

**Apoyo en el proceso de adherencia a los protocolos institucionales y cultura de reporte de eventos adversos que han sido priorizados en coordinación con seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga**

**Presentado por:**

**Lucy Tatiana Afanador Afanador**

**Universidad Autónoma de Bucaramanga**

**Facultad de Ciencias de Salud**

**Programa de Enfermería**

**VIII Semestre - Práctica Electiva de Profundización**

**Floridablanca (Santander)**

**Colombia**

**2017**

**Apoyo en el proceso de adherencia a los protocolos institucionales y cultura de reporte de eventos adversos que han sido priorizados en coordinación con seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga**

**Presentado por:**

**Lucy Tatiana Afanador Afanador**

**Docente Tutor UNAB:**

**Clara Inés Padilla García**

**Enf., Mgs.**

**Universidad Autónoma de Bucaramanga**

**Facultad de Ciencias de Salud**

**Programa de Enfermería**

**VIII Semestre - Práctica Electiva de Profundización**

**Floridablanca (Santander)**

**Colombia**

**2017**

## TABLA DE CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN.....	8
INTRODUCCIÓN .....	9
1. OBJETIVOS.....	11
1.1. OBJETIVO GENERAL .....	11
1.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS .....	11
2. MARCO TEÓRICO .....	13
3. ENFOQUE DISCIPLINAR .....	15
4. ENFOQUE BIOÉTICO.....	16
5. DESCRIPCIÓN DEL SITIO DE PRÁCTICA.....	18
5.1. SEDES Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS .....	19
5.2. MISIÓN.....	23
5.3. VISIÓN .....	24
5.4. VALORES .....	24
5.5. COMPETENCIAS INSTITUCIONALES .....	24
5.6. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL .....	26
5.7. POLÍTICA DE SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN .....	26
5.8. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	27
5.9. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	28
5.10. BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO.....	30
5.11. DEBERES Y DERECHOS DEL PACIENTE .....	30
5.12. DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL GENERAL DE ENFERMERÍA.....	33
6. VALORACIÓN SITUACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA.....	37
6.1. TALENTO HUMANO.....	38
6.2. INFRAESTRUCTURA.....	40
6.3. DOTACIÓN .....	42
6.4. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS.....	43
6.5. PROCESOS PRIORITARIOS .....	44
6.6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS.....	57
6.7. INTERDEPENDENCIA .....	58
7. EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ICB.....	60
7.1. LA MATRIZ DOFA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	60
8. LA PLANEACIÓN .....	72

8.1.	PROBLEMAS IDENTIFICADOS A PARTIR DE LA MATRIZ DOFA.....	72
8.2.	DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES EN LA PLANEACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ICB.....	73
9.	EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ICB.....	80
9.1.	PROBLEMA 1 .....	80
9.2.	PROBLEMA 2 .....	82
9.3.	PROBLEMA 3 .....	83
9.4.	PROBLEMA 4 .....	85
9.5.	PROBLEMA 5 .....	86
9.6.	PROBLEMA 6 .....	86
10.	INFORME DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO EN EL ICB .....	89
10.1.	SOLUCIÓN 1 .....	89
10.2.	SOLUCIÓN 2.....	95
10.3.	SOLUCIÓN 3.....	97
10.4.	SOLUCIÓN 4.....	100
10.5.	SOLUCIÓN 5.....	103
10.6.	SOLUCIÓN 6.....	104
11.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	107
12.	CONCLUSIONES.....	108
	BIBLIOGRAFÍA.....	110
	ANEXOS.....	115

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Plan estratégico de trabajo considerado por Coordinación de enfermería .....	34
Tabla 2. Resultados de la cultura de seguridad. Número de incidentes notificados.....	46
Tabla 3. Listado de capacitaciones durante el primer semestre del 2017.....	47
Tabla 4. Listado de eventos reportados por servicio durante el año 2017.....	48
Tabla 5. Cantidad de eventos reportados durante el primer semestre del año 2017.....	50
Tabla 6. Listado de guías, instructivos y protocolos de seguridad del paciente en el año 2017.....	51
Tabla 7. Listado de infecciones In Sitio Operatorio (ISO) 2017.....	54
Tabla 8. Análisis externo del sector salud en Colombia .....	61
Tabla 9. El análisis de los factores externos del ICB, en seguridad del paciente.....	63
Tabla 10. El análisis de los factores internos del ICB, en seguridad del paciente.....	64
Tabla 11. Problemas identificados a partir del cruce de las variables de la matriz DOFA .....	72
Tabla 12. El método de HANLON .....	75
Tabla 13. Priorización de problemas identificados en seguridad del paciente del ICB. II Semestre 2017 .....	78
Tabla 14. PROBLEMA 1 .....	80
Tabla 15. PROBLEMA 2.....	82
Tabla 16. PROBLEMA 3.....	83
Tabla 17. PROBLEMA 4.....	85
Tabla 18. PROBLEMA 5.....	86
Tabla 19. PROBLEMA 6.....	86
Tabla 20. SOLUCIÓN 1 .....	89
Tabla 21. RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) SOLUCIÓN 1 .....	93
Tabla 22. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN PRE-TEST Y POST-TEST. SOLUCIÓN 1.....	94
Tabla 24. SOLUCIÓN 2 .....	95
Tabla 25. SOLUCIÓN 3 .....	97
Tabla 26. RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC). SOLUCIÓN 3 .....	99
Tabla 27. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN PRE-TEST Y POST-TEST. SOLUCIÓN 3.....	100
Tabla 28. SOLUCIÓN 4 .....	100
Tabla 29. RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC). SOLUCIÓN 4 .....	102
Tabla 30. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN DEL PRE-TEST Y POST-TEST. SOLUCIÓN 4.....	103
Tabla 31. SOLUCIÓN 5 .....	103
Tabla 32. SOLUCIÓN 6 .....	104
Tabla 34. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	107
Tabla 21. RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) SOLUCIÓN 1 .....	126
Tabla 22. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN PRE-TEST Y POST-TEST. SOLUCIÓN 1.....	127
Tabla 26. RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC). SOLUCIÓN 3 .....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 27. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN PRE-TEST Y POST-TEST. SOLUCIÓN 3 .....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 33. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS .....	202

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Organigrama del Instituto del Corazón de Bucaramanga .....	26
Figura 2. Descripción institucional general de enfermería.....	34

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Lista de chequeo para la valoración de prácticas seguras realizadas en el ICB, durante II semestre 2017 .....	115
Anexo 2 Planeación actividades para la socialización de la Guía para el lavado de manos .....	120
Anexo 3. Asistencia a las capacitaciones de la Guía para el lavado de manos en el personal del ICB .....	128
Anexo 4 Evidencia fotográfica de la socialización de la Guía para el lavado de manos (Versión 2) .....	129
Anexo 5 Informe de evaluación de la Guía de lavado de manos .....	130
Anexo 6. Informe de actualización de la Guía para el lavado de manos. (IN.15-005)(Versión 3) .....	150
Anexo 7. Correo electrónico de la entrega de la actualización de la Guía para el lavado de manos.....	155
Anexo 8. Informe de actualización de la Guía de manejo para el cateterismo venoso periférico .....	156
Anexo 9. Correo electrónico de entrega de la actualización de la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico .....	164
Anexo 10. Correo electrónico de la divulgación de los instructivos de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión.....	165
Anexo 11 Asistencia a la socialización de la actualización del instructivo de CVP ante las coordinadoras de los servicios .....	167
Anexo 12. Planeación de las actividades educativas para los instructivos de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión .....	168
Anexo 13. Asistencia a la socialización de los instructivos de prevención de caídas y de úlceras por presión <b>¡Error!</b> <b>Marcador no definido.</b>	
Anexo 14 Evidencia fotográfica de la socialización de los instructivos de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión al personal de enfermería de hemodinámica .....	179
Anexo 15. Planeación de actividades educativas para la inducción al programa de seguridad del paciente .....	180
Anexo 16. Informe de actualización del reporte de eventos adversos en el software Clinic OnLine .....	187
Anexo 17 Informe de evaluación de los protocolos de MDNI: Ecocardiograma estrés, ecocardiograma transesofágico y Holter.....	190
Anexo 18. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS .....	202

## JUSTIFICACIÓN

Con el propósito de satisfacer las necesidades identificadas en la programación de la coordinación de seguridad del paciente, para el segundo semestre del año 2017, se diseña un plan de mejoramiento para el programa de seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga. Se inició la labor realizando la descripción institucional, seguido del análisis de los factores externos y los factores internos para poder establecer la valoración situacional de la coordinación de seguridad del paciente. El diseño del plan de mejoramiento apoya en el proceso de adherencia a los protocolos institucionales e incrementa la cultura de reporte de eventos adversos los cuales han sido priorizados en coordinación con seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga.

Para este trabajo se requirió de la planeación para poder alcanzar las metas propuestas en el plan de mejoramiento, el cual contribuye al avance positivo y continuo del Instituto del Corazón de Bucaramanga



## INTRODUCCIÓN

Es responsabilidad de todas las personas que laboran en una institución de salud, brindar seguridad y calidad de atención en salud a los pacientes para poder disminuir la aparición de eventos adversos, cumplir con los mínimos estándares de calidad de atención en salud para alcanzar la acreditación y estar habilitados para funcionar en el territorio Colombiano. Para poder llevar a cabo esto, es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección precoz de las fallas activas, las cuales pueden originar los incidentes. <sup>1</sup>

Los reportes que se hagan de los incidentes, se consideran un insumo importante porque al ser analizados en los distintos comités, se generan las acciones preventivas, se enseña una lección, que al ser aprendida previene que la misma falla se vuelva a presentar al interior de la institución.

Analizar los eventos adversos es importante porque permite a la institución aprender de las fallas y plantear lecciones para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud. Con ellos se puede realizar el seguimiento y retroalimentación después del análisis causal de los eventos adversos. El ambiente debe ser de responsabilidad y de no ocultamiento en donde todo el personal pueda involucrarse en las mejoras de la calidad en la atención en salud al paciente.

Debido al alto número de muertes ocasionadas por errores y eventos adversos que sufren los pacientes al recibir atención médica, la organización Mundial de la Salud en el 2002 aprobó la Resolución “Calidad de la atención: Seguridad del paciente”.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la salud. 55ª Asamblea mundial de la salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 23 de marzo de 2002. Disponible en: <http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2016/11/Calidad-de-la-atencion-Seguridad-del-paciente.pdf>

Con la creación de la Política de seguridad del paciente en el 2008, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGCS) se compromete en impulsar la política de seguridad del paciente en Colombia, y se pretende avanzar en el Sector Salud buscando que las instituciones piensen primordialmente que todo lo que hacen es seguro para sus pacientes, previniendo la ocurrencia de situaciones que afecten su seguridad.<sup>2</sup>

El Instituto del Corazón de Bucaramanga (ICB) en su búsqueda por lograr la acreditación, dentro de sus actividades, tiene incluida la consolidación de un programa de seguridad del paciente, teniendo en cuenta las “15 acciones institucionales de la Política de Seguridad del Paciente 2008”, con el fin de justificar la calidad en la prestación de sus servicios a la comunidad del Oriente Colombiano.

El Instituto del Corazón de Bucaramanga tiene el propósito de crear Cultura de Seguridad para el Paciente en toda la institución y trabaja para que desde los directivos, administrativos y asistenciales participen activamente de las actividades que se realizan para sensibilizar a todo el personal en temas de seguridad del paciente; proporcionando información, comunicando y enseñando metodologías para tratar los problemas, establecer los sistemas de detección, notificación y registro de los eventos adversos. Por lo anterior se establece como objetivo de este trabajo el diseñar un plan de mejoramiento para el programa de seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga, promocionando una cultura de seguridad en sus colaboradores

---

<sup>2</sup> Roa G. Maritza, Restrepo P. Francisco Raúl, Riachi G. María Isabel, Ordoñez S. Jorge Alberto. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Unidad Sectorial de normalización (USN). Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Marzo 4 del 2010. Consultado el 21/Julio/2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un plan de mejoramiento del programa de seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga, promocionando una cultura de seguridad en sus colaboradores

### **1.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- 1.2.1. Realizar la descripción de la institución donde se realizará la práctica electiva de profundización
- 1.2.2. Realizar la descripción institucional general del departamento de enfermería
- 1.2.3. Establecer la valoración situacional en el departamento de calidad y control del instituto del corazón
- 1.2.4. Concluir el diagnóstico situacional de seguridad del paciente en el ICB
- 1.2.5. Diseñar un plan de mejoramiento en el departamento de seguridad del paciente para el ICB
- 1.2.6. Modificar la guía para el lavado de manos del ICB
- 1.2.7. Medir el nivel de adherencia a la guía para el lavado de manos en el personal asistencial del ICB
- 1.2.8. Modificar la guía de manejo para cateterismo venoso periférico del Instituto del Corazón de Bucaramanga
- 1.2.9. Describir las guías de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión al personal de enfermería de las sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga

- 1.2.10. Evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería del Instituto del Corazón de Bucaramanga sobre las guías de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión
- 1.2.11. Modificar el instructivo de reporte de eventos adversos en el software Clinic OnLine del Instituto del Corazón de Bucaramanga
- 1.2.12. Valorar el nivel de adherencia a los protocolos de atención de ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica y electrocardiografía dinámica Holter en el personal de enfermería en las sedes ambulatoria, Clínica Chicamocha, Clínica Foscal Internacional y Clínica Foscal del ICB

## 2. MARCO TEÓRICO

La política de seguridad del paciente fue creada en julio del 2008 para prevenir la ocurrencia de eventos adversos en las instituciones prestadoras de servicios de salud; dicha política es transversal a los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGCS) de Colombia

La seguridad del paciente vela porque los procesos de atención de salud sean seguros, con metodologías basadas en la evidencia científica que minimicen el riesgo de sufrir un evento adverso o de paliar con las consecuencias de una falla activa en el procedimiento.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, los actores del SOGCS deberán cumplir ofreciendo una atención en salud con las características de accesibilidad, continuidad, oportunidad, pertinencia y seguridad

Colombia cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de prácticas seguras. A partir del año 2005 se hizo requisito para las instituciones prestadoras de salud que adquieran la acreditación y para ello deben tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevó a la instituciones a que implementaran una política de seguridad del paciente y así poder estar habilitadas para funcionar.

Las instituciones prestadoras de salud deberán implementar un programa de seguridad del paciente y definir cuáles serán sus objetivos prioritarios para determinar los procesos asistenciales seguros.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Dentro de los procesos asistenciales seguros que ha definido el programa de seguridad del paciente del Instituto del Corazón de Bucaramanga están: El detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud; prevención y reducción de la frecuencia de caídas; la prevención úlceras por presión; identificación correcta del paciente; comunicación asertiva; cirugía o procedimiento correcto, al paciente correcto en el lugar correcto; y el manejo seguro de medicamentos de alto riesgo

Todo paciente es potencialmente propenso a adquirir infecciones asociadas con la atención en salud al estar en el entorno hospitalario y esto conlleva al aumento de la estancia hospitalaria. Las infecciones asociadas a la atención es salud son consideradas el evento adverso más común en la prestación de servicios de salud, es por esto que las instituciones trabajan en sensibilizar al personal administrativo, asistencial y pacientes en la importancia del lavado de las manos.<sup>4</sup>

En los pacientes hospitalizados el incidente más común son las caídas, son la primera causa de muerte relacionada con una lesión no intencional. Además cuando un paciente se cae los familiares se vuelven más aprensivos, se generan sentimiento de culpa y ansiedad en el personal asistencial y familiares, por lo tanto genera daños tanto físicos como emocionales para los involucrados. Los extremos de edad son los pacientes con más riesgo de caídas y los cuales hay que identificar para implementar las medidas según el nivel de riesgo<sup>5</sup>

La prevención de las úlceras por presión es un indicador importante de la calidad de la atención en salud prestada, afectan el nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes porque ven

---

<sup>4</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. El detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud. Paquetes instruccionales. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Detectar-Infecciones.pdf>

<sup>5</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Paquetes instruccionales. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

reducida su capacidad de independencia en el autocuidado y pueden desarrollar baja autoestima. Si las úlceras por presión no son detectadas a tiempo pueden producir sufrimiento por dolor, reducir la esperanza de vida y avanzar en el deterioro del estado físico hasta llevar a la muerte; es por esto que se hace de vital importancia la prevención<sup>6</sup>

Para mejorar en la cultura de seguridad del paciente es importante sensibilizar, educando sobre los paquetes instruccionales a todos los colaboradores asistenciales para que se involucren en las actividades preventivas y notifiquen los eventos que se presenten para ir cada día mejorando los procesos.

### **3. ENFOQUE DISCIPLINAR**

La participación activa de enfermería en la seguridad del paciente es fundamental porque son los profesionales en enfermería quienes pasan mayor tiempo en contacto directo con los pacientes, es por esto que enfermería puede contribuir positivamente en el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente al interior de las instituciones

La enfermería es una disciplina cuyo propósito es mover o aumentar la capacidad de adaptación de los individuos para mejorar la salud. El profesional de enfermería promueve el autocuidado y los buenos hábitos para que puedan manipular el entorno y así mejorar o mantener un óptimo estado de la salud y calidad de vida

El modelo de atención de Sor Callista Roy contiene 5 elementos esenciales:

- a. El paciente quien recibe los cuidados de enfermería

---

<sup>6</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención úlceras por presión. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Paquetes instruccionales. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>

- b. Meta de enfermería: Que el paciente se adapte al entorno, al cambio
- c. El entorno
- d. Dirección de las actividades de enfermería que facilitan la adaptación

Para Callista Roy el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que recibe estímulos del entorno o desde el interior de la persona; el paciente procesa esos estímulos y genera unas respuestas que pueden ser adaptativas o unas respuestas ineficaces a sus procesos de afrontamiento y adaptación ante su actual situación de salud<sup>7</sup>

El objetivo durante la práctica es mirar al paciente como un ser holístico y ayudarle a que alcance un máximo nivel de adaptación a su situación actual de salud, con actividades que fomenten la promoción de buenos hábitos y prevención de enfermedades, teniendo en cuenta que las personas están inmersas en un entorno social, cultural, que van a determinar la forma como la persona interactúa con los estímulos del medio.<sup>8</sup>

#### **4. ENFOQUE BIOÉTICO**

La bioética es el estudio sistemático y profundo de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los valores y de los principios morales<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Orta González M. A., Vázquez Hachero G., Ponce Domínguez M. C., Ponce Domínguez J., Neto Barrera. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. Octubre 2001

<sup>8</sup> Hernández Gómez Jéssica, Jaimes Valencia Mary Luz, Carvajal Puente Yaneth, Suárez Suárez Diana Paola, Medina Ríos Paulin Yesenia, Fajardo Nates Socorro. Modelo de adaptación de Callista Roy: Instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. Revista Cultura del Cuidado. Vol. 13 N° 1, enero de 2016. ISSN: 1794-5232. pp. 6-18. Consultado el 26 de Julio del 2017. Disponible en:<http://unilibrepereira.edu.co/portal/images/pdf/culturacuidado-revista2016.pdf>

<sup>9</sup> León Francisco Javier. Dignidad humana, libertad y bioética. 1995. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/arsbrevis/article/viewFile/96475/163752>



Las virtudes son las conductas habituales buenas con las que la persona se hace a sí misma más buena y ayuda a los demás, es por eso que el quehacer de la enfermería se ha centrado siempre en un servicio de cuidado a los otros.

La ética de las virtudes es una manera de hacer bioética. En la ética de la virtud no puede dejar de lado la compasión y el principio de vulnerabilidad que nos ayudan a dar un mejor cuidado a los pacientes

La práctica electiva de profundización se llevó a cabo teniendo en cuenta las virtudes como:

- El cuidado: Virtud que debe llevar a cabo la enfermera profesional. Es el proceso de proteger y defender los derechos del paciente; preparar al paciente física y psicológicamente
- El respeto: Por la vocación de servicio y por el don de la vida
- La colaboración: Trabajo en equipo. El trabajo bien hecho es una responsabilidad compartida
- Responsabilidad

El plan de atención de enfermería nos permite prestar y administrar cuidados de enfermería en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, curativos, de rehabilitación o de apoyo a los individuos o grupos

El profesional de enfermería debe combinar la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural para desarrollar la práctica de la enfermería basada en un pensamiento crítico y de investigación; y así podremos actuar como un miembro efectivo del equipo de salud.

Durante la práctica en las rondas de seguridad del paciente se pudo evidenciar que se llevara a cabo el principio de autonomía al corroborar que se estuviesen diligenciando el consentimiento

informado de los pacientes. Se identificó el principio de beneficencia cuando se valoran los riesgos y beneficios de realizar un procedimiento a un paciente, porque estamos obligados moralmente a actuar en beneficio de otros, no como un acto de bondad o de caridad. El principio de no maleficencia porque no se hizo daño intencionadamente, por el contrario se ayudó a las personas y el principio de justicia porque se trató a todas las personas con la misma consideración y respeto.<sup>10</sup>

## **5. DESCRIPCIÓN DEL SITIO DE PRÁCTICA**

El Instituto del Corazón de Bucaramanga es una entidad privada, fundada por un reconocido grupo de médicos cardiólogos, quienes vieron la necesidad de crear una institución especializada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares en pacientes adultos y pediátricos, brindando una nueva alternativa de salud a la región con un servicio personalizado, oportuno e integral durante las 24 horas del día.

Con equipos de tecnología avanzada y la experiencia de su equipo médico, considerado impulsor de la cardiología moderna en Santander, inició actividades asistenciales el 5 de agosto de 2003 en el segundo piso de la clínica Bucaramanga. En la actualidad se encuentra ubicada en la sede ambulatoria y tiene una alianza estratégica con las clínicas: Materno Infantil San Luis, Foscal, Foscal Internacional y Chicamocha.

---

<sup>10</sup> Beauchamp Tom L., Childress James F. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Bioética & Debat · 2011; 17(64): 2. Disponible en: [http://www.ucv.ve/fileadmin/user\\_upload/facultad\\_agronomia/Produccion\\_Animal/Produccion\\_Animal/Bioetica.pdf](http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf)

Paralelo a estos puntos de atención, el Instituto del Corazón de Bucaramanga amplió su cobertura de atención en la ciudad de Bogotá, inaugurando su propia sede, el 9 de septiembre de 2008 que cuenta con sede hospitalaria y sede ambulatoria<sup>11</sup>

## **5.1. SEDES Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

El instituto del Corazón de Bucaramanga cuenta con cinco (5) sedes distribuidas en el área metropolitana de Bucaramanga y en Floridablanca. Además, cuenta con nueve (9) servicios

### **5.1.1. Sedes:**

5.1.1.1. Sede Ambulatoria: En donde se prestan los servicios de consulta externa, anestesia y cirugía cardiovascular, clínica de falla cardíaca y anticoagulación, métodos diagnósticos no invasivos y la unidad de educación e investigación.

5.1.1.2. Clínica Chicamocha: Es la Sede principal del Instituto del Corazón de Bucaramanga, en el piso octavo (8). Allí se prestan los servicios de cardiología pediátrica y adultos, métodos diagnósticos no invasivos, estudios vasculares, anestesia y cirugía cardiovascular, electrofisiología y hemodinamia. Así mismo, en el cuarto piso, mediante alianza estratégica con la entidad ‘Profesionales de la Salud’, se ofrece el servicio de rehabilitación cardíaca. En el segundo piso se realizan las intervenciones cardíacas

5.1.1.3. Clínica Foscal: Localizada en el Piso noveno (9) de la Torre B, en los Módulos 58 y 59. En el Módulo 58 se prestan los servicios de métodos diagnósticos no invasivos, mientras que en el Módulo 59 se encuentran el servicio de consulta externa.

---

<sup>11</sup> Instituto del Corazón de Bucaramanga. Consultado el 26 de Julio del 2017. Disponible en: <http://www.institutodelcorazon.com/>

5.1.1.4. Clínica Foscal Internacional: En el cuarto (4) piso. Allí se prestan los servicios de cardiología pediátrica, métodos diagnósticos no invasivos, estudios vasculares, anestesia y cirugía cardiovascular, electrofisiología y hemodinamia

5.1.1.5. Clínica Materno infantil San Luis: Se ofrece el servicio de Cardiología Pediátrica, de acuerdo a las agendas programadas directamente por la clínica. Allí también se realizan las cirugías de corazón en niños, coordinadas directamente por el servicio de Anestesia y Cirugía Cardiovascular del Instituto del Corazón de Bucaramanga.

#### 5.1.2. Servicios:

##### 5.1.2.1. Cardiología clínica

- Consulta Cardiología Adultos (Cardiología Intervencionista, Electrofisiología, Anestesia y Cirugía Cardiovascular).
- Consulta Cardiología Pediátrica (Cardiología Intervencionista, Anestesia y Cirugía Cardiovascular).
- Cardiología Hospitalaria y de Urgencias.
- Manejo Psicológico pre y postquirúrgico.
- Rehabilitación Cardiovascular.
- Evaluación de riesgo cardiovascular.

##### 5.1.2.2. Métodos diagnósticos no invasivos

- Electrocardiograma (adulto y pediátrico).
- Ecocardiograma Bidimensional Doppler Color.
- Ecocardiograma Transesofágico.
- Ecocardiograma estrés con dobutamina.

- Ecocardiograma de Ejercicio.
- Ecocardiograma Tridimensional.
- Prueba de Esfuerzo.
- Mesa basculante
- Monitoreo Holter 24 horas.
- Monitoreo de Presión Arterial Sistémica (MAPA).
- Doppler venoso y arterial, pletismografía

#### 5.1.2.3. Hemodinamia y cardiología intervencionista

- Cateterismo Cardíaco en adultos y niños.
- Ultrasonido Intravascular.
- Aterectomía Rotacional (Rotablator).
- Aotogramas: Torácico y Abdominal.
- Test de Oclusión de Fenestración con Balón.
- Valvuloplastias Percutáneas: Mitral, Pulmonar y Aórtica.
- Arteriografías: Coronaria, de Vasos de Cuello, Pulmonar, Cerebral (Panangiografía) y Angioplastia con Stent en la estenosis de ramas pulmonares.
- Corrección Percutánea de Cardiopatías Congénitas: Defectos Septales, Atriales, Ventriculares, Ductus Arterioso Persistente y Coartación Aórtica.

#### 5.1.2.4. Electrofisiología

- Cardioversión Eléctrica.
- Prueba de Mesa Basculante.

- Estratificación de Riesgo de Muerte Súbita.
- Modulación de Sustrato (Ablación de Taquicardia Ventricular).
- Estudio invasivo y no invasivo de Arritmias Cardíacas.
- Aislamiento de Venas Pulmonares con Eco Intracardíaco (FA).
- Estudio Electrofisiológico Diagnóstico y Pruebas Farmacológicas.
- Reprogramación y Telemetría de Dispositivos de Estimulación Cardíaca.
- Ablación con sistema de mapeo tridimensional (Sistema ENSITE NAVX y Balón ARRAY).
- Mapeo Endocardíaco y Ablación con energía de radiofrecuencia de Arritmias Cardíacas.
- Implante de Marcapasos, Cardiodesfibriladores, Cardioresincronizadores, Resincronizadores (Dispositivos para Falla Cardíaca) y monitores de evento.
- Cardioversión eléctrica.

#### 5.1.2.5. Anestesia y cirugía cardiovascular

- Anestesia y Cuidado Intensivo Cardiovascular en adultos y niños.
- Cirugía de Revascularización Coronaria con y sin circulación extracorpórea.
- Cirugía Valvular y de grandes vasos.
- Cirugía para Fibrilación Auricular.
- Intervenciones quirúrgicas de malformaciones congénitas simples y complejas.

- Valvuloplastia mitral.

#### 5.1.2.6. Vascular periférico y flebología

- Arteriografía Periférica.
- Angioplastia Vascular Periférica.
- Ligadura y Escisión de Vena Safena.
- Estudios Vasculares no Invasivos Arteriales y Venosos.
- Corrección de Aneurisma de Aorta Torácica con Endoprótesis.
- Corrección de Aneurisma de Arterías Ilíacas con Endoprótesis.

#### 5.1.2.7. UCI Intensiva Coronaria: Nueve (9) camas.

#### 5.1.2.8. UCI Intermedia Coronaria: Doce (12) camas.

5.1.2.9. Terapia de Rehabilitación Cardíaca: Está dirigido a pacientes adultos que tienen situación de riesgo o han tenido algún evento cardiovascular; su objetivo es lograr que se incorpore lo más pronto posible a sus actividades cotidianas, a través de un equipo profesional interdisciplinario que le brindará toda su experiencia y dedicación para iniciar un nuevo estilo de vida saludable basado en la realización de actividad física moderada y de recomendaciones médicas a seguir para mantener una alimentación sana y reducir el estrés, la ansiedad y la depresión.

## 5.2. MISIÓN

Un compromiso de vida

### **5.3. VISIÓN**

En el año 2018 seremos una organización con centros de excelencia en la prestación de servicios integrales de medicina cardiovascular con proyección internacional

### **5.4. VALORES**

- 5.4.1. Humanización: Actuamos con sensibilidad en el trato hacia los demás, generando confianza, familiaridad y amabilidad en la atención de nuestros pacientes, colaboradores, proveedores y sociedad en general. Procuramos entregar bienestar, apoyo y cariño, con profundo respeto a la vida.
- 5.4.2. Respeto: Protegemos la dignidad humana, reconociendo y valorando los derechos propios y los de los demás, promoviendo el amor y la estima que debe tener una persona de sí misma.
- 5.4.3. Solidaridad: Tenemos un modelo de atención humano, verdadero y solidario para con nuestros pacientes, colaboradores, proveedores y comunidad en general.
- 5.4.4. Sostenibilidad: Actuamos permanentemente con conciencia de ahorro, optimizando los recursos e inculcando una cultura de cuidado y protección de los mismos.

### **5.5. COMPETENCIAS INSTITUCIONALES**

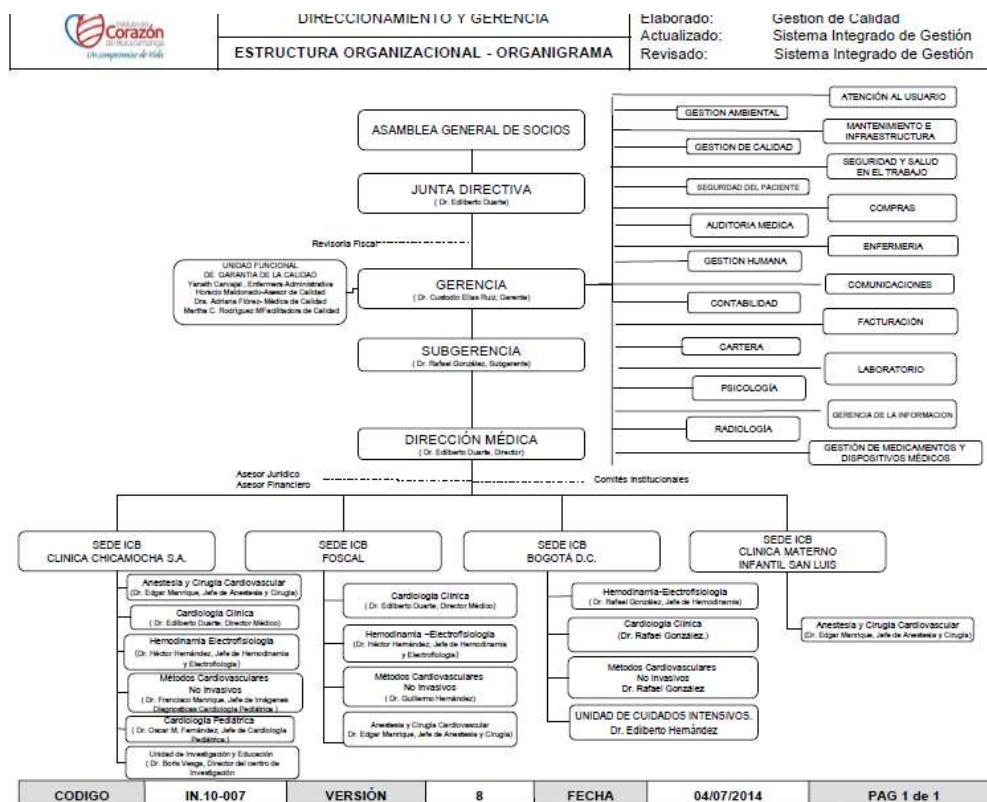
- 5.5.1. Atención al usuario: Percibimos las necesidades y expectativas de nuestros pacientes frente al servicio, tratando de satisfacerlas de manera razonable con un uso eficiente de los recursos.
- 5.5.2. Sensibilidad: Tenemos la facilidad para relacionarnos e interactuar con otras personas, desarrollando actividades sociales que van en beneficio de la comunidad.



- 5.5.3. Calidad en el trabajo: Gracias a la excelencia en el trabajo que realizamos, y con la capacidad que nos caracteriza, transformamos los aspectos complejos en prácticas soluciones, operables para la organización, que derivan tanto en beneficios propios, como para los pacientes.
- 5.5.4. Comunicaciones internas y externas: Expresamos ideas y opiniones de forma clara y correcta a través del lenguaje oral y escrito, empleando los mejores canales para que su difusión sea efectiva tanto al interior como al exterior de la organización.
- 5.5.5. Trabajo en equipo: Participamos activamente en la consecución de una meta común, incluso cuando la colaboración conduce a una actividad que no está directamente relacionada con el interés propio.
- 5.5.6. Responsabilidad y compromiso: Tenemos un alto compromiso con nuestro deber de servir a los pacientes, cumpliendo las diferentes obligaciones que surgen en el día a día en nuestra institución, y en las diferentes situaciones de la vida, organizando eficazmente nuestra agenda de actividades, estableciendo prioridades y empleando el tiempo de la forma más eficiente posible.

### 5.6. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

Figura 1. Organigrama del Instituto del Corazón de Bucaramanga



Fuente: Instituto del Corazón de Bucaramanga. Software de seguridad Clinic OnLine (2017)

### 5.7. POLÍTICA DE SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN

En el Instituto del Corazón de Bucaramanga (ICB) se busca la calidad y el mejoramiento continuo de manera integral, siempre dentro del marco legal la satisfacción total y la confianza de los clientes, la salud y la seguridad en el trabajo de los empleados y contratistas, la protección del medio ambiente y la sostenibilidad y permanencia de la empresa en el mercado.

El ICB está comprometido con la implementación de objetivos, cumplimiento de metas y controles que protejan los procesos y la gestión de los riesgos, para así brindar confianza a la institución y demás partes interesadas.

La institución cuenta con las siguientes certificaciones:

- ISO 9001 - Certificación - Sistemas de gestión de calidad
- ISO 14001 - Sistemas de gestión ambiental.
- Norma OHSAS 18001 - Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional

### **5.8. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

El Instituto del Corazón de Bucaramanga está comprometido en brindar una atención en salud segura para sus usuarios, fundamentada en la identificación, prevención, seguimiento de riesgos y promoción de una cultura de seguridad en sus colaboradores.

El ICB cuenta con un informativo de seguridad del paciente, el Boletín Corazón Seguro, que es un boletín editado por el Comité de Seguridad del Paciente, su publicación es bimensual, y tiene como objetivo informar oportunamente al personal de la organización sobre las diferentes actividades realizadas por esta área, en pro de ofrecer una mejor atención a sus usuarios.

La más reciente publicación del Boletín “Corazón Seguro” se realizó en Junio del 2017, Edición N° 16

El programa de seguridad del paciente integra 4 elementos: La política, la cultura de seguridad, el reporte y gestión de eventos. Esta liderado por la Coordinado de seguridad del paciente la Jefe

Vivian Mancilla, quien tiene a su cargo el programa de infecciones y vigilancia epidemiológica de Bucaramanga y Floridablanca del ICB<sup>12</sup>

A partir del año 2014 en el ICB se empezaron a implementar las rondas de seguridad las cuales un 98% del personal conoce. Sirven como herramienta que permite reforzar las prácticas de seguridad establecidas, identificar los riesgos y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo

A partir del segundo semestre del 2014, se incorpora al programa de seguridad del paciente los seis objetivos internacionales de seguridad como objetivos específicos que serán transversales para toda la institución.

Objetivos específicos:

- Identificación correcta del paciente
- Comunicación Asertiva.
- Cirugía o procedimiento correcto, al paciente correcto en el lugar correcto.
- Manejo seguro de medicamentos de alto riesgo.
- Prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- Prevención de caídas

### **5.9. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención segura.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

---

<sup>12</sup> Instituto del Corazón de Bucaramanga. Consultado el 26 de Julio del 2017. Disponible en: <http://www.institutodelcorazon.com/>

- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

#### ACCIONES REQUERIDAS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS:

- Infección nosocomial. Comité de Infecciones.
- Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos. Listas de chequeo quirúrgico. Time Out que se implementó desde agosto del 2014.
- Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
- Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

### **5.10. BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO**

Algunas de las prácticas seguras que utiliza la institución para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud. Campañas del comité de infecciones. Rondas de seguridad.
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: Formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación. En este punto se incluyeron los 10 correctos en la administración segura de medicamentos en el segundo semestre del 2014. En marzo del 2015 el Comité de seguridad del Paciente aprobó los 14 correctos para administración segura de medicamentos.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar caídas de pacientes. Escala de Downton, Manillas de riesgo, revisión y mantenimiento de camillas, sillas de ruedas. Barandas arriba.
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes. Central de Referencia y Contra-referencia.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología. Inducción para el personal para manejo de nuevos equipos. Reinducciones, Programas de mantenimiento preventivo. Listas de chequeo

### **5.11. DEBERES Y DERECHOS DEL PACIENTE**

El Instituto del Corazón de Bucaramanga está comprometido con la divulgación de los deberes y derechos del paciente, por este motivo el personal médico, asistencial y administrativo se encuentra capacitado para atender y gestionar las inquietudes que surjan acerca de este tema.

- Deberes del paciente

- Cuidar muy bien su salud y cumplir con las recomendaciones de su médico tratante.
- Informar al médico o al personal que lo atiende todo lo relacionado con su estado de salud, diciendo siempre la verdad y siendo claro.
- Llegar a tiempo a las citas con todos los documentos en regla; cumplir con las recomendaciones para la atención e informar 24 horas antes cuando no pueda asistir, así permitirá que otra persona se beneficie de dicha atención.
- Cumplir con las normas establecidas en la institución en cuanto a horarios, visitas, acompañantes, así como el uso adecuado de los recursos, dotaciones y equipos existentes, cuidando las instalaciones del lugar donde se le presta el servicio.
- Mantener un trato cortés y respetuoso con el personal que lo atiende, así como respetar la intimidad de los demás usuarios.
- Cuidar el medio ambiente, utilizando correctamente las canecas dispuestas para tal fin.
- Comunicar inmediatamente al personal que lo atiende cualquier situación que perciba como insegura.
- Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cancelar las cuotas moderadoras, copagos y demás cotizaciones y pagos obligatorios, establecidos por ley para su atención. Fuente: Ley 100 de 1993, artículo 160 del Ministerio de Protección Social.
  
- Derechos del paciente
  - Derecho a que el médico tratante le informe de manera clara y comprensible todo lo relacionado con su enfermedad.

- Derecho a permitir o rechazar procedimientos y/o tratamientos. En caso de ser menor de edad o no estar en capacidad de decidir, un familiar o representante del pequeño será quien tome la decisión, dejando por escrito esta determinación.
- Derecho a recibir siempre un trato humanizado, solidario y respetuoso.
- Derecho a que se le respete su intimidad.
- Derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta, y que sólo con su autorización puedan ser conocidos.
- Derecho a conocer y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios recibidos.
- Derecho a recibir o rechazar el apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profese.
- Derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado.
- Derecho a morir dignamente y a que se le respete la voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
- Derecho a conocer que existe en el Instituto del Corazón de Bucaramanga una oficina de atención al usuario siempre abierta y dispuesta para atenderle cuando lo desee o ante cualquier inquietud, queja, reclamo, sugerencia o reconocimiento por la atención recibida.
- Derecho a solicitar, si lo desea, una segunda opinión de su condición de salud y tratamiento médico.
- Derecho a recibir una atención segura. Fuente: Resolución 13437 de 1991, artículo 1 del Ministerio de Protección Social.

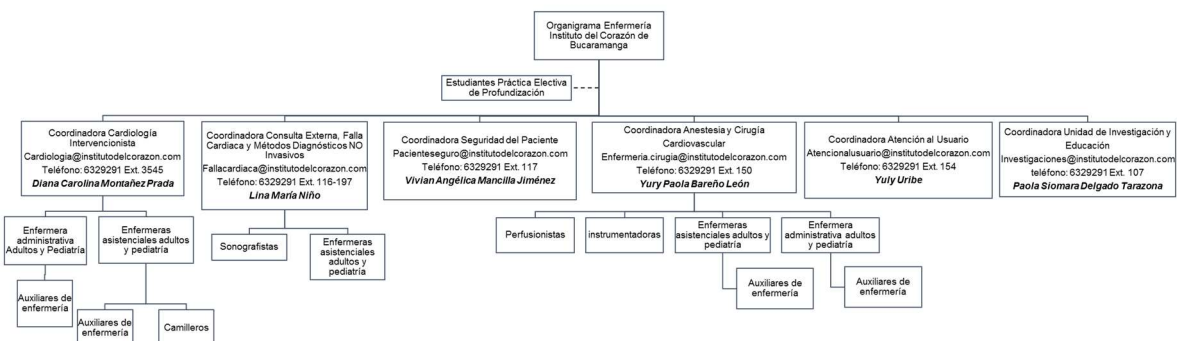


### **5.12. DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL GENERAL DE ENFERMERÍA**

El departamento de enfermería del ICB está conformado por 6 coordinadoras enfermeras especialistas en su área, las cuales son:

- La coordinadora de cardiología intervencionista quien tiene a su cargo a: La enfermera administrativa adultos y pediatría, las enfermeras asistenciales adultos y pediatría, auxiliares de enfermería y camilleros
- La coordinadora de falla cardiaca y métodos diagnósticos no invasivos quien tiene a su cargo sonografistas y enfermeras asistenciales adultos y pediatría
- La coordinadora de seguridad del paciente
- La coordinadora de anestesia y cirugía cardiovascular quien tiene a su cargo a: Perfusionistas, instrumentadoras, enfermera administrativa adultos y pediatría, enfermeras asistenciales adultos y pediatría y auxiliares de enfermería
- La coordinadora de atención al usuario
- La coordinadora de la unidad de investigación y educación

Figura 2. Descripción institucional general de enfermería



Fuente: Coordinación enfermería del ICB (2017)

- Objetivo de coordinación de enfermería

La coordinación de enfermería cuenta con un objetivo que se encarga de establecer el horizonte de trabajo con retos comunes que aporten al desarrollo de la identidad, la competitividad y la generación de valor en los distintos escenarios de interacción de los enfermeros (as), como son el asistencial, el administrativo, el educativo y el campo de la innovación y la investigación, proyectando el departamento de enfermería como un pilar esencial para los grupos de interés del Instituto del Corazón de Bucaramanga como lo son pacientes, familia, cliente interno, cliente externo y proveedores .

- Plan estratégico de trabajo considerado por coordinación de enfermería

Tabla 1. Plan estratégico de trabajo considerado por Coordinación de enfermería

ÍTEM	PROPUESTA	INICIATIVAS
<b>PERSPECTIVA DE INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE</b>	Generar conocimiento en las líneas de investigación e innovación propuestas	Proyecto de creación del centro de investigación e innovación del ICB
	Diseñar, implementar y monitorear un mecanismo para la gestión del conocimiento	Proyecto de Gestión del Conocimiento

	Garantizar una fuerza de alta calificación  Reclutar y retener a las personas correctas en los lugares apropiados	Modelo de Evaluación por Objetivos  Programa de selección, inducción pertinente al cargo y retención de talentos
<b>PERSPECTIVA DE PROCESOS</b>	Implementar el modelo de atención de enfermería  Garantizar la excelencia en el servicio para brindar una atención segura, oportuna y costo-efectiva.	Proyecto de Implementación del Modelo de Adaptación de callista Roy  Proyecto de Acreditación en Salud
<b>PERSPECTIVA DE CLIENTES</b>	Establecer y mantener alianzas estratégicas con convenios docencia servicio e IPS aliadas  Construir relaciones duraderas con los grupos de interés de e enfermería	Convenio Docente Servicio  Construir un programa de Relaciones Inter-institucionales
<b>PERSPECTIVA FINANCIERA</b>	Gestionar los recursos de manera eficiente aportando a la viabilidad financiera del Instituto del Corazón de Bucaramanga.	Proyecto Gestión de los costos/gastos mediante eficiencia en los procesos y decisiones de recursos

Fuente: Coordinación enfermería del ICB (2017)

- Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Garantiza el traslado y acceso oportuno a la prestación de los servicios en cada una de las áreas de atención e intervención de la entidad de un paciente hospitalizado en otra institución, es el objetivo primordial del sistema de Referencia y Contrarreferencia, implementado desde el proceso de Seguridad del Paciente del Instituto del Corazón de Bucaramanga.

Este procedimiento inicia con una valoración previa al traslado del usuario, que indica su estado de salud y todos los requerimientos que necesite para su tratamiento, manteniendo todas las garantías de seguridad.

- Plan de Egreso

Un mecanismo estandarizado que garantiza al usuario y su familia una adecuada finalización de la atención, así como el posterior seguimiento, basado en altos niveles de calidad y direccionado por los estándares de acreditación, fundamentado desde el proceso de Enfermería.

- Clínica de Falla Cardíaca

Servicios

- Consulta monotemática: primera vez, titulación, anticoagulación y educación.
- Test de seis minutos.

Preparación test de seis minutos

- Asistir en compañía de un adulto responsable.
- No debe suspender los medicamentos que habitualmente toma.
- No hacer ejercicio 2 horas antes del examen.
- Debe ingerir alimentos 1 hora antes de la prueba.
- Usar ropa y calzado confortable.
- Los pacientes con alguna limitación para caminar podrán realizar el examen con los elementos de ayuda que habitualmente usan (bastón, caminador, prótesis, etc.)

## **6. VALORACIÓN SITUACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA**

El enfoque del diagnóstico debe ser integral para que comprenda tanto las situaciones positivas que son las fortalezas y oportunidades y las situaciones negativas que son las debilidades y las amenazas, ya que estas variables externas e internas son dinámicas e influyen en el funcionamiento de la institución

En la práctica electiva de profundización en seguridad del paciente se planteó un cronograma de actividades, en el cual la valoración situacional del ICB se llevó a cabo a partir del 24 de julio hasta el 2 de agosto (2 semanas). La valoración se realizó mediante la observación directa, se aplicó la lista de chequeo para la Valoración de Prácticas Seguras realizadas en el Instituto del Corazón de Bucaramanga (ANEXO 1), se revisaron los procesos de seguridad del paciente que se llevaron a cabo durante el primer semestre del año 2017 y se utilizó el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud según la resolución número 2003 de 2014<sup>13</sup>

La lista de chequeo se realizó teniendo como base la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Esta guía fue aprobada en el 2010 por el comité de buenas prácticas de la unidad Sectorial de normalización (USN), la cual es un organismo

---

<sup>13</sup> Roa G.Maritza, Restrepo P. Francisco Raúl, Riachi G Maria Isabel, Ordoñez S. Jorge Alberto. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Unidad Sectorial de normalización (USN). Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Marzo 4 del 2010. Consultado el 21/Julio/2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

técnico que se definió por el Decreto 1011 de 2006 para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención en salud en el Sistema obligatorio de garantía de calidad SOGC de la atención en salud en Colombia

El Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud<sup>3</sup> es el instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud. Se tuvieron en cuenta los estándares de habilitación aplicables que son siete (7): Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y registros e Interdependencia.<sup>14</sup>

### **6.1. TALENTO HUMANO**

- En diagnóstico no Invasivo cuenta con Médico especialista en cardiología o en radiología e imágenes diagnósticas. Enfermera con certificado de formación en la realización del procedimiento ofertado y en soporte vital básico.
- En diagnóstico y tratamiento invasivo cuenta con médico especialista en cardiología intervencionista (hemodinamista), radiología intervencionista, neuroradiología intervencionista, cirugía vascular, encargado de la realización e interpretación de los estudios.
- En el ICB de acuerdo con su capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención, le hace falta personal de enfermería

---

<sup>14</sup> Ministerio de salud y protección social. Resolución número 2003 de 2014. Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio. 28 mayo 2014. Consultado el 19 de Julio del 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2003-de-2014.pdf>

profesional para cada uno de sus servicios ofertados, como en la sala de recuperación de hemodinámia de la clínica Chicamocha

- La Coordinadora de seguridad del paciente mantiene comunicación directa con las coordinadoras de los servicios quienes a su vez tienen a su cargo enfermeras profesionales, sonografistas, perfusionistas y auxiliares de enfermería calificados, este personal asistencial recibe capacitaciones sobre temas de seguridad
- El ICB hizo un recorte de personal, en el cual se terminó el contrato con la coordinadora del departamento de enfermería y sus funciones pasaron a ser responsabilidad de la coordinadora de seguridad del paciente, quien actualmente tiene sobrecarga laboral por desarrollar estas funciones y las de otros cargos más
- En el ICB se llevan a cabo capacitaciones mensuales sobre la inducción al personal nuevo y en la re-inducción anual que hacen a todo su personal.
- Para los procedimientos de sedación, la institución cuenta con el profesional anestesiólogo quienes cuentan con el certificado de formación en: Soporte vital avanzado, monitoria de EKG, métodos avanzados en manejo de vía aérea, sedación, lectura e interpretación electrocardiográfica. Cuando se termina un procedimiento que requirió sedación, los pacientes están vigilados por auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del profesional que realizó el procedimiento quien es el responsable del mismo.
- La institución tiene personal profesional en áreas relacionadas y técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales.

