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

RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES):

NOMBRE(S): MARÍA ALEJANDRA APELLIDOS: URIBE BECERRA

NOMBRE(S): _____ APELLIDOS: _____

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): GLORIA OMAIRA APELLIDOS: BAUTISTA ESPINEL

CO-DIRECTOR:

NOMBRE(S): _____ APELLIDOS: _____

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN CON ENFOQUE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, IMPLEMENTADAS, EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE LA IPS SAN MARTIN DE LA ESE REGIONAL NORTE DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2022

RESUMEN

La presente investigación realizó una serie de estrategias para el fortalecimiento de la atención con enfoque de seguridad del paciente, las cuales fueron implementadas en los servicios de urgencias y hospitalización de la IPS San Martín de la ESE Regional Norte durante el segundo semestre del año 2022. Para tal fin, se implementó una investigación cuantitativa, donde la población y muestra correspondió al personal de la IPS San Martín de la ESE Regional Norte. En los resultados se logró evaluar mediante metodologías de verificación y evaluación, los riesgos asociados a la atención en salud en los servicios de urgencias y hospitalización. Posteriormente, se diseñaron herramientas para la mejora de la seguridad del paciente. Finalmente, se fomentó la cultura de seguridad mediante el reporte, análisis de los sucesos e implementación de acciones correctivas y preventivas que fomenten el aprendizaje organizacional.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente, atención en salud, acciones correctivas.

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 150 PLANOS: ILUSTRACIONES: CD ROOM: 1

Copia No Controlada

ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN CON ENFOQUE DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE, IMPLEMENTADAS, EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
Y HOSPITALIZACIÓN DE LA IPS SAN MARTIN DE LA ESE REGIONAL NORTE
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2022

MARÍA ALEJANDRA URIBE BECERRA

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA
SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2022

ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN CON ENFOQUE DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE, IMPLEMENTADAS, EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
Y HOSPITALIZACIÓN DE LA IPS SAN MARTIN DE LA ESE REGIONAL NORTE
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2022

MARIA ALEJANDRA URIBE BECERRA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Enfermera

Directora:

GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL

PhD en Bioética

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2022



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

ACTA DE SUSTENTACION No. 03

PROYECTO DE PASANTIA

FECHA: SAN JOSE DE CUCUTA, 20 DE DICIEMBRE DE 2022 **HORA:** 4:30 P.M.

LUGAR: SALA JUNTAS BLOQUE C

PROGRAMA DE: ENFERMERIA

TITULO DE LA PASANTIA: "ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN CON ENFOQUE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, IMPLEMENTADAS, EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE LA IPS SAN MARTIN DE LA ESE REGIONAL NORTE DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2022"

JURADOS: DIANNE SOFÍA GONZÁLEZ ESCOBAR
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL
SHIRLEY MYLENA PINEDA PARADA

DIRECTOR: GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL

NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:	CODIGO	NOTA	CALIFICACION		
			(A)	(M)	(L)
<u>MARÍA ALEJANDRA URIBE BECERRA</u>	<u>1800882</u>	<u>4.6</u>			<u>X</u>

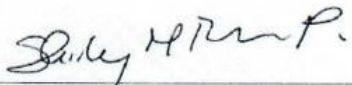
FIRMA JURADOS:




DIANNE SOFÍA GONZÁLEZ ESCOBAR
Jurado 1



GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL
Jurado 2



SHIRLEY MYLENA PINEDA PARADA
Jurado 3



Vo.Bo DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR
Directora Programa Enfermería

Contenido

	pág.
Introducción	15
1. Problema	17
1.1 Título	17
1.2 Descripción del Problema	17
1.3 Formulación del Problema	20
1.4 Justificación	20
1.5 Objetivos	21
1.5.1 Objetivo general	21
1.5.2 Objetivos específicos	21
2. Marco Referencial	22
2.1 Antecedentes	22
2.1.1 Antecedentes internacionales	22
2.1.2 Antecedentes nacionales	22
2.1.3 Antecedentes regionales y locales	23
2.2 Marco Teórico	24
2.3 Marco Conceptual	26
2.3.1 seguridad del paciente	26
2.3.2 Enfermería	27
2.3.3 Paquetes instruccionales	27
2.3.4 Buenas prácticas en seguridad del paciente	28
2.3.5 Oportunidades de mejora	28
2.3.6 Herramientas de la seguridad del paciente	29

2.3.7 Servicio de hospitalización	29
2.3.8 Servicio de urgencias	30
2.4 Marco Contextual	30
2.5 Marco Legal	33
3. Diseño Metodológico	35
3.1 Descripción del Programa a Desarrollar	35
3.2 Plan Operativo	44
4. Resultados	49
4.1 Ejecución por Objetivos	49
4.1.1 Identificación de las oportunidades de mejora	49
4.1.2 Diseño de intervenciones de acuerdo a los hallazgos	94
4.1.3 Implementación de acciones para la humanización de la atención	109
4.1.4 Creación de una unidad de análisis e intervención	122
4.2 Cronograma	126
4.3 Presupuesto	130
5. Conclusiones	131
6. Recomendaciones	132
Referencias Bibliográficas	134
Anexos	141

Lista de Figuras

	pág.
Figura 1. Factores de organización	25
Figura 2. Organización del accidente	26
Figura 3. E.S.E Regional Norte IPS	30
Figura 4. Acta de inicio	38
Figura 5. Acta de sustentación	43
Figura 6. ¿Cuál es su servicio?	50
Figura 7. ¿Cuál es su cargo?	50
Figura 8. ¿El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad?	51
Figura 9. ¿Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo?	51
Figura 10. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo	52
Figura 11. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente	53
Figura 12. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	53
Figura 13. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	54
Figura 14. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir	55
Figura 15. Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros	55
Figura 16. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema	56
Figura 17. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	57

Figura 18. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente	57
Figura 19. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo	58
Figura 20. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes	59
Figura 21. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes	59
Figura 22. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores	60
Figura 23. Mi jefe inmediato expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	61
Figura 24. Mi jefe inmediato tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente	62
Figura 25. Mi jefe inmediato pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	62
Figura 26. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado	63
Figura 27. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	64
Figura 28. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	64
Figura 29. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	65
Figura 30. En esta unidad discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder	66
Figura 31. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien	66

Figura 32. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con que frecuencia es notificado?	67
Figura 33. Cuando se comete un error, pero no tiene potencial de dañar al paciente, ¿con que frecuencia es notificado?	68
Figura 34. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con que frecuencia es notificado?	68
Figura 35. Por favor déle a su servicio/ unidad/ área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente	69
Figura 36. La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	70
Figura 37. Los servicios / unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos	70
Figura 38. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio / unidad a otro	71
Figura 39. Hay buena cooperación entre los servicios / unidades del centro que necesitan trabajar juntos	72
Figura 40. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno	72
Figura 41. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios / unidades	73
Figura 42. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios / unidades de este centro	74
Figura 43. Las acciones de la dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	74

Figura 44. La dirección del centro solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso	75
Figura 45. Los servicios/ unidades del centro trabajan juntos y cordialmente para proveer el mejor cuidado a los pacientes	76
Figura 46. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes de este centro	76
Figura 47. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidente o efectos adversos?	77
Figura 48. ¿Cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias?	78
Figura 49. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este centro?	78
Figura 50. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/ unidad / área?	79
Figura 51. Habitualmente, ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?	79
Figura 52. ¿A qué estamento pertenece?	80
Figura 53. ¿Tiene interacción directa o en contacto con los pacientes?	80
Figura 54. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?	81
Figura 55. Sección I	82
Figura 56. Evidencia encuesta sobre percepción de la seguridad del paciente	85
Figura 57. Evidencia ronda de seguridad	87
Figura 58. Formato Ronda de seguridad y seguimiento de urgencias	91
Figura 59. Estrategia sobre administración segura de medicamentos	104
Figura 60. Evidencia fotográfica de la actividad	105
Figura 61. Estrategia maternidad segura	106
Figura 62. Evidencia fotográfica, participación en la estrategia maternidad segura	107
Figura 63. Evidencia fotográfica desarrollo de la actividad	108

Figura 64. Estrategia para análisis y reporte de eventos adversos	110
Figura 65. Presentación del protocolo identificación del paciente	113
Figura 66. Evidencia fotográfica capacitación identificación del paciente	114
Figura 67. Formato de asistencia en capacitación identificación del paciente	114
Figura 68. Infografía sobre protocolo de prevención de caídas	116
Figura 69. Formato listado de asistencia	117
Figura 70. Infografía sobre protocolo de venopunción	118
Figura 71. Formato listado de asistencia	119
Figura 72. Documento protocolo de reanimación cardiopulmonar	121
Figura 73. Evidencia capacitación política seguridad del paciente	123
Figura 74. Evidencia fotográfica asistencia a capacitación política seguridad del paciente	124
Figura 75. Formato de asistencia de la capacitación	124
Figura 76. Evidencia análisis y reporte de evento adverso	125

Lista de Tablas

	pág.
Tabla 1. Plan operativo	44
Tabla 2. Objetivo 1	49
Tabla 3. Ronda de seguridad	86
Tabla 4. Listas de chequeo	92
Tabla 5. Objetivo 2	94
Tabla 6. Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes	95
Tabla 7. Objetivo 3	109
Tabla 8. Análisis de eventos adversos	111
Tabla 9. Objetivo 4	122
Tabla 10. Cronograma	126
Tabla 11. Presupuesto	130

Lista de Anexos

	pág.
Anexo 1. Evidencia lista de asistencia a práctica	142

Resumen

La presente investigación realizó una serie de estrategias para el fortalecimiento de la atención con enfoque de seguridad del paciente, las cuales fueron implementadas en los servicios de urgencias y hospitalización de la IPS San Martín de la ESE Regional Norte durante el segundo semestre del 2022. Por lo tanto, se implementó una investigación cuantitativa y la recolección de información se realizó mediante encuestas y listas de chequeos, donde la población y muestra correspondió al personal de la IPS San Martín de la ESE Regional Norte. En los resultados se evaluó mediante metodologías de verificación y evaluación, los riesgos asociados a la atención en salud en los servicios de urgencias y hospitalización. En consecuencia, se establecieron estrategias de mejoramiento sobre la base de buenas prácticas de seguridad del paciente propuestas por el ministerio de salud en los paquetes instruccionales de acuerdo al portafolio del servicio de urgencias y hospitalización. Posteriormente, se diseñaron herramientas para la mejora de la seguridad del paciente. Finalmente, se realizó la difusión de la propuesta de mejora de la seguridad del paciente, con el fin promover la cultura de seguridad mediante el reporte, análisis de los sucesos e implementación de acciones correctivas y preventivas que fomenten el aprendizaje organizacional.

Introducción

Las empresas sociales del Estado, también conocidas como E.S.E, son Instituciones prestadoras de servicios de Salud que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, tienen la función de prestar servicios en el respectivo nivel de atención a los afiliados y beneficiarios de los distintos regímenes en los que se divide este sistema (1).

Entre sus principios básicos de encuentra la calidad en la atención a la población en cada uno de los procesos como asistencia, administración, humanización y seguridad del paciente descrita por el Ministerio de Salud como 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.(2) la cual busca evaluar los riesgos asociados a la atención en salud para optar medidas de prevención diseñando estrategias necesarias para la seguridad del paciente.

En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social define la seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias (3).

De otra parte, entidades como Salud Capital, plantean, que la seguridad del paciente es un componente de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas, las diferentes organizaciones e instituciones de salud, se han dado cuenta que prevenir posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir errores y aprender de ellos, es importante para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la Calidad en la Atención en Salud (4).

La E.S.E Regional Norte busca garantizar la seguridad del paciente mediante estrategias y procesos administrativos que obtengan una atención asertiva en los servicios de salud. Por lo anterior se plantea la realización de este proyecto con el fin de apoyar a la Institución en el proceso de seguridad del paciente con el fin de mejorar la calidad de la atención en los usuarios que acuden a los servicios de Urgencias y Hospitalización del Hospital del municipio de Sardinata durante el segundo semestre del 2022.

Finalmente, se debe tener presente que la Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias, que deben ir de la mano con la cultura organizacional y el mejoramiento. Por lo anterior en este trabajo se incluye actividades que mejoren el proceso de seguridad del paciente, destacando cada uno de los lineamientos de la política, se elaboró estrategias de administración segura de medicamentos, maternidad segura, prevención de infecciones asociadas a la atención en salud lavado de manos, prevención y control de caídas, identificación del paciente, encuesta sobre percepción de la seguridad del paciente en el equipo de salud, aplicación de listas de chequeo, rondas de seguridad y exposición de la política con el fin de reforzar los conocimientos en el personal de la institución y dar continuidad al proceso de seguridad del paciente.

1. Problema

1.1 Título

ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN CON ENFOQUE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, IMPLEMENTADAS, EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE LA IPS SAN MARTÍN DE LA ESE REGIONAL NORTE DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2022.

1.2 Descripción del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud, define la seguridad del paciente como 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. Cada año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria poco segura y de mala calidad. Muchas prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención poco segura (5).

En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles. Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes (5).

Por lo anterior cabe mencionar que un evento adverso (EA) se define como “accidente imprevisto o inesperado que causa lesión y/o incapacidad y/o muerte y/o estancia hospitalaria,

que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad del paciente” (6) por ello el disciplinar de enfermería siendo el cuidador directo en la estancia hospitalaria teniendo la responsabilidad de asegurar una atención sin riesgos, debe promover las diferentes estrategias y acciones para mantener la seguridad del paciente y así evitar fallas como los eventos adversos.

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (7).

Diversos autores coinciden en que los servicios de urgencias tienen un alto riesgo potencial para que se den incidentes de seguridad. Las condiciones de trabajo, como pueden ser la presión asistencial, la falta de coordinación del trabajo en equipo, turnos de trabajo y guardias, interrupciones continuas y errores de comunicación son causas que se han apuntado como desencadenantes de eventos adversos en los servicios de urgencias (8).

Por consiguiente, 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 (5).

En Norte de Santander se evidencia estas problemáticas, siendo manifestadas en estudios relacionados, donde mencionan tres etapas en la metodología, en la primera se realizó la visita a las IPS donde se elaboraron seminarios acerca del tema Sistema único de Habilitación y

Seguridad en la Atención, con el fin de obtener información, en la segunda etapa se realizó una visita a los consultorios donde se encuentran falencias en la seguridad del paciente, en la última etapa se tuvo acceso al Manual de Seguridad del Paciente del Hospital que reposa en el departamento de Calidad y Auditoría de la ESE y se evidenció que no existen estrategias pedagógicas por tal razón, también se presentan inconsistencias por parte de los profesionales de salud, al momento del ejercicio de su profesión (9).

Por lo anterior, la E.S.E Regional Norte desde la IPS San Martín en el municipio de Sardinata, está comprometida en trabajar y asegurar la calidad de atención en relación a la seguridad del paciente, buscan generar una cultura en el personal que labora en cada uno de los servicios, abordando una serie de compromisos en cuanto a la protección del talento humano en el cumplimiento de las políticas de atención en salud. Dentro del proceso de seguridad del paciente, pueden generarse eventos adversos, en la cual estos escapan del alcance de los profesionales de enfermería, por lo que debe la organización garantizar un ambiente de trabajo seguro, ordenado y optimo, para una calidad en la seguridad del paciente y destacar las buenas prácticas impuestas en la institución.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, la institución refiere colaboración por parte de la pasante de enfermería para implementar y fortalecer el programa de seguridad del paciente en los servicios de urgencias y hospitalización, debido a que es un proceso nuevo en la institución y requiere de apoyo en cada uno de los lineamientos, por otra parte se hace necesario indagar las necesidades, falencias y oportunidades de mejora en los servicios de la E.S.E Regional Norte, implementando estrategias, acciones, apoyo al equipo de trabajo y educación en relación a la seguridad del paciente con el fin de favorecer y mejorar la calidad de la atención a los usuarios, basado en conocimientos de enfermería, investigaciones y orientación de la

institución, con el fin de mejorar los procesos encaminados a la atención segura de los usuarios.

1.3 Formulación del Problema

¿Qué estrategia de Fortalecimiento de la atención con enfoque de seguridad del paciente, se pueden implementar, en los servicios de Urgencias y Hospitalización de la IPS San Martín de la ESE Regional Norte durante el segundo semestre del 2022?

1.4 Justificación

La elaboración de este proyecto inicia con enfoque en el hacer de enfermería con relación a la seguridad del paciente ya que parte desde la prevención y reducir los riesgos que comprometan la vida del paciente durante la estancia hospitalaria, cabe resaltar que emprende desde el punto de vista de la investigación, confirmando casos de eventos adversos y demandas por acciones mal realizadas, para elaborar un plan de trabajo con acciones de mejora en la atención.

Según el Consejo General de Enfermería “la seguridad del paciente pasa por el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos y por evitar eventos adversos, que ocurren cuando se traspasan las líneas rojas. Traspasar una línea roja supone poner en riesgo la seguridad de los pacientes y la de los propios profesionales, sin olvidar las consecuencias ético legales derivadas y el elevado coste que supone para el Servicio Nacional de Salud (SNS)”. (10) Precisamente, uno de los objetivos establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas es “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; una meta a la que la seguridad del paciente contribuye de manera sustancial. (10)

El plan de trabajo como modalidad pasantía se desarrollara en la E.S.E Regional Norte del municipio de Sardinata en los Servicios de Urgencias y Hospitalización con enfoque en seguridad

del paciente en el segundo semestre del 2022 donde se desarrollaran actividades planteadas por parte de la pasante de enfermería en busca de mejorar la calidad de la atención de los usuarios, evitando riesgos o eventos adversos, ejecutando acciones seguras, aportando a la institución herramientas que mejoren los procesos en la atención.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general. Implementar Estrategias para el Fortalecimiento de la atención en salud con enfoque de seguridad del paciente, e implementarlas, en los servicios de Urgencias y Hospitalización de la IPS San Martín de la ESE Regional Norte durante el segundo semestre del 2022

1.5.2 Objetivos específicos. Los objetivos específicos se muestran a continuación:

Evaluar mediante metodologías de verificación y evaluación, los riesgos asociados a la atención en salud en los servicios de urgencias y hospitalización de la ESE Regional Norte IPS San Martín para el diseño de barreras de seguridad necesarias.

Establecer estrategias de mejoramiento sobre la base de buenas prácticas de seguridad del paciente propuestas por el ministerio de salud en los paquetes instruccionales de acuerdo al portafolio del servicio de urgencias y hospitalización de la ESE Regional Norte IPS San Martín.

Diseñar las herramientas a utilizar en la implementación de la propuesta de mejora de la seguridad del paciente en la IPS San Martín de la ESE Regional Norte.

Promover la cultura de seguridad mediante el reporte, análisis de los sucesos e implementación de acciones correctivas y preventivas que fomenten el aprendizaje organizacional.

2. Marco Referencial

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales. En 2017 en Chile Cristián Rocco y Alejandro Garrido mencionan en su artículo una revisión de 30000 historias clínicas, en las cuales se encontró un 3.7% de eventos adversos, de los cuales se consideró que el 58% eran evitables y 13.6% resultaron en muerte. Los autores hicieron una extrapolación a las 33.6 millones de hospitalizaciones anuales en el año del estudio, concluyendo que se podían producir entre 44000 y 98000 muertes al año, por eventos adversos ligados a la atención en salud, asociado a un costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año (11).

Aranaz (12), evaluó, como estrategia docente, los conocimientos y percepciones sobre la cultura de la seguridad del paciente (CSP), arrojando como resultado que el 60% (112) de los profesionales encuestados respondió correctamente a las preguntas sobre conocimientos en seguridad del paciente, identificando áreas de mejora en prácticas seguras (higiene de manos y microorganismos resistentes a antibióticos, con 66% y 61% de respuestas incorrectas, respectivamente), y en gestión de riesgos sanitarios (investigación e identificación de eventos adversos, con el 62% y 56% de respuestas incorrectas, respectivamente). El 80% consideró positiva la CSP institucional, y la percepción de seguridad como oportunidad de mejora (63,9% de valoraciones negativas). Así, el 88% reconocía preocuparse por la seguridad del paciente sólo tras incidentes adversos, y el 65% sentía miedo a hablar sobre estos.

2.1.2 Antecedentes nacionales. Martínez (13), en su estudio descriptivo evaluativo transversal con un diseño observacional, evaluaron sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de instituciones de I, II, III y IV nivel de atención de Antioquia en

convenio con la Corporación Universitaria Adventista dando como resultado que los participantes tuvieron valoraciones muy diversas al calificar el grado de seguridad de sus organizaciones. En la institución I, el 60,1% del personal de enfermería lo percibe entre 3 y 7 puntos sobre 10; en el Hospital II el 62,6% del personal la calificación oscila entre 5 y 7 puntos sobre 10; y en las instituciones III y IV, el 33,3% del personal manifestó que el nivel de seguridad de su servicio es de 6 y 7 puntos sobre 10, y el 66% entre 8 y 9 puntos sobre 10. Lo anterior significa que en estas instituciones se percibe un mayor grado de seguridad, aunque por supuesto, todas precisan seguir trabajando en ello.

Valderrama (14) realizan un estudio de revisión documental con enfoque cualitativo, con resultados obtenidos que muestran que el indicador más prevalente según la revisión de artículos fue administración segura de medicamentos con un 46.6%, riesgo de caídas un 27%, úlceras por presión 15%, finalmente la flebitis un 11.3% del total de artículos consultados. Conclusión: Se evidencia que enfermería garantiza la seguridad del paciente con el desarrollo e implementación de los indicadores de calidad del cuidado.

2.1.3 Antecedentes regionales y locales. Díaz (15) realizan trabajo de grado sobre cuál es el nivel de conocimiento y grado de adherencia a la política de seguridad del paciente por parte de los colaboradores del establecimiento de sanidad policial de mediana complejidad ambulatoria, en la cual se evidencia con la herramienta aplicada que el 100% del personal encuestado conoce la Política de Seguridad del Paciente, así mismo se tiene un alto grado de adherencia a la Política de Seguridad del Paciente porque en los tres ítems evaluados del reporte en más del 90% de los casos lo realizaron, generando un ambiente más seguro para los usuarios del Subsistema de Salud de Sanidad Policial.

Patricia (16), realizó trabajo de Investigación sobre Implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en las sedes priorizadas de la ESE IMSALUD de la ciudad de San José de Cúcuta donde se aplicó la encuesta de clima de seguridad del paciente a un total de 63 trabajadores que laboran en las sedes de Toledo plata, Domingo Pérez, San Martín, La floresta, Cundinamarca y Niña Ceci de la ESE IMSALUD de la ciudad de Cúcuta y su área rural, los resultados muestran un grado de cultura de seguridad del paciente de 90%, un 76% del personal no ha hecho ningún reporte de eventos adversos/errores/fallas o indicios de atención insegura en los pasados 12 meses, se resaltan fortalezas en las dimensiones de Expectativas y acciones de la dirección / supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional - mejora continua y retroalimentación y comunicación sobre el error, que corresponden a puntajes de 76.5%, 89% y 79.3% respectivamente, las estrategias contempladas dentro del plan de mejoramiento para la mejora de la cultura de seguridad del paciente.

2.2 Marco Teórico

Reason (17): “Modelo Reason para el análisis de riesgos y fallas”. El modelo de Reason reconoce que en el lugar de trabajo hay muchas condiciones que conducen a errores o violaciones y que pueden afectar al comportamiento individual o de equipo. Las fallas activas del personal operacional tienen lugar en un contexto operacional que incluye condiciones latentes, las cuales 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. Individualmente, estas condiciones latentes generalmente no se perciben como perjudiciales, puesto que, en primer lugar, no se perciben como fallas.

Este modelo muestra que, si bien los factores de organización, incluyendo las decisiones de la administración, pueden crear condiciones latentes que podrían conducir a un quiebre en las defensas del sistema, estos factores también contribuyen a la solidez de dichas defensas (17).



Figura 1. Factores de organización

Fuente: Flap152. (16).

Organización del accidente. La noción de accidente de organización en que se basa el modelo de Reason puede comprenderse mejor mediante un enfoque de elementos básicos integrado por cinco bloques. La cual en el bloque superior el representa los procesos de la organización. Estos son actividades sobre las cuales cualquier organización tiene un grado razonable de control directo. Los ejemplos típicos son: formulación de políticas, planificación, comunicación, asignación de recursos, supervisión y así sucesivamente. Incuestionablemente, los dos procesos de organización fundamentales, por lo que hace a la seguridad operacional, son la asignación de recursos y la comunicación. Las carencias o deficiencias en estos procesos de organización fomentan un doble camino hacia el fracaso (17).

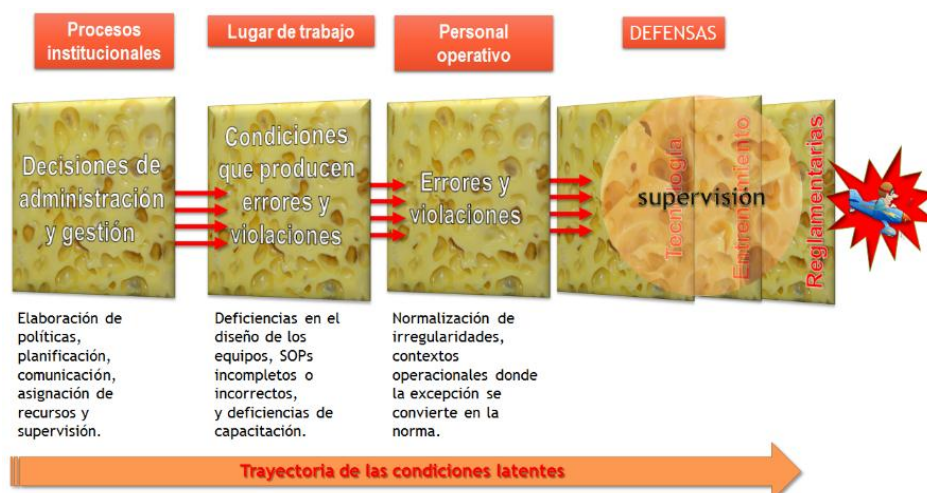


Figura 2. Organización del accidente

Fuente: Flap152. (16).

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la seguridad del paciente como 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. Cuyo objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria (5).

Para el Ministerio de Salud y Protección Social el concepto de seguridad del paciente lo 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. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias (2).

2.3.2 Enfermería. Florence Nightingale describe la profesión de enfermería como la responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales (18).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. ... Las enfermeras están en la línea de acción en la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en la persona (19).

Por lo anterior cabe mencionar que existen muchas teoristas que definen la enfermería basándose en diferentes modelos, para Virginia Henderson en su teoría de las catorce necesidades define enfermería como “ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, su recuperación o a una muerte en paz y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios” (20).

2.3.3 Paquetes instruccionales. Ministerio de Salud del país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad. A estas les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica.

De acuerdo con el Ministerio cada uno de los paquetes busca propiciar un espacio de reflexión, actualización y diálogo de saberes en seguridad del paciente, siguiendo el modelo de aprendizaje basado en problemas ABP, con el fin de que, en el desempeño laboral cotidiano, los

profesionales de la salud cumplan con las disposiciones establecidas en la Política Nacional de Seguridad del Paciente y la Guía Técnica No. 1 de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente (21).

2.3.4 Buenas prácticas en seguridad del paciente. El Ministerio de Salud menciona que el principal objetivo de la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente es guiar a todas las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para que implementen la política institucional de seguridad del paciente, aunque las recomendaciones de esta guía también pueden ser implementadas por las instituciones de salud que están exentas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) en Colombia, así como cualquier otra institución en el mundo que la considere de utilidad para sus propios procesos de seguridad del paciente (22).

2.3.5 Oportunidades de mejora. Las oportunidades de mejora son un factor constante en las organizaciones, es decir siempre va a existir la posibilidad de obtener mejores resultados, por lo cual la cantidad que se puede detectar periódicamente es muy alta y teniendo en cuenta que los recursos disponibles en la misma la mayoría de las veces son limitados, es vital contar con criterios claros que permitan valorar y priorizar los posibles beneficios de cada oportunidad de mejora, así como los costes de llevarla a cabo.

Por tal motivo cada una de las oportunidades de mejora, se deben analizar y pueden convertirse en iniciativas de mejora estructuradas en un conjunto de actividades, una vez aprobadas se llevan a cabo a través de un proyecto de mejora, y dependiendo de la complejidad del proyecto, pueden requerirse más o menos recursos (23).

2.3.6 Herramientas de la seguridad del paciente. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud plantea herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente, en las cuales menciona:

- Herramienta 1: Estudios para evaluar la incidencia o prevalencia de ocurrencia de eventos adversos.
- Herramienta 2: Formato sugerido para el reporte intrainstitucional de eventos adversos.
- Herramienta 3: Instrumentos de tamizaje para la vigilancia intrainstitucional.
- Herramienta 4: Formato sugerido para identificar y generar la decisión de investigar el evento adverso.
- Herramienta 5: Proceso sugerido para la investigación y análisis de eventos adversos (Protocolo de Londres).
- Herramienta 6: Rondas de seguridad.
- Herramienta 7: Formatos para la vigilancia de caídas de pacientes.
- Herramienta 8: Instrumento PERT para la evaluación de reingresos prematuros (24).

2.3.7 Servicio de hospitalización. Los servicios de Hospitalización son áreas diseñadas para prestar cuidados básicos y especializados, de manera integral y con altos estándares de calidad, generando una experiencia de eficiencia y seguridad en la atención, tanto al paciente como a su familia. Es el servicio destinado al internamiento de pacientes, previa autorización del médico tratante, para establecer un diagnóstico, recibir tratamiento y dar seguimiento a su padecimiento (25).

2.3.8 Servicio de urgencias. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define urgencia como “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” (26).

2.4 Marco Contextual

Descripción de la E.S.E Regional Norte IPS San Martín del Municipio de Sardinata.



Figura 3. E.S.E Regional Norte IPS

Fuente: E.S.E Regional Norte IPS. (26).

