoyo de las acciones de mejora del HUEM, basado en los resultados obtenidos en las listas de chequeo aplicadas; establecimiento de recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos; capacitación al personal sobre la temática de seguridad del paciente que incluyó los protocolos institucionales de administración de medicamentos, identificación del paciente y reporte de eventos adversos. Finalmente se evaluó el aprendizaje obtenido mediante la aplicación de pre test y post test al personal.

PALABRAS CLAVES: calidad en la atención, seguridad del paciente, servicio de urgencias

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 170 PLANOS: ILUSTRACIONES: CD ROOM:

FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN Y
SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL
2022

PAULA DANIELA ROJAS ZAMBRANO

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SAN JOSÉ DE CÚCUTA
2022

FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN Y
SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL
2022

PAULA DANIELA ROJAS ZAMBRANO

Trabajo de grado para optar al título de enfermera

Director metodológico:

DIANNE SOFIA

GONZALEZ ESCOBAR

Phd en bioética, Mgsc en dirección de proyectos, esp en gerencia en servicios de salud, esp en
gestión en salud, esp en práctica pedagógica universitaria

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2022



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

ACTA DE SUSTENTACION No. 015

PROYECTO DE GRADO

FECHA: SAN JOSE DE CUCUTA, 22 DE JUNIO DE 2022 **HORA:** 03:00 P.M.

LUGAR: FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD-SALA JUNTAS BLOQUE A

PROGRAMA DE: ENFERMERIA

TITULO DE LA TESIS: "FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2022"

JURADOS:
GLORIA OMARIA BAUTISTA ESPINEL
DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR
YOERIC HERNANDO PRADA FERNANDEZ

DIRECTOR: DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR

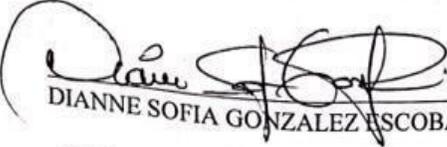
NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:

| | CODIGO | NOTA | CALIFICACION (A) (M) (L) |
|-------------------------------------|----------------|-------------|------------------------------------|
| <u>PAULA DANIELA ROJAS ZAMBRANO</u> | <u>1800991</u> | <u>4.2</u> | <u>X</u> |

FIRMA JURADO:



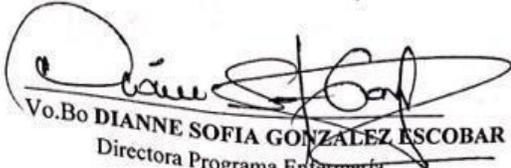
GLORIA OMARIA BAUTISTA ESPINEL



DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR



YOERIC HERNANDO PRADA FERNANDEZ



Vo.Bo DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR
Directora Programa Enfermería

Dedicatoria

A mi madre, quien me ha apoyado desde el comienzo de este proceso, y con su sabiduría, amor y comprensión me ha sabido confortar para seguir adelante en los momentos difíciles.

También dedico este trabajo a mi hijo, quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en mis estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.

Agradecimientos

El principal agradecimiento es para Dios, que me ha dado fortaleza y me ha guiado para llegar hasta aquí.

A mi familia por su apoyo incondicional y estímulo constante a lo largo de esta carrera que me ha permitido culminarla con toda la satisfacción del mundo.

Contenido

| | |
|---|----|
| Introducción | 18 |
| 1. Marco referencial | 20 |
| 1.1. Título | 20 |
| 1.2. Formulación del problema | 20 |
| 1.3. Descripción de la situación problemática | 20 |
| 1.4. Justificación | 23 |
| 1.4.1. Resultados esperados y potenciales a desarrollar | 24 |
| 1.4.2. Objetivos | 26 |
| 1.4.3. Objetivo general | 26 |
| 1.4.4. Objetivos específicos | 27 |
| 1.5. Referentes teóricos | 27 |
| 1.6. Marco conceptual | 30 |
| 1.7. Marco contextual | 34 |
| 1.8. Marco legal | 42 |
| 2. Diseño metodológico | 44 |
| 2.1. Descripción del proyecto a desarrollar | 46 |
| 2.2. Plan operativo | 48 |

| | |
|-------------------------------|-----|
| 3. Resultados | 56 |
| 3.1. Ejecución por objetivos | 56 |
| 3.2. Cronograma | 148 |
| 3.3. Presupuesto | 151 |
| 4. Conclusiones | 154 |
| 5. Recomendaciones | 156 |
| 6. Referencias bibliográficas | 157 |

Lista de tablas

| | | |
|-----------|-----------------------------|-----|
| Tabla 1. | Plan operativo | 48 |
| Tabla 2. | Ejecución del objetivo 1 | 56 |
| Tabla 3. | Clasificación de resultados | 60 |
| Tabla 4. | Clasificación de resultados | 71 |
| Tabla 5. | Ejecución del objetivo 2 | 76 |
| Tabla 6. | Ejecución del objetivo 3 | 79 |
| Tabla 7. | Ronda de seguridad N°1 | 96 |
| Tabla 8. | Ronda de seguridad N°2 | 97 |
| Tabla 9. | Ronda de seguridad N°3 | 98 |
| Tabla 10. | Ronda de seguridad N°4 | 99 |
| Tabla 11. | Ronda de seguridad N°5 | 100 |
| Tabla 12. | Ronda de seguridad N°6 | 101 |
| Tabla 13. | Ronda de seguridad N°7 | 102 |
| Tabla 14. | Ronda de seguridad N°8 | 103 |
| Tabla 15. | Ronda de seguridad N°9 | 104 |
| Tabla 16. | Ronda de seguridad N°10 | 105 |
| Tabla 17. | Ronda de seguridad N°11 | 106 |
| Tabla 18. | Ronda de seguridad N°12 | 107 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabla 19. | Ronda de seguridad N°13 | 108 |
| Tabla 20. | Ronda de seguridad N°14 | 109 |
| Tabla 21. | Ronda de seguridad N°15 | 110 |
| Tabla 22. | Plan de mejora elaborado en base a los aspectos identificados | 113 |
| Tabla 23. | Ejecución del objetivo 4 | 114 |
| Tabla 24. | Resultados obtenidos de los pretest y postest aplicados al personal | 145 |
| Tabla 25. | Plan de mejoramiento respecto a los aspectos identificados | 146 |
| Tabla 26. | Plan de mejoramiento respecto a los aspectos identificados | 147 |
| Tabla 27. | Cronograma | 148 |
| Tabla 28. | Presupuesto | 151 |

Lista de figuras

| | | |
|------------|---|----|
| Figura 1. | Mapa de procesos HUEM | 26 |
| Figura 2. | Modelo de Reason | 29 |
| Figura 3. | Fotografía de la institución | 35 |
| Figura 4. | Lista de chequeo de administración de medicamentos aplicada | 59 |
| Figura 5. | Vía correcta: Verifique que se asegura la vía de administración es la correcta. Si la vía de administración no aparece en la prescripción, se consulta. | 61 |
| Figura 6. | Dilución correcta: Verifique que se constató que los líquidos y la cantidad de los mismos sean correctos para la dilución del medicamento. | 62 |
| Figura 7. | Goteo correcto: Verifique que se controle que el goteo sea correcto para una buena administración del medicamento | 63 |
| Figura 8. | Equipo correcto: Verifique que el personal se asegura que el equipo para la administración de medicamentos sea el correcto para cada paciente | 64 |
| Figura 9. | Dosis correcta: Verifique que el personal comprueba cuando la dosis prescrita parezca inadecuada | 65 |
| Figura 10. | Registrar todos los medicamentos administrados: Verificar que se registra y firma lo antes posible la administración del medicamento | 66 |
| Figura 11. | Verificar que, si por alguna razón no se administra un medicamento, se registra en notas de enfermería especificando el motivo por el cual no se administró | 67 |
| Figura 12. | Verificar que en los registros clínicos y de forma verbal se informa e instruye al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo | 68 |

| | | |
|------------|--|----|
| Figura 13. | Verificar que en los registros clínicos y de forma verbal se comprueba que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito | 69 |
| Figura 14. | Lista de chequeo de protocolo de identificación correcta del paciente | 70 |
| Figura 15. | En caso de que el paciente llegue solo o no esté en condiciones para indicar su documento se debe registrar como: A.S.I: adulto sin identificación, M.S.I: menor sin identificación. | 72 |
| Figura 16. | La manilla de identificación impresa en admisión cuenta con la información descrita en el protocolo para identificación correcta de pacientes | 73 |
| Figura 17. | Se identifica los riesgos con la colocación de vinilos en la manilla de acuerdo a lo descrito en el protocolo para la identificación correcta del paciente | 74 |
| Figura 18. | Registro en historia clínica de educación al paciente y cuidador sobre permanencia en la institución con manilla de identificación, en caso de pérdida o dalo informar a personal de salud a cargo | 75 |
| Figura 19. | Fotografía de educación realizada | 77 |
| Figura 20. | Imagen 9. Fotografía de educación realizada | 78 |
| Figura 21. | Acta N.386 asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS | 82 |
| Figura 22. | Acta N.386 asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS | 83 |
| Figura 23. | Fotografía de educación realizada sobre lavado e higiene de manos | 84 |
| Figura 24. | Fotografía de educación realizada sobre lavado e higiene de manos | 85 |

| | | |
|------------|--|-----|
| Figura 25. | Fotografía de educación realizada sobre lavado e higiene de manos | 85 |
| Figura 26. | Folleto elaborado para la educación sobre higiene y lavado de manos | 86 |
| Figura 27. | Folleto elaborado para la educación sobre higiene y lavado de manos | 87 |
| Figura 28. | Participación en la actividad de gestión | 88 |
| Figura 29. | Participación en la actividad de gestión | 89 |
| Figura 30. | Participación en la actividad de gestión | 89 |
| Figura 31. | Participación en la actividad de gestión | 90 |
| Figura 32. | Participación en la actividad de gestión | 91 |
| Figura 33. | Fotografía de educación realizada sobre identificación del paciente | 92 |
| Figura 34. | Fotografía de educación realizada sobre identificación del paciente | 93 |
| Figura 35. | Folleto educación sobre identificación del paciente a usuarios | 94 |
| Figura 36. | Folleto identificación del paciente a usuarios | 95 |
| Figura 37. | Evidencia fotográfica de hallazgos en las rondas de seguridad | 111 |
| Figura 38. | Evidencia fotográfica de hallazgos en las rondas de seguridad | 111 |
| Figura 39. | Evidencia fotográfica de hallazgos en las rondas de seguridad | 112 |
| Figura 40. | Evidencia fotográfica de hallazgos en las rondas de seguridad | 112 |
| Figura 41. | Pretest administración de medicamentos | 117 |
| Figura 42. | Aplicación del pretest de administración de medicamentos | 118 |
| Figura 43. | Para administrar un medicamento de forma segura para los pacientes debemos tener en cuenta los 13 correctos, algunos de ellos son: | 119 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Figura 44. | En la administración de medicamentos por vía oral se deben tener en cuenta precauciones generales para minimizar el riesgo en los pacientes, ¿Cuál de las siguientes NO es correcta? | 120 |
| Figura 45. | Durante la administración de medicamentos por vía parenteral se debe marcar el medicamento reconstituido y/o diluido, lo que permite una correcta identificación y evitar confusiones que afecten la seguridad del paciente. Utilizando la siguiente etiqueta | 121 |
| Figura 46. | Para administrar medicación por vía I.V se deben tomar medidas de seguridad, seleccione la opción correcta: | 122 |
| Figura 47. | La bomba de infusión es un dispositivo destinado a regular el flujo de líquidos al interior del paciente bajo presión positiva generada por un medio mecanismo eléctrico, para su correcto manejo se debe tener en cuenta, EXCEPTO | 123 |
| Figura 48. | Pretest identificación del paciente | 124 |
| Figura 49. | Aplicación del pretest de identificación del paciente | 125 |
| Figura 50. | El registro de identificación del paciente que llega solo o no se encuentra en condición de verificar los datos con él y además no cuenta con ningún tipo de documento que lo identifique, se realiza de la siguiente manera | 126 |
| Figura 51. | En cuanto a la ubicación adecuada de la manilla según protocolo institucional es cierto que: | 127 |
| Figura 52. | En la historia clínica sistematizada la correcta identificación del paciente debe incluir la siguiente información: | 128 |
| Figura 53. | Respecto a la identificación del paciente por medio de manillas se deben tener en cuenta los siguientes aspectos, EXCEPTO | 129 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Figura 54. | Respecto al tiempo de preservación de la manilla de identificación se deben aplicar consideraciones especiales, ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta? | 130 |
| Figura 55. | Pretest sobre eventos adversos en salud | 131 |
| Figura 56. | Aplicación de pretest de eventos adversos en salud | 132 |
| Figura 57. | El acontecimiento que produce una lesión (daño) al paciente en forma de incapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria, relacionado con el proceso asistencial y no con la enfermedad subyacente, lo anterior corresponde a la definición de: | 133 |
| Figura 58. | Dentro de los factores contribuyentes de un evento adverso relacionados con el paciente se encuentran: | 134 |
| Figura 59. | Cuando ocurre un evento adverso, el manejo del paciente debe estar orientado hacia los siguientes aspectos, EXCEPTO | 135 |
| Figura 60. | Respecto a las acciones que debe implementar el personal de enfermería para prevenir la aparición de un evento adverso en el proceso de atención a un paciente, ¿Cuál de las siguientes opciones NO es correcta? | 136 |
| Figura 61. | Capacitación al personal de salud sobre identificación del paciente | 137 |
| Figura 62. | Capacitación al personal de salud sobre identificación del paciente | 138 |
| Figura 63. | Folleto sobre identificación del paciente al personal de salud | 139 |
| Figura 64. | Capacitación al personal sobre eventos adversos en salud | 140 |
| Figura 65. | Capacitación al personal sobre eventos adversos en salud | 141 |
| Figura 66. | Volante sobre eventos adversos en salud al personal | 142 |
| Figura 67. | Capacitación al personal sobre administración de medicamentos | 143 |

Lista de anexos

| | | |
|----------|---|-----|
| Anexo 1. | Matriz recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizadas en la prescripción de medicamentos | 160 |
| Anexo 2. | Matriz higiene y lavado de manos | 161 |
| Anexo 3. | Matriz protocolo de identificación del paciente dirigida a usuarios | 162 |
| Anexo 4. | Matriz protocolo de identificación del paciente dirigida al personal | 163 |
| Anexo 5. | Matriz protocolo de reporte de eventos adversos en salud | 164 |
| Anexo 6. | Matriz protocolo de administración de medicamentos | 165 |
| Anexo 7. | Asistencia a prácticas | 166 |

Introducción

En Colombia la calidad de la atención se basa en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y en las normativas vigentes, en las cuales se ha definido como la provisión a los usuarios de servicios de salud de manera tal que se garantice la accesibilidad y equidad, además de recibir atención de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los beneficios, riesgos y costos, lo anterior con el objetivo de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición que se centra en los usuarios, involucra directamente las características de la calidad que son accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, las cuales deben ser siempre consideradas en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.

Teniendo en cuenta lo anterior, y con miras de fortalecer los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz, se ha desarrollado este proyecto en el que se realizaron diferentes actividades con el personal de salud y los usuarios de esta institución.

Inicialmente se identificaron las necesidades y oportunidades de mejora con relación a la seguridad del paciente, mediante la aplicación de listas de chequeo sobre identificación del paciente y administración de medicamentos al 85% del personal. En base a los resultados se realizó una capacitación sobre recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizadas en la prescripción de medicamentos en la que participaron 70 funcionarios.

Posteriormente, se apoyaron las acciones institucionales a través de 1 actividad de gestión, 2 de investigación, y 2 de educación que respondieron a los requerimientos de la entidad

en el marco de la propuesta. Asimismo, se realizaron acciones encaminadas a promover el diálogo en cada turno sobre la seguridad de los pacientes, por medio de 15 rondas de seguridad llevadas a cabo en el servicio de urgencias.

Por último, se capacitó al personal de salud en relación a los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales de: administración segura de medicamentos, identificación del paciente y eventos adversos en salud y, además, se evaluó el aprendizaje obtenido con la aplicación de 3 pretest y postest para cada proceso, en los que se encontró que, el 100% del personal mejoró sus conocimientos.

1. Marco referencial

1.1. Título

Fortalecimiento de los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo fortalecer los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022?

1.3. Descripción de la situación problemática

Según la Organización Mundial de la Salud, se define la calidad de la atención como “el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal” (OMS, 2022). Se debe tomar en cuenta que esta abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad puede medirse y mejorarse continuamente (1).

Sin embargo, de acuerdo a la OMS en el 2020, afirmó lo siguiente:

El 60% de las muertes en los países de ingresos bajos y medianos por afecciones que requieren atención sanitaria en el 2020 son imputables a la atención de calidad deficiente, mientras que las muertes restantes son consecuencia de que no se utilice el sistema de salud (2).

A nivel mundial, las estructuras esenciales para lograr una atención de calidad son insuficientes: 1 de cada 8 centros sanitarios no tiene abastecimiento de agua, 1 de cada 5 no tiene servicio de saneamiento y 1 de cada 6 no tiene instalaciones para lavarse las manos en los puntos de atención (2).

Se calcula que 1800 millones de personas, es decir, el 24% de la población mundial, viven en contextos frágiles en los que hay dificultades para la prestación de servicios de salud esenciales de calidad. En esos contextos se registra una gran proporción de las muertes maternas, infantiles y neonatales evitables (OMS, 2020) (2).

Es por esta razón que, en la Declaración política de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal del 2019, se reitera la importancia del compromiso de ofrecer progresivamente una cobertura cada vez mayor en la que se incluyan grupos poblacionales; según la declaración previamente mencionada se estima que esta cobertura para el 2030 se realice al total de la población (3).

Cuanto se habla de calidad, hay que tener en cuenta que esta es diversa y la componen varias características de la atención, debido a que se centra su acción en la persona, familia y comunidad; enfocando la misión al beneficio efectivo del derecho a la salud, el fortalecimiento de una cultura organizacional a fin del ser humano y la protección de la vida. Tanto la calidad en

salud se correlaciona en la eficacia, eficiencia, seguridad, oportunidad, continuidad, accesibilidad, aceptabilidad, así como el bien común, el buen vivir, la equidad, la integralidad del ser humano, la transparencia, la coordinación entre los diferentes agentes del sector salud con el fin de una salud integral (2).

Cabe agregar que la disciplina de enfermería se caracteriza por poseer un campo de acción amplio, desarrollando roles que son la base fundamental para el funcionamiento de los sistemas sanitarios, destacando que administrar un servicio significa poder articular con un equipo interdisciplinar que manejan un mismo objetivo y es el de brindar una atención oportuna de calidad a los usuarios. La enfermería, recientemente viene desempeñando una administración de la calidad del cuidado, envolviendo aspectos como el liderazgo, la planificación de acciones con base en indicadores e instrumentos estandarizados, la mejoría en el costo beneficio, la educación, el entrenamiento y la satisfacción del cliente (4).

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, el servicio de urgencias se convierte en un reto a la calidad de la atención, puesto que se deben comprender múltiples variables entre ellos, la puntualidad del servicio, el tiempo de espera, la oportunidad de atención, la amabilidad del personal, la atención de asistentes, higiene del lugar, infraestructura, presentación del personal, trato personal, capacidad técnica e información, mejora en el estado de salud, entre otras situaciones que a la mayoría de IPS se les dificulta llevar adecuadamente(5).

Ahora bien, el Hospital Universitario Erasmo Meoz se caracteriza por ser uno de los centros de atención más importantes de Norte de Santander y la región fronteriza (destacando la

atención a población migrante) y contar con una planta física debidamente dotada y con un personal de salud estrictamente capacitado. Sin embargo, a pesar que en los últimos años ha mejorado su posicionamiento, propende la búsqueda del mejoramiento continuo basado en los indicadores de calidad y las variables que este engloba.

Partiendo de la información brindada por la entidad, se destaca la necesidad de indagar con mayor profundidad las falencias y oportunidades de mejora prestados en dicho servicio, así como la implementación de acciones de mejora que favorezcan el fortalecimiento de la atención prestada en urgencias, basada en el cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente y de la atención manejadas por la institución, a partir de los conocimientos propios de la disciplina de enfermería, destacando su rol administrativo y de liderazgo en la resolución de problemas y la realización de es acciones de mejora que contribuyan a los procesos de planeación de la seguridad en la IPS.

1.4. Justificación

La realización del presente proyecto busca fortalecer los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022. En este orden de ideas se efectuará el abordaje mediante la identificación de las necesidades y el planteamiento de acciones de mejora.

A partir de las intervenciones que se realicen en la modalidad pasantía para la ejecución de dicho proyecto, se aporta no solo beneficios a nivel institucional, sino que también sirve de base para establecer en un futuro a la disciplina profesional de enfermería a promover una actitud

crítica y reflexiva que contribuya a aporte de la calidad, tomando como referente lo institucional y el recurso humano, centrado en el paciente y la familia.

De igual forma los resultados obtenidos generan conocimientos que favorecen a los futuros profesionales que desarrollan su plan de estudio en la universidad Francisco de Paula Santander, puesto que da a conocer los elementos que integran la cultura de seguridad del paciente, para que se dé un goce efectivo de los derechos de salud. Cabe destacar que el HUEM, cuenta con su marco legal establecido el cual debe ser profundizado y ahondar en posibles falencias que pudieran presentarse.

Igualmente, el proyecto aporta estrategias para el mejoramiento del proceso de atención a la población, fortaleciendo la calidad de las intervenciones basadas en la seguridad del paciente realizando aportes al grupo de investigación de cuidado en enfermería GICE.

Cabe destacar que las acciones de mejora se encuentran enfocadas en el fortalecimiento de la calidad de la atención de la institución a partir de herramientas ya establecidas, el cual debido a la gran afluencia de pacientes tanto locales como extranjeros, tiende a presentar distintas falencias que limitan la cultura de seguridad de la IPS, por ello se hace necesario el planteamiento de acciones que mejoren la atención y generen una mejor calidad del servicio de urgencias con énfasis en la seguridad del paciente.

1.5. Resultados esperados y potenciales a desarrollar

La realización de este proyecto plantea una serie de beneficios a nivel tecnológico, científico e institucional que son descritos a continuación:

Tecnológico:

A partir de la realización de este proyecto se benefician los procesos de seguridad del paciente que se manejan en el HUEM, puesto que las acciones de mejora están encaminadas en fortalecer la atención en salud en el servicio de urgencias y con ello se tenga una mejor calidad en la atención, por ello podrá ser útil para futuras implementaciones de redes de comunicación que permitan conocer a mayor profundidad esta temática.

Científico:

Dentro de los beneficios al área de la ciencia se encuentra el conocimiento que este proyecto aporta a partir de acciones de mejora que se implementarán, puesto que sirven como referente para la indagación de futuros investigadores que deseen nutrir la información brindada, así mismo brinda aportes a la universidad Francisco de Paula Santander en relación al fortalecimiento de la disciplina profesional de enfermería al destacar la importancia de la enfermera en el enfoque administrativo de vigilancia para el pro de la mejora de la seguridad del paciente.

Institucional:

El Hospital Universitario Erasmo Meoz, es uno de los principales beneficiarios de la ejecución del proyecto, ya que se fortalece la calidad institucional, así como permite conocer las debilidades que se tiene por mejorar, además mediante la implementación de acciones de mejora se propende fortalecer la atención brindada en el servicio de urgencias, y la seguridad en la atención. Seguidamente, brinda información al personal de salud que será el referente para la continua mejora de los servicios prestados.



Figura 1. Mapa de procesos HUEM

Nota. Adaptado de Mapa de procesos ESE HUEM [Fotografía], por Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2021, Eramomez.gov.co <https://herasmomez.gov.co/procesos-y-procedimientos/>

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general

Fortalecer los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.

1.6.2. Objetivos específicos

1. Identificar las necesidades y oportunidades de mejora con relación a la seguridad del paciente, en el servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.

2. Apoyar acciones de mejora de la calidad de la atención posterior a la identificación de necesidades en el servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.

3. Promover el fortalecimiento de la calidad en la atención y seguridad del paciente mediante el diseño de acciones de mejora institucionales para posterior ejecución en el servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.

4. Evaluar el aprendizaje del personal de salud con relación a los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.

1.7. Referentes teóricos

El modelo de Reason

Según Gómez (2011), la aceptación en toda la industria del concepto de accidente de organización fue posible gracias a un sencillo, pero gráficamente poderoso modelo elaborado por el Profesor James Reason, que proporcionó un medio para comprender cómo la aviación (o cualquier otro sistema de producción) funciona con éxito o se dirige al fracaso. Con arreglo a este modelo, los accidentes se producen cuando cierto número de factores permiten que ocurran, siendo cada uno de ellos necesario, pero en sí no suficiente para quebrar las defensas del sistema (7).

Las fallas de equipo o los errores operacionales nunca son la causa del quiebre de las defensas de seguridad operacional, sino más bien los elementos activadores. Los quiebres de las defensas de seguridad operacional son una consecuencia tardía de decisiones tomadas a los más altos niveles del sistema, que permanecen latentes hasta que sus efectos o posibilidades perjudiciales se ven activadas por conjuntos específicos de circunstancias operacionales. En tales circunstancias específicas, las fallas humanas o las fallas activas a nivel operacional actúan de desencadenantes de las condiciones latentes que llevan a facilitar la quiebra de las defensas de seguridad operacional inherentes del sistema. En el concepto presentado por el modelo de Reason, todos los accidentes comprenden una combinación de condiciones activas y latentes (7).

De acuerdo a lo anterior Gómez (2011) sugiere que “las fallas activas son acciones u omisiones, incluyendo errores y violaciones, que tienen consecuencias adversas inmediatas. En general y en retrospectiva se les considera actos inseguros. Las fallas activas pueden ser resultado de errores normales o de desviaciones de procedimientos”.