## 6.2. INFRAESTRUCTURA

- Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.
- La institución cuenta con instalaciones físicas exclusivas para los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y de consulta externa para la prestación de servicios de salud
- Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios se encuentran en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.
- En las sedes como la Clínica Chicamocha, la institución cuenta con ascensores y escaleras. En las clínicas Foscal y Foscal Internacional además de tener ascensores y escaleras hay rampas para facilitar el acceso y movilización de sus usuarios
- Las áreas de circulación están libres de obstáculos de manera que permiten la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.
- Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, la cabina de los ascensores tienen las dimensiones interiores mínimas que permiten la maniobrabilidad de estos elementos al interior y un espacio libre delante de la puerta de la cabina que permite su desplazamiento y maniobra.
- La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares
- Existe disponibilidad de gases medicinales: (Oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador
- La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y fuente de energía de emergencia
- La institución cuenta con sistemas de comunicaciones y un software de seguridad Clinic OnLine.



- Falta el licenciamiento del software de Microsoft Office en la mayoría de los equipos de la sede Foscal Internacional y en algunos equipos de la sede ambulatoria como en la oficina de anestesia y cirugía
- Los pisos, paredes y techos de todos los servicios son de fácil limpieza y están en buenas condiciones de presentación y mantenimiento
- Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.
- Los mesones y superficies de trabajo, son de acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.
- Los servicios de hospitalización y cirugía cuentan con un ambiente exclusivo para el manejo de la ropa sucia.
- Para el funcionamiento de equipos de rayos X, se encuentra habilitado con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedidos por la entidad departamental o distrital de salud.
- En la institución existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.
- La institución dispone de un área con iluminación y ventilación natural y/o artificial, para la ubicación de la dotación requerida en la realización de procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes
- Inexistencia de unidades sanitarias para uso de personas con discapacidad.

### 6.3. DOTACIÓN

- Los equipos tiene las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.
- La institución cuenta con jabón líquido antiséptico de manos y toallas reciclables en algunos servicios, pero aún faltan lavamos en algunos servicios de la sede ambulatoria como la oficina de anestesia y cirugía en la cual en ocasiones no hay gel antibacterial, y en la clínica Chicamocha el consultorio de ecocardiograma adulto y el consultorio para prueba de esfuerzo y mesa basculante
- En el ICB se realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente.
- Los equipos cuentan con hoja de vida donde se registra el control del mantenimiento correctivo según el cronograma de mantenimiento, y dependiendo del equipo se realizan cada 4, 6 y algunos equipos cada 12 meses.
- En los sistemas centralizados de gases medicinales, se realiza el mantenimiento a los componentes del sistema como unidades de regulación, cajas de control, alarmas, compresores, secadores, monitores y bombas de succión.
- Cuenta con electrocardiógrafo con 12 derivaciones en cada una de sus sedes
- El ICB cuenta con carro de paro en cada uno de sus servicios, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluye resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica; guía de intubación para adulto y/o pediátrica; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión, dispositivos médicos y medicamentos. Todos los meses se realiza la revisión del

carro de paro con el formato para diligenciar el registro, control y gestión de los medicamentos y dispositivos médicos

- Para realizar las pruebas de esfuerzo, cuenta con: banda de prueba de esfuerzo, con registro de monitoreo continuo de electrocardiograma, de mínimo 3canales. Impresora para el registro de impresión de electrocardiografía simultánea, y tensiómetro.
- Para el monitoreo de tensión arterial, cuenta además de lo básico con: computadora, impresora, el software y 10 equipos de monitoreo ambulatorio de presión arterial marca Mortara Instrument Ambulo 2400 | Holter de Presión Arterial
- Para electrocardiografía dinámica Holter, cuenta además de lo básico con: 22 equipos Monitor Ambulatorio de Holter Digital 3 canales Mortara H3+ (20 ambulatorios y 2 hospitalizados), impresora y computador
- Para ecocardiografía, cuenta además de lo básico con: Ecocardiógrafo de alta resolución, permitiendo imágenes de modo M, bidimensional, doppler pulsado, continuo; con conexión para electrocardiograma
- La institución no cuenta con termohigrómetro, en la sala de recuperación de hemodinámia de la clínica Chicamocha
- No hay botellón de agua en la sede ambulatoria, ni vasos desechables para los pacientes

#### **6.4. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS**

- La institución lleva los registros de los medicamentos que incluyen: El principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.

- Los dispositivos médicos cuentan con soporte documental que asegura la verificación y seguimiento de la siguiente información: Descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica
- La institución cuenta con el manual de gestión de medicamentos para enfermería, en el cual se definen las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos y dispositivos médicos
- La institución cuenta con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia, que incluyen además la consulta permanente de las alertas sanitarias y recomendaciones emitidas por el INVIMA

## **6.5. PROCESOS PRIORITARIOS**

- El ICB cuenta con un programa de seguridad del paciente coordinado por una enfermera especialista, que provee una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos en áreas como: Consulta externa, cardiología intervencionista, cirugía cardiovascular, investigación, atención al usuario y seguridad del paciente. El programa de seguridad del paciente incluye:
  - a. Planeación estratégica de la seguridad:

Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.

El Programa de seguridad del paciente está conformado por cuatro (4) unidades: La política de seguridad del paciente, la cultura, el sistema de reporte y la gestión.

La institución tiene definido como metodología de análisis y gestión de los reportes de eventos el protocolo de Londres. Se implementan estrategias para la prevención de eventos como: la socialización de las lecciones aprendidas, las rondas de seguridad, el boletín “Corazón seguro”, el comité de infecciones y el comité de vigilancia epidemiológica (COVE)

Existe un Comité de Seguridad del Paciente, asignado por el representante legal.

Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

b. Fortalecimiento de la cultura institucional:

El ICB tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. La última capacitación se dio en la inducción a personal nuevo el día 23 de junio, y asistieron 4 personas de las áreas de rotación, atención al usuario y sistemas del ICB

- El ICB promueve la cultura de seguridad que promueve la confianza y desarrolla el aprendizaje derivado del error cometido, ejecución de medidas preventivas originadas de los incidentes. De acuerdo con el informe de Análisis de la encuesta de cultura sobre seguridad del paciente en el ICB, Comparativo de los años 2015 y 2017, una de las conclusiones es que no hay diferencias significativas entre los 2 años. En más del 90% de los casos se

notifican menos de diez incidentes al año. El 50% ha notificado 1-10 eventos el último año del 2015 y el 58% ha notificado 0 eventos el último año del 2017 (tabla 2).

- En los años 2015 y 2017, la gran mayoría de los encuestados (48,5 %) no ha notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente. El 43,8% contesta haber notificado de 1 a 10 eventos. La meta índice en notificación es 1,5 y actualmente se encuentra en 1,4

*Tabla 2. Resultados de la cultura de seguridad. Número de incidentes notificados*

	2015	2017	TOTAL
0	41,3	58,0	49,6
1-10	50,0	35,9	42,9
11-20	4,1	3,8	3,9
> 20	4,7	2,3	3,5

Fuente: Mancilla Jiménez Vivian Angélica, Quintero Juan Pablo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A. Comparativo de los años 2015 y 2017. Programa de seguridad de paciente

- La unidad empresarial de negocios asistenciales realiza el seguimiento a capacitaciones asistenciales como: Inducción al programa de seguridad del paciente, Guía para el lavado de manos, identificación de pacientes y manillas de riesgos, comunicación asertiva, los 14 correctos en la administración de medicamentos, tarjetas para pacientes, manejo del paciente INPEC y simposio de seguridad. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos. Se relaciona en la Tabla 3. Listado de capacitaciones durante el primer semestre del 2017

Tabla 3. Listado de capacitaciones durante el primer semestre del 2017

FECHA	TEMA DE CAPACITACIÓN	PORCENTAJE DE ASISTENCIA (%)	RESULTADOS
Enero/2017	Inducción al programa de seguridad del paciente	14%	
	Guía para el lavado de manos	26%	
Febrero/2017	Inducción al programa de seguridad del paciente	19%	
	Guía de lavado de manos	45%	
	Identificación del paciente	36%	
Marzo/2017	Inducción al programa de seguridad del paciente	54%	
	Comunicación asertiva	16%	
	Lavado de manos	15%	
	Manejo de usuario INPEC	8%	
	Evaluación de adherencia a la guía de lavado de manos por parte de los usuarios	7%	
Abril/2017	Los 14 correctos en la administración de medicamentos	71%	
	Programa de seguridad del paciente	29%	
23 de Junio/2017	evaluación de adherencia a la guía de lavado de manos	44,7%	44,7% de cumplimiento en el tercer parámetro que hace referencia a los requisitos que se deben tener antes del lavado de manos

Fuente: oficina de seguridad del paciente (2017)

- De acuerdo con el informe final de la evaluación de adherencia a la guía de lavado de manos (IN.15-005) que se realizó el 23 de Junio/2017, se concluyó que falta compromiso de parte del personal asistencial en el cumplimiento de la guía, teniendo en cuenta los parámetro de evaluación de lavado de manos generales del ICB en donde se solo se obtuvo el 44,7% de cumplimiento en el tercer parámetro que hace referencia a los requisitos que se deben tener antes del lavado de manos

- La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos. Se han realizado capacitaciones sobre evento adverso, en las cuales se ha socializado el instructivo de reporte de evento adverso en el software Clinic OnLine y está pendiente capacitar sobre la última actualización según indicaciones del INVIMA para el programa de tecnovigilancia, en donde se agregó lo relacionado a eventos con el catéter venoso periférico y con la bomba de infusión.
- En el mes de marzo del 2017 el porcentaje de capacitaciones fue de 54% en inducción al programa de seguridad del paciente, un 16% de comunicación asertiva, un 15% de la guía de lavado de manos, y el 7% nuevo proceso de evaluación de adherencia por usuarios
- En el mes de abril del 2017 las capacitaciones se distribuyeron un 71% en los 14 correctos en la administración de medicamentos y un 29% en seguridad del paciente

*Tabla 4. Listado de eventos reportados por servicio durante el año 2017*

<b>EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS</b>				
<b>Fecha</b>	<b>Sede</b>	<b>Servicio</b>	<b>Identificación de fallas activas (acciones inseguras)</b>	<b>Lección aprendida</b>
17/1/2017	Foscal internacional	Tecnovigilancia: compras  El personal de almacén entregó los glucómetros nuevos al servicio sin avisar al coordinado de biotecnología y sin hacer la capacitación al personal que lo usaría en cirugía. Este nuevo equipo no lee adecuadamente la muestra de sangre del CVC	Omisión Uso de prácticas no seguras	Uso de nueva tecnología requiere de la capacitación de personal



8/2/2017	Fiscal internacional	<p>Cirugía</p> <p>Esfacelación de la piel cuando se retira la película adhesiva protectora del campo quirúrgico y se observa la lesión</p>		<p>El servicio de anestesia y cirugía cardiovascular realizar el manejo del evento, inmediatamente es detectado, los médicos hospitalarios realizan el manejo del paciente hasta que se realiza la remisión y manejo por clínica de heridas</p>
14/2/2017	Fiscal internacional	<p>Cirugía</p> <p>Pacte que ingresa /al ICB en post de su cambio valvular se revisa piel observando lesión grado I en región sacra sin pérdida de la integridad cutánea. Área con enrojecimiento</p>	Equivocación	<p>Se debe revisar la piel cuando se recibe en la UCI el pacte post quirúrgico</p>
2/3/2017	Fiscal internacional	<p>Hemodinamia</p> <p>Pacte con hipotensión arterial posterior a arteriografía coronaria sin previa información por enfermera jefe que entrega paciente que en sala de hemodinamia habían admón. metoprolol + isordil</p>	Omisión descuido	<p>La omisión de información del paciente puede conllevar a eventos adversos</p> <p>La comunicación asertiva en la entrega del paciente entre servicios</p>

18/4/2017	Foscal internacional	Electrofisiología  Paciente con agitación motora, se presenta extubación del pacto antes de inicio de procedimiento, se realiza nueva intubación por el médico	Equivocación	
24/4/2017	C. Chicamocha	Cirugía  Admón. de hemoderivado (plasma) a paciente quirúrgico con grupo sanguíneo diferente. El paciente no presento RAT	Omisión Descuido	Verificar todos los datos del paciente, cuando se hace la recepción de los hemoderivados y antes de su admón. Ante la duda de la marcación de un hemoderivado, preguntar antes de proceder

Fuente: Instituto del Corazón de Bucaramanga. Software de seguridad Clinic On Line (2017)

- En el primer semestre del 2017 se han reportado 6 eventos adversos, en los meses de mayo y junio no hubieron reportes de eventos adversos. Se encuentra relacionado en la Tabla 5.

Cantidad de eventos reportados durante el primer semestre del año 2017

*Tabla 5. Cantidad de eventos reportados durante el primer semestre del año 2017*

FECHA (2017)	CENTINELA	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE
Enero	0	1	7
Febrero	0	2	3
Marzo	0	1	7
Abril	0	2	4
Mayo	0	0	5
Junio	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>28</b>

Fuente: Oficina de seguridad del paciente (2017)

c. Procesos Seguros:

Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos de movilización y traslado de pacientes y los índices de eventos derivados de la atención en salud, además los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.

Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.

- El ICB cuenta con guías que estandarizan los procedimientos asistenciales. En la Tabla 6. Listado de guías, instructivos y protocolos de seguridad del paciente en el año 2017, se encuentra relacionada la fecha de la última actualización y versión correspondiente, la fecha de la última capacitación, si la guía cuenta con la evaluación de conocimiento y con la evaluación de adherencia al protocolo
- Existencia de un protocolo de aislamiento IN.16-007 que fue actualizado el 12/10/2016 y de aislamiento hospitalario que fue actualizado el 29/11/2016
- Cuenta con las Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.

*Tabla 6. Listado de guías, instructivos y protocolos de seguridad del paciente en el año 2017*

TEMA DE CAPACITACIÓN	FECHA/ VERSIÓN DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN	FECHA DE CAPACITACIONES 2017	EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO	EVALUACIÓN ADHERENCIA 2017
Inducción al programa de seguridad del paciente	4/7/2014 Versión 2	Enero, febrero, marzo, abril	SI	SI

Instructivo de reporte de eventos adversos en software Clinic On Line	15/8/2017 Versión 0 *	SI	SI	NO
Identificación correcta del paciente	19/05/2015 Versión 1	febrero	SI	SI
Manillas de identificación de riesgos	02/03/2015 Versión 0	febrero	SI	SI
Manejo del cardio-desfibrilador	3/6/2015 Versión 0	SI	SI	SI
Manejo del carro de paro	4/8/2015 Versión 0	SI	SI	SI
14 correctos para la administración de medicamentos	26/12/2016 Versión 12	Abril, mayo	SI	SI
Prevención de úlceras por presión	21/6/2016 Versión 0	27/Sept/2016 **	NO	SI ***
Comunicación asertiva	22/9/2016 Versión 0	Marzo	SI	SI
Código Azul	4/8/2015 Versión 0	Septiembre/2015	SI	SI
Prevención de caídas	26/7/2017 Versión 1	Septiembre y Noviembre/2015 **	NO	SI ***
Guía de Lavado de manos	15/07/2014 Versión 2	Enero, febrero, <b>marzo</b> , mayo	23 de Junio/2017	SI
Guía de manejo de Cateterismo venoso periférico	26/12/2016 Versión 15 ****	7/ sept/2016	7/ sept/2016	SI
Cateterismo vesical	26/12/2016	SI	SI	NO
Encuesta de cultura de seguridad del paciente	Primer semestre 2017	Febrero, marzo	SI	SI (Próxima 2019)
protocolo de atención de electrografía dinámica Holter	20/8/2014 Versión 3	SI	SI	NO
Protocolo de mapa	12/8/2016 Versión 1	SI	SI	NO

Protocolo de ecocardiograma transesofágico	25/7/2014 Versión 3	SI	SI	NO
Protocolo de electrocardiograma	25/7/2014 Versión 4	SI	SI	NO
Protocolo de prueba de esfuerzo	25/7/2014 Versión 1	SI	SI	NO
Protocolo de mesa basculante	30/6/2015 Versión 0	SI	SI	NO
Protocolo de Ecocardiograma Estrés con prueba de esfuerzo y prueba farmacológica	29/04/2014 Versión 0	SI	SI	NO
el manual de transfusión sanguínea	3/08/2016 versión 12	SI	SI	SI
guía de movilización, transferencia y traslado de usuarios	29/3/2016 versión 2	SI	SI	SI

Fuente: Coordinación de seguridad del paciente del ICB (2017)

\*Instructivo IN.15-006 Reporte de eventos adversos en software Clinic On Line, requiere ser actualizado según indicaciones del INVIMA (Con énfasis en Tecnovigilancia)

\*\*Los Instructivos de prevención de úlceras por presión y prevención de caídas, según la programación de coordinación de seguridad del paciente, se debe realizar la capacitación en el II Semestre 2017

\*\*\*Se evalúa el nivel de adherencia en las rondas de seguridad

\*\*\*\*Coordinación de seguridad del paciente, sugiere actualizar la Guía de manejo de cateterismo venoso periférico, en la técnica aséptica de no tocar y con nivel de evidencia

- Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se encuentra relacionado en la Tabla 6. Listado de guías, instructivos y protocolos de seguridad del paciente en el año 2017
- El ICB cuenta con la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico, la cual se encuentra dentro del manual de procedimientos de enfermería y fue actualizada el

26/12/2016, versión 12. Está pendiente por realizar la reestructuración sobre la técnica estéril, posteriormente la capacitación y evaluar el nivel de conocimiento

- La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.
- Las guías basadas en la evidencia, se acogen a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social. La guía de prevención de caídas IN.15-012 es con base en la RNAO, está actualizada, está pendiente realizar la socialización y evaluar el nivel de adherencia
- En la prevención de infecciones in sitio operatorio (ISO) superficial, profundo y de órgano o espacio, la institución tiene el comité de infecciones que analiza los casos, factores de riesgo y determina los planes de mejora, el protocolo de profilaxis antibiótica. Se realiza seguimiento post-quirúrgico diario por parte del médico hospitalario y si se necesita intervención, porque fue re-intervenido se hace la interconsulta con infectología, se toman cultivos, se hace seguimiento de protocolos para cirugía, de perfusión e instrumentación, se implementa el protocolo de profilaxis antibiótica, análisis de casos, cumplimiento de los parámetros de esterilización de equipos quirúrgicos, colocación de sonda vesical y preparación de la piel (Tabla 7)

*Tabla 7. Listado de infecciones In Sitio Operatorio (ISO) 2017*

ISO	# IAAS	TOTAL # PROCEDIMIENTOS	TASA 2017 (%)
RVM con donante	4	72	5,56
RVM sin donante	0	21	0
CX Cardíaca niños	1	32	3,13
CX Cardíaca adultos	4	93	4,30

Implante de CDI o marcapaso	2	299	0,67
-----------------------------	---	-----	------

Fuente: Comité de infecciones, oficina de seguridad del paciente (2017)

- Para la prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) la institución tiene el manual de transfusión sanguínea que fue actualizado el 3/08/2016, versión 12 y la guía de transfusión de sangre y hemoderivados que fue actualizada el 10/9/2014, versión 1 y fueron socializados, el protocolo previo transfusional (Pruebas cruzadas).
- Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios, este es el PAMEC. De los eventos adversos se envía copia al PAMEC y se hace seguimiento de los compromisos y se envía el soporte. Los líderes de los procesos explican los planes de mejoras en el comité de seguridad del paciente
- La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.
- Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.
- Cuenta con protocolo de: Limpieza y desinfección de áreas, superficies, manejo de ropa hospitalaria, descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.
- Cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, que incluye verificaciones como: Usuario correcto, medicamento correcto, dosis correcta, hora correcta, vía correcta.
- Cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.

- Cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo
- Cuenta con la guía de movilización, transferencia y traslado de usuarios en la guía para traslado de paciente a UCI que fue actualizada el 29/3/2016, versión 2
- Cuenta con Convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pre-transfusionales, Procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de transfusión sanguínea. Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.
- Aplica el paquete instruccional de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Es necesario que las coordinadoras en sus servicios realicen evaluación de adherencia de lavado de manos para aumentar el nivel de adherencia y alcanzar el 100%
- El ICB implementó y aplicó la encuesta de clima laboral en el año 2016 y se hizo el reporte, está pendiente para realizar la próxima encuesta
- El ICB cuenta con los protocolos de métodos diagnósticos no invasivos como la guía de atención de electrografía dinámica Holter, mapa, electrocardiograma, ecocardiograma transesofágico, prueba de esfuerzo y mesa basculante con su respectiva fecha de actualización, capacitación, está pendiente la evaluación del nivel de conocimiento y la evaluación del nivel de adherencia. Se encuentra en la Tabla 6. Listado de guías, instructivos y protocolos de seguridad del paciente en el año 2017



- Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.
- Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.
- La institución cuenta con procesos asistenciales para detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS) y bacteremias. En el protocolo de cateterismo venoso periférico están definidas las acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. Y además los 14 correctos para la administración de medicamentos
- Cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos del lavado de manos según la OMS
- Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera este tipo de equipos
- El ICB cuenta con el protocolo de sedación el cual se encuentra actualizado y socializado

## **6.6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS**

- Todos los usuarios atendidos se les abren historia clínica en el software Clinic On Line. Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo
- Se garantiza la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.

- Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos.
- Existencia de un pagaré para los equipos que se lleva el paciente en calidad de préstamo como Holter y mapa
- Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.
- Existencia del registro de la solicitud para la sistematización de plan de atención de enfermería NANDA-NOC-NIC (2015-2017).
- Inexistencia de la fecha de inicio del proyecto para la creación del software: Sistematización de plan de atención de enfermería NANDA-NOC-NIC (2015-2017), porque no se ha considerado un tema de prioritario

### **6.7. INTERDEPENDENCIA**

- Tiene definida una misión y visión, la política de sistema integrado de gestión y la política de seguridad del paciente y objetivos institucionales, además se realizan capacitaciones de inducción al personal nuevo, así de reinducción anual a todo el personal de la institución
- En el comité engranergias (Grupo primario), se reúnen las coordinadoras de los servicios y se revisan las acciones pendientes por mejorar en el programa de seguridad del paciente y se acuerdan los compromisos

- Se presta como escenario de práctica formativa gracias a los convenios de docente asistencial que tiene con instituciones como la UNAB, el Sena, UIS, ARL. Además, cuenta con afiliación y convenios con IPS, EPS y medicina prepagada
- Inexistencia de pausas activas durante la labor porque en algunos servicios no hay presencia de la enfermera profesional quien lidere y guíe la pausa activa y en ocasiones durante la jornada laboral no se saca el tiempo para hacerlo
- Falta crear cultura sobre la importancia del rol de la enfermera profesional en los distintos servicios para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de atención en la salud. Hay servicios como el de recuperación de la sede Clínica Chicamocha y en la Clínica Foscal internacional en donde no se evidencia la presencia de la jefe del servicio.

## **7. EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ICB**

Para obtener un diagnóstico efectivo del ICB, acorde a las necesidades y objetivos propuestos en la institución, se inició un proceso de identificación y análisis de la información cualitativa del entorno institucional y los servicios ofrecidos y un análisis de la información cuantitativa de los informes finales de las evaluaciones de adherencia a partir del segundo trimestre del año 2017 hasta la fecha, los cuales permitieron obtener una apreciación general

### **7.1. LA MATRIZ DOFA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Es una herramienta de gestión importante que ayuda a los directivos a desarrollar cuatro tipos de estrategias: Estrategia de fortalezas y debilidades, estrategias de debilidades y oportunidades, estrategias de fortalezas y amenazas y por último las estrategias de debilidades y amenazas.

La matriz DOFA se basó en la valoración situacional realizada mediante la observación directa, el análisis de la lista de chequeo para la Valoración de Prácticas Seguras realizadas en el Instituto del Corazón de Bucaramanga (ANEXO 1), y en la revisión de los procesos de seguridad del paciente que se llevaron a cabo durante el primer semestre del año 2017.

Mediante la valoración realizada se estudia la situación competitiva, el entorno y las variables internas para conocer la situación actual de la institución de salud y a partir de allí proponer los objetivos estratégicos encaminados a aprovechar las oportunidades y fortalezas; además a superar las debilidades y disminuir las consecuencias de las amenazas

- El Análisis Externo (OA)

Para El Instituto del Corazón de Bucaramanga es importante detectar y evaluar las variables del entorno, las cuales no se pueden controlar, para formular estrategias que le permitan aprovechar las oportunidades y disminuir las consecuencias de las amenazas. A continuación se realiza el análisis externo del sector salud a nivel global en Colombia.

*Tabla 8. Análisis externo del sector salud en Colombia*

FACTOR	DESCRIPCIÓN
Económico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las empresas del sector salud están implementando políticas de reducción de costos para minimizar los gastos financieros.</li> <li>• En Colombia el 50,9% de las instituciones hospitalarias tuvo que endeudarse para solventar la falta de recursos<sup>15</sup></li> <li>• La ley 100 de 1993 trajo cambios fundamentales en la operatividad y en el esquema, como los avances en materia de cobertura, alcanzando actualmente un cubrimiento del 97.3% de la población</li> <li>• En Colombia hay regulación del precio de los medicamentos en TODA LA CADENA.<sup>16</sup></li> <li>• Hay desalineamientos entre el sistema de aseguramiento (en proceso de desmonte) y su volcamiento sobre un sistema cuasi nacionalizado que tendrá que recargarse sobre la tributación general cada vez más.</li> <li>• La existencia del Sistema único de información en salud</li> <li>• En Colombia se excluyó los servicios-tecnologías:</li> </ul>

<sup>15</sup> Infografía. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas / Elaboración Dinero. Déficit presupuestal del sector salud para 2017 es de \$5,5 billones. 12/24/2016. Consultado el 29 de Julio del 2017. Disponible en:<http://www.dinero.com/pais/articulo/fallas-y-deudas-de-la-salud-en-colombia-para-2017/240422>

<sup>16</sup> Banco de Occidente. Sector salud. Capítulo VI. Análisis macro económico y sectorial: Coyuntura y perspectivas. Diciembre – 2016. Consultado el 29 de Julio del 2017. Pp. 65-77. Disponible en:<https://www.bancodeoccidente.com.co/wps/wcm/connect/banco-occidente/f8411dc4-0d99-47aa-956e-6b9074920976/INFORME-ESPECIAL-BANCO-OCCIDENTE-2016.pdf?MOD=AJPERES>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin evidencia científica.</li> <li>• Prestados en el exterior.</li> <li>• Con propósito cosmético.</li> </ul>
Social, cultural, demográfico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En Colombia cada 4 minutos se interpone una tutela para reclamar servicios de salud</li> <li>• En la estructura de prestación de servicios, el 15% de empleados del sector salud son objeto de agresiones físicas, verbales o sexuales y la causa principal de esto es el tiempo de espera</li> </ul>
Político y legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 27 EPS están en medidas especiales de la Superintendencia Nacional de Salud Supersalud. 14 EPS están en vigilancia especial, 3 en intervención para liquidar, y 10 en programas de recuperación.</li> </ul>
Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En Colombia por cada \$100 que gasta el sistema de salud solo \$11 son para medicamentos de cualquier tipo, y de esos \$11 solo \$2 son para productos farmacéuticos innovadores</li> <li>• En Colombia hace falta fortalecer las políticas de transparencia y uso racional de tecnologías en salud en el marco de la autorregulación médica</li> </ul>

Fuente: Ministerio de salud y protección social. Resolución número 2003 de 2014. Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio. 28 mayo 2014. Consultado el 19 de Julio del 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2003-de-2014.pdf>

Se realiza una auditoría externa en busca las oportunidades, debilidades, fortalezas y amenazas en cada uno de los factores externos del ICB en seguridad del paciente, y en la Tabla 8. El análisis de los factores externos del ICB en seguridad del paciente, se encuentran relacionados factores como: Económico, geográfico, sociocultural, y competitivo.

Tabla 9. El análisis de los factores externos del ICB, en seguridad del paciente

ÍTEM	CALIFICACIÓN
<b>FACTOR ECONÓMICO</b>	
Existencia de convenios de docente asistencial que tiene con instituciones como: La UNAB, el Sena, UIS y ARL.	<b>O</b>
Existencia de Coberturas de diferentes IPS, EPS y medicina prepagada.	<b>O</b>
<b>FACTOR GEOGRÁFICO</b>	
Ubicación central del ICB en las distintas sedes de Bucaramanga y en Floridablanca	<b>O</b>
Varias vías de acceso al ICB, con constante paso de transporte público	<b>O</b>
<b>FACTOR SOCIO-CULTURAL</b>	
Existencia del boletín corazón seguro que permite educar al personal e informar sobre las actividades que se han realizado para mejorar la seguridad del paciente	<b>O</b>
Existencia del sitio web que permite a los usuarios conocer la institución, realizar preguntas y calificar la atención en salud prestada	<b>O</b>
El tabaquismo, el sedentarismo, la malnutrición, la hipertensión e hipercolesterolemia se cuentan entre los principales enemigos de la salud cardíaca de los Colombianos	<b>A</b>
Los usuarios vienen desde distintas regiones del país	<b>O</b>
Participación en el comité epidemiológico municipal COVE	<b>O</b>
<b>FACTOR COMPETITIVO</b>	
La existencia de instituciones prestadoras de servicios especializados similares a los ofertados por el ICB, tales como la Fundación Cardiovascular de Colombia, y otras instituciones a nivel Nacional	<b>A</b>

Cuenta con la certificación ISO 14001 - Sistemas de gestión ambiental, en los procesos para la reducción de residuos y tiene un uso más eficiente de los recursos naturales. Se mejora la gestión del riesgo	<b>O</b>
Existencia de alianza estratégica con Findeter para financiar los créditos de los pacientes que así lo prefieran	<b>O</b>

Fuente: Autor del trabajo

- El Análisis Interno (DF)

A continuación se analizan las posibles fortalezas y debilidades dentro de las áreas de trabajo o servicio en la institución sobre los que se puede tener cierto control o influencia. Los servicios en: Métodos diagnósticos no invasivos, consulta externa, hemodinámica y recuperación son las que dan origen a las fortalezas y debilidades. A continuación en la Tabla 9. El análisis de los factores internos del ICB en seguridad del paciente se encuentra el análisis de los factores internos

*Tabla 10. El análisis de los factores internos del ICB, en seguridad del paciente*

<b>ITEM</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>
<b>TALENTO HUMANO</b>	
Existencia en diagnóstico no invasivo e invasivo de personal profesional asistencial capacitado en cada uno de los servicios requeridos	<b>F</b>
Falta personal de enfermería profesional en algunos de sus servicios ofertados. Como en recuperación de C. Chicamocha y Foscal Internacional	<b>D</b>
Existencia de supervisión del proceso de recuperación por el personal auxiliar de enfermería	<b>F</b>
Sobrecarga laboral sobre la coordinadora de seguridad del paciente	<b>D</b>
Existencia de capacitaciones en la inducción del programa de seguridad del paciente al personal nuevo y en la re-inducción anual.	<b>F</b>



Para los procedimientos de sedación la institución cuenta con el profesional anestesiólogo quien cuenta con certificado de formación	<b>F</b>
Existencia de personal profesional en áreas de biotecnología	<b>F</b>
<b>INFRAESTRUCTURA</b>	
Existencia de condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección de áreas.	<b>F</b>
Para los procedimientos invasivos cuenta con: Hospitalización, proceso de esterilización, cuidado intensivo y cirugía.	<b>F</b>
Existencia de servicio ambulatorio con área delimitada físicamente y con acceso independiente al área asistencial.	<b>F</b>
Existencia de instalaciones físicas exclusivas para los servicios de hospitalización, quirúrgicos y de consulta externa para la prestación de servicios de salud	<b>F</b>
Existencia de instalaciones eléctricas en buenas condiciones de presentación y mantenimiento	<b>F</b>
Existencia de áreas de circulación libres de obstáculos de manera que permiten la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.	<b>F</b>
Existencia de piso uniforme en rampas o escaleras	<b>F</b>
Existencia de unidades sanitarias para uso exclusivo del personal de la institución y para uso de pacientes	<b>F</b>
Inexistencia de unidades sanitarias para uso de personas con discapacidad en el 8vo piso de la Chicamocha	<b>D</b>
Existencia de gestión integral de residuos hospitalarios	<b>F</b>
Existencia de área de trabajo sucio para el lavado y desinfección de patos	<b>F</b>
Existencia de disponibilidad de gases medicinales: (Oxígeno, aire medicinal y succión) con equipos o puntos de sistema central con regulador	<b>F</b>

Existencia de sistema de energía eléctrica y energía de emergencia y sistema de comunicaciones	<b>F</b>
Existencia de buenas condiciones y facilidad de limpieza de los pisos, paredes y techos del servicio.	<b>F</b>
Existencia de zonas de fácil limpieza donde se realiza la preparación de medicamentos y desecho de residuos.	<b>F</b>
Existencia de zona exclusiva para el manejo de ropa sucia	<b>F</b>
Existencia de zona destinada al almacenamiento de residuos hospitalarios.	<b>F</b>
Existencia de manual de limpieza y desinfección de áreas/sedes.	<b>F</b>
Existencia de área de iluminación y ventilación natural y/o artificial para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo a los componentes a transfundir.	<b>F</b>
Se encuentra habilitado con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedidos por la entidad departamental o distrital de salud	<b>F</b>
Inexistencia del licenciamiento del software de Microsoft Office en la mayoría de los equipos de la sede Foscal Internacional y en algunos equipos de la sede ambulatoria como en la oficina de anestesia y cirugía	<b>D</b>
Existencia de ascensores, escaleras y rampas para facilitar el acceso y movilización de sus usuarios	<b>F</b>
Faltan lavamanos en algunos servicios de la sede ambulatoria como la oficina de anestesia y cirugía en la cual en ocasiones no hay gel antibacterial, y en la clínica Chicamocha el consultorio de ecocardiograma adulto y el consultorio para prueba de esfuerzo y mesa basculante	<b>D</b>
Cuenta con sistemas de comunicaciones y un software de seguridad Clinic OnLine.	<b>F</b>
<b>DOTACIÒN</b>	

Existencia de área de lavado de manos completamente dotada	<b>F</b>
Existencia de programa de revisiones periódicas y calibración de equipos biomédicos	<b>F</b>
Existencia de carro de paro completamente dotado	<b>F</b>
Existencia de elementos de comunicación externa e interna	<b>F</b>
Existencia de monitor de signos vitales, sondas de succión y oxígeno.	<b>F</b>
Existencia de equipos e instrumentos para procedimientos de transfusión	<b>F</b>
No cuenta con termohigrometro, en la sala de recuperación de hemodinámia de la clínica Chicamocha	<b>D</b>
No hay botellón de agua en la sede ambulatoria, ni vasos desechables para los pacientes	<b>D</b>
Cuenta con electrocardiógrafo con 12 derivaciones en cada una de sus sedes	<b>F</b>
Existencia de equipos para métodos diagnósticos no invasivos como pruebas de esfuerzo, monitoreo de presión arterial, electrocardiografía dinámica holter, ecocardiografía, mesa basculante y pletismografía	<b>F</b>
<b>MEDICAMENTOS-DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS</b>	
Existencia de registros e inventarios de medicamentos y dispositivos médicos	<b>F</b>
Existencia de implementación de programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia	<b>F</b>
Existencia del manual de gestión de medicamentos para enfermería, protocolo de manejo y control del carro de paro y protocolo de limpieza y desinfección de equipos	<b>F</b>
Existencia de cronograma de mantenimiento preventivo	<b>F</b>
Consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA	<b>F</b>

<b>PROCESOS PRIORITARIOS</b>	
Existencia del Manual de enfermería actualizado, socializado y con evaluación de adherencias en el primer semestre del 2017	<b>F</b>
Existencia de guías, protocolos e instructivos actualizados como: Identificación correcta del paciente, Manillas de identificación de riesgos, Manejo del cardio-desfibrilador, Manejo del carro de paro, 14 correctos para la administración de medicamentos, Prevención de úlceras por presión, Comunicación asertiva, Código Azul, Prevención de caídas, Guía de Lavado de manos, Cateterismo vesical	<b>F</b>
Cuenta con un programa de seguridad del paciente coordinado por una enfermera especialista	<b>F</b>
Existe una política de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación en la República de Colombia.	<b>F</b>
Existencia de metodología de análisis y gestión de los reportes de eventos el protocolo de Londres.	<b>F</b>
Existencia de estrategias para la prevención de eventos como: la socialización de las lecciones aprendidas, las rondas de seguridad, el boletín “Corazón seguro”, el comité de infecciones y el comité de vigilancia epidemiológica (COVE)	<b>F</b>
Existencia de un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.	<b>F</b>
Cuenta con un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos. El instructivo de reporte de evento adverso en el software Clinic OnLine	<b>F</b>

Existencia del comité de infecciones para la prevención de infecciones in sitio operatorio (ISO)	<b>F</b>
Existencia del manual de transfusiones para la prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) que fue actualizado y socializado	<b>F</b>
Existencia del protocolo de profilaxis antibiótica para la prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio	<b>F</b>
Existencia de procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud (PAMEC).	<b>F</b>
Existencia de la guía de prevención de caídas IN.15012 y de la guía de úlceras por presión actualizada y socializada	<b>F</b>
Falta cumplir con la programación de la actualización y evaluación de Guía para el lavado de manos en el segundo semestre del 2017, incluyendo la evaluación de adherencia en el personal asistencial.	<b>D</b>
Falta actualizar y socializar la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico.	<b>D</b>
Falta cumplir con la programación de la capacitación y la evaluación del nivel de conocimiento de la guía de prevención de caídas	<b>D</b>
Falta actualizar el instructivo IN.15-006 Reporte de eventos adversos en el software del Clinic Online (Con énfasis en Tecnovigilancia)	<b>D</b>
Falta cumplir con la programación de la capacitación y la evaluación del nivel de conocimiento de la guía de úlceras por presión.	<b>D</b>
Falta cumplir con la programación de la evaluación del nivel de adherencia a los procedimientos en el servicio de métodos diagnósticos no invasivos, como los protocolos de atención de ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica y electrocardiografía dinámica Holter en el personal de enfermería	<b>D</b>

Existencia del análisis de la encuesta de cultura sobre seguridad del paciente en el 2017. Está pendiente para volverla a aplicar en el año 2019	<b>F</b>
Existencia de los protocolos de métodos diagnósticos no invasivos como: Electrocardiografía dinámica Holter, monitoreo ambulatorio de presión arterial, electrocardiograma, ecocardiograma transesofágico, prueba de esfuerzo y mesa basculante, se encuentran actualizados	<b>F</b>
<b>HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS</b>	
Existencia de historia clínica para todos los pacientes atendidos en el software de seguridad Clinic OnLine	<b>F</b>
Existencia de plataforma Clinic Online que unifica las historias clínicas y garantiza la confidencialidad y seguridad	<b>F</b>
Existencia de plataformas SAP logan y CNT para registro y consulta de la historia clínica.	<b>F</b>
Existencia del instructivo de reporte de eventos adversos en el software Clinic OnLine	<b>F</b>
Existencia de documento de consentimiento informado para procedimientos adultos, pediátricos y para transfusión.	<b>F</b>
Existencia de un pagaré para los equipos que se lleva el paciente en calidad de préstamo como Holter y mapa	<b>F</b>
Existencia del registro de la solicitud para la sistematización de plan de atención de enfermería NANDA-NOC-NIC (2015-2017).	<b>F</b>
Inexistencia de la fecha de inicio del proyecto para la creación del software: Sistematización del plan de atención de enfermería NANDA-NOC-NIC (2015-2017)	<b>D</b>
<b>INTERDEPENDENCIA</b>	

Existencia de misión y visión Institucional.	<b>F</b>
Existencia de políticas y objetivos institucionales.	<b>F</b>
Existencia de procesos de inducción y reinducción al personal de la institución	<b>F</b>
Inexistencia de pausas activas durante la labor.	<b>D</b>
Falta crear cultura sobre la importancia del rol de la enfermera profesional en los distintos servicios para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de atención en la salud	<b>D</b>

Fuente: Autor del trabajo

## 8. LA PLANEACIÓN

### 8.1. PROBLEMAS IDENTIFICADOS A PARTIR DE LA MATRIZ DOFA

Con la valoración situacional y la matriz DOFA se pudieron identificar al interior de la institución los siguientes problemas:

*Tabla 11. Problemas identificados a partir del cruce de las variables de la matriz DOFA*

<b>PROBLEMAS IDENTIFICADOS A PARTIR DE LA MATRIZ DOFA</b>
Falta personal de enfermería profesional en algunos de sus servicios ofertados. Como en recuperación de C. Chicamocha y Foscal Internacional
Sobrecarga laboral sobre la coordinadora de seguridad del paciente
Inexistencia de unidades sanitarias para uso de personas con discapacidad en el 8vo piso de la Chicamocha
Inexistencia del licenciamiento del software de Microsoft Office en la mayoría de los equipos de la sede Foscal Internacional y en algunos equipos de la sede ambulatoria como en la oficina de anestesia y cirugía
No cuenta con termohigrometro, en la sala de recuperación de hemodinámia de la clínica Chicamocha
Faltan lavamos en algunos servicios de la sede ambulatoria como la oficina de anestesia y cirugía en la cual en ocasiones no hay gel antibacterial, y en la clínica Chicamocha el consultorio de ecocardiograma adulto y el consultorio para prueba de esfuerzo y mesa basculante
Inexistencia de botellón de agua en la sede ambulatoria, ni vasos desechables para los pacientes
Falta cumplir con la programación de la actualización y evaluación de Guía para el lavado de manos en el segundo semestre del 2017, incluyendo la evaluación de adherencia en el personal asistencial.
Falta actualizar y socializar la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico.



Falta cumplir con la programación de la capacitación y la evaluación del nivel de conocimiento de la guía de úlceras por presión.
Falta cumplir con la programación de la capacitación y la evaluación del nivel de conocimiento de la guía de prevención de caídas
Falta actualizar el instructivo IN.15-006 Reporte de eventos adversos en el software del Clinic On line (Con énfasis en Tecnovigilancia)
Falta cumplir con la programación de la evaluación del nivel de adherencia a los procedimientos en el servicio de métodos diagnósticos no invasivos, como los protocolos de atención de ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica y electrocardiografía dinámica Holter en el personal de enfermería
Inexistencia de la fecha de inicio del proyecto para la creación del software: Sistematización del plan de atención de enfermería NANDA-NOC-NIC (2015-2017)
Inexistencia de pausas activas durante la labor.
Falta crear cultura sobre la importancia del rol de la enfermera profesional en los distintos servicios para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de atención en la salud

Fuente: Autor del trabajo

## 8.2. DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES EN LA PLANEACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ICB

- El método Hanlon

La determinación de prioridades dice relación con la orientación que se imprime a una organización o a un programa; su propósito es seleccionar los problemas que serán objeto de intervenciones en salud, vale decir, las prioridades de acción. Constituye un proceso de toma de decisiones que, como tal, se basa en la integración de un conjunto de información.

El método HANLON es un instrumento que clasifica los problemas y los recursos con los que se cuenta. Con el fin de priorizar la problemática con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención. El interés del Método de Hanlon radica en que sus componentes se corresponden con los criterios más utilizados en materia de establecimiento de prioridades.<sup>17</sup>

El método de Hanlon es una tecnología de salud que nos ayuda en la toma de decisiones, priorizando y proponiendo acciones de acuerdo a los recursos disponibles en la organización para llegar a ser eficientes y eficaces en la toma de decisiones gerenciales.