Reseña histórica:

Desde el año 2.002 hacía atrás se contaba con hospitales y Centros de salud del Primer Nivel de Atención en las cabeceras de los Municipios; de Tibú, Sardinata, Puerto Santander, Bucarasica y el Tarra, establecidas como entidades dependientes del Servicio Seccional de Salud del Departamento Norte de Santander enmarcadas de acuerdo con la Ley 10 de 1.990. Sus Directores junto con los técnicos administrativos eran nombrados directamente por la Seccional Departamental de Salud, pero las decisiones tomadas por estos profesionales eran de su

autonomía y lo acertada o no de las decisiones incidían en la institución. partir del 01 de Enero de 2.003 mediante acuerdo de la Junta Seccional Departamental se suprimieron los cargos de los Directores y los Técnicos Administrativos del Hospital San José de Tibú, el cual tenía bajo su manejo el Centro de Salud del Municipio de el Tarra igualmente con el Hospital San Martín de Sardinata que tiene bajo su dirección el Centro de Salud del Municipio de Bucarasica, incorporándose la totalidad de los funcionarios de cada una de las Entidades al Servicio Seccional de Salud hoy Instituto Departamental de Salud Norte de Santander con representación única del Director de la Seccional Departamental. La cual fue creada según la ordenanza N° 017 del año 2003, está conformada por los municipios de Tibú, Sardinata, Bucarasica, Puerto Santander y El Tarra (27).

El Hospital San Martín está ubicado en el municipio de Sardinata, Norte de Santander, el prestador de salud es la E.S.E Regional Norte, nivel I de atención, de naturaleza pública, dirección: Carrera 4 4-45, San Martín, cuenta con treinta especialidades y servicios médicos, en los que encontramos: detección temprana- alteraciones de la agudeza visual, detección temprana- alteraciones del crecimiento y desarrollo (menos a 10 años), detección temprana- alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años), detección temprana- alteraciones del embarazo, detección temprana alteraciones en el adulto (mayor a 45 años), detección temprana- cáncer de cuello uterino, detección temprana- cáncer de seno, enfermería, general adultos, general pediátrica, ginecoobstetricia, laboratorio clínico, medicina general, obstetricia, odontología general, pediatría, proceso esterilización, protección específica- atención al recién nacido, protección específica- atención del parto, protección específica- atención en planificación familiar hombres y mujeres, protección específica- atención preventiva en salud bucal, protección específica- vacunación, psicología, radiología e imágenes diagnósticas, servicio de urgencias, servicio

farmacéutico, tamización de cáncer de cuello uterino, toma de muestras de laboratorio clínico, transporte asistencial básico, ultrasonido, con servicio las 24 horas, de lunes a domingo (27).

La E.S.E Regional Norte tiene como Misión: trabajar por la atención integral ofreciendo servicios de salud primarios, complementarios de calidad y humanizados comprometidos con nuestros usuarios, familia, y el trabajador a través de talento humano calificado con formación continua y sostenibilidad financiera.

Por consiguiente, tiene como Visión: Ser para el año 2024 una institución de salud de baja complejidad con servicios de mediana, líder en atención integral, segura, humanizada, centrada en la persona, cuidadora del medio ambiente y centro de referencia en la zona del Catatumbo. En cuanto a la política de calidad La E.S.E Hospital Regional Norte ofrece y garantiza servicios de salud cumpliendo con la exigencias legales, institucionales y estándares de calidad a través del fortalecimiento de competencias del talento humano, el cuidado del medio ambiente, la gestión de recursos e infraestructura apropiada a nuestra oferta de servicios, brindando un trato justo y humanizado que nos permita llegar a los usuarios y sus familias de manera oportuna, disminuyendo los riesgos en la atención, orientados al mejoramiento continuo (27).

Cada institución cuenta con unos principios corporativos: la E.S.E Plantea y define el principio de Universalidad: Es la garantía de la protección para todas las personas. Sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida. La ESE Hospital Regional Norte, debe asumir compromisos con todos los habitantes, en donde todos los miembros de la organización deben comprometerse a prestar un mejor servicio, como segundo principio está la responsabilidad social debe asumir compromisos con todos los habitantes, en donde todos los miembros de la organización deben comprometerse a prestar un mejor servicio, como tercer principio está la

Integridad: Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general de condiciones de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley, Eficiencia definida como: la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponible para que los benéficos a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. La solidaridad: Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil y como último principio la Unidad definida como articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de seguridad social (27).

2.5 Marco Legal

La ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, en el Numeral 9 del artículo 153 de la ley 100 de 1993, El Sistema General de Seguridad Social en Salud establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional (29).

El decreto 1011 / 2006 menciona al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud Mediante el cual se lidera en Colombia una Política de Seguridad del Paciente, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente y reducir la ocurrencia de los eventos adversos asociados a los procesos de atención en salud. (29).

Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales. Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0. Ministerio de Salud

y Protección Social. 2015 (30).

El Decreto 0903 de 2014 Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud, el presente decreto tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales (31).

El Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Parte 5 reglas para aseguradores y prestadores de servicios de salud, Título 1 Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, Capítulo 1 Disposiciones Generales (32).

La Resolución No. 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (33).

El Ministerio de Salud lanza nueva versión del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en el marco del VI foro de acreditación en salud, el 20 de noviembre, el Ministerio de Salud y Protección Social, con la presencia del señor ministro Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo y el viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Dr. Iván Darío González Ortiz, lanzó la versión 3.1 del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia.

La nueva versión del manual se expidió bajo la Resolución 5095 del 19 de noviembre del 2018 (34).

3. Diseño Metodológico

3.1 Descripción del Programa a Desarrollar

El presente trabajo se desarrolló como proyecto de grado– modalidad pasantía, en el servicio de Urgencias y Hospitalización de la E.S.E Regional Norte en el Municipio de Sardinata, con fecha de aprobación de la pasantía el 14 de septiembre del 20202, donde se dará cumplimiento de 300 horas, distribuidas en 36 horas a la semana, con una intensidad horaria de 6 horas diarias de lunes a sábado. Esto equivale a nueve semanas de asistencia continua a la IPS, con fecha de inicio el 20 de septiembre del 2022, socialización en la IPS el día 17 de noviembre del 2022 y fecha de terminación el 19 de noviembre del año 2022.

La pasantía es una actividad académica con objetivo de aplicar los conocimientos teóricos en un área o tema específico, son prácticas profesionales que desarrollan personas que están culminando sus estudios o que recién han egresado de la carrera. De ese modo, buscan ganar experiencia laboral o como en este caso modalidad trabajo de grado para optar por el título profesional de enfermería.

En el se incluyen actividades académicas que se ejecutan en el tiempo programado, donde se incluyen acciones de mejora y estrategias planteadas por parte de la pasante de enfermería, quien en primera estancia identificó las necesidades y falencias del servicio, como fallas latentes en el proceso de atención.

	FORMATO ACTA DE INICIACIÓN	CÓDIGO	FO-DC-03/V0
		PÁGINA	1

ACTA DE INICIACIÓN PASANTÍA

FECHA: D20 M 09 A 2022 HORA: 09:00 AM
 INSTITUCION: HOSPITAL SAN MARTIN DE SARDINATA ESE REGIONAL NORTE HORA DE 10:00 AM
 FINALIZACIÓN:

Los asistentes:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO
SHIRLEY MYLENA PINEDA PARADA	COORDINADORA GENERAL DE LA IPS SAN MARTIN DE SARDINATA ESE REGIONAL NORTE
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL	DOCENTE DIRECTORA DE LA PASANTÍA
MARIA ALEJANDRA URIBE BECERRA	PASANTE – PROGRAMA DE ENFERMERÍA – UFPS- SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION – SEGURIDAD DEL PACIENTE

ORDEN DEL DÍA:

1. Presentación en la IPS ante la coordinadora general de la institución, por parte del docente de la UFPS responsable de supervisar a la pasante, durante el II semestre académico de 2022.
2. Informar a la coordinadora de la IPS las actividades a realizar durante la pasantía, sobre la base de las actividades que se propusieron en el proyecto de propuesta, a ser realizado en el II semestre de 2022.
3. Se presenta el nombre de los proyectos planteados por la estudiante:
 MARIA ALEJANDRA URIBE BECERRA – código 1800882: Estrategias para el Fortalecimiento de la atención con enfoque de seguridad del paciente, implementadas, en los servicios de Urgencias y Hospitalización de la IPS San Martin de la ESE Regional Norte durante el segundo semestre del 2022.
4. Desarrollo se anexa formato de proposiciones.

PROPOSICIONES Y VARIOS

ASPECTO	ESPECIFICIDAD
Tiempo de Duración de la pasantía / fechas y jornada	La duración de la pasantía será de 9 semanas contadas a partir del 20/09/22 de lunes a sábado hasta completar el proceso con el

ELABORÓ		REVISÓ		APROBO	
GLORIA BAUTISTA ESPINEL		LUZ MARINA BAUTISTA RODRIGUEZ		DORIS PARADA RICO	
FECHA	01-06-2013	FECHA:		FECHA:	

	FORMATO ACTA DE INICIACIÓN		CÓDIGO	FO-DC-03V0
			PÁGINA	1

	<p>desarrollo de 300 horas de presencialidad en las siguientes jornadas:</p> <p><u>Semana 1:</u> Martes 20 de septiembre inducción y presentación en los servicios (7 am – 1 pm) Miércoles (21/09/22 al sábado 24/09/22) Horario de (7 am – 1 pm). <u>Semana 2 a la semana 8:</u> Las jornadas serán de lunes a sábado: Horario de (7 am – 1 pm). La fecha de terminación de la pasantía está establecida para el día sábado 19 de noviembre de 2022.</p>
Elaboración de informes Semanales	La pasante elaborara informe de manera semanal dando cuenta del cumplimiento de actividades = indicadores propuestos y avance en el proceso respecto de la meta. (En formato que la ESE Regional Norte, establezca para tal fin)
Sustentación de la pasantía y acta de cierre.	Se propone como fecha de sustentación y entrega de productos el día lunes 20 de Noviembre de 2022 en horario de 8 am - 2:4 pm en la oficina sala de juntas del Hospital San Martin de Sardinata.
Referentes Institucionales	Los referentes institucionales de seguridad de paciente, serán junto con la líder de servicios Ambulatorios y Hospitalario, las personas que avalen la ejecución de las acciones teniendo como referente el plan de trabajo presentado y radicado por la pasante.
Presentación personal y porte de Uniforme	Durante el desarrollo de la pasantía, la pasantía deberá portar el uniforme de la UFPS, con los elementos de protección personal establecidos en los protocolos institucionales y de acuerdo a las normas de las entidades, además de portar carnet en lugar visible, bata y demás elementos de identidad institucional, que acreditan a los pasantes como estudiantes de la UFPS.
Otros Aspectos	

ELABORÓ		REVISÓ		APROBO	
GLORIA BAUTISTA ESPINCL		LUZ MARINA BAUTISTA RODRIGUEZ		DORIS PARADA RICO	
FECHA	01-06-2013	FECHA:		FECHA:	

	FORMATO ACTA DE INICIACIÓN	CÓDIGO	FD-DC-03PV3
		PÁGINA	1

FIRMAN:


 SHIRLEY MYLENA PINEDA PARADA -
 COORDINADORA GENERAL DE LA IPS

ESE REGIONAL NORTE- HOSPITAL SAN
 MARTIN DE SARDINATA


 GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL
 DOCENTE SUPERVISORA

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA
 SANTANDER

ELABORÓ		REVISÓ		APROBO	
GLORIA BAUTISTA ESPINEL		LUZ MARINA BAUTISTA RODRIGUEZ		DORIS PARADA RICO	
FECHA	01-06-2013	FECHA:		FECHA:	

Figura 4. Acta de inicio

Se identificó la calidad del proceso de seguridad del paciente mediante listas de chequeo que evaluarán la calidad de la atención, por otra parte se apoyó en los procesos administrativos y se fortaleció los conocimientos del personal de salud acerca de los lineamientos establecidos para la seguridad del paciente en la Institución.

Actividades programadas:

Para el planteamiento de este aspecto se desarrollaron acciones por objetivo propuesto así:

Evaluar mediante metodologías de verificación y evaluación, los riesgos asociados a la atención en salud en los servicios de urgencias y hospitalización de la ESE Regional Norte IPS San Martín de Sardinata para el diseño de barreras de seguridad necesarias:

Acciones:

- a. Aplicación de la encuesta de percepción de seguridad del paciente en los trabajadores de la salud, análisis de la información y planteamiento de sus respectivas acciones de mejora.
- b. Realizar actividades que permiten verificar la presencia de eventos adversos en los servicios, como son la ronda de seguridad.
- c. Uso de listas de chequeo como una herramienta clave “para gestionar el riesgo y prevenir los eventos adversos.

Establecer estrategias de mejoramiento sobre la base de buenas prácticas de seguridad del paciente propuestas por el ministerio de salud en los paquetes instruccionales de acuerdo al portafolio del servicio de urgencias y hospitalización de la ESE Regional Norte IPS San Martín de Sardinata.

Acciones:

- a. Dentro de los procesos de atención segura se involucraron los servicios priorizados en la institución por la demanda que presentan, identificación de riesgos en la ruta de atención y la población que atienden.
- b. Dentro de cada uno de los servicios de atención mencionados, se relacionan las acciones mínimas desarrolladas para garantizar la atención segura de los pacientes e implementar buenas prácticas de atención definidas en los paquetes instruccionales de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social
- c. Identificar acciones de Vigilancia necesarias a implementar y que apliquen en la entidad: Tales como: Farmacovigilancia, Tecnovigilancia.
- d. Trabajar en tono a procesos seguros como: Procesos seguros maternidad segura estancia segura de hospitalización y urgencias, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.

Diseñar las herramientas a utilizar en la implementación de la propuesta de mejora en la seguridad del paciente en la IPS San Martín de Sardinata de la ESE Regional Norte.

Acciones:

- a. Seguimiento al uso de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, que condicionan directamente la prestación de servicios de salud con el menor riesgo posible para mejorar la calidad de la atención en salud que se ofrece en la IPS y están descritas en el Estándar 5. Procesos Prioritarios de la Resolución 3100 de 2019 y en la Lista de Chequeo Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente y son obligatorias como

estrategias de seguridad en los servicios de urgencias y hospitalización

- b. Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos,
- c. Asegurar la Correcta Identificación del Paciente
- d. Prevención, Detección y Actuación ante el Riesgo de Caídas
- e. Atención de la Gestante y el Recién Nacido
- f. Protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, en el servicio que lo requiera
- g. Prevención de las Infecciones asociadas al cuidado de la salud
- h. Promover la cultura de seguridad mediante el reporte, análisis de los sucesos e implementación de acciones correctivas y preventivas que fomenten el aprendizaje organizacional.

Acciones:

Entre las cuales se reviso:

- a. Plataforma estratégica de la seguridad: Política institucional de Seguridad del Paciente
- b. Fortalecimiento de la cultura institucional
- c. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo
- d. Procesos seguros: Capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo – existencia del Comité de Seguridad del paciente.

 Universidad Francisco de Paula Santander <small>Equipo Universitario</small>	FORMATO ACTA DE SUSTENTACIÓN PASANTÍA	Código	FAS-PAS-02PF
		Página	1

ACTA DE SUSTENTACIÓN PRÁCTICA PASANTÍA

Nombre de la IPS	Hospital San Martín de Sardinata							
Fecha	17 de Noviembre del 2022							
Hora de Inicio								
TIPO DE PASANTÍA	PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES		SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD		HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA		PROCESOS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			X					
Nombre(s) estudiante (s) que realiza pasantía	CÓDIGO		Referente Institucional del Proceso		Cargo			
Maria Alejandra Uribe B.	1800882				Pasante de Enfermería.			
Nombre(s) Representante de la IPS	FIRMA		Nombre(s) Representante de la IPS		FIRMA			
Shirley Helena Pinced P.			Diana Pinced					
Leinnys Rodríguez Ace								
Daniela Calantes C.								
Nombre(s) Docente de Pasantía	FIRMA		Nombre(s) Coordinador de Docencia Servicios IPS		FIRMA			
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL			Shirley Helena Pinced					

El estudiante pasante del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, realizó sustentación formal los resultados de las actividades realizadas en la pasantía en IPS HSM desarrollada en los Servicios de Urgencias y Hospitalización Actividad que se realizó durante el periodo desde 20-Sep-22 hasta el periodo de: 17-Nov-22 del semestre académico II, del año 2022. Para un total de 301 Horas presenciales en la IPS. Se deja constancia que el pasante en el marco de la actividad de entrega desarrollo los siguientes aspectos:

Elaboró		Revisó		Aprobó	
Gloria Omaira Bautista Espinel		En trámite		En trámite	
Fecha	16/10/2017	Fecha	PENDIENTE	Fecha	PENDIENTE

	FORMATO ACTA DE SUSTENTACIÓN PASANTÍA	Código	FAS-PAS-02PF
		Página	2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	SI	NO	NA
1. Presentación del plan de trabajo concertado con la entidad y supervisado por el docente tutor.			
2. Presentación del plan operativo priorizado y supervisado por el referente institucional.			
3. Presentación de informe de actividades ejecutadas por objetivos con cumplimiento de metas e indicadores, de acuerdo al plan operativo.			
4. Presentación de cronograma de trabajo y ejecución del mismo de acuerdo a las fechas establecidas de ejecución.			
5. Entrega de documentos y/o formatos desarrollados durante las pasantía en el formato exigido por la IPS – Muestra evidencias de ejecución y actas de entrega.			
6. Entrega de paz y salvos.			
7. Entrega de informes semanales y avance al Jurado de la pasantía.			
Observaciones IPS (Recomendaciones de la entidad, sobre la actividad desarrollada, incluidas posibilidades de continuidad en procesos que la IPS, tenga previstos)	Observaciones UFPS (Recomendaciones del programa sobre la actividad desarrollada, incluidas posibilidades de continuidad en procesos que la UFPS, tenga previstos)		
<p>Se agradece a la UFPS, programa de enfermería por el apoyo recibido a través de la pasantía y se les manifiesta que los puertos de la IPS Hospital San Martín siguen abiertos para los estudiantes del programa.</p>			

Elaboró		Revisó		Aprobó	
Gloria Omaira Bautista Espinel		En trámite		En trámite	
Fecha	16/10/2017	Fecha	PENDIENTE	Fecha	PENDIENTE

Figura 5. Acta de sustentación

3.2 Plan Operativo

Tabla 1. Plan operativo

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
Implementar Estrategias para el Fortalecimiento de la atención en salud con enfoque de seguridad del paciente, e implementarlas, en los servicios de Urgencias y Hospitalización de la IPS San Martín de Sardinata de la ESE Regional Norte durante el segundo semestre del 2022	Evaluar mediante metodologías de verificación y evaluación, los riesgos asociados a la atención en salud en los servicios de urgencias y hospitalización de la ESE Regional Norte IPS San Martín de Sardinata para el diseño de barreras de seguridad necesarias:	<p>a. Aplicación de la encuesta de percepción de seguridad del paciente en los trabajadores de la salud, análisis de la información y planteamiento de sus respectivas acciones de mejora.</p> <p>b. Realizar actividades que permiten verificar la presencia de eventos adversos en los servicios, como son la ronda de seguridad</p> <p>c. Uso de listas de chequeo como una herramienta clave “para gestionar el riesgo y prevenir los eventos adversos”</p>	<p>Noviembre de 2022 se habrá encuestado al 80% del personal de salud de la IPS sobre la seguridad del paciente.</p> <p>A noviembre de 2022 se habrá realizado 1 (un) análisis de la información y un 1 (un) documento de acción de mejora.</p> <p>A noviembre de 2022 se habrán realizado 1 ronda de seguridad por servicio asignado y se entregara un informe final de resultados de las rondas.</p> <p>Noviembre de 2022 se habrá aplicado lista de chequeo para la identificación y gestión de riesgos, según Estándar de Procesos Prioritarios</p>	<p>Nº de funcionarios encuestados / Nº de funcionarios que laboran en la entidad * 100</p> <p>Nº de rondas de seguridad desarrolladas por servicio</p> <p>Nº de informes finales entregados con los resultados encontrados y las recomendaciones de intervención</p> <p>No de Listas de chequeo aplicadas por servicio</p> <p>Nº de informes desarrollados sobre los hallazgos identificados</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Internet • Hojas de papel • Impresora • Lapiceros • Documentación de la institución <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasante de enfermería UFPS • Personal de salud del servicio de urgencias y Hospitalización de la E.S.E Regional Norte 	<p>Semana 1 Semana 3 Permanente durante 8 semanas de octubre a noviembre Semana 1 -2 y 3</p>

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
			de la Resolución 3100 de 2019 y en la Lista de Chequeo Buenas Prácticas de Seguridad en dos servicios de la IPS.			
	Establecer estrategias de mejoramiento sobre la base de buenas prácticas de seguridad del paciente propuestas por el ministerio de salud en los paquetes instruccionales de acuerdo al portafolio del servicio de urgencias y hospitalización de la ESE Regional Norte IPS San Martín de Sardinata.	<p>a. Identificación de riesgos en la ruta de atención y la población que atienden.</p> <p>b. Listado de procesos y Acciones que existen para en cada servicio garantizar la atención segura de los pacientes II) Listado de buenas prácticas de atención definidas en los paquetes instruccionales de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social implementadas en la entidad con sus protocolos existentes.</p>	<p>A noviembre de 2022 se habrá diseñado un documento donde se identifiquen los riesgos para el servicio de urgencias y para hospitalización desde el ingreso hasta el egreso del paciente</p> <p>A noviembre de 2022 se habrá capacitado al personal de salud como medio de acción ante el uso de correctos, maternidad segura y la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.</p>	<p>Nº de documento diseñados con riesgos identificados en la ruta de atención de urgencias / hospitalización</p> <p>Nº de estrategias seguras implementadas y funcionando en urgencias / hospitalización</p> <p>Nº de prácticas de atención que se han adoptado y documentado en un 100% en los servicios de urgencias / hospitalización</p> <p>Nº de acciones de farmacovigilancia y tecnovigilancia que están implementadas verificadas mediante revisión documental en los servicios de urgencias /</p>		

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
		c. Identificar acciones de Vigilancia necesarias a implementar y que apliquen en la entidad: En Farmacovigilancia: Uso de correctos de medicamentos – reporte de reacciones a medicamentos -y su reporte al Invima		hospitalización de la IPS San Martín N° de procesos seguros desarrollados en los servicios de urgencias / hospitalización durante la pasantía N° de personas cubiertas con la estrategia N° de acciones de prevención y control de IAAS desarrollados en los servicios de urgencias / hospitalización durante la pasantía N° de personas cubiertas con la estrategia		
		d. Tecnovigilancia: Reportes de reacciones a causa de dispositivos médicos (-y su reporte al Invima)				
		e. d. Trabajar en tono a procesos seguros como: i) maternidad segura ii) estancia segura de hospitalización y urgencias, iii) prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud				

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
		f. a, Seguimiento al uso de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos				
	Diseñar las herramientas a utilizar en la implementación de la propuesta de mejora en de la seguridad del paciente en la IPS San Martín de la ESE Regional Norte.	g. y son obligatorias como estrategias de seguridad en los servicios de urgencias y hospitalización	A noviembre de 2022 se habrá educado al personal de salud como estrategia para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos,	Nº de documentos elaborados (actas) sobre eventos adversos notificados/		
		h. Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos, en urgencias y hospitalización	asegurar la correcta identificación del paciente, control y prevención de caídas, atención de la gestante y el recién nacido.	Nº de eventos adversos presentados durante la pasantía.		
		i. Asegurar la Correcta Identificación del Paciente	A noviembre de 2022 se habrá elaborado y entregado el protocolo para el manejo de reanimación	Nº de personal capacitado / Nº de personal de salud del servicio de urgencias y hospitalización.		
		j. Prevención, Detección y Actuación ante el Riesgo de Caídas	cardiopulmonar en la IPS HSM.	Nº de protocolo realizado / Nº de protocolos planteados x 100.		
		k. Atención de la Gestante y el Recién Nacido				
		l. f. Protocolo para el manejo de la reanimación				

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
		cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, en el servicio que lo requiera.				
	Promover la cultura de seguridad mediante el reporte, análisis de los sucesos e implementación de acciones correctivas y preventivas que fomenten el aprendizaje organizacional.	Entre las cuales se revisarán: a. Plataforma estratégica de la seguridad: Política institucional de Seguridad del Paciente y – existencia del Comité de Seguridad del Paciente b. Fortalecimiento de la cultura institucional de la seguridad del paciente c. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo	A noviembre de 2022 se habrá socializado la política de seguridad del paciente. A noviembre de 2022 se habrá revisado el reporte de análisis de vientos adversos ocurridos durante la pasantía.	N° de funcionarios que conocen la política de seguridad del paciente de la IPS N° de comités de seguridad del paciente funcionando con actas, asistencias, cronograma de reuniones y demás elementos N° de procesos de medición, Análisis, reporte de eventos adversos desarrollados en la pasantía por el personal de la entidad responsable del proceso. N° de funcionarios capacitados / N° de funcionarios de los servicios de urgencias y hospitalización.		

4. Resultados

4.1 Ejecución por Objetivos

4.1.1 Identificación de las oportunidades de mejora. A continuación, se presenta la identificación de las oportunidades de mejora:

Tabla 2. Objetivo 1

Objetivo	
Evaluar mediante metodologías de verificación y evaluación, los riesgos asociados a la atención en salud en los servicios de urgencias y hospitalización de la ESE Regional Norte IPS San Martín de Sardinata para el diseño de barreras de seguridad necesarias.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la encuesta de percepción de seguridad del paciente en los trabajadores de la salud y análisis de la información. • Realizar actividades que permiten verificar la presencia de eventos adversos en los servicios, como son la ronda de seguridad. • Uso de listas de chequeo como una herramienta clave “para gestionar el riesgo y prevenir los eventos adversos” 	
Meta planteada	Cumplimiento de la meta
<ul style="list-style-type: none"> • A noviembre de 2022 se habrá encuestado al 80% del personal de salud de la IPS sobre la percepción de la seguridad del paciente. • A noviembre de 2022 se habrá realizado una ronda de seguridad por servicio asignado y se entregará un informe final de resultado de la ronda. • A noviembre de 2022 se habrá aplicado listas de chequeo para la identificación y gestión de riesgos, según Estándar de Procesos Prioritarios de la Resolución 3100 de 2019 y en la Lista de Chequeo Buenas Prácticas de Seguridad en dos servicios de la IPS 	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° de funcionarios encuestados / N° de funcionarios que laboran en la entidad * 100. 60x100%70= 85.7% de personas encuestadas. • N° de rondas de seguridad desarrolladas por servicio / N° de informes finales entregados con los resultados encontrados y las recomendaciones de intervención. 1/1x100=100%. A la fecha se realizó una ronda de seguridad en el servicio de urgencias y hospitalización y se elaboro informe sobre los resultados. • No de Listas de chequeo aplicadas por servicio / N° de informes desarrollados sobre los hallazgos identificados. 1/1x100=100% A la fecha se han aplicado 50 listas de chequeo en los servicios de urgencias y hospitalización y elaboración de informe con los resultados.
Resultados Obtenidos	
<p>Actividad 1: Se realiza encuesta sobre la percepción de la seguridad del paciente en la IPS San Martín de Sardinata, ESE Regional Norte, en donde participaron 60 personas de 70 que labora en la institución obteniendo como resultado encuestado el 85,7 % del personal de salud. Ver graficas en anexos: resultados encuesta percepción seguridad del paciente.</p>	

Sección A: su área/unidad de trabajo

- ¿Cuál es su principal área de trabajo en este centro? - ¿Cuál es su servicio?

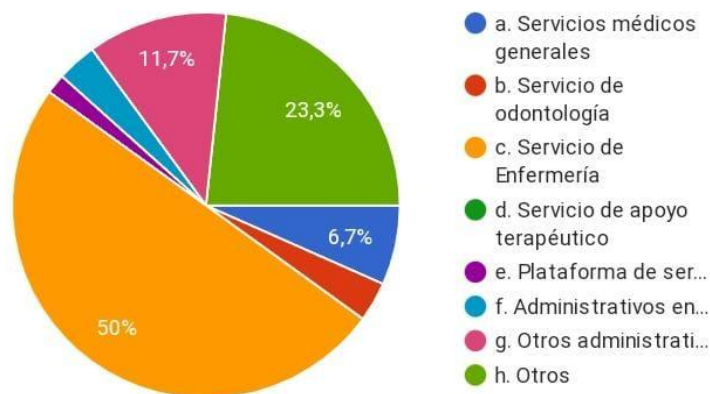


Figura 6. ¿Cuál es su servicio?

Como resultado se evidencia que el 50% de la población el área de trabajo es enfermería.

- ¿Cuál es su cargo?



Figura 7. ¿Cuál es su cargo?

El mayor número de cargo en la institución es de auxiliares de enfermería con un 48,3 %.

- ¿El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad?

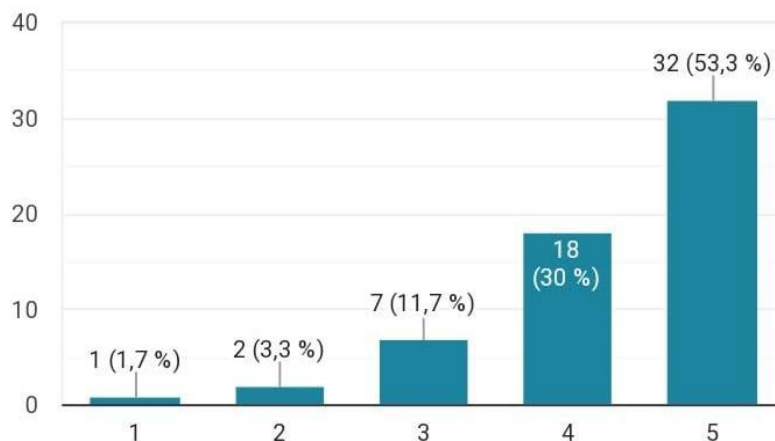


Figura 8. ¿El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad?

El mayor porcentaje en el ítem “el personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad” es 53,3% responde estar muy de acuerdo, sin embargo, el 30% está de acuerdo y un 11,7% manifiesta estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- ¿Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo?