“Las condiciones latentes son condiciones presentes en el sistema mucho antes de que se experimente un resultado perjudicial y que llegan a ser evidentes cuando actúan factores de

activación locales. Sus consecuencias pueden permanecer latentes durante mucho tiempo” (Gómez, 2011).

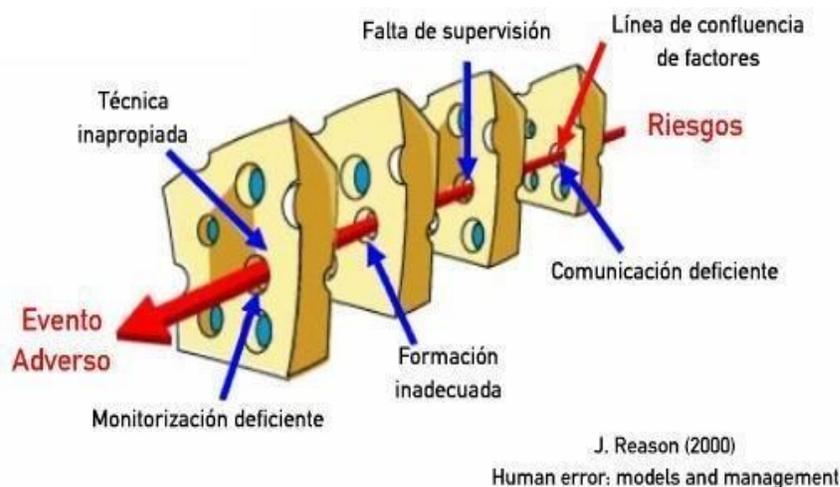


Figura 2. *Modelo de Reason*

Nota. Adaptado de *El modelo de Reason* [Fotografía], por Roberto Gómez, 2011, Flap152 <https://flap152.com/2011/02/26/el-modelo-de-reason/>

Entre las condiciones latentes según Gómez (2011) se encuentra:

Deficiencias en el diseño del equipo, procedimientos operacionales normalizados incompletos o incorrectos y deficiencias en la instrucción. Un grupo es la identificación de peligro y la gestión de riesgos de la seguridad operacional inadecuadas por las cuales los riesgos de seguridad operacional de las consecuencias de los peligros no se mantienen bajo control, sino que transitan libremente por el sistema hasta activarse finalmente por medio de elementos desencadenantes operacionales. El segundo grupo se conoce como normalización de la desviación, una noción que, en términos sencillos, es indicativa de contextos operacionales en los que la excepción pasa a ser la regla. En este caso, la asignación de recursos es defectuosa al

extremo. Como consecuencia de la falta de recursos, la única forma de que el personal operacional, directamente responsable de la eficacia real de las actividades de producción, puede realizar con éxito esas actividades es tomando atajos que entrañan una violación constante de reglas y procedimientos (7).

Además, de acuerdo a lo expuesto por Gómez (2011) desde la perspectiva del accidente de organización, las tareas de seguridad operacional deberían vigilar los procesos de organización para identificar condiciones latentes y reforzar las defensas. Estas actividades de seguridad operacional también deberían mejorar las condiciones del lugar de trabajo para contener las fallas activas, porque es la concatenación de todos estos factores lo que produce las fallas de seguridad operacional (7).

1.8. Marco conceptual

Calidad de la atención: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la calidad de la atención “es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios” (OMS, 2022) (8).

Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades (8).

Según Bravo et al. (2008) en la resolución 5261 de 1994, en su Artículo 22 se define la calidad de los servicios como aquel “conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. (p. 29) (9)

“La calidad se caracteriza por presentar oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico científica, costo efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios” (Bravo et al, 2008) (9)

Además, según Bravo et al. (2008) la resolución determina que la evaluación de calidad de la atención, es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral de salud, siendo una herramienta para mejorar la eficiencia y solventar algunos de los problemas característicos vinculados a dicho sector. (p. 29) (9)

Seguridad del paciente: Según la OMS (2019), la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos (10).

La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los

beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente (OMS, 2019) (10).

El Ministerio de Salud y Protección Social (2019), dentro de los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Pacientes la 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 consecuencias”. Por lo tanto, implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias (11).

Igualmente es uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud e 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. La Política de Seguridad del Paciente requiere de la coordinación entre actores alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, así como el incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) (11).

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos, de manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención acordes con los lineamientos de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la OMS. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) (11).

Servicio de urgencias: Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y

de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad (9).

Los servicios de urgencias se definen como unidades integradas por equipos interdisciplinarios de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar, los cuales cumplen unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos y garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia, atendiendo la demanda de los pacientes durante las 24 horas del día los 365 días del año (12).

A partir del decreto 412 de 1992 se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias en el país, definiéndose el servicio de urgencias como la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad (13).

El servicio de urgencias adultos tiene como objetivo brindar atención oportuna, y de alta calidad a los pacientes mayores de 16 años que presenten condiciones clínicas de alta complejidad que pongan en riesgo su vida o su funcionalidad, a través de un equipo multidisciplinario.

Según Bravo et al. (2008) en el Decreto 412, Artículo 3 de 1992 se establecen adicionalmente las siguientes definiciones:

Atención inicial de urgencia: Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un

diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. (p. 26)

Atención de urgencias: Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias. (p. 26)

Red de urgencias: Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud. (p. 26) (9).

1.9. Marco contextual



Figura 3. *Fotografía de la institución*

Nota. Adaptado de *HUEM* [Fotografía], por Diario La Opinión, 2020, Laopinion.com.co <https://www.laopinion.com.co/cucuta/huem-suspende-contrato-por-solicitud-de-la-procuraduria>

Reseña histórica del HUEM

La construcción del hospital se inició en marzo de 1972 en un lote donado por el municipio de Cúcuta y duró 15 años. La obra fue asesorada por el Fondo Nacional Hospitalario, llevada a cabo por el consorcio Dario M. Damato Y Gustavo Vela, Cia Ltda y los acabados los realizó la firma de Alfredo E. Vargas Ramírez por contrato de administración delegada; la administración técnica estuvo a cargo del arquitecto Gustavo Álvarez Gutiérrez, quien además se encargó del proyecto de dotación y organización del hospital. (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2019) (6).

El hospital inicia sus labores en forma escalonada: El 15 de octubre de 1987, atendiendo la demanda en medicina general en 36 centros y puestos de salud de su entonces denominada área de influencia. El 19 de noviembre de 1987, se apertura el departamento de ginecobstetricia

con 65 camas. El 4 de enero de 1988, el departamento de pediatría inició su atención con 63 camas. El 28 de marzo de 1988, inició labores medicina interna con 42 camas. El 30 de marzo del mismo año, inicia el servicio de cirugía general con 105 camas. A mediados de 1988 quedaron habilitadas 325 camas. Un año después de su entrada en funcionamiento (1988) la planta de personal del hospital, ascendía a 1100 funcionarios, siendo la mayor parte de sus trabajadores los que laboraban en el antiguo hospital San Juan de Dios; también se vinculó al personal de la clínica infantil Teresa Briceño de Andressen y del hospital sanatorio Amelia La ley 43, de diciembre 31 de 1973, por medio de la cual la Nación se asocia al primer centenario de la reconstrucción de la ciudad de Cúcuta, en su artículo 7º plantea: “El Gobierno Nacional impulsará la terminación de las siguientes obras actualmente en ejecución: a). Construcción y dotación del Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta cuya edificación fue comenzada en 1973 mediante contrato entre la Nación, el Departamento Norte de Santander y la Beneficencia de Norte de Santander.” (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2019) (6).

Fue autorizada su creación como ente jurídico mediante ordenanza 019 de la Honorable Asamblea Departamental el día 2 de diciembre de 1986 con el nombre del Doctor Erasmo Meoz. Posteriormente, el decreto 000293 expedido el 2 de abril de 1987 por la Gobernación del Departamento, reglamentó su constitución. En noviembre 27 de 2003, mediante ordenanza 00038, la Honorable Asamblea del Departamento Norte de Santander modificó la denominación de la entidad quedando de la siguiente forma: E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, tal como se conoce en la actualidad. (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2019) (6).

Premios y distinciones recibidas

Como consecuencia de la aplicación y cumplimiento de los compromisos derivados del convenio de desempeño 475 de 1999, en ceremonia especial en la Casa De Nariño el 5 de mayo de 2004, el señor presidente de la república, Doctor Álvaro Uribe Vélez otorgó el Premio Nacional De Alta Gerencia a la ESE Hospital Erasmo Meoz De Cúcuta. (primer puesto), por el documento denominado "proceso de reestructuración de la ESE Hospital Erasmo Meoz (ESE – HUEM) de Cúcuta, análisis y resultados de la experiencia 4 años después"; experiencia que el Gobierno Nacional inscribió en el Banco de Éxitos de la Administración Pública. (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2019) (6)

Así mismo por haber logrado el primer lugar en el Premio Nacional de Alta Gerencia (2003-2004), el gobierno nacional a través del departamento Administrativo de la Función Pública; postuló en diciembre de 2005 a la entidad ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz al Premio de Naciones Unidas, premio que se otorga a nivel internacional, la entidad fue inscrita en la categoría N° 2 "Mejorando la prestación de los servicios", el cual se entregó en la reunión anual del consejo de seguridad de las naciones unidas en Nueva York, en junio 23 de 2006, por América Latina el ganador de la categoría fue el estado brasileño de Bahía. Este concurso se realiza anualmente desde el año 2003 y se ha convertido en una herramienta efectiva para resaltar las mejores prácticas e innovaciones en el Servicio Público a nivel mundial. (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2019) (6)

Tipos de usuarios

- Población pobre y vulnerable sin capacidad de pago y no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Vinculados).
- Población desplazada y desmovilizada.
- Población pobre y vulnerable sin capacidad de pago afiliada al SGSSS (Régimen subsidiado – EPS-S).
- Población afiliada y beneficiaria (Régimen contributivo – EPS-C).
- Regímenes especiales (Policía, Ejército, Magisterios, ECOPETROL, entre otros). –SOAT.
- Medicina Prepagada.
- Particulares. (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2019) (6)

Objetivos

- **Solidez y sostenibilidad financiera:** Mantener para la E.S.E. H.U.E.M., el índice de riesgo dentro de la clasificación “Sin riesgo”, acorde a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social.
- **Rentabilidad social:** Fortalecer espacios de participación, educación y acercamiento con la comunidad del Departamento.
- **Atención humana:** Brindar una experiencia hospitalaria acogedora que favorezca el bienestar integral del ser humano.
- **Seguridad del paciente:** Garantizar los procesos institucionales y asistenciales seguros mediante la aplicación de prácticas que mejoren la actuación de los profesionales y el involucramiento de pacientes y allegados en su seguridad, en el marco de una cultura de gestión del riesgo. (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2019) (6).

Valores institucionales

En la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, se han identificado y asumido como valores institucionales, los controladores sociales: La ética, la ley y la cultura.

Éticos

Los valores éticos, se entienden como direcciones del valor, que orientan y dirigen al ser humano, se visualizan, en una realidad concreta con sus consecuencias, identificando la presencia de un valor. La ética dirige las actitudes y comportamientos, son necesarios para discernir lo que está bien y lo que está mal. Los humanos necesitamos conocer los límites precisos de respetar.

- Respeto. En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, el respeto significa valorar a los demás considerando su dignidad, en las relaciones con los usuarios, proveedores y todos los miembros de la comunidad hospitalaria, actuando con probidad, imparcialidad y amabilidad, mejorando el clima laboral y organizacional, brindando la misma calidad de servicio y gestión a toda la población.
- Integridad. En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, la integridad es actuar en el desarrollo de sus funciones y/o actividades con honradez, rectitud, lealtad, honorabilidad, entre otros, colocando en la ejecución de sus labores toda su capacidad, conocimiento y experiencia laboral, para el logro de los objetivos institucionales donde prime el interés general sobre el particular.
- Honestidad. En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, la honestidad es ejercer las funciones y/o actividades del cargo con honradez, preservando el uso de los recursos

institucionales que le son confiados. Debe repudiar, combatir y denunciar toda forma de corrupción y actuar de forma sincera con lo que se informa y ofrece, brindando un servicio oportuno, integral y eficiente.

Legales

Los valores legales, son la cualidad de hacer nuestro funcionamiento y producir resultados conforme a la Ley o estar contenido en ella. Cuando se habla de legalidad se hace referencia a la presencia de un sistema de leyes que debe ser cumplido y que otorga la aprobación a determinadas acciones actos o circunstancias.

- **Responsabilidad.** Es el cumplimiento de los procedimientos y normas establecidas por la legislación nacional, departamental y reglamentación interna, por parte de toda persona de la comunidad hospitalaria que preste servicios, maneje bienes y recursos, así como la obligación permanente de rendir cuentas y asumir las consecuencias de los resultados de su trabajo y de su conducta.
- **Justicia.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, la justicia se vive al lograr el respeto de los derechos colectivos e individuales de todas las personas que integran la comunidad, basados en la legislación nacional, departamental y reglamentación interna, desarrollando acciones específicas que buscan premiar o sancionar la conducta humana, en proporción igual al bien o al daño causado por dicha conducta.
- **Eficiencia.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, la eficiencia se aplica en el desempeño de las funciones y/o actividades a su cargo, en forma personal, con la utilización óptima de los recursos invertidos en los procesos, buscando la mejora continua a pesar de las

situaciones adversas, durante la prestación de servicios, de manera que los costos por este concepto sean los necesarios, orientados a la satisfacción del cliente.

Culturales

Por valores culturales se entiende el sistema según el cual se ejerce la capacidad social de decisión basada en los elementos ideológicos. Los elementos ideológicos son todos los componentes de una cultura que resulta necesario poner en juego para realizar todas y cada una de las acciones sociales, para las cuales es indispensable la concurrencia de creencias y valores de diversas clases, adecuadas a la naturaleza y al propósito de cada acción.

- **Colaboración.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, se hace evidente la colaboración cuando trabajamos con los diferentes equipos institucionales con base a una buena comunicación asertiva, oportuna y sin ánimo de lucro para el cumplimiento de la misión del HUEM y brindando respuestas ante solicitudes manifestadas por usuarios y entes gubernamentales.
- **Compromiso.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, el compromiso es el sentimiento de afecto y aprecio por la entidad, convirtiéndose en parte esencial y necesaria de la organización de tal manera que se trabaje con el firme propósito de contribuir al logro de la misión y visión institucional.
- **Cumplimiento.** En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, es actuar integralmente con calidad, oportunidad y pertinencia. Es el resultado del trabajo de toda la comunidad hospitalaria.

- Servicio. En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, el servicio se aplica al actuar con calidez, pertinencia, oportunidad y calidad, en la labor o función propia a su cargo, para satisfacer la necesidad del cliente externo o interno según sea la naturaleza y propósito. (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2019) (6).

Cuenta con un servicio de urgencias presto a brindar sus servicios las 24 horas del día, el cual se caracteriza porque cumple con la planeación del programa de auditoría de mejoramiento de la calidad, se evidencia compromiso de la ejecución del programa y cumplimiento de cada uno de los servicios prestados. Presentando un porcentaje de ocupación de camas para el 2016 del 84% y promedio de estancia del 6,2. Es importante destacar que para la atención de paciente lo realizan mediante el triage, el cual es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. Se encuentra regido por niveles que determinan el tiempo de espera en el servicio, I: resucitación (atención inmediata), II emergencia (primeros 30 minutos), III urgencia (1 a 3 horas), IV menos urgencia (4 a 6 horas) y V ninguna urgencia (previa cita). (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2019) (6).

1.10. Marco legal

Colombia, en su intento de estar al tanto con las exigencias de calidad del mundo globalizado, ha desarrollado un avance en las últimas décadas mediante la implementación del proceso de Garantía de la Calidad, estableciendo-mediante la Ley 100 de 1993- la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la calidad de los servicios de salud (14).

La calidad de la atención en salud en Colombia está regulada específicamente por el Decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; el SOGC

cual está conformado por cuatro componentes, tres de los cuales son de carácter obligatorio: 1) el Sistema Único de Habilitación, 2) la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud y 3) el Sistema de Información para la Calidad); el cuarto componente que se refiere al Sistema Único de Acreditación es de carácter voluntario. Para incentivar su aplicación, el Decreto 4747 del 2007 y algunas normas posteriores como la Ley 1438 de 2011, plantean que, si una institución pública o privada está acreditada, tiene prioridad para que la contraten dentro de la red de prestación de servicios de los aseguradores (9).

La resolución 256 del 2016 dicta las disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud; precisando el artículo 3 el cual nos plantea la finalidad del monitoreo de la calidad en salud, favoreciendo la información de la calidad en salud mediante la gestión del conocimiento y la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de resultados en salud; además de Promover acciones de mejoramiento, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad, contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 de 2006 (15).

De igual forma se encuentra la resolución 3100 del 2019, por el cual se definen los procedimientos e inscripciones de los prestadores del servicio de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitaciones del servicio de salud, en su artículo 11.6.1 menciona la descripción del servicio de urgencias y cada uno de los estándares que debe cumplir para que se garantice la seguridad del paciente en el servicio (16).

Así mismo se toma como referente la política de calidad del HUEM, la Resolución 001187 de agosto del 2020, en donde la entidad se compromete a prestar servicios de salud de

mediana y alta complejidad con elevados estándares de calidad, orientados a la satisfacción de nuestros clientes internos y externos promoviendo el mejoramiento continuo que permita garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y efectividad del servicio de la salud, cumpliendo la normatividad vigente y generando valor para todos sus grupos de interés (6)

Así mismo se toma como referente la Resolución 5095 del 2018, por la cual se adopta el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia y en su eje transversal menciona la seguridad del paciente, en sus estándares 5, 6, 7 y 8, en donde se promueven los criterios de una estructura funcional para la seguridad del paciente, la implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte de eventos y monitorización de eventos adversos a los pacientes y familiares. Además, la política de seguridad del paciente se despliega en la generación y medición de la cultura de seguridad y la conformación de un comité de seguridad del paciente, así mismo, la organización debe implementar la totalidad de las recomendaciones que sean aplicables en la guía técnica de buenas prácticas de seguridad, en la atención en salud, así mismo destaca la operación del plan de prevención y control de infecciones (17).

2. Diseño metodológico

El presente proyecto se hará mediante la investigación aplicada, puesto que su finalidad es resolver un determinado problema, se enfoca en la búsqueda y consolidación del conocimiento para su aplicación y, por ende, para el enriquecimiento del desarrollo cultural y científico.

Posterior a la identificación de las necesidades de mejora, se diseñará acciones de mejoramiento que parte del diagnóstico, el diseño y la implementación de herramientas de la gestión y administración que conduzcan al fortalecimiento de la calidad de la atención y

seguridad del paciente en los servicios de urgencias.

El proceso fundamental a realizar es la gestión de los procesos administrativos de calidad, el cual se define como el grado en cual el servicio aumenta la probabilidad de alcanzar cuidados sanitarios deseados junto a la prestación de la atención deseada, ajustándose a los conocimientos técnicos y profesionales que permiten el cumplimiento de dicha calidad, en el servicio de hospitalización se espera fortalecer los procesos administrativos de calidad (18), siendo el objetivo la mejora continua resulta fundamental el apoyo por parte del pasante de enfermería a la institución prestadora de servicio de salud. Dicho acompañamiento y fortalecimiento está planteado tanto para el beneficio institucional, así como para el de la sociedad, mediando la propuesta de objetivos claros y actividades específicos, tales como:

La identificación de las necesidades y oportunidades de mejora, dicho objetivo se realizará mediante herramientas de gestión y administración que permitan la evaluación de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias; a partir de las necesidades del servicio, basado en la administración segura de medicamentos e la identificación del paciente.

Posteriormente a la identificación de las necesidades y oportunidades, se efectuará mediante el apoyo de las acciones de mejora de la entidad, en primer lugar, al fortalecimiento de los conocimientos del personal sanitario del servicio de urgencias enfocados a la calidad de la atención; esto se hará mediante sesiones educativas basadas en las necesidades identificadas y el reporte de los eventos adversos encontrados. Las sesiones educativas serán impartidas mediante guías, normas, y protocolos institucionales, además de la implementación de ayudas audiovisuales que faciliten el aprendizaje a los profesionales para favorecer y ayudar en el actuar profesional, siendo estas ayudas tales como ficha, infografía, cartelera, video etc. Que así mismo

les sean de fácil acceso en su actuar diario, las sesiones educativas serán evaluadas con pre test y post test que ayuden a medir el cumplimiento del objetivo dentro del personal asistencial.

En el presente trabajo se desarrollará un proyecto de grado– modalidad pasantía propuesto para el cumplimiento en un tiempo estimado de 300 horas, distribuidas en 8 semanas, con una intensidad horaria de 6 horas diarias de lunes a sábado; la pasantía desarrollada en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz.

2.1. Descripción del proyecto a desarrollar

El proyecto se llevará a cabo a través de la implementación de las siguientes actividades:

- Aplicación de listas de chequeo que midan la seguridad del paciente (administración segura de medicamentos y la identificación del paciente) en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz.
- Apoyo de las acciones de mejora del HUEM, basado en los resultados obtenidos en las listas de chequeo aplicados al servicio urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz.
- Estandarizar los procedimientos de preparación y administración de los medicamentos inyectables y de la nutrición parenteral.
- Establecer recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos.
- Efectuar educación al personal del servicio de urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz, sobre la temática de seguridad del paciente.

- Efectuar evaluación del aprendizaje obtenido por el personal del servicio de urgencias mediante pre test y post test.

2.2. Plan operativo

Tabla 1. *Plan operativo*

| Objetivo general | Objetivo específico | Actividades | Metas | Indicadores | Recursos | Tiempo |
|--|---|---|---|--|---|-----------|
| Fortalecer los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022. | Identificar las necesidades y oportunidades de mejora con relación a la seguridad del paciente, en el servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022. | 1. Aplicación de listas de chequeo que midan la seguridad del paciente (administración segura de medicamentos y la identificación del paciente) en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz. | A 03 de mayo de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ESE HUEM se habrá auditado 2 procesos relacionados con procesos | N° de procesos clínicos seguros auditados N° de listas de chequeo aplicadas en el servicio N° de personal asistencial que participa en auditorio proceso seguros | <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Computador -Internet -Impresora -Lapiceros <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estudiante de enfermería de la UFPS. -Personal de salud del servicio de urgencias | 2 semanas |

clínicos

Seguros.

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|-------------------------------|
| <p>Apoyar acciones de mejora de la calidad de la atención posterior a la identificación de necesidades en el servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.</p> | <p>1.Establecer recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos al personal de salud a traves de 1 capacitacion</p> | <p>A 27 de mayo de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ESE HUEM se habrá establecido recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos</p> | <p># de personal capacitado / # de personal del servicio x 100</p> | <p>Materiales: -Computador -Internet -Impresora -Lapiceros</p> <p>Humanos: -Estudiante de enfermería de la UFPS. -Personal de salud del servicio de urgencias</p> | <p>3 semanas</p> |
|--|---|--|--|---|-------------------------------|

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|------------------|
| <p>Promover el fortalecimiento de la seguridad de los pacientes por parte del personal de salud y cuidadores del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.</p> | <p>Apoyo a las acciones institucionales en los componentes de: asistencia, gestión, investigación, extensión y educación mediante intervenciones directas que responden a los requerimientos de la entidad en el marco de la propuesta.</p> | <p>A 27 de mayo de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ESE HUEM se habrá realizado 3 acciones institucionales: asistencia, gestión, extensión, investigación y educación.</p> | <p>N° de acciones de ASISTENCIA realizadas en el período, a pedido de la IPS</p> <p>N° de acciones de GESTION realizadas en el período, a pedido de la IPS</p> <p>N° de acciones de INVESTIGACIÓN realizadas en el período, a pedido de la IPS</p> <p>N° de acciones de EXTENSIÓN realizadas en el período, a pedido de la IPS</p> | <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Computador -Internet -Impresora -Lapiceros <p>HUMANOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estudiante de enfermería de la UFPS. -Personal de salud del servicio de urgencias | <p>3 semanas</p> |
|--|---|---|--|---|------------------|

N° de acciones de
EDUCACIÓN
realizadas en el
período, a pedido
de la IPS

Realizar acciones
encaminadas a
promover el dialogo
en cada turno sobre
la seguridad de los
pacientes (Rondas de
seguridad,
conversatorio de los
hallazgos en las
rondas).

A 04 de junio de
(2022), en los
servicios de
urgencias adultos
de la ESE HUEM
se habrá
participado en 15
rondas de
seguridad a los
pacientes junto
con el personal de
salud.

N° de rodas de
seguridad
realizadas.

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|------------------|
| <p>Evaluar el aprendizaje del personal de salud con relación a los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.</p> | <p>1. Aplicación de 3 pretest sobre: administración segura de medicamentos, identificación del paciente y eventos adversos en salud, para evaluar los conocimientos del personal de salud del servicio de urgencias en relación a los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente.</p> | <p>A 10 de junio de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ESE HUEM se habrá evaluado el nivel de conocimientos con relación a los procesos de calidad en el 70% del personal de salud.</p> | <p># de personal de salud que diligencia los pretest / # de personal de salud del servicio x100</p> | <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Computador -Internet -Impresora -Lapiceros <p>HUMANOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estudiante de enfermería de la UFPS. -Personal de salud del servicio de urgencias | <p>2 semanas</p> |
| | <p>2. Capacitar al personal de salud del servicio de urgencias</p> | <p>A 10 de junio de (2022), en los servicios de</p> | <p>N° de capacitaciones al</p> | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>adultos en relación a los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente: administracion segura de medicamentos, identificacion del paciente y eventos adversos en salud.</p> | <p>urgencias adultos de la ESE HUEM se habrán realizado 3 capacitaciones al personal de salud con relación a los procesos de calidad y seguridad: administracion segura de medicamentos, identificacion del paciente y eventos adversos en salud.</p> | <p>personal de salud realizadas N° de participantes en la capacitación</p> |
| <p>3.Analizar los resultados obtenidos de los pretest y postest aplicados al</p> | <p>A 10 de junio de (2022), en los servicios de</p> | <p># de personal de salud que</p> |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| personal de salud del servicio. | urgencias adultos de la ESE HUEM el 90% del personal de salud capacitado habrá mejorado el nivel de conocimientos con relación a los procesos de calidad. | diligencia los postest / # de personal de salud del servicio x100 # de personal que mejora el conocimiento después de la intervención educativa / # de personal del servicio x100 |
|---------------------------------|---|---|

3. Resultados

3.1. Ejecución por objetivos

Tabla 2. *Ejecución del objetivo 1*

| Objetivo 1 | |
|--|--|
| Identificar las necesidades y oportunidades de mejora con relación a la seguridad del paciente, en el servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022. | |
| Actividades | |
| Aplicación de listas de chequeo que midan la seguridad del paciente (administración segura de medicamentos y la identificación del paciente) en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz. | |
| Meta planteada | Cumplimiento de la meta: |
| | Indicadores: |
| A 03 de mayo de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ESE HUEM se habrá auditado 2 procesos relacionados con procesos clínicos Seguros. | <p>N° de procesos clínicos seguros auditados= 2 procesos clínicos seguros auditados: administración segura de medicamentos y la identificación del paciente.</p> <p>N° de personal asistencial que participa en auditorio proceso seguros = 71 personal asistencial que participó en auditoria de proceso seguros.</p> <p>N° de listas de chequeo aplicadas en el servicio= 2 listas de chequeo aplicadas:</p> |

sobre administración de medicamentos y la
identificación del paciente.