#### COMPONENTES del método de Hanlon

- A. Magnitud del problema: Ej. Proporción de población afectada
- B. Severidad del problema: Ej. Letalidad, mortalidad, morbilidad, incapacidad, costos
- C. Eficacia de la solución: Ej. Reductibilidad según recursos y tecnología disponible. (o bien la resolución del problema)
- D. factibilidad del programa o de la solución o de la intervención: Ej. pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, disponibilidad de recursos, legalidad

Estos componentes se caracterizan por ser los principales criterios que permiten decidir prioridades en Salud. La clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula que se aplica a cada problema que se considera:

---

<sup>17</sup> Cruz García Verónica, Fernández Argüelles Rogelio, López Flores Juan Fernando. Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención. Vol. 1, No. 6 Ene- Jun 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126k.pdf>

$((A + B) \times C) \times D = \text{Puntuación de Prioridad}$

Tabla 12. El método de HANLON

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL ICB									
PROBLEMA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD					PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD (A+B)*C*D
	0-10	0-10	0,5-1,5	1-0					
				D					
	A	B	C	P	E	A	R	L	
Falta personal de enfermería profesional en algunos de sus servicios ofertados. Como en recuperación de C. Chicamocha y Foscal Internacional	8	5	0,5	1	0	1	1	1	0
Sobrecarga laboral sobre la coordinadora de seguridad del paciente	8	5	1	0	0	1	1	1	0
Inexistencia de unidades sanitarias para uso de personas con discapacidad en el 8vo piso de la Chicamocha	2	3	0,5	0	0	1	1	1	0
Inexistencia del licenciamiento del software de Microsoft Office en la mayoría de los equipos de la sede Foscal Internacional y en algunos equipos de la sede ambulatoria como en la oficina de anestesia y cirugía	2	2	0,5	0	0	1	1	1	0
No cuenta con termohigrometro, en la sala de recuperación de hemodinámica de la clínica Chicamocha	4	6	0,5	0	0	1	1	1	0

Faltan lavamos en algunos servicios de la sede ambulatoria como la oficina de anestesia y cirugía en la cual en ocasiones no hay gel antibacterial, y en la clínica Chicamocha el consultorio de ecocardiograma adulto y el consultorio para prueba de esfuerzo y mesa basculante	4	5	0,5	1	0	1	1	1	0
Inexistencia de botellón de agua en la sede ambulatoria, ni vasos desechables para los pacientes	2	2	1	0	0	1	1	1	0
Falta cumplir con la programación de la actualización y evaluación de Guía para el lavado de manos en el segundo semestre del 2017, incluyendo la evaluación de adherencia en el personal asistencial.	10	9	1,5	1	1	1	1	1	29
Falta actualizar y socializar la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico.	9	10	1,5	1	1	1	1	1	29
Falta cumplir con la programación de la capacitación y la evaluación del nivel de conocimiento de la guía de úlceras por presión.	8	8	1,5	1	1	1	1	1	24
Falta cumplir con la programación de la capacitación y la evaluación del nivel de conocimiento de la guía de prevención de caídas	9	8	1,5	1	1	1	1	1	26

Falta actualizar el instructivo IN.15-006 Reporte de eventos adversos en el software del Clinic On line (Con énfasis en Tecnovigilancia)	8	7	1,5	1	1	1	1	1	23
Falta cumplir con la programación de la evaluación del nivel de adherencia a los procedimientos en el servicio de métodos diagnósticos no invasivos, como los protocolos de atención de ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica y electrocardiografía dinámica Holter en el personal de enfermería	8	6	1,5	1	1	1	1	1	21
Inexistencia de la fecha de inicio del proyecto para la creación del software: Sistematización del plan de atención de enfermería NANDA-NOC-NIC (2015-2017)	8	5	1	1	0	0	0	0	0
Inexistencia de pausas activas durante la labor.	2	1	1,5	1	1	1	1	1	5
Falta crear cultura sobre la importancia del rol de la enfermera profesional en los distintos servicios para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de atención en la salud	4	2	1,5	1	1	1	1	1	9

Fuente: Autor del trabajo

Tabla 13. Priorización de problemas identificados en seguridad del paciente del ICB. II Semestre 2017

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL ICB		
Nº	PROBLEMA	PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD
1	Falta cumplir con la programación de la actualización y evaluación de Guía para el lavado de manos en el segundo semestre del 2017, incluyendo la evaluación de adherencia en el personal asistencial.	29
2	Falta actualizar y socializar la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico.	29
3	Falta cumplir con la programación de la capacitación y la evaluación del nivel de conocimiento de la guía de prevención de caídas	26
4	Falta cumplir con la programación de la capacitación y la evaluación del nivel de conocimiento de la guía de úlceras por presión.	24
5	Falta actualizar el instructivo IN.15-006 Reporte de eventos adversos en el software del Clinic On line (Con énfasis en Tecnovigilancia)	23
6	Falta cumplir con la programación de la evaluación del nivel de adherencia a los procedimientos en el servicio de métodos diagnósticos no invasivos, como los protocolos de atención de ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica y electrocardiografía dinámica Holter en el personal de enfermería	21
7	Falta crear cultura sobre la importancia del rol de la enfermera profesional en los distintos servicios para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de atención en la salud	9
8	Inexistencia de pausas activas durante la labor.	5
9	Inexistencia de la fecha de inicio del proyecto para la creación del software: Sistematización del plan de atención de enfermería NANDA-NOC-NIC (2015-2017)	0

10	Falta personal de enfermería profesional en algunos de sus servicios ofertados. Como en recuperación de C. Chicamocha y Foscal Internacional	0
11	Sobrecarga laboral sobre la coordinadora de seguridad del paciente	0
12	Inexistencia de unidades sanitarias para uso de personas con discapacidad en el 8vo piso de la Chicamocha	0
13	Inexistencia del licenciamiento del software de Microsoft Office en la mayoría de los equipos de la sede Foscal Internacional y en algunos equipos de la sede ambulatoria como en la oficina de anestesia y cirugía	0
14	No cuenta con termohigrometro, en la sala de recuperación de hemodinámia de la clínica Chicamocha	0
15	Faltan lavamos en algunos servicios de la sede ambulatoria como la oficina de anestesia y cirugía en la cual en ocasiones no hay gel antibacterial, y en la clínica Chicamocha el consultorio de ecocardiograma adulto y el consultorio para prueba de esfuerzo y mesa basculante	0
16	Inexistencia de botellón de agua en la sede ambulatoria, ni vasos desechables para los pacientes	0

Fuente: Autor del trabajo

## 9. EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ICB

Después de utilizar el método Hanlon para determinar las puntuaciones, se logró organizar en orden de prioridad los problemas identificados en la práctica electiva de profundización de seguridad del paciente del segundo semestre del 2017 y se diseñó un plan de mejoramiento para el ICB

### 9.1. PROBLEMA 1

Tabla 14. PROBLEMA 1

<b>PROBLEMA</b>	Falta cumplir con la actualización, socialización y evaluación del nivel de adherencia del personal asistencial a la Guía para el lavado de manos del ICB (IN.15-005), en el segundo semestre del 2017		
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar la guía para el lavado de manos del ICB.</li> <li>• Describir la guía para el lavado de manos al personal del Instituto del Corazón de Bucaramanga, mediante un juego interactivo y la realización de la técnica del lavado de manos para prevenir y reducir el riesgo de infección asociado con la atención de salud (IAAS)</li> <li>• Medir el nivel de adherencia a la guía para el lavado de manos, en el personal asistencial del ICB</li> </ul>		
<b>META</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar la guía para el lavado de manos actualizada al departamento de calidad</li> <li>• Evaluar el nivel de adherencia a la guía para el lavado de manos al 60% del personal asistencial del Instituto del Corazón de Bucaramanga, en las sedes ambulatoria, Clínica Chicamocha y Clínica Foscal Internacional</li> <li>• Capacitar al 95% del personal administrativo y asistencial sobre la Guía para el lavado de manos</li> </ul>		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>UNIDAD</b>
Leer la Guía para el lavado de manos		Guía de lavado de manos	#
Realizar la búsqueda bibliográfica con evidencia científica del lavado de manos	$\frac{N^{\circ} \text{ protocolos de búsqueda realizados}}{N^{\circ} \text{ Total de protocolos de búsqueda planteados}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ documentos seleccionados para la actualización}}{N^{\circ} \text{ Total de documentos encontrados según protocolo de búsqueda}} \times 100$	La guía para el lavado de manos con su respectiva bibliografía	%



Modificar la guía para el lavado de manos		Documento en Word de la guía	#
Entregar en la oficina de calidad la guía para obtener el aval		Correo electrónico de entrega en la oficina de gestión de calidad con el respectivo aval	#
Capacitar al personal administrativo y asistencial sobre la Guía para el lavado de manos	$\frac{N^{\circ} \text{ personal capacitado}}{N^{\circ} \text{ Total personal del ICB}} \times 100$	Asistencia a capacitaciones Registro fotográfico	%
Evaluar el nivel de conocimientos acerca de la Guía para el lavado de manos	$\frac{N^{\circ} \text{ personal asistencial evaluado}}{N^{\circ} \text{ personal asistencial del ICB}} \times 100$	Instrumento de evaluación de conocimientos acerca de la Guía para el lavado de manos	%
Evaluar la adherencia a la guía para el lavado de manos en los servicios de MDNI, hemodinamia, cirugía y recuperación	$\frac{N^{\circ} \text{ personas evaluadas}}{N^{\circ} \text{ Total personal asistencial del ICB}} \times 100$	Lista de chequeo (RE.13-030) Informe de evaluación de la adherencia a la guía de lavado de manos	%
Entregar el informe de evaluación de la adherencia a la guía para el lavado de manos	$\frac{N^{\circ} \text{ total tarjetas bien diligenciadas}}{N^{\circ} \text{ Total tarjetas entregadas a pacientes}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ tarjetas con sí higiene manos en médico}}{N^{\circ} \text{ Total tarjetas entregadas a pacientes}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ tarjetas con sí higiene manos en enfermería}}{N^{\circ} \text{ Total tarjetas entregadas a pacientes}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ tarjetas con sí higiene manos en instrumentadora Cx}}{N^{\circ} \text{ Total tarjetas entregadas a pacientes}} \times 100$	Informe de evaluación de la adherencia a la guía para el lavado de manos Tarjetas de evaluación por parte del paciente	%

Realizar la campaña del día mundial del lavado de manos en el ICB	$\frac{N^{\circ} \text{ personas que asisten a la campaña}}{N^{\circ} \text{ Meta propuesta (200)}} \times 100\%$	Evidencia fotográfica	%
Entregar el informe de evaluación de la campaña del día mundial del lavado de manos en el ICB		Informe de evaluación de la campaña del día mundial del lavado de manos en el ICB	#

Fuente: Autor del trabajo

## 9.2. PROBLEMA 2

Tabla 15. PROBLEMA 2

<b>PROBLEMA</b>	Falta actualizar la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico del ICB (MC.18-001)		
<b>OBJETIVO</b>	Modificar la guía de manejo para cateterismo venoso periférico del Instituto del Corazón de Bucaramanga		
<b>META</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entregar la guía de manejo para cateterismo venoso periférico actualizada al departamento de calidad.</li> <li>Obtener el aval de la oficina de calidad sobre la modificación en la guía de manejo para cateterismo venoso periférico del Instituto del Corazón de Bucaramanga</li> </ul>		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>UNIDAD</b>
Leer la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico		La Guía de manejo para cateterismo venoso periférico	#

Realizar la búsqueda bibliográfica con la evidencia científica sobre el procedimiento del cateterismo venoso periférico	$\frac{N^{\circ} \text{ protocolos de búsqueda realizados}}{N^{\circ} \text{ Total de protocolos de búsqueda planteados}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ documentos seleccionados para la actualización}}{N^{\circ} \text{ Total de documentos encontrados según protocolo de búsqueda}} \times 100$	La guía de manejo de cateterismo venoso periférico con su respectiva bibliografía	%
Modificar la guía de cateterismo venoso periférico		Documento en Word de la guía Correo electrónico Socialización de la modificación ante las coordinadoras de los servicios para obtener su aprobación	#
Entregar en la oficina de calidad la guía para obtener el aval		Correo electrónico de entrega en la oficina de gestión de calidad con el respectivo aval	#

Fuente: Autor del trabajo

### 9.3. PROBLEMA 3

Tabla 16. PROBLEMA 3

<b>PROBLEMA</b>	Falta cumplir con la programación de la capacitación y la evaluación del nivel de conocimiento de la guía de prevención de caídas
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la guía de prevención de caídas al personal de enfermería de las sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga</li> <li>• Evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería del Instituto del Corazón de Bucaramanga sobre la guía de prevención de caídas</li> </ul>
<b>META</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la guía de prevención de caídas al 90% del personal de enfermería capacitado de las sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel de conocimientos en la guía de prevención de caídas al 90% del personal de enfermería invitado del Instituto del Corazón de Bucaramanga</li> </ul>		
ACTIVIDAD	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	UNIDAD
Leer la Guía de prevención de caídas		Correo institucional	#
Invitar al personal para la capacitación	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería asiste}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería invitado}} \times 100$	Instrumento de evaluación de conocimientos acerca de la guía de prevención de caídas	%
Evaluar el nivel de conocimientos antes y después de socializar la guía de prevención de caídas	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería aprueba pre - test}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería evaluado}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería aprueba post - test}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería evaluado}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería hemodinamia evaluado}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería capacitado}} \times 100$	Asistencia a capacitaciones Registro fotográfico	%
Capacitar al personal de enfermería en la Guía de prevención de caídas	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería capacitado}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería invitado}} \times 100$	Informe de evaluación del conocimiento de la guía de prevención de caídas	%
Entregar el informe de capacitación y evaluación del nivel de conocimientos de la guía de prevención de caídas		Informe de evaluación del conocimiento de la guía de prevención de caídas	#

Fuente: Autor del trabajo

## 9.4. PROBLEMA 4

Tabla 17. PROBLEMA 4

PROBLEMA	Falta cumplir con la programación de la capacitación y la evaluación del nivel de conocimiento de la guía de úlceras por presión en el personal asistencial del ICB		
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la guía de úlceras por presión al personal asistencial de las sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga</li> <li>• Evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería del Instituto del Corazón de Bucaramanga sobre la guía de prevención de úlceras por presión</li> </ul>		
META	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la guía de prevención de úlceras por presión al 90% del personal de enfermería de las sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga</li> <li>• Evaluar la guía de úlceras por presión al 90% del personal de enfermería del Instituto del Corazón de Bucaramanga</li> </ul>		
ACTIVIDAD	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	UNIDAD
Leer la Guía de úlceras por presión			#
Invitar al personal para la capacitación	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería asiste}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería invitado}} \times 100$	Correo institucional	%
Evaluar el nivel de conocimientos antes y después de socializar la guía de úlceras por presión	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería aprueba pre - test}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería evaluado}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería aprueba post - test}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería evaluado}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería hemodinamia evaluado}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería capacitado}} \times 100$	Instrumento de evaluación de conocimientos acerca de la guía de úlceras por presión	%
Capacitar al personal de enfermería en la Guía de úlceras por presión	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería capacitado}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería invitado}} \times 100$	Asistencia a capacitaciones Registro fotográfico	%
Entregar el informe de capacitación y evaluación del nivel de conocimientos de la Guía de úlceras por presión		Informe de evaluación del conocimiento de la guía de úlceras por presión	#

Fuente: Autor del trabajo

## 9.5. PROBLEMA 5

Tabla 18. PROBLEMA 5

<b>PROBLEMA</b>	Falta actualizar el instructivo de Reporte de eventos adversos en el software del Clinic OnLine (IN.15-006) Con énfasis en Tecnovigilancia.		
<b>OBJETIVO</b>	Modificar el instructivo de reporte de eventos adversos en el software Clinic On line del Instituto del Corazón de Bucaramanga		
<b>META</b>	Entregar el instructivo de reporte de eventos adversos en el software Clinic On line actualizado al departamento de calidad		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>UNIDAD O RESULTADO</b>
Leer el instructivo de reporte de eventos adversos en el software eClinic On Line		Instructivo de reporte de eventos adversos en el software Clinic OnLine actualizado	#
Modificar el instructivo de reporte de eventos adversos en el software del Clinic On Line	$\frac{N^{\circ} \text{ Ítems modificados}}{N^{\circ} \text{ Total de ítems del instructivo}} \times 100$	Documento de Word	%
Entregar el instructivo en la oficina de calidad para obtener el aval		Correo electrónico de entrega en la oficina de gestión de calidad con el respectivo aval	#

Fuente: Autor del trabajo

## 9.6. PROBLEMA 6

Tabla 19. PROBLEMA 6

<b>PROBLEMA</b>	Falta cumplir con la evaluación del nivel de adherencia a los protocolos de MDNI como el Protocolo de atención de ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma estrés con prueba farmacológica o prueba de esfuerzo y electrocardiografía dinámica Holter, en las sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga
<b>OBJETIVO</b>	Valorar el nivel de adherencia a los protocolos de atención de ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma estrés con prueba farmacológica o prueba de esfuerzo y

	Holter en el personal de métodos diagnósticos no invasivos, en las sedes Ambulatoria, Clínica Chicamocha, Clínica Foscal y Clínica Foscal Internacional del ICB		
<b>META</b>	Evaluar el nivel de adherencia a los protocolos de atención de ecocardiograma transeofágico, ecocardiograma estrés con prueba farmacológica o prueba de esfuerzo y electrocardiografía dinámica Holter en el 90% del personal de métodos diagnósticos no invasivos del Instituto del Corazón de Bucaramanga		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>UNIDAD</b>
Leer los protocolos de ecocardiograma transeofágico, ecocardiograma estrés con dobutamina y holter		Protocolos de atención de electrocardiografía dinámica Holter, ecocardiograma transeofágico, y ecocardiograma estrés con dobutamina	#
Evaluar las adherencias a los protocolos de ecocardiograma transeofágico, ecocardiograma estrés con dobutamina y holter	$\frac{N^{\circ} \text{ personas evaluadas}}{N^{\circ} \text{ Total personal asistencial MDNI del ICB}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ total personal evaluado eco estrés}}{N^{\circ} \text{ Total personal MDNI eco estres del ICB}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ total personal evaluado eco te}}{N^{\circ} \text{ Total personal MDNI eco TE del ICB}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ total personal evaluado holter}}{N^{\circ} \text{ Total personal MDNI Holter del ICB}} \times 100$	Listas de chequeo Informe de evaluación de la adherencia a los protocolos de atención de electrocardiografía dinámica Holter, ecocardiograma transeofágico, y ecocardiograma estrés con dobutamina	%

Entregar el informe del nivel de adherencia a los protocolos de atención de electrocardiografía dinámico Holter, ecocardiograma transesofágico, y ecocardiograma estrés con dobutamina		Informe de evaluación de adherencia a los protocolos de atención de electrocardiografía dinámico Holter, ecocardiograma transesofágico, y ecocardiograma estrés con dobutamina	#
--	--	--	---

Fuente: Autor del trabajo



## 10. INFORME DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO EN EL ICB

A continuación se describirán las actividades que se realizaron durante la práctica electiva de profundización. La ejecución de las actividades para dar solución a los problemas detectados en la valoración situacional del ICB, se iniciaron a partir de la semana tres (3) hasta la semana diecisiete (17).

### 10.1. SOLUCIÓN 1

Tabla 20. SOLUCIÓN 1

ACTIVIDAD	INDICADOR / PROCEDIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESULTADOS	FECHA DE EJECUCIÓN
Leer la Guía para el lavado de manos	Lectura de la Guía para el lavado de manos (IN.15-005). Se encuentra ubicada en el software de seguridad Clinic OnLine, el paso a paso es: Ingresa al software Clinic OnLine, escribe el usuario y la contraseña Ingresa en gestión documental Escoge la categoría: Soporte asistencial – seguridad del paciente El código IN.15-005. Título: Guía para el lavado de manos	Guía de lavado de manos	#1 (IN.15-005)	Semana 1 y 2
Realizar la búsqueda bibliográfica con evidencia científica del lavado de manos	$\frac{N^{\circ} \text{ protocolos de búsqueda realizados}}{N^{\circ} \text{ Total de protocolos de búsqueda planteados}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ documentos seleccionados para la actualización}}{N^{\circ} \text{ Total de documentos encontrados según protocolo de búsqueda}}$	La guía para el lavado de manos con su respectiva bibliografía	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ $\frac{5}{10} \times 100 = 50\%$ (Anexo)	Semana 6

Modificar la guía para el lavado de manos	Las modificaciones quedaron en letra color rojo y algunas cosas en verde por orden de la Coordinadora de seguridad del paciente, para facilitar el trabajo del Coordinador HSEQ (Health security environment quality) al momento de actualizar la información.	Documento en Word de la guía Actualizado 28/08/2017 Versión 3	#1 (Anexo)	Semana 7
Entregar en la oficina de calidad la guía para obtener el aval	Se envió desde el correo institucional al correo de la Coordinadora de seguridad del paciente, para su posterior envió al Coordinador de Calidad.	Correo electrónico entrega al coordinador de gestión de calidad con el respectivo aval	#1 Actualizado 28/08/2017 Versión 3	Semana 7
Capacitar al personal administrativo y asistencial sobre la Guía para el lavado de manos	$\frac{N^{\circ} \text{ personal capacitado}}{N^{\circ} \text{ Total personal del ICB}} \times 100$	Asistencia a capacitaciones Registro fotográfico	<b>Meta</b> <b>95%</b> $\frac{176}{182} \times 100 =$ <b>97%</b> (Anexo)	Semana 3 y 4
Evaluar el nivel de conocimientos acerca de la Guía para el lavado de manos	$\frac{N^{\circ} \text{ personal evaluado}}{N^{\circ} \text{ personal asistencial del ICB}} \times 100$	Instrumento de evaluación de conocimientos acerca de la Guía para el lavado de manos	<b>Pre-test</b> $\frac{55}{87} \times 100 =$ <b>63%</b>  <b>Pos-test</b> $\frac{12}{87} \times 100 =$ <b>14%</b>	Semana 5

<p>Evaluar el nivel de adherencia a la guía para el lavado de manos en los servicios de MDNI, hemodinamia, cirugía y recuperación</p>	$\frac{N^{\circ} \text{ personas evaluadas}}{N^{\circ} \text{ Total personal asistencial del ICB}} \times 100$	<p>Lista de chequeo (RE.13-030) Informe de evaluación de la adherencia a la guía de lavado de manos</p>	<p><b>Meta</b> <b>60%</b></p> $\frac{71}{87} \times 100 = 82\%$ <p>(Anexo)</p>	<p>Semana 8 hasta la 14</p>
<p>Entregar el informe de evaluación de la adherencia a la guía para el lavado de manos</p>	$\frac{N^{\circ} \text{ total tarjetas bien diligenciadas}}{N^{\circ} \text{ Total tarjetas entregadas a pacientes}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ votaciones con sí higiene manos en médico}}{N^{\circ} \text{ Total votaciones en médico}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ votaciones sí higiene manos en enfermería}}{N^{\circ} \text{ Total votaciones en enfermería}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ votaciones sí higiene manos en instrumentadora Cx}}{N^{\circ} \text{ Total votaciones en instrumentadora Cx}} \times 100$	<p>Informe de evaluación de la adherencia a la guía para el lavado de manos (Anexo) Tarjetas de evaluación por parte del paciente</p>	$\frac{333}{351} \times 100 = 95\%$ $\frac{169}{189} \times 100 = 89\%$ $\frac{229}{278} \times 100 = 82\%$ $\frac{80}{87} \times 100 = 82\%$	<p>Semana 15</p>
<p>Realizar la campaña del día mundial del lavado de manos en el ICB</p>	$\frac{N^{\circ} \text{ personas que asisten a la campaña}}{N^{\circ} \text{ Meta propuesta (200)}} \times 100\%$	<p>Evidencia fotográfica</p>	$\frac{196}{200} \times 100 = 98\%$	<p>Semana 15</p>

Entregar el informe de evaluación de la campaña del día mundial del lavado de manos en el ICB		Informe de evaluación de la campaña del día mundial del lavado de manos en el ICB	#1	Semana 15
---	--	---	----	-----------

Fuente: Autor del trabajo

## PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las últimas recomendaciones de la CDC sobre el lavado de manos?

PICO

Problema: Actualizar la Guía para el lavado de manos

- Intervención: Búsqueda en la CDC y OMS sobre el lavado de manos
- Resultado: Recomendaciones actualizadas sobre el lavado de manos

Localización y selección de los estudios

- Periodo de búsqueda: 2002 – 2017
- Idioma: español, inglés

Bases de datos

- Google académico (Motor de búsqueda)

Términos clave

Palabras clave: lavado de manos

Criterios de inclusión

- Periodo cronológico de publicación: 2002 – 2017
- Idioma: Español, Inglés
- Artículos a texto completo

Criterios de exclusión

Artículos publicados antes del año 2000

RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC)

*Tabla 21. RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) SOLUCIÓN 1*

<b>DOMINIO:</b> 4 Conocimiento y conducta de salud		
<b>CLASE:</b> S Conocimientos sobre salud		
<b>RESULTADO: CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS</b>		
<b>INDICADORES</b>	<b>NOC INICIAL</b>	<b>NOC FINAL</b>
[181402] Propósito del procedimiento. (Higiene de manos y desinfección de manos)		
[181403] Pasos del procedimiento. (Técnica del lavado de manos clínico)		
[181404] Uso correcto del equipamiento. (alcohol glicerinado y jabón antibacterial)		

[181406] Restricciones relacionadas con la higienización de manos			
<b>TOTAL</b>	(3-5) Conocimiento moderado	7%	(6-8) Conocimiento sustancial 31%
	(6-8) Conocimiento sustancial	71%	(9-10) Conocimiento extenso 69%
	(9-10) Conocimiento extenso	7%	

Fuente: Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4 Edición

*Tabla 22. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN PRE-TEST Y POST-TEST. SOLUCIÓN 1*

PRE-TEST				POST-TEST			
Calificación pre-test	N° personas	Escala Likert	Porcentaje (%)	Calificación pre-test	N° personas	Escala Likert	Porcentaje (%)
3,2	1	(3-5) Conocimiento moderado	7%	8,0	4	(6-8) Conocimiento sustancial	31%
4,0	1			10,0	9	(9-10) Conocimiento extenso	69%
4,4	1						
5,8	1	(6-8) Conocimiento sustancial	71%				
6,8	1						
7,2	1						
7,4	1						
7,8	1						
8,0	2						
8,2	2						
8,4	1						
9,2	1	(9-10) Conocimiento extenso	7%				
<b>Total</b>	14		100%	<b>Total</b>	13		100%

Autor del trabajo

## 10.2. SOLUCIÓN 2

Tabla 23. SOLUCIÓN 2

ACTIVIDAD	INDICADOR / PROCEDIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESULTADOS	FECHA DE EJECUCIÓN
Leer la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico	Lectura de la Guía de manejo para CVP. Se encuentra ubicada en el software de seguridad Clinic OnLine, el paso a paso es: Ingresa al software Clinic OnLine, escribe el usuario y la contraseña Ingresa en gestión documental Escoge la categoría: Soporte asistencial – enfermería El código MC.18-001. Título: Manual de procedimientos de enfermería, el cual contiene a partir de la página 23, la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico.	la Guía de manejo para CVP	(MC.18-001)	Semanas 1 y 2
Realizar la búsqueda bibliográfica con la evidencia científica sobre el procedimiento del cateterismo venoso periférico	$\frac{N^{\circ} \text{ protocolos de búsqueda realizados}}{N^{\circ} \text{ Total de protocolos de búsqueda planteados}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ documentos seleccionados para la actualización}}{N^{\circ} \text{ Total de documentos encontrados según protocolo de búsqueda}} \times 100$	La guía de manejo de cateterismo venoso periférico con su respectiva bibliografía	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ $\frac{3}{4} \times 100 = 75\%$	Semana 6 y 7
Modificar la guía de cateterismo venoso periférico	Se realizó la actualización de la guía y presentó a las coordinadoras de enfermería de los servicios la propuesta de actualización de la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico	Documento en Word de la guía		Semana 10
Entregar en la oficina de calidad la guía para	Entregar en la oficina de calidad la guía para obtener el aval	Carta de entrega en la oficina de gestión	#1 Actualizado 11/10/2017	Semana 10

obtener el aval		de calidad con el respectiv o aval	Versión 16	
--------------------	--	--	---------------	--

## PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Pregunta de investigación:

Para prevenir las infecciones asociadas al cateterismo venoso periférico ¿Es recomendable usar guantes estériles durante el procedimiento de canalización en vez de guantes limpios?

PICO

Problema: Viabilidad de usar guantes estériles durante el procedimiento de cateterismo venoso periférico

- Intervención: Efectividad de usar guantes estériles durante la canalización de una vía periférica
- Comparación: Uso de guantes estériles Vs guantes limpios
- Resultado: Efectividad del uso de guantes estériles para prevenir las infecciones asociadas al cateterismo venoso periférico

Localización y selección de los estudios

- Periodo de búsqueda: 2008 – 2016
- Idioma: español, inglés

Bases de datos



- Scielo, google académico (Motor de búsqueda)

Términos clave

Palabras clave: guantes estériles, técnica aséptica, cateterismo venoso periférico

Criterios de inclusión:

- Periodo cronológico de publicación: 2008 – 2016
- Idioma: Español, Inglés
- Artículos a texto completo

Criterios de exclusión: Artículos publicados antes del año 2005

### 10.3. SOLUCIÓN 3

Tabla 24. SOLUCIÓN 3

ACTIVIDAD	INDICADOR / PROCEDIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESULTADOS	FECHA DE EJECUCIÓN
Leer la Guía de prevención de caídas	Lectura del Instructivo de Prevención de caídas. Se encuentra ubicada en el software de seguridad Clinic OnLine, el paso a paso es: Ingresa al software Clinic OnLine, escribe el usuario y la contraseña Ingresa en gestión documental Escoge la categoría: Soporte asistencial – seguridad del paciente El código del documento IN.15-012. Título: Prevención de caídas	Instructivo de Prevención de caídas	(IN.15-012)	Semanas 10

Invitar al personal para la capacitación	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería asiste}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería invitado}} \times 100$	Correo institucional	$\frac{16}{17} \times 100$ = 94%	Semana 10
Evaluar el nivel de conocimientos antes y después de socializar la guía de prevención de caídas	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería hemodinamia evaluado}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería capacitado}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería aprueba pre - test}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería evaluado}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería aprueba post - test}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería evaluado}} \times 100$	Instrumento de evaluación de conocimientos acerca de la guía de prevención de caídas	<b>Meta: 90%</b>  $\frac{14}{17} \times 100$ = 82% <b>Pre-test</b> $\frac{11}{14} \times 100$ = 79% <b>Post-test</b> $\frac{14}{14} \times 100$ = 100%	Semana 12
Capacitar al personal de enfermería en la Guía de prevención de caídas	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería capacitado}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería invitado}} \times 100$	Asistencia a capacitaciones Registro fotográfico	<b>Meta:90%</b>  $\frac{16}{17} \times 100$ = 94%	Semana 12
Entregar el informe de capacitación y evaluación del nivel de conoci		Informe de evaluación del conocimiento de la guía de úlceras por presión	#1	Semana 12

entos del Instructiv o de prevenció n de caídas				
--	--	--	--	--

## RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC)

Tabla 25. RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC). SOLUCIÓN 3

<b>DOMINIO:</b> 4 Conocimiento y conducta de salud				
<b>CLASE:</b> S Conocimientos sobre salud				
<b>RESULTADO: CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS</b>				
INDICADORES	NOC		NOC	
	INICIAL		FINAL	
[182802] Uso correcto de los mecanismos de seguridad.				
[182809] Uso de procedimientos seguros de traslado.				
[182803] Calzado adecuado.				
[182812] Medicaciones prescritas que aumentan el riesgo de caídas.				
<b>TOTAL</b>	(3-5) Conocimiento moderado	21%	(6-8) Conocimiento sustancial	29%
	(6-8) Conocimiento sustancial	64%	(9-10) Conocimiento extenso	71%
	(9-10) Conocimiento extenso	14%		

Fuente: Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4 Edición

Tabla 26. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN PRE-TEST Y POST-TEST. SOLUCIÓN 3

PRE-TEST				POST-TEST			
Calificación pre-test	Nº personas	Escala Likert	Porcentaje (%)	Calificación pre-test	Nº personas	Escala Likert	Porcentaje (%)
3	3	(3-5) Conocimiento moderado	21%	7	2	(6-8) Conocimiento sustancial	29%
6	1	(6-8) Conocimiento sustancial	64%	8	2		
7	7			10	10	(9-10) Conocimiento extenso	71%
8	1						
10	2	(9-10) Conocimiento extenso	14%				
<b>Total</b>	<b>14</b>		<b>100%</b>		<b>14</b>		<b>100%</b>

Autor del trabajo

#### 10.4. SOLUCIÓN 4

Tabla 27. SOLUCIÓN 4

ACTIVIDAD	INDICADOR / PROCEDIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESULTADOS	FECHA DE EJECUCIÓN
Leer la Guía de úlceras por presión	Lectura del Instructivo de Prevención de úlceras por presión durante la semana 2. Se encuentra ubicada en el software de seguridad Clinic OnLine, el paso a paso es: Ingresa al software Clinic OnLine, y escribe el usuario y la contraseña Ingresa en gestión documental Escoge la categoría: Soporte asistencial – seguridad del paciente El código del documento IN.15-014. Título: Prevención de úlceras por presión	Instructivo de Prevención de úlceras por presión	(IN.15-014.)	Semana 10

Invitar al personal para la capacitación	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería asiste}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería invitado}} \times 100$	Correo institucional	$\frac{16}{17} \times 100$ = 94%	Semana 10
Evaluar el nivel de conocimientos antes y después de socializar la guía de úlceras por presión	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería hemodinamia evaluado}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería capacitado}} \times 100$  $\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería aprueba pre - test}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería evaluado}} \times 100$  $\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería aprueba post - test}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería evaluado}} \times 100$	Instrumento de evaluación de conocimientos acerca de la guía de úlceras por presión	<b>Meta: 90%</b> $\frac{14}{17} \times 100$ = 82% <b>Pre-test</b> $\frac{8}{14} \times 100$ = 57% <b>Post-test</b> $\frac{12}{14} \times 100$ = 86%	Semana 12
Capacitar al personal de enfermería en la Guía de úlceras por presión	$\frac{N^{\circ} \text{ personal enfermería capacitado}}{N^{\circ} \text{ personal enfermería invitado}} \times 100$	Asistencia a capacitaciones Registro fotográfico Presentación en PowerPoint y una dinámica (Kahoot)	<b>Meta: 90%</b> $\frac{16}{17} \times 100$ = 94%	Semana 12
Entregar el informe de capacitación y evaluación del nivel de conocimientos del Instructivo de prevención de úlceras por presión		Informe de evaluación del conocimiento de la guía de úlceras por presión	#1	Semana 12

Autor del trabajo

## RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC)

Tabla 28. RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC). SOLUCIÓN 4

<b>DOMINIO:</b> 4 Conocimiento y conducta de salud				
<b>CLASE:</b> S Conocimientos sobre salud				
<b>RESULTADO: CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>				
INDICADORES	NOC		NOC	
	INICIAL		FINAL	
[181410] Posibles efectos de las úlceras por presión (Clasificación del estadio de las úlceras por presión)				
[181403] Procedimiento de valoración del riesgo de úlceras por presión				
[181405] Precauciones para evitar formación de úlceras por presión				
[181403] Pasos a tener en cuenta en la valoración de escala Braden				
<b>TOTAL</b>	(6-8) Conocimiento sustancial	100%	(3-5) Conocimiento moderado	14%
			(6-8) Conocimiento sustancial	14%
			(9-10) Conocimiento extenso	71%

Fuente: Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4 Edición

Tabla 29. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN DEL PRE-TEST Y POST-TEST.  
SOLUCIÓN 4

PRE-TEST				POST-TEST			
Calificación pre-test	N° personas	Escala Likert	Porcentaje (%)	Calificación pre-test	N° personas	Escala Likert	Porcentaje (%)
5	6	(6-8) Conocimiento sustancial	100%	2,5	2	(3-5) Conocimiento moderado	14%
10	8			6,25	1	(6-8) Conocimiento sustancial	14%
				7,5	1		
				10	10	(9-10) Conocimiento extenso	71%
<b>Total</b>	<b>14</b>		<b>100%</b>		<b>14</b>		<b>100%</b>

Autor del trabajo

## 10.5. SOLUCIÓN 5

Tabla 30. SOLUCIÓN 5

ACTIVIDAD	INDICADOR / PROCEDIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESULTADOS	FECHA DE EJECUCIÓN
Leer el instructivo de reporte de eventos	Lectura del Instructivo de Reporte de eventos adversos en el software del Clinic On Line. Se encuentra ubicada en el software de seguridad Clinic On Line, el paso a paso es:	Instructivo de reporte de eventos adversos en el software eClinic On Line actualizado	(IN.15-006)	Semana 3

adversos en el software eClinic On Line	Ingresar al software Clinic On Line, escribir el usuario y la contraseña Ingresar en gestión documental Escoger la categoría: Soporte asistencial – seguridad del paciente El código del documento IN.15-006. Título: Reporte de eventos adversos en el software del Clinic On Line			
Modificar el instructivo de reporte de eventos adversos en el software del Clinic On Line	$\frac{N^{\circ} \text{ Ítems modificados}}{N^{\circ} \text{ Total de ítems del instructivo}} \times 100$	Documento de word	$\frac{6}{15} \times 100 = 40\%$	Semana 3
Entregar el instructivo en la oficina de calidad para obtener el aval		Correo electrónico de entrega en la oficina de gestión de calidad con el respectivo aval.	#1 Actualizado 09/08/2017 Versión 1	Semana 3

Autor del trabajo

## 10.6. SOLUCIÓN 6

Tabla 31. SOLUCIÓN 6

ACTIVIDAD	INDICADOR / PROCEDIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESULTADOS	FECHA DE EJECUCIÓN
Leer los protocolos de ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma	Lectura de los protocolos: Se encuentran ubicados en el software de seguridad Clinic OnLine; el paso a paso es: Ingresar al software Clinic OnLine, escribir el usuario y la contraseña Ingresar en gestión documental Escoger la categoría: Unidad empresarial de negocios asistenciales – métodos diagnósticos no invasivos Los documentos son:	Protocolos de atención de electrocardiografía dinámica Holter, ecocardiograma	(IN.22-011, IN.22-014, IN.22-018)	Semana 7



a estrés con prueba farmacológica o prueba de esfuerzo y electrocardiografía dinámica holter	Código IN.22-011. Título: Protocolo de atención de electrocardiografía dinámica Holter Código IN.22-014. Título: Protocolo de atención al paciente para realización de ecocardiograma transesofágico. Código IN.22-018. Título: Ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica	transesofágico, y ecocardiograma a estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica		
Evaluar las adherencias a los protocolos de ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma a estrés con dobutamina y holter	$\frac{N^{\circ} \text{ personas evaluadas}}{N^{\circ} \text{ Total personal MDNI del ICB}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ total personal evaluado eco estrés}}{N^{\circ} \text{ Total personal MDNI eco estres del ICB}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ total personal evaluado eco te}}{N^{\circ} \text{ Total personal MDNI eco TE del ICB}} \times 100$ $\frac{N^{\circ} \text{ total personal evaluado holter}}{N^{\circ} \text{ Total personal MDNI Holter del ICB}} \times 100$	Listas de chequeo Informe de evaluación de la adherencia a los protocolos (RE.22-037, RE.22-039)	Meta: 90% $\frac{16}{17} \times 100 = 94\%$ $\frac{12}{14} \times 100 = 86\%$ $\frac{10}{14} \times 100 = 71\%$ $\frac{12}{16} \times 100 = 75\%$	Semana 8 hasta la semana 17
Entregar el informe del nivel de adherencia a los protocolos de MDNI		Correo electrónico de entrega a la coordinadora de falla cardiaca	#1	Semana 18

Autor del trabajo





## 12. CONCLUSIONES

- 12.1.El modelo de Sor Callista Roy es el adecuado porque nos guía a mirar al paciente como un ser holístico para ayudarlo a alcanzar un máximo nivel de adaptación a su situación actual de salud, con actividades que fomenten la promoción de buenos hábitos, de autocuidado y prevención de enfermedades, teniendo en cuenta el entorno del paciente
- 12.2.El crear cultura de seguridad del paciente es una labor valiosa que desarrolla el profesional de enfermería, para que el personal logre apropiarse de la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y fomentar un entorno seguro de la atención en salud
- 12.3.Por medio de las socializaciones se incentiva al personal a recordar lo aprendido y se actualizan sobre los protocolos que ayudan a estandarizar los procesos y a realizar procesos seguros
- 12.4.Al concientizar al personal sobre reportar los eventos adversos o incidentes que se presentan, se está proporcionando un insumo importante, el cual es analizado, para generar unos planes de mejora, compromisos y como resultado se obtiene una lección aprendida y unas barreras de seguridadSe capacitó al 75% del personal administrativo y asistencial sobre la Guía para el lavado de manos (versión 2), alcanzándose la meta del 90%
- 12.5.Se evaluó el nivel de adherencia a la Guía para el lavado de manos al 82% del personal asistencial en los servicios de MDNI, hemodinamia, cirugía y recuperación, alcanzándose la meta del 60%

- 12.6. Se realizó la jornada del día mundial del lavado de manos al 98% de las personas que asistieron al ICB, logrando acercarnos a la meta que era el 100% de cobertura
- 12.7. Se capacitó al 94% del personal auxiliar de enfermería de hemodinamia en los instructivos de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión, alcanzándose la meta del 90%
- 12.8. Se evaluó el nivel de adherencia a los protocolos de atención de ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma estrés con prueba farmacológica o prueba de esfuerzo y electrocardiografía dinámica Holter al 94% del personal auxiliar de enfermería de MDNI, alcanzando la meta del 90%

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud. 55ª Asamblea mundial de la salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 23 de marzo de 2002. Disponible en: <http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2016/11/Calidad-de-la-atencion-Seguridad-del-paciente.pdf>
2. Instituto del Corazón de Bucaramanga. Consultado el 26 de Julio del 2017. Disponible en: <http://www.institutodelcorazon.com/>
3. Roa G. Maritza, Restrepo P. Francisco Raúl, Riachi G. María Isabel, Ordoñez S. Jorge Alberto. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Unidad Sectorial de normalización (USN). Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Marzo 4 del 2010. Consultado el 21/Julio/2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
4. Ministerio de salud y protección social. Resolución número 2003 de 2014. Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio. 28 mayo 2014. Consultado el 19 de Julio del 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2003-de-2014.pdf>
5. Hernández Gómez Jéssica, Jaimes Valencia Mary Luz, Carvajal Puente Yaneth, Suárez Diana Paola, Medina Ríos Paulin Yesenia, Fajardo Nates Socorro. Modelo de adaptación de Callista Roy: Instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. Revista Cultura del Cuidado. Vol. 13 N° 1, enero de 2016.

- ISSN: 1794-5232. pp. 6-18. Consultado el 26 de julio del 2017. Disponible en:<http://unilibrepereira.edu.co/portal/images/pdf/culturacuidado-revista2016.pdf>
6. Infografía. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas / Elaboración Dinero. Déficit presupuestal del sector salud para 2017 es de \$5,5 billones. 12/24/2016. Consultado el 29 de Julio del 2017. Disponible en:<http://www.dinero.com/pais/articulo/fallas-y-deudas-de-la-salud-en-colombia-para-2017/240422>
  7. Banco de Occidente. Sector salud. Capítulo VI. Análisis macro económico y sectorial: Coyuntura y perspectivas. Diciembre – 2016. Consultado el 29 de Julio del 2017. Pp. 65-77. Disponible en:<https://www.bancodeoccidente.com.co/wps/wcm/connect/banco-occidente/f8411dc4-0d99-47aa-956e-6b9074920976/INFORME-ESPECIAL-BANCO-OCCIDENTE-2016.pdf?MOD=AJPERES>
  8. Luz I. Romero, Cristiane Quental, Métodos de priorización de investigación para la salud: su revisión como instrumento para la construcción de la agenda nacional en Panamá, Invest. pens. crit. Vol. 2, No. 5, septiembre-diciembre 2014. pp. 34-50, disponible en: <http://usma.ac.pa/wp-content/uploads/2014/05/revista-ipc-romero-quental.pdf>
  9. León Francisco Javier. Dignidad humana, libertad y bioética. 1995. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/arsbrevis/article/viewFile/96475/163752>
  10. Beauchamp Tom L., Childress James F. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Bioética & Debat · 2011; 17(64): 2. Disponible en: [http://www.ucv.ve/fileadmin/user\\_upload/facultad\\_agronomia/Produccion\\_Animal/Produccion\\_Animal/Bioetica.pdf](http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf)
  11. Lemus, Jorge Daniel, and Aragües y Oroz, Valentín. Epidemiología y salud comunitaria. Buenos Aires, AR: Corpus Editorial, 2008. ProQuest ebrary. Web. 3 February 2017, Copyright © 2008. Corpus Editorial. All rights reserved.

12. Organización Mundial de la Salud. Guide to Implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. 2009. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.02\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?ua=1)
13. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Save lifes clean your hands. Octubre 2010. Disponible en: [http://www.who.int/gpsc/information\\_centre/gpsc\\_lavarse\\_manos\\_poster\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=1)
14. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. 2009. Disponible en: [http://cmas.siu.buap.mx/portal\\_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia\\_lavado\\_de\\_manos.pdf](http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf)
15. Cruz García Verónica, Fernández Argüelles Rogelio, López Flores Juan Fernando. Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención. Vol. 1, No. 6 Ene- Jun 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126k.pdf>
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Available in: <https://multimedia.3m.com/mws/media/3097990/cdc-guidelines-reprint.pdf>
17. Boyce John M, Pittet Didier. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task



- Force. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. October 25, 2002. Vol. 51. No. RR-16. Available in: <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>
18. Ministerio Nacional de Salud de Colombia. Programa Nacional de tecnovigilancia. 03 enero 2012. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/programa-nacional-de-tecnovigilancia>
19. Ministerio Nacional de Salud de Colombia. Vigilancia intensiva en Colombia. 12 noviembre 2015. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/vuce/389-tecnovigilancia.html>
20. Royal Cornwall Hospitals NHS Trust. Aseptic Non-Touch Technique (ANTT) Policy. V4.0. 8 May 2017. Available in: <https://doclibrary-richt.cornwall.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/InfectionPreventionAndControl/AsepticNonTouchTechnique.pdf>
21. Flores A. Sterile versus non-sterile glove use and aseptic technique. Nursing Standard. Vol. 23, N° 6, 35-39. (2008). Available in: <file:///C:/Users/USUARIO%20FINAL/Desktop/Sterile%20versus%20non%20sterile%20gloves%20Nursing%.pdf>
22. National Center for Infectious Diseases, Hughes James M., Division of Healthcare Quality Promotion, Solomon Steven L. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. August 9, 2002 / 51(RR10); 1-26. Available in: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm>
23. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections (2011). Summary of Recommendations. Edited February

2017. Available in:  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/recommendations.html>

24. Ministerio de Protección social de Colombia. Promoción de la cultura de seguridad del paciente. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia\\_promocion\\_seguridad\\_paciente.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf)

## ANEXOS

*Anexo 1. Lista de chequeo para la valoración de prácticas seguras realizadas en el ICB, durante II semestre 2017*

			
<b>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA</b> <b>Lista de Chequeo para Valoración de Prácticas Seguras realizadas</b> <b>en el Instituto del Corazón de Bucaramanga</b> <b>Practica Electiva de Profundización – Seguridad del Paciente</b> <b>Julio de 2017</b>			
<b>PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS</b>			
<b>Proceso</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>	<b>Observaciones</b>
1. La institución cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos			
1.1. Existe una Política institucional de Seguridad del Paciente establecida la cual sea implementada, socializada y evaluada en los funcionarios para promover un entorno no punitivo			
1.2. La institución promueve la cultura de seguridad que promueva confianza y desarrolle aprendizaje derivado del error cometido, ejecución de medidas preventivas originadas de los incidentes y cultura de auto-reporte de los incidentes y EA (Implementación de Encuesta de clima de seguridad)			
1.3. La institución implementa la encuesta de Clima de seguridad a los funcionarios			
1.4. Existe un proceso definido para el sistema de reporte de eventos adversos derivados de la atención en salud y aprendizaje colectivo			
1.4.1. ¿Cuáles son los eventos adversos que más se presentaron en el último trimestre?			
1.4.2. ¿Qué medidas se implementaron con respecto a los reportes registrados y que acciones de mejoras ejecutaron?			
1.4.3. ¿Existe una metodología de seguimiento y retroalimentación después del análisis causal de los EA para que sean incluidos en la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud (PAMEC)?			
1.5. Existe definido en la institución una metodología para análisis y gestión de los reportes de EA y evento centinela (Protocolo de Londres)			
2. La institución brinda capacitación a los funcionarios sobre seguridad del paciente en los diferentes servicios			

2.1.	¿Qué capacitaciones se realizan sobre seguridad del paciente en los diferentes servicios? (Porcentaje de empleados nuevos)			
2.2.	¿Cuántas capacitaciones se han realizado y con qué frecuencia?			
2.3.	¿Quiénes asistieron a las capacitaciones y cuáles fueron los resultados de las evaluaciones?			
3.	La institución cuenta con estandarización de los procedimientos para la atención en salud			
3.1.	¿Cuáles son los procedimientos estandarizados que tiene la institución? (Última versión)			
3.2.	¿Se han realizados capacitaciones sobre los procedimientos anteriormente mencionados y con qué frecuencia se realizan?			
4.	En la institución se desarrollan y adoptan guías de práctica clínica basadas en la evidencia			
4.1.	¿Cuáles son las guías de práctica clínica basadas en la evidencia protocolizadas que existen en la institución? (Última versión)			
4.2.	La institución realiza la evaluación de la guía de práctica clínica previamente a su adopción con instrumentos desarrollados para tal efecto (Instrumento AGREE)			
4.3.	Se realizan capacitaciones para describir las guías de práctica clínica basadas en la evidencia			
4.4.	¿La institución verifica el nivel de adherencia del personal a las guías implementadas y cómo lo realiza?			
<b>PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS</b>				
1.	La institución cuenta con procesos asistenciales para detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS)			
1.1.	¿Qué actividades para la prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO) implementa la institución? (Medidas, capacitaciones, nivel de adherencia)			
1.2.	¿Qué actividades para la prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) implementa la institución? (Medidas, capacitaciones, nivel de adherencia)			

1.3.	¿Qué actividades para la prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas implementa la institución? (Medidas, capacitaciones, nivel de adherencia)			
1.4.	¿Qué actividades para la prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos) implementa la institución? (Medidas, capacitaciones, nivel de adherencia)			
1.5.	¿Qué actividades para la prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio implementa la institución? (Medidas, capacitaciones, nivel de adherencia)			
1.6.	¿Qué actividades para la prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO) implementa la institución? (Medidas, capacitaciones, nivel de adherencia)			
2.	La institución cuenta con el desarrollar de profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos, impulsando los 5 momentos según la OMS. (Medidas, capacitaciones, nivel de adherencia)			
3.	¿Cuáles medidas se implementan para alcanzar las metas de cumplimiento en la adherencia a la higiene de manos?			
4.	La institución involucra al paciente y su familia en los procesos para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)			
5.	La institución cuenta con el protocolo de aislamiento de pacientes que lo requieren (última versión)			
6.	¿Qué actividades para el protocolo de aislamiento se ejecutan, las capacitaciones y nivel de adherencia?			
7.	La institución involucra a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de ISO (Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, manejo de la herida)			
8.	La institución cuenta con un proceso para la gestión y la disposición de los desechos según la clasificación de residuos hospitalarios (RUTA)			
9.	La institución cuenta con un protocolo para optimizar el lavado y desinfección de áreas			
10.	La institución garantiza la implementación de medidas de bioseguridad (EPP) Elementos de protección personal – Dotación a los funcionarios			
11.	La institución cuenta con medidas para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos			