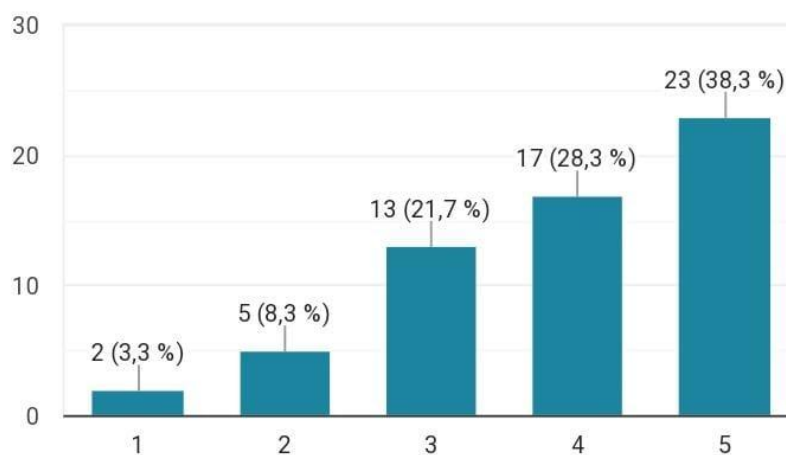


Figura 9. ¿Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo?

23 de los encuestados con un 38,3% respondió estar muy de acuerdo en que se tiene suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, sin embargo, un 28,3% refiere estar de acuerdo, el 21,7% responde al ítem estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.

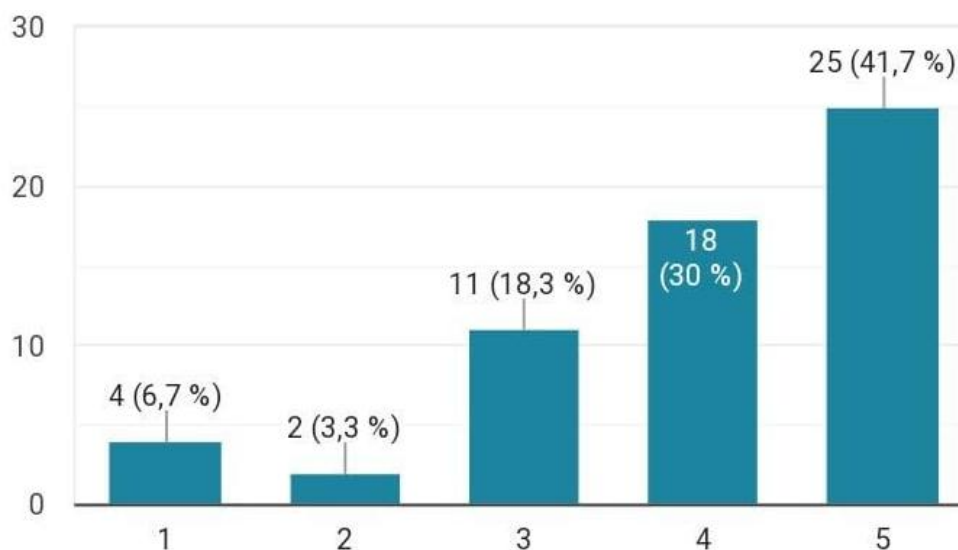


Figura 10. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo

25 de los encuestados 41,7% manifiesta está muy de acuerdo al ítem “cuando hay mucho trabajo en el servicio se trabaja en equipo para terminarlo”, sin embargo, el 30% responde que está de acuerdo y un 18,3% refiere estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.

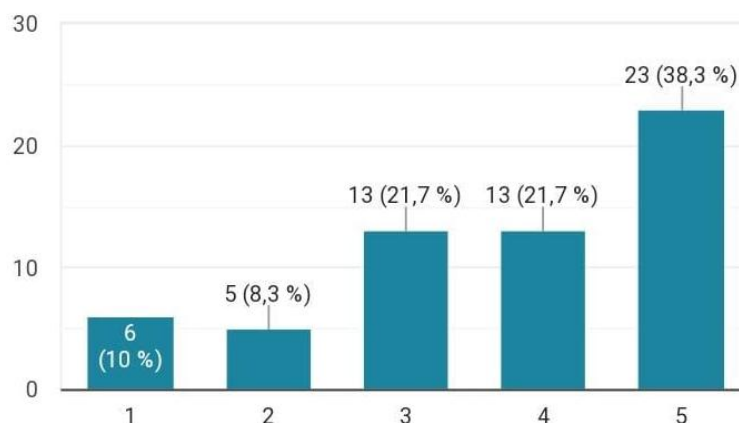


Figura 11. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente

23 de los encuestados 38,3% está muy de acuerdo con el ítem “el personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente” sin embargo, el 21,7% está de acuerdo y por otra parte refieren estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

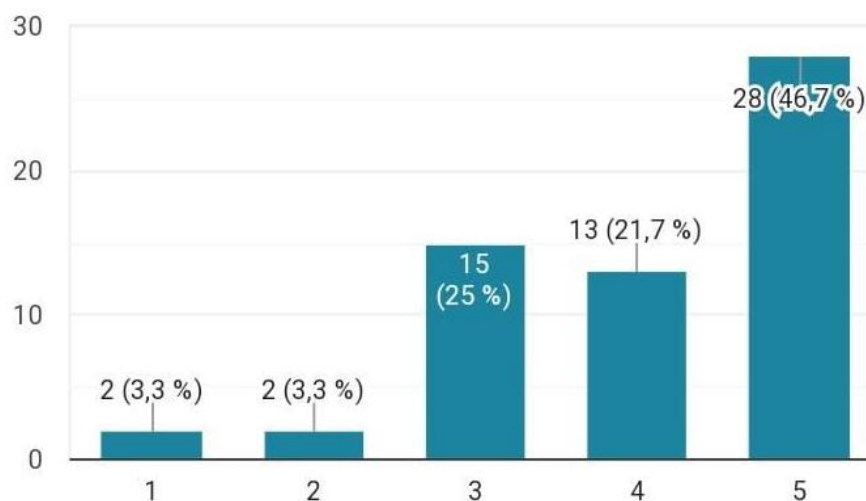


Figura 12. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente

El mayor porcentaje en el ítem “tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente” es de 46,7% está muy de acuerdo, sin embargo, un 21,7% refiere está de acuerdo y un 25% ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

- El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.

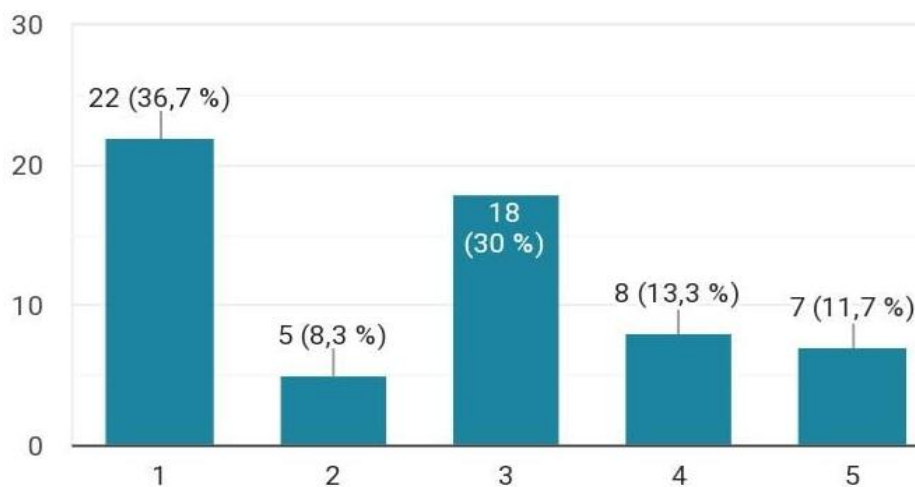


Figura 13. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra

22 de los encuestados 36,7% respondió estar muy en desacuerdo en el ítem “el personal siente que sus errores son utilizados en su contra” sin embargo el 30% responde estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo y un 13,3% está de acuerdo.

- Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

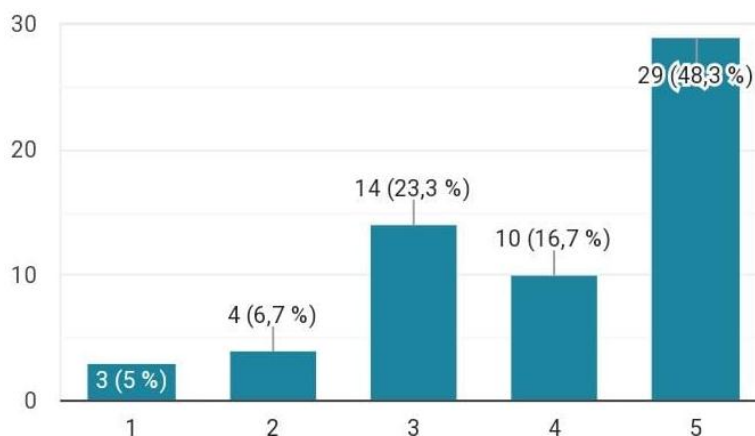


Figura 14. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir

29 de los encuestados 48,3% respondió estar muy de acuerdo al ítem “cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelvas a ocurrir”. Sin embargo, el 16,7% responde estar de acuerdo y el 23,3% estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

- Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.

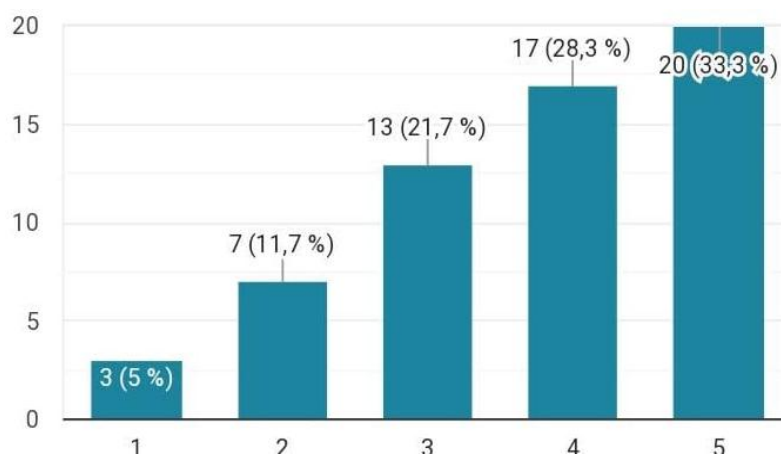


Figura 15. Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros

20 De los encuestados 33,3% respondió estar muy de acuerdo al ítem “cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros”, 17 personas con un 28,3% manifiestan estar de acuerdo, 13 personas con un 21,7% manifiestan estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, 7 personas con un 11,7% manifiestan estar en desacuerdo y 3 personas con un 5% responden estar en muy en desacuerdo.

- Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.

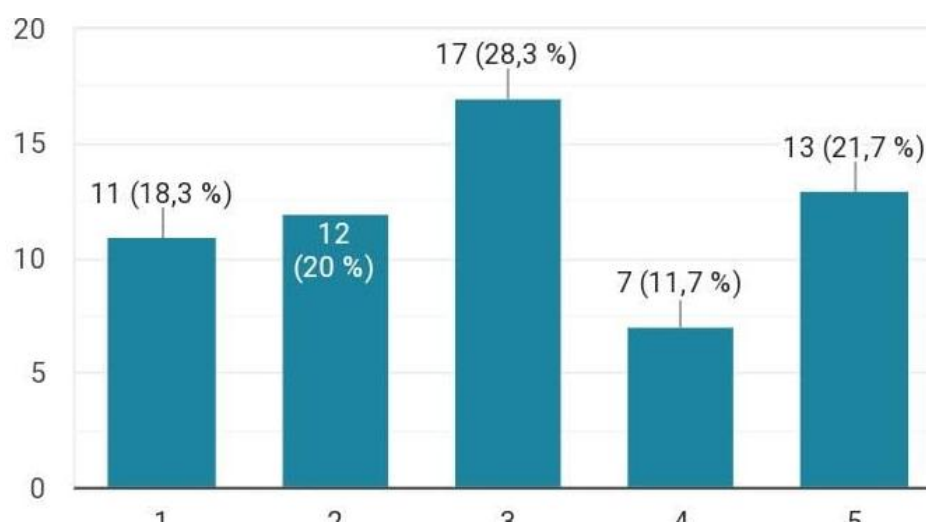


Figura 16. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema

El mayor resultado fue estar ni de acuerdo ni en desacuerdo en que cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema con un puntaje de 28,3% de 17 personas encuestadas, sin embargo, el 21,7% responde estar muy de acuerdo y el 20% estar en desacuerdo.

- Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.

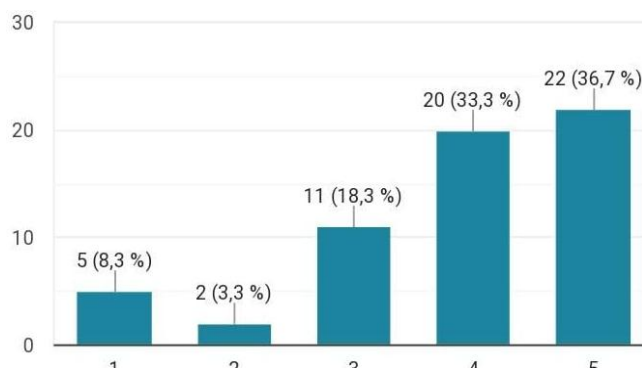


Figura 17. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad

22 de las personas encuestadas con un 36,7% respondieron estar muy de acuerdo al ítem “después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad”, sin embargo, el 33,3% está de acuerdo y el 18,3% refiere estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.

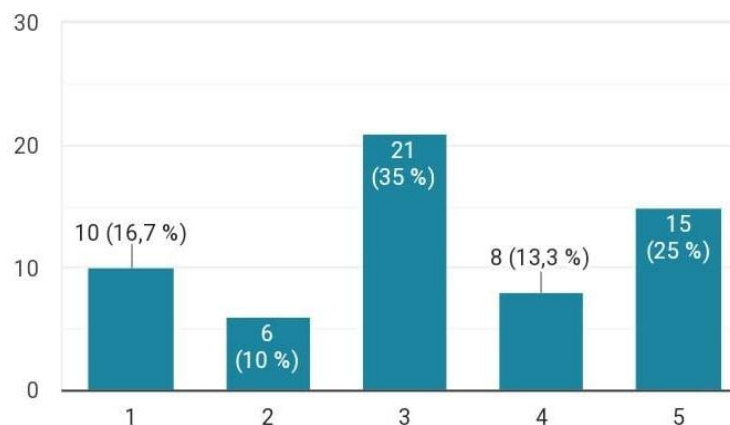


Figura 18. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente

El mayor porcentaje al ítem “frecuentemente trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente” es de 35% ni de acuerdo ni en desacuerdo, sin embargo, el 25 % responde estar muy de acuerdo y el 13,3% estar de acuerdo.

- La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo

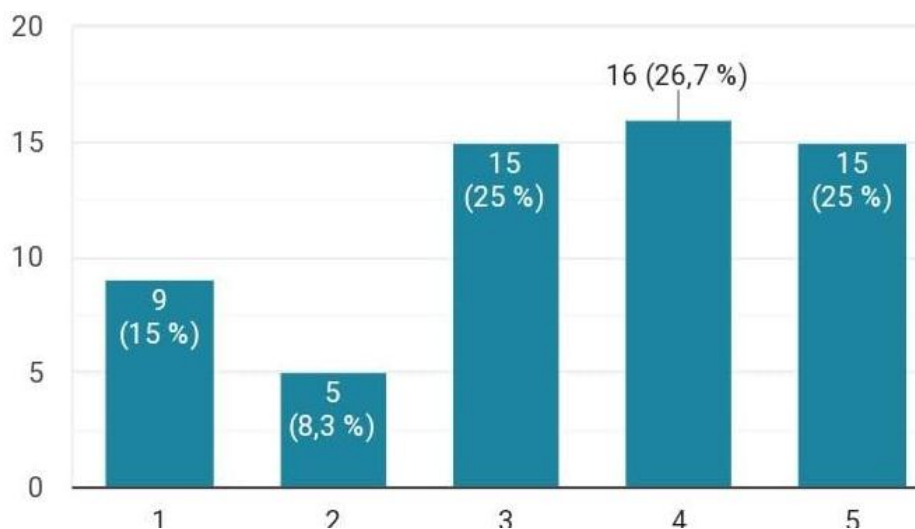


Figura 19. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo

El mayor resultado fue estar de acuerdo en el ítem “la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo” con un puntaje de 26,7 % de 16 personas encuestadas, 15 de las personas con un 25% respondieron estar muy de acuerdo, 15 de las personas con un 25% respondieron estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 5 de las personas con un 8,3% está en desacuerdo y 9 de las personas con el 15% manifiestan estar muy en desacuerdo.

- Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.

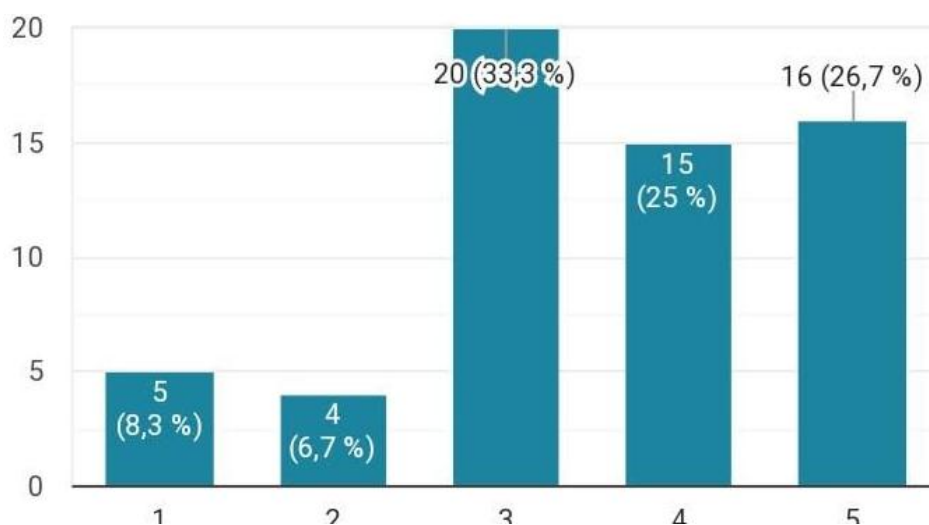


Figura 20. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes

El mayor resultado al ítem “los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes” es de 33,3% ni de acuerdo ni en desacuerdo, sin embargo, el 26,7% responde estar muy de acuerdo y el 25% de acuerdo.

- En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.

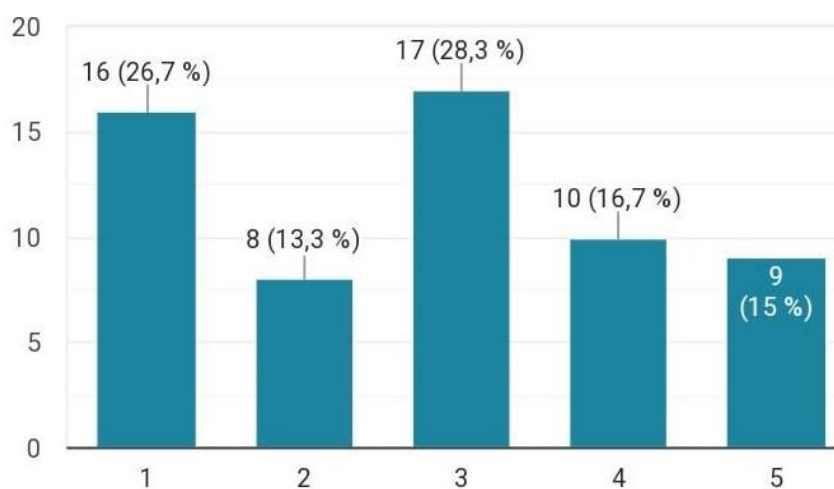


Figura 21. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes

El mayor porcentaje fue de 28,3% con 17 personas encuestadas que refieren estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo en el ítem” en esta unidad tienen problemas con la seguridad de los pacientes”, sin embargo, el 26,7% refieren estar muy en desacuerdo, el 16,7% responden estar de acuerdo, el 15% responden estar muy de acuerdo y el 13,3% responden estar en desacuerdo.

- Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.

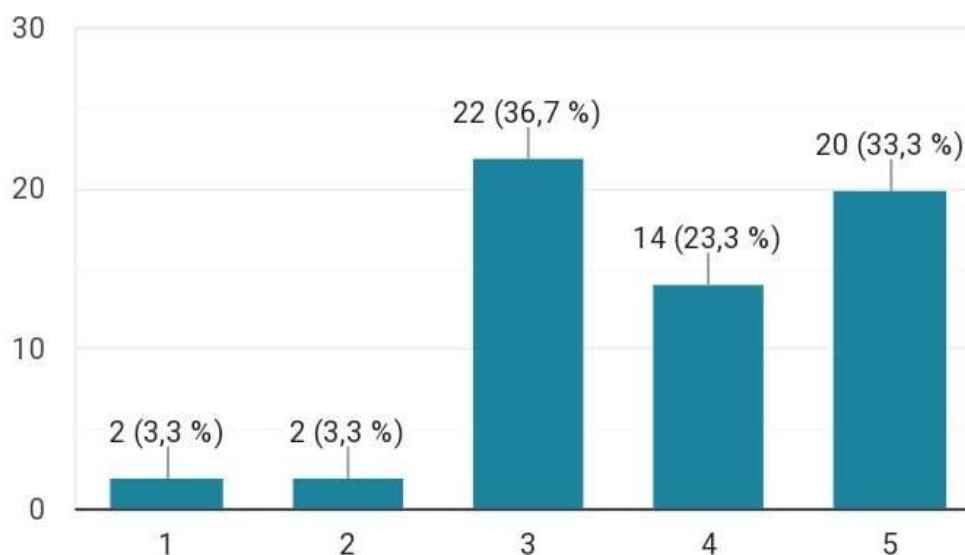


Figura 22. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores

El mayor porcentaje al ítem “nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores” es de 36,7% ni de acuerdo ni en desacuerdo, sin embargo, el 33,3% responde estar muy de acuerdo y el 23,6 % refiere estar de acuerdo.

Sección B: Su Jefe Inmediato

- Mi jefe inmediato expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.

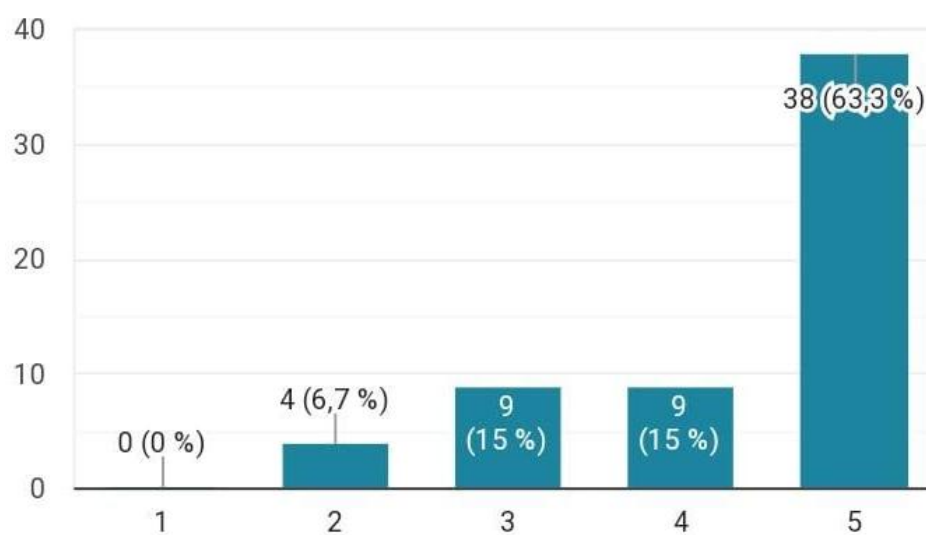


Figura 23. Mi jefe inmediato expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente

El mayor porcentaje en el ítem “Mi jefe inmediato expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente” es de (63,3%) muy de acuerdo, sin embargo, el 15% esta de acuerdo y otro 15% ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- Mi jefe inmediato tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.

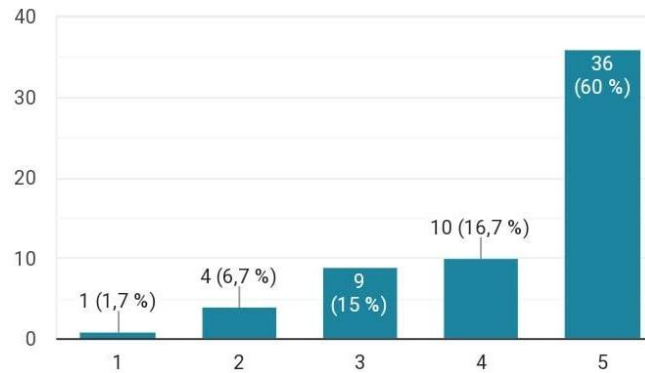


Figura 24. Mi jefe inmediato tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente

El mayor porcentaje en el ítem “Mi jefe inmediato tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente” es de (60%) muy de acuerdo, sin embargo, el 16,7% está de acuerdo y el 15% ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- Mi jefe inmediato pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.

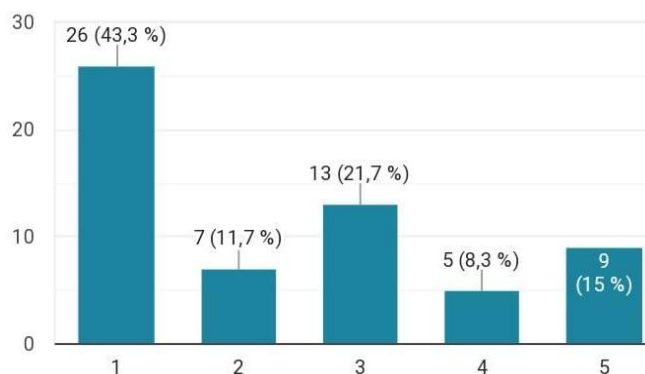


Figura 25. Mi jefe inmediato pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente

El mayor porcentaje en el ítem “Mi jefe inmediato pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” es de 43,3% muy en desacuerdo, sin embargo, el 21,7% está ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 11,7 % está en desacuerdo.

Sección C: comunicación

- Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.

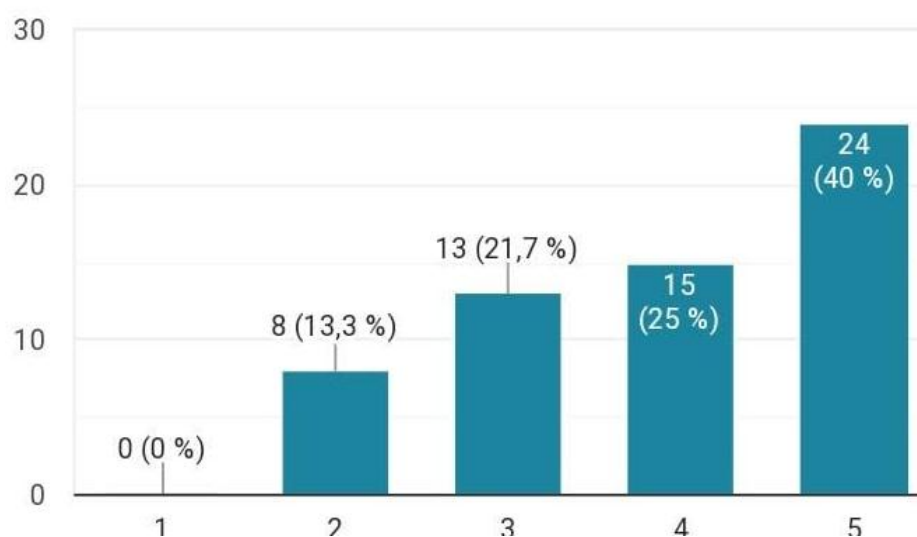


Figura 26. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado

El mayor porcentaje del ítem “Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado” es de 40% muy de acuerdo, sin embargo, el 25% está de acuerdo y el 21,7% está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

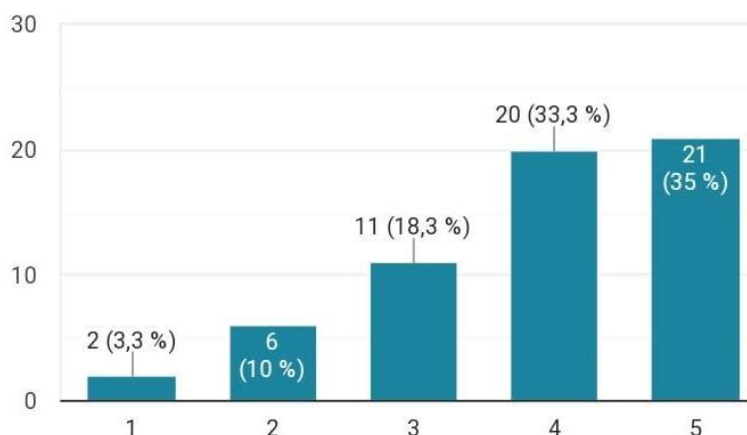


Figura 27. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente

El mayor porcentaje del ítem “El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente” es de 35% muy de acuerdo, sin embargo, el 33,3% está de acuerdo y el 18,3% está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.