Resultados obtenidos

Se Gestionó de la lista del chequeo de Administración de medicamentos del Hospital Erasmo Meoz y se aplicó la lista de chequeo del protocolo de identificación correcta del paciente. Fecha de ejecución: (20 de abril hasta el 23 de abril).

Se aplicó la lista de chequeo de administración de medicamentos a 71 funcionarios de enfermería del Servicio de urgencias, por lo tanto, se obtuvo una aplicación al 85% de funcionario de enfermería.

Se aplicó la lista de chequeo del protocolo de identificación del paciente a 71 funcionarios de enfermería del Servicio de urgencias, por lo tanto, se obtuvo una aplicación al 85% de funcionario de enfermería.

Desarrollo de la actividad:

La aplicación de las listas de chequeo de los procesos de Administración de Medicamentos e Identificación del paciente se realizó al 85% del personal de enfermería de los servicios de urgencias de la ESE HUEM.

Esta actividad se realiza debido a que la ESE HUEM solicitó apoyo para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes, por lo tanto, se tuvo en cuenta este aspecto para incluir en el plan operativo.

Esta actividad se ejecutó de la siguiente manera: primero se gestionaron las listas con directivas del hospital, posteriormente se aplicaron al personal uno por uno durante dos semanas, cada aplicación tuvo una duración de 5 minutos por personal.

Una vez se obtuvieron los resultados se reportaron a la supervisora de la pasantía de la ESE HUEM quien es la referente de la seguridad y calidad dentro de la institución, de allí se derivaron las acciones de apoyo a la asistencia, gestión, investigación y extensión planteadas dentro del segundo objetivo específico.

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|
|  | MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | | | | | | CODIGO: MC-FQ-035 | | |
| | LISTAS DE CHEQUEO ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS | | | | | | VERSION:02 | | |
| | | | | | | | FECHA:MAY 2021 | | |
| | | | | | | | PAGINA 1 de 1 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------|----------|--------|-------|----------|------|--|--|--|
| IPS O SERVICIO | | Fecha | DD | MM | AA | Hora | | | |
| NOMBRE DE VERIFICADO | | | | | | | | | |
| NOMBRE | CARGO | SERVICIO | NOMBRE | CARGO | SERVICIO | | | | |
| | | | | | | | | | |

| No. | CRITERIO DE VERIFICACION | CUMPLIMIENTO | | |
|-----|--|--------------|----|----|
| | | SI | NO | NA |
| 1 | Conocimiento del colaborador de los correctos de la ESE HUEM | | | |
| 2 | FECHA CORRECTA: Verifique que se comprueba el aspecto de los medicamentos antes de administrar y verificar fecha de vencimiento. | | | |
| 3 | HORA CORRECTA: Verifique que se comprueba en la tarjeta de medicamentos, que sea la hora indicada de la administración del medicamento. | | | |
| 4 | PACIENTE CORRECTO: Verifique que se comprueba el nombre y la identificación del paciente revisando la manilla, antes de administrar el medicamento. | | | |
| 5 | MEDICAMENTO CORRECTO: Verifique que se comprueba la forma farmacéutica del medicamento al prepararlo, al administrarlo. | | | |
| 6 | VIA CORRECTA: Verifique que se asegura que la vía de administración es la correcta. Si la vía de administración no aparece en la prescripción, se consulta. | | | |
| 7 | DILUCION CORRECTA: Verifique que se constató que los líquidos y la cantidad de los mismos sean los correctos para la dilución del medicamento | | | |
| 8 | GOTEO CORRECTO: Verifique que se controle que el goteo sea correcto para una buena administración del medicamento. | | | |
| 9 | EQUIPO CORRECTO: Verifique que el personal asegura que el equipo para la administración de medicamentos sea el correcto para cada paciente. | | | |
| 10 | DOSIS CORRECTA: Verifique que el personal comprueba cuando la dosis prescrita parezca inadecuada. | | | |
| 11 | REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS: Verificar que se registra y firma lo antes posible la administración del medicamento. | | | |
| 12 | Verificar que si por alguna razón no se administra un medicamento, se registrar en notas de Enfermería especificando el motivo por el cual no se administró. | | | |
| 13 | Verificar que en los registros clínicos y de manera verbal se INFORMA E INSTRUYE AL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ RECIBIENDO. | | | |
| 14 | Verificar que en los registros clínicos y de manera verbal se COMPRUEBA QUE EL PACIENTE NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO AJENO AL PRESCRITO. | | | |
| 15 | Verificar que en los registros clínicos y de manera verbal se INVESTIGAR SI EL PACIENTE PADECE ALERGIAS Y DESCARTAR INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS | | | |

| TOTALES | | | TOTAL CUMPLE / NO CUMPLE | % CUMPLIMIENTO |
|---------|----|----------|--------------------------|----------------|
| C | NC | SUBTOTAL | | |
| | | | | |

| |
|---------------|
| OBSERVACIONES |
| |

| | |
|-------------|-------------|
| OPTIMO | 100% |
| ADECUADA | 85 a 99% |
| DEFICIENTE | 70% a 84% |
| INACEPTABLE | 69% a menor |

Firma Evaluador: _____

Firma Evaluado: _____

Figura 4. Lista de chequeo de administración de medicamentos aplicada

Nota. Adaptado de “Lista de chequeo de administración segura de medicamentos”, de ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2022.

Resultados: lista de chequeo de protocolo de administración segura de medicamentos

Se aplicó la lista del chequeo de administración de medicamentos del Hospital Erasmo Meoz, por medio de observación indirecta; se logró evaluar a 71 personas que corresponde al 85%.

La lista de chequeo contaba con 15 ítem y se clasificaba el cumplimiento en 4; óptimo, adecuada, deficiente e inaceptable.

Los resultados según clasificación anterior se observan del siguiente modo:

| | | |
|-------------|--------------|----|
| Optimo | 100 % | 20 |
| Adecuada | 85 a 99% | 36 |
| Deficiente | 70 a 84 % | 12 |
| Inaceptable | 69 % o menor | 3 |
| Total | | 71 |

Tabla 3. *Clasificación de resultados*

Por lo tanto, se realiza un plan de mejora a las personas que encuentran en el rango de deficiente.

Se gestionó con la institución y se obtuvo la lista de chequeo de administración segura de medicamentos, la cual se aplicó al 86% del personal del servicio de urgencias adulto, correspondiente a 71 personas.

A continuación, se evidencian los resultados por ítems de preguntas:

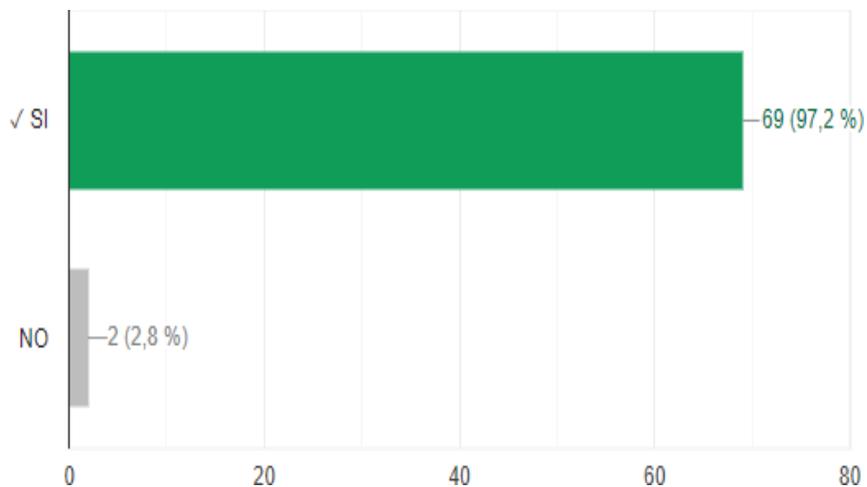


Figura 5. *VIA CORRECTA: Verifique que se asegura la vía de administración es la correcta. Si la vía de administración no aparece en la prescripción, se consulta.*

Nota. En esta grafica se evidencia que el 97,2% del personal de enfermería verificaron en las indicaciones médicas la vía de administración del medicamento, mientras que el 2,8% no lo hizo.

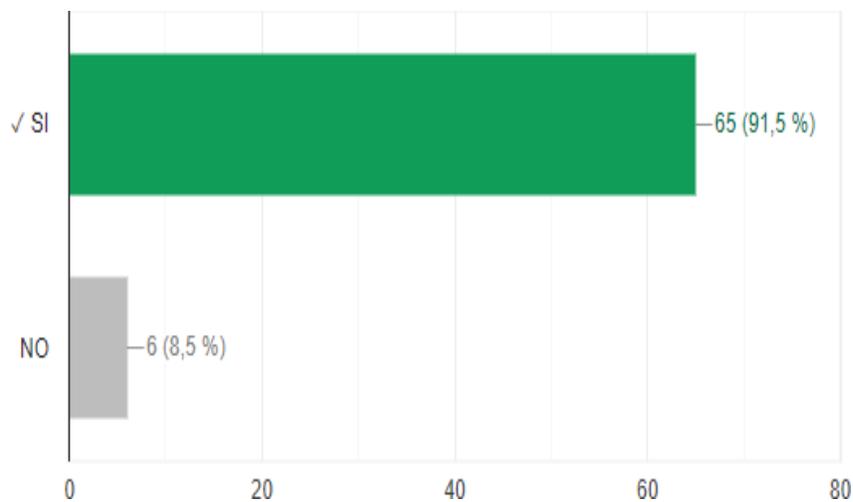


Figura 6. *DILUCIÓN CORRECTA: Verifique que se constató que los líquidos y la cantidad de los mismos sean correctos para la dilución del medicamento.*

Nota. El 91,5 % del personal constató que los líquidos y la cantidad de los mismos sean correctos para la dilución del medicamento; y solamente el 8,5 % del personal no realizó esta verificación.

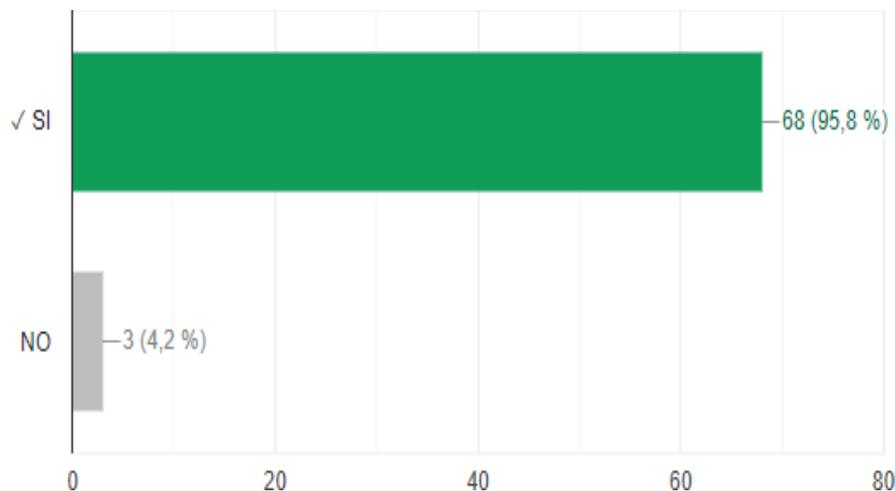


Figura 7. *GOTEO CORRECTO: Verifique que se controle que el goteo sea correcto para una buena administración del medicamento.*

Nota. Se evidencio que el 95,8 % del personal establece un goteo concreto a la hora de administrar medicamentos, mientras que un 4,2% no realizó esta acción. El manejo adecuado de los medicamentos por parte de los profesionales de enfermería es muy importante para la seguridad de los pacientes, ya que se estima que un 19,9% de los efectos adversos que se producen debido al manejo inadecuado de la medicación se podrían prevenir. Por lo tanto, se debe de fomentar la seguridad en el manejo de los medicamentos para proporcionar prácticas seguras y de calidad en la institución (19).

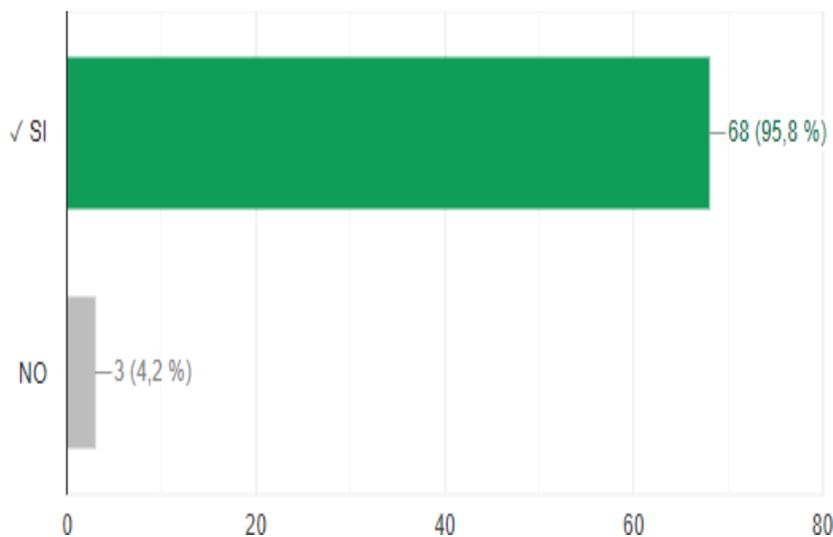


Figura 8. *EQUIPO CORRECTO: Verifique que el personal se asegura que el equipo para la administración de medicamentos sea el correcto para cada paciente.*

Nota. Cómo se puede evidenciar en la anterior figura el 95,8% el personal se asegura que el equipo para la administración de medicamentos sea el correcto para cada paciente; no obstante, el 4,2% no realiza esta práctica.

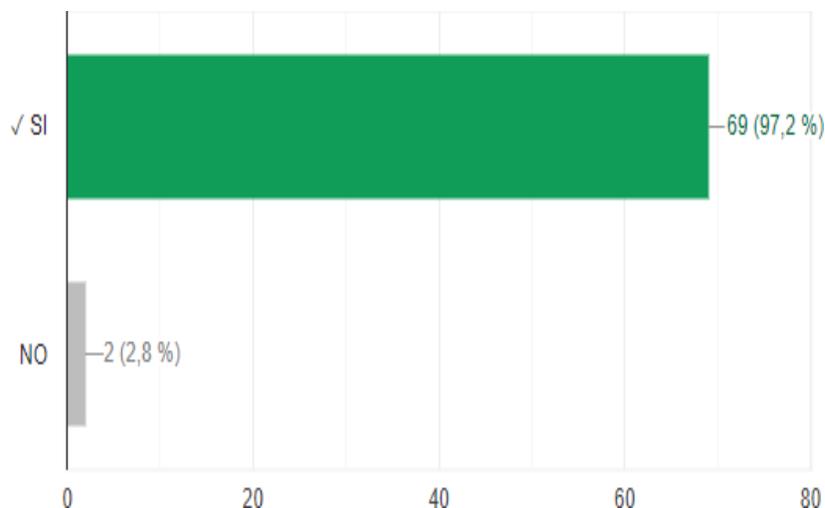


Figura 9. *DOSIS CORRECTA: Verifique que el personal comprueba cuando la dosis prescrita parezca inadecuada*

Nota. En la figura N°9 se evidencia que el 97,2 % del personal de enfermería verificó que la dosis de medicamento a administrar fuera la indicada. En cuanto al 2,8% no verificó este aspecto. En el estudio realizado por Ortega Barco que busca determinar el cumplimiento de prácticas en administración segura de medicamentos por parte del personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención. Se encuentran resultados similares, ya que el 98% revisó si el medicamento a administrar se encuentra en la forma farmacéutica compatible con la vía de administración. Los resultados ofrecen una herramienta importante para las instituciones asistenciales y académicas, como representación de la cultura de seguridad del paciente, fomentando así futuras discusiones que promuevan la construcción de una cultura de seguridad (20).

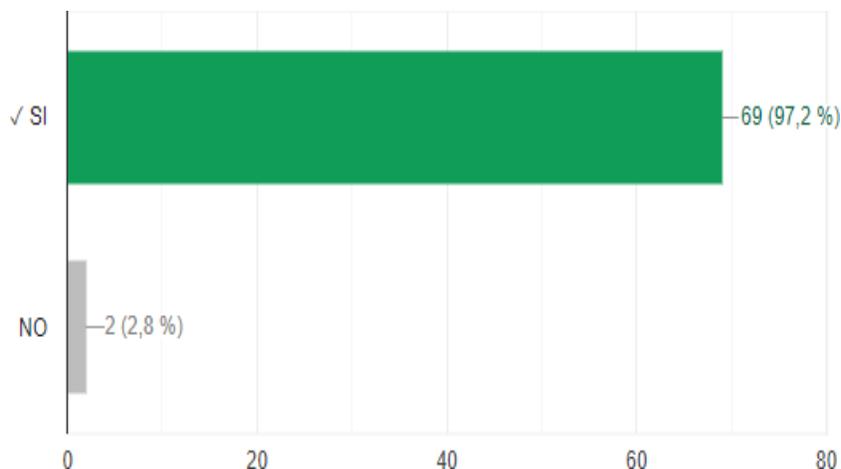


Figura 10. *REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS:*

Verificar que se registra y firma lo antes posible la administración del medicamento.

Nota. El 97,2 % del personal luego de administrar el medicamento ordenado, registraron en historia clínica el procedimiento, el 2,8% del personal no registro o registro antes de administrar el medicamento. El Registro y la educación son actividades que debe desarrollar predominantemente el profesional, sin embargo, se evidencia que lo realizaron en menor proporción que los técnicos auxiliares.

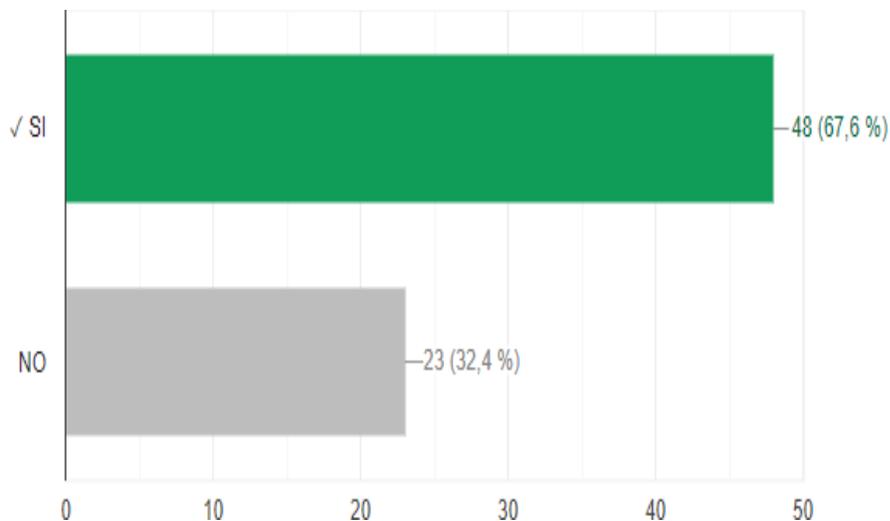


Figura 11. *Verificar que, si por alguna razón no se administra un medicamento, se registra en notas de enfermería especificando el motivo por el cual no se administró.*

Nota. Se observa en la gráfica anterior que 23 de las personas auditadas (32,4 %) en caso de que por alguna razón un medicamento no se pudiera administrar, no sabían que se debía registrar en notas de enfermería el motivo por el cual no se hace o en su defecto no sabían que era uno de los correctos de administración de medicamentos.

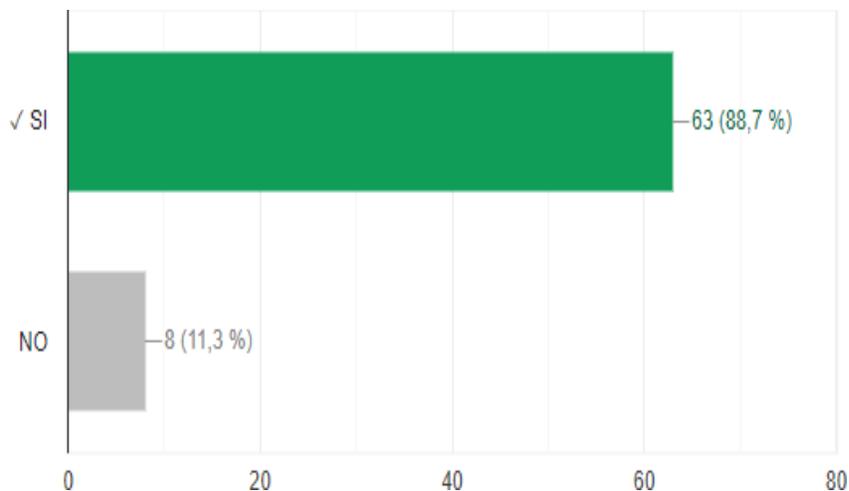


Figura 12. *Verificar que en los registros clínicos y de forma verbal se informa e instruye al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo.*

Nota. En la figura N°12 Se observó en el proceso que el 88,7 % del personal de enfermería a la hora de administración del medicamento informó al paciente o en su defecto el familiar que medicamento se le iba a administrar, mientras que solamente el 11.3% no lo hizo. Lo anterior se traduce en un problema para la institución y el sistema de salud, pues si el paciente y acompañante deben tener conocimiento de la práctica que se está realizando en caso de presentarse un evento adverso.

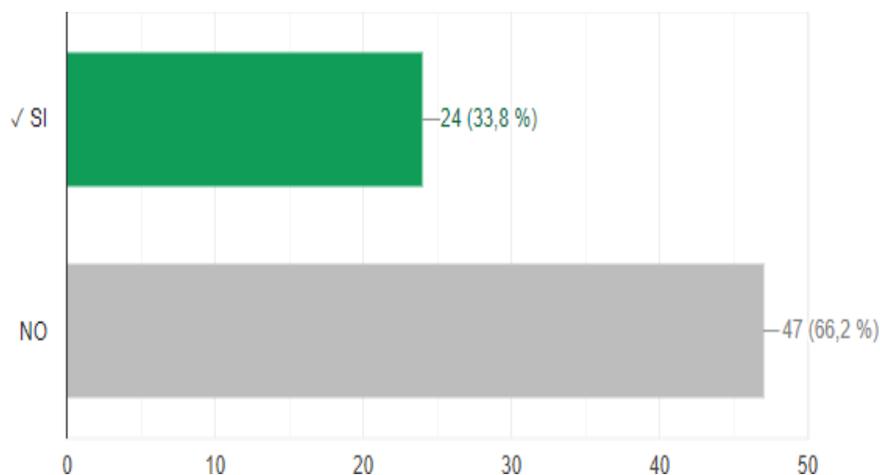


Figura 13. *Verificar que en los registros clínicos y de forma verbal se comprueba que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito.*

Nota. En la gráfica anterior se observa que entre la población encuestada se halló que solo el 33,8 % del personal preguntó a familiares o cuidadores si el paciente tomaba algún medicamento diferente al prescrito, siendo mayoría el 66,2 % que no lo hizo. La omisión de este paso podría desencadenar una reacción adversa al medicamento en caso de existir alergias y una reacción adversa afecta de forma directa al bienestar integral del paciente, e involucra la participación de toda la institución para combatir la reacción.