11.1.	Existe participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad			
11.2.	La institución asegura la dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de reempaque y reenvase (Las jeringas con medicamentos son rotuladas con nombre y la concentración) ¿Cómo lo hacen?			
11.3.	La institución tiene definidos los mecanismos para prevenir errores en la administración de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea)			
11.4.	En la institución se identifican y definen los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizan la advertencia correspondiente antes de su administración.			
11.5.	La institución implementa procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y educación (Adherencia al protocolo)			
11.6.	La institución tiene definidos los procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico. (las jeringas con inotrópicos son rotulados con rojo y con marcador negro)			
11.7.	La institución tiene definidos los procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión (LASA)			
11.8.	La institución tiene definidos los procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos (K <sup>+</sup> , Na <sup>+</sup> y Ca <sup>+</sup> )			
11.9.	En la institución se implementan procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: Dipirona y la vancomicina).			
11.10.	La institución tiene definidos los mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante			
11.11.	La institución se asegura que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos			
11.12.	La institución tiene definidos los mecanismos de compra que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA			
11.13.	Existe un programa de Farmacovigilancia			
11.14.	Existe un programa de Tecnovigilancia			
11.15.	La institución tiene definidos los mecanismos para vigilancia activa en la			

detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria >3 días)			
11.16. Los personal asistencial realiza la conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención (El ingreso, el alta del paciente y el traslado del paciente, la dosis, frecuencia y vía de suministro)			
11.17. El personal asistencial realiza la identificación de alergias en los pacientes.			
12. La institución cuenta con un protocolo para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas en los pacientes			
12.1. ¿Cuál es la clasificación del riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución?			
12.2. ¿Cuáles procesos implementa la institución para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente?			
12.3. ¿Cuáles procesos implementa la institución para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente (infraestructura)			
13. La institución realiza la evaluación de datos estadísticos para asegurarse de la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales			

Autor del trabajo

Anexo 2 Planeación actividades para la socialización de la Guía para el lavado de manos

	<b>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA</b> <b>FACULTAD DE SALUD</b> <b>PROGRAMA DE ENFERMERÍA</b> <b>PRÁCTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACIÓN</b> <b>LUGAR: Sede Ambulatoria, clínica Chicamocha y clínica Foscal Internacional del ICB</b> <b>PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>DOCENTE:</b> Jefe Clara Padilla García
		<b>FECHA:</b> Desde el día 24 de julio hasta el 4 de agosto del 2017  24/7/2017, 28/7/2017, 31/7/2017, 4/8/2017, 9/8/17, 10/8/17, 11/8/17, 15/8/17, 22/8/17, 31/8/17, 27/9/17
<b>Actividad:</b>	<b>Socialización de la guía para el lavado de manos (IN.15-005)</b>	
<b>Estudiante capacitador:</b>	Lucy Tatiana Afanador Afanador	
<b>Tiempo:</b>	20 minutos	
<b>Hora de inicio:</b>	7 am, 7 am,	
<b>Hora de finalización:</b>	10 am, 9 am	
<b>Población objeto:</b>	Personal asistencial y administrativo del Instituto del Corazón de Bucaramanga	
<b>Objetivo general:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la guía para el lavado de manos al personal del Instituto del Corazón de Bucaramanga, mediante un juego interactivo y la realización de la técnica del lavado de manos para prevenir y reducir el riesgo de infección asociado con la atención de salud (IAAS)</li> <li>• Evaluar el nivel de conocimientos sobre la guía para el lavado de manos en el personal asistencial del ICB</li> </ul>	
<b>Objetivos específicos:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar el pre-test y post-test al personal asistencial del Instituto del Corazón de Bucaramanga, para evaluar el nivel de conocimientos a la guía de lavado de manos IN.15-005</li> <li>2. Realizar la capacitación sobre la higiene de manos en el personal del instituto del corazón de Bucaramanga mediante un juego interactivo (Juego de casino)</li> <li>3. Brindar retroalimentación de los conceptos sobre la higienización de manos y su técnica en el personal del ICB, para así, ayudar a recordar, prevenir y disminuir el riesgo de infección asociado con la atención de salud</li> <li>4. Examinar las prácticas de higiene de las manos, las infraestructuras, las percepciones y los conocimientos, al tiempo que se proporciona información sobre el lavado de manos</li> <li>5. Tomar evidencia fotográfica y firmas de asistencia a la capacitación de los participantes de la campaña de lavado de manos</li> </ol>	
<b>Actividades a realizar:</b>	Juego de casino: La ruleta “¿Cuánto sabes de la estrategia multimodal para la mejora de la higiene de manos?” Recordar los cinco (5) momentos para el lavado de manos, según la OMS y de esos cinco los momentos (2) y (3) en los que es obligatorio el lavado de manos con agua y jabón Evaluación del nivel de conocimientos a través de un Pre-test y un Post-test Invitar al personal del ICB a realizar la técnica de higiene de manos con alcohol glicerinado al 70%	
<b>Estrategias metodológicas</b>	Juego de ruleta de casino interactivo, en un dispositivo electrónico (Tablet)	
<b>Evaluación</b>	Aplicar el test de conocimientos sobre la guía para el lavado de manos del ICB	
<b>Número de personas participantes</b>	168 personas de personal administrativo y asistencial en las sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga	
<b>Referencias bibliográficas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una atención limpia es una atención más segura. SALVE VIDAS: límpiese las manos. «La lucha contra la resistencia a los antibióticos está en sus manos». 5 de mayo de 2017. Disponible en: <a href="http://www.who.int/gpsc/5may/es/">http://www.who.int/gpsc/5may/es/</a></li> </ol>	



	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Organización Mundial de la Salud. Guide to Implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. 2009. Disponible en: <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?ua=1</a></li> <li>3. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Save lifes clean your hands. Octubre 2010. Disponible en: <a href="http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=1">http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=1</a></li> <li>4. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. 2009. Disponible en: <a href="http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf">http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf</a></li> <li>5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Available in: <a href="https://multimedia.3m.com/mws/media/3097990/cdc-guidelines-reprint.pdf">https://multimedia.3m.com/mws/media/3097990/cdc-guidelines-reprint.pdf</a></li> <li>6. Boyce John M, Pittet Didier. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. October 25, 2002. Vol. 51. No. RR-16. Available in: <a href="https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf">https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf</a></li> </ol>
<b>Firma del Jefe inmediato</b>	Vivian Mancilla. Coordinadora de seguridad del paciente

<b>NANDA</b> <b>Guía para el lavado de manos. (IN.15-005)</b>		
<b>VALORACIÓN POR DOMINIOS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>	<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA DEFINICIÓN</b>	<b>ETIOLOGÍA – CAUSA - R/C</b>
Expresa deseo de mejorar en el aprendizaje	<b>[00161] Disposición para mejorar los conocimientos</b> DEFINICIÓN: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada	

<b>[1814] CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS</b>					
<b>DEFINICIÓN:</b> Grado de conocimiento transmitido sobre un procedimiento requerido dentro de un régimen terapéutico.					
<b>META:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar la guía para el lavado de manos actualizada al departamento de calidad</li> <li>• Describir al 95% del personal del ICB, la guía para el lavado de manos</li> <li>• Evaluar el nivel de adherencia a la guía para el lavado de manos al 90% del personal asistencial del Instituto del Corazón de Bucaramanga, en las sedes ambulatoria, Clínica Chicamocha y Clínica Foscal Internacional</li> </ul>					
<b>INDICADORES</b>	0	1 a 2	3 a 5	6 a 8	9 a 10
	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
[181401] Procedimiento terapéutico. (Higienización de manos)					

[181402] Propósito del procedimiento. (Higiene de manos y desinfección de manos)					
[181403] Pasos del procedimiento. (Técnica del lavado de manos clínico)					
[181404] Uso correcto del equipamiento. (alcohol glicerinado y jabón anti-bacterial)					
[181406] Restricciones relacionadas con la higienización de manos					
<b>NOC INICIAL</b>	(3-5) Conocimiento moderado	7%			
	(6-8) Conocimiento sustancial	71%			
	(9-10) Conocimiento extenso	7%			
<b>NOC FINAL</b>	(6-8) Conocimiento sustancial	31%			
	(9-10) Conocimiento extenso	69%			

## OPERACIONALIZACIÓN

INDICADORES	ÍTEMES
[181401] Procedimiento terapéutico. (Higienización de manos)	<p>4. ¿Cuáles son los 2 momentos son OBLIGATORIOS para realizar el lavado de manos con agua y jabón según la OMS?</p> <p>a. Antes de realizar una tarea limpia o aséptica</p> <p>b. Después del contacto con el paciente</p> <p>c. Antes del contacto directo con el paciente</p> <p>d. Después del contacto con el entorno del paciente</p> <p>e. Después de exposición a fluidos corporales</p> <p>2. Ordene la secuencia en orden numérico, de los 5 momentos para el lavado de manos según la OMS</p> <p>( ) Antes de realizar una tarea limpia o aséptica</p> <p>( ) Después del contacto con el paciente</p> <p>( ) Antes del contacto directo con el paciente.</p> <p>( ) Después del contacto con el entorno del paciente</p> <p>( ) Después de exposición a fluidos corporales</p>
[181402] Propósito del procedimiento. (Higiene de manos y desinfección de manos)	<p>1. ¿Cuál de los siguientes es la vía principal para la transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos en una institución sanitaria? Seleccione la opción correcta</p> <p>a. Las manos de los trabajadores sanitarios cuando no están limpias</p> <p>b. El aire que circula en el hospital</p> <p>c. La exposición del paciente a superficies colonizadas (camas, sillas, mesas, suelo...)</p> <p>d. El uso compartido entre pacientes de objetos no invasivos (Estetoscopios, manguitos de presión, etc.)</p>

	<p>3. De los siguientes enunciados ¿Cuál es la definición de flora transitoria?</p> <p>a. Microorganismos que pueden colonizar la piel en forma transitoria o permanente y ser fuente de infección</p> <p>b. Microorganismos que se encuentran en el área de trabajo, no se encuentran en la piel de forma habitual. Se localiza en capas superficiales de la piel. Se adquiere por contacto y suele ser responsable de la IAAS.</p> <p>c. Flora permanente que suele tener virulencia baja y rara vez causa infección</p>
[181403] Pasos del procedimiento. (Técnica del lavado de manos clínico)	Realización de la técnica de higienización de manos con alcohol glicerinado
[181404] Uso correcto del equipamiento.	<p>5. ¿Cuál de los siguientes antisépticos para la higienización de manos tiene efecto residual?</p> <p>a. Preparados de base alcohólica</p> <p>b. Gluconato de clorhexidina al 4%</p> <p>c. Agua y jabón antiséptico</p>
[181406] Restricciones relacionadas con la higienización de manos	<p>6. ¿Cuáles son los parámetros a tener en cuenta antes de realizar la higiene de manos? Seleccione la opción correcta</p> <p>a. No tener en las manos y las muñecas objetos como: Anillos, reloj, pulsera</p> <p>b. Mantener las uñas cortas, sin esmalte y sin uñas postizas</p> <p>c. Retirarse bien el jabón de las manos</p> <p>d. Todas las anteriores</p> <p>e. Las opciones a y b son correctas</p>

### INTERPRETACIÓN

La escala tipo Likert corresponde a:

ESCALA TIPO LIKERT RESPUESTAS CORRECTAS	INTERPRETACIÓN
0	Ningún conocimiento
1-2	Conocimiento escaso
3-5	Conocimiento moderado
6-8	Conocimiento sustancial
9-10	Conocimiento extenso

### PREGUNTAS DEL JUEGO DE CASINO, LA RULETA

**“¿Cuánto sabes de la estrategia multimodal para la mejora de la higiene de manos?”**

1. ¿Qué son las IAAS?
2. ¿Qué es higienización de manos?
3. ¿Por qué es importante la higiene de manos?
4. ¿Cuándo se debe realizar la higienización de las manos?

5. ¿Quién debe higienizarse las manos?
  6. ¿Cómo se debe realizar la higiene de manos con agua y jabón?
  7. ¿Cuánto tiempo debe durar la higienización de manos?
  8. ¿Qué factores se deben tener en cuenta para evitar perjudicar la piel de las manos?
  9. ¿puede el uso de guantes sustituir la higienización de las manos?
  10. ¿Qué es infección cruzada?
  11. Defina que es flora residente
  12. Defina que es flora transitoria
  13. ¿Cuál es el quinto momento en la higiene de manos?
  14. ¿Cuál es el tercer momento en la higiene de manos?
  15. ¿En cuál o en cuales momentos de la higienización de manos es obligatorio el uso de agua y jabón?
  16. ¿Cuál es el segundo momento en la higiene de manos?
  17. ¿Cuál es el cuarto momento en la higiene de manos?
  18. ¿Cuál es el primer momento en la higiene de manos?
  19. En un paciente con medidas de aislamiento, ¿Con qué antisépticos se higienizaría las manos?
  20. ¿Es el lavado de manos un procedimiento antiséptico o de desinfección?
- ¿Cuál de los antisépticos para la higienización de manos es de acción inmediata pero sin efecto residual?
- Preparados de base alcohólica
21. ¿Cuál de los antisépticos para la higienización de manos tiene efecto residual?
  22. ¿Qué es mejor?
    - a. Lavarse las manos con agua y jabón
    - b. higienizarse las manos con soluciones alcohólicas
  23. ¿Cuál es el antiséptico de elección para el lavado de manos quirúrgico?
  24. ¿Cuáles son los requisitos que se deben tener presentes antes de realizar la higienización de manos?

### **NIC [6540] Control de infecciones**

DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

CAMPO: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgos

### **ACTIVIDADES**

1. Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
2. Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado.
3. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.

### **TEST CAMPAÑA HIGIENIZACIÓN DE MANOS SEGUNDO SEMESTRE 2017**

Nombre: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál de los siguientes es la vía principal para la transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos en una institución sanitaria? Seleccione la opción correcta

- a. Las manos de los trabajadores sanitarios cuando no están limpias
  - b. El aire que circula en el hospital
  - c. La exposición del paciente a superficies colonizadas (camas, sillas, mesas, suelo...)
  - d. El uso compartido entre pacientes de objetos no invasivos (Estetoscopios, manguitos de presión, etc.)
2. Ordene la secuencia en **orden numérico**, de los 5 momentos para el lavado de manos según la OMS
- ( ) Antes de realizar una tarea limpia o aséptica  
 ( ) Después del contacto con el paciente  
 ( ) Antes del contacto directo con el paciente  
 ( ) Después del contacto con el entorno del paciente  
 ( ) Después de exposición a fluidos corporales
3. De los siguientes enunciados ¿Cuál es la definición de flora transitoria?
- a. Microorganismos que pueden colonizar la piel en forma transitoria o permanente y ser fuente de infección
  - b. Microorganismos que se encuentran en el área de trabajo, no se encuentran en la piel de forma habitual. Se localiza en capas superficiales de la piel. Se adquiere por contacto y suele ser responsable de la IAAS.
  - c. Flora permanente que suele tener virulencia baja y rara vez causa infección
4. ¿Cuáles son los 2 momentos son OBLIGATORIOS para realizar el lavado de manos con agua y jabón según la OMS?
- a. Antes de realizar una tarea limpia o aséptica
  - b. Después del contacto con el paciente
  - c. Antes del contacto directo con el paciente
  - d. Después del contacto con el entorno del paciente
  - e. Después de exposición a fluidos corporales
5. ¿Cuál de los siguientes antisépticos para la higienización de manos tiene efecto residual?
- a. Preparados de base alcohólica
  - b. Gluconato de clorhexidina al 4%
  - c. Agua y jabón antiséptico

Gracias por su colaboración.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE UN COMPROMISO DE TODOS.



## TEST CAMPAÑA HIGIENIZACIÓN DE MANOS SEGUNDO SEMESTRE 2017

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuáles son los parámetros a tener en cuenta antes de realizar la higiene de manos? Seleccione la opción correcta
- a. No tener en las manos y las muñecas objetos como: Anillos, reloj, pulsera
  - b. Mantener las uñas cortas, sin esmalte y sin uñas postizas
  - c. Retirarse bien el jabón de las manos
  - d. Todas las anteriores
  - e. Las opciones a y b son correctas
7. Ordene la secuencia en **orden numérico**, de los 5 momentos para el lavado de manos según la OMS
- ( ) Antes de realizar una tarea limpia o aséptica  
 ( ) Después del contacto con el paciente  
 ( ) Antes del contacto directo con el paciente

- ( ) Después del contacto con el entorno del paciente  
 ( ) Después de exposición a fluidos corporales
8. De los siguientes enunciados seleccione ¿Cuál es la definición de flora transitoria?
- Microorganismos que se encuentran en el área de trabajo, no se encuentran en la piel de forma habitual. Se localiza en capas superficiales de la piel. Se adquiere por contacto y suelen ser responsables de la IAAS.
  - Flora permanente que suele tener virulencia baja y rara vez causa infección, pueden colonizar la piel en forma transitoria o permanente y ser fuente de infección
  - Microorganismos que pueden colonizar la piel en forma transitoria o permanente y ser fuente de infección
9. Seleccione los 2 momentos que son OBLIGATORIOS para realizar el lavado de manos con agua y jabón según la OMS
- Antes de realizar una tarea limpia o aséptica
  - Después del contacto con el paciente
  - Antes del contacto directo con el paciente
  - Después del contacto con el entorno del paciente
  - Después de exposición a fluidos corporales
10. De los siguientes enunciados responda si es verdadero (V) o falso (F)
- ( ) El uso de guantes puede sustituir la higienización de manos  
 ( ) Para proteger la piel del lavado de manos frecuente, se debe evitar el agua caliente  
 ( ) El lavado de manos es un procedimiento de desinfección  
 ( ) El personal asistencial es el único que debe higienizarse las manos  
 ( ) Después de realizar el lavado de manos con agua y jabón, seguidamente aplicar en las manos el alcohol glicerinado  
 ( ) Según la OMS, antes del contacto directo con el paciente es obligatorio el lavado de manos con agua y jabón

Gracias por su colaboración.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE UN COMPROMISO DE TODOS.



## RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC)

Tabla 33. RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC) SOLUCIÓN 1

<b>DOMINIO:</b> 4 Conocimiento y conducta de salud		
<b>CLASE:</b> S Conocimientos sobre salud		
<b>RESULTADO: CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS</b>		
<b>INDICADORES</b>	<b>NOC INICIAL</b>	<b>NOC FINAL</b>
[181402] Propósito del procedimiento. (Higiene de manos y desinfección de manos)		

[181403] Pasos del procedimiento. (Técnica del lavado de manos clínico)				
[181404] Uso correcto del equipamiento. (alcohol glicerinado y jabón antibacterial)				
[181406] Restricciones relacionadas con la higienización de manos				
<b>TOTAL</b>	(3-5) Conocimiento moderado	7%	(6-8) Conocimiento sustancial	31%
	(6-8) Conocimiento sustancial	71%	(9-10) Conocimiento extenso	69%
	(9-10) Conocimiento extenso	7%		

Fuente: Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4 Edición

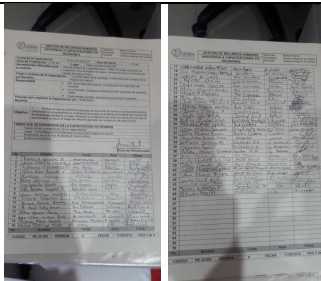
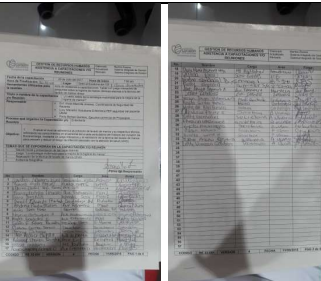
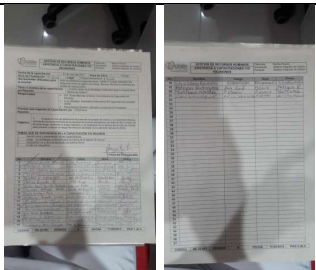

*Tabla 34. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN PRE-TEST Y POST-TEST. SOLUCIÓN 1*

PRE-TEST				POST-TEST			
Calificación pre-test	Nº personas	Escala Likert	Porcentaje (%)	Calificación pre-test	Nº personas	Escala Likert	Porcentaje (%)
3,2	1	(3-5) Conocimiento moderado	7%	8,0	4	(6-8) Conocimiento sustancial	31%
4,0	1			10,0	9	(9-10) Conocimiento extenso	69%
4,4	1						
5,8	1	(6-8) Conocimiento sustancial	71%				
6,8	1						
7,2	1						
7,4	1						
7,8	1						
8,0	2						
8,2	2						
8,4	1						



9,2	1	(9-10) Conocimiento extenso	7%				
<b>Total</b>	14		100%	<b>Total</b>	13		100%

Autor del trabajo

*Anexo 3. Asistencia a las capacitaciones de la Guía para el lavado de manos en el personal del ICB*

Fecha capacitación	Asistencia a la capacitación
24 de Julio del 2017	
28 de Julio del 2017	
31 de Julio del 2017	
4 de Agosto del 2017	



9 de Agosto del 2017			
10 de Agosto del 2017			

*Anexo 4 Evidencia fotográfica de la socialización de la Guía para el lavado de manos (Versión 2)*



*Anexo 5 Informe de evaluación de la Guía de lavado de manos*

- Fecha:** Octubre 17 del 2017
- Lugar:** Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A.
- Objetivo:** Evaluar el nivel de adherencia del personal asistencial y administrativo a la Guía para el lavado de manos (IN. 15-005) en las sedes **Ambulatoria, Clínica Chicamocha y Clínica Foscal Internacional** del Instituto del Corazón de Bucaramanga, durante el segundo semestre del 2017.
- Alcance:** Aplica para el personal asistencial y administrativo que atiende público en las tres sedes de Bucaramanga.

**Periodo evaluado:** Desde el **24 de julio hasta el 11 de octubre del 2017**

**Metodología:** La evaluación de adherencia a lavado de manos se estructuró en cuatro (4) fases. (Tabla1):

**Fase 1**

Capacitación de la higienización del lavado de manos, el uso de alcohol glicerinado y la realización de la técnica de desinfección con alcohol glicerinado al **97%, para 176 personas**. La capacitación se llevó a cabo desde el día 24 de julio hasta el 4 de agosto del 2017

**Fase 2**

Evaluación escrita sobre los conceptos básicos de lavado de manos según la OMS al personal asistencial, en una muestra de **55 personas**, desde el día 4 de agosto del 2017 hasta el 22 de agosto del 2017

**Fase 3**

Evaluación de adherencia a la Guía para el lavado de manos con observación directa y aplicación de la lista de chequeo (RE.13-030), en una muestra de **71 personas** de los servicios de métodos diagnósticos no invasivos, cardiología intervencionista, anestesia y cirugía cardiovascular, de la cual se seleccionó una muestra aleatoria con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

**Fase 4**

Evaluación del lavado de manos por parte del paciente, para determinar si el personal asistencial se realiza la higienización de las manos en los momentos indicados por la OMS. La prueba se realizó en la sede Ambulatoria a un total de **351 pacientes**, los cuales entregaron la tarjeta de evaluación diligenciada. La evaluación a los pacientes inició el día 1 de Agosto del 2017 hasta el 10 de Octubre del 2017.

**Responsables:** Esta actividad fue realizada por la Coordinadora de Seguridad del paciente del ICB con la colaboración de la estudiante de práctica electiva de profundización de enfermería de la UNAB

Tabla 1. Fases de la evaluación de adherencia al lavado de manos en el ICB

FASE	Nº DE PERSONAS
Capacitación de la higienización del lavado de manos y su respectiva técnica	176
Evaluación escrita sobre la higienización de manos	55
Evaluación del nivel de adherencia a la Guía de lavado de manos con observación directa y aplicación de la lista de chequeo (RE.13-030)	71
Evaluación del lavado de manos por parte del paciente (Tarjeta)	351

Fuente: Elaboración propia

## RESULTADOS ENCONTRADOS

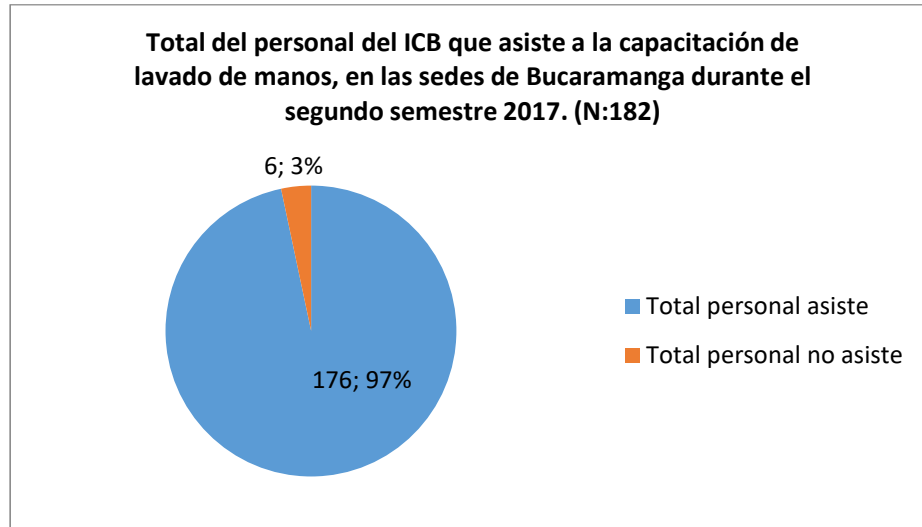
### FASE 1

#### Capacitación de la higienización del lavado de manos y su respectiva técnica

Se realizó un juego interactivo a modo de rueda de casino, el cual contenía veinticinco (25) preguntas sobre la Guía para el lavado de manos. Después de contestar las preguntas, seguidamente se les brindó la retroalimentación para reforzar en temas como: Los cinco (5) momentos del lavado de manos según la OMS, y se realizó la técnica de higienización de las manos con el alcohol glicerinado.

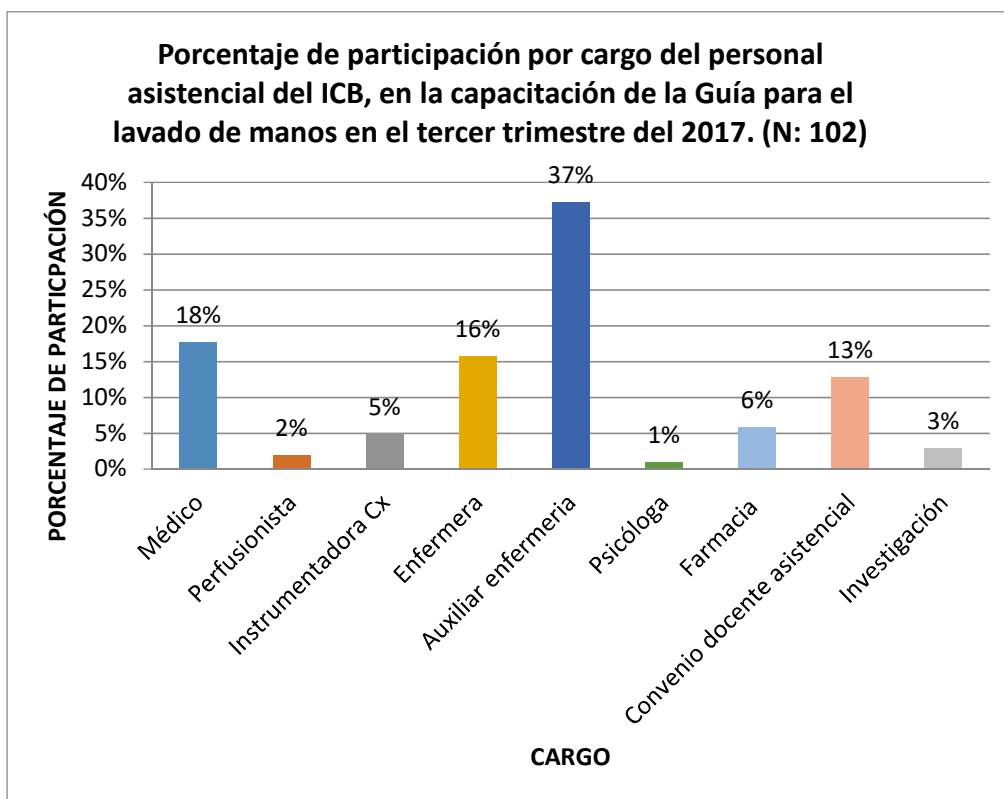
La capacitación se brindó a **176 personas** del ICB de las áreas asistencial y administrativa que corresponde al **97% del total del personal del ICB** (Gráfica 1).

Gráfico 1. Total del personal del ICB que asiste a la capacitación de lavado de manos, en las sedes de Bucaramanga durante el segundo semestre 2017



El porcentaje de participación por cargo del personal asistencial del ICB, en la capacitación de la Guía para el lavado de manos; se distribuyó de la siguiente manera: Un 37% de personal de enfermería, un 18% de médicos, un 16% de enfermeras, un 13% de estudiantes del convenio docente asistencial, un 6% de farmacia, un 5% las instrumentadoras quirúrgicas, un 3% de investigación, un 2% de las perfusionistas y un 1% de psicólogas

Gráfico 2. Porcentaje de participación por cargo del personal asistencial del ICB, en la capacitación de la Guía para el lavado de manos en el tercer trimestre del 2017



Fuente: Elaboración propia

## CONCLUSIONES DE LA FASE 1:

Durante la capacitación se evidenció en el personal en general, el cual no recordó los siguientes conceptos:

- Los cinco (5) momentos para el lavado de manos
- Según la OMS, es obligatorio lavarse las manos con agua y jabón en el momento (2) antes de realizar una tarea limpia o aséptica y en el momento (3) después del contacto con fluidos corporales. El resto de momentos pueden usar alcohol glicerinado
- Confunden las técnicas de higienización de manos con los cinco (5) momentos para el lavado de manos
- Confunden la técnica para el lavado de manos, la cual está visible en los lavamanos, con el protocolo del lavado de manos que incluye la técnica y el resto de la información.
- No recuerdan los requisitos que se deben cumplir antes de realizar el lavado de manos.
- No recuerdan los cuidados que deben tener para proteger la piel de las manos del frecuente lavado de manos que deben realizar a diario
- Confunden la diferencia entre el producto que es de acción inmediata que no tiene efecto residual y el producto que no es de acción inmediata y que si tiene efecto residual
- No tienen claro la diferencia entre asepsia y desinfección
- Se evidenció la inconformidad de participar en la capacitación de parte de dos integrantes del equipo médico. Uno de ellos se encontraba molesto y agresivo porque sufre de dermatitis en sus manos.

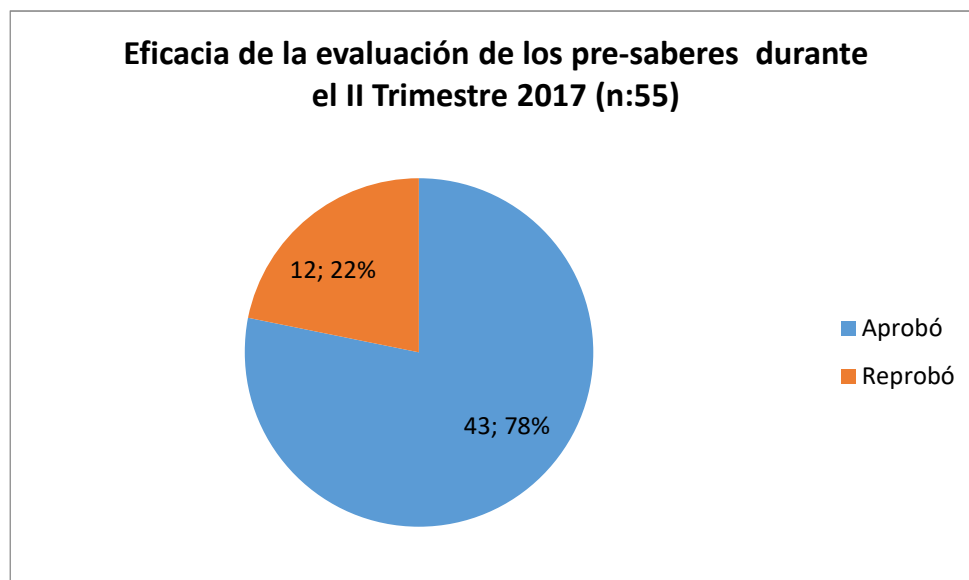
## FASE 2

### Evaluación escrita sobre la higienización de manos

Se diseñó y aplicó un Instrumento de evaluación de conocimientos acerca de la Guía para el lavado de manos (IN.15-005). Se tuvieron en cuenta los conceptos básicos, las técnicas del lavado de manos y los cinco (5) momentos para el lavado de manos según la OMS.

El pre-test se aplicó a una muestra de 55 personas del personal asistencial del ICB, de las cuales aprobaron 43 personas y reprobó 12 personas (Gráfica 3).

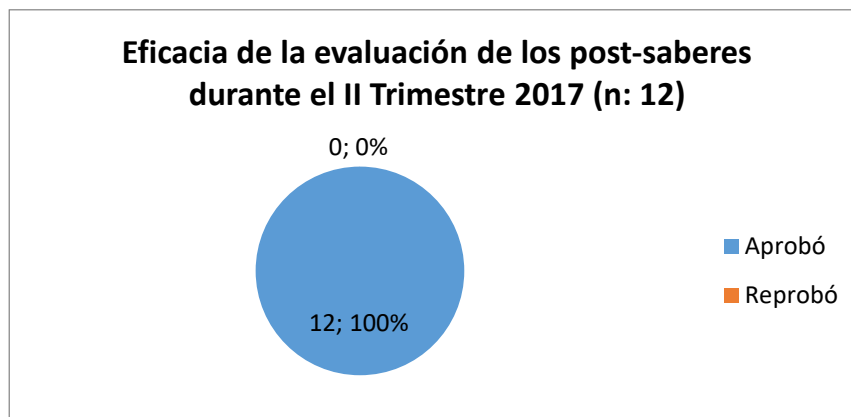
Gráfico 3. Eficacia de la evaluación de los pre-saberes durante el II Trimestre 2017



Fuente: Elaboración propia

El post-test se aplicó a una muestra de 12 personas, de las cuales aprobaron las 12 personas y 0 personas reprobó. La eficacia de la evaluación de los post-saberes fue del 100% (Gráfico 4)

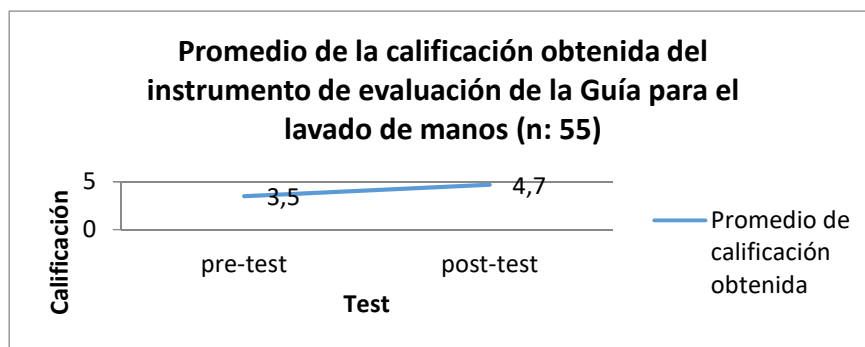
Gráfico 4. Eficacia de la evaluación de los post-saberes durante el II Trimestre 2017



Fuente: Elaboración propia

El promedio de calificación que se obtuvo en el pre-test fue de 3,5 y el promedio de calificación que se obtuvo en el post-test fue de 4,7. Significando que la calificación mejoró en 1,2 puntos (Gráfica 5).

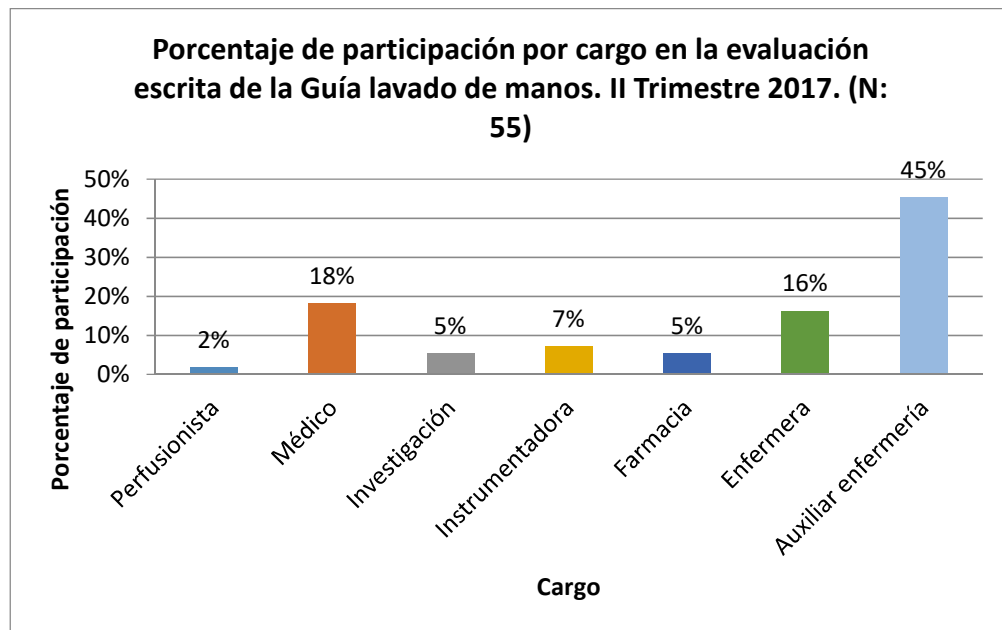
Gráfico 5. Promedio de la calificación obtenida del instrumento de evaluación de la Guía para el lavado de manos (n: 55)



Fuente: Elaboración propia

De las 55 personas que participaron en la evaluación escrita del pre-test, el porcentaje de participación por cargo se repartió de la siguiente manera: Auxiliar de enfermería un 45%, enfermera el 16%, médico el 18%, instrumentadora quirúrgica el 7%, farmacia e investigación el 5% y las perfusionistas un 2%. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Porcentaje de participación por cargo en la evaluación escrita de la Guía lavado de manos, en el II Trimestre 2017. (N: 55)



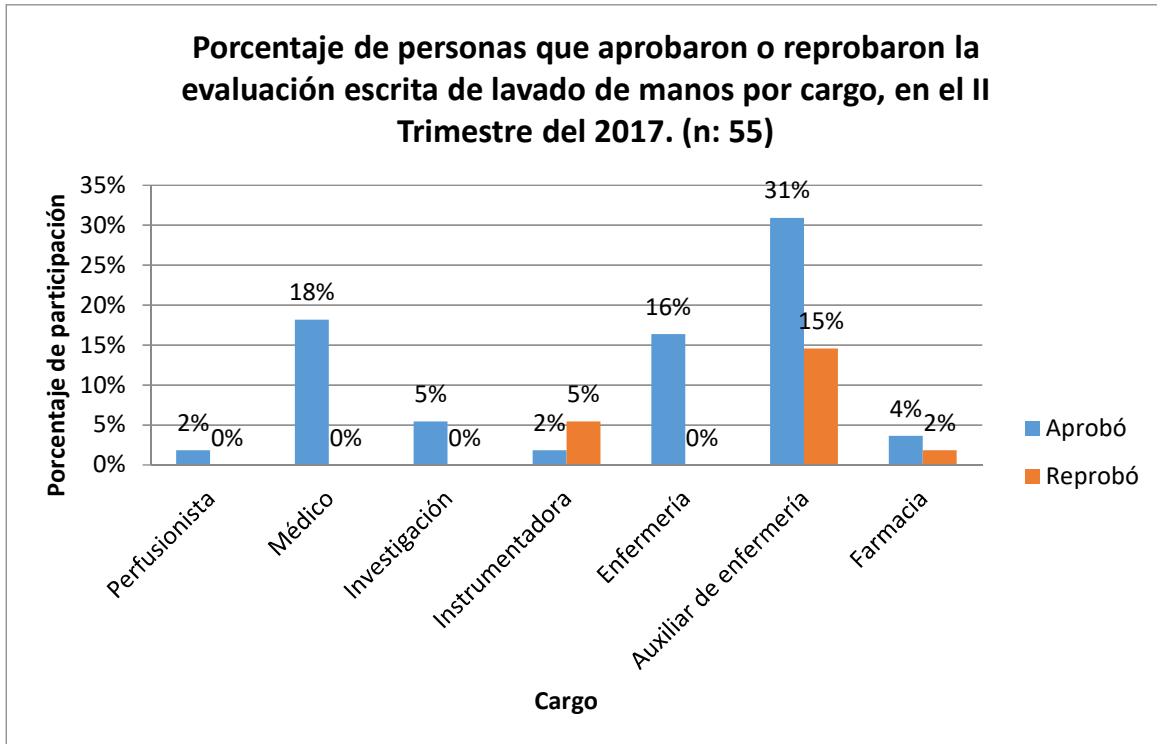
Fuente: Elaboración propia

El personal según el cargo, que reprobó la prueba escrita fue: Auxiliar de enfermería el 15%, instrumentadora el 5% y farmacia el 2%.

Del porcentaje del personal que aprobó la prueba pre-saberes el cargo de mayor representatividad fueron las auxiliares de enfermería con un 31%, seguido por los médicos con un 18%, enfermería el 16%, investigación el 5%, farmacia el 4%, e instrumentadoras y perfusionistas el 2%. (Gráfico 7)

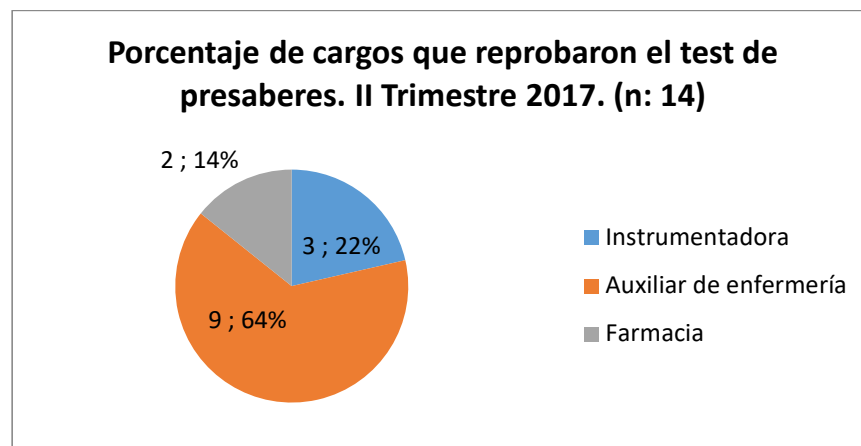
Gráfico 7. Porcentaje de personas que aprobaron o reprobaron la evaluación escrita de lavado de manos por cargo, en el II Trimestre del 2017. (N: 55)





De las catorce (14) personas que reprobaron el test de pre-saberes, el 64% con 9 personas corresponde al cargo de auxiliar de enfermería, el 22% con 3 personas del cargo de instrumentador, y el 14% con 2 personas del cargo auxiliar de farmacia. (Gráfica 8)

Gráfica 8. Porcentaje de cargos que reprobaron el test de pre-saberes. II Trimestre 2017



## CONCLUSIONES DE LA FASE 2:

Durante la evaluación escrita sobre la higienización de manos, se encontró lo siguiente:

- El 75% del personal de salud evaluado contaba con conocimientos sobre el la Guía para el lavado de manos (IN.15-005)
- Como la cantidad de personal mayormente son auxiliares de enfermería, se contó con la participación del 45% de los mismos en la evaluación escrita, mientras que las perfusionistas son sólo dos (2) personas las que laboran en el ICB, que corresponden al 2%
- Se evidenció que el personal de farmacia no conoce o ha leído la Guía para el lavado de manos
- De las cuatro (4) instrumentadoras quirúrgicas que presentaron el test de la Guía para el lavado de manos, tres (3) personas reprobaron el test de pre-saberes.

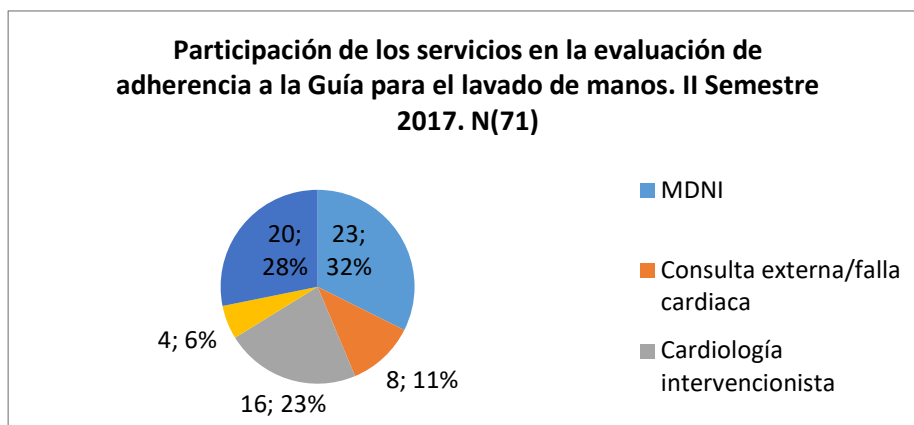
### FASE 3

#### Evaluación del nivel de adherencia a la Guía de lavado de manos con observación directa y aplicación de la lista de chequeo (RE.13-030)

Se realizó la evaluación de adherencia a la Guía para el lavado de manos a 71 personas, de los servicios de métodos diagnósticos no invasivos, cardiología intervencionista, anestesia y cirugía cardiovascular. La metodología fue observación directa de la técnica de lavado de manos y cotejo con la lista de chequeo (RE.13-030). Se tabuló en una base de datos en el programa Excel (Disponible en Drive).

La participación de los servicios evaluados fueron: MDNI con 23 personas, en consulta externa / falla cardíaca fueron 8 personas, en cardiología intervencionista fueron 16 personas, en investigaciones fueron 4 personas y en anestesia y cirugía cardiovascular fueron 20 personas. (Gráfica 9). (Anexo 1. Lista de chequeo de la Guía para el lavado de manos. RE.13-030)

Gráfica 9. Participación de los servicios en la evaluación de adherencia a la Guía para el lavado de manos. II Semestre 2017.



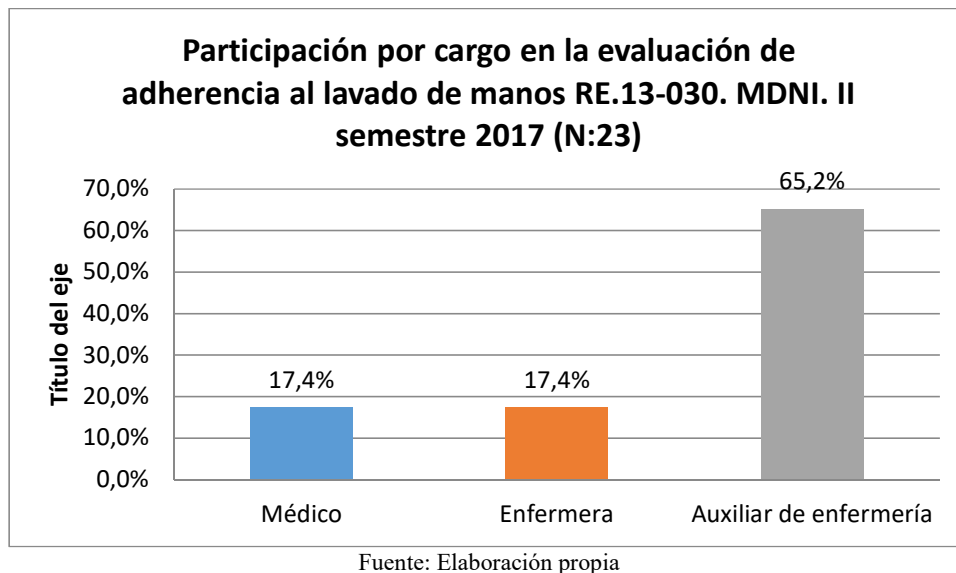
Fuente: Elaboración propia

### MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS

El porcentaje de participación por cargos en el servicio de métodos diagnósticos no invasivos

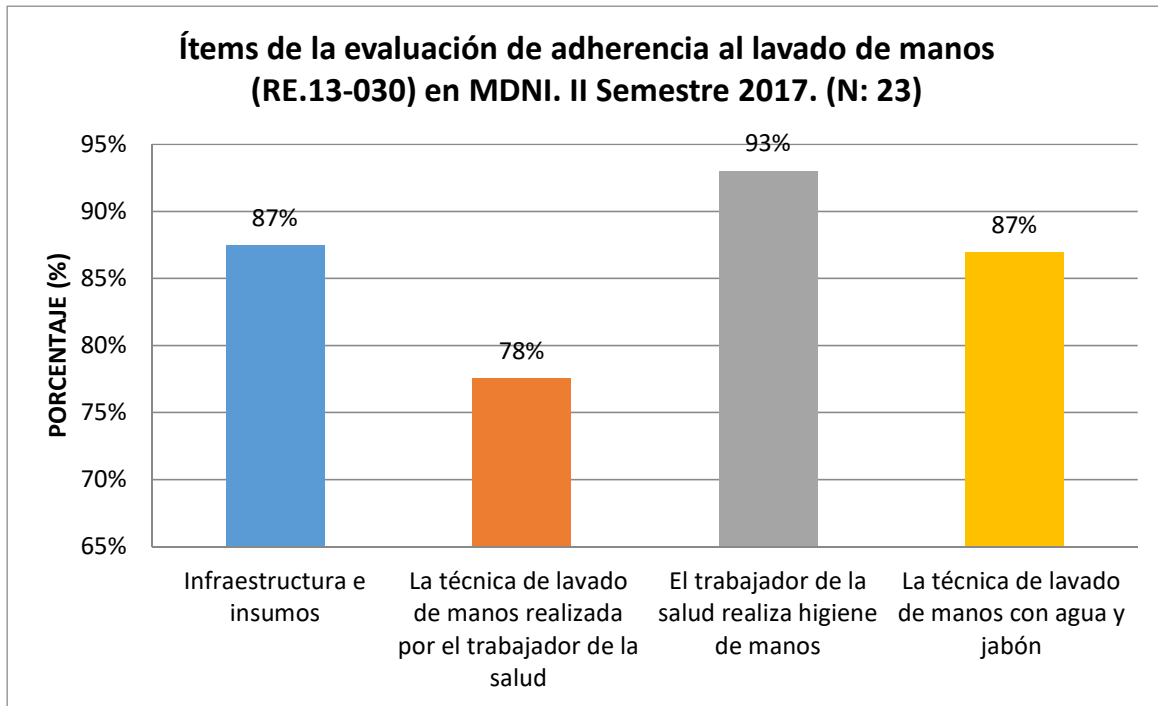
(MDNI) fue de 65,2% auxiliar de enfermería, el 14,4% de enfermería, y 17,4% médicos. (Gráfica 10).