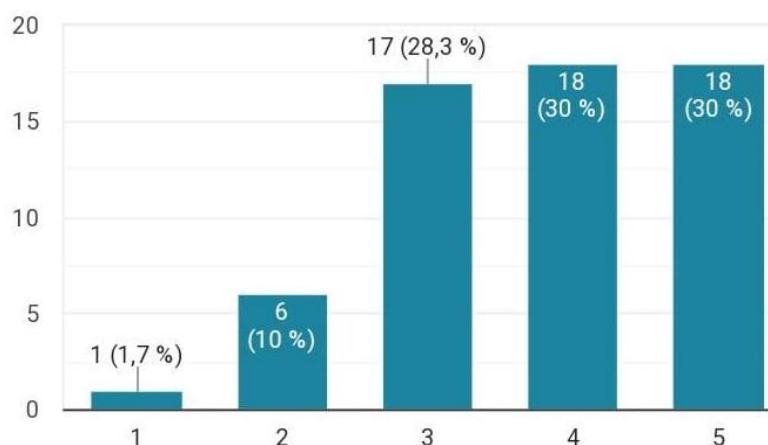


Figura 28. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad

18 de los encuestados con el 30 % responde estar muy de acuerdo al ítem “Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad “sin embargo 18 de los encuestados con el 30 % responde estar de acuerdo y 17 de los encuestados con un 28,3% responden estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

- El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

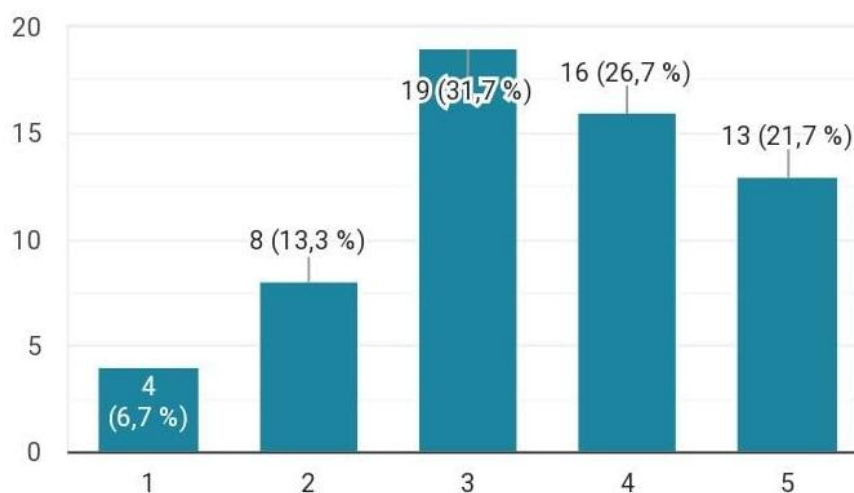


Figura 29. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad

El mayor resultado en el ítem “El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad” es de (31,7%) estar ni de acuerdo, sin embargo, el 26,7% esta de acuerdo y el 21,7% está muy de acuerdo.

- En esta unidad discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

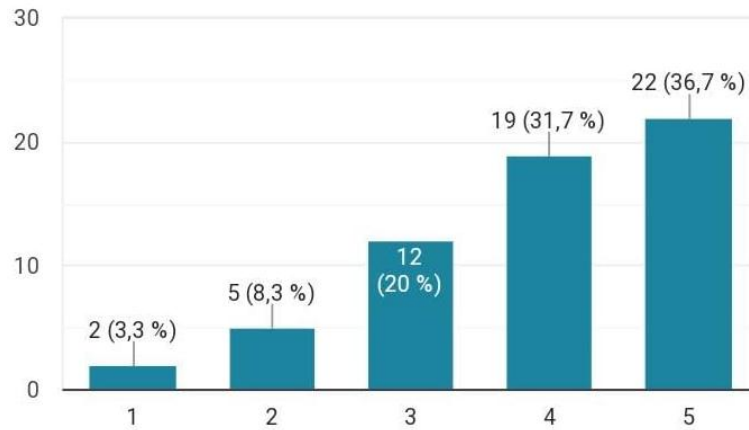


Figura 30. En esta unidad discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder

El mayor resultado en el ítem “En esta unidad discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder” es de 36,7% muy de acuerdo, sin embargo, el 31,7% está de acuerdo y el 20 % ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.

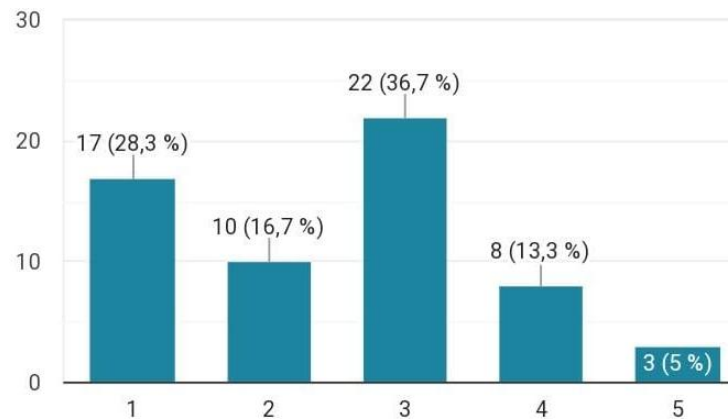


Figura 31. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien

El mayor resultado en el ítem “El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien” es de 36,7% ni de acuerdo ni en desacuerdo, sin embargo, el 28,3% esta muy en desacuerdo y el 16,7% está en desacuerdo.

Sección D: frecuencia de sucesos notificados

- Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar el paciente, ¿con que frecuencia es notificado?

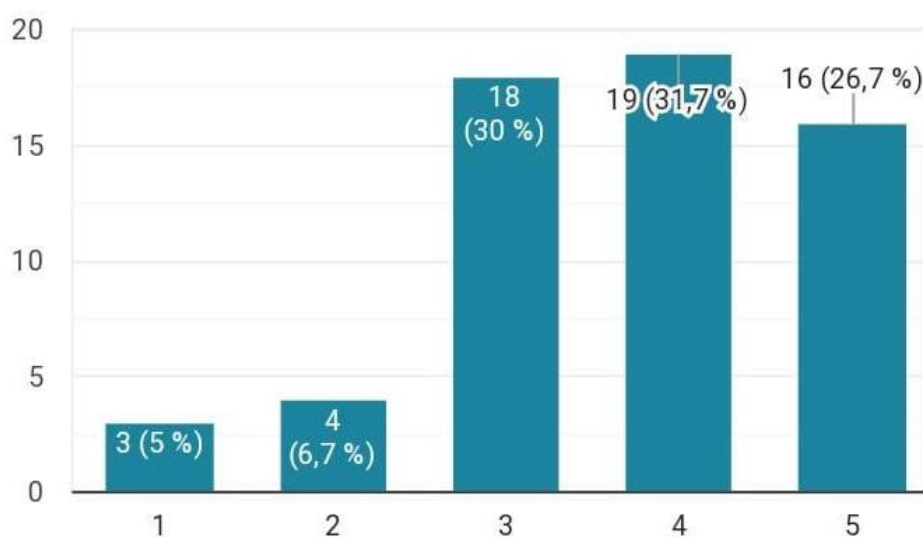


Figura 32. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar el paciente, ¿con que frecuencia es notificado?

El mayor resultado del ítem “Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar el paciente, ¿con que frecuencia es notificado” es de 31,7% de acuerdo, sin embargo, el 30% refiere estar ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 26,7% muy de acuerdo.

- Cuando se comete un error, pero no tiene potencial de dañar al paciente, ¿con que frecuencia es notificado?

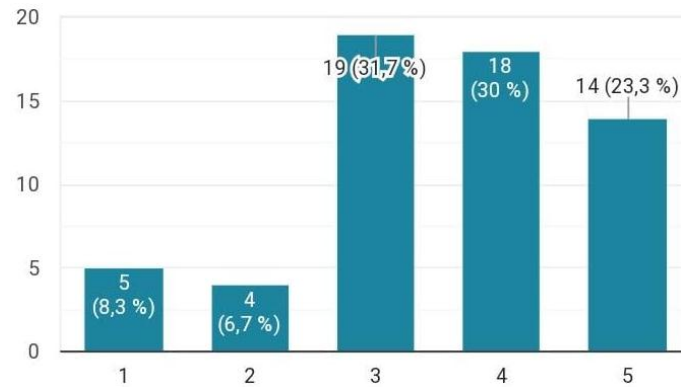


Figura 33. Cuando se comete un error, pero no tiene potencial de dañar al paciente, ¿con que frecuencia es notificado?

El mayor resultado del ítem “Cuando se comete un error, pero no tiene potencial de dañar al paciente, ¿con que frecuencia es notificado” es de 31,7% ni de acuerdo ni en desacuerdo, sin embargo 30% respondió estar de acuerdo y el 23,3% muy de acuerdo.

- Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con que frecuencia es notificado?

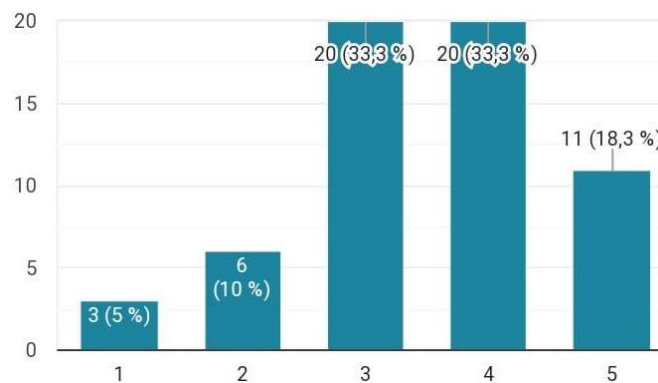


Figura 34. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con que frecuencia es notificado?

El mayor resultado del ítem “Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con que frecuencia es notificado” es de 33,3% ni de acuerdo ni en desacuerdo, sin embargo, el 33,3% está de acuerdo y el 18,3% está muy de acuerdo.

Sección E: grado de seguridad del paciente

- Por favor déle a su servicio/ unidad/ área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

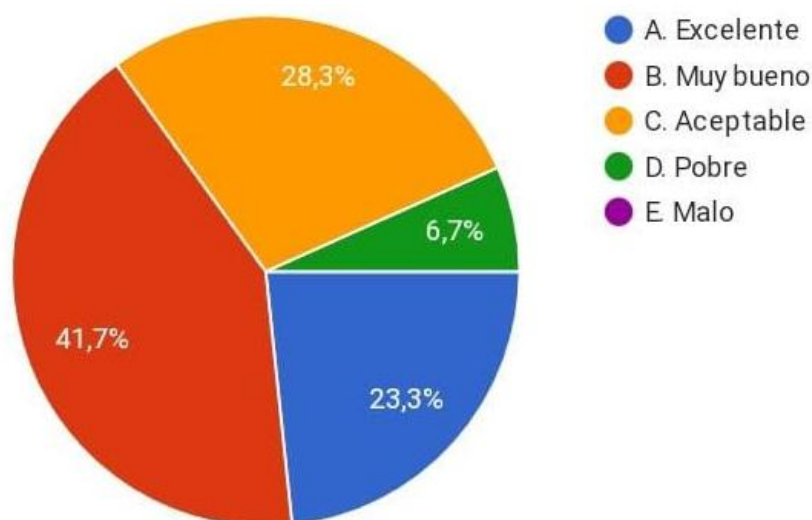


Figura 35. Por favor dele a su servicio/ unidad/ área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente

41,7% de las personas encuestadas respondió es muy buena la seguridad del paciente en su servicio/ unidad/ área de trabajo, el 28,3% responde es aceptable, un 23,3% refiere ser excelente y el 6,7% califica pobre la seguridad del paciente en su servicio.

Sección F: su centro: (hospital/ área, etc., en el caso de atención primaria)

- La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

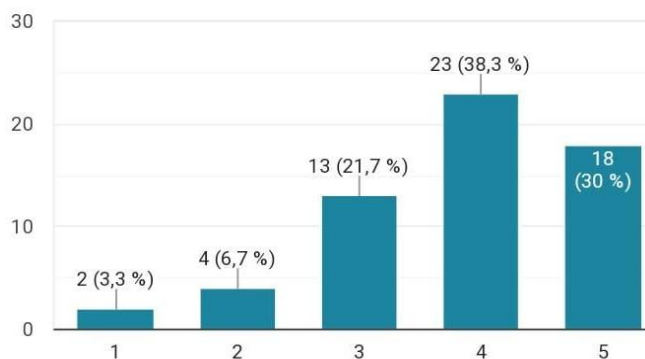


Figura 36. La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente

El mayor resultado para el ítem “La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente” es de 38,3% de acuerdo, sin embargo, el 30% está muy de acuerdo y el 21,7% está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- Los servicios / unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.

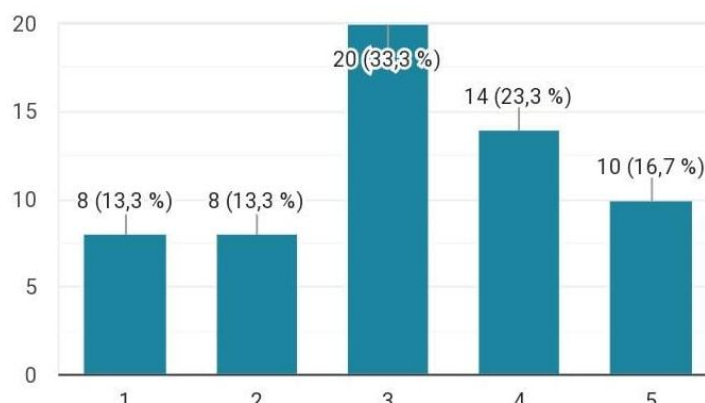


Figura 37. Los servicios / unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos

El resultado del ítem “Los servicios / unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos” es de 33,3% ni de acuerdo ni en desacuerdo, sin embargo el 23,3% esta de acuerdo y el 16,7% muy de acuerdo.

- La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio / unidad a otro.

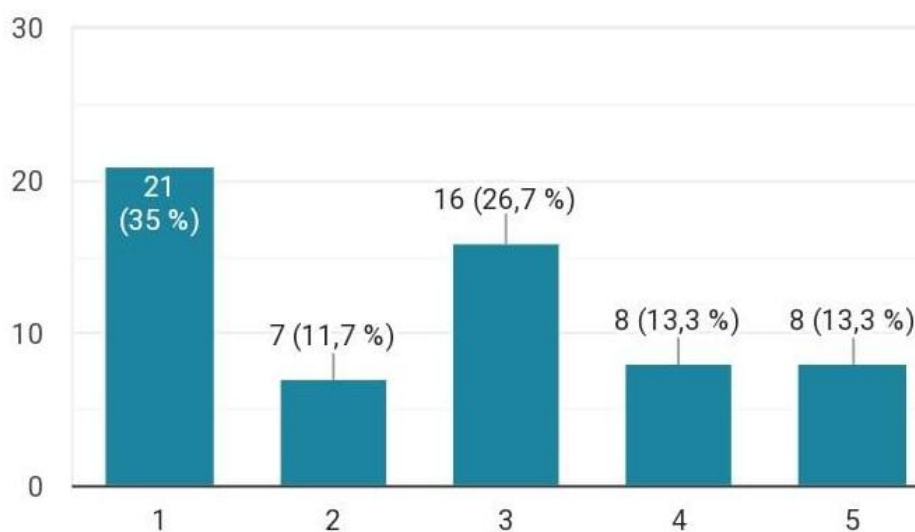


Figura 38. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio / unidad a otro

El resultado del ítem “La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio / unidad a otro” es de 35% muy en desacuerdo, sin embargo, el 26,7% refiere estar ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 13,3% está de acuerdo y muy de acuerdo.

- Hay buena cooperación entre los servicios / unidades del centro que necesitan trabajar juntos.

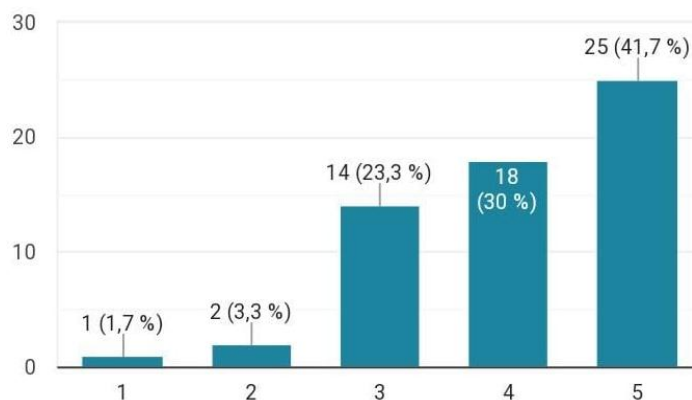


Figura 39. Hay buena cooperación entre los servicios / unidades del centro que necesitan trabajar juntos

El mayor resultado del ítem “Hay buena cooperación entre los servicios / unidades del centro que necesitan trabajar juntos” es de 41,7% muy de acuerdo, sin embargo, el 30% está de acuerdo y el 23,3% refiere estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.

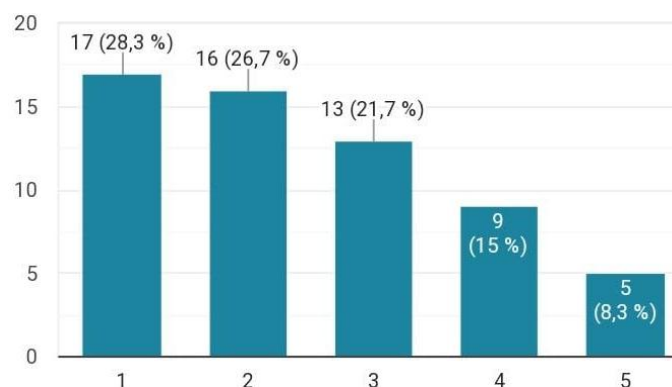


Figura 40. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno

El mayor resultado para el ítem “A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno” es de 28,3% muy en desacuerdo, sin embargo, el 26,7% está en desacuerdo, el 21,7% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 15% de acuerdo.

- En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios / unidades.

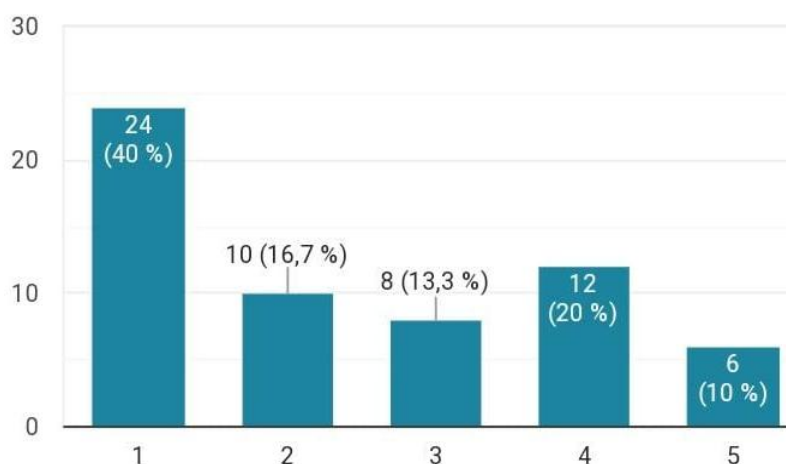


Figura 41. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios / unidades

El mayor resultado para el ítem “En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios / unidades” es de 40% muy en desacuerdo, sin embargo, el 20% está de acuerdo y el 16,7% en desacuerdo.

- Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios / unidades de este centro.

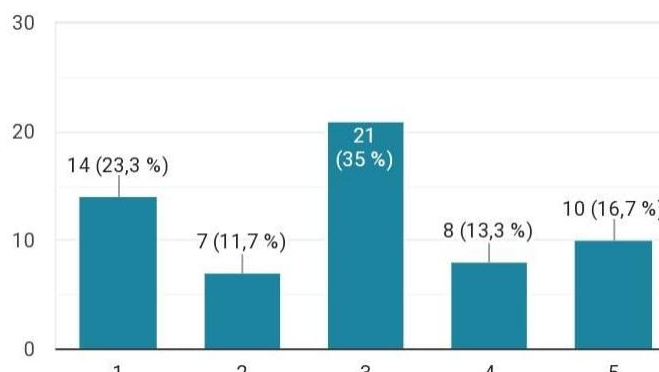


Figura 42. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios / unidades de este centro

El mayor resultado del ítem “Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios / unidades de este centro” es de 35% ni de acuerdo ni en desacuerdo, sin embargo, el 23,3% muy en desacuerdo y el 16,7% muy de acuerdo.

- Las acciones de la dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.

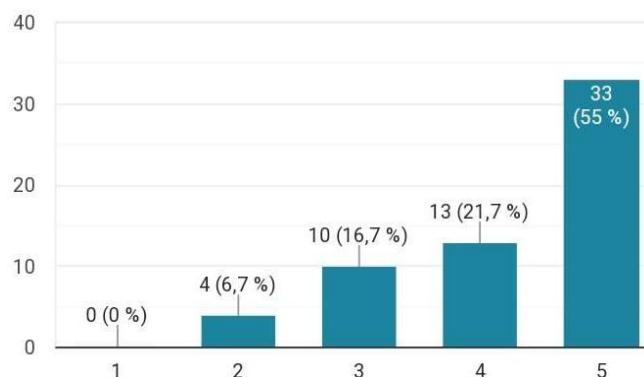


Figura 43. Las acciones de la dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria

El mayor resultado del ítem “Las acciones de la dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria” es de 55% muy de acuerdo, sin embargo, el 21,7% está de acuerdo y el 16,7% está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- La dirección del centro solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.

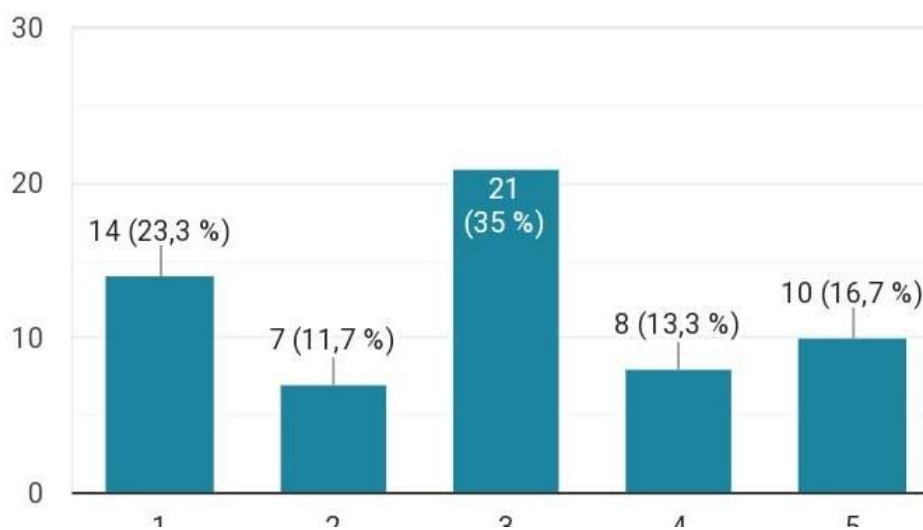


Figura 44. La dirección del centro solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso

El mayor resultado del ítem “La dirección del centro solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso” es de 35% ni de acuerdo ni en desacuerdo, sin embargo, el 23,3% está muy en desacuerdo y el 16,7% está muy de acuerdo.

- Los servicios/ unidades del centro trabajan juntos y cordialmente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.

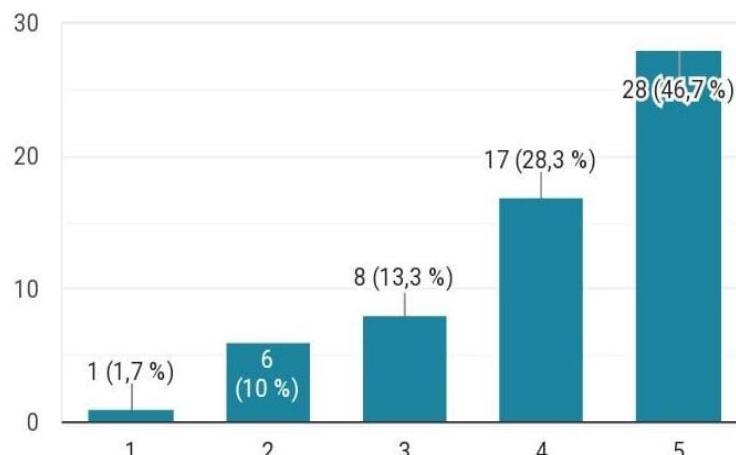


Figura 45. Los servicios/ unidades del centro trabajan juntos y cordialmente para proveer el mejor cuidado a los pacientes

El mayor resultado del ítem “Los servicios/ unidades del centro trabajan juntos y cordialmente para proveer el mejor cuidado a los pacientes” es de 46,7% muy de acuerdo, sin embargo, el 28,3% está de acuerdo y el 13,3% está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes de este centro.

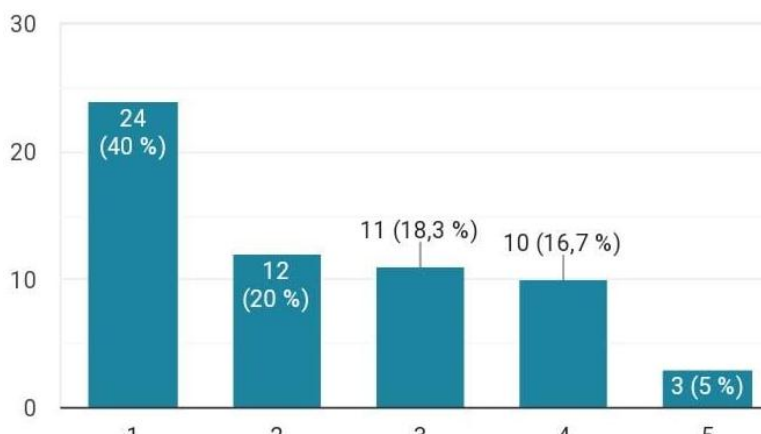


Figura 46. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes de este centro

- El mayor resultado del ítem “Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes de este centro” es de 40% muy en desacuerdo, sin embargo, el 20% está en desacuerdo y el 18,3% está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Sección G: número de sucesos notificados

1. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidente o efectos adversos?

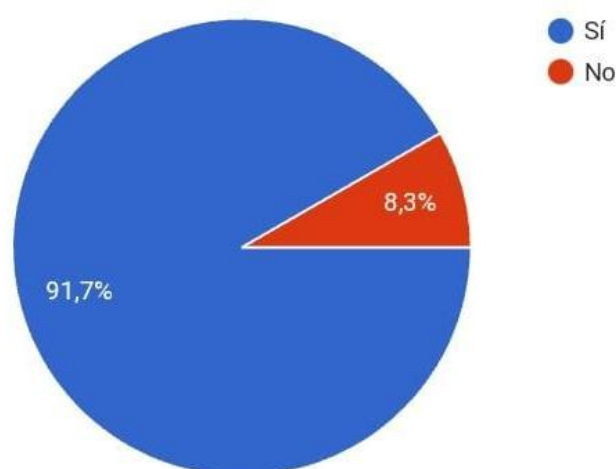


Figura 47. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidente o efectos adversos?

El 91,7% de los encuestados respondieron que si existe en su centro un procedimiento para notificar incidente o efectos adversos y el 8,3% respondieron que no.

2. En los pasados 12 meses ¿Cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias? Marque UNA respuesta.

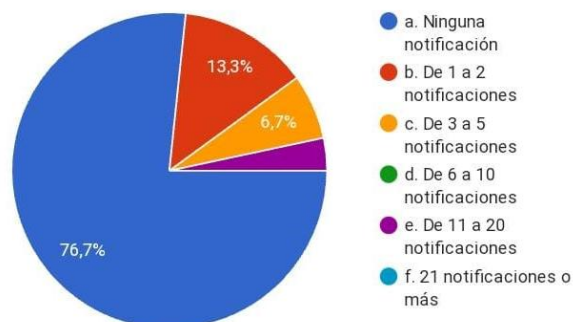


Figura 48. ¿Cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias?

El mayor resultado para el ítem “En los pasados 12 meses ¿Cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias” es de 76,7% ninguna notificación, el 13,3% de 1 a 2 notificaciones y el 6,7% de 3 a 5 notificaciones.

Sección H: características de los encuestados

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este centro?

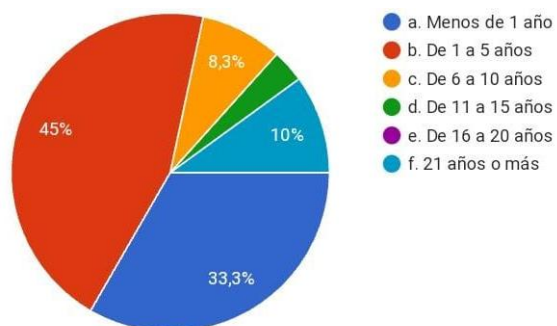


Figura 49. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este centro?

El mayor resultado del ítem “¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este centro?” es de 45% de 1 a 5 años, el 33,3% menos de 1 año, el 8,3% de 6 a 10 años y el 10% 21 años o más.

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/ unidad / área?

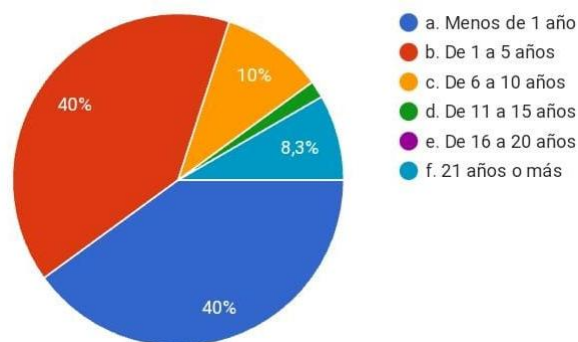


Figura 50. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/ unidad / área?

El mayor resultado del ítem “¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/ unidad / área?” es de 40% de 1 a 5 años, el otro 40% menos de 1 año, el 10% de 6 a 10 años y el 8,35, 21 años o más.

3. Habitualmente, ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?

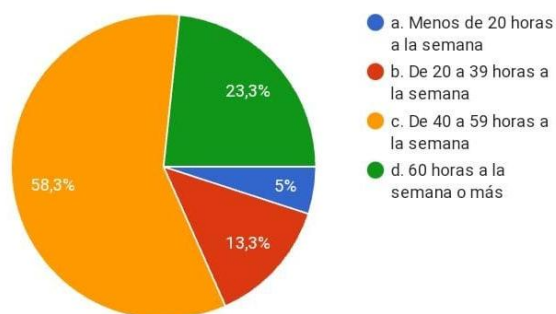


Figura 51. Habitualmente, ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?

El mayor resultado al ítem “Habitualmente, ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?” es de 58,3% de 40 a 59 horas a la semana, el 23,3% 60 horas a la semana o más, el 13,3%

de 20 a 39 horas a la semana y el 5% menos de 20 horas a la semana.

4. ¿a qué estamento pertenece?

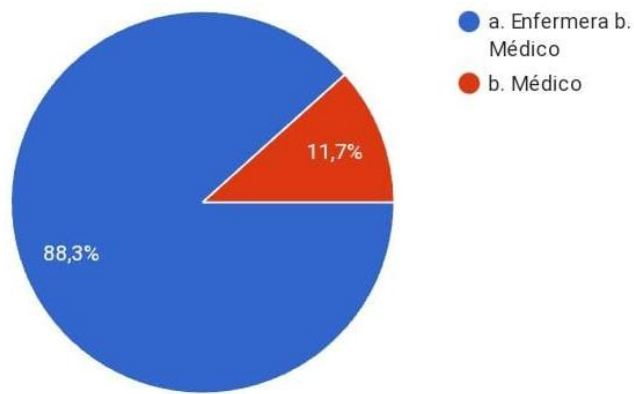


Figura 52. ¿A qué estamento pertenece?