Resultados: lista de chequeo de protocolo de identificación correcta del paciente

| IP# O SERVICIO | Fecha | DD | MM | AA | Hora | AM | |
|---|--|-------------------------------------|----|----|-------------------|----|--|
| | | | | | | PM | |
|  | | MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | | | CODIGO: MC-FO-887 | | |
| LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO DE IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE | | VERSION: 1 | | | FECHA: JUN 2021 | | |
| | | Página 1 de 1 | | | | | |
| No. | CRITERIO DE VERIFICACION | CUMPLIMIENTO | | | | | |
| | | SI | NO | NA | | | |
| IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA. | | | | | | | |
| 1 | Se realiza la correcta creación del paciente en el sistema de información institucional en el momento de la admisión con revisión previa del documento de identidad que incluye la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> • Nombres y apellidos completos tal como están registrados en el documento de identidad. • N° de Documento de Identidad. • Edad en años cumplidos. • Sexo • Fecha de nacimiento registrando en su orden día/mes/ año • Dirección y teléfonos. (datos que deben ser verificados con el paciente o persona responsable) • Los datos de identificación del paciente siempre deben ser verificados con el documento de identidad | | | | | | |
| 2 | En caso de que el paciente llegue solo o no esté en condición de verificar los datos con él y además no cuente con ningún tipo de documento que lo identifique, se registra de la siguiente manera: A.S.I.: Adulto sin identificación. M.S.I.: Menor sin identificación. | | | | | | |
| IDENTIFICACION DEL PACIENTE POR MEDIO DE MANILLA | | | | | | | |
| 3 | La manilla de identificación impresa en admisión cuenta con la información descrita en el protocolo para identificación correcta de pacientes. | | | | | | |
| 4 | En caso de parto con recién nacido único, los datos contenidos en la manilla corresponden a los descritos en el protocolo para identificación correcta de pacientes. | | | | | | |
| 5 | En caso de parto múltiple, los datos contenidos en la manilla son los descritos en el protocolo para identificación correcta de pacientes, agregando el campo "Número de recién nacido por orden de nacimiento". | | | | | | |
| 6 | Se identifica riesgos con la colocación de vinilos en la manilla de acuerdo a lo descrito en el protocolo para identificación correcta de pacientes. | | | | | | |
| 7 | El paciente cuenta con ubicación adecuada de la manilla de acuerdo al protocolo institucional. | | | | | | |
| 8 | Registro en historia clínica de educación al paciente y cuidador sobre permanencia en la institución con manilla de identificación, en caso de pérdida o daño informar a personal de salud a cargo. | | | | | | |
| IDENTIFICACION DE LA UNIDAD | | | | | | | |
| 9 | Unidad asignada al paciente debidamente identificada y contiene los datos de acuerdo al protocolo de identificación correcta del paciente. | | | | | | |
| IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA | | | | | | | |
| 10 | Se identifica correctamente, verifica y actualiza los datos de los usuarios por parte del personal de facturación. | | | | | | |
| 11 | El personal asistencial realiza el llamado del usuario en forma verbal por nombres y apellidos completos con verificación del número de documento de identidad, edad y fecha de nacimiento previo a la atención. | | | | | | |
| IDENTIFICACION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA | | | | | | | |
| 12 | Su identificación será creada en la base de datos del software ari del acelerador lineal, respondiendo a los ítems definidos en el protocolo de identificación correcta de pacientes. | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | |

Figura 14. Lista de chequeo de protocolo de identificación correcta del paciente
 Nota. Adaptado de "Lista de chequeo de identificación correcta del paciente", de ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2022.

Se gestionó con la institución y se obtuvo la lista de chequeo de Identificación correcta del paciente, la cual se aplicó al 85% del personal del servicio de urgencias adulto, correspondiente a 71 personales de enfermería (profesional y auxiliar).

que corresponde al 85%.

La lista de chequeo contaba con 12 ítem y se clasificaba el cumplimiento en 4; óptimo, adecuada, deficiente e inaceptable.

Los resultados según clasificación anterior se observan del siguiente modo:

| | | |
|-------------|--------------|----|
| Optimo | 100 % | 50 |
| Adecuada | 85 a 99% | 15 |
| Deficiente | 70 a 84 % | 5 |
| Inaceptable | 69 % o menor | 1 |
| Total | | 71 |

Tabla 4. *Clasificación de resultados*

A continuación, se evidencian los resultados por ítems de preguntas.

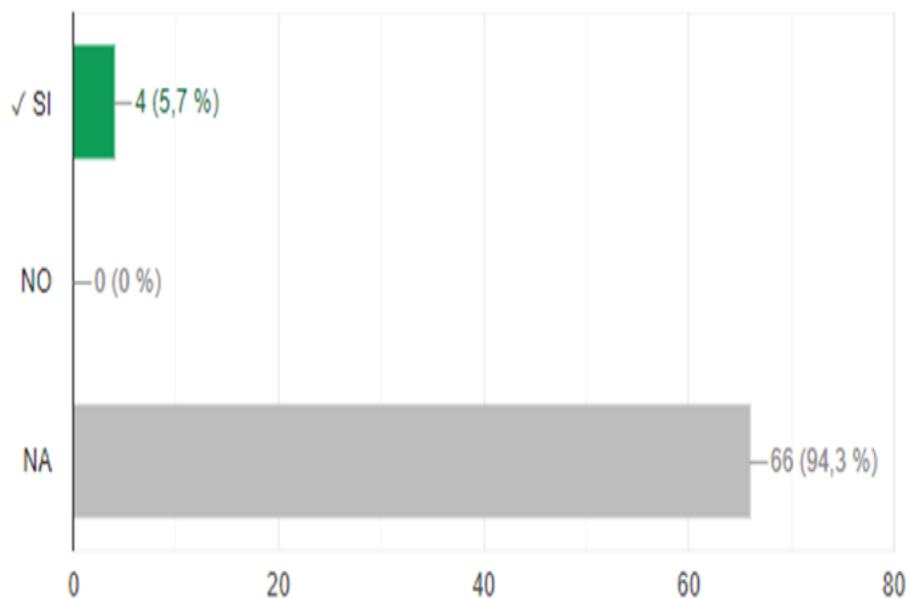


Figura 15. *En caso de que el paciente llegue solo o no esté en condiciones para indicar su documento se debe registrar como: A.S.I: adulto sin identificación, M.S.I: menor sin identificación.*

Nota. En esta pregunta se evidencia que la mayoría de usuarios ingresa con su respectivo documento de identidad y por lo tanto este aspecto no aplica en un 94,3%, sin embargo, en un 5,7% de los pacientes que llegan solos o no están en condiciones para indicar su documento ya sean indigentes o no se encuentran consientes se les rotula adecuadamente con la sigla respectiva.

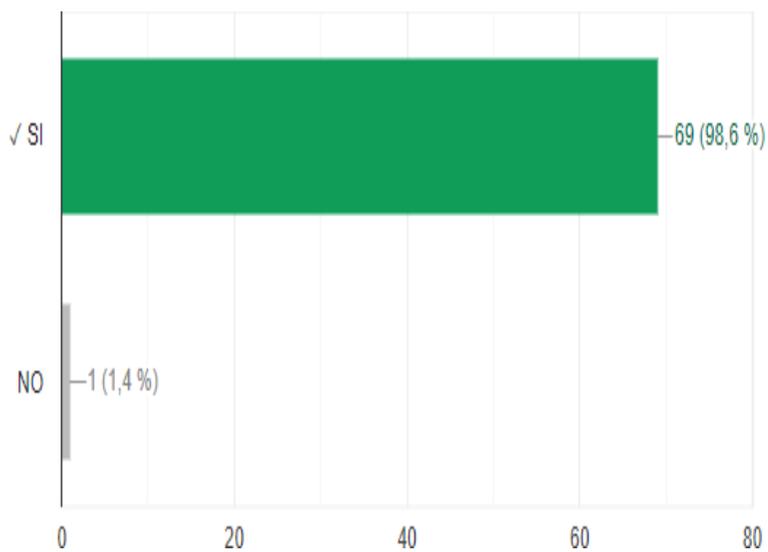


Figura 16. *La manilla de identificación impresa en admisión cuenta con la información descrita en el protocolo para identificación correcta de pacientes.*

Nota. Se evidenció que el 98,6% del personal de enfermería del servicio si realiza verificación que los pacientes presenten en su manilla de identificación la información descrita en el protocolo de identificación institucional.

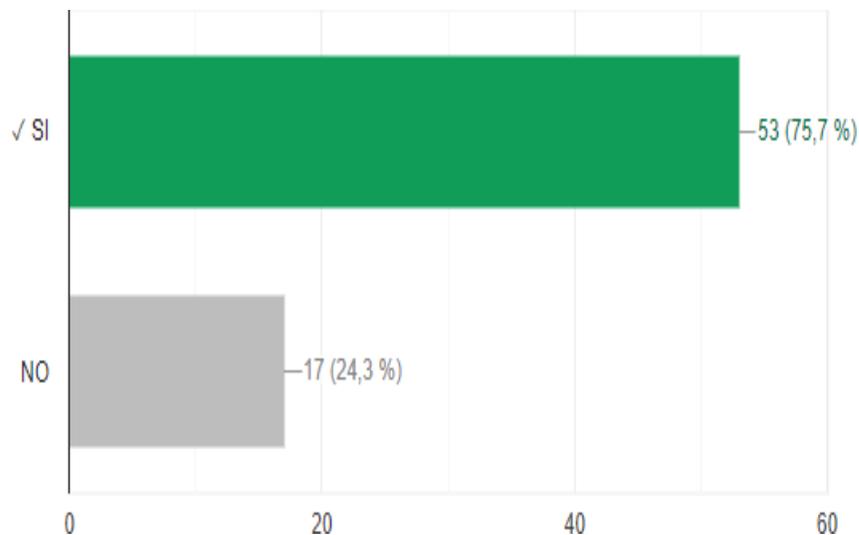


Figura 17. *Se identifica los riesgos con la colocación de vinilos en la manilla de acuerdo a lo descrito en el protocolo para la identificación correcta del paciente.*

Nota. En la gráfica anterior se evidencia que el 75,7% del personal de enfermería identifica los riesgos con la colocación de vinilos en la manilla de acuerdo a lo descrito en el protocolo para la identificación correcta del paciente.

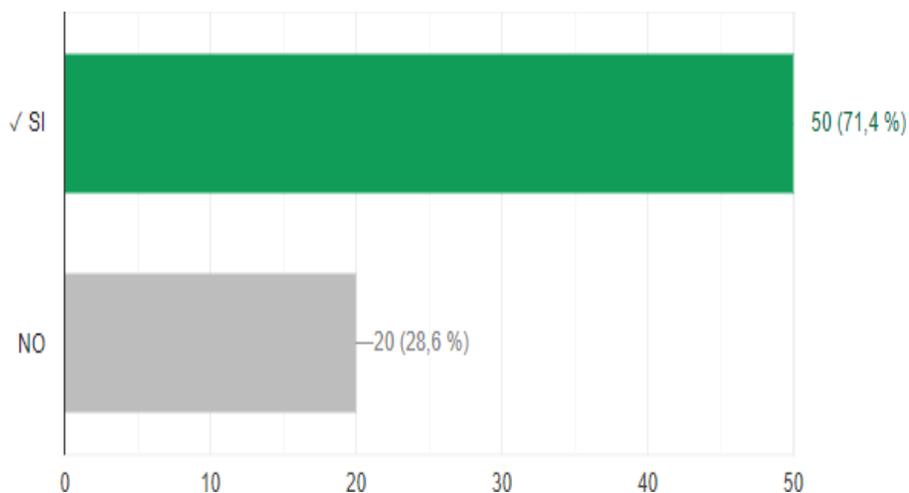


Figura 18. *Registro en historia clínica de educación al paciente y cuidador sobre permanencia en la institución con manilla de identificación, en caso de pérdida o dolo informar a personal de salud a cargo.*

Nota. En la gráfica anterior se evidencia que el 71,4% del personal de enfermería registró en la historia clínica la educación al paciente y cuidador en cuanto a la permanencia de la manilla, mientras que el 28,6% del personal no realizó el registro, por lo tanto, la omisión de esta acción lleva a la falta de concientización de los usuarios sobre la importancia de llevar su manilla y por ende a la posible aparición de eventos adversos en la identificación del paciente.

Objetivo 2

Apoyar acciones de mejora de la calidad de la atención posterior a la identificación de necesidades en el servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.

Actividades

Establecer recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos a través de 1 capacitación al personal.

| Meta planteada | Cumplimiento de la meta: |
|--|--|
| <p>A 27 de mayo de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ESE HUEM se habrá establecido recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos</p> | <p>Indicadores:</p> <p># de personal capacitado / # de personal del servicio x 100</p> <p>70/83x100= 84%, se realizó capacitación al 84% del personal de salud sobre recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos</p> |

Resultados obtenidos

Se educó a 70 funcionarios de enfermería del Servicio de urgencias acerca de las recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizadas en la prescripción de medicamentos, se pudo evidenciar que el personal asistencial desconocía sobre algunos símbolos y abreviaturas que se utilizan en cuanto a medicamentos y se

fortalecieron conocimientos, por lo tanto, se obtuvo una aplicación al 84% de funcionarios de enfermería.

Tabla 5. *Ejecución del objetivo 2*

Desarrollo de la actividad:

En base a los resultados obtenidos del objetivo 1, se realizó una matriz educativa sobre recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizadas en la prescripción de medicamentos debido a las fallas encontradas con la aplicación de la lista de chequeo de administración de medicamentos. Ver anexo 1.



Figura 19. *Fotografía de educación realizada*



Figura 20. *Imagen 9. Fotografía de educación realizada*

Objetivo 3

Promover el fortalecimiento de la calidad en la atención y seguridad del paciente mediante el diseño de acciones de mejora institucionales para posterior ejecución en el servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.

Actividades

Apoyo a las acciones institucionales en los componentes de: asistencia, gestión, investigación, extensión y educación mediante intervenciones directas que responden a los requerimientos de la entidad en el marco de la propuesta.

Realizar acciones encaminadas a promover el dialogo en cada turno sobre la seguridad de los pacientes (Rondas de seguridad, conversatorio de los hallazgos en las rondas).

Meta planteada

Cumplimiento de la meta:

INDICADORES:

A 27 de mayo de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ESE HUEM se habrá realizado 3 acciones institucionales: asistencia, gestión, extensión, investigación y educación.

N° de acciones de INVESTIGACIÓN realizadas en el período, a pedido de la IPS = 2 acciones de investigación: aplicación de listas de adherencia del programa de seguridad del paciente, e identificación de pacientes y prevención de caídas en el mes de marzo y abril.

N° de acciones de EDUCACIÓN realizadas en el período, a pedido de la IPS = 2 acciones de educación sobre el tema lavado e higiene de manos y la segunda sobre identificación del paciente dirigidas a los usuarios.

| | |
|---|--|
| <p>A 04 de junio de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ESE HUEM se habrá participado en 15 rondas de seguridad a los pacientes junto con el personal de salud.</p> | <p>N° de acciones de GESTION realizadas en el período, a pedido de la IPS= 1 acción de gestión “Detector de bacterias” que fue entregado en la institución.</p> <p>N° de rodas de seguridad realizadas= se realizaron 15 rondas de seguridad en el servicio de urgencias adultos en el que participan la pasante; enfermera coordinadora de urgencias adultos y personal de turno.</p> |
| <p>Resultados obtenidos</p> | |
| <p>Se realiizaron 2 acciones de investigacion, 2 acciones de educacion y 1 acción de gestión. Se realizaron en total 15 rondas de seguridad del paciente.</p> | |

Tabla 6. *Ejecución del objetivo 3*

Desarrollo de la actividad 1:

Haciendo cumplimiento a la petición de la ESE HUEM, se planea la ejecución de esta actividad con el propósito de mejorar los procesos de calidad con acciones de educación, investigación, gestión. Asimismo, se plantea un plan de mejoramiento que es reportado y aprobado por la institución para su futura ejecución.

- **Acciones de investigación:**

Durante la semana 4 se realizó la asignación de listas de adherencia institucionales de seguridad del paciente con las listas “M-C-F0-036 programa de seguridad del paciente y MC-FO-038 protocolo de prevención de caídas para aplicación durante el mes. También, Se realizó la

asignación de listas de adherencia de identificación del paciente, prevención de caídas y programa de seguridad del paciente para el mes de abril.

| | | | | |
|---|---------------------------------------|--|-------------------|--|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | | CODIGO: IC-FO-020 | |
| | ACTA | | VERSION: 2. | |
| | | | FECHA: SEP 2017 | |
| | | | PAGINA 1 de 4 | |

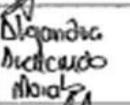
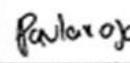
| LUGAR: Oficina seguridad del paciente. | | | |
|--|---|-----------------------|---|
| ACTIVIDAD: Asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS | | CAPACITACION | REUNION x |
| ACTA NO. : 386 | FECHA: 05 de Mayo del 2022 | HORA: 8:30 am | |
| Asistentes: | | | |
| NOMBRES | ROL | AREA O SERVICIO | FIRMA |
| Yoeric Hernando Prada Fernández | Enfermero Referente seguridad del paciente. | Planeación y calidad. |  |
| Alejandra Avellaneda Morales | Medico Referente Seguridad del paciente | Planeación y calidad. |  |
| Carolina Torres | Estudiante de Enfermería UFPS | Docencia servicio |  |
| Paula Rojas | Estudiante de Enfermería UFPS | Docencia servicio |  |
| Orden del Día: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Verificación de asignación de rondas de adherencia a efectuar por parte de las estudiantes de enfermería en los servicios de urgencias adultos y urgencias pediatría. • Retroalimentación sobre la importancia del cumplimiento con la cantidad rondas de adherencia a efectuar. • Socialización de cuadro con la cantidad de listas de adherencia a efectuar por cada servicio. | | | |
| Resumen de los temas tratados y conclusiones: | | | |
| Se da inicio a la reunión en la oficina de seguridad del paciente con la finalidad de asignar la cantidad de rondas de adherencias a realizar por cada servicios y cada estudiante: | | | |

Figura 21. Acta N.386 asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS

Nota. Adaptado de “Acta N.386 asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS”, de ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2022.

| | | |
|---|---------------------------------------|-------------------|
|  | GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION | CODIGO: IC-FO-020 |
| | ACTA | VERSION: 2 |
| | | FECHA: SEP 2017 |
| | | PAGINA 2 de 4 |

| Servicio. | No. De listas por aplicar. | Lista de chequeo por aplicar. | Responsable. |
|------------------|----------------------------|---|---|
| Urgencias adulto | 70 | MC-FO-038 Lista de chequeo protocolo de prevención de caídas | Paula Rojas – Estudiante de enfermería UFPS. |
| Urgencias adulto | 70 | MC-FO-037 Lista de chequeo protocolo de identificación correcta de paciente | Paula Rojas – Estudiante de enfermería UFPS. |
| Urgencias adulto | 43 | MC-FO-036 Lista de chequeo política – programa seguridad del paciente – procedimiento detección, notificación y análisis de sucesos de seguridad | Paula Rojas – Estudiante de enfermería UFPS. |

Figura 22. Acta N.386 asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS

Nota. Adaptado de “Acta N.386 asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS”, de ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2022.

- **Acción de educación 1:**

Durante la semana 4 se realizó matriz educativa para el evento de higiene y lavado de manos organizado por la institución, se realizó folleto de la temática que fue presentado ante oficina de prensa para posterior aprobación.

El personal participó activamente en la actividad realizada el día 05/05/2022, evento de higiene y lavado de manos, en total se obtuvo la participación de 122 funcionarios. Ver anexo 2.



Figura 23. Fotografía de educación realizada sobre lavado e higiene de manos



Figura 24. *Fotografía de educación realizada sobre lavado e higiene de manos*



Figura 25. *Fotografía de educación realizada sobre lavado e higiene de manos*

LAVADO DE MANOS

Este lavado lo realiza el personal con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, microbiana transitoria y parte de la microbiana residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana.

La duración total del procedimiento es de 40-60 segundos.



INDICACIÓN

- Hoy que lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales.
- Cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas
- Al inicio y al final de la jornada laboral
- Después de usar los servicios sanitarios



"LAS MANOS LIMPIAS SON GUARDIANES DE LA SALUD"

¿Cómo lavarse las manos?

⌚ Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos

| | | |
|--|---|--|
| <p>1</p>  <p>Moja las manos con agua.</p> | <p>1</p>  <p>Desliza en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.</p> | <p>2</p>  <p>Frótela la palma de la mano entre sí.</p> |
| <p>3</p>  <p>Frótela la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrecruzando los dedos y viceversa.</p> | <p>4</p>  <p>Frótela las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrecruzados.</p> | <p>5</p>  <p>Frótela el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, apretando los dedos.</p> |
| <p>6</p>  <p>Frótela con un movimiento de rotación el pulgar separándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.</p> | <p>7</p>  <p>Frótela la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.</p> | <p>8</p>  <p>Enjuágate las manos con agua.</p> |
| <p>9</p>  <p>Seca con una toalla desechable.</p> | <p>10</p>  <p>Dirígete de la toalla para cerrar el grifo.</p> | <p>11</p>  <p>Sea manos con agua.</p> |

 Organización Mundial de la Salud

 Seguridad del Paciente

 SAVE LIVES
Clean Your Hands

Fuente: OMS. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos

 Universidad Francisco de Paula Santander







E.S.E. Hospital Universitario
ERASMO MEZOS

HIGIENE Y LAVADO DE MANOS

ÚNETE A LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA
LÍMPIATE LAS MANOS



Figura 26. Folleto elaborado para la educación sobre higiene y lavado de manos

Nota. Adaptado de *Lavado de mano OMS*, por investigador del proyecto de extensión Paula Rojas, 2022



HIGIENE DE MANOS

Es la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre paciente, personal hospitalario, y visitantes.

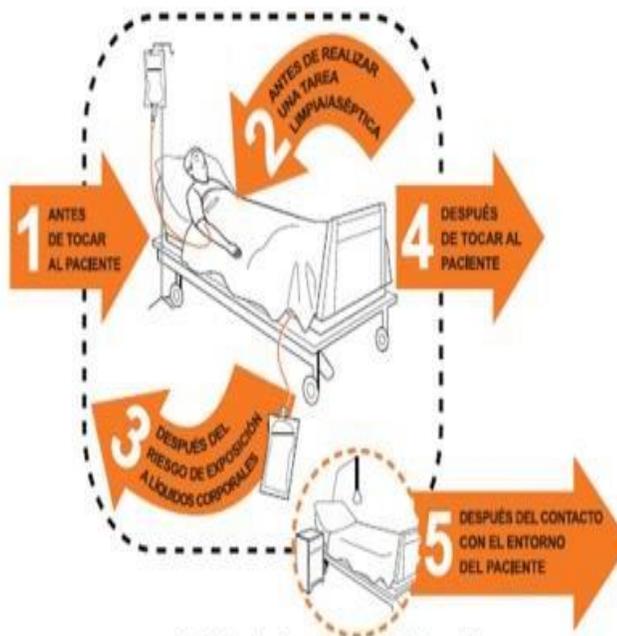
Se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos.

Se considera el procedimiento más importante para la prevención de la infección.

PRECAUCIONES

Las acciones de higiene de las manos tienen más eficacia cuando la piel de las manos se encuentra libre de cortes, las uñas son naturales, cortas y sin esmalte y las manos y los antebrazos no tienen joyas y están al descubierto.

para la Higiene de las Manos



Fuente: OMS. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos

- La manga debe recogerse a la altura del codo.
- En el espacio interdigital y en las uñas se encuentra el mayor número de microorganismos.
- Las manos agrietadas favorecen a la colonización de flora microbiana transitoria.
- Mantenga las manos en alto por encima del nivel de la cintura.
- Tenga en cuenta las indicaciones de higiene de manos según los 5 momentos.
- El primer lavado al iniciar la jornada laboral debe realizarse hasta el codo utilizando agua y jabón.

RECUERDE: EL USO DE GUANTES NO REEMPLAZA EL LAVADO DE MANOS.

Figura 27. Folleto elaborado para la educación sobre higiene y lavado de manos

Nota. Adaptado de *Lavado de mano OMS*, por investigador del proyecto de extensión Paula Rojas, 2022

- **Acción de gestión:**

Se elaboró y se hizo entrega en la institución de un detector de bacterias, el cual fue realizado con el fin hacer la detección del nivel de bacterias que se encuentran en las manos del personal si no realizan el lavado de manos. Este implemento fue elaborado con materiales como cartón, bombillo ultravioleta, papel, tinta ultravioleta. En la actividad participaron 122 funcionarios de los servicios de urgencias adultos, pediátricas y se realizó entrega de kits de desinfección una vez finalizada la actividad de educación sobre lavado e higiene de manos.



Figura 28. *Participación en la actividad de gestión*



Figura 29. *Participación en la actividad de gestión*



Figura 30. *Participación en la actividad de gestión*



Hospital Universitario Erasmo Meoz Cúcuta



5 may. · 🌐

Con motivo de la celebración del día mundial de la higiene manos, hoy la ESE HUEM realizó diferentes actividades en todo el centro hospitalario para crear conciencia sobre la importancia de esta práctica y a su vez, recordarle al personal la responsabilidad de hacerlo al momento de atender a los pacientes para garantizar su seguridad y brindar un servicio óptimo y con calidad.

En el siguiente vídeo les contamos un poco más de como transcurrió la jornada.



Figura 31. Participación en la actividad de gestión

Nota. Adaptado de *Celebración del día mundial de la higiene de manos, por ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2022*

 **Hospital Universitario Erasmo Meoz Cúcuta** ...
5 may. · 🌐

Con motivo de la celebración del día mundial de la higiene manos, hoy la ESE HUEM realizó diferentes actividades en todo el centro hospitalario para crear conciencia sobre la importancia de esta práctica y a su vez, recordarle al personal la responsabilidad de hacerlo al momento de atender a los pacientes para garantizar su seguridad y brindar un servicio óptimo y con calidad.

En el siguiente vídeo les contamos un poco más de como transcurrió la jornada.



Figura 32. *Participación en la actividad de gestión*

Nota. Adaptado de *Celebración del día mundial de la higiene de manos*, por ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2022

- **Acción de educación 2:**

Se realizó matriz educativa sobre el tema de identificación del paciente dirigida a los usuarios de los servicios de urgencias adultos, se realizó folleto de la temática que fue presentado ante oficina de prensa para posterior aprobación.

Los usuarios participaron activamente en la actividad realizada, en total se obtuvo la participación de 20 usuarios, cada educación tuvo una duración de 15 minutos y al finalizar se hizo entrega de un folleto con la información contenida en la matriz. Ver anexo 3.