Gráfica 10. Participación por cargo en la evaluación de adherencia al lavado de manos RE.13-030. MDNI. II semestre 2017



Dentro de los ítems evaluados en el servicio de MDNI, se identificó: El 87% del servicio cumple con infraestructura e insumos, el 78% del personal ejecuta la técnica de lavado de manos, el 93% de los trabajadores de la salud realiza la higiene de manos y el 87% realiza la técnica del lavado de manos con agua y jabón (Gráfica 11)

Gráfica 11. Ítems de la evaluación de adherencia al lavado de manos (RE.13-030) en MDNI. II Semestre 2017.

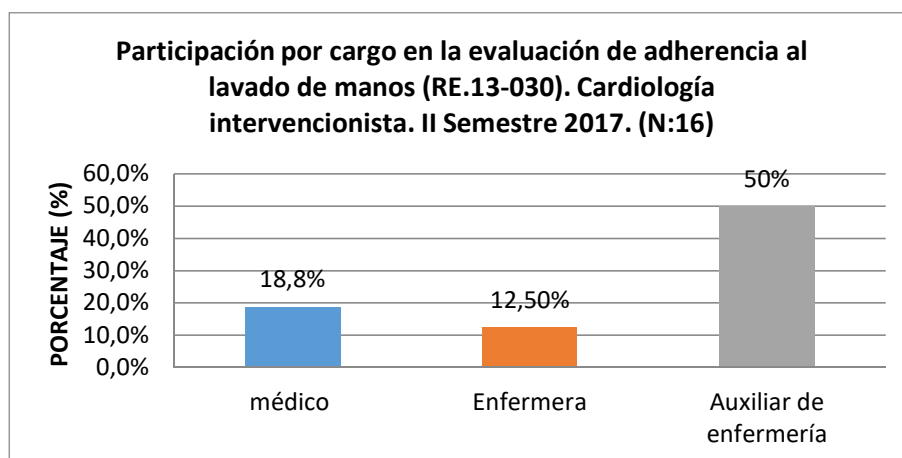


Fuente: Elaboración propia

## CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

El porcentaje de participación por cargos en el servicio de cardiología intervencionista fue del 50% de auxiliar de enfermería, un 12,50% de enfermería y el 18,8% por médicos

Gráfica 12. Participación por cargo en la evaluación de adherencia al lavado de manos (RE.13-030). Cardiología intervencionista. II Semestre 2017.

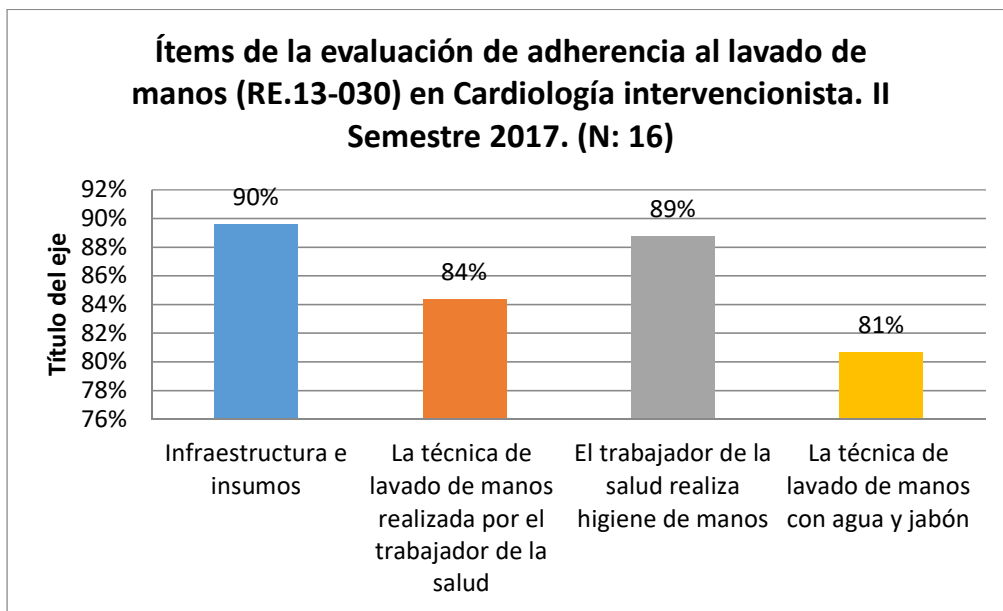


Fuente: Elaboración propia

Dentro de los ítems evaluados en el servicio de cardiología intervencionista, se identificó lo

siguiente: El 90% del servicio cumple con la infraestructura e insumos, el 84% del personal ejecuta la técnica de lavado de manos, el 89% de los trabajadores de la salud realiza la higiene de manos y el 81% realiza la técnica del lavado de manos con agua y jabón (Gráfica 13)

Gráfica 13. Ítems de la evaluación de adherencia al lavado de manos (RE.13-030) en Cardiología intervencionista. II Semestre 2017

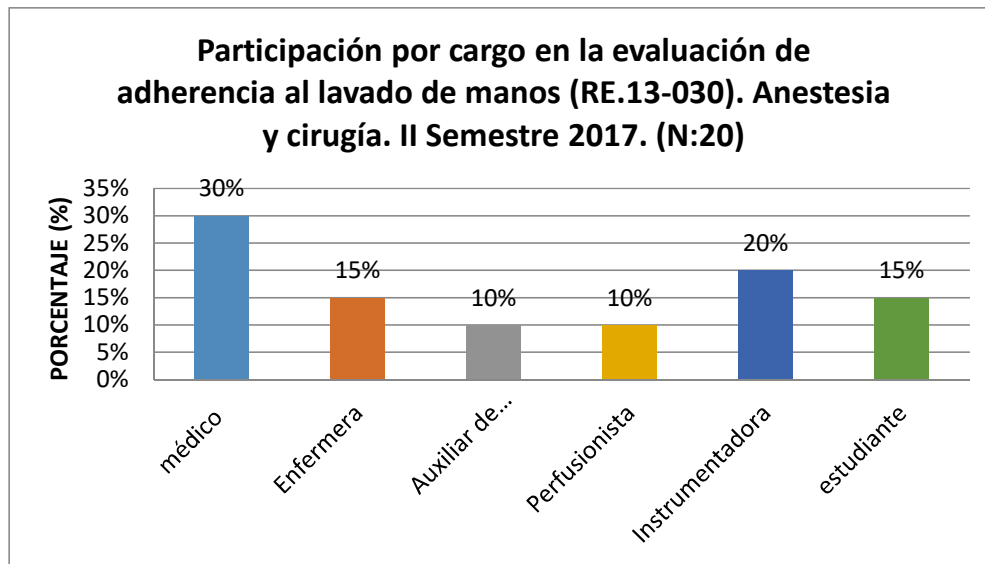


Fuente: Elaboración propia

## ANESTESIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

El porcentaje de participación por cargos en el servicio de anestesia y cirugía cardiovascular fue del 30% médico, 20% instrumentadora, 15% enfermería y los estudiantes, 10% la auxiliar de enfermería y las perfusionistas (Gráfica 14)

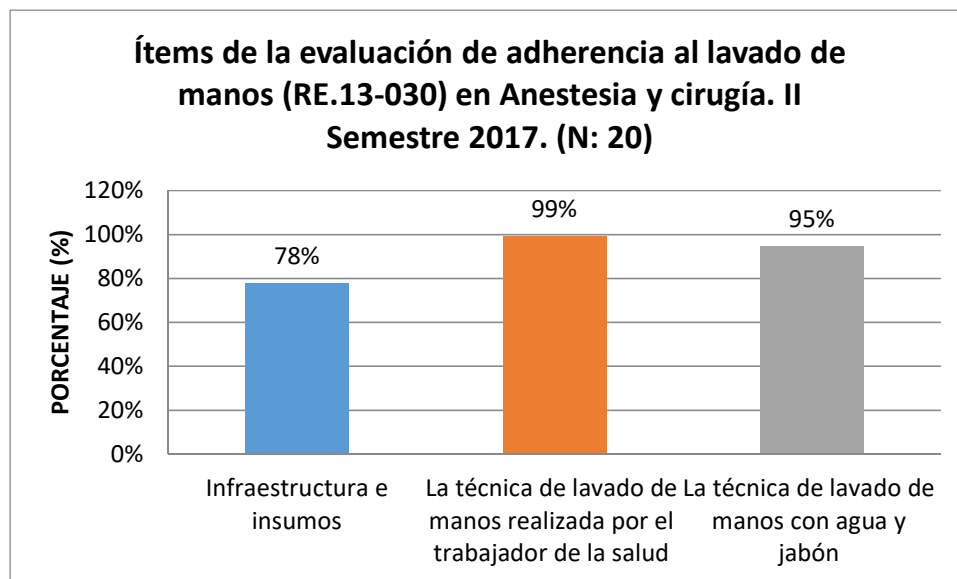
Gráfica 14. Participación por cargo en la evaluación de adherencia al lavado de manos (RE.13-030). Cardiología intervencionista. II Semestre 2017.



Fuente: Elaboración propia

Dentro de los ítems evaluados en el servicio de anestesia y cirugía cardiovascular se identificó el 78% del servicio cumple con la infraestructura e insumos, el 99% del personal ejecuta la técnica de lavado de manos, y el 95% realiza la técnica del lavado de manos con agua y jabón (Gráfica 15)

Gráfica 15. Ítems de la evaluación de adherencia al lavado de manos (RE.13-030) en Anestesia y cirugía. II Semestre 2017.

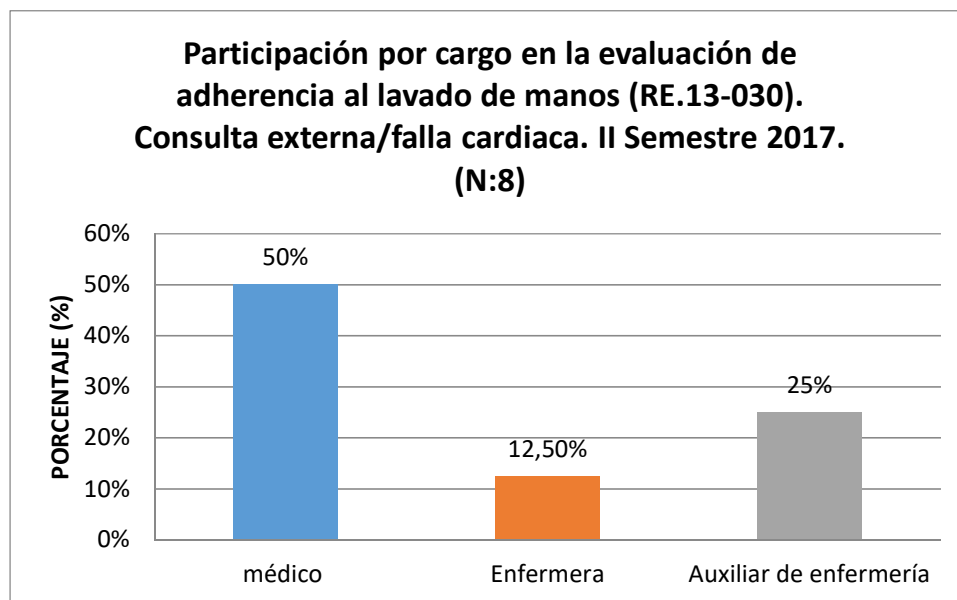


Fuente: Elaboración propia

### CONSULTA EXTERNA / FALLA CARDIACA

El porcentaje de participación por cargos en el servicio de Consulta externa / falla cardiaca fue del 50% medico, 25% la auxiliar de enfermería y enfermería 12,5% (Gráfica 16)

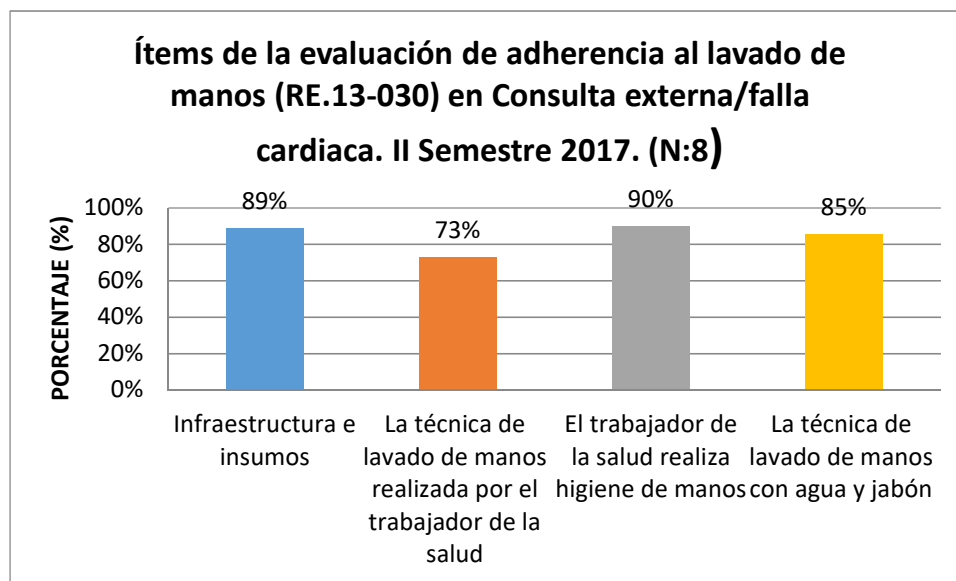
Gráfica 16. Participación por cargo en la evaluación de adherencia al lavado de manos (RE.13-030). Consulta externa / falla cardiaca. II Semestre 2017.



Fuente: Elaboración propia

Dentro de los ítems evaluados en el servicio de Consulta externa/falla cardiaca, se identificó lo siguiente: El 89% del servicio cumple con la infraestructura e insumos, el 73% del personal ejecuta la técnica de lavado de manos, el 90% de los trabajadores de la salud realiza la higiene de manos y el 85% realiza la técnica del lavado de manos con agua y jabón (Gráfica 17)

Gráfica 17. Ítems de la evaluación de adherencia al lavado de manos (RE.13-030) en Consulta externa/falla cardiaca. II Semestre 2017.



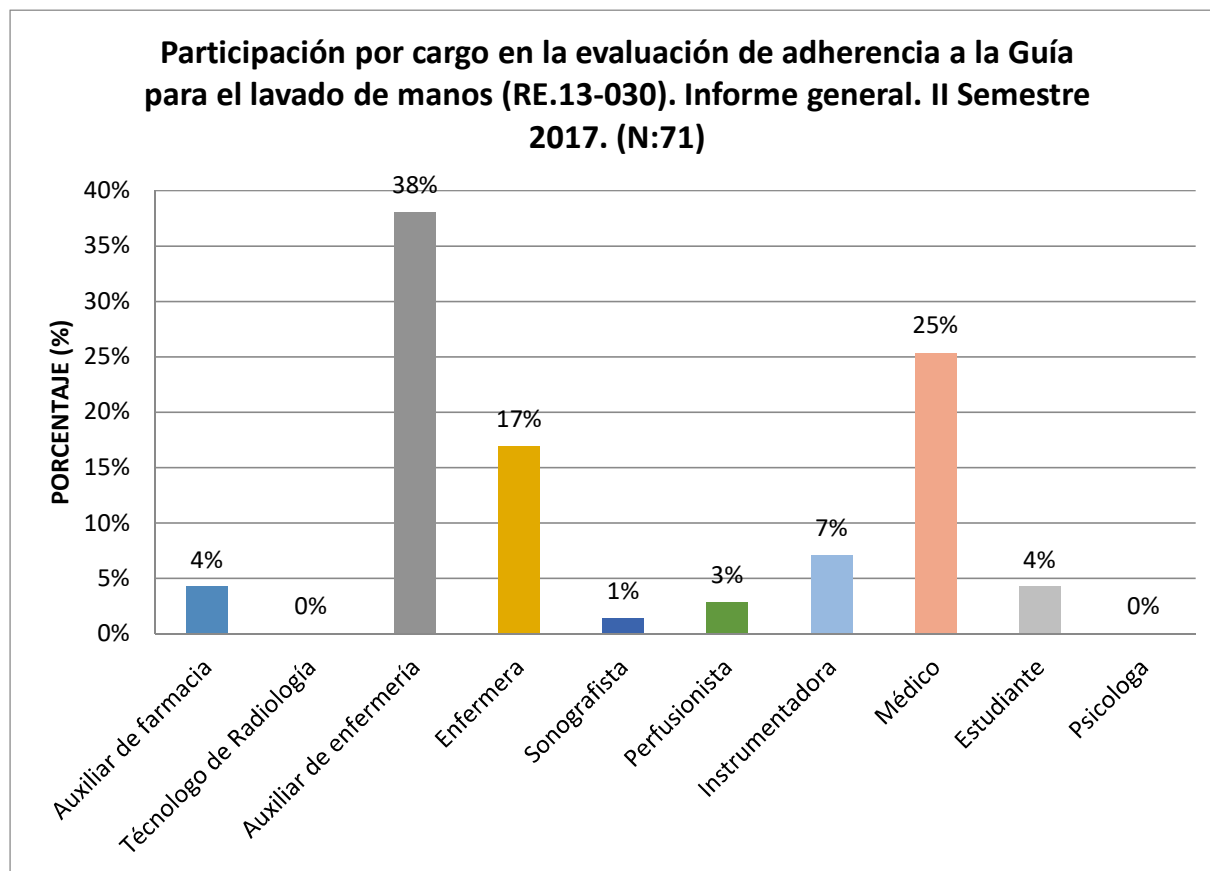
Fuente: Elaboración propia

## INFORME GENERAL

Los cargos que participaron de la evaluación de adherencia con observación directa y cotejo con lista de chequeo por parte del evaluador, corresponden a un 38% de auxiliar de enfermería, el 25% médicos, un 17% enfermería, el 7% de instrumentadoras, el 4% de auxiliar de farmacia y estudiantes en convenio, el 3% de perfusionistas y el 1% de sonografista (Gráfica 18)



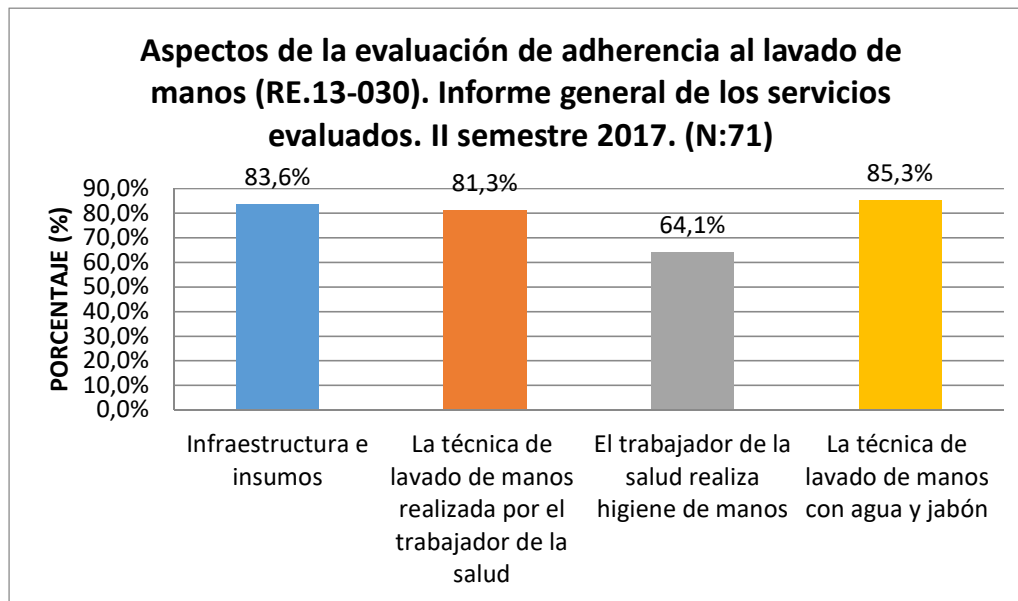
Gráfica 18. Participación por cargo en la evaluación de adherencia a la Guía para el lavado de manos (RE.13-030). Informe general. II Semestre 2017



Fuente: Elaboración propia

Dentro de los aspectos evaluados en todos los servicios en general, se identificó que el 83.6% del servicio cumple con la infraestructura e insumos, el 81.3% del personal ejecuta correctamente los cinco momentos del lavado de manos según la OMS, el 64.1% del personal realiza correctamente la higienización de las manos y el 85.3% del personal realiza correctamente la técnica del lavado de manos con agua y jabón (Gráfica 19)

Gráfica 19. Aspectos de la evaluación de adherencia al lavado de manos (RE.13-030). Informe general de los servicios evaluados. II semestre 2017



Fuente: Elaboración propia

### CONCLUSIONES DE LA FASE 3:

Durante la evaluación del nivel de adherencia a la Guía de lavado de manos con observación directa y aplicación de la lista de chequeo (RE.13-030), se encontró lo siguiente:

- La mayoría del personal no ha leído la guía para el lavado de manos hace más de 1 año. Refieren haberla leído alguna vez cuando ingresaron a trabajar para el ICB
- La mayoría del personal de salud asistencial, no porta, ni hace uso de las gafas protectoras. El uso de gafas de protección sólo se evidenció en el servicio de cirugía
- Dos (2) integrantes del equipo de anestesiología (1 Anestesiólogo, 1 residente de anestesiología) no utilizan durante los procedimientos quirúrgicos las gafas de protección
- Hay tres (3) personas de los servicios asistenciales que refieren sufrir de dermatitis y el producto de Proasepsis les da alergia. Dos personas están en la sede de Foscal Internacional y una persona es un médico de consulta externa.
- En el servicio de anestesia y cirugía cardiovascular, el 95% realiza la técnica del lavado de manos con agua y jabón.
- El personal médico no realiza todos los pasos de la técnica del lavado de manos según la OMS, en ocasiones no frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos; sino que lavan dedo por dedo. Y algunos médicos olvidan frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- Un integrante del equipo médico y una persona de enfermería manifestaron su inconformidad ante la presencia de una persona evaluadora externa al grupo de trabajo, que los estuviese evaluando.

#### **FASE 4**

##### **Evaluación del lavado de manos por parte del paciente (Tarjeta)**

Se inició el día 01 de agosto del 2017, dando continuidad a la prueba piloto de la evaluación de la adherencia a la higienización de las manos. Esta evaluación la realiza el paciente para evaluar si el personal asistencial realiza la desinfección de las manos, antes de atenderlo.

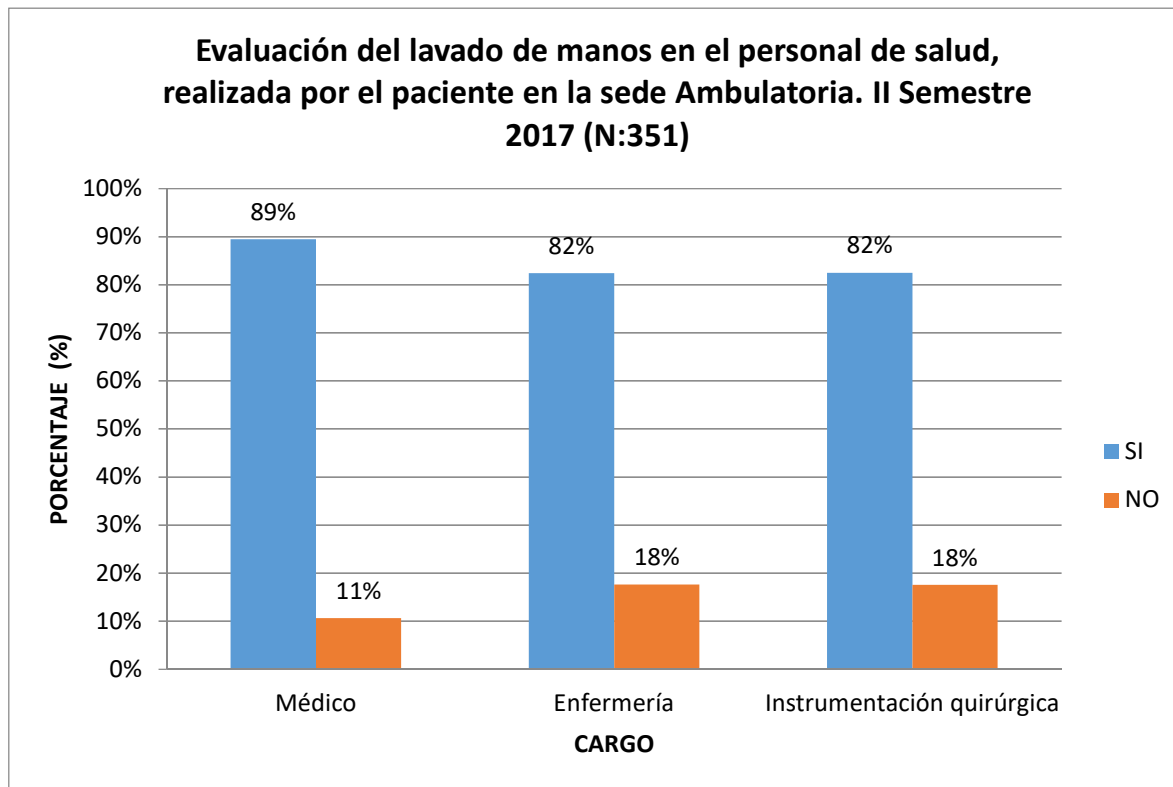
Esta prueba consistió en entregar una tarjeta a los pacientes para que la diligenciaran marcando con una (X) si el personal de salud que lo atendió se realizó la higienización de las manos. Se evalúa a los médicos, enfermería e instrumentación quirúrgica. La evaluación se realizó sólo en la sede ambulatoria, entregándose 500 tarjetas a los pacientes.

Las tarjetas fueron entregadas por el personal de atención al usuario en admisiones por consulta externa y por el personal de seguridad de la sede ambulatoria, quienes recibieron las indicaciones de cómo deben explicarles a los pacientes para que las diligencien. Los pacientes recibieron las indicaciones de depositar la tarjeta completamente diligenciada con sus datos y fecha de atención en el buzón que se encontraba en admisiones

#### **RESULTADOS**

En la sede Ambulatoria, según la evaluación que realizaron los pacientes, se encontró que se higienizan las manos en un 30% (N° 169) los médicos, el 41% (N° 229) enfermería y el 14% (N° 80) las instrumentadoras quirúrgicas. Los pacientes identificaron que no se higienizaron las manos el personal de enfermería con un 9% (N° 49), los médicos con el 4% (N° 20) e instrumentación quirúrgica con el 3% (N°17). (Gráfica 20)

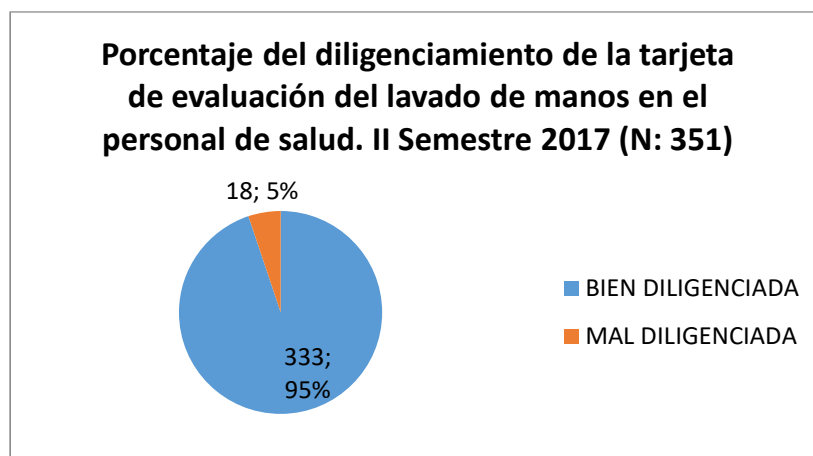
Gráfica 20. Evaluación del lavado de manos en el personal de salud, realizada por el paciente en la sede Ambulatoria. II Semestre 2017.



Fuente: Elaboración propia

De las quinientas (500) tarjetas que se entregaron a los pacientes, se recogieron en el buzón trescientos cincuenta y un (351) tarjetas, de las cuales el 95% estaban bien diligenciadas y el 5% mal diligenciadas (Gráfico 21)

Gráfica 21. Porcentaje del diligenciamiento de la tarjeta de evaluación del lavado de manos en el personal de salud. II Semestre 2017.



Fuente: Elaboración propia

#### **CONCLUSIONES FASE 4:**

- En el parámetro en el que el trabajador cumple con unos requisitos para antes de lavarse las manos la calificación fue malo con un 64.1% porque se encontró personal que no portaba las gafas, tenía las uñas pintadas, uñas largas y uso de elementos como el reloj en la muñeca
- La evaluación que realizan los pacientes con las tarjetas puede verse sesgada porque en ocasiones los pacientes no diferencian bien al personal de instrumentación quirúrgica con el personal de enfermería
- De las 500 tarjetas que se entregaron a los pacientes, se lograron recoger 351 que corresponde al 70% tarjetas, y no se recolectaron el 30%

#### **RECOMENDACIONES**

- Realizar el lavado de manos al ingresar a los servicios de la institución
- Hacer uso del alcohol glicerinado entre lavado de manos
- Retirar todos los elementos que se tengan sobre los brazos y las manos, como: Reloj, pulseras, anillos
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa
- Usar los elementos de bioseguridad antes del lavado de manos (gorro, gafas, tapabocas).
- Abrir la llave del agua y humedecer las manos, antes de aplicar el jabón, para prevenir la aparición de dermatitis

## INFORME DE ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA PARA EL LAVADO DE MANOS

Código: IN.15-005

*Anexo 6. Informe de actualización de la Guía para el lavado de manos. (IN.15-005)(Versión 3)*

ÍTEM	ACTUALIZACIÓN DEL ÍTEM										
<b>OBJETIVO</b>	Estandarizar el proceso para la realización de la técnica de lavado de manos para disminuir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud en el Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A. en base a la Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud										
<b>ALCANCE</b>	Aplica a todos los trabajadores del área administrativa, asistencial y de apoyo, contratistas, estudiantes, internos, residentes y visitantes de manera obligatoria, que ingresan a las áreas asistenciales del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A. y en todas sus sedes.										
<b>RESPONSABLES</b>	Personal asistencial y administrativo del ICB										
<b>DEFINICIÓN DE TÉRMINOS</b>	Se cambió de lugar										
<b>TÉCNICAS PARA LA HIGIENE DE MANOS</b>	<b>Lavado de Manos:</b> Es el que se realiza con agua y jabón. Se debe practicar cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales, cuando existen una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas, o después de usar los servicios. (Recomendaciones 1A y 1B)										
<b>EL NIVEL DE EVIDENCIA CIENTÍFICA</b>	<p>Las recomendaciones se formularon basadas en la evidencia descritas en las diferentes secciones de la Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud y del consenso de expertos. La evidencia y las recomendaciones se clasificaron usando un sistema adaptado del que desarrolló el Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Georgia, Estados Unidos (Tabla 1)</p> <p style="text-align: center;">Tabla 1.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">CATEGORÍA</th> <th style="text-align: center;">CRITERIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">IA</td> <td>Fuertemente recomendado para su implementación y con sólido respaldo de estudios clínicos o epidemiológicos, experimentales bien diseñados</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IB</td> <td>Fuertemente recomendado para la implementación y con el respaldo de algunos estudios clínicos o epidemiológicos experimentales y sólida base teórica</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IC</td> <td>Requerido para su implementación según normas o estándares federales o estatales</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> <td>Sugerido para su implementación y respaldado por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos o base teórica o el consenso de un panel de expertos</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. WHO/IER/PSP/2009.07. Disponible en: <a href="http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf">http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf</a></p>	CATEGORÍA	CRITERIO	IA	Fuertemente recomendado para su implementación y con sólido respaldo de estudios clínicos o epidemiológicos, experimentales bien diseñados	IB	Fuertemente recomendado para la implementación y con el respaldo de algunos estudios clínicos o epidemiológicos experimentales y sólida base teórica	IC	Requerido para su implementación según normas o estándares federales o estatales	II	Sugerido para su implementación y respaldado por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos o base teórica o el consenso de un panel de expertos
CATEGORÍA	CRITERIO										
IA	Fuertemente recomendado para su implementación y con sólido respaldo de estudios clínicos o epidemiológicos, experimentales bien diseñados										
IB	Fuertemente recomendado para la implementación y con el respaldo de algunos estudios clínicos o epidemiológicos experimentales y sólida base teórica										
IC	Requerido para su implementación según normas o estándares federales o estatales										
II	Sugerido para su implementación y respaldado por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos o base teórica o el consenso de un panel de expertos										
<b>PROCESO ACTIVIDADES</b>	<p>Condiciones Generales del Lavado de Manos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener las UÑAS cortas (Categoría II) y limpias, sin ESMALTE y sin postizos (Categoría IA). El largo de las uñas del trabajador es inferior a 0,5 cm. Las uñas largas aumentan el riesgo de rotura de guantes.</li> <li>• No usar anillos, relojes ni PULSERAS. Estos elementos actúan como reservorio y dificultan la limpieza de manos y antebrazos. (Categoría II)</li> <li>• El uso de CREMAS HIDRATANTES después de la actividad laboral se considera recomendable porque aumenta la resistencia de la piel y al mantenerse íntegra disminuye la contaminación por GÉRMENES.</li> <li>• Usar preferiblemente los jabones con dosificador.</li> <li>• No reutilizar los envases del jabón ya que se contaminan fácilmente.</li> <li>• Usar toalla de papel ya que la de tela se contamina fácilmente.</li> <li>• El Uso de guantes NO reemplaza la higiene de las manos. Higienizarse las manos luego de sacarse los guantes esterilizados (Categoría II) o no esterilizados (Categoría IB).</li> <li>• Antes de realizar el lavado de manos se debe portar los elementos de bioseguridad (gorro, gafas, tapabocas).</li> <li>• Antes de realizar el lavado de manos deben estar el cabello totalmente cubierto por el gorro.</li> </ul> <p>Conductas a <b>evitar</b> en la higiene de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar simultáneamente agua, jabón y productos a base de alcohol (Categoría II)</li> <li>• Utilizar agua caliente para lavarse las manos con agua y jabón porque puede causar irritación en la piel y conducir a dermatitis. (Categoría IB)</li> </ul>										

- Ponerse los guantes con las manos húmedas, ya que puede producir irritación. (Categoría IB)
- Realizar la higiene de manos fuera del marco de las indicaciones.
- Llevar guantes fuera del marco de las indicaciones.

#### Principios de la higiene de manos

- Frotarse las manos hasta que el producto de base alcohólica se evapore por completo, si las manos no están visiblemente sucias (Categoría IB)
- Secarse las manos cuidadosamente después de lavárselas con agua y jabón.
- El frote higiénico está contraindicado cuando existe suciedad visible en las manos, grasa o material orgánico, en estos casos debe usarse el lavado de manos rutinario/social. (Categoría IA)
- Si hay prueba o un alto indicio de exposición a potenciales microorganismos formadores de esporas, incluyendo brotes de *C.difficile*, el lavado de manos con agua y jabón es el medio preferido (Categoría IB).

#### Consideraciones para el cuidado de la piel

- Los guantes empolvados pueden producir irritación cuando se emplean al mismo tiempo que los productos de base alcohólica.

#### Indicaciones del Lavado de manos RUTINARIO-SOCIAL

- Al ingresar y salir de la institución de salud, en el área administrativa y asistencial.
- Cuando las manos estén visiblemente sucias.
- Antes y después de comer o beber.
- Antes y después de ir al baño.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Antes y después de preparar alimentos.
- Después de tocar el cabello, nariz o boca.
- Antes y después de atender niños
- Después de cambiar pañales a un niño o limpiarlo después de haber ido al baño.
- Después de haber tocado animales, alimentos para animales, o excremento de animales.
- Después de tocar la basura.

#### Indicaciones del Lavado de manos ANTISÉPTICO - HIGIÉNICO DE MANOS

En atención a los pacientes se aplicarán los cinco (5) momentos definidos por la OMS/OPS para la higienización de manos (Figura 1)

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente (Categoría IB)
  2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio y aséptico (Categoría IB)
  3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes (Categoría IA)
  4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente (Categoría IB).
  5. Lavado de manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente (Categoría IB)
- Figura 1.

Los cinco momentos para la higiene de las manos



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Save lifes clean your hands. Octubre 2010. Disponible en: [http://who.int/gpsc/information\\_centre/gpsc\\_5\\_momentos\\_poster\\_es.pdf?ua=1](http://who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf?ua=1)

Lo deben realizar todas las personas que participan en los procedimientos quirúrgicos para realizar colocación de sonda vesical, implante de dispositivos médicos no invasivos (venoclisis).

#### Elementos para el lavado de manos

- Agua corriente.
- Jabón líquido no antiséptico.
- Jabón antiséptico Clorhexidina 2%-4% (Según corresponda).

- Toalla de papel.
- Alcohol glicerinado (Alcohol isopropílico al 70%).
- Toallas de Papel desechable.
- Compresas estériles.

#### Técnica de Lavado de manos SOCIAL-RUTINARIO

1. Mojar las manos con agua y aplicar jabón líquido de tocador en cantidad suficiente.
2. Friccionar toda la superficie de las manos, entre los dedos, llegando hasta 10 cm. por debajo del pliegue de las muñecas. Poner especial énfasis en el lavado de uñas y los espacios interdigitales.
3. Enjuagar con abundante agua
4. Secar las manos con toallas de papel desechables. (Categoría IB)
5. Cerrar la llave con la misma toalla, para evitar la re-contaminación.

#### Técnica del lavado de manos ANTISÉPTICO – HIGIÉNICO

Se describe a continuación los pasos a seguir para realizar la técnica del lavado de manos en la figura 2.

1. Humedecer las manos con agua hasta 5 cm. arriba de las muñecas.
2. Esparcir 2 ml de jabón con clorhexidina al 2% (una presión del dispensador) hasta 5 cm. arriba de las muñecas, aplicar lo que suministre el dispensador de jabón líquido.
3. Frotar las palmas de las manos entre sí, vigorosamente
4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa
5. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados, los espacios interdigitales.
6. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
7. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa
8. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
9. Descender con movimientos rotatorios, desde la punta de los dedos hasta la muñeca de la mano, sin devolverse y repetir lo mismo con la otra mano
10. Enjuagar desde la punta de los dedos hasta las muñecas de las manos con abundante agua en una sola dirección, retirando completamente los residuos de jabón para evitar dermatitis. Mantenga los brazos separados del cuerpo y con las manos hacia arriba, permitiendo que el agua escurra hacia los codos sin utilizar la otra mano.
11. Secar bien las manos con la toalla de papel desechable, secando de los dedos hacia los antebrazos sin devolverse. Mantenga las manos siempre hacia arriba. (Categoría IB)
12. Sírvese de la toalla para cerrar el grifo, (si aplica).
13. Una vez secas, sus manos son seguras

#### Técnica del lavado de manos

Figura 2.



FUENTE: Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Save lives clean your hands. Octubre 2010. Disponible en: [http://www.who.int/gpsc/information\\_centre/gpsc\\_lavarse\\_manos\\_poster\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=1)

#### Técnica de la higienización de manos

Figura 3.



Desinfectarse las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias



FUENTE: Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Save lifes clean your hands. Octubre 2010. Disponible en: [http://www.who.int/gpsc/information\\_centre/gpsc\\_desinfectmanos\\_poster\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_desinfectmanos_poster_es.pdf?ua=1)

#### Técnica de lavado de manos QUIRÚRGICA

Al llegar a la sala de operaciones y luego de ponerse la ropa de cirugía (Equipos de bioseguridad), se deben lavar las manos con agua y jabón. Luego de la operación, al quitarse los guantes, las manos se deben frotar con una preparación a base de alcohol o deben lavarse con agua y jabón si hubiere algún fluido biológico o talco residual

Si las manos están visiblemente sucias, lavarlas con jabón común antes de la antisepsia quirúrgica de manos (Categoría II).

La antisepsia quirúrgica de manos debería realizarse usando un jabón antimicrobiano adecuado o una preparación a base de alcohol apropiada, preferentemente con un producto que asegure una actividad sostenida antes de ponerse los guantes (Categoría IB).

Para practicarla se necesita lavamanos con grifos de pedal o codo.









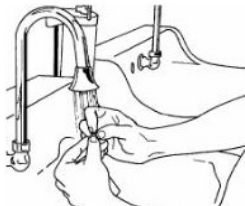



El primer lavado debe durar 5 minutos, los lavados posteriores de 3 a 5 minutos, frotando las manos y antebrazos (Categoría IB).

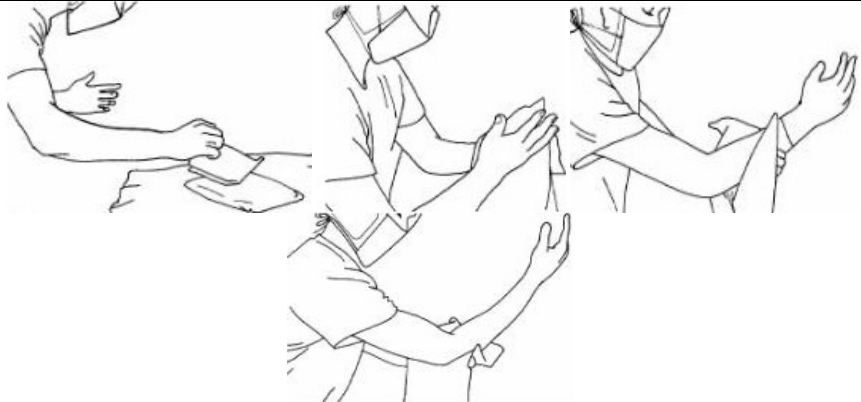
La antisepsia prequirúrgica de manos con jabón antiséptico. Figura 4.

1. Humedecer las manos y los antebrazos (hasta 5 cm. por encima del codo) con agua, manteniendo las manos hacia arriba más altas que los codos. El agua caerá desde la punta de los dedos y llevara las bacterias hacia los codos. Evite el contacto del uniforme con el lavamanos inclinándose ligeramente.
2. Depositar en sus manos aproximadamente 6 ml de jabón con clorhexidina al 4%. (3 presiones del dispensador.)
3. Frotar las palmas de las manos entre sí, vigorosamente.
4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
5. Frótase las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados, los espacios interdigitales.
6. Frótase el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
7. Frótase con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
8. Frótase la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
9. Remover la suciedad de debajo de sus uñas, preferentemente debajo del agua corriente (Categoría II)
10. Descender, con movimientos rotatorios, por el antebrazo derecho hasta 6 cm por encima del codo y luego por el antebrazo izquierdo, sin devolverse.
11. Enjuagar desde la punta de los dedos hasta los codos con abundante agua en una sola dirección, retirando completamente los residuos de jabón para evitar dermatitis. Mantenga los brazos separados del cuerpo y con las manos hacia arriba, permitiendo que el agua escurra hacia los codos sin utilizar la otra mano.
12. Ingresar al quirófano dando la espalda a la puerta, los brazos separados del cuerpo y con las manos hacia arriba. Para evitar la contaminación, el personal ingresará antes de abrir el paquete quirúrgico.
13. Secar bien las manos y antebrazos con las toallas estériles desechables que se encuentran dentro del paquete quirúrgico, secando de los dedos hacia los antebrazos sin devolverse. Mantenga las manos siempre hacia arriba. (Categoría IB)
14. Repetir el procedimiento dos veces con una duración mínima de 2 minutos cada uno.

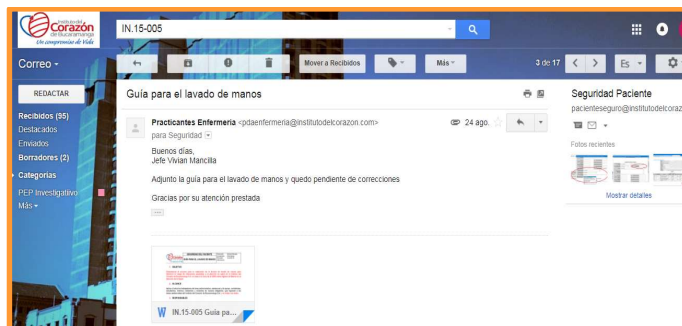
Técnica antisepsia prequirúrgica de lavado de manos con jabón antiséptico

Figura 4.

 <p>Humedecer las manos y los antebrazos (hasta 5 cm. por encima del codo) con agua, manteniendo las manos hacia arriba más altas que los codos. El agua caerá desde la punta de los dedos y llevara las bacterias hacia los codos. Evite el contacto del uniforme con el lavamanos inclinándose ligeramente.</p>	 <p>Depositar en sus manos aproximadamente 6 ml de jabón con clorhexidina al 4%. (3 presiones del dispensador.)</p>	 <p>Frotar las palmas de las manos entre sí, vigorosamente</p>
 <p>Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa</p>	 <p>Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados, los espacios interdigitales</p>	 <p>Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos</p>
 <p>Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa</p>	 <p>Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.</p>	 <p>Remover la suciedad de debajo de sus uñas, preferentemente debajo del agua corriente (Categoría II)</p>
 <p>Descender, con movimientos rotatorios, por el antebrazo derecho hasta 6 cm por encima del codo y luego por el antebrazo izquierdo, sin devolverse.</p>	 <p>Enjuagar desde la punta de los dedos hasta los codos con abundante agua en una sola dirección, retirando completamente los residuos de jabón. Mantenga los brazos separados del cuerpo y con las manos hacia arriba, permitiendo que el agua escurra hacia los codos sin utilizar la otra mano.</p>	 <p>Ingresa al quirófano dando la espalda a la puerta, los brazos separados del cuerpo y con las manos hacia arriba. Para evitar la contaminación, el personal ingresará antes de abrir el paquete quirúrgico.</p>

	 <p>Secar bien las manos y antebrazos con las toallas estériles desechables que se encuentran dentro del paquete quirúrgico, secando de los dedos hacia los antebrazos sin devolverse. Mantenga las manos siempre hacia arriba. (Categoría IB)</p>
<b>REFERENCIAS</b>	<p>Organización Mundial de la Salud. Guide to Implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. 2009. Disponible en: <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?ua=1</a></p> <p>Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Save lifes clean your hands. Octubre 2010. Disponible en: <a href="http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=1">http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=1</a></p> <p>Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. 2009. Disponible en: <a href="http://emas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf">http://emas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf</a></p> <p>Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Available in: <a href="https://multimedia.3m.com/mws/media/3097990/cdc-guidelines-reprint.pdf">https://multimedia.3m.com/mws/media/3097990/cdc-guidelines-reprint.pdf</a></p> <p>Boyce John M, Pittet Didier. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. October 25, 2002. Vol. 51. No. RR-16. Available in: <a href="https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf">https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf</a></p>
<b>ACTUALIZACIÓN DOCUMENTO</b>	<p>Versión 3 28/08/2017</p>

*Anexo 7. Correo electrónico de la entrega de la actualización de la Guía para el lavado de manos*



## INFORME DE ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO PARA EL CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

MC.18-001. Título: Manual de procedimientos de enfermería, el cual contiene a partir de la página 23, la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico.