El mayor resultado al ítem “¿a qué estamento pertenece?” es de 88,3% enfermería y 11,7% médico.

5. En su puesto de trabajo ¿tiene interacción directa o en contacto con los pacientes?

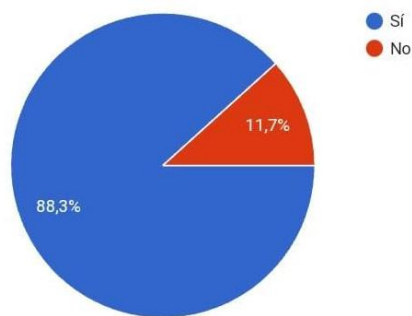


Figura 53. ¿Tiene interacción directa o en contacto con los pacientes?

El mayor resultado al ítem “En su puesto de trabajo ¿tiene interacción directa o en contacto con los pacientes” es de 88,3% si y el 11,7% respondió no.

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?

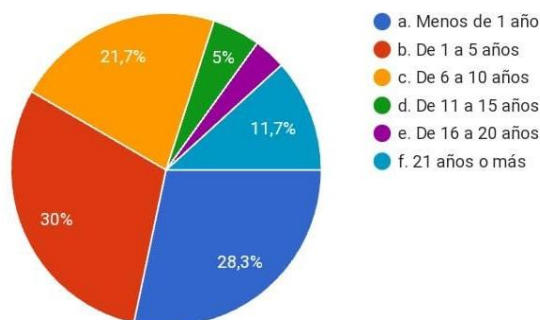


Figura 54. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?

El mayor resultado al ítem “¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?” es de 30% de 1 a 5 años, el 28,3% menos de 1 año, el 21,7% de 6 a 10 años, el 11,7% 21 años o más y el 5% de 11 a 15 años.

Sección I

En la sección I a la pregunta: por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o efectos adversos en su centro, los participantes respondieron lo siguiente.

Primero que todo saber que el paciente es lo principal y hay que velar por la privacidad, seguridad y su buena atención..	Falta más compromiso del personal
Inguno	Seguridad del paciente es velar por ellos
Siempre he estado muy pendiente de la seguridad del paciente a pesar de q la ubicación y condiciones donde se está prestando los servicios No son los adecuados pero sabemos q estamos en plan de contingencia	Me parece muy bien, lo de seguridad de paciente, podemos prevenir o mitigar los eventos adversos, muchas gracias
Falta más compromiso del personal	Tratar de aprender cada día más para garantizarle un mejor c s érvico a los pacientes
Seguridad del paciente es velar por ellos	Trabajo en él área de Esterilizacion, y desde ahí soy muy consciente que mi trabajo lo hago siempre basado en la seguridad del pte , desde lavar muy bien el instrumental,desinfectar para evitar la transmisión de cualquier virus,bacteria,etc etc que pueda poner en riesgo la salud del pte
Me parece muy bien, lo de seguridad de paciente, podemos prevenir o mitigar los	
Ningún	
Estar pendiente de caídas de camilla, llamarlos por su nombre ver qué medicamentos se había administrar	
Me parece exelente	
Sería excelente que se visitara puesto de salud bucarasica ya que la estructura no está tan excelente para una atención al paciente y muchas veces esto podría causar daños no solo materiales su no que al paciente lo afecta directamente ya que es el el que adquiere los servicios y necesito tanto una buena atención como un lugar adecuado para el servicio solicitado	

Figura 55. Sección I

Análisis de resultados:

Sección A su área/ unidad de trabajo: en esta dimensión se evidenció como resultado que mayor número de población de la Institución es de enfermería y se ayudan mutuamente en los servicios, refieren tiene el personal suficiente para afrontar la carga de trabajo, por otra parte

manifiestan trabajan más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente, tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente y cuando se detecta algún fallo se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

Sección B jefe inmediato: en los resultados de la encuesta realizada la mayoría de la población responde que el jefe inmediato expresa su satisfacción cuando intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente, por otra parte el jefe inmediato tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal de salud para mejorar la seguridad del paciente.

Sección C comunicación: el mayor porcentaje de la población encuestada respondió que se les informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que se notifican, el personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente, en la Institución el mayor número de la población discute como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

Sección D Frecuencia de sucesos notificados: el resultado para esta dimensión indica que cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente es notificado con frecuencia.

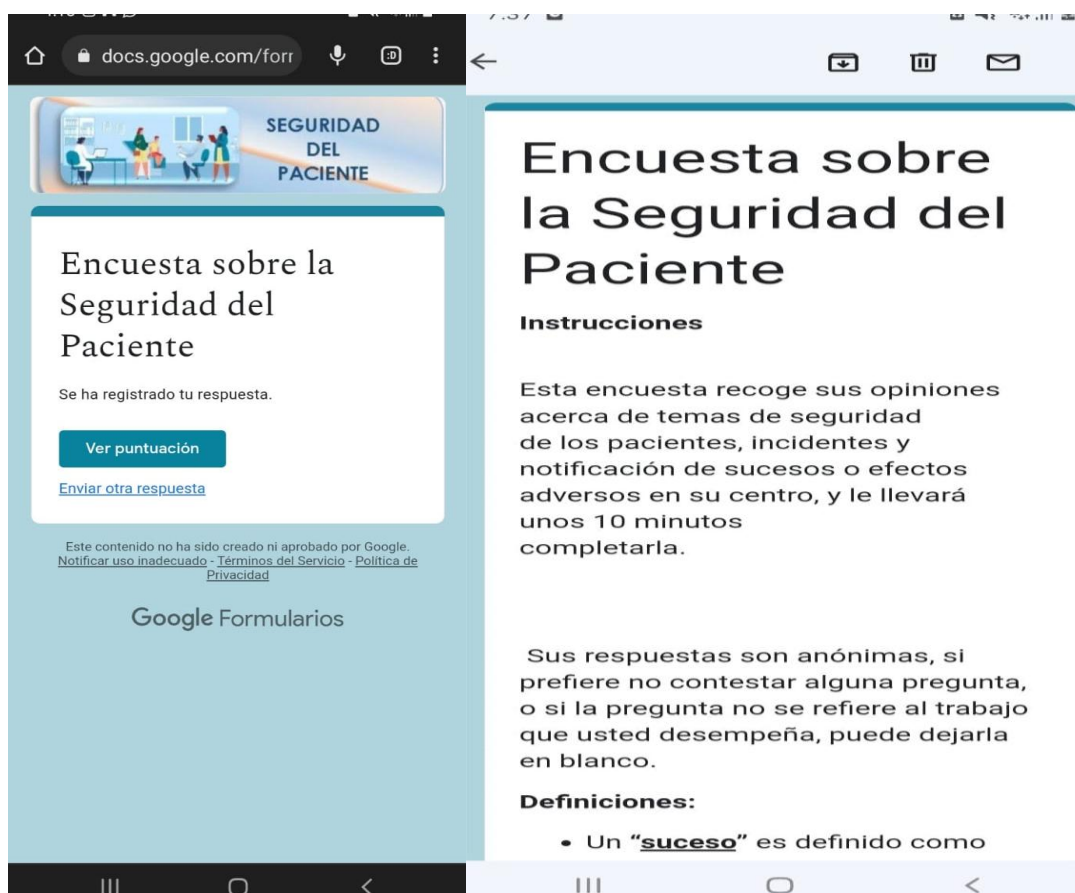
Sección E Grado de seguridad del paciente: el resultado en esta sección arroja un porcentaje de 41,7% siendo la mayor calificación como muy buena la seguridad del paciente, sin embargo, un 28,3% la califica como aceptable.

Sección F Su centro hospital/ área: en esta sección los resultados de la encuesta indican que la dirección de la institución propicia un buen ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, existe buena cooperación entre los servicios unidades del centro que necesitan trabajar

juntos, por otra parte, mencionan que la dirección del centro muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.

Sección G Número de sucesos notificados: en esta dimensión el mayor porcentaje de los encuestados respondió que si existe un procedimiento para notificar incidentes o eventos adversos, no obstante, el 76,7% respondió no se ha realizado ninguna notificación.

Sección H Características de los encuestados: en esta dimensión la mayoría de los encuestados con un 45% respondió lleva trabajando de 1 a 5 años en la institución, por otra parte el 58,3% menciona que trabaja en esta institución de 20 a 39 horas a la semana, el 88,3% del personal de salud tiene interacción directa o en contacto con el paciente.



The image shows a mobile view of a Google Forms survey. The survey is titled "Encuesta sobre la Seguridad del Paciente" (Survey on Patient Safety). The header includes a logo with the text "SEGURIDAD DEL PACIENTE" and an illustration of healthcare workers. The main content area is divided into two columns. The left column contains the survey title, a confirmation message "Se ha registrado tu respuesta." (Your response has been recorded), a "Ver puntuación" (View score) button, and a link to "Enviar otra respuesta" (Send another response). The right column contains the survey instructions, which state that the survey collects opinions on patient safety, incidents, and adverse events, and will take about 10 minutes to complete. It also mentions that responses are anonymous and that users can skip questions if they are not relevant to their work. The survey is created by Google Forms, and the footer includes a disclaimer and links to Google's terms of service and privacy policy.

docs.google.com/fori

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Encuesta sobre la Seguridad del Paciente

Se ha registrado tu respuesta.

[Ver puntuación](#)

[Enviar otra respuesta](#)

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.
[Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Encuesta sobre la Seguridad del Paciente

Instrucciones

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, y le llevará unos 10 minutos completarla.

Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

Definiciones:

- Un "**suceso**" es definido como

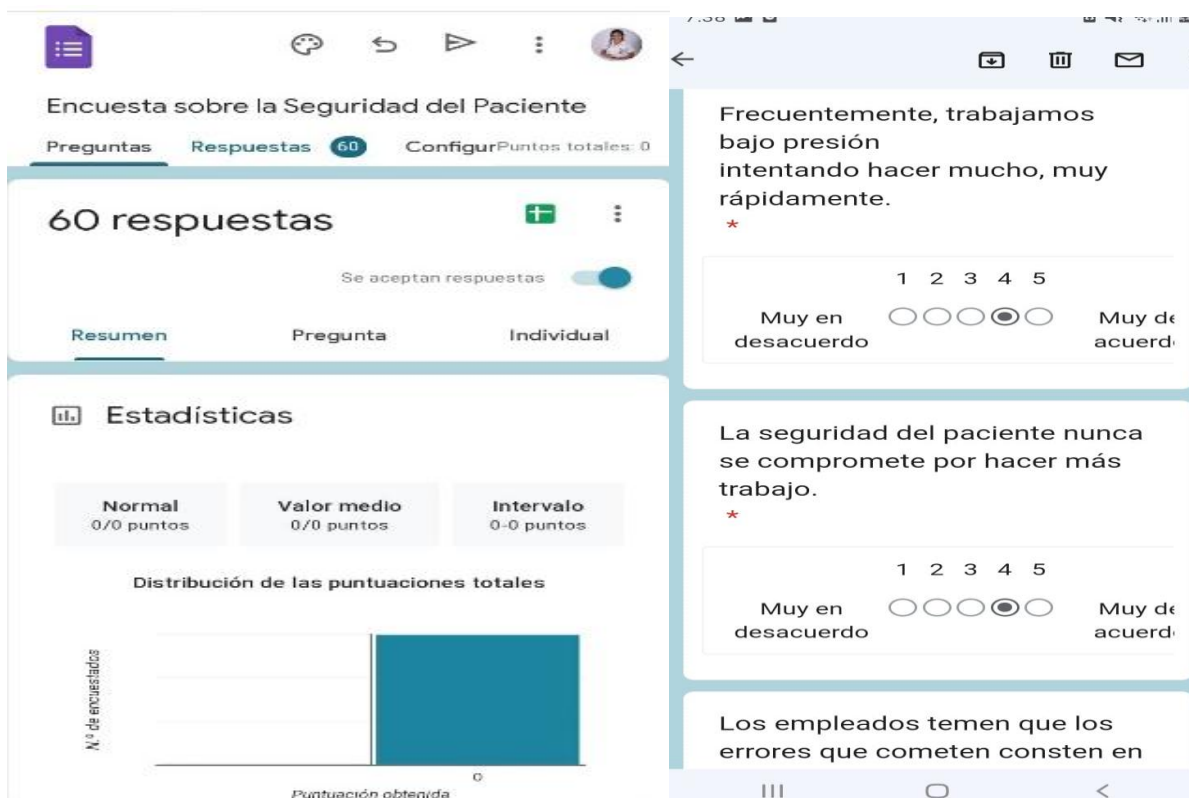


Figura 56. Evidencia encuesta sobre percepción de la seguridad del paciente

Actividad 2:


Se realizó ronda de seguridad del paciente el día 8 de octubre, en el servicio de urgencias y hospitalización en el Hospital San Martín de Sardinata, en donde participaron la Pasante de Enfermería, la líder en seguridad del paciente y la enfermera profesional del servicio. A continuación, se presentan los hallazgos encontrados.

Tabla 3. Ronda de seguridad

Ronda de seguridad	
Hallazgos	En el criterio acceso a la pregunta se realizó la correcta identificación del paciente según protocolo de identificación, se evidencia la NO existencia del mismo. En la ronda se observa paciente sin manilla de identificación, equipos sin marcar, sitio de venopuncion sin rotular.
Acción tomada	Se solicita a la Jefe líder de seguridad del paciente de la ESE Regional Norte de Tibú la presentación del documento. Capacitación al personal de salud sobre el protocolo a cargo de la pasante de enfermería. INTERVENCIÓN: Se realizó socialización del protocolo identificación del paciente al personal de salud de los servicios de urgencias y hospitalización el día 01 – 02 de noviembre del 2022 en donde asistieron 29 personas de la institución.
Hallazgos	En el criterio seguridad del paciente a la pregunta el personal realiza lavado de manos antes de cada consulta y utilizan alcohol glicerinado, se evidencia la NO adherencia al protocolo de lavado de manos.
Acción tomada	Se realizará capacitación al personal de salud sobre el protocolo de lavado de manos, por parte de la pasante de enfermería, con el fin de mejorar esta conducta en el servicio de urgencias y hospitalización. INTERVENCIÓN: Se realizó socialización del protocolo lavado de manos al personal de salud de los servicios de urgencias y hospitalización el día 11 de octubre del 2022 en donde asistieron 27 personas de la institución.
Hallazgos	En el criterio acceso a la pregunta se le dio a conocer los derechos y deberes del paciente se evidencia que no se cumple.
Acción tomada	Se propone con la Jefe líder de seguridad del paciente dar a conocer a los usuarios de la IPS sus deberes y derechos. INTERVENCIÓN: Se realiza educación diaria a los usuarios atendidos durante la pasantía sobre sus deberes y derechos en la institución.
Hallazgo	En el criterio entrega de turno de enfermería se evidencia ausencia de formato de censo diario de urgencias.
Acción tomada	Se solicita realizar documento formato de censo diario de urgencias. INTERVENCIÓN: Se indaga en el servicio de urgencias y hospitalización documentos referidos al censo diario, la cual se evidencia existencia de libro de censo diario y hoja formato censo diario del servicio de urgencias.
Hallazgos	En el criterio de referencia y contra referencia se evidencia ausencia del protocolo del mismo y desconocimiento del proceso de remisión del paciente.
Acción tomada	Solicitar a la líder de seguridad del paciente proceso de referencia y contra referencia, capacitación al personal de salud sobre temática proceso de remisión a cargo de la pasante de enfermería. INTERVENCIÓN: Se solicitó a la ESE Regional Norte Tibú documentación referida al proceso de referencia y contrareferencia existente en la institución para aplicar correctamente el proceso en el servicio de urgencias del Hospital San Martín de Sardinata.



Figura 57. Evidencia ronda de seguridad

	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 00	F-MC-02-09
	FORMATO RONDA DE SEGURIDAD Y SEGUIMIENTO URGENCIAS	Fecha de aprobación 21/02/2015	
	ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE	1 de 4	

8-10-2022	Mañana
Fecha	Jornada

GRUPO VERIFICADOR			
NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO
Leinnys Rodriguez Blas	Enfermera UICU	Maria Alejandra Uribe P.	Asistente Enfermería
Danielq Collantes	Squindo Pate		
Enfermera Urg-Hosp			

Urgencias		
Acceso		
Criterio	C	N
Existen barreras para el ingreso al servicio	✓	
Se realizó la clasificación de TRIAGE a cada uno de los pacientes	✓	
Existe disponibilidad del Recurso Humano en el servicio	✓	
El Recurso Humano es suficiente para la demanda de usuarios	✓	
El personal conoce el proceso de admisión del paciente	En proceso = se está socializando	
Se realizó la correcta identificación del paciente según protocolo de identificación	NO hay protocolos	
Si el paciente requiere de aislamiento se cumplió protocolo de aislamiento	N.A.	
En caso que el paciente fue clasificado Triage IV fue orientado y se le dio la cita por consulta externa	✓	
Se le dio a conocer los deberes y derechos al paciente		✓
Entrega de turno de enfermería		
Criterio	C	N
Al preguntar al personal de enfermería ¿Cómo se realizó la entrega de turno?, este ha sido ejecutado conforme al procedimiento institucional establecido	✓	
Presentación a la hora indicada	✓	
Revisión de las notas de enfermería	P/ Identificación y Hoja de Propuesta - Equipos	
Presentación del grupo de enfermería que ingresa a cada paciente	✓	
Verificación de información del paciente	✓	
Revisión de inventario de elementos	✓	✓
Verificación del caso de paro	✓	✓
Elaboración del censo diario de sala	✓	✓
El registro del LIBRO ha sido registrado para cada entrega de turno	✓	
El registro del LIBRO ha sido firmado por el personal profesional de enfermería, conforme a la entrega y recibido del turno	✓	✓


OBSERVACIONES
 Pendiente formato censo diario de Urgencias
 Pendiente protocolo socialización identificación de paciente
 Continuar con socialización de admisión de pacientes

Ingresos		
N° de ingresos realizados	N° de ingresos registrados	Observaciones
1	1	

Verificación en historias clínicas (inspección aleatoria)		
Criterio	C	N
Se evidencia registro correspondiente a la entrega de turno del personal médico	✓	
El registro correspondiente a la entrega de turno del personal médico cuenta con las respectivas firmas y sellos de quien entrega y de quien recibe turno		✓
Se evidencia registro de ronda médica	Se evidencia en H.C.	
El registro correspondiente a la ronda médica cuenta con la respectiva firma y sello del médico especialista y/o general		

OBSERVACIONES
 Formato de ronda Médica Urgencias Hospitalización
 Firmas entrega de turnos Médicos Urgencia

Gestión de medicamentos y dispositivos médicos		
Criterio	C	N
Se registra en el Formato "F-AT-03-02 Formato condiciones ambientales" se evidencia hasta la fecha		✓
Se registra en el Formato "F-AT-03-03 Formato control de temperatura" se evidencia hasta la fecha		✓
Se evidencia Solicitud de material médico quirúrgico y demás insumos en el "F-AT-03-05 Formato de solicitud de material médico quirúrgico y demás insumos"		
Se evidencia Solicitud Medicamentos y dispositivos médicos "F-AT-03-07 Formato de solicitud medicamentos y dispositivos"	✓	
Verificación de Órdenes médicas y/o solicitud de pedido que contengan DCI (nombre genérico), dosis, cantidad, concentración, forma farmacéutica, fecha de caducidad, lote, número de lote, número de control, número de serie y fecha del producto, entre otros, según corresponda.		

 <p>SEGURO DEL PACIENTE</p>	Versión: 00 F-MC-02-09
	Fecha de aprobación: 21/02/2015
	3 de 4

Urgencias				
Remisiones				
Nombre del paciente	Remisión	Diagnóstico		
Humberto Benavente 13.495539	Abdomen Agudo - Nifedipina	Obstrucción		
Pacientes en observación				
Jornada	Sala de observación mujeres	Sala de observación hombres	Sala de observación pediátrica	Sala de observación para pacientes en aislamiento
Mañana	Marilyn Contreras	Jhon Fernan	Josep Ronda	
Tarde				
Noche				

TJ-4041 R03724

Pendientes sin Mantenimiento		Sin reportar por Mantenimiento	
Infraestructura Gestión Residuos			
Criterio			
La clasificación y segregación de residuos ordinarios e inertes se realiza correctamente		C	N
La clasificación y segregación de residuos reciclables se realiza correctamente			
La clasificación y segregación de residuos contopuzantes se realiza correctamente			
Se cuenta con insurmos para la desactivación de residuos peligrosos			
El personal conoce el método de desactivación de residuos contopuzantes establecido en el PGRHS		✓	
El personal conoce el método de desactivación de residuos anatómopatológicos establecido en el PGRHS			
El personal conoce el método de desactivación y perfijación de placentas establecido en el PGRHS			
El personal conoce el método de desactivación de residuos bioanatómicos comunes establecido en el PGRHS			
El personal conoce el método de desactivación de residuos químicos mercurio establecido en el PGRHS			
El personal conoce el método de desactivación de residuos de medicamentos usados, vencidos, deteriorados, mal conservados o provenientes de lotes que no cumplen con especificaciones de calidad			
Las bolsas y guerdones son selladas y rotuladas para su recolección			
Se utilizan los canos de recolección de residuos según el código de colores y en los horarios establecidos			✓
No se evidencia contaminación cruzada frente a la recolección de residuos y entrega o recolección de alimentos			
Condiciones de limpieza y aseo			
Criterio			
Se evidencian condiciones mínimas de limpieza en los pisos sin presencia de derrames, residuos peligrosos, u otros		✓	
Los paredes, vidrios y ventanas se observan limpias			✓
Las superficies de los muebles y equipos no presentan polvo y residuos comunes u ordinarios		✓	✓
Los elementos de aseo se encuentran ubicados en zonas específicas que no representan riesgos en la prestación del servicio		✓	✓
No se evidencia malos olores			✓
Las camas y/o camillas se encuentran en perfecto orden			✓
Las sábanas y/o cobijas se encuentran limpias y ordenadas	limpias		✓

Seguridad del paciente		
Criterio		
Los profesionales de la salud saludan amablemente y se presentan delante del paciente		N
El personal realiza lavado de manos antes de cada consulta y utilizan alcohol gelificado		✓
El cuidado del paciente se tiene en cuenta su condición física y su estado funcional		✓
Se le explica al paciente los hallazgos encontrados en consulta de tal forma que sean comprensible para los pacientes		✓
Se explican los procedimientos que se realiza al paciente y se firma el consentimiento informado si aplica		✓
Se protege la intimidad del paciente		✓
Se le explica al paciente la enfermedad por la cual se prescribe la medicación		✓
Se dan indicaciones al paciente para la forma correcta de los medicamentos		✓
Se dan información de los posibles efectos que puedan producir los medicamentos y que hacer en caso de que se presenten		✓
Se entrega fórmula con letra clara, legible y se explica al paciente		✓
Se brinda información de signos de alarma y plan de cuidados a intervenciones		✓
Se informa al paciente cuando y como puede reclamar los resultados de los exámenes que realicen		✓
Se da instrucción y orientación a la familia en cuidado del paciente		✓
Después del egreso se le realiza seguimiento al paciente de acuerdo a los requerimientos de su condición de salud	N/A	✓

ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE		SEGUIMIENTO URGENCIAS		
ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE		4 de 4		
Observaciones				
Socialización protocolo lavado de manos				
Maternidad Segura				
Criterio			C	N
Se le dio prioridad a la atención a la gestante			✓	
Se realizó la correcta identificación a la gestante de acuerdo al protocolo de identificación del paciente			Previsor Protocolo	
Se dio atención a la gestante independientemente de las dificultades administrativas			NO APLICA	
Se identificó alguna barrera para el acceso al servicio			✓	
Se cuenta con los medicamentos básicos en caso que la gestante amerite dependiendo su condición de salud: 1. Antibióticos 2. Anticonvulsivantes 3. Oxitócicos 4. Líquidos			✓	
La gestante se remitió de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel			✓	
Se promovió un ambiente seguro a la gestante en el proceso de atención			✓	
Se identificó alguna demora para reconocer la necesidad de atención en salud			✓	
Si la gestante se trasladó al servicio de hospitalización se realizó la respectiva entrega de la paciente al médico de turno			NO APLICA	
Si se requirió algún apoyo diagnóstico se le realizó oportunamente			✓	
Si la paciente se le dio de alta se orientó en el autocuidado			✓	
Si la paciente se le dio de alta se le realizó el seguimiento			✓	
Se involucró a la familia en el autocuidado de la gestante y acompañamiento en su proceso de maternidad			✓	
Kit de urgencias obstétricas Completo en contenido			✓	
Observaciones				
Gestante 34 Semanas Gestación Marly D. Contreras TI: 1091803321.				
INFORME CON HALLAZGOS				
INCUMPLIMIENTO		PROCESO		

Figura 58. Formato Ronda de seguridad y seguimiento de urgencias

Actividad 3:

Se realizó aplicación de listas de chequeo sobre protocolo de venopuncion, adherencia al lavado de manos, identificación de paciente, control y prevención de caídas, cultura de la maternidad segura y una lista de chequeo ronda de seguridad, en el servicio de urgencias y hospitalización del Hospital San Martín de Sardinata, obtenidas por la institución ESE Regional Norte, con el fin de valorar la calidad de la atención y cumplimiento de los procesos establecidos en cada uno de los protocolos, procedimientos y guías de la institución.

Tabla 4. Listas de chequeo

Listas De Chequeo																	
<p>Lista de chequeo Adherencia al lavado de manos</p> <p>Intervención: se realizó socialización del protocolo lavado de manos al personal de salud de los servicios de urgencias y hospitalización el día 11 de octubre del 2022 en donde asistieron 27 personas de la institución con el fin de que el personal de salud realice adecuadamente el procedimiento.</p>	<p>En la lista de chequeo se presentan 20 ítems para la valoración, se obtuvo como resultado que 3 de las 10 listas aplicadas obtuvieron un porcentaje del 90% encontrándose en un cumplimiento adecuado. Por otra parte 3 de las 10 listas aplicadas obtuvieron el 95% encontrándose en cumplimiento adecuado y 4 de las 10 listas aplicadas obtuvieron un 100% encontrándose en el cumplimiento óptimo en la adherencia al lavado de manos. Se aplicó lista de chequeo al 83% del personal de salud de urgencias y Hospitalización.</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>OPTIMO</td> <td>100%</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ADECUADA</td> <td>85 a 99%</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>DEFICIENTE</td> <td>70 a 84%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INACEPTABLE</td> <td>69% o menor</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	OPTIMO	100%	4	ADECUADA	85 a 99%	6	DEFICIENTE	70 a 84%		INACEPTABLE	69% o menor		TOTAL		10
OPTIMO	100%	4															
ADECUADA	85 a 99%	6															
DEFICIENTE	70 a 84%																
INACEPTABLE	69% o menor																
TOTAL		10															
<p>Lista de chequeo protocolo de venopuncion.</p> <p>Intervención: se realizó socialización del protocolo de venopuncion al personal de salud de los servicios de urgencias y hospitalización el día 20 de octubre del 2022 en donde asistieron 11 personas de la institución con el fin de mejorar el proceso de venopuncion y la seguridad del paciente.</p>	<p>Se obtuvo como resultado que las 10 listas aplicadas obtuvieron el mismo porcentaje 83% ya que el personal de salud evaluado no cumplió con dos de los 12 ítems establecidos en la lista, se evidencia que NO se diligencia y se explica el formato de consentimiento informado y no se utilizan los elementos de protección personal (guantes) manifestando que no utilizan los mismos por escasez en el servicio. Se aplicó lista de chequeo al 83% del personal de salud de urgencias y Hospitalización.</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>OPTIMO</td> <td>100%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADECUADA</td> <td>85 a 99%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEFICIENTE</td> <td>70 a 84%</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>INACEPTABLE</td> <td>69% o menor</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	OPTIMO	100%		ADECUADA	85 a 99%		DEFICIENTE	70 a 84%	10	INACEPTABLE	69% o menor		TOTAL		10
OPTIMO	100%																
ADECUADA	85 a 99%																
DEFICIENTE	70 a 84%	10															
INACEPTABLE	69% o menor																
TOTAL		10															
<p>Lista de chequeo identificación del paciente.</p> <p>Intervención: se realizó socialización del protocolo identificación del paciente al personal de salud de los servicios de urgencias y hospitalización el día 01 – 02 de noviembre del 2022 en donde asistieron 29 personas de la institución, con el fin de que mejoren el proceso de identificación en la seguridad del paciente.</p>	<p>En la lista de chequeo identificación del paciente se obtuvo como resultado que 4 de 10 listas aplicadas obtuvieron el 85% con un cumplimiento adecuado de los 13 criterios de verificación, 2 de 10 listas obtuvieron un porcentaje de 84% encontrándose en un cumplimiento deficiente, 1 de 10 obtuvo como resultado 92% con cumplimiento adecuado, 1/10 obtuvo resultado de 79% deficiente y 2/10 obtuvo un 77% de cumplimiento deficiente. Se aplicó lista de chequeo al 83% del personal de salud de urgencias y Hospitalización.</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>OPTIMO</td> <td>100%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADECUADA</td> <td>85 a 99%</td> <td>4 - 1</td> </tr> <tr> <td>DEFICIENTE</td> <td>70 a 84%</td> <td>2- 1- 2</td> </tr> <tr> <td>INACEPTABLE</td> <td>69% o menor</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	OPTIMO	100%		ADECUADA	85 a 99%	4 - 1	DEFICIENTE	70 a 84%	2- 1- 2	INACEPTABLE	69% o menor		TOTAL		10
OPTIMO	100%																
ADECUADA	85 a 99%	4 - 1															
DEFICIENTE	70 a 84%	2- 1- 2															
INACEPTABLE	69% o menor																
TOTAL		10															

Listas De Chequeo

Lista de chequeo control y prevención de caídas.

Intervención: se realizó socialización del protocolo control y prevención de caídas al personal de salud de los servicios de urgencias y hospitalización el día 21 de octubre del 2022 en donde participaron 10 personas de la institución, con el fin de que realicen correctamente el proceso de prevención de caídas y aplicación de escalas.