Figura 33. *Fotografía de educación realizada sobre identificación del paciente*



Figura 34. *Fotografía de educación realizada sobre identificación del paciente*

IDENTIFICACION DEL USUARIO HOMONIMO

Los usuarios Homónimos pueden ser:

- Con homonimia parcial: quienes tienen los mismos nombres y el primer apellido.
- Con homonimia total: quienes tienen los mismos nombres y apellidos, estos pacientes se diferencian uno del otro con el documento de identidad, la edad, el sexo, el número de ingreso asignado al abrir la admisión, la fecha y hora

MARCACION DEL TABLETO DE IDENTIFICACION

Nombres y Apellidos
EPS
Fecha e Ingreso
Hora de ingreso
Riesgo de caída

Organización

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Universidad Francisco de Paula Santander Enfermería

Identificación del paciente

Universidad Francisco de Paula Santander Enfermería

2022

Figura 35. Folleto educación sobre identificación del paciente a usuarios

Nota. Adaptado de *Protocolo de identificación del paciente*, por investigador del proyecto de extensión Paula Rojas, 2022

| | | |
|---|---|---|
| <p>IDENTIFICACION DEL PACIENTE</p> <p>Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.</p> <p>PULSERAS DE IDENTIFICACION</p> <p>Las pulseras de identificación son brazaletes diseñados para la rápida identificación de los pacientes. Con el fin de que esta sea confiable y evitar confusiones que pueden llevar a la ocurrencia de eventos adversos.</p> <p>IDENTIFICACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre completo • N. de documento de identificación • Sexo • Edad • IDE de ingreso | <p>CUANDO REPONER LA MANILLA DE IDENTIFICACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotura. • Deterioro y/o datos ilegibles. • Datos erróneos. • Por necesidad asistencial: cuando la manilla impide la realización de algún procedimiento y debe retirarse. <ul style="list-style-type: none"> • Excepcionalmente cuando el paciente viene de urgencias sin manilla de identificación. • El paciente y o familiares se lo ha quitado o perdido. • Pacientes que no se han podido identificar por situaciones de urgencias. <p>Mientras el niño se encuentre hospitalizado debe permanecer con manilla de identificación</p> <p>RETIRO DE LA MANILLA</p> <p>Se le indica a la enfermera de turno el egreso del paciente.</p> | <p>EDUCACION A USUARIO Y FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación de pacientes y familiares en la necesidad de confirmar durante los procesos asistenciales la identificación y colaborar con el personal asistencial en la recolección de esta información • Educar al paciente, madre o familiar según corresponda respecto al cuidado de este y evitar el retro. <p>Registrar los contenidos educativos en hoja de enfermería.</p> <p>IDENTIFICACION DEL PACIENTE</p> |
|---|---|---|

Figura 36. Folleto identificación del paciente a usuarios

Nota. Adaptado de *Protocolo de identificación del paciente*, por investigador del proyecto de extensión Paula Rojas, 2022

Desarrollo de la actividad 2:

Se han realizado 15 rondas de seguridad en el servicio de urgencias Adulto, en el que participan la pasante; enfermera coordinadora de las rondas en el servicio y personal de turno.

A continuación, se presentan los resultados de cada ronda de seguridad, así como sus acciones:

| Ronda de seguridad no. 1 | |
|--------------------------|--|
| Fecha | 10/05/2022 |
| Hallazgos | Durante la ronda de seguridad al servicio, se encuentra paciente sin sticker de color naranja en su respectivo tablero Se observa una torunda con sangre en la unidad |
| Acciones tomadas | Se le informa al jefe del servicio para la colocación del sticker Se le informa a personal encargado para realizar la limpieza de la unidad. |

Tabla 7. *Ronda de seguridad N°1*

| Ronda de seguridad no. 2 | |
|--------------------------|--|
| Fecha | 11/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Durante la ronda de seguridad al servicio, se halla un derrame en el piso.</p> <p>Se encuentran unidades con barandas abajo</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se notifica a la enfermera de turno, y se le informa al personal de oficios barios.</p> <p>Se informa a familiares y cuidadores sobre el riesgo de caídas del paciente, y se educa acerca de la importancia de mantener siempre las barandas arriba y permanecer acompañando al paciente en todo momento, además de si necesita ayuda para un traslado pedir ayuda del personal asignado.</p> |

Tabla 8. *Ronda de seguridad N°2*

| Ronda de seguridad no. 3 | |
|--------------------------|---|
| Fecha | 12/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Se encuentran varias unidades con barandas de camilla abajo.</p> <p>Durante la ronda de seguridad en el servicio se encuentra pacientes sin tapabocas</p> <p>Se encuentra paciente sin letrero vía oral, cuando lo requiere.</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se informa a familiares y cuidadores sobre el riesgo de caídas del paciente, y se educa acerca de la importancia de mantener siempre las barandas arriba y permanecer acompañando al paciente en todo momento, también sobre la permanencia del tapabocas.</p> <p>Se le informa a la jefe del servicio y auxiliar para la colocación de este letrero</p> |

Tabla 9. *Ronda de seguridad N°3*

| Ronda de seguridad no. 4 | |
|--------------------------|---|
| Fecha | 13/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Se realiza revisión y se encuentra un paciente alérgico a un medicamento, tiene el sticker correspondiente (amarillo) en la manilla, pero no está ubicado en tablero de la unidad, además de tener las barandas abajo.</p> <p>Se evidencia manilla de un paciente sin sticker azul en la manilla.</p> <p>Se evidencia manilla de un paciente sin sticker rojo de riesgo de caídas.</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se informa a enfermero de turno y se realiza inmediatamente la marcación adecuada en la unidad del paciente; se educa sobre el riesgo de caídas y la importancia de mantener las barandas arriba.</p> <p>Se informa a enfermero de turno y se realiza inmediatamente la marcación adecuada en la manilla del paciente.</p> |

Tabla 10. *Ronda de seguridad N°4*

| Ronda de seguridad no. 5 | |
|--------------------------|---|
| Fecha | 14/05/2022 |
| Hallazgos | Se evidencia que la manilla del paciente no es legible su nombre. Durante la ronda de seguridad en el servicio se encuentra pacientes sin tapabocas |
| Acciones tomadas | Se informa a enfermero de turno y se notifica para cambiarla en facturación Se le informa al enfermero de turno el cual le suministra uno al paciente. |

Tabla 11. *Ronda de seguridad N°5*

| Ronda de seguridad no. 6 | |
|--------------------------|--|
| Fecha | 16/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Se evidencia pacientes con barandas abajo</p> <p>Al realizar la ronda las rondas de seguridad se evidencia pacientes sin el respectivo tapabocas</p> <p>Se evidencia manilla de un paciente sin sticker rojo de riesgo de caídas.</p> <p>Paciente que no presenta su stiker amarillo en el talero de identificación.</p> |
| Acciones tomadas | <p>Da educación al paciente y al familiar la importancia de tener las barandas arriba para la prevención de caídas</p> <p>Se le informa al personal en turno el cual inmediatamente le proporciona uno</p> <p>Se notifica al personal en turno el cual me proporciona un sticker y se deja instalado el sticker en manilla</p> <p>Se realiza marcación adecuada</p> <p>En el tablero de la unidad.</p> |

Tabla 12. Ronda de seguridad N°6

| Ronda de seguridad no. 7 | |
|--------------------------|---|
| Fecha | 17/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Durante la ronda de seguridad al servicio, se encuentran desorden en la unidad.</p> <p>Se evidencia paciente sin tapabocas.</p> <p>Se evidencia la unidad con barandas abajo</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se realiza educación al paciente y al familiar el orden en la unidad y importancia de la permanencia del tapabocas y la importancia de mantener las barandas arriba para la prevención de caídas</p> |

Tabla 13. *Ronda de seguridad N°7*

| Ronda de seguridad no. 8 | |
|--------------------------|--|
| Fecha | 18/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Al revisar la manilla de identificación no se encuentran legibles sus nombres.</p> <p>Se evidencia paciente sin tapabocas</p> <p>Se evidencias barandas abajo</p> <p>Se evidencia desorden en la unidad</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se notifica al jefe del servicio la cual realiza el cambio con facturación.</p> <p>Se realiza educación al paciente y al familiar el orden en la unidad y importancia de la permanencia del tapabocas y la importancia de mantener las barandas arriba para la prevención de caídas</p> |

Tabla 14. *Ronda de seguridad N°8*

| Ronda de seguridad no. 9 | |
|--------------------------|--|
| Fecha | 19/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Al realizar ronda al servicio se encuentran errores en la identificación del paciente tales como:</p> <p>Se evidencia paciente sin stiker utilizado para pacientes mentales en su tablero de identificación.</p> <p>Se evidencia desorden en la unidad</p> <p>Se evidencia paciente sin tapabocas</p> <p>Se evidencian barandas abajo</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se notifica al enfermero de turno.</p> <p>Se realiza educación al paciente y al familiar el orden en la unidad y importancia de la permanencia del tapabocas y la importancia de mantener las barandas arriba para la prevención de caídas</p> |

Tabla 15. *Ronda de seguridad N°9*

| Ronda de seguridad no. 10 | |
|---------------------------|---|
| Fecha | 20/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Se encuentran errores de identificación como:</p> <p>Paciente con manilla deteriorada, no se ven las letras.</p> <p>Se evidencia desorden en la unidad</p> <p>Se encuentra paciente sin tapabocas</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se pide a facturador una manilla nueva con datos legibles y se realiza el reemplazo correspondiente.</p> <p>Se da educación a los usuarios la importancia del mantenimiento del tapabocas y sobre la importancia de tener arreglada la unidad.</p> |

Tabla 16. *Ronda de seguridad N°10*

| Ronda de seguridad no. 11 | |
|---------------------------|---|
| Fecha | 21/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Se realiza revisión y se encuentra un paciente alérgico a un medicamento, tiene el sticker correspondiente (amarillo) en la manilla, pero no está ubicado en tablero de la unidad, además de tener las barandas abajo.</p> <p>Se evidencia manilla de un paciente sin sticker azul en la manilla.</p> <p>Se evidencia manilla de un paciente sin sticker rojo de riesgo de caídas.</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se informa a enfermero de turno y se realiza inmediatamente la marcación adecuada en la unidad del paciente; se educa sobre el riesgo de caídas y la importancia de mantener las barandas arriba.</p> <p>Se informa a enfermero de turno y se realiza inmediatamente la marcación adecuada en la manilla del paciente.</p> |

Tabla 17. Ronda de seguridad N°11

| Ronda de seguridad no. 12 | |
|---------------------------|---|
| Fecha | 23/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Durante la ronda de seguridad al servicio, se encuentra paciente sin sticker de color naranja en su respectivo tablero</p> <p>Se observa una torunda con sangre en la unidad</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se le informa al jefe del servicio para la colocación del sticker</p> <p>Se le informa a personal encargado para realizar la limpieza de la unidad.</p> |

Tabla 18. *Ronda de seguridad N°12*

| Ronda de seguridad no. 13 | |
|---------------------------|---|
| Fecha | 24/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Durante la ronda de seguridad al servicio, se encuentran desorden en la unidad.</p> <p>Se evidencia paciente sin tapabocas.</p> <p>Se evidencia la unidad con barandas abajo</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se realiza educación al paciente y al familiar el orden en la unidad y importancia de la permanencia del tapabocas y la importancia de mantener las barandas arriba para la prevención de caídas</p> |

Tabla 19. *Ronda de seguridad N°13*

| Ronda de seguridad no. 14 | |
|---------------------------|---|
| Fecha | 25/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Se encuentran varias unidades con barandas de camilla abajo.</p> <p>Durante la ronda de seguridad en el servicio se encuentra pacientes sin tapabocas</p> <p>Se encuentra paciente sin letrero vía oral, cuando lo requiere.</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se informa a familiares y cuidadores sobre el riesgo de caídas del paciente, y se educa acerca de la importancia de mantener siempre las barandas arriba y permanecer acompañando al paciente en todo momento, también sobre la permanencia del tapabocas.</p> <p>Se le informa a la jefe del servicio y auxiliar para la colocación de este letrero</p> |

Tabla 20. Ronda de seguridad N°14

| Ronda de seguridad no. 15 | |
|---------------------------|---|
| Fecha | 26/05/2022 |
| Hallazgos | <p>Se realiza revisión y se encuentra un paciente alérgico a un medicamento, tiene el sticker correspondiente (amarillo) en la manilla, pero no está ubicado en tablero de la unidad, además de tener las barandas abajo.</p> <p>Se evidencia manilla de un paciente sin sticker azul en la manilla.</p> <p>Se evidencia manilla de un paciente sin sticker rojo de riesgo de caídas.</p> |
| Acciones tomadas | <p>Se informa a enfermero de turno y se realiza inmediatamente la marcación adecuada en la unidad del paciente; se educa sobre el riesgo de caídas y la importancia de mantener las barandas arriba.</p> <p>Se informa a enfermero de turno y se realiza inmediatamente la marcación adecuada en la manilla del paciente.</p> |

Tabla 21. Ronda de seguridad N°15



Figura 37. *Evidencia fotográfica de hallazgos en las rondas de seguridad*



Figura 38. *Evidencia fotográfica de hallazgos en las rondas de seguridad*



Figura 39. *Evidencia fotográfica de hallazgos en las rondas de seguridad*



Figura 40. *Evidencia fotográfica de hallazgos en las rondas de seguridad*

| Acciones de mejora | Actividades | Fechas | | Recursos | Indicador seguimiento | Responsable del seguimiento |
|--|-------------|---------------------|---------------------|--|--|--|
| | | Inicio | fin | | | |
| Realizar educación sobre los nuevos correctos de administración de medicamentos del Hospital Erasmo Meoz con el personal asistencial del servicio de urgencias adulto con el fin de prevenir posibles eventos adversos | Educativa | 2 de julio del 2022 | 2 de enero del 2023 | Profesional de enfermería y auxiliares del servicio. | Capacitación al 100% del personal de enfermería sobre protocolo de administración segura | Profesional de enfermería encargado del servicio |
| Realizar un taller de dilución de mezclas gestionando con farmacia los implementos necesarios y con la Universidad Francisco De Paula Santander para la utilización del laboratorio de la Facultad del programa de enfermería. | Educativa | 3 de julio del 2022 | 3 de enero del 2023 | Profesional de enfermería y auxiliares del servicio. | Nº de talleres realizados sobre dilución de mezclas | Profesional de enfermería encargado de seguridad del paciente. |

Tabla 22. Plan de mejora elaborado en base a los aspectos identificados

| |
|------------|
| Objetivo 4 |
|------------|

Evaluar el aprendizaje del personal de salud con relación a los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022.

| |
|-------------|
| Actividades |
|-------------|

Aplicación de 3 pretest sobre: administración segura de medicamentos, identificación del paciente y eventos adversos en salud, para evaluar los conocimientos del personal de salud del servicio de urgencias en relación a los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente.

Capacitar al personal de salud del servicio de urgencias adultos en relación a los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente: administración segura de medicamentos, identificación del paciente y eventos adversos en salud.

Analizar los resultados obtenidos de los pretest y postest aplicados al personal de salud del servicio.

| Meta planteada | Cumplimiento de la meta: |
|--|---|
| <p>A 10 de junio de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ese huem se habrá evaluado el nivel de conocimientos con relación a los procesos de calidad en el 70% del personal de salud.</p> | <p>Indicadores: $\#$ de personal de salud que diligencia los pretest / $\#$ de personal de salud del servicio $\times 100$ $70/100 \times 100 = 70\%$, se obtuvo la participación de 70 funcionarios del servicio de urgencias adultos en la aplicación de los 3 pretest sobre: administración segura de los medicamentos, identificación del paciente y eventos adversos en salud.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>A 10 de junio de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ese huem se habrán realizado 3 capacitaciones al personal de salud con relación a los procesos de calidad: administracion segura de medicamentos, identificacion del paciente y eventos adversos en salud.</p> | <p>N° de capacitaciones al personal de salud realizadas= 3 capacitaciones realizadas: 1 sobre administración segura de los medicamentos, 1 de identificación del paciente y 1 sobre eventos adversos en salud.</p> <p>N° de participantes en la capacitación= 70 participantes en la capacitación # de personal de salud que diligencia los postest / # de personal de salud del servicio x100 $70/100 \times 100 = 70\%$, se obtuvo la participacion de 70 funcionarios del servicio de urgencias adultos en la aplicación de los 3 postest sobre: administración segura de los medicamentos, identificación del paciente y eventos adversos en salud.</p> |
| <p>A 10 de junio de (2022), en los servicios de urgencias adultos de la ese huem el 90% del personal de salud capacitado habrá mejorado el nivel de conocimientos con relación a los procesos de calidad.</p> | <p># de personal que mejora el conocimiento después de la intervención educativa / # de personal del servicio x100 $70/70 \times 100 = 100\%$, el 100% del personal capacitado mejoró sus conocimientos, puesto que aprobaron los postest con calificación igual o mayor a 3 puntos.</p> |
| <p>Resultados obtenidos</p> | |
| <p>Se aplicaron 3 pretest al personal de salud, en procesos clínicos seguros del Hospital Erasmo Meoz, el primero se basó en el protocolo de administración segura de medicamentos, el</p> | |

Tabla 23. Ejecución del objetivo 4

segundo sobre el protocolo de identificación correcta del paciente y el tercero sobre conocimientos de los eventos adversos; se logró evaluar 70 personas que corresponde al 70%. Cada cuestionario tiene 5 preguntas de selección múltiple, donde cada pregunta vale 1 punto, para un total de 5 puntos, el cual se aprueba con calificación igual o mayor a 3 puntos.

Se realizaron 3 capacitaciones: sobre administración segura de los medicamentos, identificación del paciente y eventos adversos en salud a 70 funcionarios, para lo cual se realizó una matriz por cada tema y se entregó un volante al personal. Cada una tuvo una duración de 20 a 30 minutos, se realizó en grupos de 2 a 5 funcionarios y al finalizar se aplicaron los postest.

Se aplicaron 3 postest sobre las temáticas expuestas en la capacitación, en total lo diligenciaron 70 funcionarios del servicio de urgencias adultos. El 100% del personal de salud que participó en la capacitación mejoró los conocimientos sobre las temáticas expuestas, pues todos los 70 funcionarios aprobaron los postest con nota igual o mayor a 3 puntos.

Desarrollo de la actividad 1:

PRETEST ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Nombre: _____

Fecha: _____

Servicio: _____

Lea detenidamente las preguntas y conteste correctamente lo solicitado, encerrando en un círculo la respuesta correcta.

1. Para administrar un medicamento de forma segura para los pacientes debemos tener en cuenta los 13 correctos, algunos de ellos son:
 - a) Fecha, hora, paciente, medicamento, vía, dilución, goteo, equipo y dosis correcta
 - b) Registrar todos los medicamentos administrados
 - c) Investigar si el paciente padece alergias
 - d) **Todas las anteriores**

2. En la administración de medicamentos por vía oral se deben tener en cuenta precauciones generales para minimizar el riesgo en los pacientes, ¿Cuál de las siguientes NO es correcta?
 - a) Lea la tarjeta de tratamiento y compárela con los medicamentos a administrar, ubicados en el cajón destinado para el paciente.
 - b) Coloque las píldoras o tabletas en la copa de medicamentos directamente desde el empaque original, sin tocarla con las manos.
 - c) **Diluya todos los medicamentos que vaya a administrar, para disminuir el riesgo de flebitis.**
 - d) El personal de enfermería debe presenciar la ingestión del medicamento por el paciente.

3. Durante la administración de medicamentos por vía parenteral se debe marcar el medicamento reconstituido y/o diluido, lo que permite una correcta identificación y evitar confusiones que afecten la seguridad del paciente. Utilizando la siguiente etiqueta:
 - a) **Nombre, H. Clínica, Cama, MEDIC, Dosis, FP, FV, Preparó**
 - b) Nombre, Cédula, MEDIC, Preparó, FV
 - c) Nombre, H. Clínica, Cama, MEDIC, Dosis, FP, FC, Preparó
 - d) Nombre, Documento, Cama, MEDIC, Mg, FP, FV, Preparó

4. Para administrar medicación por vía I.V se deben tomar medidas de seguridad, seleccione la opción correcta:
 - a) Paciente acostado en decúbito ventral con los brazos extendidos.
 - b) **Selección de vena de buen calibre y de fácil acceso.**
 - c) Selección de arteria de buen calibre y de fácil acceso.
 - d) Aplicación de frío en el sitio de administración

5. La bomba de infusión es un dispositivo destinado a regular el flujo de líquidos al interior del paciente bajo presión positiva generada por un medio mecanismo eléctrico, para su correcto manejo se debe tener en cuenta, EXCEPTO:
 - a) Borrar el acumulado de volumen administrado en cada turno, la memoria acumulativa se borra cada 24 horas.
 - b) No descargar medicamentos, jarras, teteros, y otros elementos sobre las bombas.
 - c) Cuando coloque el equipo, revise que no queden burbujas de aire.
 - d) **Desconectar las bombas cuando no estén en uso**

Figura 41. *Pretest administración de medicamentos*

Nota. Adaptado de *Protocolo de administración de medicamentos*, por investigador del proyecto de extensión Paula Rojas, 2022



Figura 42. *Aplicación del pretest de administración de medicamentos*
A continuación, se evidencian los resultados por ítems de preguntas del pretest sobre administración de medicamentos.

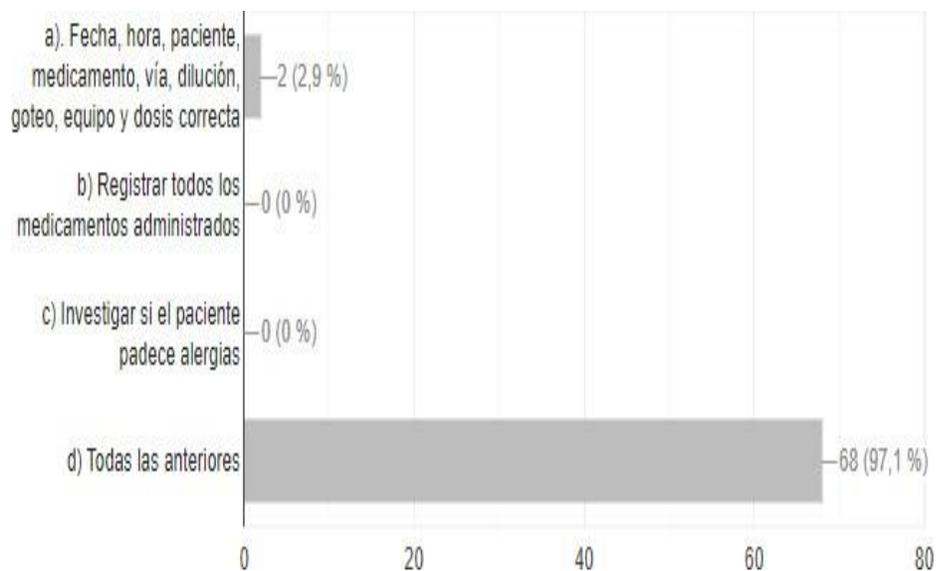


Figura 43. *Para administrar un medicamento de forma segura para los pacientes debemos tener en cuenta los 13 correctos, algunos de ellos son:*

Nota. En la gráfica anterior se evidencia que el personal encuestado tiene un buen nivel de conocimientos sobre los correctos de administración de medicamentos pues el 97,1% (68 enfermeros) respondieron la opción correcta: opción d.

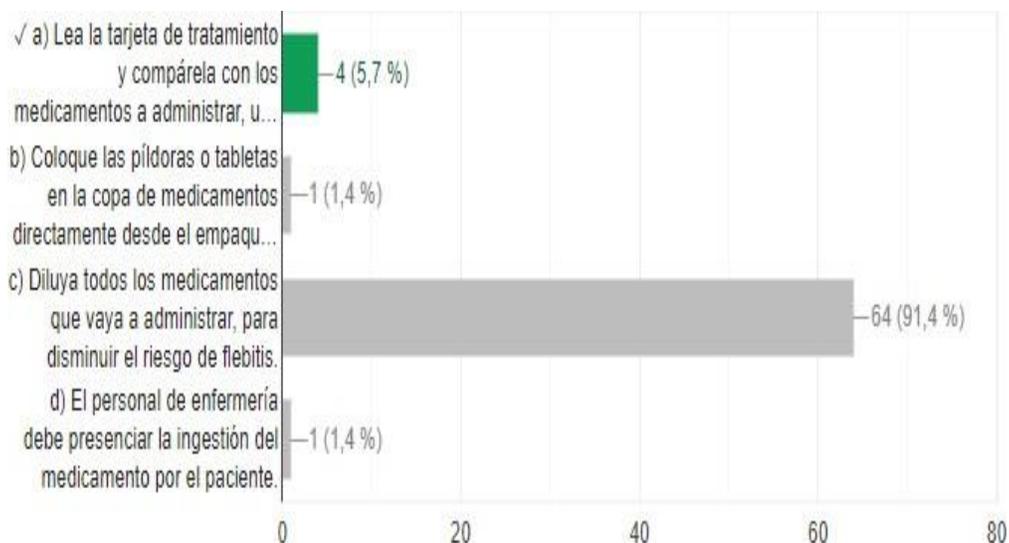


Figura 44. *En la administración de medicamentos por vía oral se deben tener en cuenta precauciones generales para minimizar el riesgo en los pacientes, ¿Cuál de las siguientes NO es correcta?*

Nota. En la gráfica 44 se evidencia que el 91,4 % del personal de enfermería del servicio de urgencias adultos posee conocimientos adecuados respecto a las precauciones que se deben realizar en la administración de medicamentos para minimizar riesgos, pues marcaron la opción correcta: opción c, y solamente el 8,5% del personal respondió de manera incorrecta marcando las opciones a, b y d.