### *Anexo 8. Informe de actualización de la Guía de manejo para el cateterismo venoso periférico*

ÍTEM	ACTUALIZACIÓN DEL ÍTEM												
JUSTIFICACIÓN	El cuidado y la adecuada técnica de realización del procedimiento, implica una actitud proactiva que <b>evite al paciente</b> múltiples punciones, hematomas y flebitis. Para ello además de la elección del catéter adecuado para cada paciente, se hará hincapié en el manejo y cuidados necesarios para evitar complicaciones como la infección, la obstrucción o el uso inadecuado. (Lamperti, 2015)												
OBJETIVO	Estandarizar el procedimiento de cateterismo venoso periférico en el personal asistencial para prevenir complicaciones y disminuir el riesgo de Infección del torrente sanguíneo asociado con el catéter, en las sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga, con base en el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC).												
DEFINICIONES	Se debe ser absolutamente cuidadoso para evitar los embolismos y las infecciones a través de esta vía. Cuando se canaliza una vena o se administran medicamentos a través de ella se debe vigilar la presencia de complicaciones <b>como: Hematomas</b> , infiltración de líquidos, infección, extravasación de medicamentos, <b>daño accidental, flebitis, bloqueo, trombo (coágulo sanguíneo) y desalojamiento.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Extravasación:</b> Esta es la fuga de líquidos o fármacos vesicantes a infundir en los tejidos circundantes de la vena canalizada que pueden causar necrosis local (East Midlands Cancer Network, 2012).</li> </ul>												
EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">CATEGORÍA</th> <th style="text-align: center;">RECOMENDACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Categoría IA</td> <td>Fuertemente recomendado para su implementación y fuertemente apoyado por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Categoría IB</td> <td>Fuertemente recomendado para la implementación y con el apoyo de algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, y una fuerte justificación teórica.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Categoría IC</td> <td>Requerido por regulaciones, reglas o estándares estatales o federales. (No aplicable en nuestro país).</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Categoría II</td> <td>Sugerido para su implementación y apoyado por sugestivos estudios clínicos o epidemiológicos o una justificación teórica.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Problema no resuelto</td> <td>Representa una cuestión no resuelta para la cual la evidencia es insuficiente o no existe consenso en cuanto a la eficacia.</td> </tr> </tbody> </table> <p>National Center for Infectious Diseases, Hughes James M., Division of Healthcare Quality Promotion, Solomon Steven L. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. August 9, 2002 / 51(RR10); 1-26. Available in: <a href="https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm">https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm</a></p>	CATEGORÍA	RECOMENDACIÓN	Categoría IA	Fuertemente recomendado para su implementación y fuertemente apoyado por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.	Categoría IB	Fuertemente recomendado para la implementación y con el apoyo de algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, y una fuerte justificación teórica.	Categoría IC	Requerido por regulaciones, reglas o estándares estatales o federales. (No aplicable en nuestro país).	Categoría II	Sugerido para su implementación y apoyado por sugestivos estudios clínicos o epidemiológicos o una justificación teórica.	Problema no resuelto	Representa una cuestión no resuelta para la cual la evidencia es insuficiente o no existe consenso en cuanto a la eficacia.
CATEGORÍA	RECOMENDACIÓN												
Categoría IA	Fuertemente recomendado para su implementación y fuertemente apoyado por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.												
Categoría IB	Fuertemente recomendado para la implementación y con el apoyo de algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, y una fuerte justificación teórica.												
Categoría IC	Requerido por regulaciones, reglas o estándares estatales o federales. (No aplicable en nuestro país).												
Categoría II	Sugerido para su implementación y apoyado por sugestivos estudios clínicos o epidemiológicos o una justificación teórica.												
Problema no resuelto	Representa una cuestión no resuelta para la cual la evidencia es insuficiente o no existe consenso en cuanto a la eficacia.												

<p>Recomendaciones para la prevención de infecciones asociadas al uso de catéteres intravenosos</p>	<p><b>Higiene de las manos y técnica aséptica de inserción del catéter:</b></p> <table border="1" data-bbox="469 222 1312 312"> <thead> <tr> <th colspan="2">EVIDENCIA</th> <th>NIVEL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>E</b></td> <td>Use guantes limpios o estériles cuando cambie el vendaje en catéteres intravasculares*</td> <td>IC</td> </tr> </tbody> </table> <p>*A nivel institucional se determina: Use guantes limpios si mantiene la técnica aséptica de no tocar con catéter venoso periférico y guantes estériles cuando cambie el vendaje o canalice en catéteres intravasculares centrales y arteriales</p> <p><b>Limpieza del paciente</b></p> <table border="1" data-bbox="469 531 1312 621"> <thead> <tr> <th colspan="2">EVIDENCIA</th> <th>NIVEL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>E</b></td> <td>Use clorhexidina al 2% para la limpieza de la piel diaria para reducir el riesgo de Infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter.</td> <td>II</td> </tr> </tbody> </table> <p>*A nivel institucional se determina: Verificar si aplicaría para la sede en Bogotá</p> <p><b>Selección y sustitución de los catéteres:</b></p> <table border="1" data-bbox="371 768 1208 974"> <thead> <tr> <th colspan="2">EVIDENCIA</th> <th>NIVEL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>E</b></td> <td>Retirar rápidamente cualquier catéter intravascular que no sea necesario</td> <td>IA</td> </tr> <tr> <td><b>E</b></td> <td>Reemplazar los catéteres venosos periféricos al menos cada 72-96 horas en adultos para reducir el riesgo de infección y flebitis. Deje los catéteres venosos periféricos en su lugar en los niños hasta que se complete la terapia IV, a menos que se produzcan complicaciones (por ejemplo, flebitis e infiltración)*</td> <td>IB</td> </tr> </tbody> </table> <p>* A nivel institucional se determina: En el instituto se adopta máximo cada 72 horas</p>	EVIDENCIA		NIVEL	<b>E</b>	Use guantes limpios o estériles cuando cambie el vendaje en catéteres intravasculares*	IC	EVIDENCIA		NIVEL	<b>E</b>	Use clorhexidina al 2% para la limpieza de la piel diaria para reducir el riesgo de Infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter.	II	EVIDENCIA		NIVEL	<b>E</b>	Retirar rápidamente cualquier catéter intravascular que no sea necesario	IA	<b>E</b>	Reemplazar los catéteres venosos periféricos al menos cada 72-96 horas en adultos para reducir el riesgo de infección y flebitis. Deje los catéteres venosos periféricos en su lugar en los niños hasta que se complete la terapia IV, a menos que se produzcan complicaciones (por ejemplo, flebitis e infiltración)*	IB
EVIDENCIA		NIVEL																				
<b>E</b>	Use guantes limpios o estériles cuando cambie el vendaje en catéteres intravasculares*	IC																				
EVIDENCIA		NIVEL																				
<b>E</b>	Use clorhexidina al 2% para la limpieza de la piel diaria para reducir el riesgo de Infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter.	II																				
EVIDENCIA		NIVEL																				
<b>E</b>	Retirar rápidamente cualquier catéter intravascular que no sea necesario	IA																				
<b>E</b>	Reemplazar los catéteres venosos periféricos al menos cada 72-96 horas en adultos para reducir el riesgo de infección y flebitis. Deje los catéteres venosos periféricos en su lugar en los niños hasta que se complete la terapia IV, a menos que se produzcan complicaciones (por ejemplo, flebitis e infiltración)*	IB																				
<p>Inserción catéter venoso periférico</p> <p>Preparación para la realización del procedimiento de canalización</p>	<p><b>Preparación de la zona de trabajo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lávese las manos de acuerdo al IN.15-005 Protocolo de higiene de manos</li> <li>El uso de guantes no estériles o estériles dependerá del procedimiento que se esté llevando a cabo, del contacto con los sitios susceptibles o de los dispositivos clínicos, de los riesgos involucrados y de las políticas y procedimientos locales de la organización (Loveday et al., 2014). <b>(Nivel de evidencia V)</b></li> <li>Limpiar la bandeja con un desinfectante de amplio espectro, creando un campo aséptico general y dejar secar.</li> </ul> <p><b>En pacientes adultos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si hay mucho vello sobre el área de la vena seleccionada, córtelo con tijeras con previo consentimiento del paciente. <ul style="list-style-type: none"> <li>Recortar el exceso de vello.</li> <li>No rasurar el sitio para evitar causar micro-abrasiones</li> </ul> </li> <li>Higienización de manos: Con agua y jabón (Gluconato de clorhexidina al 2%)</li> <li>Preparar el equipo protegiendo las partes estériles con la técnica aséptica de no tocar (ANTT) y con campos asépticos</li> <li>Ensamble el equipo e incluya el equipo personal de bioseguridad</li> </ul>																					
<p>Elegir el área y la vena a puncionar,</p>	<p><b>Valoración del paciente</b></p>																					

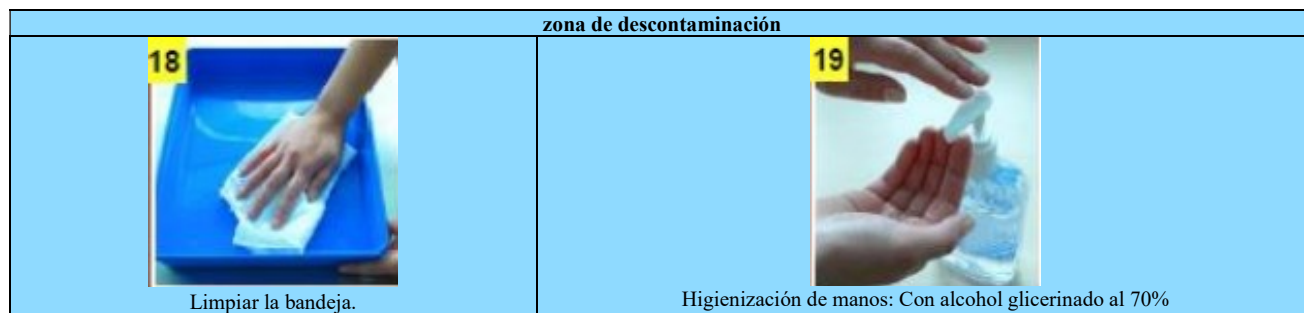
<p>teniendo en cuenta situaciones especiales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccione catéteres según la finalidad prevista y el tiempo de duración, se debe conocer complicaciones infecciosas y no infecciosas, y la experiencia de los operadores individuales de catéter <b>(Categoría IB)</b>.</li> <li>• Evaluar las características de la medicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Confirmar la osmolaridad y el pH de la solución</li> <li>○ No se deben administrar soluciones por vena periférica con pH menor de 5 o mayor de 9.</li> <li>○ Tampoco Infusiones con una osmolaridad mayor a 600 mOsm/L ya que aumenta el riesgo de flebitis química</li> </ul> </li> <li>• Utilice un catéter de línea media o un catéter central insertado periféricamente (PICC), en lugar de un catéter periférico corto, cuando la duración de la terapia IV probablemente exceda de seis días. <b>(Categoría II)</b></li> <li>• Identifique vulnerabilidad del individuo para contraer infecciones asociadas al uso de catéter venoso periférico:</li> </ul>
<p>Ejecución del procedimiento</p>	<p><b>Selección del sitio de punción</b></p> <p>Buenas Prácticas: Intento de Canalización</p> <p>No debe haber más de 2 intentos fallidos por la misma persona, en un paciente en un momento dado. Si los intentos no tienen éxito, el paciente debe ser tranquilizado y otro (practicante más experimentado) debe realizar una canulación posterior (Weinstein 2007).</p> <p>Colocar al paciente en decúbito dorsal o sentado, con el antebrazo separado del cuerpo apoyado sobre una superficie plana y con la palma de la mano hacia arriba en una posición cómoda, preservando la intimidad del usuario.</p> <p>Como medida de confort, es importante tener presente el miembro menos utilizado según sea el paciente diestro o zurdo.</p> <p>Fuente de las imágenes</p> <p>Chumillas Fernández Antonio, Sánchez González Natividad, Sánchez Córcoles María Dolores. Plan de cuidados para la prevención de flebitis por inserción de catéter periférico. Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2002. Disponible en: <a href="https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/flebitis.htm">https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/flebitis.htm</a></p> <p><b>Preparación de la zona de punción en el paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higienización de manos: Con agua y jabón (Gluconato de clorhexidina al 2%) o alcohol glicerinado al 70%. Ponerse la bata si no lo ha hecho antes (Si aplica)</li> <li>• Con las manos limpias, coloque el brazo sobre el campo estéril</li> <li>• Coloque el torniquete de 5- 10 cms. por encima del sitio de punción, solicite al paciente que abra y cierre el puño para obtener mayor visualización, palpe suavemente la vena, sin golpearla, haciendo presión y liberándola, para reconocer su elasticidad. <b>Localizar la vena, y retirar el torniquete</b></li> <li>• Higienización de manos: Con alcohol glicerinado al 70% El uso de guantes no evita la necesidad de higiene de manos. <b>(Categoría IA)</b></li> <li>• Volver a apretar el torniquete</li> <li>• Ponerse guantes</li> <li>• Realice asepsia del sitio de punción con pañines humedecidos con clorhexidina al 2% y alcohol al 70%, úselos en forma circular del centro a la periferia, durante 30 segundos. Repita cuantas veces sea necesario y deje secar al ambiente</li> <li>• No palpe la vena una vez haya realizado la asepsia <b>del sitio de punción en la piel a menos que lo haga con guante estéril.</b></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Hacer tracción en sentido contrario de la canulación debajo del sitio de punción para fijar la vena seleccionada e insertar la cánula usando la técnica aséptica de no tocar</b></li> <li>● Realice la punción de la piel colocando la aguja en ángulo de 45 grados, con el bisel hacia arriba, introdúzcala suavemente hasta perforar la vena, <b>una vez atravesada la piel se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena.</b></li> <li>● Cuando haya obtenido retorno de sangre, avance el catéter plástico <b>aproximadamente 1cm para asegurar la inserción en la vena</b>, sin avanzar la guía metálica, hasta introducirlo completamente en la vena en ángulos 15° hasta verificar la inserción de la totalidad del catéter, simultáneamente realizar presión en el sitio proximal al catéter para evitar pérdida de fluido sanguíneo y retirar el torniquete.</li> <li>● Si considera conveniente, coloque una gasa debajo del catéter, retire totalmente el mandril, conecte el equipo evitando derramamiento de sangre.</li> <li>● <b>Usando la técnica aséptica de no tocar, fijar la extensión de anestesia, utilizar un apósito semipermeable estéril y un dispositivo de fijación</b></li> <li>● <b>Eliminar objetos cortopunzantes en el contenedor.</b></li> <li>● No haga presión sobre el sitio de inserción para evitar la salida de sangre por el catéter cuando se vaya a realizar la conexión del equipo al cateter.</li> <li>● Limpie y seque por completo los residuos de solución o sangre que haya quedado en el catéter y/ o la piel del paciente.</li> <li>● Si el paciente es ambulatorio inmovilice el catéter con tiras de micropore o adhesivo transparente. Si queda sobre articulación o en pacientes pediátricos coloque inmovilizador.</li> <li>● <b>Use un apósito estéril, transparente, semipermeable para cubrir el sitio del catéter. (Categoría IA) En el instituto se usará en cirugía cardiovascular</b></li> <li>● <b>Si el paciente es diaforético, o si el sitio está sangrando o exudando, un vendaje de gasa es preferible a un apósito transparente, semipermeable (Categoría II)</b></li> <li>● <b>Registre con fecha, calibre del catéter, la hora y nombre de quien realizo el procedimiento en un esparadrapo sobre la inmovilización.</b></li> <li>● <b>Desechar los guantes y seguidamente realizar el lavado de manos</b></li> </ul> <p><b>zona de descontaminación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Limpiar la bandeja con desinfectante de alto espectro</b></li> <li>● <b>Higienización de manos: Con alcohol glicerinado al 70%</b></li> </ul> <p>Haga registro del procedimiento en las notas de Enfermería.</p>
Identificación en forma precoz de signos y síntomas de infección	<p><b>Fuente de las imágenes</b></p> <p>Chumillas Fernández Antonio, Sánchez González Natividad, Sánchez Córcoles María Dolores. Plan de cuidados para la prevención de flebitis por inserción de catéter periférico. Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2002. Disponible en: <a href="https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/flebitis.htm">https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/flebitis.htm</a></p>
Identificar situaciones especiales y tener en cuenta recomendaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Limpie los puertos de inyección con alcohol al 70% o un yodóforo antes de acceder al sistema. (Categoría IA)</b></li> <li>● <b>Minimizar el riesgo de contaminación limpiando el puerto de acceso con un antiséptico apropiado y accediendo al puerto sólo con dispositivos estériles. (Categoría IB)</b></li> <li>● <b>Evite las infecciones, no haga desconexiones del equipo una vez haya sido instalado</b></li> <li>● <b>Tapar todas las llaves de paso cuando no estén en uso. (Categoría IB)</b></li> </ul> <p><b>Cuidados de Enfermería en caso de signos de infección</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Quitar los catéteres venosos periféricos si el paciente desarrolla signos de flebitis (calor, sensibilidad, eritema o cordón venoso palpable), infección o un catéter que funciona mal. (Categoría IB)</b></li> </ul>

Educación para el paciente	El paciente, cuidador o representante legal debe recibir instrucción y educación relacionada con el dispositivo de acceso vascular, terapia de infusión prescrita, prevención y control de infecciones y plan de atención (NICE, 2012). <b>(Nivel de evidencia V)</b>
<b>Medidas de prevención para flebitis química, mecánica y bacteriana</b>	<p><b>FLEBITIS MECANICA</b></p> <p>Su aparición es dentro de las primeras 12 horas, es una irritación de la íntima de la vena, en el sitio de punción, causada por el contacto con el material del catéter o aguja o la fijación inadecuada de la cánula que permite el movimiento.</p> <p><b>FLEBITIS BACTERIANA</b></p> <p>Se evidencia después de las 72 horas. Inflamación originada por cualquier tipo de microorganismo, generalmente causada por la falta de aplicación de una adecuada técnica aséptica que conducen a la infección (Dougherty y Lister, 2011).</p>
	<p><b>Mejores prácticas</b></p> <p>Al insertar una cánula, el introductor nunca debe ser reinsertado ya que esto puede hacer que la parte distal de la vaina de la cánula se corte y entre en el sistema de circulación.</p>
Canulación periférica usando la técnica aséptica de no tocar (ANTT)	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar al paciente, tener la orden médica</li> <li>• Preparar al paciente: Explicar el procedimiento al usuario y la indicación de la terapia endovenosa</li> <li>• Verificar el consentimiento informado del procedimiento (Si aplica)</li> <li>• Lavado de manos y antebrazo del paciente</li> </ul>
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NANDA International - Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación</li> <li>• Bulechek, G.M. - Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)</li> <li>• National Center for Infectious Diseases, Hughes James M., Division of Healthcare Quality Promotion, Solomon Steven L. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. August 9, 2002 / 51(RR10); 1-26. Available in: <a href="https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm">https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm</a></li> <li>• Denton Andrea, Bodenham Andy, Conquest Ann, Davies Annette, Davidson Anne, Portsmouth Jackie, Doherty Jacqui, York Nicola, Oulds Sharron, Shrestha Suman. Standards for infusión therapy. Fourth edition. 2016 Royal College of Nursing. Available in: <a href="file:///C:/Users/USUARIO%20FINAL/Desktop/005704%20(1).pdf">file:///C:/Users/USUARIO%20FINAL/Desktop/005704%20(1).pdf</a></li> <li>• Royal Cornwall Hospitals NHS Trust. Aseptic Non Touch Technique (ANTT) Policy. V4.0. 8 May 2017. Available in: <a href="https://doclibrary-rcht.cornwall.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/InfectionPreventionAndControl/AsepticNonTouchTechnique.pdf">https://doclibrary-rcht.cornwall.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/InfectionPreventionAndControl/AsepticNonTouchTechnique.pdf</a></li> </ul>



 <p><b>2</b></p> <p>Higienización de manos: Con agua y jabón (Gluconato de clorhexidina al 2%)</p>	 <p><b>3</b></p> <p>Limpiar la bandeja con desinfectante de alto espectro. Creando un campo aséptico general y dejar secar</p>	 <p><b>4</b></p> <p>Bandeja con: Alistar el equipo necesario estandarizado</p>	 <p><b>5</b></p> <p>Higienización de manos: Con agua y jabón o con alcohol glicerinado al 70%</p>	 <p><b>6</b></p> <p>Preparar el equipo protegiendo las partes estériles con la técnica aséptica de no tocar (ANTT) y con campos asépticos Ensamble el equipo e incluya el equipo personal de bioseguridad</p>
<b>Preparación de la zona de punción en el paciente</b>				
 <p><b>7</b></p> <p>Higienización de manos: Con alcohol glicerinado al 70% Ponerse la bata</p>	 <p><b>8</b></p> <p>Con las manos limpias, coloque el brazo sobre el campo</p>	 <p><b>9</b></p> <p>Poner torniquete desechable, localizar la vena, y retirar el torniquete</p>	 <p><b>10</b></p> <p>Higienización de manos: Con alcohol glicerinado al 70%</p>	 <p><b>11</b></p> <p>Volver a apretar el torniquete</p>
 <p><b>12</b></p> <p>Ponerse guantes. (Use guantes estériles si las partes estériles necesitan tocarse directamente)</p>	 <p><b>13</b></p> <p>Limpiar el sitio de punción durante 30 segundos usando clorhexidina al 2% / alcohol al 70%, con la técnica del centro a la periferia, y dejar secar</p>	 <p><b>14</b></p> <p>Hacer tracción en sentido contrario de la canulación debajo del sitio de punción para fijar la vena seleccionada e insertar la cánula usando la técnica aséptica de no tocar y fijar</p>	 <p><b>15</b></p> <p>Usando la técnica aséptica de no tocar, fijar la extensión de anestesia, utilizar un apósito semipermeable estéril y un dispositivo de fijación</p>	 <p><b>16</b></p> <p>Eliminar objetos cortantes</p>
 <p><b>17</b></p> <p>Desechar los guantes y seguidamente realizar el lavado de manos</p>				



**\*En los pasos enumerados en rojo hay que tener mayor cuidado de no tocar las partes estériles durante el procedimiento**

Fuente: Royal Cornwall Hospitals NHS Trust. Aseptic Non Touch Technique (ANTT) Policy. V4.0. 8 May 2017. Available in: <https://doclibrary-rcht.cornwall.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/InfectionPreventionAndControl/AsepticNonTouchTechnique.pdf>

CODIGO	MC.18-001	VERSION	15	FECHA	31/08/2017	PAG 6 de 207
--------	-----------	---------	----	-------	------------	--------------

	<b>ENFERMERÍA</b> <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE</b> <b>ENFERMERÍA</b>	Elaborado Enfermeras Actualizado Enfermera PDA Coord. Enfermería Revisado Sistema Integrado de Gestión
---	--	---

#### INTRODUCCION

El presente documento se elabora con el fin de compilar los diferentes procedimientos de enfermería, buscando la estandarización de los mismos, lo que permitirá una sistematización en la realización de las actividades de enfermería y por ende una atención más segura, ya que el personal de enfermería que ingrese a la institución desde su proceso de inducción va a tener conocimiento del paso a paso a seguir durante la realización de las diferentes intervenciones de enfermería, así mismo el personal que labora en nuestra organización cuenta con criterios unificados favoreciendo la optimización de los recursos.

La construcción del presente manual contó con la participación de las enfermeras y Perfusionistas del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A, fue realizado teniendo en cuenta el modelo de atención y la evidencia científica que sustenta las diferentes actividades de enfermería

	ENFERMERÍA	Elaborado Enfermeras
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Actualizado Enfermera PDA Coord. Enfermería Revisado Sistema Integrado de Gestión

## 6. GUÍA DE MANEJO PARA CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

### COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN POR

COORDINACIÓN		
Yaneth Carvajal Pérez	Enfermera	Enfermera especialista en auditoría en salud, magister
AUTORÍA		
Clara Inés Padilla	Enfermera	Enfermera especialista, magister
Nayibe Alejandra Sandoval	Estudiante PDA-UNAB	Estudiante octavo semestre de enfermería
VALIDACIÓN		
Diana Carolina Montañez Prada	Enfermera	Coordinadora Cardiología Intervencionista ICB
Lina María Niño	Enfermera	Coordinadora Falla cardiaca ICB
ACTUALIZACIÓN 2017		
Vivian Angélica Mancilla Jiménez	Coordinadora de Seguridad del Paciente	Enfermera especialista en Gerencia de servicios de Salud.
Lucy Afanador Afanador	Estudiante PEP-UNAB	Estudiante octavo semestre de enfermería



ENFERMERÍA	Elaborado Enfermeras
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Actualizado Enfermera PDA Coord. Enfermería Revisado Sistema Integrado de Gestión

## 6. GUÍA DE MANEJO PARA CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

### COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN POR

COORDINACIÓN		
Yaneth Carvajal Pérez	Enfermera	Enfermera especialista en auditoría en salud, magister
AUTORÍA		
Clara Inés Padilla	Enfermera	Enfermera especialista, magister
Nayibe Alejandra Sandoval	Estudiante PDA-UNAB	Estudiante octavo semestre de enfermería
VALIDACIÓN		
Diana Carolina Montañez Prada	Enfermera	Coordinadora Cardiología Intervencionista ICB
Lina María Niño	Enfermera	Coordinadora Falla cardiaca ICB
ACTUALIZACIÓN 2017		
Vivian Angélica Mancilla Jiménez	Coordinadora de Seguridad del Paciente	Enfermera especialista en Gerencia de servicios de Salud.
Lucy Afanador Afanador	Estudiante PEP-UNAB	Estudiante octavo semestre de enfermería

### 6.1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO	
Profesionales de la salud	Enf; Mg (C) Enf; Mg (C) Estudiante enfermería UNAB
Clasificación del procedimiento	Manejo de cateterismo venoso Periférico
Políticas y Requisitos	Política de Seguridad del Pacientes Política de Calidad del Paciente NTC 9001:2008
Usuarios Potenciales	Enfermeras Jefes de Servicio, Enfermeras Especialistas, Enfermeras Generales, Auxiliares de Enfermería General, personal de salud y personal de salud en formación.
Tipo de Organización Desarrolladora	Instituto del Corazón de Bucaramanga
Población Blanco	Usuarios (Hombre- Mujer) sometidos a procedimiento en el Instituto del Corazón de Bucaramanga que requieran la realización del cateterismo venoso periférico.

*Anexo 9. Correo electrónico de entrega de la actualización de la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico*

The image displays three sequential screenshots of an email inbox from 'pacienteseguro@institutodelcorazon.com'. The interface includes a left sidebar with navigation options like 'REDACTAR', 'Recibidos (91)', and 'Destacados'. The main content area shows the following emails:

- Top Screenshot:** An email titled 'Socialización modificación de la Guía de manejo para cate...' dated September 12, 2017. The subject is 'Socialización modificación de la Guía de manejo para cateterismo venoso periférico'. The body text states: 'Socialización de las posibles modificaciones en la Guía para manejo del cateterismo venoso periférico. Cuando: mar 12 de sept de 2017 10am - 11am (Elogotá). Dónde: Sala de Conferencias Sede Ambulatoria (mapa). Videollamada: [https://plus.google.com/hangouts/\\_/institutodelcorazon.com/socializacion](https://plus.google.com/hangouts/_/institutodelcorazon.com/socializacion). Calendario: [pdaenfermeria@institutodelcorazon.com](mailto:pdaenfermeria@institutodelcorazon.com). Quién: pdaenfermeria@institutodelcorazon.com, pacienteseguro@institutodelcorazon.com, lallacaciasa@institutodelcorazon.com, antiozagaciasa@institutodelcorazon.com, enfermeria\_crujia@institutodelcorazon.com, sardiologia@institutodelcorazon.com, metodos\_fiscal@institutodelcorazon.com.
- Middle Screenshot:** An email titled 'actualización de CVP' dated September 18, 2017. The body text reads: 'Hola Ingeniero. Me permito enviar anexa la actualización de CVP en color rojo y verde. Se incluyeron las correcciones que se hicieron en reunión previa con las coordinadoras de enfermería y perfusión. La guía de manejo para cateterismo venoso periférico empieza en la página 23 hasta la página 52. Gracias y quedamos pendiente de la nueva versión.'
- Bottom Screenshot:** An email titled 'Actualización de la guía de manejo cateterismo venoso periférico' dated September 12, 2017. The body text reads: 'Buenos días, Jefe Vivian Mancilla. Le envío un cordial saludo y adjunto las correcciones que se hicieron hoy en la reunión con las jefes. La guía de manejo para cateterismo venoso periférico empieza en la página 23 hasta la página 50. Gracias por su atención y quedo pendiente. Lucy Afanador Afanador. Estudiantes de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Práctica Electiva de Profundización. Instituto del Corazón de Bucaramanga. [pdaenfermeria@institutodelcorazon.com](mailto:pdaenfermeria@institutodelcorazon.com)'. Logos for 'unab' and 'Instituto del Corazón de Bucaramanga' are visible at the bottom.

*Anexo 10. Correo electrónico de la divulgación de los instructivos de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión*

pacienteseguro@institutodelcorazon.com

Correo • 50 de unas 99

REDACTAR

Recibidos (91)  
Destacados  
Enviados  
Borradores (2)  
Categorías  
PEP Investigativo  
Más ▾

Divulgación de los instructivos de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión Recibidos x

Practicantes Enfermería <pdaenfermeria@institutodelcorazon.com>  
para Falla, Diana, Enfermería, MDNI, Seguridad ▾ 11 sept. ☆ ↶

Buenos días,  
Jefe Lina Maria Niño  
Jefe Carolina Montañez  
Jefe Paola Bareño

Les envío un cordial saludo. El presente tiene como motivo preguntarles si nos pueden dar las fechas de las próximas reuniones del grupo primario (Engranergias), para allí poder realizar la divulgación de los instructivos de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión.

Agrazedco de antemano su atención prestada y quedo pendiente.

Lucy Afanador Afanador  
**Estudiantes de Enfermería**  
Facultad de Ciencias de la Salud  
**Universidad Autónoma de Bucaramanga**  
Práctica Electiva de Profundización  
Instituto del Corazón de Bucaramanga  
[pdaenfermeria@institutodelcorazon.com](mailto:pdaenfermeria@institutodelcorazon.com)

Practicantes Enfermería <pdaenfermeria@institutodelcorazon.com>  
para Cirugía ▾ 11 sept. ☆ ↶

----- Mensaje reenviado -----  
De: **Practicantes Enfermería** <pdaenfermeria@institutodelcorazon.com>

pacienteseguro@institutodelcorazon.com

Correo • 50 de unas 99

REDACTAR

Recibidos (91)  
Destacados  
Enviados  
Borradores (2)  
Categorías  
PEP Investigativo  
Más ▾

Practicantes Enfermería <pdaenfermeria@institutodelcorazon.com>  
para Cirugía ▾ 11 sept. ☆ ↶

Coord. Cardiología Bucaramanga 12 sept. ☆

Buenas Tardes Lucy, Tengo grupo primario de Cardiología interencionista el 2...

Coord. Cardiología Bucaramanga 15 sept. ☆

Hola Lucy, Sería en la sede Foscal internacional el 28 de septiembre a las 04...


Practicantes Enfermería <pdaenfermeria@institutodelcorazon.com>  
para Cardiología ▾ 18 sept. ☆ ↶

Buenos días,  
Jefe Diana Montañez

Si, le agradezco que me planille para ese mismo día a las 04:30pm.

Muchas gracias por su atención

Diana Carolina Montañez ...  
cardiologia@institutodelcorazon.c...  
Mostrar detalles


pacienteseguro@institutodelcorazon.com

Correo ▾
 36 de una

REDACTAR

Recibidos (90)  
 Destacados  
 Enviados  
 Borradores (2)  
 Categorías  
 PEP Investigativo  
 Más ▾

**Aceptado: Socialización de instructivos de caídas y úlceras por presión**
jue 28 de sept de 2017 4:30pm - 5:30pm (pdaenfermeria@institutodelcorazon.com)
Recibidos x

Coord. Cardiología Bucaramanga a través de google.com  
 para mí ▾
 20 sept ☆

sept.
28
jue.

**Socialización de instructivos de caíd...**  
 De Google Calendar

cardiologia@institutodelcorazon.com ha aceptado este evento.  
[Ver datos actualizados en Google Calendar](#)

**Coord. Cardiología Bucaramanga ha aceptado esta invitación.**

**Socialización de instructivos de caídas y úlceras por presión**  
 Socialización de los instructivos de caídas y úlceras por presión en el grupo primario de Cardiología intervencionista (Engranergia)

Cuándo: jue 28 de sept de 2017 4:30pm – 5:30pm Bogotá


Dónde: Foscal Internacional - Zona Franca Fosunab, Cll 158, Cl. 20 #28a95, Floridablanca, Cañaveral, Colombia ([mapa](#))

Información para unirse: <meet.google.com/dkf-ndkv-qji>

Calendario: [pdaenfermeria@institutodelcorazon.com](mailto:pdaenfermeria@institutodelcorazon.com)

Quién:
 

- [pdaenfermeria@institutodelcorazon.com](mailto:pdaenfermeria@institutodelcorazon.com) - organizador
- [pacienteseguro@institutodelcorazon.com](mailto:pacienteseguro@institutodelcorazon.com)
- [cardiologia@institutodelcorazon.com](mailto:cardiologia@institutodelcorazon.com)


pacienteseguro@institutodelcorazon.com

Correo ▾
 3

REDACTAR

Recibidos (91)  
 Destacados  
 Enviados  
 Borradores (2)  
 Categorías  
 PEP Investigativo  
 Más ▾

**Aceptado: Socialización de instructivos de caídas y úlceras por presión**
jue 28 de sept de 2017 4:30pm - 5:30pm (pdaenfermeria@institutodelcorazon.com)
Recibidos x

Coord. Seguridad Del Paciente Bucaramanga a través de google.com  
 para mí ▾
 20 sept ☆

sept.
28
jue.

**Socialización de instructivos de caíd...**  
 De Google Calendar

pacienteseguro@institutodelcorazon.com ha aceptado este evento.  
[Ver datos actualizados en Google Calendar](#)

**Coord. Seguridad Del Paciente Bucaramanga ha aceptado esta invitación.**

**Socialización de instructivos de caídas y úlceras por presión**  
 Socialización de los instructivos de caídas y úlceras por presión en el grupo primario de Cardiología intervencionista (Engranergia)

Cuándo: jue 28 de sept de 2017 4:30pm – 5:30pm Bogotá

Dónde: Foscal Internacional - Zona Franca Fosunab, Cll 158, Cl. 20 #28a95, Floridablanca, Cañaveral, Colombia ([mapa](#))

Información para unirse: <meet.google.com/dkf-ndkv-qji>

Calendario: [pdaenfermeria@institutodelcorazon.com](mailto:pdaenfermeria@institutodelcorazon.com)

Quién:
 

- [pdaenfermeria@institutodelcorazon.com](mailto:pdaenfermeria@institutodelcorazon.com) - organizador
- [pacienteseguro@institutodelcorazon.com](mailto:pacienteseguro@institutodelcorazon.com)
- [cardiologia@institutodelcorazon.com](mailto:cardiologia@institutodelcorazon.com)

Anexo 11 Asistencia a la socialización de la actualización del instructivo de CVP ante las coordinadoras de los servicios

**GESTION DE RECURSOS HUMANOS**  
**ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y/O REUNIONES**

Elaborado: Mariza Alvarez  
 Actualizado: Sistema Integrado de Gestión  
 Revisado: Sistema Integrado de Gestión

Fecha de la capacitación: 12/09/2015 Hora de inicio: 9 am  
 Hora de Finalización: 10:30 Lugar: Sala de juntas Amb  
 Herramientas Utilizadas para la reunión: Presentación

Título o nombre de la capacitación y/o Reunión: Actualización del instructivo de CVP

Responsable: Vivian Mancilla y Lucy Aparicio

Proceso que organiza la Capacitación y/o Reunión: Gestión humana/programa de Bienestar

Objetivo: Presentar a las coordinadoras de Empresas la actualización para su aprobación

TEMAS QUE SE EXPONDRÁN EN LA CAPACITACIÓN Y/O REUNIÓN

Mancilla J  
Firma del Responsable

No.	Nombre	Cargo	Area	Firma
1	Lucy Aparicio	Empresas	CA	[Firma]
2	Vivian Mancilla	Empresas	CA	[Firma]
3	Lucy Aparicio	Empresas	CA	[Firma]
4	Vivian Mancilla	Coord. Serv. Pte	CA	[Firma]
5	Lucy Aparicio	Coord. Serv. Pte	CA	[Firma]
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
No.	Nombre	Cargo	Area	Firma
22				

CODIGO RE-32-001 VERSION 4 FECHA 11/05/2015 PAG 1 de 3

*Anexo 12. Planeación de las actividades educativas para los instructivos de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión*

	<b>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA</b> <b>FACULTAD DE SALUD</b> <b>PROGRAMA DE ENFERMERÍA</b> <b>PRÁCTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACIÓN</b> <b>INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA</b> <b>PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>DOCENTE:</b> Clara Inés Padilla
		<b>FECHA:</b> 28 Septiembre/2017
Actividad:	Socialización de los instructivos prevención de caídas y úlceras por presión	
Estudiante capacitador:	Lucy Tatiana Afanador Afanador	
Tiempo:	1 hora	
Hora de inicio:	16:30	
Hora de finalización:	17:30	
Población objeto:	Personal de enfermería del instituto del corazón.	
Objetivo general:	Describir las actividades que garanticen la prevención y disminución de eventos adversos asociados a caídas y úlceras por presión, en los pacientes atendidos en las sedes y sus respectivos servicios del Instituto del Corazón de Bucaramanga, con base en la Guía de Buenas Prácticas Clínicas (RNAO), con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes.	
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar evaluación de conocimientos en el personal de enfermería del ICB</li> <li>• Describir los instructivos de prevención de úlceras por presión y prevención de caídas al personal de enfermería del ICB por medio de una presentación en PowerPoint</li> <li>• Invitar al personal de enfermería a participar de un juego desde sus dispositivos móviles, respondiendo el test: “Prevención de caídas y prevención de úlceras por presión”</li> </ul>	
Actividades a realizar:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel de los conocimientos en el personal de enfermería del ICB, aplicando un test de pre-saberes y un test de post-saberes</li> <li>• Describir la presentación: “Prevención de úlceras por presión”, la cual contiene las definiciones, la clasificación de las úlceras por presión, la escala de valoración Braden y las actividades preventivas</li> <li>• Explicar las diapositivas “Prevención de caídas”, el cual contiene las definiciones, clasificación, factores de riesgo, escala de valoración Downton y las actividades de prevención</li> <li>• Realizar una dinámica llamada (Kahoot), en la cual los participantes ingresarán por medio de sus dispositivos móviles a sitio web Kahoot e ingresarán el código del juego y sus nombres y competirán respondiendo diez (10) preguntas en el menor tiempo posible para estar entre los tres (3) primeros, quienes recibirán como premio un dulce (Chocolatina).</li> </ul>	
Estrategias metodológicas	Presentación en PowerPoint: Prevención de úlceras por presión y prevención de caídas, dinámica de preguntas (Kahoot)	
Evaluación	Aplicar el test de conocimientos sobre los instructivos de prevención de caídas y úlceras por presión del ICB	



Número de personas participantes	(16) Personal de enfermería y auxiliar de enfermería
Referencias bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinadora de seguridad del paciente, Instructivo prevención de caídas, IN.15-012, V1, 26/07/2017, Pág.1:14. Software de seguridad Clinic OnLine.</li> <li>• Coordinadora de Seguridad del paciente Bogotá y Bucaramanga, Instructivo prevención de úlceras por presión, IN.15-014, V0, 21/06/2016, Pág.1:9. Software de seguridad Clinic OnLine.</li> </ul>
Firma del Jefe inmediato	Vivian Mancilla. Coordinadora de seguridad del paciente.

<b>NANDA</b>		
<b>Prevención de caídas</b>		
<b>VALORACIÓN POR DOMINIOS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>	<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA DEFINICIÓN</b>	<b>ETIOLOGÍA – CAUSA - R/C</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa deseo de mejorar en el aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>[00161] Disposición para mejorar los conocimientos</b> DEFINICIÓN: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada</li> </ul>	

<b>NOC [1828] CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS</b>					
<b>DEFINICIÓN:</b> Grado de conocimiento transmitido sobre la prevención de caídas.					
<b>META:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la guía de prevención de caídas al 90% del personal de enfermería de las sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga</li> <li>• Evaluar el nivel de conocimientos en la guía de prevención de caídas al 80% del personal de enfermería del Instituto del Corazón de Bucaramanga</li> </ul>					
<b>INDICADORES</b>	0	1 a 2	3 a 5	6 a 8	9 a 10
	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso

[182802] Uso correcto de los mecanismos de seguridad.					
[182809] Uso de procedimientos seguros de traslado.					
[182803] Calzado adecuado.					
[182812] Medicaciones prescritas que aumentan el riesgo de caídas.					
[182817] Cómo deambular de manera segura.					
[182821] Cómo mantener las superficies del suelo seguras.					
<b>NOC INICIAL</b>	(3-5) Conocimiento moderado	21%			
	(6-8) Conocimiento sustancial	64%			
	(9-10) Conocimiento extenso	14%			
<b>NOC FINAL</b>	(6-8) Conocimiento sustancial	29%			
	(9-10) Conocimiento extenso	71%			

### OPERACIONALIZACIÓN PREVENCIÓN DE CAÍDAS

INDICADORES	ÍTEMS
[182802] Uso correcto de los mecanismos de seguridad.	<p><b>1.</b> De las siguientes escalas que encuentra a continuación, seleccione la <b>escala de valoración del riesgo de caídas</b> aplicada en el ICB.</p> <p>( ) Stratify</p> <p>( ) Morse</p> <p>( ) J.H. Downton</p> <p>( ) Braden Q</p>
[182809] Uso de procedimientos seguros de traslado. [182803] Calzado adecuado.	<p><b>2.</b> De las siguientes estrategias de prevención, ¿Cuál estrategia corresponde a la <b>prevención de caídas</b>? <b>Seleccione la opción correcta.</b></p>

	<p>( ) El paciente debe usar calzado antideslizante, identificar el riesgo de caídas, informar en cambio de turno y servicio el riesgo de caída del paciente, acompañar en la deambulaci3n, acompa1ante o familiar permanente</p> <p>( ) Asegurar adecuada iluminaci3n, la superficie del suelo limpia y seca, realizar los cambios de posici3n cada 2 horas, ropa c3moda</p> <p>( ) Barandas de la cama elevadas, cama alta, calzado antideslizante, educaci3n al paciente y familiar sobre el riesgo de caídas, colocar acojinamiento en las prominencias 3seas</p>
[182812] Medicaciones prescritas que aumentan el riesgo de caídas.	<p><b>3.</b> De los siguientes enunciados sobre <b>prevenci3n de riesgo de caídas</b>, a continuaci3n determine si el enunciado es <b>verdadero (V) o falso (F)</b>.</p> <p>( ) La valoraci3n del riesgo de caídas en el momento del ingreso es importante porque ayuda a orientar las intervenciones que van a reducir los riesgos de caídas</p> <p>( ) Los pacientes que toman benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptaci3n de serotonina, trazadona o varios medicamentos a la vez, no tienen riesgo de sufrir caídas</p>
[182817] C3mo deambular de manera segura.	<p><b>4.</b> Del siguiente enunciado sobre la prevenci3n de caídas, determine si es verdadero (V) o falso (F)</p> <p>( ) Cuando el paciente obtuvo un puntaje de 2 para riesgo de caídas, como acciones en la prevenci3n de caídas el familiar debe acompa1arlo permanentemente.</p>
[182821] C3mo mantener las superficies del suelo seguras.	<p><b>5.</b> Del siguiente enunciado sobre la prevenci3n de caídas, determine si es verdadero (V) o falso (F)</p> <p>( ) Cuando se observan líquidos derramados en el suelo o mobiliario desordenado, se debe informar y solucionar de inmediato.</p>

### NANDA

#### Prevenci3n de úlceras por presi3n

VALORACI3N POR DOMINIOS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	ETIQUETA DIAGN3STICA DEFINICI3N	ETIOLOGÍA – CAUSA - R/C
<ul style="list-style-type: none"> <li>Expresa deseo de mejorar en el aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>[00161] Disposici3n para mejorar los conocimientos</b> DEFINICI3N: La presencia o adquisici3n de informaci3n cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos</li> </ul>	

	relacionados con la salud y puede ser reforzada	
--	---	--

### [1814] CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

**DEFINICIÓN:** Grado de conocimiento transmitido sobre un procedimiento requerido dentro de un régimen terapéutico.

INDICADORES	0	1 a 2	3 a 5	6 a 8	9 a 10
	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
[181410] Posibles efectos de las úlceras por presión (Clasificación del estadio de las úlceras por presión)					
[181403] Procedimiento de valoración del riesgo de úlceras por presión					
[181405] Precauciones para evitar formación de úlceras por presión					
[181403] Pasos a tener en cuenta en la valoración de escala Braden					
<b>NOC INICIAL</b>	(6-8) Conocimiento sustancial		100%		
<b>NOC FINAL</b>	(3-5) Conocimiento moderado		14%		
	(6-8) Conocimiento sustancial		14%		
	(9-10) Conocimiento extenso		71%		

## OPERACIONALIZACIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN

INDICADORES	ÍTEMS										
<p>[181410] Posibles efectos de las úlceras por presión (Clasificación del estadio de las úlceras por presión)</p>	<p>A continuación encontrará <b>la clasificación de los estadios de las úlceras por presión</b>. La columna de la izquierda corresponde al estadio y la columna derecha los enunciados relacionados con los estadios. Realice el apareamiento colocando la letra que corresponda en el espacio.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Columna izquierda</th> <th style="text-align: center;">Columna derecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1. ____ Estadio I</td> <td style="padding: 5px;">A. Pérdida total del grosor de la piel con compromiso de lesión o necrosis de tejido celular subcutáneo que puede extenderse a fascia, sin atravesarla.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. ____ Estadio II</td> <td style="padding: 5px;">B. Eritema, piel íntegra.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3. ____ Estadio III</td> <td style="padding: 5px;">C. Pérdida total del grosor de la piel con tejido necrótico o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén. Puede asociarse con socavamiento y tractos fistulosos en tejido adyacente.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4. ____ Estadio IV</td> <td style="padding: 5px;">D. Pérdida parcial del grosor de la piel con compromiso de epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión o ampolla.</td> </tr> </tbody> </table>	Columna izquierda	Columna derecha	1. ____ Estadio I	A. Pérdida total del grosor de la piel con compromiso de lesión o necrosis de tejido celular subcutáneo que puede extenderse a fascia, sin atravesarla.	2. ____ Estadio II	B. Eritema, piel íntegra.	3. ____ Estadio III	C. Pérdida total del grosor de la piel con tejido necrótico o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén. Puede asociarse con socavamiento y tractos fistulosos en tejido adyacente.	4. ____ Estadio IV	D. Pérdida parcial del grosor de la piel con compromiso de epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión o ampolla.
Columna izquierda	Columna derecha										
1. ____ Estadio I	A. Pérdida total del grosor de la piel con compromiso de lesión o necrosis de tejido celular subcutáneo que puede extenderse a fascia, sin atravesarla.										
2. ____ Estadio II	B. Eritema, piel íntegra.										
3. ____ Estadio III	C. Pérdida total del grosor de la piel con tejido necrótico o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén. Puede asociarse con socavamiento y tractos fistulosos en tejido adyacente.										
4. ____ Estadio IV	D. Pérdida parcial del grosor de la piel con compromiso de epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión o ampolla.										
<p>[181403] Procedimiento de valoración del riesgo de úlceras por presión</p>	<p>De la escala de valoración del riesgo de úlceras por presión, seleccione cuales son los parámetros que se tienen en cuenta</p> <p><input type="checkbox"/> Percepción sensorial, exposición a la humedad, edad, movilidad, medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Exposición a la humedad, movilidad, percepción, deambulacion, estado mental</p> <p><input type="checkbox"/> Percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Exposición a la humedad, fricción y cizallamiento, nutrición, deambulacion, incontinencia</p>										
<p>[181405] Precauciones para evitar formación de úlceras por presión</p>	<p>¿Cuál de los siguientes pacientes, son propensos a padecer de úlceras por presión?</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente caquético</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente con incontinencia urinaria</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente en extremos de la edad</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los anteriores</p>										

[181403] Pasos a tener en cuenta en la valoración de escala Braden	¿Cuál son los factores extrínsecos predisponentes para la formación de úlceras por presión en los pacientes?  <input type="checkbox"/> Inmovilidad <input type="checkbox"/> Humedad y sondaje (vesical, nasogástrico) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca
--	--

### INTERPRETACIÓN

La escala tipo Likert corresponde a:

ESCALA TIPO LIKERT RESPUESTAS CORRECTAS	INTERPRETACIÓN
0	Ningún conocimiento
1-2	Conocimiento escaso
3-5	Conocimiento moderado
6-8	Conocimiento sustancial
9-10	Conocimiento extenso

*Tabla 35. RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC). SOLUCIÓN 3*

<b>DOMINIO:</b> 4 Conocimiento y conducta de salud		
<b>CLASE:</b> S Conocimientos sobre salud		
<b>RESULTADO: CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS</b>		
<b>INDICADORES</b>	<b>NOC INICIAL</b>	<b>NOC FINAL</b>
[182802] Uso correcto de los mecanismos de seguridad.		
[182809] Uso de procedimientos seguros de traslado.		
[182803] Calzado adecuado.		