En la lista de chequeo para control y prevención de caídas se presentan 10 ítems de verificación que fueron aplicadas a 10 personas del servicio de urgencias y hospitalización, como resultado se obtuvo que las 10 listas aplicadas obtienen el mismo resultado 50% con un cumplimiento inaceptable. Se evidencia el no cumplimiento de los ítems de clasificación de los riesgos en las escalas de valoración MORSE y HUMPTY DUMPTY, también se evidencia que no se clasifica el riesgo en la manilla de identificación y tampoco se realiza apertura y documentación de los planes de cuidado de enfermería.

OPTIMO	100%	
ADECUADA	85 a 99%	
DEFICIENTE	70 a 84%	
INACEPTABLE	69% o menor	10
TOTAL		10

Formato de medición de cultura de seguridad de la gestante.

Intervención: se realizó aplicación de la estrategia maternidad segura al personal de salud de los servicios de urgencias y hospitalización el día 05 de noviembre del 2022 con el fin de mejorar la seguridad de la gestante en la IPS.

El formato de medición de cultura de seguridad de la gestante cuenta con 29 criterios de verificación, se aplicó al 58% del personal de salud del servicio de urgencias y hospitalización, obteniendo como resultado que 5 de las 10 listas aplicadas obtuvieron un 89% con un cumplimiento adecuado y 2 de las 10 listas aplicadas obtuvieron un 86% con un cumplimiento adecuado.

OPTIMO	100%	
ADECUADA	85 a 99%	5 - 2
DEFICIENTE	70 a 84%	
INACEPTABLE	69% o menor	
TOTAL		7

Lista de chequeo ronda de seguridad.

Se realiza aplicación de lista de chequeo sobre ronda de seguridad en el servicio de urgencias y hospitalización del Hospital San Martín de Sardinata, obteniendo como resultado un puntaje cumplimiento del 73% encontrándose en un nivel deficiente. Por lo anterior se hace la observación de capacitar al personal de salud sobre el plan de gestión integral de residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS).

OPTIMO	100%	
ADECUADA	85 a 99%	
DEFICIENTE	70 a 84%	1
INACEPTABLE	69% o menor	
TOTAL		1

4.1.2 Diseño de intervenciones de acuerdo a los hallazgos. El Diseño de intervenciones de acuerdo a los hallazgos se presenta de la siguiente manera:

Tabla 5. Objetivo 2

Objetivo 2	
Establecer estrategias de mejoramiento sobre la base de buenas prácticas de seguridad del paciente propuestas por el ministerio de salud en los paquetes instruccionales de acuerdo al portafolio del servicio de urgencias y hospitalización de la ESE Regional Norte IPS San Martín de Sardinata.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de riesgos en la ruta de atención y la población que atienden. • Identificar acciones de Vigilancia necesarias a implementar y que apliquen en la entidad: En Farmacovigilancia: uso de correctos de medicamentos – reporte de reacciones a medicamentos -y su reporte al Invima. Tecnovigilancia: Reportes de reacciones a causa de dispositivos médicos (-y su reporte al Invima) • Trabajar en tono a procesos seguros como: i) maternidad segura ii) estancia segura de hospitalización y urgencias • Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud 	
Meta planteada	Cumplimiento de la meta
	INDICADORES:
<ul style="list-style-type: none"> • A noviembre de 2022 se habrá diseñado un documento donde se identifiquen los riesgos para el servicio de urgencias y para hospitalización desde el ingreso hasta el egreso del paciente. • A noviembre de 2022 se habrá diseñado una estrategia y capacitado al personal de salud como medio de acción ante el uso de correctos, maternidad segura y la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • N° De documentos sobre riesgos identificados en los servicios de urgencias y hospitalización. (tablas) / # de documentos sobre riesgos identificados en los servicios de urgencias y hospitalización x100 $1/1 \times 100 = 100\%$, a la fecha se ha elaborado un documento sobre identificación de riesgos del paciente desde el ingreso al egreso de la institución. • N° de acciones de prevención y control de IAAS, estrategia maternidad segura y administración segura de medicamentos desarrollados en los servicios de urgencias / hospitalización durante la pasantía. • N° de personas cubiertas con la estrategia. $12 \times 100 / 12 = 100\%$ A la fecha se realizó capacitación como acción de prevención y control de las IAAS en donde participo el 100% del personal de salud, se implemento la estrategia maternidad segura y se desarrollo estrategia de administración segura de medicamentos.
Resultados Obtenidos	
Actividad 1:	
Se realizó documento sobre identificación de riesgos de la atención en pacientes desde el ingreso al egreso de la institución, para el servicio de urgencias y hospitalización en el Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte, con el fin de evitar riesgos en la atención de salud identificando las causas y las barreras para mejorar la seguridad del paciente en la institución. Se hizo entrega a la coordinadora de la Institución, a la enfermera profesional líder de seguridad del paciente y al servicio de calidad de la IPS.	

Tabla 6. Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes

Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes			
Actividad	Riesgos	Causas	Barreras
Identificación del paciente	Falla de identificación al ingreso del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento. 	
	Procesos de captura de datos incompletos de Mala calidad o equivocados.	<ul style="list-style-type: none"> • Personal asistencial que obvia este paso durante el proceso esperando realizar la identificación después de la atención inicial. • Error en el registro de ingreso del paciente con identificación incompleta, con errores, que no verifica con el usuario la exactitud de los datos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información.
	Identificación de los pacientes por medio de datos diferentes a los personales, ejemplo: número de la habitación, enfermedad, entre otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento. • Problemas de comunicación del equipo de trabajo (inadecuada entrega de turno). 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales.
	Traslado y movimiento del paciente sin adecuado proceso de Identificación.	<ul style="list-style-type: none"> • Desactualización o no socialización de procesos de identificación de pacientes. • Falta de equipos necesarios para la recolección de los datos del paciente. • No contar con manillas o brazaletes en el lugar de recepción del paciente. • Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados). • Estado mental del paciente alterado (desorientación, agitación psicomotora) • Edad (paciente adulto mayor o menores de cinco años). 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la identificación a través de manillas y registrar todos los datos en la historia clínica y demás formatos necesarios para la atención del paciente. • Diseño de formatos de historia clínica que contengan los datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación. • Definición del número de pacientes por personal asistencial. • Falta de herramientas tecnológicas, que permitan la adecuada identificación del usuario. • Manillas o brazaletes de identificación.

Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes			
Actividad	Riesgos	Causas	Barreras
		<p>Uso de medicamentos que alteren el estado de lucidez.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de comunicación del paciente (visión, audición y fonación). • Alteraciones del estado de conciencia: (coma, estupor, confusión, paciente que ingresa a la institución sin identificación y en estado de inconciencia) 	
Atención del paciente	Error en la definición del plan de manejo o clasificación en triage.	<ul style="list-style-type: none"> • Delegar la atención del paciente a especialistas o enfermeras sin experiencia en emergencias o a especialistas en formación. • Sobrecarga laboral en el personal entrenado y con las competencias para brindar la atención. • Omisión en la definición de políticas claras de selección del recurso humano. • Falta de entrenamiento o experiencia. • Competencias inadecuadas para la atención al paciente. • Omisión en la adherencia a guías de práctica clínica y protocolos institucionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar directrices para el adecuado trabajo en equipo y la comunicación efectiva. • Aplicar las directrices para el proceso de selección institucional. • Educar al personal asistencial en seguridad del paciente. • Fomentar una cultura institucional de seguridad de la paciente no punitiva. • Capacitar al personal en estrategias de trabajo en equipo.
	No verificación de órdenes médicas	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés y cansancio. • No definición o no cumplimiento del perfil del cargo definido. • Omisión en el cálculo del recurso humano calificado frente a la demanda del servicio. • Errores en la documentación, actualización, socialización y evaluación a la implementación de guías de práctica clínica y protocolos institucionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar políticas de selección del recurso humano basadas en la definición de competencias para el personal asistencial en las diferentes disciplinas. • Documentar, socializar, actualizar y evaluar la aplicación de guías de práctica clínica y protocolos institucionales. • Implementar rondas de seguridad.

Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes			
Actividad	Riesgos	Causas	Barreras
		<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada comunicación horizontal. • Inadecuadas prácticas de trabajo en equipo. • Inadecuadas estrategias de comunicación en el equipo de trabajo. • Inadecuado ambiente laboral entre los encargados de la prestación del servicio. • Desconocimiento del manejo de herramientas clínicas de dosificación o prescripción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con herramientas sistematizadas o documentos en físico para la fácil consulta de protocolos en el servicio de urgencias.
	Identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de programas de inducción y reinducción a todo el personal. • Ausencia de programas de educación continuada al personal asistencial con énfasis en seguridad del paciente y buenas prácticas que incluya evaluación de su adherencia a las políticas institucionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación cuidadosa del instrumento de valoración del riesgo de caídas. • Comunicar al personal asistencial que interviene en la atención del riesgo. • Educar al paciente para que informe los antecedentes de caída cada que haya cambio de turnos.
	Movilización inapropiada del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • No educar al personal para informar tipo de riesgo y antecedentes cada vez que haya cambio de turno. • No implementación de rondas de seguridad. • Inadecuada valoración del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo. • Suministro de la herramienta de valoración de riesgo de caída.
	Falta de acompañamiento y monitoreo al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de habilidades y competencias para desarrollar la herramienta de identificación del riesgo. • Fatiga de personal. • Sobrecarga laboral. • Inadecuada implementación de la herramienta de valoración del riesgo de caídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación con códigos de colores de acuerdo al tipo de riesgo. • Disponibilidad de insumos y equipos para la atención del paciente. • Garantizar condiciones de infraestructura que permitan la aplicación de protocolos de valoración y ubicación de acuerdo al resultado de la misma.

Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes			
Actividad	Riesgos	Causas	Barreras
		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de experiencia del personal que realiza el procedimiento. • Personal asistencial que no se adhieren a las herramientas y los protocolos institucionales. • Omisión en la aplicación de protocolos y herramientas. • Omisión de información de antecedentes de caídas. • Salud física y mental deficiente. • Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento de valoración. • Ausencia de personal de soporte. • Inadecuadas técnicas de comunicación en el equipo de trabajo. • Ausencia de supervisión al personal en formación. • Deficientes herramientas de comunicación que indiquen la valoración realizada. • Estructura del equipo de trabajo deficiente. • Edades mayores de 60 años y menores de 5 años. • Paciente con problemas mentales, uso de medicamentos (que afecten la lucidez del paciente). • Pacientes con limitaciones o problemas de origen motor que dificulten la marcha. • Personalidad (actitud resistente, agresiva o temerosa). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería. • Documentar, socializar, actualizar y hacer seguimiento a la adherencia de protocolos de valoración del riesgo. • Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción al personal encargado de realizar las valoraciones. • Creación de una cultura de seguridad integrando al paciente y personal asistencial en las practicas seguras. • Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de caídas. • Vigilancia activa a través de rondas de seguridad. • Supervisión (de la herramienta) de la valoración de riesgo de caídas realizada a los pacientes. • Utilización de brazaletes de colores y con códigos de barras. • Signos de alerta y restricciones de software que impidan el diligenciamiento de la historia clínica, si no se ha realizado completamente la valoración de riesgo al ingreso del paciente.

Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes			
Actividad	Riesgos	Causas	Barreras
		<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad de salud (enfermedades neurológicas, epilepsia, cardíacas). • Uso de medicamentos que afecten el estado de conciencia. • Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos para valoración de riesgo. • Ausencia de condiciones de infraestructura que dificultan el cumplimiento de protocolos para la prevención de las caídas. • Cantidad de personal insuficiente respecto a la demanda de usuarios del servicio. 	
Diligenciamiento de registros clínicos y consentimiento informado	<p>Omisión del consentimiento informado o ausencia en la historia clínica o diligenciamiento incompleto.</p> <hr/> <p>Personal que no verifica el entendimiento del consentimiento informado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Política sobre seguridad del paciente ausente o deficiente. • Alto número de pacientes por profesional en el servicio. • Cultura organizacional que no da importancia a la calidad del consentimiento informado • Normatividad deficiente o poco clara. • Fatiga de personal. • Competencias técnicas y no técnicas inadecuadas. • Su estado de salud física y mental deficiente o deteriorada. • Su actitud y motivación deficiente. • Profesionales poco comprometidos con la cultura del consentimiento informado. • Ambiente de trabajo no adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación permanente sobre cultura de seguridad del paciente, la importancia de una cultura de consentimiento informado, adecuado diligenciamiento de registros clínicos y la importancia legal del mismo. • Ronda de seguridad que incluya revisión de la Historia clínica al azar con sus respectivos anexos. • Información sobre los deberes y derechos del paciente (consentimiento informado) visible en la entidad. • Pendones institucionales que informan sobre qué es el consentimiento informado. • Disponibilidad del formato de consentimiento informado en el lugar de trabajo. • Capacitación en comunicación efectiva

Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes			
Actividad	Riesgos	Causas	Barreras
		<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones ambientales no adecuadas (Infraestructura, contaminación, iluminación, ruido) • Fatiga de personal, sobrecarga de trabajo y presión. • Comunicación deficiente del equipo de trabajo. • El patrón de cambios de turno con debilidades. • Falta de supervisión. • Falta de trabajo en equipo. • Delegación de la responsabilidad de la explicación del consentimiento a un profesional que no es el profesional tratante o responsable. • El diseño de los procedimientos de consentimiento informado y registros clínicos deficientes, ausentes o no socializados. • No disponibilidad de consulta de procedimiento y formato de consentimiento informado. • El inadecuado estado de los equipos de cómputo e impresoras que no permiten la impresión del consentimiento informado 	<p>y comunicación clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuados sistemas de archivo documental del consentimiento informado.
Realización de procedimientos invasivos (canalización,	Errores en la técnica general y aséptica para la ejecución de los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de políticas para la documentación, actualización y socialización de los protocolos. • Políticas de selección del recurso humano inadecuada o inexistente. • Debilidad en la implementación del sistema de 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar activamente en el plan de capacitación. • Adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones.

Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes			
Actividad	Riesgos	Causas	Barreras
sondaje vesical, sondaje nasogástrico.		<p>información unificado para la captura de los datos relacionados con vigilancia IAAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada capacitación del personal que realiza el procedimiento. • Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento. • Omisión en la adherencia a los protocolos institucionales para los diferentes procedimientos. • Ausencia, desactualización o no socialización de los protocolos. • Ausencia de los insumos necesarios para la realización del procedimiento. • Falta de capacitación en nuevas tecnologías. • Inadecuada comunicación. • Inadecuadas herramientas de trabajo en equipo. • Falta de adherencia del personal de salud al protocolo institucional de higiene de manos basado en los 5 momentos de la OMS. • Falta de lavamanos e insumos para la higiene de las manos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia a protocolos institucionales. • Implementación de directrices relacionadas con seguridad del paciente y buenas prácticas. • Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento, garantizando la técnica aséptica, de acuerdo al protocolo institucional. • Fortalecer el plan de capacitación teniendo en cuenta los protocolos de procedimientos realizados en el servicio. • Vigilancia activa partiendo de la conformación de los comités de infecciones intrahospitalarias. • Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad y buenas prácticas de manipulación de elementos biomédicos.
Administración de medicamentos	<p>Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los Medicamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención. • Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal. • No contar con programas de capacitación ni 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar el instrumento para asegurar la correcta identificación del paciente y el medicamento a administrar. • Entrenamiento y supervisión del personal, capacitación constante, reentrenamiento, inducción y

Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes			
Actividad	Riesgos	Causas	Barreras
	<p>No identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes</p> <hr/> <p>Prescripción incompleta y/o error en prescripción de la dosis, vía de administración, frecuencia y duración de tratamiento.</p> <hr/> <p>Prescripción de medicamento a un medicamento a un paciente que presenta una alergia conocida</p>	<p>socialización de guías y protocolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal no idóneo. • Cálculos erróneos de las dosis. • El desconocimiento o la no implementación de la información de medicamentos, como base para la resolución de los problemas farmacoterapéuticos de los pacientes y para promover el uso racional de los medicamentos. • No adherencia al listado de medicamentos institucional y sus efectos secundarios. • No definir procesos de identificación de los efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes. • Ausencia de un proceso comunicacional donde se informe al paciente: nombre del medicamento, propósitos y efectos, horas de administración, fecha de caducidad, entre otros. • Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados) • Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento y de soporte profesional de farmacología. • No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos. • Uso de medicamentos por parte del paciente (que puedan tener reacciones medicamentosas). 	<p>reinducción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almacenamiento y manejo organizado de los medicamentos. • Ubicar separadamente los medicamentos comunes en apariencia y en nombre. • Marcar los medicamentos comunes en apariencia y en nombre. • Lista de verificación antes de suministrar el medicamento. • Identificar los efectos secundarios de los medicamentos mediante un sistema de consulta inmediata. • Entrevistar al paciente acerca de alergias conocidas por él a algún medicamento. • Contar con un Listado de medicamentos con descripción de los efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes. • Hacer auditorías de seguimiento a los tratamientos con medicamentos nuevos o en estudio.

Identificación de riesgos asociados a la atención de pacientes			
Actividad	Riesgos	Causas	Barreras
Egreso del paciente	Omisión por parte de padres o cuidadores a las instrucciones de manejo en casa (uso de medicamentos, otros)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de políticas para el establecimiento de programas educativos a pacientes y cuidadores. • Ausencia de programas de educación continuada para el personal asistencial. • Ausencia de directrices para evaluar la adherencia del paciente y cuidadores a planes de manejo en casa y establecimiento de planes de acción. • Falta de adherencia al programa de educación a cuidadores. • Inadecuadas técnicas de comunicación y educación al cuidador. • Falta de experiencia o competencia. • Desconocimiento del manejo de herramientas disponibles. • Estrés, cansancio. • Inhabilidad del paciente para proveer datos clínicos. • Inhabilidad para expresarse o para seguir instrucciones de autocuidado por parte del paciente y sus cuidadores. • Inadecuadas técnicas de trabajo en equipo. • Inadecuadas técnicas de comunicación en el equipo de trabajo. • Ausencia de personal de soporte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al programa de educación a cuidadores • Uso de herramientas didácticas de educación al cuidador • Uso de adecuadas técnicas de comunicación con el cuidador y el equipo de trabajo • Compromiso del personal asistencial del servicio de urgencias por brindar una atención segura. • Diseño, socialización y seguimiento a programas de educación al cuidador • Seguimiento de la adherencia a los planes de tratamiento por parte del cuidador • Integrar la atención centrada en el paciente y la familia en todos los aspectos de la atención pediátrica y en todos los entornos • Implementar un modelo de atención que incorpore atención segura en salud, educación y asistencia social • Capacitar al personal en técnicas de comunicación. • Implementar rondas de seguridad. • Medir la adherencia de pacientes y cuidadores a planes de manejo en casa.

Actividad 2:

Se realiza estrategia sobre la administración segura de medicamentos para implementar en los servicios de urgencias y hospitalización del Hospital San Martín de Sardinata, ESE Regional Norte con el fin de promover la seguridad del paciente al momento de la administración de los medicamentos y prevención de eventos adversos por esta causa en la institución. Se socializa documento el día 04 de noviembre del 2022 donde participaron 10 personas de la institución, por otra parte se deja documento en sitios estratégicos para la visualización por parte del personal de salud.

ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS

HAGA USO DE LOS 10 CORRECTOS

1 Paciente correcto

2 Medicamento correcto

3 Dosis correcta

4 Via de administracion correcta

5 Hora correcta

6 Registrar los medicamentos administrados.

7 Informar e instruir al paciente acerca de los medicamentos administrados.

8 Comprobar que el paciente no ingiera ningun medicamento ajeno al prescrito

9 Descartar cualquier alergia o interaccion medicamentosa.

10 Conservar técnica aséptica antes de preparar o administrar un medicamento.

PARA TENER EN CUENTA LOS CUATRO YO:

- 1. YO PREPARO.
- 2. Yo administro.
- 3. Yo registro.
- 4. Yo respondo

IDENTIFICACION DE MEDICAMENTOS

Tarjeta de medicamentos: dosis, via , hora, paciente.

Nombre del medicamento.

Numero de cama.

Figura 59. Estrategia sobre administración segura de medicamentos



Figura 60. Evidencia fotográfica de la actividad

Actividad 3:

Se realiza estrategia sobre maternidad segura para implementar en los servicios de urgencias y hospitalización del Hospital San Martín de Sardinata, ESE Regional Norte con el fin de promover la cultura de la seguridad de la gestante y mejorar la calidad de la atención en la IPS. Se realiza socialización de la estrategia el día 05 de noviembre del 2022 en donde participo 10 personas de la institución.



Figura 61. Estrategia maternidad segura

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (35).



Figura 62. Evidencia fotográfica, participación en la estrategia maternidad segura

Actividad 4:

Se realiza capacitación como medio de acción y prevención ante las infecciones asociadas a la atención en salud con la exposición del protocolo de lavado de manos, desarrollada durante la semana del 10 al 15 de octubre, donde participaron mas del 80% del personal del servicio de urgencias y hospitalización del Hospital San Martín de Sardinata, ESE Regional Norte.



Figura 63. Evidencia fotográfica desarrollo de la actividad

4.1.3 Implementación de acciones para la humanización de la atención. En la siguiente

tabla se presenta la implementación de acciones para la humanización de la atención:

Tabla 7. Objetivo 3

Objetivo 3	
Diseñar las herramientas a utilizar en la implementación de la propuesta de mejora en de la seguridad del paciente en la IPS San Martín de la ESE Regional Norte.	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento al uso de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos y notificación obligatorias como estrategias de seguridad en los servicios de urgencias y hospitalización. • Asegurar la Correcta Identificación del Paciente. • Prevención, Detección y Actuación ante el Riesgo de Caídas. • Protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, en el servicio que lo requiera. 	
Meta planteada	Cumplimiento de la meta
<ul style="list-style-type: none"> • A noviembre del 2022 se habrá realizado análisis de eventos adversos notificados. • A noviembre de 2022 se habrá educado al personal de salud como estrategia para mejorar la seguridad en la correcta identificación del paciente y control y prevención de caídas. • A noviembre de 2022 se habrá elaborado y entregado el protocolo para el manejo de reanimación cardiopulmonar en la IPS HSM. 	<p style="text-align: center;">INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° de documentos elaborado (actas) sobre eventos adversos notificados/ N° de eventos adversos presentados durante la pasantía. • N° de personal capacitado / N° de personal de salud del servicio de urgencias y hospitalización. $12 \times 100 / 12 = 100\%$ • N° de protocolo realizado / N° de protocolos planteado x 100. $1 / 1 \times 100 = 100\%$ A la fecha se realizó un protocolo sobre reanimación cardiopulmonar para el servicio de urgencias del Hospital San Martín de Sardinata.
Resultados Obtenidos	
Actividad 1:	
Se realizo e implemento estrategia al personal de salud de los servicios urgencias y hospitalización para prevención de eventos adversos y crear cultura de reporte en la IPS Hospital San Martín de Sardinata, ESE Regional Norte ya que pasados los últimos 12 meses no se ha realizado ningún reporte de evento adverso. La estrategia se socializó el día 05 de noviembre en donde participaron 10 personas de la institución y se deja el afiche en puntos clave para la visualización por parte del personal de salud.	



Figura 64. Estrategia para análisis y reporte de eventos adversos

Tabla 8. Análisis de eventos adversos

No.	Actividad	Responsable	Descripción
1	Recepción eventos adversos e incidentes	Líder de seguridad	Se reciben Eventos o incidentes en el formato F-MC-01-01 “Formato de reporte de eventos adversos e incidentes”
2	Clasificación del incidente o evento adverso	Líder de seguridad	Clasifica si es incidente o evento adverso. Si es incidente pasa para análisis y plan de mejoramiento por el Comité de Calidad. Si es evento adverso pasa para análisis de Comité de análisis.
3	Identificación eventos adversos e Incidentes	Líder de seguridad	Una vez recepcionado el evento adverso se analiza y se clasifica de acuerdo a su gravedad.
4	Selección equipo de investigación	Comité seguridad del paciente	<p>El comité elija el equipo que va analizar el evento adverso; Este equipo debe estar conformado por :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico • Auxiliar Enfermería • Un representante del área que no esté involucrado en el incidente • Sería bueno estandarizar los equipos de análisis. Ejemplo: Evento adverso presentado por medicamentos: • Líder de seguridad • Médico / odontólogo • Regente • Enfermera • Un representante del área que no esté involucrado en el incidente. <p>Evento adverso presentado por dispositivos médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líder de seguridad • Médico / odontólogo • Regente • biomédico • Enfermera • Un representante del área que no esté involucrado en el incidente. <p>Evento adverso presentado como resultado del proceso de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líder de seguridad • Médico / odontólogo/ Bacteriólogo • Enfermera del servicio / Unidad funcional • Un representante del área que no esté involucrado en el incidente.
5	Organización y recopilación de Datos	Comité de análisis	<p>Todos los hechos, el conocimiento físico y temas relacionados con el evento adverso deben ser recogidos tan pronto como sea posible. Esto debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica completa.

No.	Actividad	Responsable	Descripción
			<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente. • Declaraciones y observaciones inmediatas. • Entrevistas con los involucrados. • Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc).
6	Identificación de acciones inseguras	Comité de análisis	<p>Una vez identificado los hechos que condujeron al evento adverso, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras que se tomaran de las entrevistas y datos encontrados en los diferentes registros.</p> <p>Si la información no está muy completa se Definirá una reunión con todo el personal involucrado en el evento adverso para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras.</p>
7	Identificación de factores contributivos	Comité de análisis	<p>Cuando se halla identificado un gran número de acciones inseguras se seleccionarán las más importantes y procederá al análisis y registro en el F-MC-01-03 “Formato de análisis de eventos adversos”, conservándolo como registro de la situación presentada.</p> <p>Este formato se debe diligenciar de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información general <p>Fecha (día, mes, año) Hora (am, pm)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente • Grupo de análisis • Recolección de la información <p>Medios usados para la recolección de la información Cronología del incidente Acciones inseguras Factores Contributivos.</p>
8	Plan de Acción	Este comité de análisis	<p>Una vez identificado las causas que contribuyeron al evento adverso se debe registrar la información en el plan de acción que se encuentra en el F-MC-01-03 “Formato de análisis de eventos adversos” la cual contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acción • Responsable • Fecha <p>Se debe hacer la verificación de acuerdo a lo planteado en el plan de acción, y registrar para hacer el cierre respectivo, es importante la firma del profesional que verifica la acción correctiva.</p>
9	Seguimiento Plan de acción	Comité Seguridad del paciente	<p>Se verifica el plan de acción y se evalúa la efectividad de forma mensual y se Certifica y se entrega a la oficina de calidad.</p>
10	Reporte evento adverso	Auditor de Calidad o líder de seguridad	<p>Se reporta el evento adverso como indicador de acuerdo a lo definido en la Fichas técnicas para analizar tendencias y elaborar informe mensual.</p>



Figura 66. Evidencia fotográfica capacitación identificación del paciente

GOBIERNO AUTÓNOMO DE SUCUMBIOS		E.E. HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL		F. 01-01-2022		HORN												
RECTOR: (CI) 00000000000000000000		DIRECTOR: (CI) 00000000000000000000		VERSIÓN: 2		PÁGINA: 2												
REUNIÓN: CAPACITACIÓN X ASISTENCIA TÉCNICA FECHA: 21/10/2022 OBJETIVO: Realizar la identificación del paciente RESPONSABLE: ALEJANDRO VILLO BARRERA																		
NOMBRE: (CI) 00000000000000000000 DIRECCIÓN: Hospital San Martín PRODUCTO: Identificación del Paciente RESPONSABLE: María Alejandra Chibe Becerra																		
N°	NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	MÓDULO DE IDENTIFICACIÓN										FIRMA			
					IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN		IDENTIFICACIÓN		
1	Juan Luis Barrios	109914884	d.f. - 08-07	31314015	X												X	Juan Luis B
2	Walter Rueda	63543366	Bm G #4-3A	344428952	X												X	Walter R
3	Los Cervantes	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Los Cervantes
4	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
5	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
6	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
7	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
8	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
9	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
10	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
11	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
12	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
13	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
14	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
15	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
16	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
17	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
18	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
19	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R
20	Walter Rueda	109838875	Bm G #4-3A	50125104X	X												X	Walter R

Figura 67. Formato de asistencia en capacitación identificación del paciente

Actividad 3:

Se realizó capacitación el día 21 de octubre del 2022 donde asistieron 10 personas a la sesión educativa sobre la estrategia para el control y prevención de caídas en el servicio de urgencias y hospitalización del Hospital San Martín de Sardinata con el fin de prevenir eventos adversos en la institución. Ver documento y lista de asistencia en carpeta anexos.

PROTOCOLO PARA CONTROL Y PREVENCIÓN DE CAIDAS

TERMINOS Y DEFINICIONES

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos.

ACCIDENTE: El evento que involucra daño o interferencia en la ejecución de los procesos de un sistema definido.

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño en el paciente. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

EVENTO CENTINELA: Hallazgo que involucra la presencia de la muerte inesperada, herida física o psicológica grave, o el riesgo potencial de que esto ocurra.

RIESGO DE CAIDA: Se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

CAIDA: Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad.

CATEGORIZACION DE LAS CAIDAS DE PACIENTES POR NATURALEZA

CAIDAS ACCIDENTALES

Las caídas accidentales, son involuntarias, no predecibles, no es culpa del paciente y caen por la presencia de condiciones causantes como: Derrames en el suelo, desorden, iluminación inadecuada, muebles inestables, fallas de equipo, tropiezo, marcha anormal o débil, marcha con arrastre de los pies.

CAIDAS FISIOLÓGICAS ANTICIPADAS

Aquellas que son predecibles, se presentan por tropiezos o resbalón en pacientes con: Antecedentes de caídas, dificultades para caminar, incapacidad mental o cognitiva, pacientes con necesidad de auxiliares para acompañar la marcha, pacientes con líquidos endovenosos en etríes, paciente con sonda vesical.