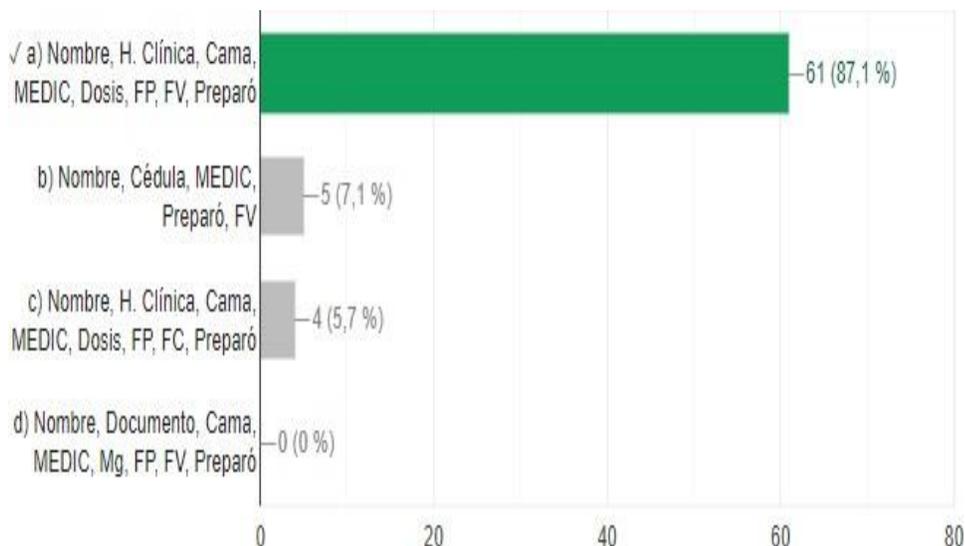


Figura 45. *Durante la administración de medicamentos por vía parenteral se debe marcar el medicamento reconstituido y/o diluido, lo que permite una correcta identificación y evitar confusiones que afecten la seguridad del paciente. Utilizando la siguiente etiqueta:*

Nota. Se evidenció que el 87,1 % del personal tiene conocimiento adecuado en cuanto a la correcta identificación de medicamentos reconstituidos o diluidos por vía parenteral, ya que respondieron correctamente la opción a, mientras el 12,8% del personal encuestado no respondió de manera correcta.

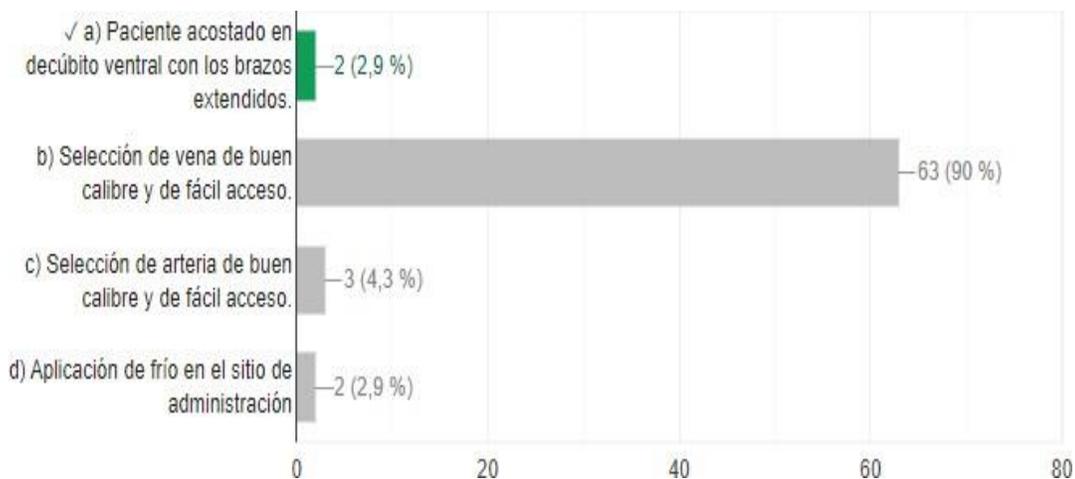


Figura 46. *Para administrar medicación por vía I.V se deben tomar medidas de seguridad, seleccione la opción correcta:*

Nota. Como se puede observar en la anterior figura, el 90% (63 enfermeros) respondió de manera correcta a la pregunta acerca de las medidas de seguridad que se deben tomar a la administración por vía IV pues marcaron la opción b, mientras que el 10% del personal (7 enfermeros) no acertó en esta pregunta.

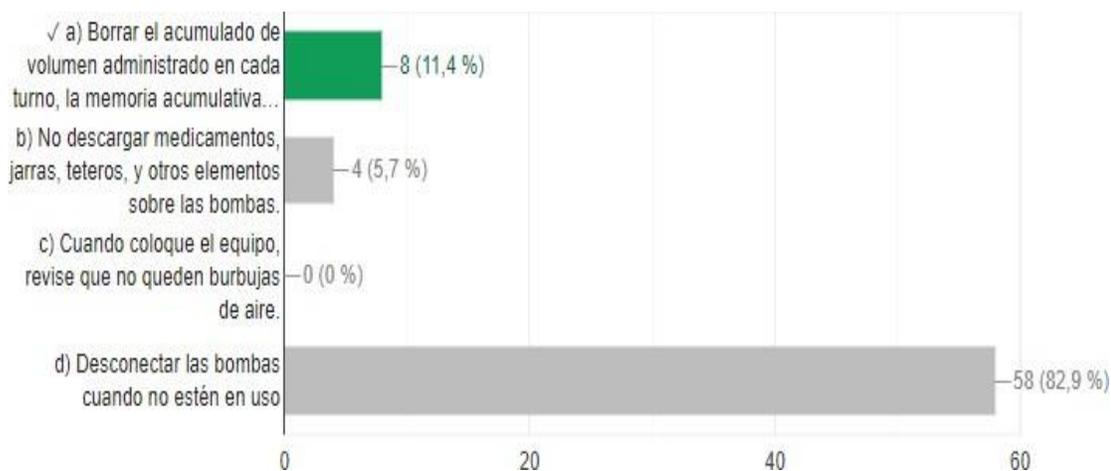


Figura 47. *La bomba de infusión es un dispositivo destinado a regular el flujo de líquidos al interior del paciente bajo presión positiva generada por un medio mecanismo eléctrico, para su correcto manejo se debe tener en cuenta, EXCEPTO:*

Nota. En la figura 47 se evidencia que el 82,9 % del personal de enfermería (58 funcionarios) poseen adecuados conocimientos en cuanto a lo que no se debe hacer con el manejo de las bombas de infusión, pues respondieron correctamente la opción d, mientras que el 17,1% (12 enfermeros) respondieron de manera incorrecta. Lo que evidencia que una parte significativa del personal no tiene conocimiento sobre el manejo de las bombas de infusión.

PRETEST IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Fecha: _____

Servicio: _____

Lea detenidamente las preguntas y conteste correctamente lo solicitado, encerrando en un círculo la respuesta correcta.

1. El registro de identificación del paciente que llega solo o no se encuentra en condición de verificar los datos con él y además no cuenta con ningún tipo de documento que lo identifique, se realiza de la siguiente manera:
 - a) A.S.R: Adulto sin registro, M.S.R: Menor sin registro
 - b) A.S.I: Adulto sin identificación, M.S.I: Menor sin identificación
 - c) N.N: No registra
 - d) Ninguna de las anteriores

2. En cuanto a la ubicación adecuada de la manilla según protocolo institucional es cierto que :
 - a) Todo paciente debe ser identificado con la manilla en la mano derecha para adultos.
 - b) En caso de que no se pueda colocar la manilla en la mano derecha se debe colocar en el tobillo derecho
 - c) En caso de un paciente con problemas mentales es preferiblemente colocar la manilla en la mano izquierda.

3. En la historia clínica sistematizada la correcta identificación del paciente debe incluir la siguiente información:
 - a. Nombres y apellidos completos tal como están registrados en el documento de identidad, N° de Documento de identidad.
 - b. Edad en años cumplidos, Sexo
 - c. Fecha de nacimiento registrando en su orden día/mes/ año, Dirección y teléfonos.
 - d. Todas las anteriores

4. Respecto a la identificación del paciente por medio de manillas se deben tener en cuenta los siguientes aspectos, EXCEPTO:
 - a) La manilla de identificación impresa en admisión cuenta con la información descrita en el protocolo
 - b) Atender al paciente sin previa verificación de los datos registrados en la manilla
 - c) Registro en historia clínica de educación al paciente y cuidador sobre permanencia en la institución con manilla de identificación, en caso de pérdida o daño informar a personal de salud a cargo.
 - d) Tener en cuenta que pueden presentarse limitaciones sobre el sitio de colocación de las manillas, se establece el siguiente orden para este fin: Primero en la muñeca derecha

5. Respecto al tiempo de preservación de la manilla de identificación se deben aplicar consideraciones especiales, ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta?
 - a) Sí para realizar un procedimiento se requiere retirar la manilla de identificación, esta deberá ser reinstalada a la mayor brevedad posible, por el personal responsable del paciente.
 - b) La manilla de identificación se retirará antes del alta del paciente del servicio
 - c) En caso de deterioro la manilla de identificación, el profesional a cargo del paciente no podrá reemplazarlo por uno nuevo.
 - d) Todas las anteriores

Figura 48. *Pretest identificación del paciente*

Nota. Adaptado de *Protocolo de identificación del paciente*, por investigador del proyecto de extensión Paula Rojas, 2022

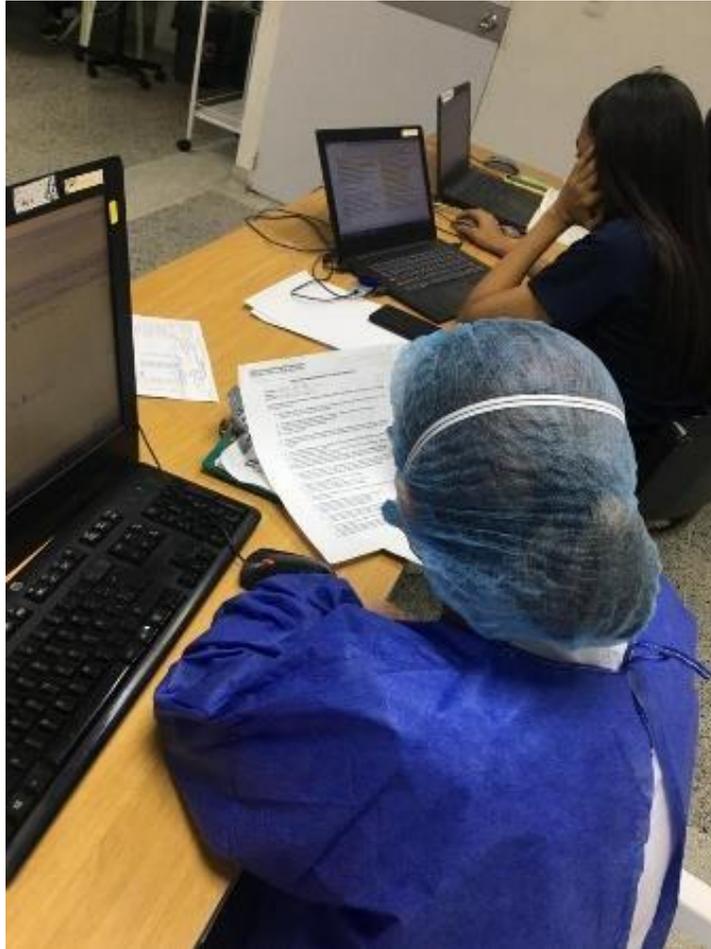


Figura 49. *Aplicación del pretest de identificación del paciente*

A continuación, se evidencian los resultados por ítems de preguntas del pretest sobre identificación correcta de pacientes.

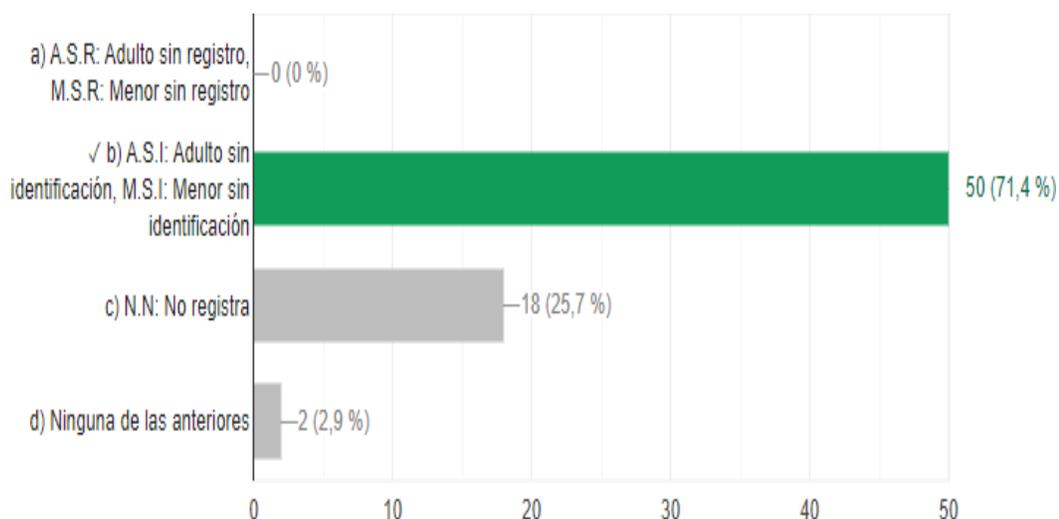


Figura 50. *El registro de identificación del paciente que llega solo o no se encuentra en condición de verificar los datos con él y además no cuenta con ningún tipo de documento que lo identifique, se realiza de la siguiente manera:*

Nota. Se evidencia que solamente el 71,4% del personal encuestado tiene conocimiento en cuanto a cómo se realiza la identificación de un usuario que llega a la institución sin documentación, pues marcaron la opción correcta: b, mientras que el 25,7% (20 enfermeros) no poseen conocimientos sobre el protocolo de identificación del paciente.

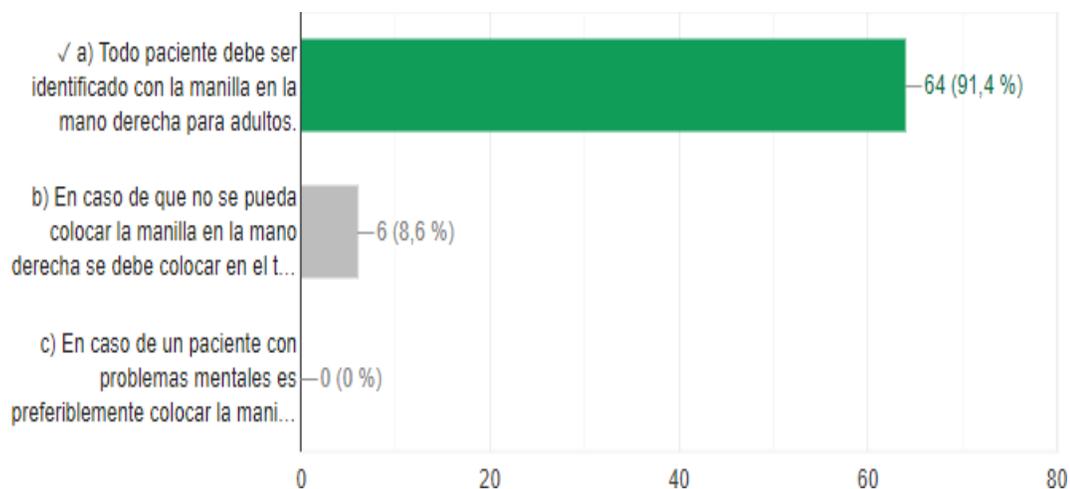


Figura 51. *En cuanto a la ubicación adecuada de la manilla según protocolo institucional es cierto que:*

Nota. El 91,4 % del personal (64 enfermeros) respondió correctamente en cuanto a la ubicación adecuada de la manilla al marcar la opción a, y solamente el 8,6% del personal respondió incorrectamente pues seleccionaron la opción b. Lo anterior evidencia buen nivel de conocimientos del personal respecto al uso de la manilla institucional.

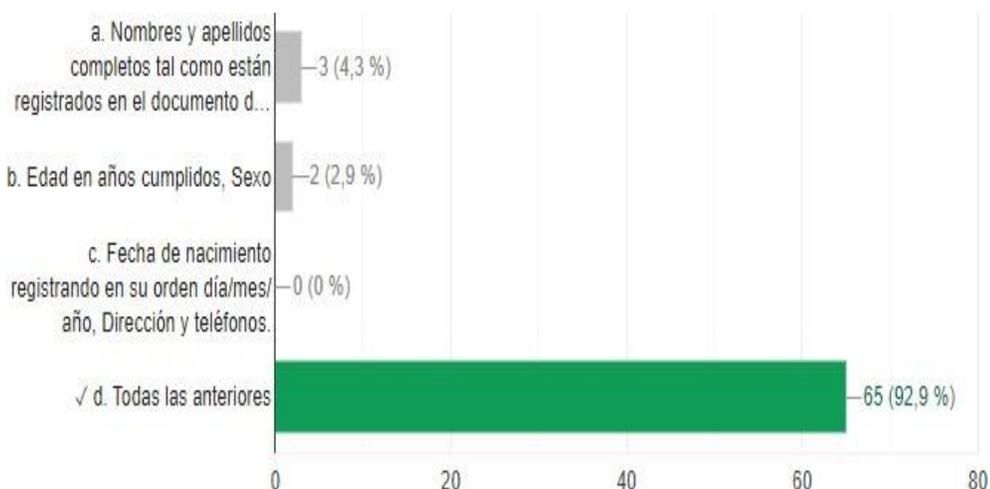


Figura 52. *En la historia clínica sistematizada la correcta identificación del paciente debe incluir la siguiente información:*

Nota. Se evidencia en la anterior gráfica que el 92,9 % del personal (65 enfermeros) tiene conocimiento adecuado acerca de la historia clínica sistematizada, ya que respondieron de manera correcta al marcar la opción d, mientras que el 7,2% del personal encuestado (5 enfermeros) no acertó en la pregunta.

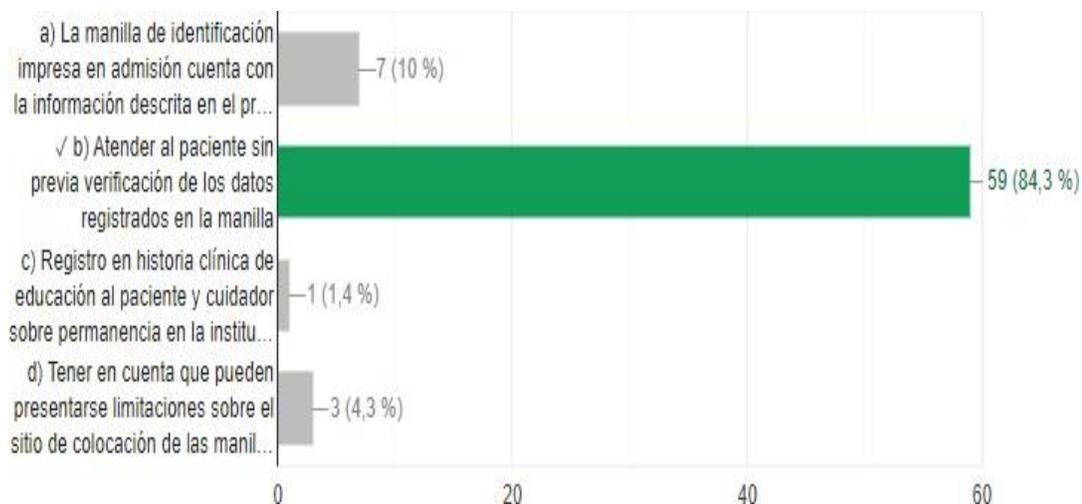


Figura 53. *Respecto a la identificación del paciente por medio de manillas se deben tener en cuenta los siguientes aspectos, EXCEPTO:*

Nota. Se puede observar en la anterior gráfica que el 84,3% el personal (59 enfermeros) respondió correctamente a la pregunta sobre las acciones que no se deben realizar en la identificación por medio de manillas, ya que marcaron la opción correcta: d, en cambio el 15,7% del personal (11 enfermeros) no respondieron correctamente, lo que evidencia que parte significativa del personal no posee conocimientos sobre la identificación por medio de manillas.

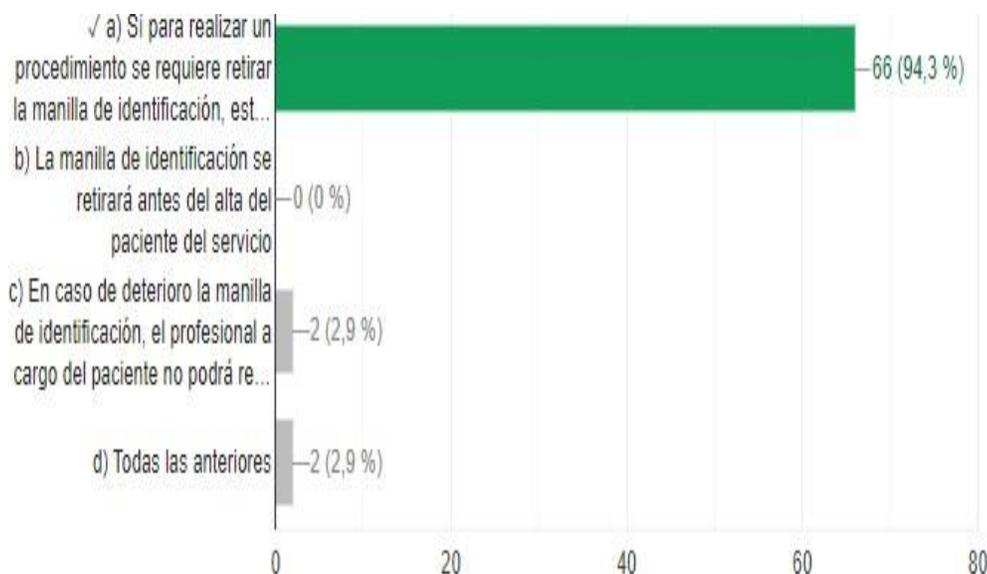


Figura 54. *Respecto al tiempo de preservación de la manilla de identificación se deben aplicar consideraciones especiales, ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta?*

Nota. En la gráfica 54 se evidencia que el 94,3 % del personal de enfermería respondió de manera correcta respecto a la pregunta que indaga sobre las situaciones en las que los pacientes se deben quitar la manilla, pues marcaron la opción a, en cambio el 5,8% no poseen conocimientos sobre este aspecto.

PRETEST SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN SALUD

Nombre: _____

Fecha: _____

Servicio: _____

Lea detenidamente las preguntas y conteste correctamente lo solicitado, encerrando en un círculo la respuesta correcta.

1. El acontecimiento que produce una lesión (daño) al paciente en forma de incapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria, relacionado con el proceso asistencial y no con la enfermedad subyacente, lo anterior corresponde a la definición de:
 - a) Incidente
 - b) **Evento adverso**
 - c) Fala latente
 - d) Ninguna de las anteriores

2. Dentro de los factores contribuyentes de un evento adverso relacionados con el paciente se encuentran:
 - a) Factores de riesgo intrínseco (edad, comorbilidades, complejidad de la enfermedad, deterioro cognitivo)
 - b) Factores extrínsecos (sondaje vesical, catéter venoso periférico o central, nutrición parenteral, sondaje nasogástrica, traqueotomía, ventilación mecánica).
 - c) condiciones físicas (iluminación, espacio), equipos y dispositivos obsoletos, o factores externos (políticas legislativas o un deficiente liderazgo).
 - d) **Solo A y B son correctas**

3. Cuando ocurre un evento adverso, el manejo del paciente debe estar orientado hacia los siguientes aspectos, **EXCEPTO**:
 - a) Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
 - b) Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso.
 - c) **Negar la ocurrencia del evento adverso; omitir información y no apoyarlo**
 - d) Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.

4. Respecto a las acciones que debe implementar el personal de enfermería para prevenir la aparición de un evento adverso en el proceso de atención a un paciente, ¿Cuál de las siguientes opciones **NO** es correcta?
 - a) El profesional en salud, debe identificar al paciente y el procedimiento que requiere según el diagnóstico.
 - b) Verificar el nombre completo del paciente con sus dos apellidos, número de identificación y el registro de alergias. (Paciente correcto).
 - c) Revisar que la prescripción del medicamento esté correcta. (Medicamento correcto).
 - d) **Realizar los procedimientos de enfermería sin tener en cuenta los protocolos y manuales institucionales**

Figura 55. *Pretest sobre eventos adversos en salud*

Nota. Adaptado de *Protocolo de reporte de eventos adversos*, por investigador del proyecto de extensión Paula Rojas, 2022

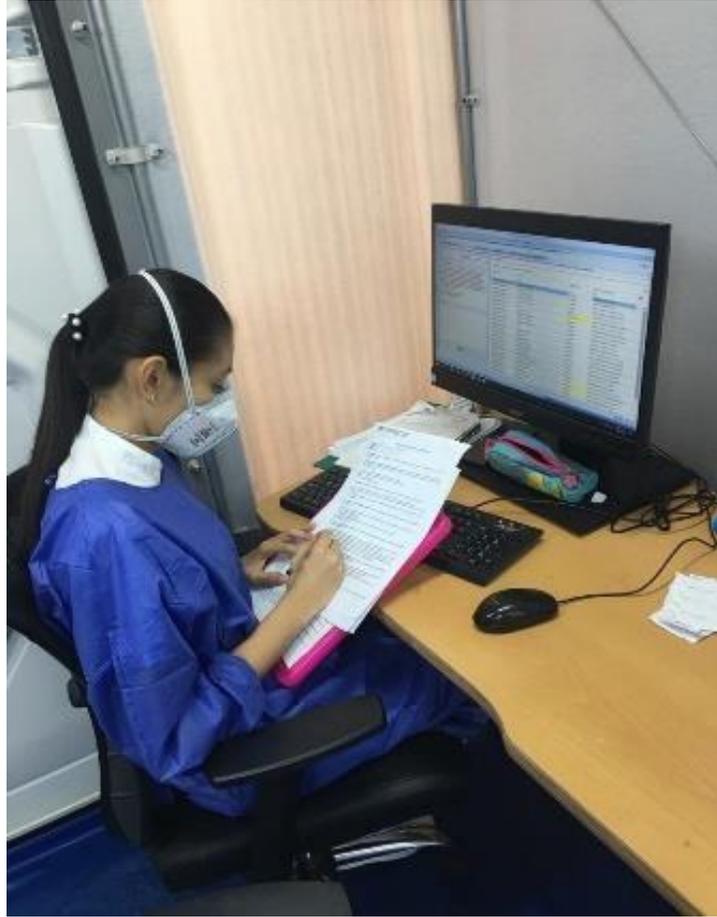


Figura 56. *Aplicación de pretest de eventos adversos en salud*

A continuación, se evidencian los resultados por ítems de preguntas del pretest sobre eventos adversos en salud.