[182812] Medicaciones prescritas que aumentan el riesgo de caídas.			
<b>TOTAL</b>	(3-5) Conocimiento moderado	21%	(6-8) Conocimiento sustancial 29%
	(6-8) Conocimiento sustancial	64%	(9-10) Conocimiento extenso 71%
	(9-10) Conocimiento extenso	14%	

Fuente: Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4 Edición

*Tabla 36. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN DEL PRE-TEST Y POST-TEST. SOLUCIÓN 3. INSTRUCTIVO PREVENCIÓN CAÍDAS*

PRE-TEST				POST-TEST			
Calificación pre-test	Nº personas	Escala Likert	Porcentaje (%)	Calificación pre-test	Nº personas	Escala Likert	Porcentaje (%)
3	3	(3-5) Conocimiento moderado	21%	7	2	(6-8) Conocimiento sustancial	29%
6	1	(6-8) Conocimiento sustancial	64%	8	2		
7	7			(9-10) Conocimiento extenso	71%		
8	1						
10	2	(9-10) Conocimiento extenso	14%				
<b>Total</b>	<b>14</b>		<b>100%</b>		<b>14</b>		<b>100%</b>

Autor del trabajo

*Tabla 37. PORCENTAJE (%) DE CALIFICACIÓN DEL PRE-TEST Y POST-TEST. SOLUCIÓN 4. INSTRUCTIVO PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN*

PRE-TEST				POST-TEST			
Calificación pre-test	Nº personas	Escala Likert	Porcentaje (%)	Calificación pre-test	Nº personas	Escala Likert	Porcentaje (%)

5	6	(6-8) Conocimiento sustancial	100%	2,5	2	(3-5) Conocimiento moderado	14%
10	8			6,25	1	(6-8) Conocimiento sustancial	14%
				7,5	1		
				10	10	(9-10) Conocimiento extenso	71%
<b>Total</b>	<b>14</b>		<b>100%</b>		<b>14</b>		<b>100%</b>

Autor del trabajo

### TEST PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. SEGUNDO SEMESTRE 2017

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

- De las siguientes escalas que encuentra a continuación, seleccione la **escala de valoración del riesgo de caídas** aplicada en el ICB.
  - Stratify
  - Morse
  - J.H. Downton
  - Braden Q
- De los siguientes enunciados sobre **prevención de riesgo de caídas**, a continuación determine si el enunciado es **verdadero (V) o falso (F)**.
  - La valoración del riesgo de caídas en el momento del ingreso es importante porque ayuda a orientar las intervenciones que van a reducir los riesgos de caídas
  - Los pacientes que toman benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, trazadona o varios medicamentos a la vez, no tienen riesgo de sufrir caídas
- De las siguientes estrategias de prevención, ¿Cuál estrategia corresponde a la **prevención de caídas**? **Seleccione la opción correcta.**
  - El paciente debe usar calzado antideslizante, identificar el riesgo de caídas, informar en cambio de turno y servicio el riesgo de caída del paciente, acompañar en la deambulaci3n, acompañante o familiar permanente



- B. ( ) Asegurar adecuada iluminación, la superficie del suelo limpia y seca, realizar los cambios de posición cada 2 horas, ropa cómoda
- C. ( ) Barandas de la cama elevadas, cama alta, calzado antideslizante, educación al paciente y familiar sobre el riesgo de caídas, colocar acojinamiento en las prominencias óseas


4. A continuación encontrará **la clasificación de los estadios de las úlceras por presión**. La columna de la izquierda corresponde al estadio y la columna derecha los enunciados relacionados con los estadios. Realice el apareamiento colocando la letra que corresponda en el espacio.

Columna izquierda	Columna derecha
1. ____ Estadio I	A. Pérdida total del grosor de la piel con compromiso de lesión o necrosis de tejido celular subcutáneo que puede extenderse a fascia, sin atravesarla.
2. ____ Estadio II	B. Eritema, piel íntegra.
3. ____ Estadio III	C. Pérdida total del grosor de la piel con tejido necrótico o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén. Puede asociarse con socavamiento y tractos fistulosos en tejido adyacente.
4. ____ Estadio IV	D. Pérdida parcial del grosor de la piel con compromiso de epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión o ampolla.

5. De la escala de **valoración del riesgo de úlceras por presión**, seleccione cuales son los parámetros que se tienen en cuenta
- A. ( ) Percepción sensorial, exposición a la humedad, edad, movilidad, medicamentos
- B. ( ) Exposición a la humedad, movilidad, percepción, deambulación, estado mental
- C. ( ) Percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento
- D. ( ) Exposición a la humedad, fricción y cizallamiento, nutrición, deambulación, incontinencia

Gracias por su colaboración.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE UN COMPROMISO DE TODOS.



		<b>GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS</b> <b>ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y/O REUNIONES</b>		Elaborado Actualizado Revisado	Maritza Álvarez Sistema Integrado de Gestión Sistema Integrado de Gestión
Fecha de la capacitación	28/Septiembre/2017	Hora de Inicio	4:30 pm		
Hora de Finalización	Lugar				
Herramientas Utilizadas para la reunión	Presentación con diapositivas "Prevención de caídas" y "Prevención de úlceras por presión"				
Título o nombre de la capacitación y/o Reunión	Instructivos de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión				
Responsable	Lucy Afanador. Estudiante PEP UNAB. Seguridad del paciente				
Proceso que organza la Capacitación y/o Reunión	Enfermería				
Objetivo:	Describir las actividades que garanticen la prevención y disminución de eventos adversos asociados a caídas y úlceras por presión, en los pacientes atendidos en las sedes y sus respectivos servicios del Instituto del Corazón de Bucaramanga, con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes.				
<b>TEMAS QUE SE EXPONDRÁN EN LA CAPACITACIÓN Y/O REUNIÓN</b>					
1. Saludo de bienvenida y presentación					
2. Realizar la evaluación de los conocimientos previos, aplicando un test de pre-saberes					
3. Explicar las diapositivas "Prevención de caídas", que contiene las definiciones, clasificación, factores de riesgo, escala de valoración J.H. Downton y las actividades de prevención					
4. Presentar el video "Prevención de úlceras por presión", el cual contiene las definiciones, la clasificación de las úlceras por presión, la escala de valoración Braden y las actividades preventivas					
5. Realizar la evaluación de los conocimientos, posterior a la capacitación, aplicando un test de post-saberes					
<b>Firma del Responsable</b>					
No.	Nombre	Cargo	Area	Firma	
1	Carwin H. Campo	Enfermería	Hematología	[Firma]	
2	Maria Geny	AUX EN FON	Hematología	[Firma]	
3	Don Cosito Jarama	AUX Enfermería	Hematología	[Firma]	
4	Carlton David Pinto	AUX Enfermería	Hematología	[Firma]	
5	Caro Marina Cárdena	AUX Enfermería	Hematología	[Firma]	
6	Adri Carolina Rodríguez	AUX Enfermería	Hematología	[Firma]	
7	Andrés Freddy Méndez	AUX Enfermería	Hematología	[Firma]	
8	Alisson Patricia Morales Cortés	AUX de enfermería	Recepción	[Firma]	
9	Alvaro A. Jarama	Enfermería	Recepción	[Firma]	
10	Kevin Alex S.	Enfermería	Recepción	[Firma]	
11	Natalia Luna	Enfermería	Hematología	[Firma]	
12	Jorge Jarama C.	AUX Enfermería	Hematología	[Firma]	
13	Estefanía Barbosa Pérez	AUX Enfermería	Hematología	[Firma]	
14	Edelmira Rosa Flores	AUX Enfermería	Recepción	[Firma]	
15	Marta Patricia	AUX Enfermería	Recepción	[Firma]	
16	Deira Carolina Jarama	Enfermería	Hematología	[Firma]	
CODIGO	RE.32-001	VERSION	4	FECHA	11/05/2015 PAG 1 de 4

*Anexo 13 Evidencia fotográfica de la socialización de los instructivos de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión al personal de enfermería de hemodinámica*



More actions ▾ ⓘ

---

 **Prevención de caídas y úlceras por presión**  
by **lafanador** 2 weeks ago  
 Quiz 11 questions 🔒 Public


[Play ▶](#) 2 [Favorite ★](#) 0 [Share ↗](#) 0

---

More actions ▾ ⓘ



*Anexo 14. Planeación de actividades educativas para la inducción al programa de seguridad del paciente*

	<b>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA</b> <b>FACULTAD DE LA SALUD</b> <b>PROGRAMA DE ENFERMERÍA</b> <b>PRÁCTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACIÓN</b> <b>INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA</b> <b>PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>DOCENTE:</b> Clara Inés Padilla
		<b>FECHA:</b> 27/Septiembre/2017
Actividad:	<b>Inducción al programa de seguridad del paciente</b>	
Estudiante capacitador:	Lucy Tatiana Afanador Afanador	
Tiempo:	20 minutos	
Hora de inicio:	8:00	
Hora de finalización:	8:20	
Población objeto:	Personal asistencial y administrativo del instituto del corazón	
Objetivo general:	Describir las buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorecen la creación de una cultura institucional que favorezca la disminución de riesgos en la atención del paciente en las distintas sedes del ICB	
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar una instrumento para la evaluación de los conocimientos antes y después de la capacitación en el personal del ICB</li> <li>• Describir el programa de seguridad del paciente del ICB al personal del ICB para aumentar la cultura en seguridad del paciente dentro de sus colaboradores</li> </ul>	
Actividades a realizar:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel de conocimientos sobre el programa de seguridad del paciente al personal asistencial que ingresa al ICB</li> <li>• Describir el programa de seguridad del paciente, con el apoyo de las diapositivas “Inducción del programa de seguridad del paciente”, las cuales contienen: La política, los componentes de la seguridad del paciente, el programa de seguridad y los tipos de eventos en seguridad del paciente</li> <li>• Entregar la asistencia a la capacitación al programa de seguridad del paciente</li> </ul>	
Estrategias metodológicas	Presentación con diapositivas “Inducción del programa de seguridad del paciente”	
Evaluación	Aplicar el test de conocimientos sobre el programa de seguridad del paciente del ICB	
Número de personas participantes	Ocho (8) personas	
Referencias bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carvajal Yaneth. Antecedentes del programa de seguridad del paciente en el ICB. IN.15-00. V5. 25/01/2016. Software de seguridad Clinic Online</li> <li>• Coordinadora de seguridad del paciente y vigilancia epidemiológica. Jefe Vivian Angélica Mancilla Jiménez</li> <li>• Ministerio de salud de Colombia. Reducir riesgo de la atención del paciente crítico. Paquetes instruccionales guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del</li> </ul>	

	paciente en la atención en salud". Disponible en: <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-del-paciente-critico.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-del-paciente-critico.pdf</a>
Firma del Jefe inmediato	Vivian Angélica Mancilla Jiménez. Coordinadora de seguridad del paciente

NANDA Programa de seguridad del paciente		
VALORACIÓN POR DOMINIOS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	ETIQUETA DIAGNÓSTICA DEFINICIÓN	ETIOLOGÍA - CAUSA - R/C
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento insuficiente</li> <li>Realización inadecuada de las pruebas</li> </ul>	[00126] Conocimientos deficientes DEFINICIÓN: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento insuficiente sobre los recursos</li> <li>Información insuficiente</li> </ul>

[1814] CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS					
<b>DEFINICIÓN:</b> Grado de conocimiento transmitido sobre un procedimiento requerido dentro de un régimen terapéutico.					
INDICADORES	0	1-2	3-5	6-8	9-10
	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
[181410] Posibles efectos indeseables en seguridad del paciente					
[181403] Pasos del procedimiento.					
[181402] Propósitos del programa de seguridad del paciente					
[181405] Precauciones de las actividades para prevenir acciones inseguras					
[181407] Cuidados adecuados de la atención en salud					
<b>NOC INICIAL</b>	(1-2) Conocimiento escaso	13%			
	(3-5) Conocimiento moderado	38%			
	(6-8) Conocimiento sustancial	50%			
<b>NOC FINAL</b>	(6-8) Conocimiento moderado	25%			
	(9-10) Conocimiento sustancial	75%			

## OPERACIONALIZACIÓN

INDICADORES	ÍTEMS										
[181410] Posibles efectos indeseables en seguridad del paciente	<p>A continuación encontrará <b>los tipos de eventos en atención en salud</b>. La columna de la izquierda corresponde al evento y la columna derecha los enunciados relacionados con los eventos. Realice el apareamiento colocando la letra que corresponda en el espacio.</p> <table border="1" data-bbox="802 453 1360 1556"> <thead> <tr> <th data-bbox="802 453 1073 485">Columna izquierda</th> <th data-bbox="1073 453 1360 485">Columna derecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="802 485 1073 758">1. ____ Incidente</td> <td data-bbox="1073 485 1360 758">A. Es una lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial (No por la enfermedad de base) que conduce a una hospitalización, a prolongación de la estancia hospitalaria, a una morbilidad asociada o a la muerte.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 758 1073 1115">2. ____ Evento adverso</td> <td data-bbox="1073 758 1360 1115">B. Evento relacionado con la atención en salud que puede tener consecuencias negativas y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad, donde está presente una muerte o daño físico o psicológico serio de carácter permanente, y que requiere tratamiento o un cambio permanente del estilo de vida</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 1115 1073 1335">3. ____ Complicación</td> <td data-bbox="1073 1115 1360 1335">C. Suceso adverso, consecuencia de la atención sanitaria recibida, que no llega a provocar daño al paciente, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 1335 1073 1556">4. ____ Evento centinela</td> <td data-bbox="1073 1335 1360 1556">D. Es el daño o resultado clínico no esperado, relacionado con la enfermedad o a las condiciones propias del paciente; no como consecuencia de la atención en salud recibida</td> </tr> </tbody> </table>	Columna izquierda	Columna derecha	1. ____ Incidente	A. Es una lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial (No por la enfermedad de base) que conduce a una hospitalización, a prolongación de la estancia hospitalaria, a una morbilidad asociada o a la muerte.	2. ____ Evento adverso	B. Evento relacionado con la atención en salud que puede tener consecuencias negativas y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad, donde está presente una muerte o daño físico o psicológico serio de carácter permanente, y que requiere tratamiento o un cambio permanente del estilo de vida	3. ____ Complicación	C. Suceso adverso, consecuencia de la atención sanitaria recibida, que no llega a provocar daño al paciente, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención	4. ____ Evento centinela	D. Es el daño o resultado clínico no esperado, relacionado con la enfermedad o a las condiciones propias del paciente; no como consecuencia de la atención en salud recibida
Columna izquierda	Columna derecha										
1. ____ Incidente	A. Es una lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial (No por la enfermedad de base) que conduce a una hospitalización, a prolongación de la estancia hospitalaria, a una morbilidad asociada o a la muerte.										
2. ____ Evento adverso	B. Evento relacionado con la atención en salud que puede tener consecuencias negativas y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad, donde está presente una muerte o daño físico o psicológico serio de carácter permanente, y que requiere tratamiento o un cambio permanente del estilo de vida										
3. ____ Complicación	C. Suceso adverso, consecuencia de la atención sanitaria recibida, que no llega a provocar daño al paciente, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención										
4. ____ Evento centinela	D. Es el daño o resultado clínico no esperado, relacionado con la enfermedad o a las condiciones propias del paciente; no como consecuencia de la atención en salud recibida										
[181403] Pasos del procedimiento.	<p>De la siguiente afirmación, marque si es verdadera (V) o falsa (F)</p> <p>( ) El análisis de la gestión del reporte de eventos e incidentes clínicos, se realiza según el protocolo de Londres, en donde se generan los planes de mejoramiento continuo y se divulgan las lecciones aprendidas en las engranergias y el boletín Corazón Seguro</p> <p>( ) El sistema de reportes, sólo se permite a través del software Clinic On Line</p>										

	( ) Las rondas de seguridad, son una herramienta para identificar de forma oportuna potenciales eventos y generar adherencia a los protocolos institucionales
[181402] Propósitos del programa de seguridad del paciente	Del siguiente enunciado, marque la respuesta correcta. Los componentes de la seguridad del paciente son: <input type="checkbox"/> Farmacovigilancia <input type="checkbox"/> Tecnovigilancia <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Reactivovigilancia <input type="checkbox"/> Hemovigilancia <input type="checkbox"/> Todos los anteriores
[181405] Precauciones de las actividades para prevenir acciones inseguras	Del siguiente enunciado, marque la respuesta correcta. ¿Cuál es la conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo, que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso? <input type="checkbox"/> Acción insegura <input type="checkbox"/> Factores contributivos <input type="checkbox"/> Falla activa
[181407] Cuidados adecuados de la atención en salud	De la siguiente afirmación, marque si es verdadera (V) o falsa (F) <input type="checkbox"/> Factores contributivos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; impericia o experiencia inadecuados; entorno estresante; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones

**TEST DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.  
SEGUNDO SEMESTRE 2017**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

6. A continuación encontrará **los tipos de eventos en atención en salud**. La columna de la izquierda corresponde al evento y la columna derecha los enunciados relacionados con los eventos. Realice el apareamiento colocando la letra que corresponda en el espacio.

Columna izquierda	Columna derecha
1. _____ Incidente	A. Es una lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial (No por la enfermedad de base) que conduce a una hospitalización, a prolongación de la estancia

	hospitalaria, a una morbilidad asociada o a la muerte.
2. ____ Evento adverso	B. Evento relacionado con la atención en salud que puede tener consecuencias negativas y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad, donde está presente una muerte o daño físico o psicológico serio de carácter permanente, y que requiere tratamiento o un cambio permanente del estilo de vida
3. ____ Complicación	C. Suceso adverso, consecuencia de la atención sanitaria recibida, falla que no llega a provocar daño al paciente, pero que en su ocurrencia se incorporan una o varias acciones inseguras en los procesos de atención
4. ____ Evento centinela	D. Es el daño o resultado clínico no esperado, relacionado con la enfermedad o a las condiciones propias del paciente; no como consecuencia de la atención en salud recibida

7. De la siguiente afirmación, marque si es verdadera (V) o falsa (F)
- El análisis de la gestión del reporte de eventos e incidentes clínicos, se realiza según el protocolo de Londres, en donde se generan los planes de mejoramiento continuo y se divulgan las lecciones aprendidas en las engranergias y el boletín Corazón Seguro
- El reporte de eventos, sólo se permite a través del software Clinic On Line
- Las rondas de seguridad, son una herramienta para identificar de forma oportuna las fallas y generar adherencia a los protocolos institucionales
8. Del siguiente enunciado, marque la respuesta correcta. Los componentes de la seguridad del paciente son:
- Farmacovigilancia
- Tecnovigilancia
- Infecciones
- Reactivovigilancia
- Hemovigilancia
- Todos los anteriores
9. Del siguiente enunciado, marque la respuesta correcta. ¿Cuál es la conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo, que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso?
- Acción insegura
- Factores contributivos



( ) Falla activa

10. De la siguiente afirmación, marque si es verdadera (V) o falsa (F)

( ) Factores contributivos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; impericia o experiencia inadecuados; instrucción insuficientes; entorno estresante; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones

Gracias por su colaboración.



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE UN COMPROMISO DE TODOS.

PRE-TEST				POST-TEST			
Calificación pre-test	Nº personas	Escala Likert	Porcentaje (%)	Calificación pre-test	Nº personas	Escala Likert	Porcentaje (%)
1,8	1	(1-2) Conocimiento escaso	13%	5	1	(3-5) Conocimiento moderado	25%
4	1	(3-5) Conocimiento moderado	38%	5,3	1		
4,5	2	(6-8) Conocimiento sustancial		50%	6	2	(6-8) Conocimiento sustancial
6	1		7		1		
6,3	1		7,3		1		
6,5	1		8		2		
8,5	1						
	<b>8</b>		<b>100%</b>		<b>8</b>		<b>100%</b>

**GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS**  
**ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y/O REUNIONES**

Elaborado: Maritza Álvarez  
 Revisado: Sistema Integrado de Gestión

Logo: **COLEGIO** **ACTIVIDADES** **DEPORTIVAS** **Y** **RECREATIVAS**

Fecha de la capacitación: 27/Septiembre/2017 Hora de inicio: 8:00 am  
 Hora de Finalización: 9:00 am Lugar: Sala de conferencias

Herramientas Utilizadas para la reunión: Presentación con diapositivas, inducción del programa de seguridad del paciente

Título o nombre de la capacitación y/o Reunión: Inducción del programa de Seguridad del paciente

Responsable: Lucy Afanador, Estudiante PEP UNAB

Proceso que organizo la Capacitación y/o Reunión: Enfermería

Objetivo: Describir el programa de seguridad del paciente (Políticas, sistemas de reporte de eventos adversos e incidentes y gestión del reporte), que favorece la creación de una cultura institucional, la cual disminuye los riesgos en la atención de salud del paciente en las distintas áreas del ICS

TEMAS QUE SE EXPONERÁN EN LA CAPACITACIÓN Y/O REUNIÓN

1. Saludo de bienvenida y presentación
2. Programa de seguridad del paciente en el ICS
3. Cultura de seguridad del paciente
4. Sistema de reporte de eventos adversos e incidentes
5. Guía para el Tercero de mano

Maritza Álvarez  
 Firma del Responsable

No.	Nombre	Cargo	Área	Firma
1	MILADY CASTRO	COORDINADORA	ENFERMERÍA	[Firma]
2	MRS. HOW ZORGE	COORDINADORA	ENFERMERÍA	[Firma]
3	MARILENE MOLINA	COORDINADORA	ENFERMERÍA	[Firma]
4	EMERSON ACOSTA	COORDINADOR	LABORATORIO	[Firma]
5	FRANCO GARCÍA	COORDINADOR	LABORATORIO	[Firma]
6	LUIS RAMÍREZ	COORDINADOR	LABORATORIO	[Firma]
7	LUIS RAMÍREZ	COORDINADOR	LABORATORIO	[Firma]
8	YESSICA MORALES	COORDINADORA	LABORATORIO	[Firma]
9	PELLO ALBA LERO	COORDINADORA	LABORATORIO	[Firma]
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

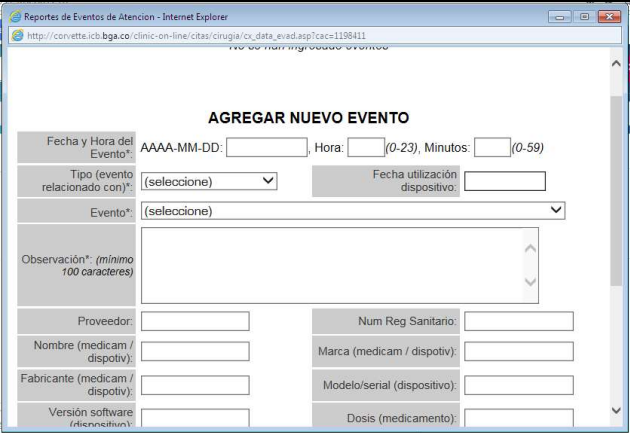
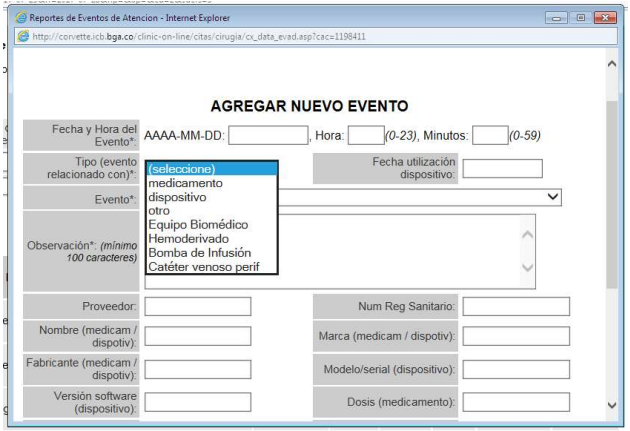
CODIGO: RE-32-001 | VERSION: 4 | FECHA: 11/05/2015 | PAG: 1 de 3



## INFORME DE ACTUALIZACIÓN DEL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SOFTWARE CLINIC ONLINE (IN.15-006).

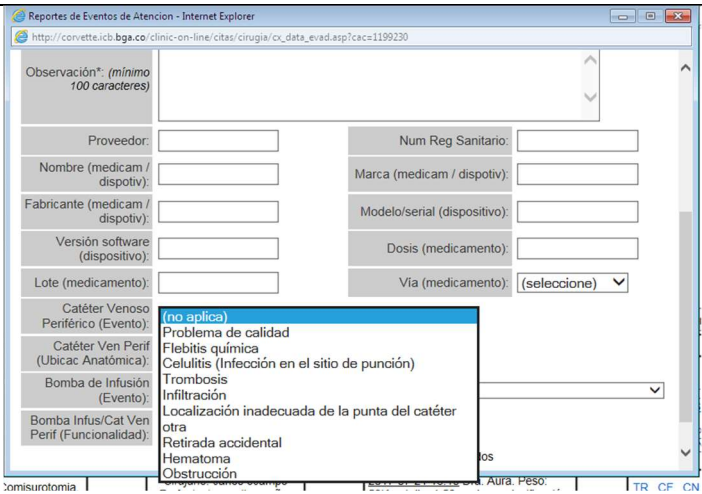
*El registro del evento adverso, con énfasis en Tecnovigilancia, consiste en los siguientes pasos:*

*Anexo 15. Informe de actualización del reporte de eventos adversos en el software Clinic OnLine*

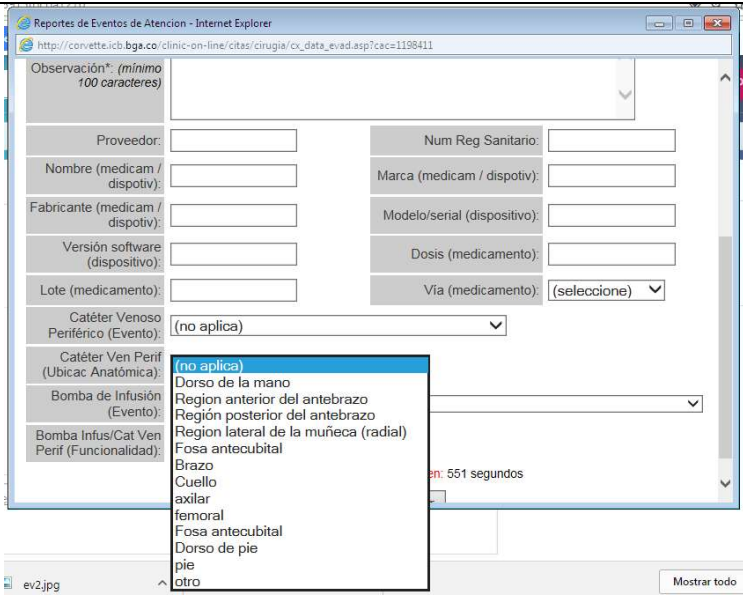
ÍTEMS	EVIDENCIA FOTOGRÁFICA
<p>1. Agregar la fecha de utilización del dispositivo, día en el cual se presenta el evento</p>	
<p>2. Seleccione en el tipo de evento adverso el relacionado con:</p>	

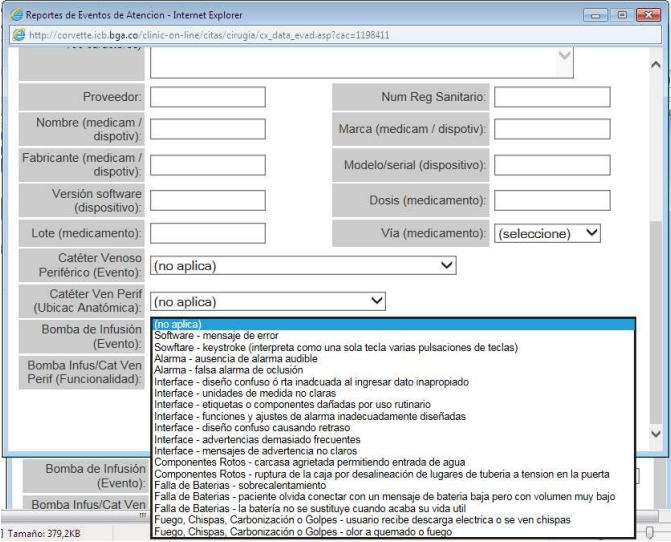
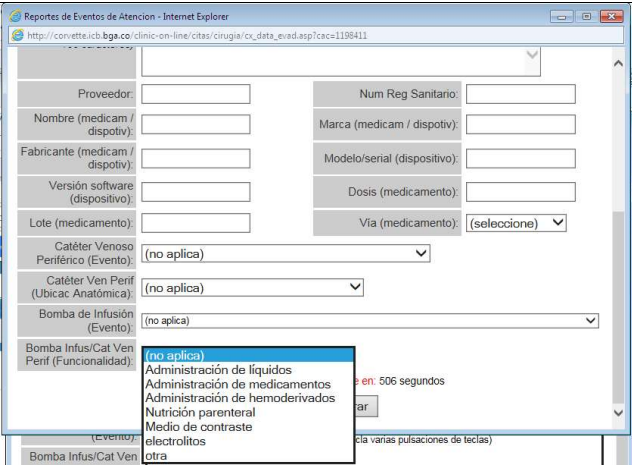
3. Si el evento adverso está relacionado con el catéter venoso periférico, entonces seleccione:

a. El tipo de evento relacionado con el catéter venoso periférico



b. La ubicación anatómica del catéter venoso periférico



<p>4. Si el evento adverso está relacionado con la bomba de infusión, entonces seleccione: El tipo de evento relacionado con la bomba de infusión</p>	
<p>Si el evento está relacionado con la funcionalidad de la bomba de infusión y/o catéter venoso periférico, entonces seleccione</p>	
<p>ACTUALIZACIÓN</p>	<p>#1. Actualizado 09/08/2017</p> <p>Versión 1</p>

*Anexo 16 Informe de evaluación de los protocolos de MDNI: Ecocardiograma estrés, ecocardiograma transesofágico y Holter*

**Fecha:** Noviembre 07 del 2017

**Lugar:** Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A.

**Objetivo:** Evaluar el nivel de adherencia del personal de enfermería a los protocolos del servicio de medios diagnósticos no invasivos como Ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica (IN.22-018), ecocardiograma transesofágico (IN.22-014) y atención de electrocardiografía dinámica Holter (IN.22-011); en las sedes **Ambulatoria, Clínica Chicamocha, Clínica Foscal Internacional y Clínica Foscal** del Instituto del Corazón de Bucaramanga, durante el segundo semestre del 2017.

**Alcance:** Aplica para el personal de enfermería que atiende público en el servicio de medios diagnósticos no invasivos, en las cuatro (4) sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga.

**Periodo evaluado:** Desde el **29 de Agosto hasta el 03 de Noviembre del 2017**

**Metodología:** La evaluación de adherencia a los tres (3) protocolos del servicio de medios diagnósticos no invasivos, que se escogieron, se realizó por medio de observación directa y aplicación de las listas de chequeo: Ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica (RE.22-037), ecocardiograma transesofágico (la lista de chequeo está pendiente por codificar) y atención de electrocardiografía dinámica Holter (RE.22-039)

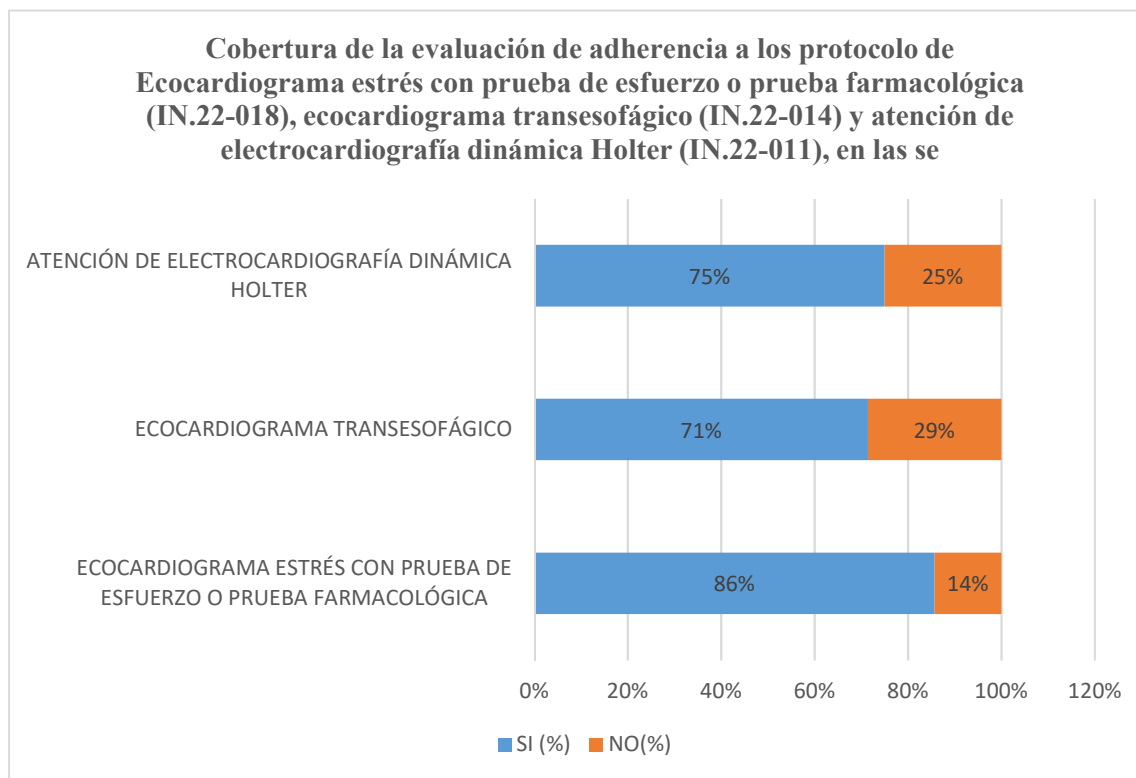
**Responsables:** Esta actividad fue realizada por la Coordinadora de medios diagnósticos no invasivos del ICB, con la colaboración de la estudiante de práctica electiva de profundización de enfermería de la UNAB

Tabla 1. Cobertura de la evaluación de adherencia a los protocolo de Ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica (IN.22-018), ecocardiograma transesofágico (IN.22-014) y atención de electrocardiografía dinámica Holter (IN.22-011), en las sedes del ICB durante el II semestre del 2017. (Ver gráfica 1)

<b>Cobertura de la evaluación de adherencia a los protocolo de Ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica (IN.22-018), ecocardiograma transesofágico (IN.22-014) y atención de electrocardiografía dinámica Holter (IN.22-011), en las sedes del ICB durante el II semestre del 2017.</b>				
<b>PROTOCOLO</b>	<b>SI (N°)</b>	<b>NO (N°)</b>	<b>SI (%)</b>	<b>NO (%)</b>
Ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica	12	2	86%	14%
Ecocardiograma transesofágico	10	4	71%	29%
Atención de electrocardiografía dinámica holter	12	4	75%	25%

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 1.



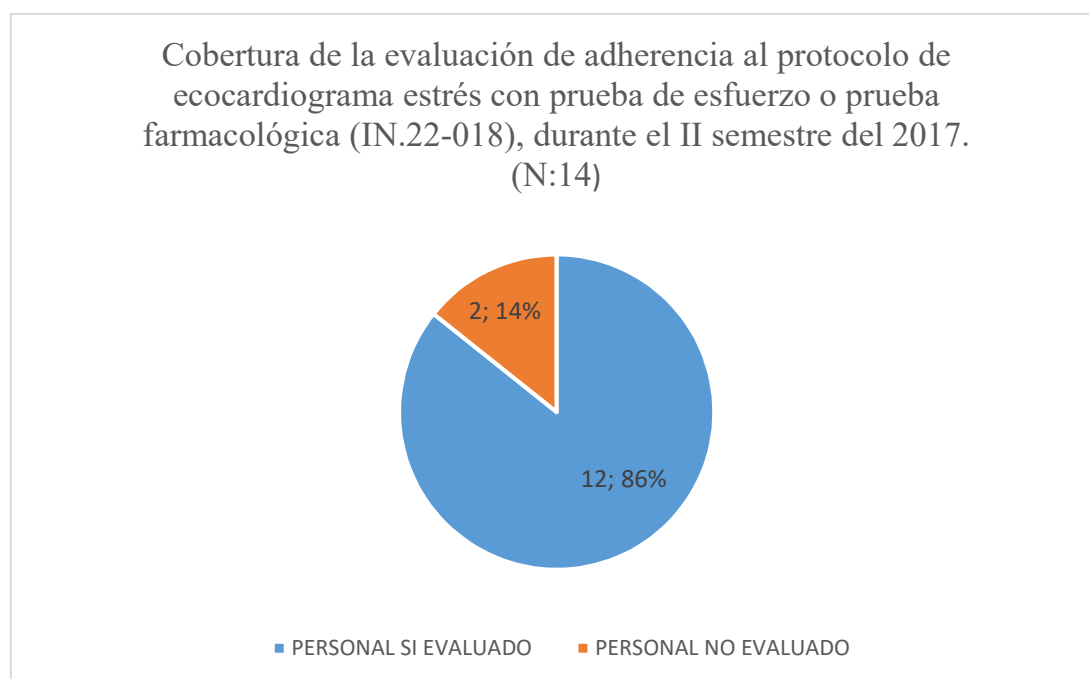
Fuente: Elaboración propia

## RESULTADOS ENCONTRADOS

### ECOCARDIOGRAMA ESTRÉS CON PRUEBA DE ESFUERZO O PRUEBA FARMACOLÓGICA

La evaluación de adherencia al protocolo de ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica en el personal de enfermería, obtuvo una **cobertura del 86% (N°12) en las auxiliares de enfermería** que pudieron ser evaluadas y un 14% (N°2) que no fueron evaluadas (Ver Gráfica 2).

Gráfico 2. Cobertura de la evaluación de adherencia al protocolo de ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica (IN.22-018), durante el II semestre del 2017.



Fuente: Elaboración propia

El personal que no pudo ser evaluado se debió a causas como: No se coincidió con la persona en el día y la hora para realizar el procedimiento, por lo tanto no se dio la oportunidad (N°2), la persona por motivos de salud y de la ARL se encuentra laborando en un servicio que no permitió ser evaluada (N°2), la persona es una gestante que no se encuentra en el servicio que se evalúa (N°1), y la persona no se encontraba laborando porque está en licencia de maternidad (N°1). (Ver tabla 2.)



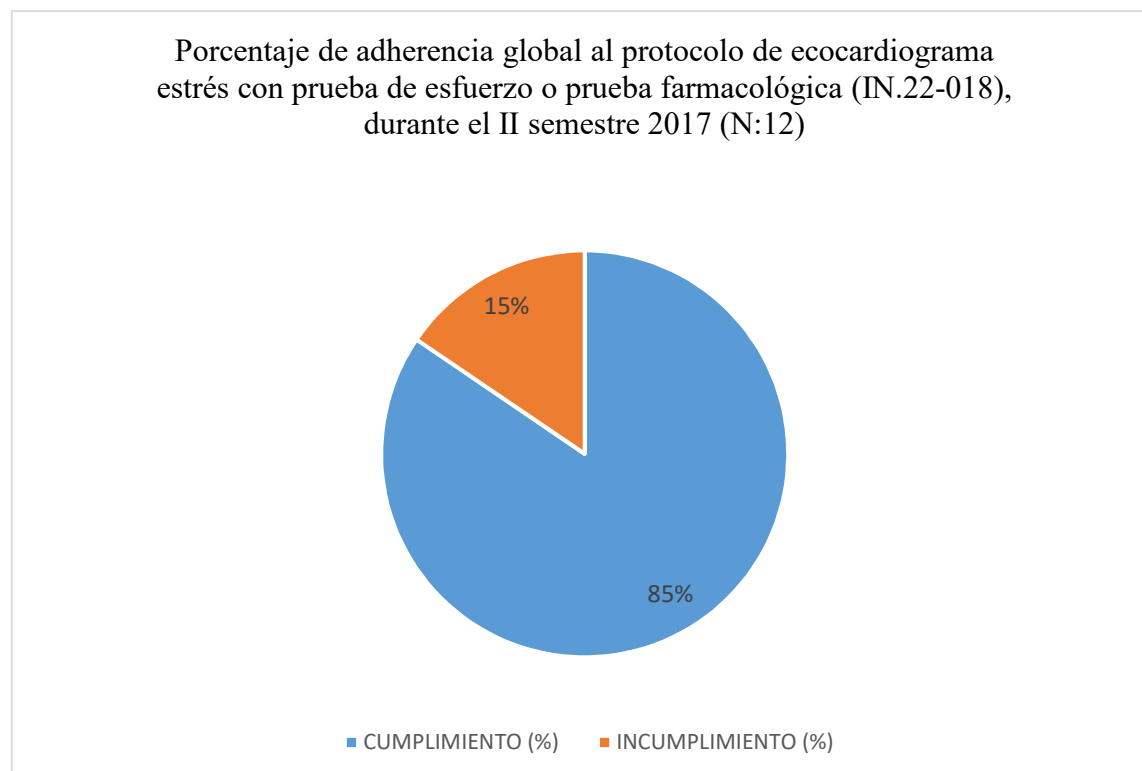
Tabla 2. Causas por las cuales el personal no pudo ser evaluado

<b>PERSONAL NO EVALUADO</b>			
<b>CAUSA</b>	<b>Nº</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>SEDE</b>
No se dio la oportunidad	2	SUESCUN TORRES XIOMARA ROCIO	FOSCAL
		LEAL GOMEZ MARTHA ISABEL	AMBULATORIA
Laborando - restricción ARL	2	ARIAS PEREZ MARLINDA	FOSUNAB
		GOMEZ VILLABONA MARLON DAVID	AMBULATORIA
Laborando - Gestante	1	SOLANO ACUÑA MAYERLY	AMBULATORIA
Licencia maternidad	1	LIZARAZO DIAZ FRANCY NATALIA	AMBULATORIA

Fuente: Elaboración propia

**El porcentaje de adherencia global al protocolo durante el segundo semestre del 2017 fue del 84% de cumplimiento de los parámetros y del 16% de incumplimiento de los mismos. Se evaluaron a doce (12) auxiliares de enfermería en las distintas sedes del ICB. (Ver gráfica 3)**

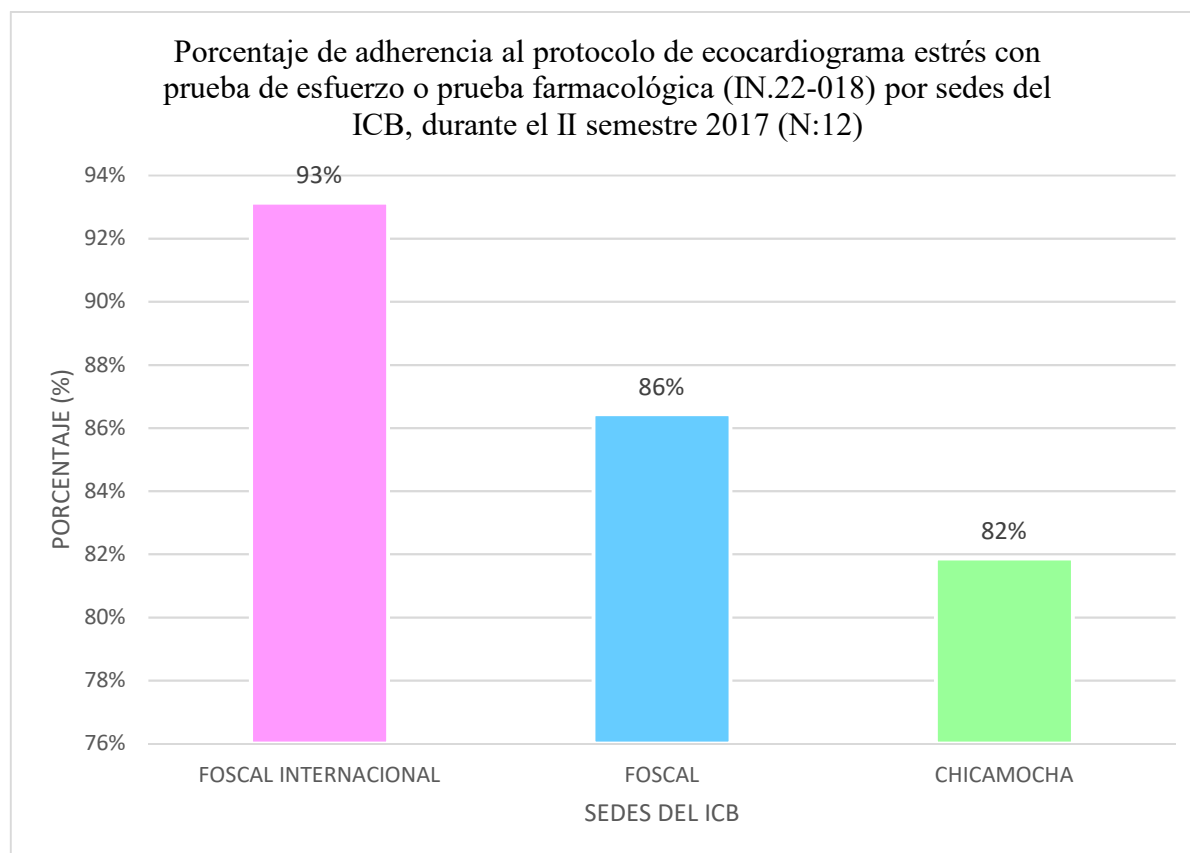
Gráfico 3. Porcentaje de adherencia global al protocolo de ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica (IN.22-018), durante el II semestre 2017



Fuente: Elaboración propia

El porcentaje de adherencia al protocolo de ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica que se obtuvo en las sedes fue: La Clínica Foscal Internacional con el 93%, la Foscal el 86% y la clínica Chicamocha el 81%. (Ver gráfica 4)

Gráfico 4. Porcentaje de adherencia al protocolo de ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica (IN.22-018) por sedes del ICB, durante el II semestre 2017



Fuente: Elaboración propia

## CONCLUSIONES:

Durante la aplicación de la lista de chequeo (RE.22-037), se encontraron las siguientes observaciones:

- Durante el examen la monitorización de la presión arterial no se realiza en el brazo opuesto de la venoclisis, en las tres sedes por lo general ubican el brazalete en el mismo miembro superior que se encuentra canalizado
- En la clínica Chicamocha en la preparación antes del examen, no se realiza la toma de presión arterial
- En la Clínica Chicamocha algunas auxiliares no miden la altura del paciente, sólo lo pesan y toman el dato de la talla de la cédula del paciente
- En la Clínica Chicamocha la mayoría de las auxiliares no diligencia completamente la lista de chequeo correspondiente a la realización de Ecocardiograma Estrés. (RE 22-30), porque dejan pendiente en blanco los espacios de presión arterial, saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca, los cuales son llenado durante el procedimiento o al final del mismo
- Se observó con frecuencia que durante el procedimiento algunas auxiliares no calculan la

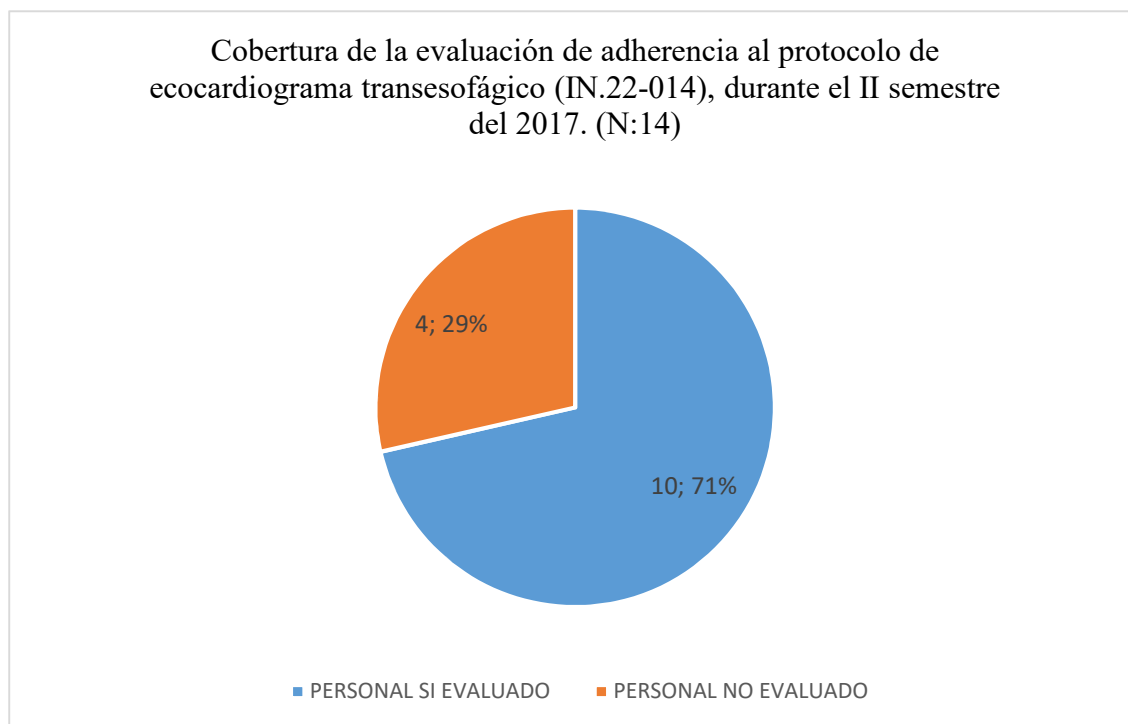
frecuencia cardiaca máxima para la edad del paciente según la formula, sino que se guían por la frecuencia cardiaca máxima que registra el software Cardio Soft. Al final del procedimiento colocan los datos

- Todas las auxiliares de enfermería no usan las gafas de protección personal durante los procedimientos de canalización, en ninguna de las sedes
- En la clínica Chicamocha la mayoría de las auxiliares omiten después del examen entregar la boleta de entrega de resultado al acompañante del paciente porque se entrega es en la preparación del paciente, antes que comience el examen y al finalizar el examen no le recuerdan ni al familiar ni al paciente acerca de la fecha y hora exacta en las cuales puede reclamar el resultado del examen.

### ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO

La evaluación de adherencia al protocolo de ecocardiograma transesofágico en el personal de enfermería, obtuvo una **cobertura del 71% (N°10) en las auxiliares de enfermería** que pudieron ser evaluadas y un 29% (N°4) que no fueron evaluadas (Ver Gráfica 5).

Gráfico 5. Cobertura de la evaluación de adherencia al protocolo de ecocardiograma transesofágico (IN.22-014), durante el II semestre del 2017.



El personal que no pudo ser evaluado se debió a causas como: No se coincidió con la persona en

el día y la hora para realizar el procedimiento, por lo tanto no se dio la oportunidad (N°4), la persona por motivos de salud y de la ARL se encuentra laborando en un servicio que no permitió ser evaluada (N°2), la persona es una gestante que no se encuentra en el servicio que se evalúa (N°1), y la persona no se encontraba laborando porque está en licencia de maternidad (N°1). (Ver tabla 2.)

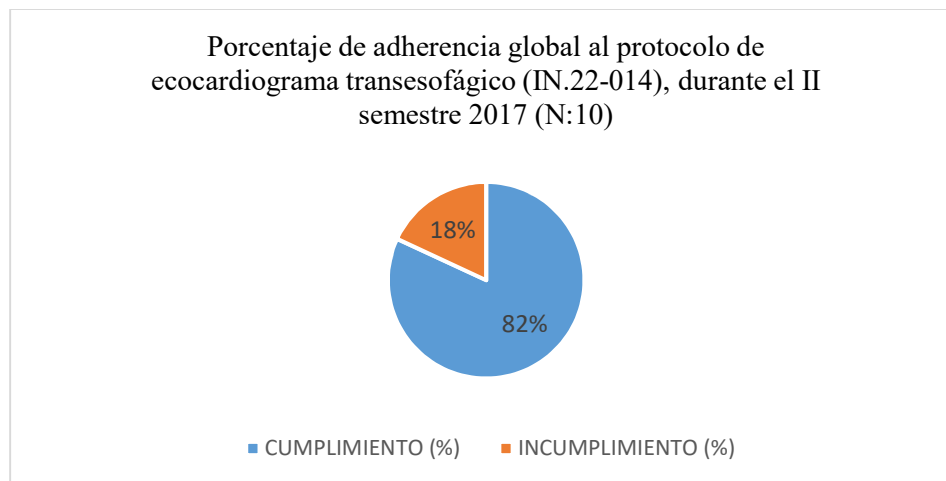
Tabla 3. Causas por las cuales el personal no pudo ser evaluado

<b>PERSONAL NO EVALUADO</b>			
<b>CAUSA</b>	<b>N°</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>SEDE</b>
No se dio la oportunidad	4	RODRIGUEZ CACERES NANCY	FOSUNAB
		PATRICIA	
		ROZO CAMARON CARMEN ADIELA	FOSCAL
		SUESCUN TORRES XIOMARA ROCIO	FOSCAL
		LEAL GOMEZ MARTHA ISABEL	AMBULATORIA
Laborando - restricción ARL	2	ARIAS PEREZ MARLINDA	FOSUNAB
		GOMEZ VILLABONA MARLON DAVID	AMBULATORIA
Laborando - Gestante	1	SOLANO ACUÑA MAYERLY	AMBULATORIA
Licencia maternidad	1	LIZARAZO DIAZ FRANCY NATALIA	AMBULATORIA

Fuente: Elaboración propia

**El porcentaje de adherencia global al protocolo durante el segundo semestre del 2017 fue del 82% de cumplimiento de los parámetros** y del 18% de incumplimiento de los mismos. Se evaluaron a doce (10) personas en las distintas sedes del ICB. (Ver gráfica 6)

Gráfico 6. Porcentaje de adherencia global al protocolo de ecocardiograma transesofágico (IN.22-014), durante el II semestre 2017

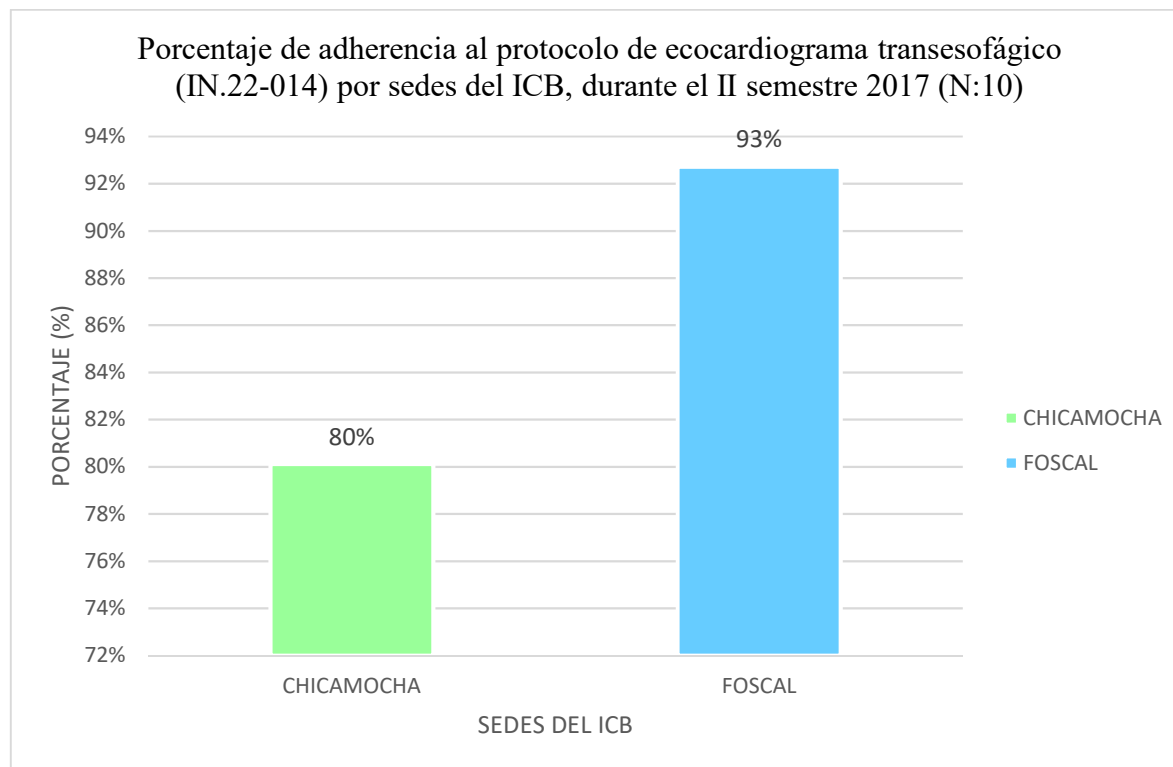


Fuente: Elaboración propia

El porcentaje de adherencia al protocolo de ecocardiograma transesofágico que se obtuvo en las

sedes fue: La Clínica Foscal el 93% y la Clínica Chicamocha con el 80%. (Ver gráfica 7)

Gráfico 7. Porcentaje de adherencia al protocolo de ecocardiograma transesofágico (IN.22-014) por sedes del ICB, durante el II semestre 2017



Fuente: Elaboración propia

### CONCLUSIONES:

Durante la aplicación de la lista de chequeo del protocolo de ecocardiograma transesofágico, se encontraron las siguientes observaciones:

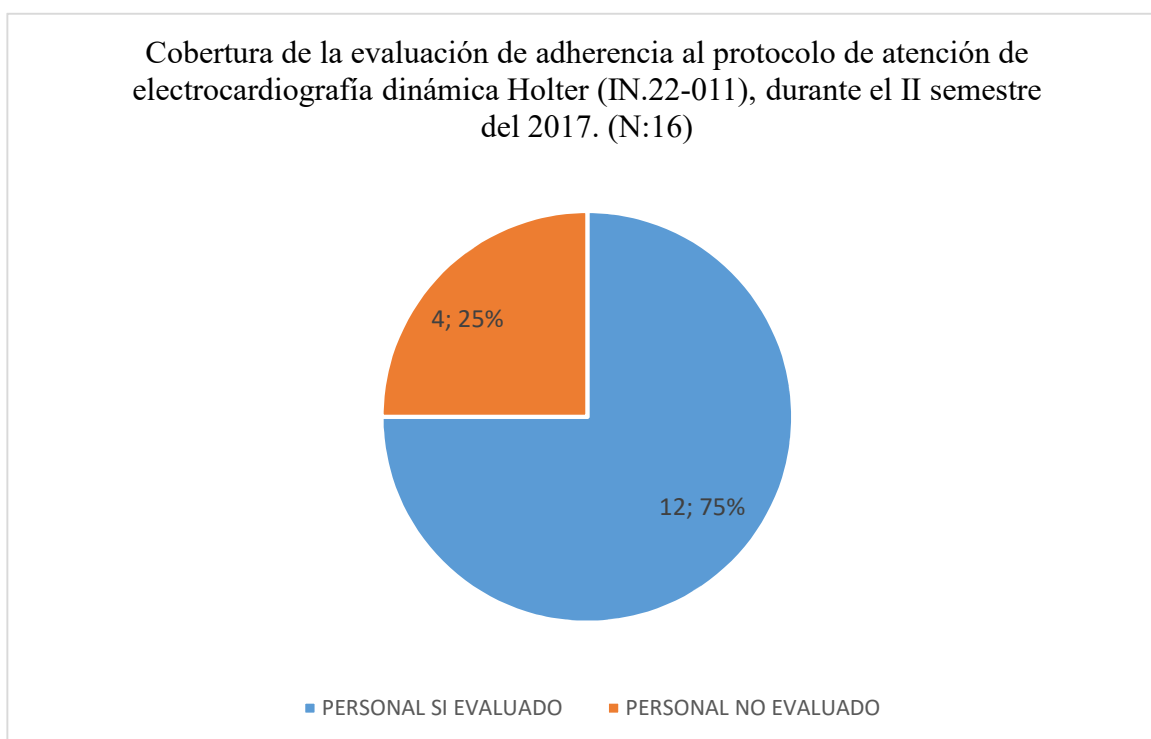
- En la Clínica Chicamocha durante la preparación del paciente en el antes del examen, olviden diligenciar por completo la lista de chequeo correspondiente a la realización de Ecocardiograma Transesofágico, porque queda pendiente la toma de presión arterial, frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno
- Durante el procedimiento la colocación del protector de mordida, la mayoría de las auxiliares no lo hacen antes de administrar la sedación, sino después de administrar la sedación, algunas de ellas refieren que porque no les alcanza el tiempo
- Todo el personal de auxiliares de enfermería no usa las gafas de protección personal durante la canalización
- En la clínica Chicamocha la mayoría de las auxiliares omiten después del examen entregar la boleta de entrega de resultado al acompañante del paciente porque se entrega es en la preparación del paciente, antes que comience el examen y al finalizar el examen no le recuerdan ni al familiar ni al paciente acerca de la fecha y hora exacta en las cuales puede reclamar el resultado del examen

- En el servicio de medios diagnósticos no invasivos, ya no se requiere diligenciar la hoja de gastos
- En la clínica Chicamocha una auxiliar, durante la preparación de los medicamentos, se evidenció la falta del uso de guantes y gafas. Después de preparar medicamentos se puso guantes. Con los guantes puestos manipuló sobre la estación de trabajo el celular y se cubrió la boca para toser con los guantes

## ATENCIÓN DE ELECTROCARDIOGRAFÍA DINÁMICA HOLTER

La evaluación de adherencia al protocolo Atención de electrocardiografía dinámica Holter en el personal de enfermería, obtuvo una **cobertura del 75% (N°12) en las auxiliares de enfermería** que pudieron ser evaluadas y un 25% (N°4) que no fueron evaluadas (Ver Gráfica 8).

Gráfico 8. Cobertura de la evaluación de adherencia al protocolo de atención de electrocardiografía dinámica Holter (IN.22-011), durante el II semestre del 2017.



Fuente: Elaboración propia

El personal que no pudo ser evaluado se debió a causas como: No se coincidió con la persona en el día y la hora para realizar el procedimiento, por lo tanto no se dio la oportunidad (N°4), la persona por motivos de salud y de la ARL se encuentra laborando en un servicio que no permitió ser evaluada (N°1), y la persona no se encontraba laborando porque está en licencia

de maternidad (N°1). (Ver tabla 2.)

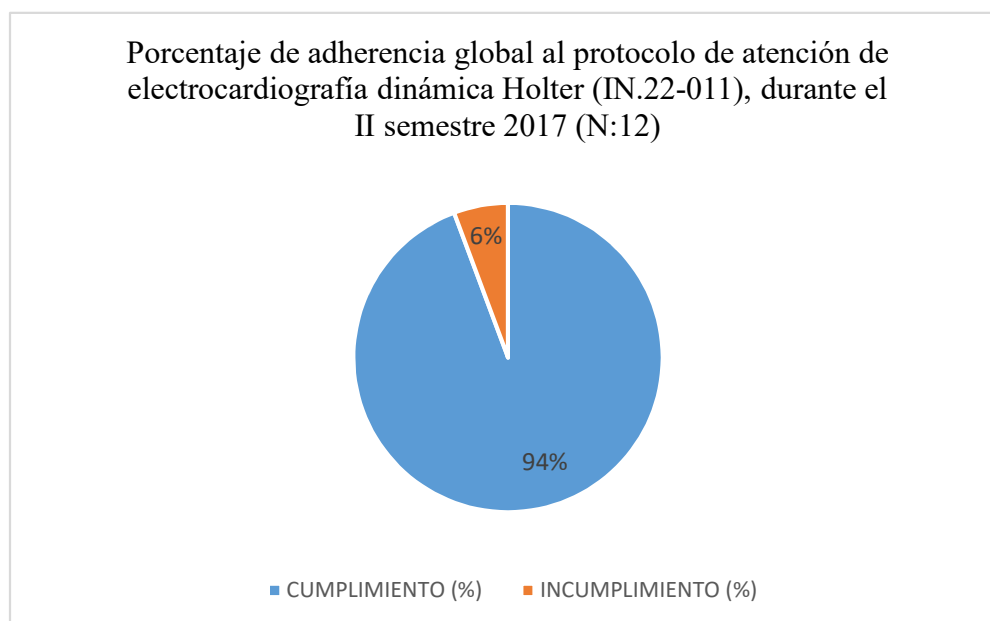
Tabla 4. Causas por las cuales el personal no pudo ser evaluado

PERSONAL NO EVALUADO			
CAUSA	N°	NOMBRE	SEDE
No se dio la oportunidad	4	BALLESTEROS REY JENNY MARCELA	CHICAMOCHA
		BOHORQUEZ ANAYA HELVEIRA	CHICAMOCHA
		DAVILA LANDINEZ LAURA CAROLINA	CHICAMOCHA
		SANCHEZ DUARTE YURY ROSELLY	CHICAMOCHA
Laborando - restricción ARL	1	GOMEZ VILLABONA MARLON DAVID	AMBULATORIA
Licencia maternidad	1	LIZARAZO DIAZ FRANCY NATALIA	AMBULATORIA

Fuente: Elaboración propia

**El porcentaje de adherencia global al protocolo de atención de electrocardiografía dinámica Holter durante el segundo semestre del 2017 fue del 94% de cumplimiento de los parámetros y del 6% de incumplimiento de los mismos. Se evaluaron a doce (10) personas en las distintas sedes del ICB. (Ver gráfica 9)**

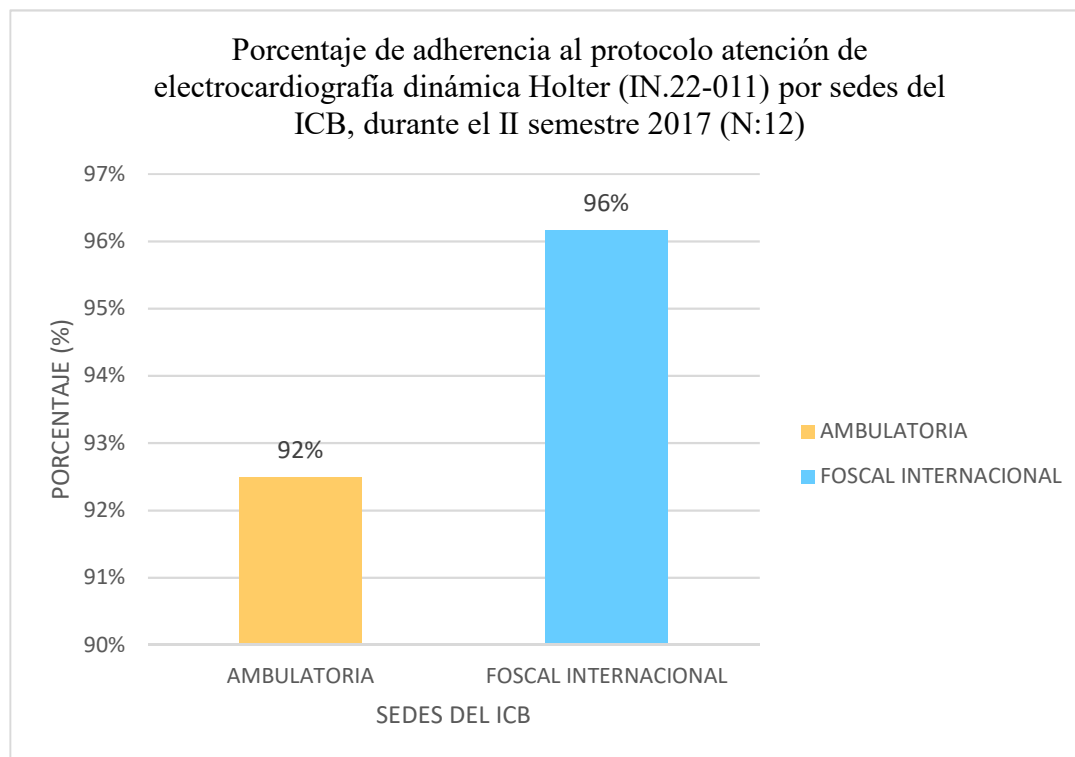
Gráfico 9. Porcentaje de adherencia global al protocolo de atención de electrocardiografía dinámica Holter (IN.22-011), durante el II semestre 2017



El porcentaje de adherencia al protocolo de atención de electrocardiografía dinámica Holter

que se obtuvo en las sedes fue: La Clínica Foscal Internacional el 96% y Ambulatoria con el 92%. (Ver gráfica 7)

Gráfico 7. Porcentaje de adherencia al protocolo atención de electrocardiografía dinámica Holter (IN.22-011) por sedes del ICB, durante el II semestre 2017.



### CONCLUSIONES:

Durante la aplicación de la lista de chequeo del protocolo de atención de electrocardiografía dinámica Holter (RE.22-039), se encontraron las siguientes observaciones:

- La mayoría de las auxiliares de enfermería, olvidan mencionar al paciente que si tiene otros exámenes que puedan interferir con la realización del examen deben comunicarlo al personal de enfermería. (Radiografía de tórax, tomografía axial computarizada, resonancia magnética y demás pruebas que ameriten exploración del tórax).
- Algunas auxiliares de enfermería no le dicen a los pacientes que pueden realizar cualquier actividad de la vida cotidiana a menos que eso implique riesgo de retiro de electrodos o desconexión de cables. (Ej. Ejercicio físico excesivo, sauna, etc.)
- Durante el retiro de la grabadora, algunas auxiliares no les recuerdan a los pacientes que deben reclamar el resultado en la fecha indicada en el formato de entrega de resultados dado el día de la instalación
- En la sede ambulatoria, una auxiliar de enfermería para llamar a los pacientes para el retiro del Holter, los llamaba como turno, seguido del número y no utiliza el nombre. A lo que un médico le hizo caer en cuenta que la palabra ficho está mal utilizada



**RECOMENDACIONES**

- Realizar el lavado de manos clínico (Duración 3 minutos) al ingresar a los servicios de la institución
- Hacer uso del alcohol glicerinado entre lavado de manos
- Evitar manipular los dispositivos de comunicación durante la preparación de medicamentos
- Reportar las gafas de protección personal que se encuentren rayadas o en mal estado, para que puedan ser cambiadas por unas nuevas y poder po
- Colocar el protector de mordida antes de administrar la sedación

Anexo 17. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Tabla 38. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

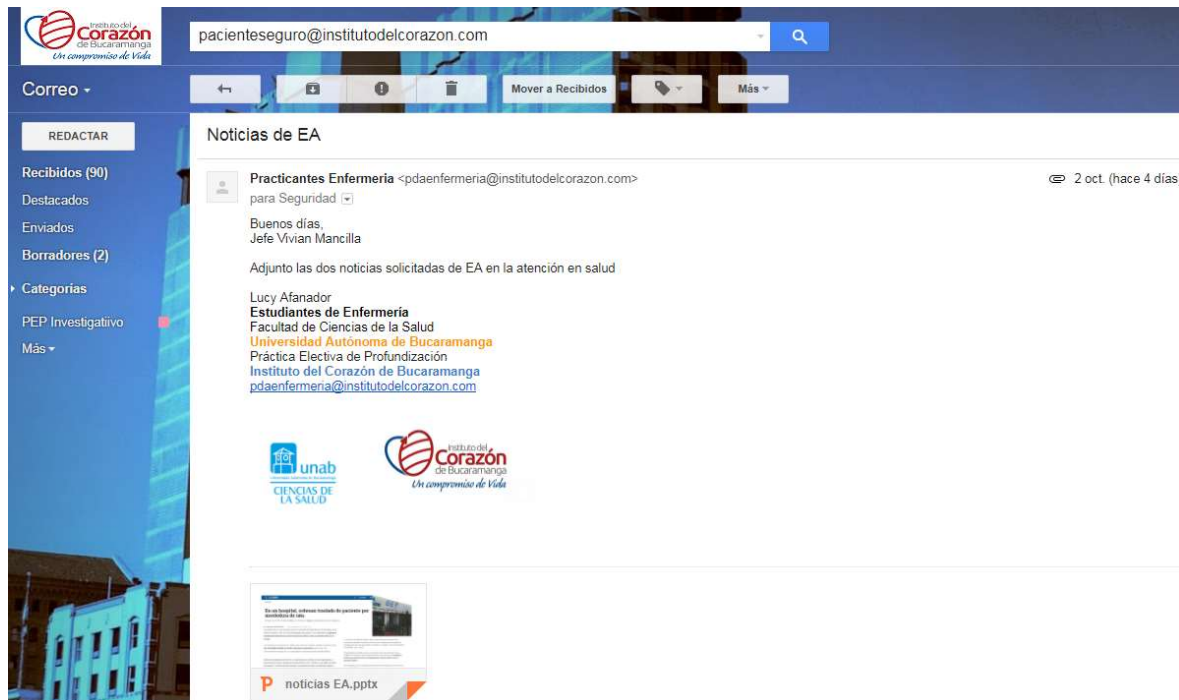
<b>PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS</b>
El Boletín Corazón Seguro: Participación en edición N°17 y N°18
Las rondas de seguridad (N°7)
Comité de seguridad del paciente (N°3)
Comité de vigilancia epidemiológica (COVE) (N°3)
Comité de infecciones (N°3)
El curso básico de investigación clínica (N°10)
Comité de grupo primario (Engranergias) (N°3)
Campaña del día mundial del manos (N°1)
Afiche del protocolo de aislamiento (N°1)
Completar la lista de chequeo de adherencia al manual de medicamentos (N°1)

Autor del trabajo

Diapositiva para el comité de infecciones

The screenshot shows an email client interface. The sender is 'Practicantes Enfermería <pdaenfermeria@institutodelcorazon.com>' for 'Seguridad'. The subject is 'Diapositiva de evaluación de adherencia Guía lavado de manos'. The body of the email includes a greeting, the name 'Jefe Vivian Mancilla', and a reference to an attached evaluation slide for hand hygiene. The sender's contact information is listed as Lucy Afanador, Estudiantes de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Práctica Electiva de Profundización, Instituto del Corazón de Bucaramanga, with the email pdaenfermeria@institutodelcorazon.com. Logos for UNAB (Universidad Autónoma de Bucaramanga) and Instituto del Corazón de Bucaramanga are visible at the bottom.

## Noticia para actualizar la presentación de la inducción al programa de seguridad del paciente



## Afiche para la jornada del día mundial del lavado de manos



**DÍA MUNDIAL DEL LAVADO DE MANOS**

**MIS MANOS LIMPIAS CUENTAN  
PARA MIS PACIENTES**

Muchos gérmenes potencialmente mortales se transmiten de un paciente a otro en manos del personal de salud.  
Considera si tus acciones te ponen a ti o a tus pacientes en riesgo de infección.

Limpia tus manos para protegerte y proteger a tu paciente





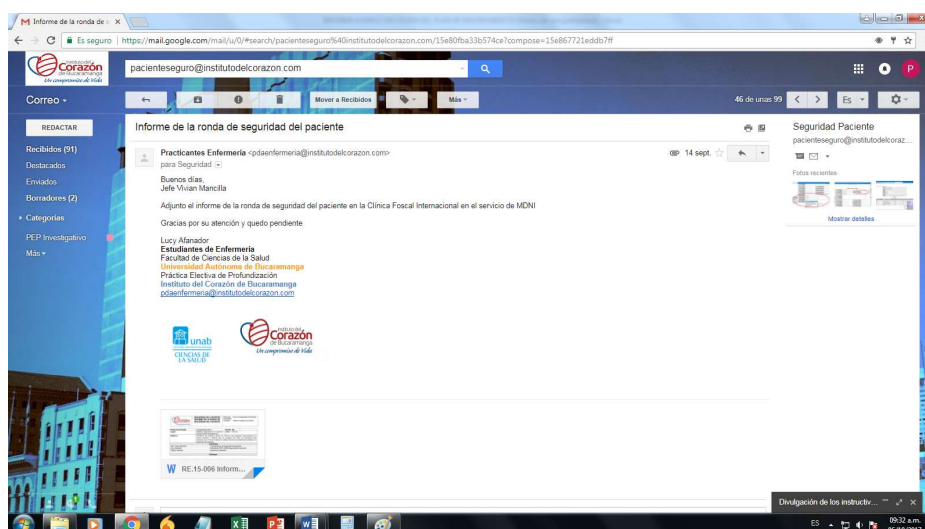




## Envío de acta a reunión de comités COVE y seguridad del paciente

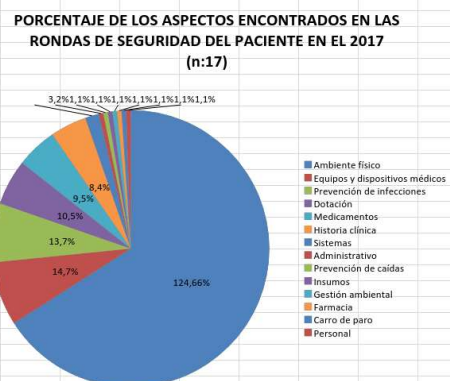


## Envío de las rondas y los informes de seguridad del paciente

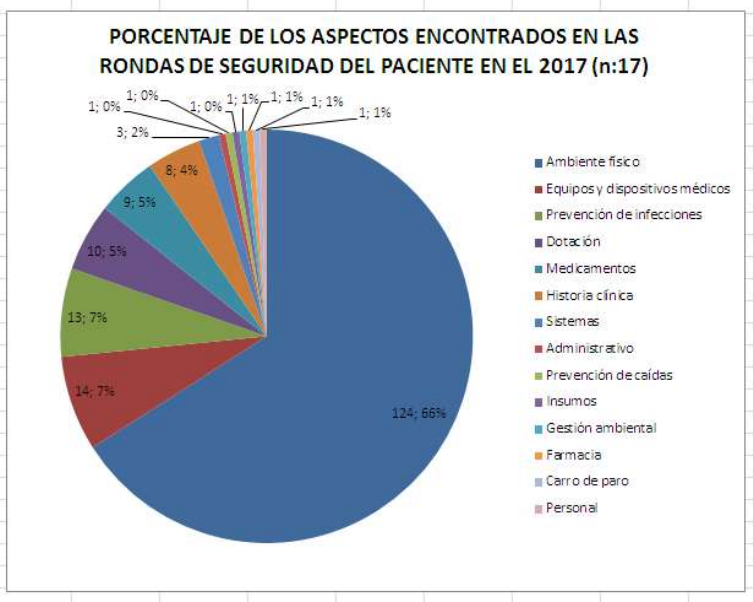


Porcentajes de los aspectos encontrados en las rondas de seguridad del paciente durante el año 2017

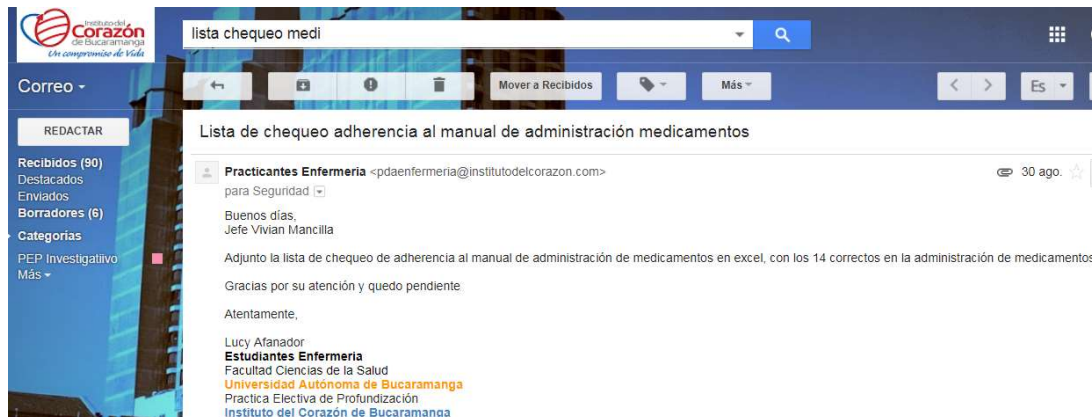
RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				100%	
FECHA	ASPECTO	CANTIDAD	ASPECTO	CANTIDAD (#)	PORCENTAJE (%)
13-feb.-17	Ambiente físico	14	Ambiente físico	124	66%
	Historia clínica	2	Equipos y dispositivos médicos	14	7%
	Prevención de infecciones	1	Prevención de infecciones	13	7%
23-feb.-17	Equipos y dispositivos médicos	9	Dotación	10	5%
	Ambiente físico	3	Medicamentos	9	5%
	Medicamentos	1	Historia clínica	8	4%
14-mar.-17	Ambiente físico	14	Sistemas	3	2%
	Equipos y dispositivos médicos	3	Administrativo	1	1%
	Historia clínica	1	Prevención de caídas	1	1%
	Dotación	2	Insumos	1	1%
10-mar.-17	Ambiente físico	2	Gestión ambiental	1	1%
	Dotación	1	Farmacia	1	1%
	Historia clínica	1	Carro de paro	1	1%
	prevención de infecciones	3	Personal	1	1%
6-mar.-17	Ambiente físico	5			
	Dotación	1		188	100%
	Historia clínica	1			
	prevención de infecciones	3			
	Administrativo	1			
no tiene	Ambiente físico	3			
	Dotación	4			
	Historia clínica	1			
	Prevención de caídas	1			
	prevención de infecciones	4			
18-abr.-17	Ambiente físico	18			
9-may.-17	Ambiente físico	12			
	Insumos	1			
16-may.-17	Ambiente físico	15			
14-jun.-17	Medicamentos	2			
21-jun.-17	Gestión ambiental	1			
	Ambiente físico	3			



ASPECTO	CANTIDAD (#)	PORCENTAJE (%)
Ambiente físico	124	66%
Equipos y dispositivos médicos	14	7%
Prevención de infecciones	13	7%
Dotación	10	5%
Medicamentos	9	5%
Historia clínica	8	4%
Sistemas	3	2%
Administrativo	1	1%
Prevención de caídas	1	1%
Insumos	1	1%
Gestión ambiental	1	1%
Farmacia	1	1%
Carro de paro	1	1%
Personal	1	1%
	188	100%



## Actualización de la lista de chequeo de adherencia al manual de administración de medicamentos



The screenshot shows an email client interface. At the top left is the logo for 'Instituto del Corazón de Bucaramanga' with the tagline 'Un compromiso de Vida'. The search bar contains 'lista chequeo medi'. The email title is 'Lista de chequeo adherencia al manual de administración medicamentos'. The sender is 'Practicantes Enfermería' with the email address '<pdaenfermeria@institutodelcorazon.com>'. The email content is as follows:


Buenos días,  
Jefe Vivian Mancilla

Adjunto la lista de chequeo de adherencia al manual de administración de medicamentos en excel, con los 14 correctos en la administración de medicamentos

Gracias por su atención y quedo pendiente.

Atentamente,

Lucy Afanador  
**Estudiantes Enfermería**  
Facultad Ciencias de la Salud  
**Universidad Autónoma de Bucaramanga**  
Practica Electiva de Profundización  
Instituto del Corazón de Bucaramanga

	<b>ENFERMERÍA</b>	Elaborado: Maritza Cañas Duran
	<b>VERIFICACIÓN DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS</b>	Actualizado

Nombre del Evaluado: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Evaluar el nivel de aplicación de las actividades descritas para garantizar la administración segura de medicamentos

**PROCEDIMIENTO:**

- Calcular el tamaño de muestra teniendo en cuenta: Porcentaje de error 5%, nivel de confianza de 95%, el tamaño poblacional será el número de pacientes atendidos en el servicio en el cual se va a hacer la evaluación en el lapso evaluado y un porcentaje de distribución de respuestas del 50%.  
 Para hacer el cálculo de la muestra por favor ingresar al siguiente enlace:  
<http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm> o <http://www.surveymsoftware.net/sscaice.htm#terminology>
- Diligenciar la siguiente lista de chequeo marcando un una x en la casilla correspondiente para cada uno de los ítem evaluados.

Al finalizar la lista de chequeo encontrará los ítem relacionados con las precauciones generales aplicables a todo el procedimiento por favor léalas antes de iniciar y evalúelas al final. Marque como SI sólo si fueron realizadas en cada uno de los momentos en los que aplique, de lo contrario marque como NO y especifique en la casilla de observaciones

LISTA DE CHEQUEO DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS			
	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>1. Administrar el medicamento al paciente correcto:</b>			
a) Realiza la doble verificación de la identidad del paciente: Nombre y número de identificación			
<b>2. Administrar el medicamento correcto:</b>			
a) ¿Verifica en la orden médica si el medicamento a administrar es el correcto?			
b) Si le surge alguna duda, ¿Consulta a la enfermera jefe o al médico?			
c) Si el medicamento no está identificado, ¿Lo desecha?			
d) ¿Rotula el medicamento luego de preparado con: Nombre del paciente, nombre del medicamento y/o dilución, dosis ordenada, concentración, hora de dilución, fecha y firma de quien realizó la preparación?			
e) Alista todo el equipo necesario para la administración antes de iniciar el proceso			
<b>3. Verificar la fecha de vencimiento del medicamento</b>			
a) Verifica que la fecha de vencimiento del medicamento y el diluyente, si es el caso, este vigente			
<b>4. Verificar la orden médica</b>			
<b>4. Verificar la orden médica</b>			
a) ¿Verifica que se encuentre la orden médica del medicamento a administrar?			
<b>5. Administrar la dosis correcta</b>			
a) ¿Realiza el cálculo de la dosis de los medicamentos a suministrar, y realiza el doble chequeo?			
b) Cuando se modifica una dosis, ¿Lo verifica con el médico?			
c) Al administrar un medicamento ¿comprueba la dosis en la orden médica?			
d) En caso de usar un medicamento que necesite diluirse, ¿Utiliza el diluyente indicado por el fabricante?			
e) ¿Reconoce la dosis máxima a administrar según el medicamento?			
<b>6. Administrar el medicamento por la vía correcta</b>			
a) Reconoce la vía de administración ordenada?			
b) Si en una prescripción no se especifica la vía de administración, ¿Aclara esto con el médico?			
c) Administra el medicamento por la vía ordenada?			
<b>7. Verificar la velocidad de infusión del medicamento</b>			
a) Realiza el cálculo de la velocidad de infusión del medicamento de acuerdo con la vía de administración y la orden			
b) Verifica el tiempo de infusión de los medicamentos con el fin de evitar la flebitis química.			
<b>8. Administrar el medicamento a la hora correcta</b>			
a) ¿Administra los medicamentos a la hora que está ordenada?			
<b>9. Generar una historia farmacológica completa</b>			
a) ¿Verifica los antecedentes farmacológicos con el paciente y la historia clínica del mismo?			
b) Se realiza la conciliación de medicamentos en las tres fases de atención, utilizando el formato al ingreso RE.18-20 Formato de Conciliación de medicamentos y el formato al egreso RE.18-21 Formato de Conciliación de Medicamentos (Verificar en la historia clínica dentro de los Antec. farmacológicos)			
<b>10. Investigar alergias del paciente a medicamentos</b>			
a) ¿Confirma los antecedentes de alergia con el paciente y con la historia clínica?			
<b>11. Conocer las posibles interacciones farmacológicas</b>			
a) Verifica si el medicamento a administrar interactúa con las comidas y actúa en consecuencia (Farmacocinética)			
b) Si el paciente tiene formulado más de dos medicamentos, ¿Reconoce cuáles interacciones pueden presentarse?			
c) ¿Tiene en cuenta las precauciones recomendadas en los medicamentos de alto riesgo o LASA?			
<b>12. Educar e Informa al paciente sobre el medicamento que se le va a suministrar</b>			
a) ¿Informa al paciente y/o su familia acerca de los medicamentos suministrados teniendo en cuenta el esquema			
<b>13. Realizar el lavado de manos antes de la administración de medicamentos</b>			
a) ¿Realiza la técnica antiséptica de lavado de manos antes de la preparación de medicamentos?			
b) ¿Realiza la técnica antiséptica de lavado de manos antes de la administración de medicamentos?			
<b>14. Registrar en la historia clínica cada medicamento que se administre</b>			
a) Realiza un registro de los medicamentos después de administrados, incluyendo: Nombre del medicamento, dosis, vía, velocidad de infusión y hora			
b) Si no se administra un medicamento prescrito, ¿Registra el motivo por el cual no se administró?			
c) Si se presentó una RAM, ¿la registró en la historia clínica del paciente junto con las medidas adoptadas?			
<b>Precauciones</b>			
a) Utiliza guantes limpios durante la administración del medicamento			
b) ¿Utiliza abreviaturas en la rotulación?			
c) ¿Desecha adecuadamente los residuos generados por la administración de medicamentos?			
d) ¿Evitó distracciones durante todo el proceso de administración de medicamentos?			
e) Si quien administró el medicamento era un auxiliar de enfermería, ¿Contó con la supervisión de un(a) enfermero(a)			
f) ¿Registra en la historia clínica los medicamentos que administró? Y si el paciente no los recibe, de igual manera ¿Realiza el registro del motivo en la HC?			
g) ¿La persona quien preparó los medicamentos, los administra también?			
h) ¿Los medicamentos multidosis, los rotula con la fecha de apertura y la fecha de desecho del producto?			

3. Calcular el porcentaje de adherencia así:  

$$\frac{N^{\circ} \text{ respuestas positivas}}{N^{\circ} \text{ respuestas negativas} + N^{\circ} \text{ respuestas positivas}} \cdot 100 = \% \text{ de adherencia a la administración segura de medicamentos}$$

Retroalimente al colaborador evaluado indicándole las fortalezas y aspectos por mejorar de su técnica de administración de medicamentos.





Informativo  
Seguridad del Paciente



Edición No. 17  
Agosto de 2017

**UNA VOZ segura**



Por: Vivian Mancilla / Coordinadora Seguridad del Paciente  
Lucy Alanador / Estudiante Enfermería UNAB / PEP

generación de eventos adversos (Resolución 4816 del 2008).

Para cumplir con esta directriz se recolecta información en las IPS seleccionadas, determinando la incidencia y los factores de riesgo que predisponen a posibles eventos o incidentes adversos asociados al uso de dispositivos médicos. Posteriormente, el Invima recopila las notificaciones de estos eventos para luego dar las conclusiones del seguimiento.

En este orden de ideas, el Instituto del Corazón de Bucaramanga, sede Bucaramanga, fue seleccionado como un centro centinela de investigación para la vigilancia activa en tecnovigilancia, basado en la política de seguridad del paciente.

Para ello, la institución renovó el instructivo **IN.15-006 Reporte de eventos adversos en el software de seguridad en Clinic On Line**, el cual muestra los eventos de bombas de infusión y catéter venoso periférico, sucedidos en la entidad.

Este registro tiene los siguientes pasos:

**La vigilancia proactiva e intensiva de eventos en el Instituto del Corazón de Bucaramanga**

Con el propósito de identificar estrategias y procesos que permitan adoptar medidas de prevención y control en el uso de las tecnologías sanitarias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) desarrolla programas en tecnovigilancia y seguimiento activo sobre dispositivos médicos que supongan alto riesgo de

**Reporte de Eventos Adversos**

<p>1. Fecha y hora de utilización del dispositivo.</p> <p>2. Tipo de evento adverso:</p>	<p>Día en el cual se presenta el evento:</p> <p>Medicamento _____</p> <p>Dispositivo _____</p> <p>Otro _____</p> <p>Equipo biomédico _____</p> <p>Hemoderivado _____</p> <p>Bomba de infusión _____</p> <p>Catéter venoso periférico _____</p>
--	--

**Reporte de Eventos Adversos**

<p>3. Si el evento adverso está relacionado con el catéter venoso periférico, entonces seleccione:</p>	<p><b>A.</b> El tipo de evento relacionado con el catéter venoso periférico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problema de calidad.</li> <li>- Flebitis química.</li> <li>- Celulitis (Infección en el sitio de punción).</li> <li>- Trombosis.</li> <li>- Infiltración.</li> <li>- Localización inadecuada de la punta del catéter.</li> <li>- Retiro accidental.</li> <li>- Hematoma.</li> <li>- Obstrucción.</li> <li>- Otros.</li> </ul>
<p>4. Si el evento adverso está relacionado con la bomba de infusión, entonces seleccione:</p>	<p><b>B.</b> La ubicación anatómica del catéter venoso periférico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dorso de la mano.</li> <li>- Región anterior del antebrazo.</li> <li>- Región posterior del antebrazo.</li> <li>- Región lateral de la muñeca (Radial).</li> <li>- Fosa ante cubital.</li> <li>- Brazo.</li> <li>- Cuello.</li> <li>- Axilar.</li> <li>- Femoral.</li> <li>- Dorso de pie.</li> <li>- Pie.</li> <li>- Otro.</li> </ul>
<p>4. Si el evento adverso está relacionado con la bomba de infusión, entonces seleccione:</p>	<p><b>A.</b> El tipo de evento relacionado con la bomba de infusión.</p> <p><b>B.</b> Si el evento está relacionado con la funcionalidad de la bomba de infusión y/o catéter venoso periférico, entonces seleccione:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Software (Mensaje de error).</li> <li>- Alarma (Ausencia de alarma audible).</li> <li>- Falsa alarma de oclusión.</li> <li>- Interface (Diseño confuso o respuesta inadecuada al ingresar dato inapropiado).</li> <li>- Componentes rotos.</li> <li>- Administración de líquidos.</li> <li>- Administración de medicamentos.</li> <li>- Administración de hemoderivados.</li> <li>- Nutrición parenteral.</li> <li>- Medio de contraste.</li> <li>- Electrolitos.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Vigilancia Intensiva en Colombia, Tecnovigilancia. Consultado el 8 de Agosto del 2017. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/389-tecnovigilancia.html>

## MUNDO *seguro*

### La estrategia multimodal de la OMS para mejorar la higiene de manos

Los pacientes que reciben tratamiento médico o quirúrgico poseen un alto riesgo de contraer una infección asociada con la atención en salud (IAAS) y con ello aumentar su estancia hospitalaria.

Por esta razón, el Instituto del Corazón de Bucaramanga tiene entre sus objetivos prevenir y disminuir el riesgo de infección asociado con las IAAS, las cuales son consideradas como un evento adverso prevenible, siendo un problema importante para la seguridad del paciente.

La higiene de las manos, aplicada con la técnica adecuada y en los momentos indicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), contribuye a salvar vidas,



siendo la estrategia más efectiva y menos costosa para prevenir y disminuir la propagación de infecciones y microorganismos multiresistentes de un paciente a otro.

Debido a esto, en las sedes del Instituto del Corazón en Bucaramanga y con el apoyo de Proasepsis, el pasado 24 de julio se llevó a cabo una campaña de higienización de manos. Mediante un juego interactivo de preguntas aleatorias se evaluó en el

personal el nivel de adherencia al protocolo y técnica del lavado de manos, promoviendo el cumplimiento de este proceso, teniendo en cuenta que en algún momento se tendrá contacto con los pacientes, a quienes siempre se les debe brindar una atención segura y de calidad.

Fuente: Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos, 2009. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.02\\_spa](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa)

### Lavado de manos: salvando vidas



La principal vía para la transmisión cruzada de microorganismos, potencialmente patógenos, en las instituciones sanitarias son las manos del personal cuando no se higienizan oportunamente y con la técnica adecuada.

Según la Organización Mundial de la Salud, todo el personal de salud debe poner en práctica los siguientes 5 momentos para el lavado de manos:

- Antes del contacto directo con el paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.
- Después de exposición a fluidos corporales.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

#### ¿Qué es la flora transitoria?

Son los microorganismos que se encuentran en el área de trabajo.

Se adquieren por contacto con una fuente contaminada y se localizan en capas superficiales de la piel. Suele ser la responsable de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y está asociada con mayor frecuencia a la infección cruzada.

El lavado de manos es la medida profiláctica más importante para combatirla.

4

Según la Organización Mundial de la Salud, los momentos obligatorios para realizar el lavado de manos con agua y jabón son:

- Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.
- Después de exposición a fluidos corporales.

El Gluconato de Clorhexidina al 4% es uno de los productos que tiene un mayor efecto en la higienización de las manos, con una acción residual que dura entre 3 y 6 horas.



### DIFERENCIA

#### Antisepsia

Procedimiento por el que se eliminan o inhiben los microorganismos patógenos de los tejidos vivos.

#### Desinfección

Proceso por el cual se destruyen la mayoría de microorganismos patógenos que se encuentran en objetos inanimados.