PROTOCOLO PARA CONTROL Y PREVENCIÓN DE CAIDAS

CAIDAS FISIOLÓGICAS NO ANTICIPADAS

Aquellas que no se esperan y no son predecibles la primera vez y el objetivo es prevenir una segunda caída, se presentan en pacientes con: Desmayos o mareos • Ataques epilépticos • Fracturas patológicas de cadera • Medicamentos (antihipertensivos, diuréticos).

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

VALORACION DEL RIESGO: Se considerará que todo/a paciente por el hecho de ingresar a cualquier IPS tiene factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo de caídas, por consiguiente deberá realizarse la valoración y categorización del riesgo de caídas.

FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS

Se refiere a aquellos factores que posee el paciente y se miden de acuerdo a la presencia de los mismos en la valoración de ingreso mediante la aplicación de una escala de medición.

FORMULARIO DE VALORACION DEL RIESGO DE CAIDAS DE PACIENTES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

IDENTIFICACION: _____

Módulo de atención: _____

VALORES	PUNTAJE	RIESGO
Edad > 65 años	1	Bajo
Edad > 75 años	2	
Sexo masculino	1	Medio
Sexo femenino	2	
Presión arterial < 90/60 mmHg	1	Alto
Presión arterial < 80/50 mmHg	2	
Alcance de la cadera < 90°	1	Bajo
Alcance de la cadera < 80°	2	
Alcance de la cadera < 70°	3	Medio
Alcance de la cadera < 60°	4	
Alcance de la cadera < 50°	5	Alto
Alcance de la cadera < 40°	6	
Alcance de la cadera < 30°	7	Muy Alto
Alcance de la cadera < 20°	8	
Alcance de la cadera < 10°	9	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	10	
Alcance de la cadera < 0°	11	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	12	
Alcance de la cadera < 0°	13	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	14	
Alcance de la cadera < 0°	15	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	16	
Alcance de la cadera < 0°	17	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	18	
Alcance de la cadera < 0°	19	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	20	
Alcance de la cadera < 0°	21	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	22	
Alcance de la cadera < 0°	23	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	24	
Alcance de la cadera < 0°	25	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	26	
Alcance de la cadera < 0°	27	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	28	
Alcance de la cadera < 0°	29	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	30	
Alcance de la cadera < 0°	31	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	32	
Alcance de la cadera < 0°	33	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	34	
Alcance de la cadera < 0°	35	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	36	
Alcance de la cadera < 0°	37	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	38	
Alcance de la cadera < 0°	39	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	40	
Alcance de la cadera < 0°	41	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	42	
Alcance de la cadera < 0°	43	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	44	
Alcance de la cadera < 0°	45	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	46	
Alcance de la cadera < 0°	47	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	48	
Alcance de la cadera < 0°	49	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	50	
Alcance de la cadera < 0°	51	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	52	
Alcance de la cadera < 0°	53	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	54	
Alcance de la cadera < 0°	55	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	56	
Alcance de la cadera < 0°	57	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	58	
Alcance de la cadera < 0°	59	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	60	
Alcance de la cadera < 0°	61	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	62	
Alcance de la cadera < 0°	63	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	64	
Alcance de la cadera < 0°	65	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	66	
Alcance de la cadera < 0°	67	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	68	
Alcance de la cadera < 0°	69	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	70	
Alcance de la cadera < 0°	71	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	72	
Alcance de la cadera < 0°	73	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	74	
Alcance de la cadera < 0°	75	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	76	
Alcance de la cadera < 0°	77	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	78	
Alcance de la cadera < 0°	79	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	80	
Alcance de la cadera < 0°	81	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	82	
Alcance de la cadera < 0°	83	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	84	
Alcance de la cadera < 0°	85	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	86	
Alcance de la cadera < 0°	87	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	88	
Alcance de la cadera < 0°	89	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	90	
Alcance de la cadera < 0°	91	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	92	
Alcance de la cadera < 0°	93	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	94	
Alcance de la cadera < 0°	95	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	96	
Alcance de la cadera < 0°	97	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	98	
Alcance de la cadera < 0°	99	Muy Alto
Alcance de la cadera < 0°	100	

Nivel de riesgo	Puntaje	Acción
Bajo	0-24	Realizar historia de enfermedad
Medio	25-30	Realizar historia de enfermedad y evaluar estado
Alto	31-33	Realizar historia de enfermedad

Movilidad/estabilidad:

Pacientes con patologías o síntomas que afecten a la Movilidad o estabilidad (equilibrio).
 Deambula con ayuda de personas y/o aparatos.
 Limitación de la movilidad.
 Deambula inestable con vértigos.
 Pacientes con mareos o síncope por alteraciones en la perfusión sanguínea (hipoxia cerebral secundaria a una disminución del flujo sanguíneo cerebral).

PROTOCOLO PARA CONTROL Y PREVENCIÓN DE CAIDAS

ALTERACIONES SENSITIVAS: AUDICIÓN Y VISION

- Sordera
- Ceguera
- Hipoacusia: audición disminuida a sonidos graves o agudos, existencia de tapones.
- Vision disminuida: disminución de visión por diplopia, estrabismo, utilización de medidas correctoras.

NIVEL DE CONCIENCIA

- Agitado
- Confuso y desorientado severo: perturbación de la memoria de forma permanente.
- Confuso y desorientado leve: perturbación de la memoria de forma intermitente.

PAUTA DE MEDICACIONES ESPECIALES

- Diuréticos
- Antihipertensivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes.
- Betabloqueantes: causan alteraciones en el sistema de conducción y posible hipotensión.
- Antiarrítmicos: actúan sobre el sistema de conducción con alteración en el gasto cardíaco.

ALTERACIONES DE LA ELIMINACIÓN

Nicturia: aumento en la eliminación de orina durante la noche. Puede ser un signo de insuficiencia cardíaca, enfermedad renal, prostática o trastornos edematosos.

Urgencia miccional: deseo intenso y súbito de orinar con la consiguiente incapacidad para retrasar el vaciamiento.

FACTORES EXTRINSECOS O DEL ENTORNO

Son los factores que aumenta el riesgo de caída de un paciente por desconocimiento del entorno y/o desconocimiento sobre medidas de precaución, y/o ingreso hospitalario, para disminuir la existencia de estos factores se aplicara la lista de chequeo la cual se verificara en los pacientes clasificados con alto riesgo

PROTOCOLO PARA CONTROL Y PREVENCIÓN DE CAIDAS

MEDIDAS DE PREVENCIÓN GENERAL SOBRE LOS FACTORES EXTRINSECOS

Información: ✓ Orientar al/la paciente sobre "el orden" físico de la habitación. ✓ aconsejar el uso de zapatillas cerradas y suela antideslizante. ✓ Instruir al/la paciente y familiares sobre el llamado a personal del servicio para solicitar ayuda siempre que lo requieran.

ACCIONES ENCAMINADAS A MANTENER UN ENTORNO SEGURO:

Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo de la habitación. Retirar muebles bajos que supongan un riesgo de tropezones. Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. Mantener las camas con banderas funcionales.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN SOBRE FACTORES INTRINSECOS

Riesgo de caída relacionado con la movilidad/estabilidad

Riesgo de caída relacionado con alteraciones sensitivas.

Riesgo de caída relacionado con alteración del nivel de conciencia.

NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS CAIDAS

En el caso de producirse una caída, se procederá al diligenciamiento del formato (notificación de riesgos y/o eventos adversos) correspondiente. Para el caso de los niños se aplicara la escala de Humpty Dumpty, especifica de pediatría que valora rangos de edad (a menor edad mayor punteje), género, diagnóstico, deterioro cognitivo, factores ambientales, cirugía o sedación y medicación

Figura 68. Infografía sobre protocolo de prevención de caídas

 Gobernación de Norte de Santander	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE		F-GI-01-03	 HERN
	FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA			

REUNIÓN CAPACITACIÓN ASISTENCIA TÉCNICA
 FECHA: 21/10/2022 LUGAR: HSM - Urgencias MUNICIPIO: Sardinata
 OBJETIVO/TEMA: Protocolo central y Prevención de Caídas
 RESPONSABLE: María Alejandra Uribe Becerra

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACION	DIRECCION	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIA																FIRMA									
						SEXO/EDAD				REGIMEN DE AFILIACION				CONDICION				GRUPO ETNICO													
						MASCULINO	FEMENINO	LESIANA	GAY	TRANSACCUAL	BISEXUAL	INTERACCUAL	EPS-Saludesar	EPS-Contributivo	Vinculado-PMA	Otros	SEPARADOS	INCAPACITADO	ADULTO MAYOR	DESDEMOBILIZADO	LACTANTE		GESTANTE	CAREZA DE FAMILIA	OTRA CONDICION	PALEMBUERO	INDIGENA	INDIO-GUANO	AFRODESCENDIENTE	RAZAL	OTRAS ETNIAS
1	Gloria J. Jarama P	C	37198064	B/ BERNALD	322377535	X																					X	[Firma]			
2	Moraho Subeldia C	A	28280768	B/ Nono	31256820	X																							[Firma]		
3	ANIELA R. SUREZ S	G	1090420514	B/ bellavista	32247833	X																							< ANIELA SUREZ		
4	Ma. Stella Claiter M	CC	60350272	B/ Tamaniado	310708883	X																							X Stella C		
5	ANGELA RODRIGUEZ	CC	60443674	B/ llano	302217084	X																							X ANGELA R		
6	NELLY VACA NIÑO	CC	1091804786	B SAN FERNAN	317391654	X																							X NELLY VACA		
7	ANGELY P. SANCHEZ	CC	60010932	N SAN RO	3105246115	X																							X ANGELY SANCHEZ		
8	ROSELINA GOMEZ	CC	1091803073	B/ SAN FCO	3108146312	X																							X ROSALINA G		
9	TERESA CLAYTON B.	CC	1091804093	B/ SAN FCO	3218608110	X																							X TERESA CLAYTON		
10	NIRAFOROSA PEREZ	CC	37197151	VISTALBA	31020244	X																							X NIRAFOROSA PEREZ		
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Figura 69. Formato listado de asistencia

Actividad 4:

Se realizó capacitación el día 20 de octubre del 2022 en donde asistieron 11 personas de la institución a la sesión educativa sobre el protocolo de venopunción con el fin de mejorar la calidad de la atención en los servicios de urgencias y hospitalización del Hospital San Martín de Sardinata por parte de la pasante de enfermería de la U.F.P.S. Ver documento y lista de asistencia en carpeta anexos.

PROTOCOLO DE VENOPUNCIÓN

Es la inserción de un catéter en una vena periférica, con fines diagnósticos o terapéuticos.

INDICADO PARA:

Realizar o mantener el balance hidroelectrolítico.
Administrar medicamentos intravenosos.
Recolección de muestras de sangre.
Establecer una vía venosa permeable para casos de emergencia.

1. MATERIALES

Catéter de venopunción de diferentes calibres.
Torniquete (no utilizar gomas de látex ni caucho como torniquete).
Algodón estéril y vendaje si es necesario.
Cinta adhesiva.
Guantes limpios.
Algodón humedecido con antiséptico e alcohol yodado.
Soluciones y/o equipos para infundir (Equipo de Venoclisis, Bureto y/o Catéter heparinizado).
Bolsa roja para desechos.
Guantes para desecho de objetos perforantes.
Botella para la solución que contenga los siguientes datos: Tipo de solución a infundir, goteo, hora de inicio del goteo, persona que realiza el goteo administrado.

2. CONTRAINDICADO

Deficit motor o sensitivo.
Fibrosis arterial venosa.
Membro de vasodilatación ganglionar axilar o inguinal.
Venas con algún signo de flebitis o trombosis.
Alteraciones locales de la piel, edema, dolor, sensibilidad y equimosis.

3. SIGNOS DE ALARMA

Dolor en el sitio de punción.
Presencia de edema y/o eritema o cambio.
Aumento de la sensibilidad a e el sitio de punción.
Presencia de fiebre.
Presencia de coágulo venoso.
Salida de material purulento.

4. COMPLICACIONES

Flebitis: Consiste en la inflamación de una vena periférica debido a una obstrucción del endotelio. La flebitis se presenta por tres tipos de causas: bacterianas, químicas y mecánicas.

TIPO DE VENOPUNCIÓN

6. SUBCUTÁNEA:

Utilizada frecuentemente para la administración de insulina, heparina vacante.
INTRAVASCULAR: Absorción en mayor grado salinarias masimo de 5 ml.
INTRAVENOSA: Administración de medicamentos.

7. ACTIVIDAD

Introducir un catéter en una vna venosa, que permite el paso de líquidos o medicamentos al torrente sanguíneo. Con fines terapéuticos, se debe establecer sitio de venopunción.

8. ZONA DORSOGLUTEA

Cuadrante superior externo de la nalga, adnse hasta 7 ml, el paciente puede estar de cubito lateral, supeditación o prono.

9. ZONA DELTOIDEA

Esta región se encuentra en el sector superior mas externo del hombro, corresponde al músculo deltoide.

10. CARA EXTERNA DEL MUSCULO

Admite hasta 5 ml y el paciente se decubita supino o supeditación.

11. DORSO DE LA MANO

En el dorso de la mano se ha descrito en el arco venoso dorsal formado por venas superficiales que rodean desde los dedos.

12. FOJA ANTICUBITAL

Es un área anatómica del antebrazo superior. Superficialmente, ubicada en la parte medial del codo en la cara anterior.

13. CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Siempre explicar al procedimiento al paciente o al familiar que lo esta acompañando, hacer claro consentimiento de lo que se quiere realizar para la venopunción.

PROCEDIMIENTO

1. Preparar el equipo.
2. Preparar el catéter de acuerdo a la edad del paciente.
3. Realizar lavado de manos.
4. Colocarse guantes limpios.
5. Colocar torniquete de 7 a 4 cm por encima del sitio de punción.
6. Hacer una punción, utilizar las técnicas de punción de la edad a la persona, antes de pasar a las venas, mirar que los miembros inferiores o las supratrocanterias que proceden sea de otra.
7. Colocar torniquete de 7 a 4 cm por encima del sitio de punción.
8. Realizar la antisepsia del centro o la periferia con alcohol o con clorhexidina, dejándolo secar durante dos minutos.
9. Con la vna se introducir el jelo con el brazo externo, observar al paciente cuando en el momento del catéter. Si se avienta el catéter y retirar el torniquete y el alcohol. No realizar el ingreso si no hay retorno, siempre de nuevo a utilizar un catéter nuevo.
10. Colocar la solución ordenada.
11. Fijar el catéter con esparadrago.
12. Verificar permeabilidad de la vna.
13. Si esta solución para infundir sanguinea, que debe tener limpios, que no estén colapsados.
14. Si esta solución es antiácido, colocar a la solución salina a temperatura y después con la administración de medicamentos.
15. Rotular el recubrimiento del catéter con los datos de la persona que cubre la vna, calibre, fecha.
16. Preparar los equipos de venoclisis y el bureto, Bureto de tres vías y el equipo de venoclisis, verificar los torniquetes con la fecha de caducidad, el nombre del paciente, según protocolo de emergencia y gestión de residuos.
17. Registrar el sitio de inserción del catéter de forma visual o por imágenes.
18. Registrar en los actas de esta revista el procedimiento realizado, indicando, localización, tamaño de inserción de catéter, según protocolo de emergencia y gestión de residuos.

Figura 70. Infografía sobre protocolo de venopunción


	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 00
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)	Fecha de Aprobación:
	E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE	2 de 29

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVO.....	6
ALCANCE.....	6
TERMINOS Y DEFINICIONES.....	7
1. FUNCIONES DEL LÍDER Y DE LOS MIEMBROS DE UN EQUIPO.....	8
1.1 Líder del equipo:.....	8
1.2 Miembros del equipo:.....	8
1.3 Funciones del equipo:.....	9
2. EVALUACIÓN INICIAL DE SVB/BLS.....	11
2.1 Inicio de la RCP cuando no esté seguro de si hay pulso.....	11
2.2 Respiraciones agónicas:.....	11
2.3 Pasos:.....	11
2.4 Aspectos a tener en cuenta:.....	13
2.4.1 Reduzca al mínimo las interrupciones.....	13
2.4.2 Compresiones de calidad.....	14
2.4.3 Profundidad de la compresión torácica.....	14
2.4.4 RCP de alta calidad.....	14
3. LA EVALUACIÓN PRIMARIA.....	15
3.1 En el caso de pacientes inconscientes con paro (cardíaco o respiratorio):.....	15
3.2 En el caso de pacientes conscientes que puedan requerir técnicas de manejo y valoración más avanzadas:.....	15
3.3 Proceso de evaluación:.....	15
4. LA EVALUACION SECUNDARIA.....	17
4.1 Las H y T.....	17
5. ALGORITMO DE RESPUESTA ANTE PARO CARDIACO EN ADULTO.....	18
6. ALGORITMO DE MANEJO DE BRADICARDIA EN ADULTOS CON PULSO.....	19
8. ALGORITMO DE MANEJO DE SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA).....	21
9. ALGORITMO DE MANEJO DE SOPECHA DE ACV.....	22

	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 00
	PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)	Fecha de Aprobación:
	E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE	3 de 29

10.	ALGORITMO DE EMERGENCIA (DE ADULTOS) CON AMENAZA PARA LA VIDA Y ASOCIADA A OPIÁCEOS	23
11.	EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO INMEDIATO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 24	
11.1	Los 10 primeros minutos	24
11.2	Tratamiento general del paciente	24
12.	CONTENIDO DEL CARRO DE PARO	25
13.	ATENCIÓN POSPARO CARDÍACO	26
13.1	Manejo específico de la temperatura.....	26
13.2	Optimización de la ventilación y de la hemodinamia.....	26
13.3	Reperusión coronaria inmediata con intervención coronaria percutánea	27
13.4	Control glucémico.....	27
13.5	Pronóstico y cuidado neurológico.....	27
13.6	Algoritmo de cuidados inmediatos posparo cardíaco en adultos	28
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29

Figura 72. Documento protocolo de reanimación cardiopulmonar

4.1.4 Creación de una unidad de análisis e intervención. La creación de una unidad de análisis e intervención se evidencia a continuación:

Tabla 9. Objetivo 4

Objetivo 4	
Promover la cultura de seguridad mediante el reporte, análisis de los sucesos e implementación de acciones correctivas y preventivas que fomenten el aprendizaje organizacional.	
Actividades	
Entre las cuales se revisarán:	
<ul style="list-style-type: none"> • Plataforma estratégica de la seguridad: Política institucional de Seguridad del Paciente y – existencia del Comité de Seguridad del Paciente. • Fortalecimiento de la cultura institucional de la seguridad del paciente. • Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo. 	
Meta planteada	Cumplimiento de la meta
<ul style="list-style-type: none"> • A noviembre de 2022 se habrá socializado la política de seguridad del paciente al personal de salud de los servicios de urgencias y Hospitalización de Hospital San Martín de Sardinata, ESE Regional Norte. <p style="text-align: center;">Actividad 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se elaboró documento protocolo de reanimación cardiopulmonar, para el servicio de urgencias y hospitalización en el Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte, con el fin de tener establecido el procedimiento reanimación cardiopulmonar, para la elaboración se tuvo en cuenta esquema guía de la institución. Se hizo entrega a la coordinadora de la Institución, a la enfermera profesional líder de seguridad del paciente y líder de calidad de la IPS. Ver documento completo en carpeta anexos. 	<p style="text-align: center;">INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° de funcionarios que conocen la política de seguridad del paciente de la IPS • N° de comités de seguridad del paciente funcionando con actas, asistencias, cronograma de reuniones y demás elementos. • N° de procesos de medición, análisis, reporte de eventos adversos desarrollados en la pasantía por el personal de la entidad responsable del proceso. • N° de personas capacitadas / N° de personal de salud del servicio de urgencias y hospitalización. <p>10x100/12=83% A la fecha se realizó capacitación sobre la política de seguridad del paciente donde participo el 83% del personal de salud del servicio de urgencias y hospitalización.</p>
Resultados Obtenidos	
Actividad 1	
Se socializó la política seguridad del paciente el día 07 de noviembre del 2022 donde asistieron 10 personas de los servicios de urgencias y Hospitalización del Hospital San Martín de Sardinata, ESE Regional Norte con el fin de llevar a cabo todos los procesos y funciones de la política.	

UFPS
¡Comprometidos con la ACREDITACION!

POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ese Hospital Regional norte
IPS Hospital San Martin
Sardinata

UFPS
Universidad Francisco de Paula Santander
Vigilada Mineducación

ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE

UFPS Universidad Francisco de Paula Santander

UFPS
¡Comprometidos con la ACREDITACION!

RESOLUCION No. 0168 de 2021 (13 de mayo de 2021)

"Por medio de la cual se subroga la Resolución No.0334 del 10 de octubre de 2013, `Por la cual se crea el Comité de Seguridad del Paciente en la ESE Hospital Regional Norte`"


ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE

Creación mediante decreto 003 de 1976

Figura 73. Evidencia capacitación política seguridad del paciente

Actividad 2:

Gestión de formato análisis de eventos adversos con reporte de evento ocurrido en la ESE Regional Norte durante la Pasantía en el segundo semestre del 2022 en la IPS Las Mercedes.

	SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 00	F-MC-01-03
	FORMATO ANALISIS EVENTOS ADVERSOS		Fecha de aprobación : 02/12/2012	
	ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE		1 de 6	

FECHA	26	10	2022	HORA		AM
						PM

IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
NOMBRE(S)		RN HIJA DE MARIELVYS				APELLIDOS		VIVAS MUÑOS	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO DE IDENTIFICACION		NUMERO DE HISTORIA CLINICA		EDAD		SEXO	
RC	TI	CC	CE	OTRO X	NV 2209831011871	NV 2209831011871	11 Di Años	Me Meses	F X M
									3.500 GR

GRUPO DE ANALISIS		
NOMBRE	CARGO	SERVICIO
LEINYS RODRIGUEZ PAEZ	ENFERMERA LIDER SEG	CONSULTA EXTERNA
DIANA RINCON TORRES	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA
RIVERLIK RAMOS	MEDICO	CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS
SANDRA LILIANA ALBA	BACTERIOLOGA	URGENCIAS

RECOLECCION DE LA INFORMACION	
MEDIOS UTILIZADOS PARA LA OBTENCION DE LA INFORMACION	
Análisis de la Historia Clínica	
Protocolos o Procedimientos	
Entrevista a las personas que intervienen en el proceso.	
Otros mecanismos como declaraciones, Observaciones.	

CRONOLOGIA DEL INCIDENTE	
29/09/2022 03:55 PM CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES	
Motivo de Consulta ROMPIO MEMBRANAS Enfermedad Actual SE TRATA DE GESTANTE DE 17 AÑOS PRIMIGESTANTE CON EMBARAZO DE 39.4 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL 1ER TRIMESTRE. CON 6 CONTROLES PRENATALES, ARO POR EMBARAZO ADOLESCENTE INICIO TARDIO DE CONTROL PRENATAL HUELLA SEROLOGICA PARA RUBEOLA. QUIEN ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLORES DE PARTO. DESDE LAS 9 AM EL CUAL REFIERE AUMENTAR EN FRECUENCIA INTENCIDAD Y DURACION REFIERE BOTAR TAPON MUCOSO PARA A LAS 8.10 PM PRESENTA RUPTURA EXPOTANEA DE MEMBRANA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A ESTE CENTRO Y SE VALORA.	
ANTECEDENTES: Patológicos PRIMIGESTA Quirúrgicos NO REFIERE Alérgicos NO REFIERE Ginecológico NIEGA Farmacológicos NO REFIERE Otros NO REFIERE Revisión por sistema NIEGA.	
AL EXAMEN FISICO: Tensión arterial (mmHg) 114/85 Frecuencia Cardíaca(xMin) 85 Frecuencia Respiratoria(xMin) 18 Temperatura(°C) 36 Glasgow 15/15 Estado General PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO Piel y Fingeras SIN LESIONES Cabeza y cuello CABEZA: NORMOCEFALA, PUPILAS SIMÉTRICAS NORMORREACTIVAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES EN OROFARINGE, CUELLO SIN MASAS NI MEGALLAS. Neurológico SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE Torax SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES NI RETRACCIONES INTERCOSTALES Cardíopulmonar ABDOMEN GESTANTE AU: 36CM FCF136 MF POSITIVO 3/10 30 SEGUNDOS, FETO UNICO LONGITUDINAL DORZO DERECHO CEFALICO Osteomuscular FUERZA CONSERVADA, TONO CONSERVADO, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES SIN LIMITACION, ARCOS DE MOVIMIENTO SIN ALTERACIONES Genitourinario TACTO VAGINAL EL CUAL SE EVIDENCIA CUELLO CENTRADO, BORRADO 70%	

Figura 76. Evidencia análisis y reporte de evento adverso

4.2 Cronograma

Tabla 10. Cronograma

Actividades	Semanas mes de Oct				Semanas mes de Nov								
	Sept 2022	Sept 2022	Sept 2022	Sem # 1	Sem # 2	Sem # 3	Sem # 4	Sem # 5	Sem # 6	Sem # 7	Sem # 8	Sem # 9	Sem # 10
Presentación propuesta para aval													
Aceptación de la propuesta por la U.F.P.S y entidad													
Socialización en IPS y suscripción de Acta de Inicio													
OBJETIVO 1													
a. Aplicación de la encuesta de percepción de seguridad del paciente en los trabajadores de la salud, análisis de la información y planteamiento de sus respectivas acciones de mejora.													
b. Realizar actividades que permiten verificar la presencia de eventos adversos en los servicios, como son la ronda de seguridad													
c. Uso de listas de chequeo como una herramienta clave “para gestionar el riesgo y prevenir los eventos adversos”													
Identificación de riesgos en la													

4.3 Presupuesto

Tabla 11. Presupuesto

Nombre de la IPS o comunidad:	IPS San Martín de Sardinata de la E.S.E Regional Norte	Nombre de la comunidad o población:	Personal de enfermería y usuarios de la E.S.E regional Norte del Municipio de Sardinata	Cantidad de beneficiarios:		Fecha de inicio:		Fecha de terminación:	
Nombre del proyecto o evento educativo	Estrategias para el Fortalecimiento de la atención con enfoque de seguridad del paciente, implementadas, en los servicios de Urgencias y Hospitalización de la IPS San Martín de la ESE Regional Norte durante el segundo semestre del 2022		Estudiante	Maria Alejandra Uribe Becerra	Código:	1800882	Semestre académico:		II semestre del 2022
Docente supervisor	Gloria Omaira Bautista	Asignatura	Proyecto de grado			Financiado por:			
Descripción del Recurso	Unidad de medida	Cantidad		Valor	Costo Total (\$)		Universidad		Contrapartida: Entidad
		Planeado	Ejecutado	Unitario	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		\$ 3.500	\$175.000	\$		\$ 0	
Impresos- fotocopias	Unidad	200		\$ 300	\$ 60.000	\$		\$ 0	
Alimentos refrigerios	Unidad	90		\$ 2.500	\$ 225.000	\$		\$ 0	
							Aporte directo IPS en especie		Aporte directo IPS en especie
Transporte	Unidad	140		\$ 2.000	\$ 280.000	\$		\$ 0	
TOTAL:					\$ 10.740.000	\$ 0.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

5. Conclusiones

Se logro el objetivo de evaluar los riesgos asociados a la atención en salud mediante metodologías de verificación y evaluación como aplicación de listas de chequeo, rondas de seguridad, encuestas sobre percepción de la seguridad, métodos que evaluaron la seguridad del paciente como prevención de eventos adversos en los servicios de urgencias y hospitalización en la IPS San Martín de Sardinata, ESE Regional Norte

Se llevo a cabo estrategias de mejoramiento sobre la seguridad del paciente como cumplimiento al objetivo de minimizar los eventos en la institución y dar a conocer cada uno de los lineamientos de la política, incluyendo los paquetes instruccionales de acuerdo al portafolio de servicios de urgencias y hospitalización de la ESE Regional Norte IPS San Martín de Sardinata.

El diseño de herramientas para mejorar la seguridad del paciente obtuvo resultado positivo durante el desarrollo de la pasantía, con ayuda de medios visuales, educaciones, infografías que ayudan a mejorar los procesos seguros en la atención de los usuarios de la IPS San Martín de Sardinata, ESE Regional Norte.

Se cumplió el objetivo de promover la cultura de seguridad del paciente, el reporte, análisis de los sucesos e implementación de acciones correctivas de eventos adversos en la IPS San Martín de Sardinata, ESE Regional Norte.

6. Recomendaciones

Universidad: : se invita a la Universidad Francisco de Paula Santander seguir incluyendo planes de trabajo como modalidad pasantía para que los estudiantes puedan obtener el título de enfermería, continuar con los convenios en las instituciones del área metropolitana de Cúcuta y las Instituciones de la ESE Regional Norte, donde los pasantes puedan adquirir nuevos conocimientos, desenvolverse para ser futuros profesionales capacitados en cada área que maneje la institución, con las mejores competencias y buenas bases fundamentales que destaquen al programa de enfermería por su compromiso, liderazgo y destrezas que desarrollen en cada temática trabajada, en este caso la seguridad del paciente en la IPS Hospital San Martín de Sardinata.

Programa: invitar a los estudiantes de enfermería seguir participando en investigaciones y proyectos sobre seguridad del paciente, con el fin de aportar conocimientos en las Instituciones donde se realicen las prácticas y contribuir nuevas investigaciones a la Universidad Francisco de Paula Santander como resultado de sus enseñanzas en los procesos académicos.

Grupo investigación: se recomienda a los grupos de investigación trabajar en áreas de urgencias y hospitalización de las instituciones de I, II, III Y IV nivel de atención la seguridad de los pacientes, con el fin de evitar eventos adversos y elaborar análisis de los sucesos notificados en cada servicio.

IPS: Se recomienda a la IPS Hospital San Martín de Sardinata seguir con el plan de trabajo establecido por la pasante de enfermería, con el fin mejorar la seguridad del paciente en la institución, con apoyo de cada una de las estrategias implementadas para la prevención de eventos adversos en los servicios de urgencias y hospitalización.

ESE Regional Norte: se recomienda a la ESE Regional Norte seguir incluyendo en sus instituciones a estudiantes de la Universidad Francisco de Paula Santander con el fin de que ejerza planes de trabajo que favorezcan la seguridad del paciente y dar continuidad al convenio existente entre las dos instituciones.