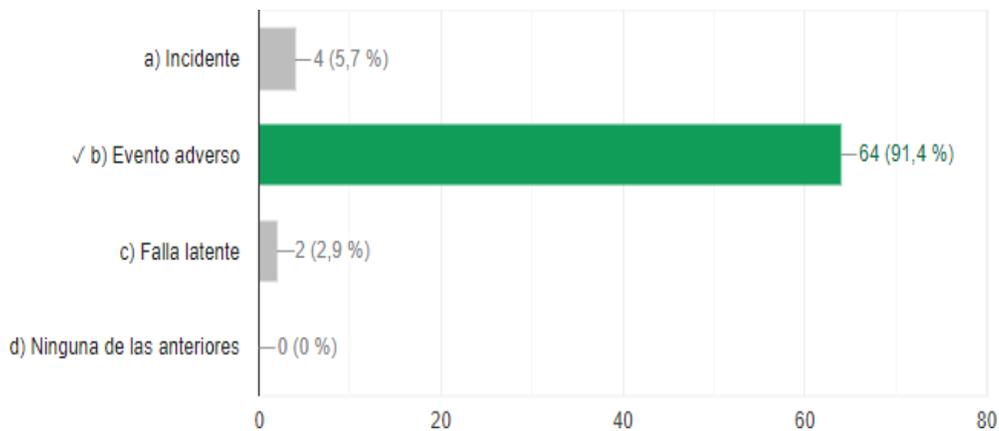


Figura 57. *El acontecimiento que produce una lesión (daño) al paciente en forma de incapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria, relacionado con el proceso asistencial y no con la enfermedad subyacente, lo anterior corresponde a la definición de:*

Nota. En la anterior gráfica se puede evidenciar que el 91,4% del personal (64 enfermeros) respondieron correctamente a la pregunta acerca de la definición y reconocimiento de un evento adverso cuando se presenta, pues marcaron la opción b, en cambio el 8,6% del personal no respondió correctamente.

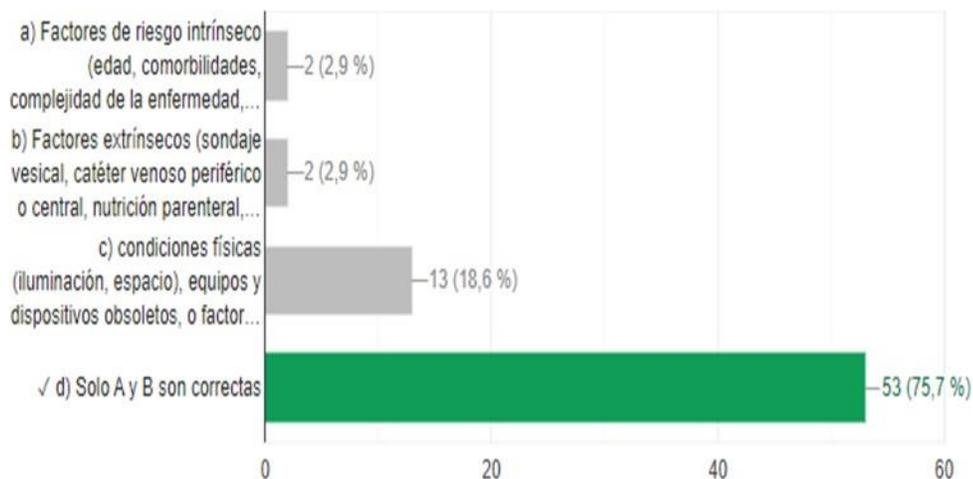


Figura 58. Dentro de los factores contribuyentes de un evento adverso relacionados con el paciente se encuentran:

Nota. El 75,7% del personal (53 enfermeros) posee conocimientos acerca de los factores contribuyentes a los eventos adversos en salud, ya que marcaron la opción correcta: d, mientras que el 24,5% del personal (17 enfermeros) no respondió de forma correcta, lo que evidencia un déficit de conocimientos en gran porcentaje del personal sobre los factores que contribuyen a la aparición de un evento adverso.

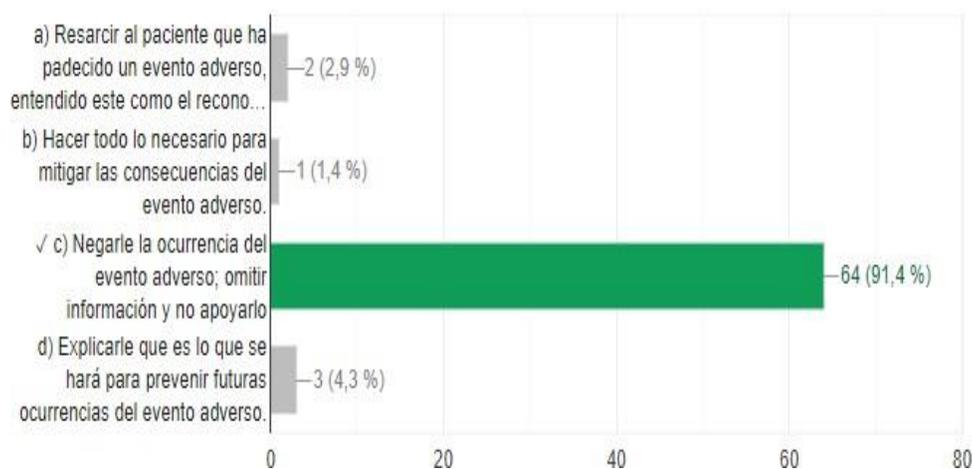


Figura 59. Cuando ocurre un evento adverso, el manejo del paciente debe estar orientado hacia los siguientes aspectos, EXCEPTO:

Nota. Se evidencia que el 91,4% del personal encuestado tiene conocimiento respecto a las acciones que se deben realizar cuando ocurre un evento adverso, pues seleccionaron la opción correcta: opción c, por otra parte, el 8,6% del personal respondió incorrectamente entre las opciones a, b y d.

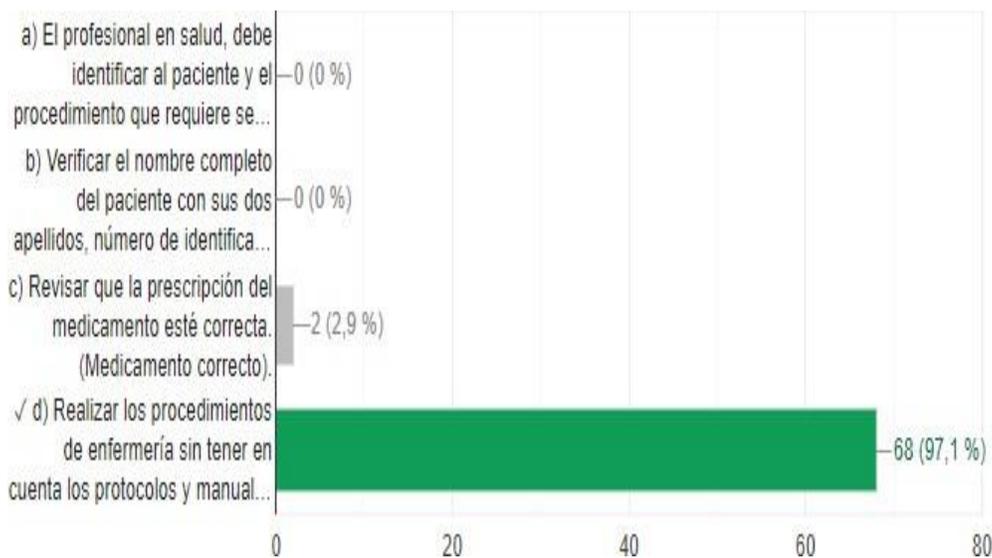


Figura 60. *Respecto a las acciones que debe implementar el personal de enfermería para prevenir la aparición de un evento adverso en el proceso de atención a un paciente, ¿Cuál de las siguientes opciones NO es correcta?*

Nota. En la figura 60 se evidencia que el 97,1 % del personal de enfermería reconoce las acciones que se deben hacer para prevenir un evento adverso, ya que marcaron la opción d, mientras que el 2,9% respondió incorrectamente la opción c.

Desarrollo de la actividad 2:

- **Capacitación N°1: Identificación del paciente**

Se realizó 1 matriz educativa sobre identificación del paciente, se educó a el 70% del personal de enfermería de urgencias adultos, el contenido expuesto abarca lo siguiente: lo que debe contener una manilla, en la historia clínica que se debe plasmar, las recomendaciones que se le debe dar al paciente con el uso de la manilla, los colores adecuados según condición del paciente y otras recomendaciones. Para finalizar esta educación se hizo un juego como medio evaluativo que constaba sacar una pelota de color que contenía una pregunta la cual debía responder una persona al azar. La capacitación tuvo una duración de 30 minutos y al finalizar se dejó un espacio para comentarios y resolver inquietudes. Ver anexo 4.



Figura 61. *Capacitación al personal de salud sobre identificación del paciente*



Figura 62. *Capacitación al personal de salud sobre identificación del paciente*

IDENTIFICACION DEL USUARIO HOMONIMO

Los usuarios Homónimos pueden ser:

- Con homonimia parcial: quienes tienen los mismos nombres y el primer apellido.
- Con homonimia total: quienes tienen los mismos nombres y apellidos, estos pacientes se diferencian uno del otro con el documento de identidad, la edad, el sexo, el número de ingreso asignado al abrir la admisión, la fecha y hora

MARCACION DEL TABLERO DE IDENTIFICACION

Nombres y Apellidos
EPS
Fecha e Ingreso
Hora de ingreso
Riesgo de caída

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Universidad francisco de paula Santander
Enfermería
2022

Protocolo Identificación del paciente

Universidad francisco de paula Santander
Enfermería
2022



Organización




Figura 63. Folleto sobre identificación del paciente al personal de salud

Nota. Adaptado de *Protocolo de identificación del paciente*, por investigador del proyecto de extensión Paula Rojas, 2022

- **Capacitación N°2: Eventos adversos en salud**

Se realizó 1 matriz educativa sobre eventos adversos en salud, se educó a el 70% del personal de enfermería de urgencias adultos, el contenido expuesto abarca lo siguiente: cómo se debe reportar un evento adverso, a donde se debe dirigir, que formato se debe diligenciar, definiciones que se deben tener en cuenta a la hora de describir un evento y para finalizar esta educación se realizó un juego evaluativo que tenía como nombre alcanza la estrella, esta actividad constaba de que se elegía un participante al azar y este agarraba una estrella y está en su posterior tenía una pregunta respectiva al tema. La capacitación tuvo una duración de 25 minutos y al finalizar se dejó un espacio para comentarios y resolver inquietudes. Ver anexo 5.



Figura 64. *Capacitación al personal sobre eventos adversos en salud*

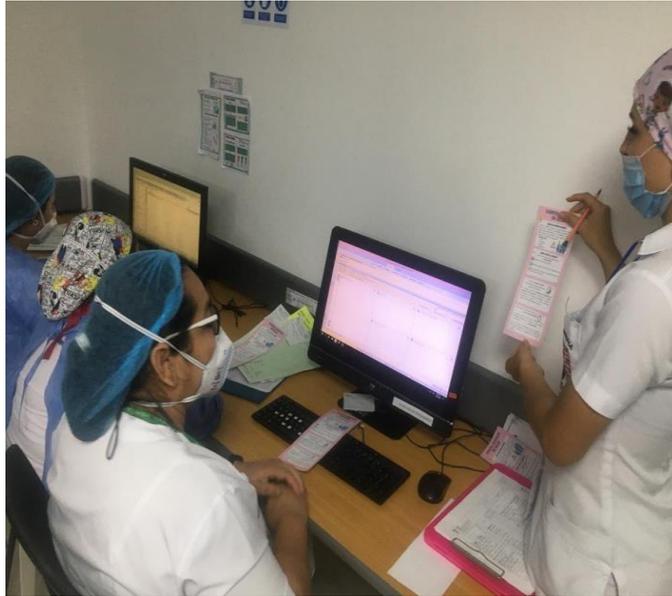


Figura 65. *Capacitación al personal sobre eventos adversos en salud*

EVENTOS ADVERSOS EN SALUD

¿QUÉ ES UN EVENTO ADVERSO?

Lesión o muerte causada al paciente durante cualquier fase de su atención, generalmente prevenible y no relacionado directamente con su patología o condición clínica, debe estar asociado a actos inseguros por parte del equipo tratante o la organización.

Clasificación:

- Leve
- Moderado
- Severo
- Centinela



¿CÓMO HACER EL REPORTE?

Gestión del suceso de seguridad mediante **fuentes pasiva**

- 1** Identificar el suceso de seguridad
- 2** Reporte de manera verbal al superior inmediato del área
- 3** Quien identifica el suceso de seguridad reporta por medio del software DGH.

- En caso de **reporte manual:**

Formato Reporte individual de suceso de seguridad MC-FO-006.

La entrega se hace al **referente del programa de seguridad del paciente**, a través de los canales: directamente en la oficinas de planeación, oficina de Seguridad del paciente ó al correo electrónico segpaciente.medico@herasmomeoz.gov.co.



De acuerdo a la severidad del suceso, se analiza en los siguientes **tiempos máximos:**

| | |
|---|--|
| <p>Centinela, severo, serio: 72 horas posteriores a la presentación.</p> | <p>Leve, moderado, de bajo impacto y alta frecuencia: una vez al mes.</p> |
|---|--|

En caso de sucesos de seguridad severos y centinelas se diligencia formato de MC- FO- 007 VISITA DE CAMPO PARA EL ANALISIS CAUSAL DE OCURRENCIA DE UN EVENTO ADVERSO

Figura 66. Volante sobre eventos adversos en salud al personal

Nota. Adaptado de *Protocolo de reporte de eventos adversos en salud*, por investigador del proyecto de extensión Paula Rojas, 2022

- **Capacitación N°3: Administración de medicamentos**

Se realizó una matriz educativa sobre el protocolo de administración de medicamentos, se educó a el 70% del personal de enfermería del servicio de urgencias adulto, en el cual se trataron temas como: los 15 correctos de administración de medicamentos, el procedimiento correcto a la hora de administrar un medicamento y las precauciones que se deben tener en cuenta. Para finalizar la educación se hizo un juego evaluativo el cual contaba de una ruleta de colores que contenía cada color una pregunta y se escogía un participante al azar. Tuvo una duración total de 30 minutos. Y se realizó de manera individualizada a cada funcionario. Ver anexo 6.



Figura 67. *Capacitación al personal sobre administración de medicamentos*



Figura 68. *Capacitación al personal sobre administración de medicamentos*

Desarrollo de la actividad 3:

Una vez finalizadas las capacitaciones se aplicaron 3 postest sobre los tres temas: el primer tema administración de medicamentos, el segundo sobre identificación del paciente y por último eventos adversos en salud. Estos constaban con 5 preguntas de selección múltiple. A continuación, se muestran los resultados obtenidos del análisis realizado donde se evidencia que el 100% del personal que diligenció los postest aumentó sus conocimientos.

| Pre- test de administración de medicamentos | | Pos- test de administración de medicamentos | |
|---|--------------|---|--------------|
| Aprobados | No aprobados | Aprobados | No aprobados |
| 66 | 4 | 70 | 0 |
| Pre- test de identificación del paciente | | Pos- test de identificación del paciente | |
| Aprobados | No aprobados | Aprobados | No aprobados |
| 67 | 3 | 70 | 0 |
| Pre- test sobre eventos adversos en salud | | Pos- test sobre eventos adversos en salud | |
| Aprobados | No aprobados | Aprobados | No aprobados |
| 65 | 5 | 70 | 0 |

Tabla 24. Resultados obtenidos de los pretest y postest aplicados al personal

Nota. En la tabla anterior se muestra una comparación de los resultados obtenidos de los pretest y postest aplicados al personal de salud, se puede evidenciar que posterior a la capacitación el 100% de funcionarios aprobó los 3 postest, a diferencia de los pretest que inicialmente el 94% aprobó el de administración de medicamentos, el 95% aprobó el de identificación del paciente y el 92% el pretest sobre eventos adversos en salud. Lo que evidencia un mejoramiento de los conocimientos de los 70 funcionarios que participaron en la capacitación.

| Acciones de mejora | Actividad | Fechas | Recursos | Indicador seguimiento | Responsable del seguimiento | |
|--|-----------|----------------------|--------------------------|--|--|--|
| Realizar educación sobre aspectos claves de la identificación del paciente con el personal asistencial del servicio de urgencias adulto del hospital Erasmo Meoz con el fin de prevenir posibles eventos adversos. | Educativa | 3 de agosto de 2022 | 3 de septiembre de 2022 | Profesional de enfermería y auxiliares del servicio. | Capacitación al 100% del personal de enfermería sobre protocolo de identificación del paciente | Profesional de enfermería encargado del servicio |
| Realizar un taller didáctico con el personal de salud del Servicio de urgencias donde se exponga el | Educativa | 15 de agosto de 2022 | 15 de septiembre de 2022 | Profesional de enfermería y auxiliares del servicio. | Nº de talleres realizados | Profesional de enfermería encargado de seguridad del paciente. |

caso de un paciente que ingrese sin documentación para reforzar los conocimientos sobre esta temática.

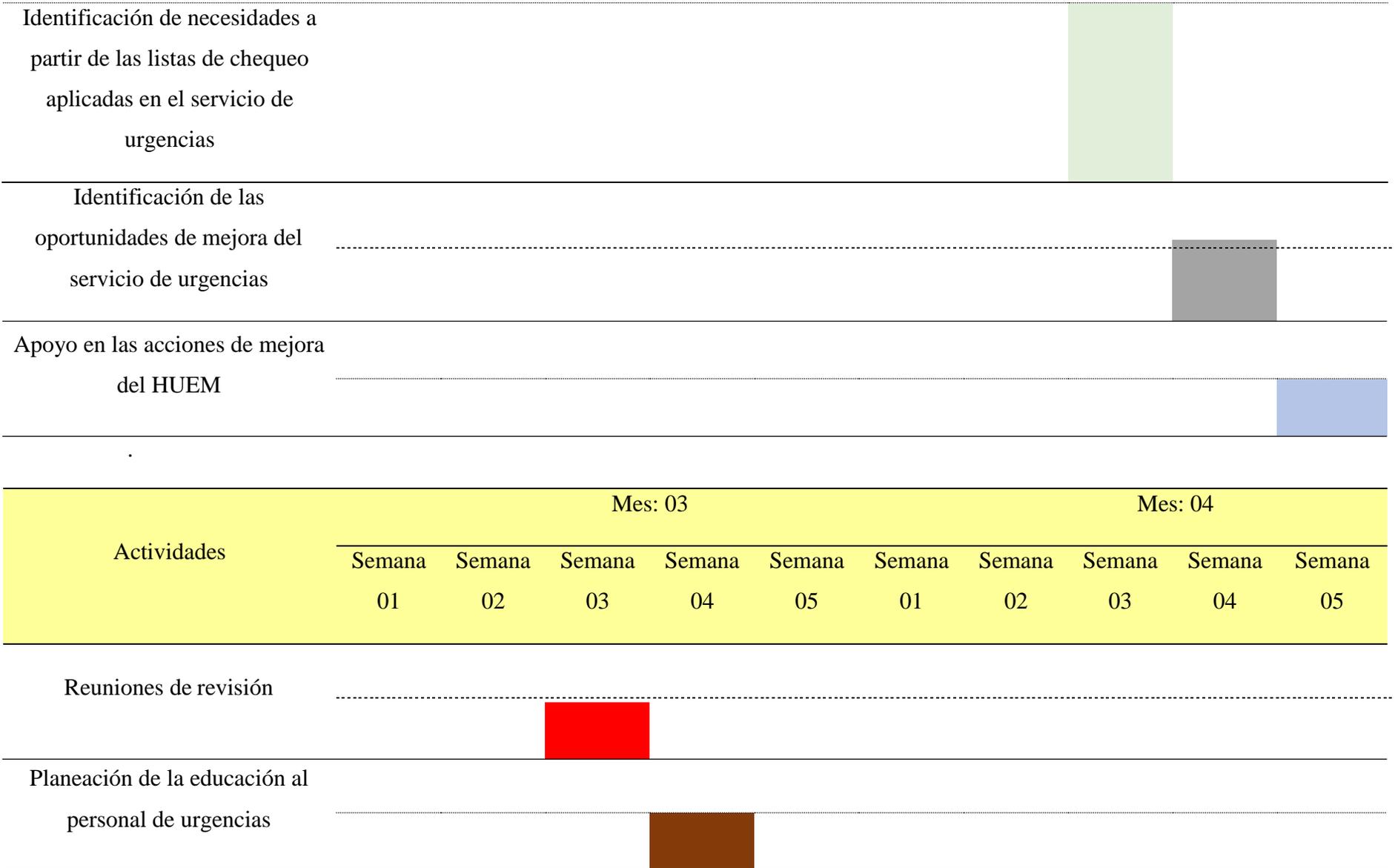
Tabla 26. *Plan de mejoramiento respecto a los aspectos identificados*

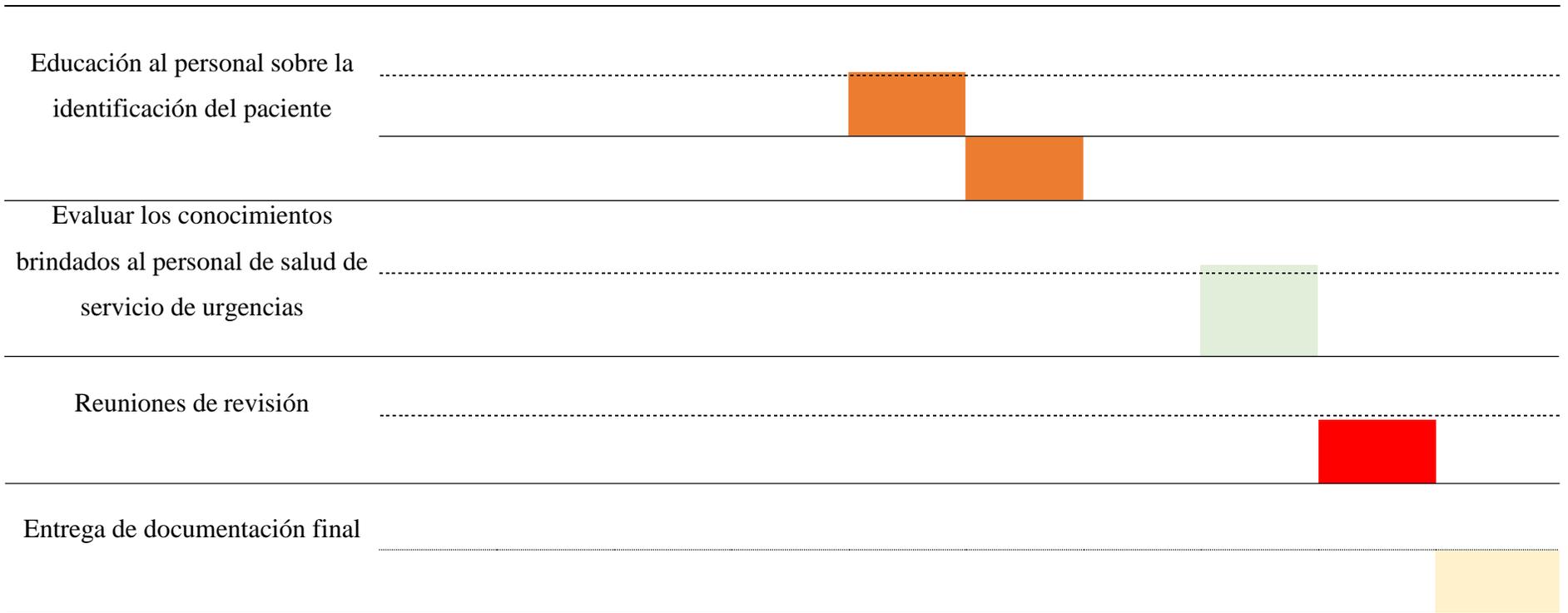
| Acciones de mejora | Actividad | Fechas | Recursos | Indicador de seguimiento | Responsable del seguimiento | |
|---|----------------|-----------------------|-------------------------|--|-------------------------------|---|
| Estandarizar los formatos de reporte de los eventos adversos en el Servicio de urgencias para facilitar el diligenciamiento por parte del personal de salud de la ESE HUEM. | Administrativa | 15 de octubre de 2022 | 15 de noviembre de 2022 | Formatos institucionales para reporte de eventos adversos. | Nº de formatos estandarizados | Coordinadora de los Servicios de enfermería |

Tabla 25. *Plan de mejoramiento respecto a los aspectos identificados*

3.2. Cronograma







3.1. Tabla 27. Cronograma

3.2. Presupuesto

| | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|------------------------------|--|------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
| Nombre de la IPS o comunidad: | H U E M | Nombre de la comunidad o población: | Personal de enfermería y usuarios del HUEM | Cantidad de beneficiarios: | | Fecha de inicio: | 19 de abril de 2022 | Fecha de terminación: | 09 junio de 2022 |
| Nombre del proyecto o evento educativo | Fortalecimiento de los procesos de calidad en la atención y seguridad del paciente del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el primer semestre del 2022. | | Estudiante | Paula Daniela Rojas Zambrano | | Código: | 1800991 | Semestre académico: | I semestre del 2022 |

| Docente supervisor | Gloria bautista | Asignatura | Proyecto de grado | | Financiado por: | | | | | |
|-------------------------------|-----------------|------------|-------------------|-----------|-----------------|------------------|-----------|-------------|------------|------------------------|
| | | | Unidad de medida | Cantidad | Valor unitario | Costo total (\$) | | Universidad | | Contrapartida: entidad |
| | | | Planeado | Ejecutado | o | Planeado | Ejecutado | Planeado | Ejecutado | |
| Recurso humano | | | | | | | | | | |
| Docente planta | Hora | 50 | | | \$ 80.000 | \$ 4.000.000 | \$ | 50 | 2.5000.000 | \$ |
| Estudiante en formación | Hora | 300 | | | \$ 20.000 | \$ 6.000.000 | \$ | | \$ 0 | |
| Recursos materiales | | | | | | | | | | |
| Papelería - útiles de oficina | Unidad | 50 | | | \$ 2.500 | \$ 125.000 | \$ | | \$ 0 | |
| Impresos- fotocopias | Unidad | 300 | | | \$ 100 | \$ 30.000 | \$ | | \$ 0 | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|--------|-----|-------------|------------------|----------|----------------------------------|----------------------------------|------|
| Alimentos refrigerios | Unidad | 75 | \$ 2.500 | \$ 187.000 | \$ | \$ 0 | | |
| | | | | | | Aporte directo IPS en especie | Aporte directo IPS en especie | |
| Transporte | Unidad | 120 | \$ 2.200 | \$ 264.000 | \$ | \$ 0 | | |
| | Total: | | | \$ 10.606.000 | \$ 0.000 | \$ 0 | \$ | \$ 0 |
| | | | | | | | | \$ |

3.I. Tabla 28.