Referencias Bibliográficas

1. Derecho Colombiano. Conozca todo sobre qué son las Empresas Sociales del Estado [Base de datos en línea]. 2018 [acceso 2022 agosto 23]. Disponible en:
<https://www.derechocolombiano.com.co/derecho-publico/que-son-empresas-sociales-del-estado/>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente [Base de datos en línea]. 2010 [acceso 2022 agosto 23]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Paquetes instruccionales sobre las buenas prácticas recomendadas en la guía. [Base de datos en línea]. 2015. [acceso 2022 septiembre 5].
Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Forms/DispForm.aspx?ID=519>
4. Capital Salud EPS-S. Programa de seguridad del paciente [Base de datos en línea]. 2019 [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en: <https://red.capitalsalud.gov.co/wp-content/uploads/2021/04/A05-GS.pdf>
5. De Cantabria U, Graduado EN, González Gómez S. Escuela Universitaria de Enfermería “casa de salud Valdecilla” [Base de datos en línea]. Madrid: Universidad de Cantabria. Facultad de Enfermería; 2014 [acceso 2022 agosto 23]. Disponible en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5108/SolarRuizL.pdf>
6. Macias Gutiérrez C, Solarte España M. Impacto de la política de seguridad del paciente dada por la OMS y el ministerio de salud y protección social en Colombia sobre el análisis del indicador de tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización tomando como referencia las IPS de la ciudad de Bogotá durante el año 2016 y 2017 (primer semestre). [Base de datos en línea]. Bogotá: Universidad Santo Tomás de Aquino. Facultad de

Enfermería; 2018 [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en:

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/12437/2018claudiamacias.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20la%20actualidad%20Colombia%20cuenta, posible%2C%20eliminar%20la%20ocurrencia%20de>

7. Alcaraz Martínez J. Seguridad de paciente en los servicios de urgencias. Estudio regional reincidentes derivados de la atención de los servicios de urgencias hospitalarios del servicio murciano de salud. [Base de datos en línea]. Cartagena: Universidad Miguel Hernández. Facultad de medicina; 2018 [acceso 2022 agosto 23]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/jspui/bitstream/11000/5222/1/TD%20Alcaraz%20Mart%C3%ADnez%20C%20Juli%C3%A1n.pdf>
8. Llaín Álvarez A, Rojas Mendoza A. Estrategias pedagógicas para fortalecer el Programa de Seguridad del Paciente en el área de odontología del Hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña, Norte de Santander. [Base de datos en línea]. Bogota: Universidad Santo Tomas. Facultad de medicina; 2019 [acceso 2022 septiembre 5]; Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/18390>
9. Universidad Internacional de La Rioja. La seguridad clínica del paciente en enfermería: claves e importancia [Base de datos en línea]. Bogota: Universidad Internacional de La Rioja; 2021 [acceso 2022 agosto 23]. Disponible en: <https://www.unir.net/salud/revista/seguridad-del-paciente-enfermeria/>
10. Rocco C, Garrido A. seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Méd Clín Cond. [Base de datos en línea]. 2017 [acceso 2022 agosto 23]; 28(5):785–95. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

11. Aranaz Andrés JM, Pardo Hernández A, López Pereira P, Valencia Martín JL, Díaz-Agero Pérez C, López Fresneña N, et al. Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Públ* [Base de datos en línea]. 2020 [acceso 2022 agosto 23]; 92(2): 1-15. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e204808044/es/>
12. Martínez Reyes C, Agudelo Durango J, Areiza Correa SM, Giraldo Palacio, DM. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civ Cienc Soc Hum*. [Base de datos en línea]. 2017 [acceso 2022 agosto 23]; 17(33): 277-291.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532017000200277
13. Charry DV, Beltrán PR. Enfermería eje central de la seguridad del paciente: desde los indicadores de calidad del cuidado. *Rev Cult* [Base de datos en línea]. 2019 [acceso 2022 agosto 23]; 16(2):19–31. Disponible en:
<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5850>
14. Diaz Pérez LA, Trujillo Carrillo SJ, Contreras Mojica LA, García Sepulveda LF. Determinar cual es el nivel de conocimiento y grado de adherencia a la política de seguridad del paciente por parte de los colaboradores del establecimiento de sanidad policial de mediana complejidad ambulatoria sin internación ESPAM-Cúcuta. [Base de datos en línea]. Cúcuta: Universidad Católica de Manizales. Facultad de Salud; 2019. [acceso 2022 agosto 24].
Disponible en:
<https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/2479/1/Luis%20Alberto%20Diaz%20Perez.pdf>
15. Rincón Lizarazo AP. Implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en las sedes priorizadas de la ESE IMSALUD de la ciudad de San José

- de Cúcuta. [Base de datos en línea]. Cúcuta: Universidad Simón Bolívar. Facultad de Salud; 2021. [acceso 2022 agosto 24]. Disponible en:
https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/10056/PDF_Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Flap152. El modelo de Reason [Base de datos en línea]. 2011. [acceso 2022 agosto 24].
Disponible en: <https://flap152.com/2011/02/26/el-modelo-de-Reason/>
17. Amaro Cano MC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Base de datos en línea]. 2004 [acceso 2022 enero 28]; 20(3): 1-15. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es.
[acceso 2022 agosto 24]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009#:~:text=Enfermer%C3%ADa%20responsabilidad%20de%20velar%20por,de%20las%20mejores%20cualidades%20morales
18. Órganos de Palencia. ¿Qué es la enfermería según la OMS? [Base de datos en línea]. 2021 [acceso 2022 agosto 24]. Disponible en:
<https://organosdepalencia.com/biblioteca/articulo/read/143508-que-es-la-enfermeria-segun-la-oms>
19. Naranjo Y. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Rev Cubana Enferm [Base de datos en línea]. 2016 [acceso 2022 agosto 24]; 32(4): 1-15. Disponible en:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986/217>
20. Acreditación en Salud. versión 2.0 de la guía técnica, buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y paquetes instruccionales, expedida por el ministerio de salud [Base de datos en línea]. Acreditación en salud. [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible

en: <https://acreditacionensalud.org.co/noticias/version-2-0-de-la-guia-tecnica-buenas-practicas-para-la-seguridad-del-paciente-en-la-atencion-en-salud-y-paquetes-instruccionales-expedida-por-el-ministerio-de-salud/>

21. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2010 [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>
22. Nueva-ISO-9001-2015.com. Que son las iniciativas de mejora y como se gestionan. [Base de datos en línea]. 2015 [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en: <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2020/06/que-son-las-iniciativas-de-mejora-y-como-segestionan/#:~:text=Las%20oportunidades%20de%20mejora%20son,mayor%C3%ADa%20de%20las%20veces%20son>
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2007 [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en: http://www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user_upload/documentos/Herramientas_seguridad_paciente.pdf
24. Hospital Universitario San Ignacio. Hospitalización [Base de datos en línea]. 2022. [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en: <https://www.husi.org.co/servicios-y-especialidades/servicios-asistenciales/hospitalizacion>
25. Universidad Tecnológica. Urgencia y emergencia. [Base de datos en línea]. 2020 [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en: <https://www.techtitute.com/ec/medicina/blog/conceptos->

urgencia-y-emergencia

26. TECH Education. Nuestra Entidad [Base de datos en línea]. 2022. [acceso 2022 agosto 24].
Disponibile en: <https://www.eseregionalnorte.gov.co/nosotros/nuestra-entidad/>
27. IPS Hospital San Martín. Portal Web. [Base de datos en línea]. 2022. [acceso 2022 agosto 24]. Disponible en: <https://amp.clinicasyhospitales.com.co/ips/ips-hospital-san-martin>
28. Hospital San Carlos Cañas Gordas E.S.E. Política de Seguridad del Paciente. [Base de datos en línea]. 2018 [acceso 2022 agosto 24]. Disponible en:
<https://www.esecanasgordas.gov.co/politica-de-seguridad-del-paciente/>
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2022 [acceso 2022 agosto 24]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto Numero 903 de 2014. por el cual se dictan disposiciones en relación con el sistema único de acreditación en salud. [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2014 [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0903-de-2014.pdf>
31. Alcaldía Bogotá. Compilación de la Legislación Aplicable al Distrito Capital: Régimen Legal de Bogotá. [Base de datos en línea]. Bogotá: Alcaldía Bogotá; 2016 [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65994>
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 003100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. [Base de datos en línea]. Bogotá:

MINSALUD; 2019 [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en:

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

33. Ministerio de Salud y Protección Social. Nueva versión del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2018 [acceso 2022 septiembre 5]. Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/noticias/ministerio-de-salud-lanza-nueva-version-del-manual-de-acreditacion-en-salud-ambulatorio-y-hospitalario/>
34. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Maternidad Segura. [Base de datos en línea]. Medellín: DSSA; 2010 [acceso 2022 noviembre 7]. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/programas-y-proyectos/salud-publica/item/141-maternidad-segura>
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2022 [acceso 2022 noviembre 7]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>


Anexos

Anexo 1. Evidencia lista de asistencia a práctica

 Universidad Francisco de Paula Santander <small>Vigilada M. Educación</small>	CONTROL DE SUPERVISIONES POR ENTIDADES EN CONVENIO A PASANTES	Código	FO-DC-08/V0
		Página	1

CONTROL DE SUPERVISIÓN PASANTÍAS

IPS DE PASANTÍA		FECHAS DE SEGUIMIENTO SEMANAL		DESDE	HASTA	AREA DE DESARROLLO PASANTIA: REGISTRAR (SI ES HUMANIZACION - SEGURIDAD DEL PTE - OTRO)	
Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte.				20/09/22	24/09/22	Seguridad del Paciente	
NOMBRE DEL DOCENTE SUPERVISOR:		NOMBRE DEL SERVICIO DE PASANTIA		URGENCIAS / Hospitalización		SALUD PUBLICA	
DÍAS QUE CUBRE LA PASANTIA EN ESTA SEMANA		JORNADA DE EJECUTADA-MARCAR (X)	AM	PM	TIPO DE ENTIDAD- MARCAR (X)	AMBULATORIA	HOSPITALARIA
Martes - Sabado			X			X	
FECHA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	ESTUDIANTE	CODIGO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL FUNCIONARIO SUPERVISOR	OBSERVACIONES
20/09/22	9:00 am	10:00 am	Maria Alejandra Uribe	1800882	Presentación en la IPS suscripción de Acta de inicio.	<i>[Firma]</i>	
21/09/22	7:00 am - 1:00 pm	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe	1800882	Asignación lugar de trabajo en la IPS - Revisión de documentos.	<i>[Firma]</i>	
22/09/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe	1800882	Ajuste de encuesta, percepción seguridad del paciente para su aplicación.	<i>[Firma]</i>	
23/09/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe	1800882	Revisión de documentos, listas, de chequeos, procedimientos.	<i>[Firma]</i>	
24/09/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe	1800882	Recibo de turno - Bonda de seguridad. Apoyo al Personal de Salud.	<i>[Firma]</i>	
SUBTOTAL HORAS DE PARTICIPACIÓN PRESENCIAL REALIZADA EN LA SEMANA			25 horas	FECHAS DE PASANTIA REALIZADAS POR ESTUDIANTE	20 de septiembre al 24 de septiembre	ASESORIA VIRTUAL DOCENTE/ PRODUCTOS ENTREGADOS	FECHA HORAS
							22/09/22 1 hora
Elaboró		Revisó			Aprobó		
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL		EN PROCESO DE REVISIÓN			EN PROCESO DE APROBACIÓN		
Fecha	29-01-2016	Fecha		Fecha		12-11-2010	

 Universidad Francisco de Paula Santander Viglada Mineducación	CONTROL DE SUPERVISIONES POR ENTIDADES EN CONVENIO A PASANTES	Código	FO-DC-08/V0
		Página	1


CONTROL DE SUPERVISIÓN PASANTÍAS

IPS DE PASANTÍA		FECHAS DE SEGUIMIENTO SEMANAL		DESDE	HASTA	AREA DE DESARROLLO PASANTIA: REGISTRAR (SI ES HUMANIZACION - SEGURIDAD DEL PTE - OTRO)	
Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte				26/09/22	01/10/22	Seguridad del Paciente	
NOMBRE DEL DOCENTE SUPERVISOR:		NOMBRE DEL SERVICIO DE PASANTIA				Seguridad del Paciente	
DIAS QUE CUBRE LA PASANTIA EN ESTA SEMANA		JORNADA DE EJECUTADA - MARCAR (X)	AM	PM	TIPO DE ENTIDAD - MARCAR (X)	SALUD PUBLICA	
Lunes - Sabado			X		AMBULATORIA	HOSPITALARIA	
						X	
FECHA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION	ESTUDIANTE	CODIGO	DESCRIPCION ACTIVIDADES REALIZADA	FIRMA DEL FUNCIONARIO SUPERVISOR	OBSERVACIONES
26/09/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe	1800882	Revisión de Protocolos y Procedimientos.	<i>[Firma]</i>	
27/09/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe	1800882	Reunión con la Jefe Inver Seguridad del Paciente.	<i>[Firma]</i>	
28/09/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe	1800882	Elaboración cronograma de capacitaciones.	<i>[Firma]</i>	
29/09/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe	1800882	Elaboración matriz educativa Triaje Revisión de documentos	<i>[Firma]</i>	
30/09/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe	1800882	Elaboración material educativo Admisión del Paciente.	<i>[Firma]</i>	
01/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe	1800882	Elaboración matriz educativa entrega de turno.	<i>[Firma]</i>	
SUBTOTAL HORAS DE PARTICIPACIÓN PRESENCIAL REALIZADA EN LA SEMANA		36 horas	FECHAS DE PASANTIA REALIZADAS POR ESTUDIANTE		26 de septiembre al 1 de Octubre	ASESORIA VIRTUAL DOCENTE/ PRODUCTOS ENTREGADOS	FECHA HORAS
							30/09/22 1 hora
Elaboró			Revisó			Aprobó	
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL			EN PROCESO DE REVISIÓN			EN PROCESO DE APROBACIÓN	
Fecha	29-01-2016		Fecha			Fecha	12-II-2010

 Universidad Francisco de Paula Santander <small>Vigilada Mineducación</small>	CONTROL DE SUPERVISIONES POR ENTIDADES EN CONVENIO A PASANTES	Código	FO-DC-08/V0
		Página	1

CONTROL DE SUPERVISIÓN PASANTÍAS

IPS DE PASANTÍA		Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte.			FECHAS DE SEGUIMIENTO SEMANAL		DESDE	HASTA	ÁREA DE DESARROLLO PASANTÍA: REGISTRAR (SI ES HUMANIZACIÓN - SEGURIDAD DEL PTE - OTRO)
NOMBRE DEL DOCENTE SUPERVISOR:		Gloria Omaira Bautista Espinel			NOMBRE DEL SERVICIO DE PASANTÍA		03/10/22	08/10/22	
DÍAS QUE CUBRE LA PASANTÍA EN ESTA SEMANA		JORNADA DE EJECUTADA-MARCAR (X)	AM	PM	TIPO DE ENTIDAD-MARCAR (X)	AMBULATORIA	HOSPITALARIA	SALUD PÚBLICA	
Lunes - Sábado			X				X		
FECHA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	ESTUDIANTE	CODIGO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADA	FIRMA DEL FUNCIONARIO SUPERVISOR		OBSERVACIONES	
03/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Capacitación al personal de salud sobre TRIAGE	[Firma]			
04/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Realización de encuesta percepción seguridad del paciente.	[Firma]			
05/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Capacitación al personal de salud sobre entrega de turno.	[Firma]			
06/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Capacitación al personal de salud sobre admisión del paciente.	[Firma]			
07/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Elaboración de informe.	[Firma]			
08/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Elaboración ronda de seguridad en el servicio.	[Firma]			
SUBTOTAL HORAS DE PARTICIPACIÓN PRESENCIAL REALIZADA EN LA SEMANA			36 horas	FECHAS DE PASANTÍA REALIZADAS POR ESTUDIANTE	03 de octubre al 08 de octubre	ASESORÍA VIRTUAL DOCENTE/ PRODUCTOS ENTREGADOS	FECHA HORAS	31/10/22 1 hora	
Elaboró			Revisó			Aprobó			
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL			EN PROCESO DE REVISIÓN			EN PROCESO DE APROBACIÓN			
Fecha	29-01-2016		Fecha			Fecha	12-11-2010		

 Universidad Francisco de Paula Santander Vig. lista Mineducación	CONTROL DE SUPERVISIONES POR ENTIDADES EN CONVENIO A PASANTES	Código	FO-DC-08/V0
		Página	1


CONTROL DE SUPERVISIÓN PASANTÍAS

IPS DE PASANTÍA		FECHAS DE SEGUIMIENTO SEMANAL			DESDE	HASTA	ÁREA DE DESARROLLO PASANTÍA: REGISTRAR (SI ES HUMANIZACIÓN - SEGURIDAD DEL PTE - OTRO)	
Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte					01.10.22	15.10.22	Seguridad del Paciente.	
NOMBRE DEL DOCENTE SUPERVISOR:		NOMBRE DEL SERVICIO DE PASANTÍA					SALUD PÚBLICA	
DÍAS QUE CUBRE LA PASANTÍA EN ESTA SEMANA		JORNADA DE EJECUTADA-MARCAR (X)	AM	PM	TIPO DE ENTIDAD- MARCAR (X)			
Lunes - Sábado			X		AMBULATORIA HOSPITALARIA		X	
FECHA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	ESTUDIANTE	CODIGO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADA	FIRMA DEL FUNCIONARIO SUPERVISOR		OBSERVACIONES
10/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Capacitación al personal de salud protocolo lavado de manos.	[Firma]		
11/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Aplicación lista de chequeo lavado de manos.	[Firma]		
12/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Aplicación lista de chequeo verificación.	[Firma]		
13/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	capacitación al personal de salud	[Firma]		
14/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Aplicación lista de chequeo fondo de Seguridad.	[Firma]		
15/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Aplicación lista de chequeo identificación del paciente.	[Firma]		
SUBTOTAL HORAS DE PARTICIPACIÓN PRESENCIAL REALIZADA EN LA SEMANA			36 horas	FECHAS DE PASANTÍA REALIZADAS POR ESTUDIANTE	10 de Octubre al 15 de Octubre	ASESORIA VIRTUAL DOCENTE/ PRODUCTOS ENTREGADOS	FECHA HORAS	15/10/22 1 hora
Elaboró			Revisó			Aprobó		
GLORIA OMIRA BAUTISTA ESPINEL			EN PROCESO DE REVISIÓN			EN PROCESO DE APROBACIÓN		
Fecha	29-01-2016		Fecha			Fecha	12-11-2010	

 Universidad Francisco de Paula Santander Vigilada por el Ministerio de Educación	CONTROL DE SUPERVISIONES POR ENTIDADES EN CONVENIO A PASANTES	Código	FO-DC-08/V0
		Página	1

CONTROL DE SUPERVISIÓN PASANTÍAS

IPS DE PASANTÍA		FECHAS DE SEGUIMIENTO SEMANAL			DESDE	HASTA	ÁREA DE DESARROLLO PASANTÍA: REGISTRAR (SI ES HUMANIZACIÓN - SEGURIDAD DEL PTE - OTRO)	
Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte					018.M.10.A.22	022.M.10.A.22	Seguridad del Paciente	
NOMBRE DEL DOCENTE SUPERVISOR:		Gloria Omaira Bautista Espinel			NOMBRE DEL SERVICIO DE PASANTÍA		Urgencias/Hospitalización	
DÍAS QUE CUBRE LA PASANTÍA EN ESTA SEMANA		JORNADA DE EJECUTADA-MARCAR (X)	AM	PM	TIPO DE ENTIDAD- MARCAR (X)		AMBULATORIA	HOSPITALARIA
Martes - Sábado			X					X
FECHA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	ESTUDIANTE	CODIGO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADA	FIRMA DEL FUNCIONARIO SUPERVISOR		OBSERVACIONES
18/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Aplicación de listas de chequeo	[Firma]		
19/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Elaboración de Protocolo RCP	[Firma]		
20/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Elaboración documento Fiebre de la atención del paciente.	[Firma]		
21/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Capacitación Protocolo de Venofunción Aplicación lista de chequeo	[Firma]		
22/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Capacitación Protocolo Control y prevención de caídas.	[Firma]		
SUBTOTAL HORAS DE PARTICIPACIÓN PRESENCIAL REALIZADA EN LA SEMANA			30 horas	FECHAS DE PASANTÍA REALIZADAS POR ESTUDIANTE	18 de Octubre al 22 de Octubre	ASESORIA VIRTUAL DOCENTE/ PRODUCTOS ENTREGADOS	FECHA HORAS	
Elaboró			Revisó		Aprobó			
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL			EN PROCESO DE REVISIÓN		EN PROCESO DE APROBACIÓN			
Fecha	29-01-2016		Fecha		Fecha	12-11-2010		

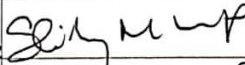

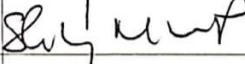
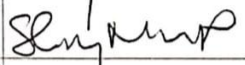


 Universidad Francisco de Paula Santander <small>Vigilada Mineducación</small>	CONTROL DE SUPERVISIONES POR ENTIDADES EN CONVENIO A PASANTES	Código	FO-DC-08/V0
		Página	1


CONTROL DE SUPERVISIÓN PASANTÍAS

IPS DE PASANTÍA		Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte.			FECHAS DE SEGUIMIENTO SEMANAL		DESDE	HASTA	ÁREA DE DESARROLLO PASANTÍA: REGISTRAR (SI ES HUMANIZACIÓN - SEGURIDAD DEL PTE - OTRO)	
NOMBRE DEL DOCENTE SUPERVISOR:		Gloria Omaira Bautista Espinel			NOMBRE DEL SERVICIO DE PASANTÍA				Seguridad del Paciente	
DÍAS QUE CUBRE LA PASANTÍA EN ESTA SEMANA		Lunes - Sábado		JORNADA DE EJECUTADA - MARCAR (X)	AM	PM	TIPO DE ENTIDAD - MARCAR (X)		AMBULATORIA	HOSPITALARIA
				X				X		SALUD PÚBLICA
FECHA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	ESTUDIANTE	CODIGO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADA	FIRMA DEL FUNCIONARIO SUPERVISOR		OBSERVACIONES		
24/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B	1800882	Fonda de seguridad Aplicación de listas de chequeo.	[Firma]				
25/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B	1800882	Educación al personal de salud sobre Protocolos de la IPS.	[Firma]				
26/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B	1800882	Aplicación de listas de chequeo en prevención de caídas - Capacitación	[Firma]				
27/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Aplicación de listas de chequeo en cuidados de la maternidad Seguridad.	[Firma]				
28/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Revisión documentos - Protocolo identificación del paciente.	[Firma]				
29/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B	1800882	Preparación capacitación al personal de salud en identificación del paciente.	[Firma]				
SUBTOTAL HORAS DE PARTICIPACIÓN PRESENCIAL REALIZADA EN LA SEMANA			36 horas	FECHAS DE PASANTÍA REALIZADAS POR ESTUDIANTE	24 de octubre al 29 de octubre	ASESORIA VIRTUAL DOCENTE/ PRODUCTOS ENTREGADOS	FECHA	24/10/22		
							HORAS	2 horas		
Elaboró			Revisó			Aprobó				
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL			EN PROCESO DE REVISIÓN			EN PROCESO DE APROBACIÓN				
Fecha	29-01-2016		Fecha			Fecha	12-11-2010			

 Universidad Francisco de Paula Santander <small>Vigilada Mineducación</small>	CONTROL DE SUPERVISIONES POR ENTIDADES EN CONVENIO A PASANTES	Código	FO-DC-08/V0
		Página	1


CONTROL DE SUPERVISIÓN PASANTÍAS

IPS DE PASANTÍA		Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte.			FECHAS DE SEGUIMIENTO SEMANAL		DESDE	HASTA	ÁREA DE DESARROLLO PASANTÍA: REGISTRAR (SI ES HUMANIZACIÓN - SEGURIDAD DEL PTE - OTRO)	
NOMBRE DEL DOCENTE SUPERVISOR:		Gloria Omaira Bautista Espinel			NOMBRE DEL SERVICIO DE PASANTÍA		Urgencias/Hospitalización		Seguridad del Paciente	
DÍAS QUE CUBRE LA PASANTÍA EN ESTA SEMANA		Lunes - Sábado		JORNADA DE EJECUTADA-MARCAR (X)	AM	PM	TIPO DE ENTIDAD- MARCAR (X)		AMBULATORIA	HOSPITALARIA
										X
FECHA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	ESTUDIANTE	CODIGO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADA	FIRMA DEL FUNCIONARIO SUPERVISOR		OBSERVACIONES		
31/10/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Aplicación lista de chequeo, Cultura de la Gestante, Iden. Paciente					
01/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Capacitación Protocolo identificación del Paciente.					
02/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Capacitación Protocolo identificación del Paciente.					
03/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Aplicación historias de chequeo, Prevención de Caídas.					
04/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Estrategia Administración Seguridad de medicamentos					
05/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Estrategia Prevención de eventos Adversos, y Maternidad Segura.					
SUBTOTAL HORAS DE PARTICIPACIÓN PRESENCIAL REALIZADA EN LA SEMANA			36 horas	FECHAS DE PASANTÍA REALIZADAS POR ESTUDIANTE	31 de Octubre al 05 de Noviembre	ASESORIA VIRTUAL DOCENTE/ PRODUCTOS ENTREGADOS	FECHA	04-11-22		
							HORAS	1 hora		
Elaboró			Revisó			Aprobó				
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL			EN PROCESO DE REVISIÓN			EN PROCESO DE APROBACIÓN				
Fecha	29-01-2016		Fecha			Fecha	12-11-2010			

 Universidad Francisco de Paula Santander <small>Vigilada Mineducación</small>	CONTROL DE SUPERVISIONES POR ENTIDADES EN CONVENIO A PASANTES	Código	FO-DC-08/V0
		Página	1

CONTROL DE SUPERVISIÓN PASANTÍAS

IPS DE PASANTÍA		Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte.			FECHAS DE SEGUIMIENTO SEMANAL		DESDE	HASTA	ÁREA DE DESARROLLO PASANTÍA: REGISTRAR (SI ES HUMANIZACIÓN - SEGURIDAD DEL PTE - OTRO)	
NOMBRE DEL DOCENTE SUPERVISOR:		Gloria Omaira Bautista Espinel.			NOMBRE DEL SERVICIO DE PASANTÍA		Urgencias / Hospitalización			Seguridad del Paciente.
DÍAS QUE CUBRE LA PASANTÍA EN ESTA SEMANA		Lunes - Sábado		JORNADA DE EJECUTADA-MARCAR (X)	AM	PM	TIPO DE ENTIDAD- MARCAR (X)	AMBULATORIA	HOSPITALARIA	SALUD PÚBLICA
					X				X	
FECHA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	ESTUDIANTE	CODIGO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADA	FIRMA DEL FUNCIONARIO SUPERVISOR		OBSERVACIONES		
07/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Capacitación Política Seguridad del Paciente.	<i>[Firma]</i>				
07/11/22	1:00 pm	7:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Capacitación Política Seguridad del Paciente.	<i>[Firma]</i>				
09/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Estrategia Prevención de Eventos Adversos.	<i>[Firma]</i>				
10/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Estrategia Cultura de reporte de Eventos Adversos.	<i>[Firma]</i>				
11/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Estrategia Cultura de Reporte de Eventos Adversos.	<i>[Firma]</i>				
12/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Revisión documentos a entregar en la institución.	<i>[Firma]</i>				
SUBTOTAL HORAS DE PARTICIPACIÓN PRESENCIAL REALIZADA EN LA SEMANA			36 horas	FECHAS DE PASANTÍA REALIZADAS POR ESTUDIANTE	7 de Noviembre al 12 de Noviembre	ASESORIA VIRTUAL DOCENTE/ PRODUCTOS ENTREGADOS	FECHA	11/11/22		
							HORAS	1 hora		
Elaboró			Revisó			Aprobó				
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL			EN PROCESO DE REVISIÓN			EN PROCESO DE APROBACIÓN				
Fecha	29-01-2016		Fecha			Fecha	12-11-2010			

 Universidad Francisco de Paula Santander <small>Vigilada MinEducación</small>	CONTROL DE SUPERVISIONES POR ENTIDADES EN CONVENIO A PASANTES	Código	FO-DC-08/V0
		Página	1

CONTROL DE SUPERVISIÓN PASANTÍAS

IPS DE PASANTÍA		HSM Hospital San Martín de Sardinata ESE Regional Norte.			FECHAS DE SEGUIMIENTO SEMANAL	DESDE	HASTA	APEA DE DESARROLLO PASANTIA: REGISTRAR (SI ES HUMANIZACIÓN - SEGURIDAD DEL PTE - OTRO)
NOMBRE DEL DOCENTE SUPERVISOR:		Gloria Omaira Bautista Espinel			NOMBRE DEL SERVICIO DE PASANTIA	Urgencias / Hospitalización.		
DÍAS QUE CUBRE LA PASANTIA EN ESTA SEMANA		Martes - Sábado		JORNADA DE EJECUTADA-MARCAR (X)	AM	PM	TIPO DE ENTIDAD- MARCAR (X)	AMBULATORIA HOSPITALARIA
FECHA	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	ESTUDIANTE	CODIGO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADA	FIRMA DEL FUNCIONARIO SUPERVISOR		OBSERVACIONES
15/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Elaboración informe final de la Pasantía.	[Firma]		
16/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Elaboración Presentación del informe. Apoyo al personal de Salud	[Firma]		
17/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Sustentación Proyecto Pasantía. Presentación Política Seguridad P.	[Firma]		
18/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Ajustes informe final Apoyo al personal de Salud	[Firma]		
19/11/22	7:00 am	1:00 pm	Maria Alejandra Uribe B.	1800882	Entrega de Informe final - documentación a la IPS HSM.	[Firma]		
SUBTOTAL HORAS DE PARTICIPACIÓN PRESENCIAL REALIZADA EN LA SEMANA			30 horas	FECHAS DE PASANTIA REALIZADAS POR ESTUDIANTE	15 de Noviembre al 19 de Noviembre.	ASESORIA VIRTUAL DOCENTE/ PRODUCTOS ENTREGADOS	FECHA	15/11/22
						HORAS		2 horas
Elaboró			Revisó			Aprobó		
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL			EN PROCESO DE REVISIÓN			EN PROCESO DE APROBACIÓN		
Fecha	29-01-2016		Fecha			Fecha	12-11-2010	