Presupuesto

4. Conclusiones

Este proyecto se desarrolló durante 8 semanas de practica en la ESE HUEM, en las cuales se llevaron a cabo el 100% de las actividades propuestas en el plan operativo para cada objetivo, por lo tanto, se puede concluir lo siguiente:

Respecto al objetivo específico N°1, la aplicación de las listas de chequeo sobre identificación del paciente y administración de medicamentos se realizó a 71 funcionarios de enfermería del servicio de urgencias, por lo tanto, se obtuvo una aplicación al 85% de funcionarios de enfermería, lo que permitió identificar oportunidades de mejora y elaborar un plan de mejoramiento para la institución.

En cuanto al objetivo específico N°2 se realizó educación sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos al personal de salud del servicio de urgencias adultos, lo cual permitió apoyar la calidad en la atención de los pacientes.

El desarrollo del objetivo N°3 permitió implementar 5 acciones de mejora que apoyaron los procesos institucionales en los componentes de educación, investigación y gestión. Además, se realizaron 15 rondas de seguridad que permitieron identificar fallas en la seguridad de los pacientes.

Por último, en el desarrollo del objetivo específico N°4 se elaboraron y aplicaron 3 pretest y 3 postest sobre administración de medicamentos, identificación del paciente y eventos adversos en salud, los cuales se aplicaron al 70% del personal del servicio de urgencias adultos.

De igual forma, se realizaron 3 capacitaciones sobre estas temáticas y se evidenció que el 100% del personal que participó en las actividades aumentó significativamente sus conocimientos.

5. Recomendaciones

Considerando la importancia de la seguridad del paciente y la calidad en la atención de salud de los usuarios de la ESE HUEM para mejorar los cuidados de enfermería y prevenir la ocurrencia de fallas en los procesos de atención y, teniendo en cuenta los resultados del proyecto desarrollado, se plantean las siguientes recomendaciones:

Realizar periódicamente sondeos de conocimientos acerca de los protocolos de identificación del paciente, administración de medicamentos y eventos adversos, para determinar oportunidades de fortalecimiento de los mismos, con el fin de mejorar la atención que brinda el personal de enfermería a los pacientes de la ESE HUEM.

De igual manera, se recomienda hacer capacitaciones periódicas que incluyan talleres de práctica a todo el personal de salud de los diferentes servicios del hospital sobre los diferentes aspectos que incluyen la seguridad del paciente y la calidad, para darlos a conocer de manera completa y fortalecer las habilidades del personal de salud.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la implementación de los planes de mejora que se realizaron de acuerdo a las falencias encontradas, pues su ejecución contribuiría en la mejora de la calidad en la atención y seguridad del paciente.

6. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención [internet]] [Consultado 2022 marzo 17] Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>
2. Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad [Internet] [Consultado 2022 marzo 17] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20calidad%3F,profesionales%20basados%20en%20datos%20probatorios.>
3. Banco mundial. Cobertura sanitaria universal. [internet] mayo del 2019 [consultado en marzo del 2022] disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage#1>
4. Naudy E. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición [Internet] Revista Médica Clínica Las Condes Volumen 29, May–June 2018, Páginas 278-287 [Consultado 2022 marzo 17] Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300567#:~:text=La%20calidad%20y%20seguridad%20de,importante%20del%20equipo%20de%20salud%20\(](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300567#:~:text=La%20calidad%20y%20seguridad%20de,importante%20del%20equipo%20de%20salud%20()
5. Organización Mundial de la Salud. INDICADORES DE SALUD: Aspectos conceptuales y operativos [Internet] [Consultado 2022 marzo 17] Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14411:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-4&Itemid=0&showall=1&lang=es
6. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Leyes, Ordenanzas y Acuerdos [Internet]. 2019 [Citado 19 Mayo 2019]. Disponible en: <http://www.herasmomeoz.gov.co/index.php/normatividad/leyes-ordenanzas-y-acuerdos>
7. Roberto G. EL MODELO DE REASON. [Internet]. 2011 [Consultado 2022 marzo 17] Disponible en: <https://flap152.com/2011/02/26/el-modelo-de-reason/>

8. Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad [internet]. 2020 [consultado 24 mayo del 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
9. José David Bravo Corrales. Servicios De Urgencias En Colombia, El Caso Medellín [internet]. 2008 [consultado 24 mayo del 2022] Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2297/Servicio_urgencias_Colombia.pdf?sequence=2&isAllowed=y
10. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [internet]. 2020 [consultado 24 mayo del 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
11. Ministerio de salud y Protección social. Seguridad del paciente [internet]. 2021 [consultado 24 mayo del 2022] Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/seguridad-del-paciente/>
12. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 24 de mayo de 2022]; 148 p. Recuperado a partir de: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
13. Ministerio de Salud Pública. Decreto 412 de 1992 [Internet] [citado 24 mayo 2022]. Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Decreto_412_1992.pdf
14. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso de la Republica, 1993.
15. Ministerio de salud. Prestación de servicios de salud [internet] [consultado en marzo del 2022] disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Portada2021/index.html>
16. Ministerio de salud y Protección social. Resolución 3100 del 2019, por el cual se definen los procedimientos e inscripciones de los prestadores del servicio de salud y de habilitación de los

servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitaciones del servicio de salud. [internet] [consultado en marzo del 2022] disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

17. Ministerio de salud y Protección social. Resolución 5095 del 2018, por la cual se adopta el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia [internet] [consultado en marzo del 2022] disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud. Guías e instrumentos para evaluar la calidad de la atención salud [internet] [consultado en marzo del 2022] disponible en: https://www.paho.org/dor/dmdocuments/guia_instrumentos_calidad_atencion.pdf
19. María Alejandra Ortega Barco. Prácticas seguras en administración de medicamentos en un hospital de segundo nivel de atención. Rev RIECS [internet]. 2021[consultado 24 mayo del 2022]; Vol. 6 Núm. 2. Disponible en: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/276/376>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [internet] [consultado 24 mayo del 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>

Anexos

Anexo 1. Matriz recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizadas en la prescripción de medicamentos

En el siguiente enlace de Google drive se encuentra la información correspondiente a este anexo: <https://drive.google.com/drive/folders/1xtQ-hJHpB7Rt-mTCbkDBvAS63S1jIKwh?usp=sharing>

Anexo 2. Matriz higiene y lavado de manos

En el siguiente enlace de Google drive se encuentra la información correspondiente a este anexo: <https://drive.google.com/drive/folders/1xtQ-hJHpB7Rt-mTCbkDBvAS63S1jIKwh?usp=sharing>

Anexo 3. Matriz protocolo de identificación del paciente dirigida a usuarios

En el siguiente enlace de Google drive se encuentra la información correspondiente a este anexo: <https://drive.google.com/drive/folders/1xtQ-hJHpB7Rt-mTCbkDBvAS63S1jIKwh?usp=sharing>

Anexo 4. Matriz protocolo de identificación del paciente dirigida al personal

En el siguiente enlace de Google drive se encuentra la información correspondiente a este anexo: <https://drive.google.com/drive/folders/1xtQ-hJHpB7Rt-mTCbkDBvAS63S1jIKwh?usp=sharing>

Anexo 5. Matriz protocolo de reporte de eventos adversos en salud

En el siguiente enlace de Google drive se encuentra la información correspondiente a este anexo: <https://drive.google.com/drive/folders/1xtQ-hJHpB7Rt-mTCbkDBvAS63S1jIKwh?usp=sharing>

Anexo 6. Matriz protocolo de administración de medicamentos

En el siguiente enlace de Google drive se encuentra la información correspondiente a este anexo: <https://drive.google.com/drive/folders/1xtQ-hJHpB7Rt-mTCbkDBvAS63S1jIKwh?usp=sharing>

Anexo 7. Asistencia a prácticas

| | | | | |
|---|--|---|------------------|--------------------|
|  | | FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA | Código Página | FO-DC-08/V0 1 |
| CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS | | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Paula Daniela Rojas Zambrano | | CÓDIGO ESTUDIANTE |
| INSTITUCION/ SERVICIO | | Hospital Erasmo Meoz (Usuarios adulto). | | SEMESTRE ACADEMICO |
| ASIGNATURA | | Pasantías | | 1800991 |
| DOCENTE | | Gloria Bautista | | Pasantías 3 |

| FECHA | ACTIVIDAD PROGRAMADA | ACTIVIDAD REALIZADA | OBSERVACIONES | FIRMA JEFE DE SERVICIO |
|----------|---|---|---------------|------------------------|
| 25-04-22 | Aplicación de listas de chequeo de administración segura - Puntos de seguridad - Salida de material | Aplicación de listas de chequeo de administración segura - Puntos de seguridad - Salida de material | | Liliana Gehen |
| 26-04-22 | Aplicación de listas de chequeo de administración segura - Puntos de seguridad - Salida de material | Aplicación de listas de chequeo de administración segura - Puntos de seguridad - Salida de material | | Liliana Gehen |
| 27-04-22 | Aplicación de listas de chequeo de administración segura - Puntos de seguridad - en cuartos del lavado de manos | Aplicación de listas de chequeo de administración segura - Puntos de seguridad - en cuartos del lavado de manos | | Liliana Gehen |
| 28-04-22 | Aplicación de listas de chequeo de administración segura - Puntos de seguridad - en cuartos del lavado de manos | Aplicación de listas de chequeo de administración segura - Puntos de seguridad - en cuartos del lavado de manos | | Liliana Gehen |
| 29-04-22 | Aplicación de listas de chequeo de administración segura - Puntos de seguridad - Salida de material | Aplicación de listas de chequeo de administración segura - Puntos de seguridad - Salida de material | | Liliana Gehen |

| | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------------|
| Elaboró | Revisó | Aprobó |
| GLORIA ZAMBRANO PLATA | MONICA PEÑALOZA GARCIA | MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDOÑEZ |
| Fecha 27-4-2010 | Fecha 12-11-2010 | Fecha 12-11-2010 |

| | | | | |
|---|--|--|------------------|--------------------|
|  | | FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA | Código Página | FO-DC-08/V0 1 |
| CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS | | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Paula Daniela Rojas Zambrano | | CÓDIGO ESTUDIANTE |
| INSTITUCION/ SERVICIO | | Hospital Erasmo Meoz (Usuarios adulto) | | SEMESTRE ACADEMICO |
| ASIGNATURA | | Pasantías | | 1800991 |
| DOCENTE | | Gloria Bautista | | Pasantías |

| FECHA | ACTIVIDAD PROGRAMADA | ACTIVIDAD REALIZADA | OBSERVACIONES | FIRMA JEFE DE SERVICIO |
|----------|--|--|---------------|------------------------|
| 30-04-22 | Realización de matriz subdel lavado de manos - Puntos de seguridad del programa - Salida de material | Realización de matriz subdel lavado de manos - Puntos de seguridad del programa - Salida de material | | Liliana Gehen 2 |
| 2-05-22 | Realización de un taller educativo del lavado de manos - Puntos de seguridad - Salida de material | Realización de un taller educativo del lavado de manos - Puntos de seguridad - Salida de material | | Liliana Gehen 2 |
| 3-05-22 | Realización de un taller de bioseguridad - Puntos de seguridad - Salida de material | Realización de un taller de bioseguridad - Puntos de seguridad - Salida de material | | Liliana Gehen 2 |
| 4-05-22 | Puntos de seguridad del programa - Salida de material - Video del lavado de manos | Puntos de seguridad del programa - Salida de material - Video del lavado de manos | | Liliana Gehen 2 |
| 5-05-22 | Plataforma de bioseguridad - Educación del lavado de manos | Plataforma de bioseguridad - Educación del lavado de manos | | Liliana Gehen 2 |

| | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------------|
| Elaboró | Revisó | Aprobó |
| GLORIA ZAMBRANO PLATA | MONICA PEÑALOZA GARCIA | MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDOÑEZ |
| Fecha 27-4-2010 | Fecha 12-11-2010 | Fecha 12-11-2010 |

| | FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA | Código Página | FO-DC-08/V0 1 | |
|--|---|---|--|------------------------|
| CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS | | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE INSTITUCION/SERVICIO ASIGNATURA DOCENTE | | CÓDIGO ESTUDIANTE SEMESTRE ACADEMICO | | |
| Paula Penaloza Rivas Zambrano Hospital Excmo Maoz (Urbancías adultas) Pasantías Gloria Bautista | | 400991 Pasantías | | |
| FECHA | ACTIVIDAD PROGRAMADA | ACTIVIDAD REALIZADA | OBSERVACIONES | FIRMA JEFE DE SERVICIO |
| 30-04-22 | - Realización de matriz subtest Touche de manos - Rendimiento de seguridad del - Señales de alarma | - Realización de matriz subtest Touche de manos - Rendimiento de seguridad del - Señales de alarma | | Liliana Gehen |
| 2-05-22 | - Realización de un taller educativo de la importancia de la seguridad - Rendimiento de seguridad - Señales de alarma | - Realización de un taller educativo de la importancia de la seguridad - Rendimiento de seguridad - Señales de alarma | | Liliana Gehen |
| 3-05-22 | - Realización de un taller de la importancia de la seguridad - Rendimiento de seguridad - Señales de alarma | - Realización de un taller de la importancia de la seguridad - Rendimiento de seguridad - Señales de alarma | | Liliana Gehen |
| 4-05-22 | - Rendimiento de seguridad del - Señales de alarma - Rendimiento de seguridad del - Señales de alarma | - Rendimiento de seguridad del - Señales de alarma - Rendimiento de seguridad del - Señales de alarma | | Liliana Gehen |
| 5-05-22 | - Pliegos de seguridad de la atención de manos - Educación del lavado de manos | - Pliegos de seguridad de la atención de manos - Educación del lavado de manos | | Liliana Gehen |
| Elaboró GLORIA ZAMBRANO PLATA | | Revisó MONICA PEÑALOZA GARCIA Fecha 2-11-2010 | Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDOÑEZ Fecha 12-11-2010 | |

| | FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA | Código Página | FO-DC-08/V0 1 | |
|--|--|--|--|------------------------|
| CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS | | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE INSTITUCION/SERVICIO ASIGNATURA DOCENTE | | CÓDIGO ESTUDIANTE SEMESTRE ACADEMICO | | |
| | | | | |
| FECHA | ACTIVIDAD PROGRAMADA | ACTIVIDAD REALIZADA | OBSERVACIONES | FIRMA JEFE DE SERVICIO |
| 06-05-22 | - Aplicación de listas de política de seguridad del paciente - Aplicación de listas de identificación y riesgo de caídas - Rendimiento de seguridad del paciente | - Aplicación de listas de política de seguridad del paciente - Aplicación de listas de identificación y riesgo de caídas - Rendimiento de seguridad del paciente | | Liliana Gehen |
| 07-05-22 | - Aplicación de listas de política de seguridad del paciente - Rendimiento de seguridad del - Rendimiento de seguridad del | - Aplicación de listas de política de seguridad del paciente - Aplicación de listas de identificación y riesgo del paciente | | Liliana Gehen |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Elaboró GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 27-1-2010 | | Revisó MONICA PEÑALOZA GARCIA Fecha 2-11-2010 | Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDOÑEZ Fecha 12-11-2010 | |

| | | | |
|--|---|---|--|
|  FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA | | Código | FO-DC-08/V0 |
| | | Página | 1 |
| CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE INSTITUCION/ SERVICIO ASIGNATURA DOCENTE | | CODIGO ESTUDIANTE SEMESTRE ACADEMICO | |
| FECHA | ACTIVIDAD PROGRAMADA | ACTIVIDAD REALIZADA | FIRMA JEFE DE SERVICIO |
| 06-05-22 | aplicacion de listas de politica de seguridad del paciente - aplicacion de listas de identificación y riesgo de caídas - listas de seguridad del paciente | aplicacion de listas de politica de seguridad del paciente - aplicacion de listas de identificación y riesgo de caídas - listas de seguridad del paciente | Liliana Getan |
| 07/05-22 | aplicacion de listas de seguridad de la política de seguridad del paciente. - Puntos de seguridad | educacion al personal - aplicación de listas de política de seguridad del paciente. - Puntos de seguridad | Liliana Getan |
| 09/05/22 | educacion al personal aplicacion de listas de la política de seguridad - Puntos de seguridad | educacion al personal - aplicación de listas de política de seguridad del paciente. - Puntos de seguridad | Liliana Getan |
| 10/05/22 | educacion al personal aplicacion de listas de identificación y prevención de caídas del paciente. | educacion al personal - aplicación de listas de identificación y prevención de caídas del paciente. | Liliana Getan |
| 11/05/22 | educacion al personal aplicacion de listas de identificación y prevención de caídas del paciente. | educacion al personal - aplicación de listas de identificación y prevención de caídas del paciente. | Liliana Getan |
| Elaboró GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 12-11-2010 | | Revisó MONICA PENALOZA GARCIA Fecha 2-12-2010 | Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDONEZ Fecha 12-11-2010 |

| | | | |
|--|--|--|--|
|  FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA | | Código | FO-DC-08/V0 |
| | | Página | 1 |
| CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE INSTITUCION/ SERVICIO ASIGNATURA DOCENTE | | CODIGO ESTUDIANTE SEMESTRE ACADEMICO | |
| FECHA | ACTIVIDAD PROGRAMADA | ACTIVIDAD REALIZADA | FIRMA JEFE DE SERVICIO |
| 12/05/22 | aplicacion de listas de politica de seguridad del paciente - Aplicacion de listas de identificación | Aplicacion de listas de politica de seguridad del paciente - Aplicacion de listas de identificación | Liliana Getan |
| 13/05/22 | educacion al personal aplicacion de listas de identificación y prevención de caídas del paciente. | educacion al personal - aplicación de listas de identificación y prevención de caídas del paciente. | Liliana Getan |
| 14/05/22 | educacion al personal aplicacion de listas de identificación y prevención de caídas del paciente. | educacion al personal - aplicación de listas de identificación y prevención de caídas del paciente. | Liliana Getan |
| 16/05/22 | aplicacion de listas de administración de medicamentos de identificación del paciente y de eventos adversos | aplicacion de listas de administración de medicamentos de identificación del paciente y de eventos adversos | Liliana Getan |
| 17/05/22 | aplicacion de listas de administración de medicamentos de identificación del paciente y prevención de eventos adversos | aplicacion de listas de administración de medicamentos de identificación del paciente y prevención de eventos adversos | Liliana Getan |
| Elaboró GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 12-11-2010 | | Revisó MONICA PENALOZA GARCIA Fecha 2-12-2010 | Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDONEZ Fecha 12-11-2010 |

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|---------|-------------|
| | FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRÁCTICA | | Código | FO-DC-08/V0 |
| | | | Página | 1 |
| CONTROL ASISTENCIA A PRÁCTICA-PASANTÍAS | | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Paula Daniela Rojas Zambrano | | |
| INSTITUCIÓN/SERVICIO | | Urgencia Adulto | | |
| ASIGNATURA | | Pasantías | | |
| DOCENTE | | Gloria Omaira Bautista Espinel | | |
| | | CÓDIGO ESTUDIANTE | 1800991 | |
| | | SEMESTRE ACADÉMICO | | |

| FECHA | ACTIVIDAD PROGRAMADA | ACTIVIDAD REALIZADA | OBSERVACIONES | FIRMA JEFE DE SERVICIO |
|----------|--|--|---------------|------------------------|
| 18/05/22 | Aplicación de pte-tes de admn. Tación de medicamentos, de identificación de paciente y preparación de eventos adversos | Aplicación de pte-tes de admn. tación de medicamentos, de identificación de paciente y preparación de eventos adversos | | Liliana Gettemund |
| 19/05/22 | Aplicación de pte-tes de admn. Tación de medicamentos, de identificación de paciente y preparación de eventos adversos | Aplicación de pte-tes de admn. Tación de medicamentos, de identificación de paciente y preparación de eventos adversos | | Liliana Gettemund |
| 20/05/22 | Aplicación de pte-tes de admn. Tación de medicamentos, de identificación de paciente y preparación de eventos adversos | Aplicación de pte-tes de admn. Tación de medicamentos, de identificación de paciente y preparación de eventos adversos | | Liliana Gettemund |
| 21/05/22 | Aplicación de pte-tes de admn. Tación de medicamentos, de identificación de paciente y preparación de eventos adversos | Aplicación de pte-tes de admn. Tación de medicamentos, de identificación de paciente y preparación de eventos adversos | | Liliana Gettemund |

| | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------------|
| Elaboró | Revisó | Aprobó |
| GLORIA ZAMBRANO PLATA | MONICA PENALOZA GARCIA | MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDONEZ |
| Fecha 27-1-2010 | Fecha 27-1-2010 | Fecha 12-11-2010 |

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|---------|-------------|
| | FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRÁCTICA | | Código | FO-DC-08/V0 |
| | | | Página | 1 |
| CONTROL ASISTENCIA A PRÁCTICA-PASANTÍAS | | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Paula Daniela Rojas Zambrano | | |
| INSTITUCIÓN/SERVICIO | | Urgencia Adulto | | |
| ASIGNATURA | | Pasantías | | |
| DOCENTE | | Gloria Omaira Bautista Espinel | | |
| | | CÓDIGO ESTUDIANTE | 1800991 | |
| | | SEMESTRE ACADÉMICO | | |

| FECHA | ACTIVIDAD PROGRAMADA | ACTIVIDAD REALIZADA | OBSERVACIONES | FIRMA JEFE DE SERVICIO |
|----------|--|---|---------------|------------------------|
| 23/05/22 | Educación sobre protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente y preparación de eventos adversos | Educación sobre protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente y preparación de eventos adversos | | Liliana Gettemund |
| 24/05/22 | Educación sobre protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente y preparación de eventos adversos | Educación sobre protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente y preparación de eventos adversos | | Liliana Gettemund |
| 25/05/22 | Educación sobre protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente y preparación de eventos adversos | Educación sobre protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente y preparación de eventos adversos | | Liliana Gettemund |
| 26/05/22 | Educación sobre protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente y preparación de eventos adversos | Educación sobre protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente y preparación de eventos adversos | | Liliana Gettemund |
| 27/05/22 | Educación sobre el protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente y preparación de eventos adversos | Educación sobre protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente y preparación de eventos adversos | | Liliana Gettemund |

|  | | FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRÁCTICA | | Código Página | FO-DC-08/V0 1 |
|---|--|--|---------------|--|------------------|
| CONTROL ASISTENCIA A PRÁCTICA-PASANTÍAS | | | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE INSTITUCIÓN/SERVICIO ASIGNATURA DOCENTE | | Paula Daniela Rojas Zambiano Urgencia Adulto Pasantías Gloria Omaira Bautista Espinel | | CÓDIGO ESTUDIANTE SEMESTRE ACADÉMICO | |
| | | | | 1800991 | |
| | | | | | |
| FECHA | ACTIVIDAD PROGRAMADA | ACTIVIDAD REALIZADA | OBSERVACIONES | FIRMA JEFE DE SERVICIO | |
| 28/05/22 | Elaboración del protocolo de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | Elaboración sobre protocolo de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | | Liliana Getero | |
| 30/05/22 | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | | Liliana Getero | |
| 31/05/22 | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | | Liliana Getero | |
| 1/06/22 | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | | Liliana Getero | |
| 2/06/22 | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | | Liliana Getero | |
| Elaboró GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 27-1-2010 | | Revisó MONICA PENALOZA GARCIA Fecha 2-11-2010 | | Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDONEZ Fecha 12-11-2010 | |

|  | | FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRÁCTICA | | Código Página | FO-DC-08/V0 1 |
|--|--|--|---------------|--|------------------|
| CONTROL ASISTENCIA A PRÁCTICA-PASANTÍAS | | | | | |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE INSTITUCIÓN/SERVICIO ASIGNATURA DOCENTE | | Paula Daniela Rojas Zambiano Urgencia Adulto Pasantías Gloria Omaira Bautista Espinel | | CÓDIGO ESTUDIANTE SEMESTRE ACADÉMICO | |
| | | | | 1800991 | |
| | | | | | |
| FECHA | ACTIVIDAD PROGRAMADA | ACTIVIDAD REALIZADA | OBSERVACIONES | FIRMA JEFE DE SERVICIO | |
| 3/06/22 | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | | Liliana Getero | |
| 4/06/22 | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | | Liliana Getero | |
| 6/06/22 | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | | Liliana Getero | |
| 7/06/22 | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | | Liliana Getero | |
| 8/06/22 | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | Aplicación de posteos de administración de medicamentos, identificación de pacientes y programación de eventos educativos. | | Liliana Getero | |
| 9/06/22 | Entrega de los productos a el Hospital Universitario. | Entrega de los productos a el Hospital Universitario. | | Liliana Getero | |
| Elaboró GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 27-1-2010 | | Revisó MONICA PENALOZA GARCIA Fecha 2-11-2010 | | Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDONEZ Fecha 12-11-2010 | |