

**Diseño, socialización e implementación de estrategias enfocadas a la seguridad del
paciente en el personal del Hospital Local de Piedecuesta E.S.E.**

Presentado por:

Est. Héctor Alirio Ramírez Pérez

Tutores:

Adriana Patricia Bonilla Marciales/ Magister Universidad Norbert Wiener, Perú

Enf. Luz Adriana Pardo HLP

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

FLORIDABLANCA

2017-2

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla No 1. Fortalezas identificadas en Matriz FODA..... | 18 |
| Tabla No 2. Oportunidades identificadas en Matriz FODA..... | 20 |
| Tabla No 3. Debilidades identificadas en Matriz FODA..... | 20 |
| Tabla No 4. Amenazas identificadas en Matriz FODA | 21 |
| Tabla No 5. Priorización por medio del método de HANLON..... | 22 |
| Tabla No 6. Problema uno | 23 |
| Tabla No 7. Porcentaje de NOC en pre y post-test..... | 25 |
| Tabla No 8. Problema dos..... | 29 |
| Tabla No 12. Problema tres..... | 31 |
| Tabla No 13. Problema cuatro..... | 35 |
| Tabla No 14. Problema cinco..... | 38 |
| Tabla No 15. Actividades complementarias..... | 39 |

LSTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura No 1. Infraestructura física del Hospital Local de Piedecuesta | 9 |
| Figura No 2. Organización administrativa..... | 13 |
| Figura No 2. Porcentaje de conocimiento inicial sobre riesgo de caídas..... | 24 |
| Figura No 3. Porcentaje de conocimiento inicial sobre riesgo de caídas..... | 25 |
| Figura No 4. Comparativo de conocimiento sobre riesgo de caídas..... | 26 |
| Figura No 5. Progresión del nivel de conocimiento del personal..... | 27 |
| Figura No 6. Porcentaje de adherencia al protocolo de caídas por..... | 29 |
| Figura No 7. Porcentaje de adherencia al protocolo de caídas..... | 29 |
| Figura No 8. Porcentaje de adherencia al protocolo de identificación..... | 31 |
| Figura No 9. Resultados adherencia protocolo identificación de usuarios..... | 31 |
| Figura No 10. Porcentaje de adherencia al protocolo de los correctos..... | 33 |
| Figura No 11. Porcentaje de conocimiento en los correctos..... | 35 |
| Figura No 12. Resultado adherencia protocolo lavado de manos..... | 36 |
| Figura No 13. Evidencia fotográfica de presentación sobre capacitación..... | 41 |

| | |
|--|----|
| Figura No 14. Lista de firmas de asistencia a capacitación..... | 41 |
| Figura No 15. Evidencia fotográfica de encuesta realizada para determinar el nivel de conocimientos del personal..... | 42 |
| Figura No 16. Evidencia fotográfica del personal en la socialización de protocolo de caídas..... | 42 |
| Figura No 17. Evidencia de lista de chequeo usada en la educación..... | 44 |
| Figura No 18. Evidencia de video realizado..... | 44 |
| Figura No 19. Evidencia de lista de chequeo para la identificación de Usuarios..... | 45 |
| Figura No 21. Evidencia lista de chequeo para medición del nivel de Adherencia a la administración de medicamentos..... | 45 |
| Figura No 21. Evidencia lista de asistencia..... | 45 |
| Figura No 20. Evidencia fotográfica de socialización de protocolo de Identificación de usuarios..... | 46 |
| Figura No 22. Evidencia fotográfica en socialización de protocolo de | |

Identificación de usuarios.....46

Figura No 23. Evidencia cuadro entregado en lo servicios.....47

Figura No 24. Evidencia lista de asistencia a capacitación.....47

Figura No 25. Evidencia lista de chequeo para medir adherencia al
lavado de manos 48

Figura No 26. Evidencia afiche entregado al HLP..... 49

Figura No 27. Evidencia soporte de diapositivas usados para
Capacitación..... 49

Figura No 28. Evidencia soporte afiche entregado al HLP..... 50

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| 2. JUSTIFICACIÓN..... | 8 |
| 3. OBJETIVOS..... | 9 |
| 3.1. OBJETIVO GENERAL..... | 9 |
| 3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 9 |
| 4. MARCO LEGAL..... | |
| 4.1. IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL..... | 10 |
| 4.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA GEOGRAFICA DE LA INSTITUCIÓN..... | 11 |
| 4.3. SERVICIOS PRESTADOS | 11 |
| 4.4. MISIÓN | 12 |
| 4.5. VISIÓN | 12 |
| 4.6. POLITICA DE CALIDAD | 13 |
| 5. VALORES INSTITUCIONALES..... | 14 |
| 6. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA..... | 15 |
| 7. ESCENARIO DE PRÁCTICA..... | 15 |
| 8. MARCO TEORICO..... | 16 |
| 9. VALORACIÓN DE ASPECTOS INTERNOS Y EXTERNOS POR MEDIO DE LA MATRIZ DOFA..... | 20 |

10. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES A TRAVES DEL METODO

DE HANLON.....23

11. DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.....26

12. CONCLUSIONES.....42

13. ANEXOS.....43

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 53

1. INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad del paciente está estrechamente relacionada con la calidad de los procesos de atención en salud, por tal razón se ha convertido en un desafío para las instituciones. (1) Según el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS) afirma que el 10% de los pacientes hospitalizados presentan en algún momento de su estancia hospitalaria complicaciones derivadas del proceso de atención, además, resalta el hecho de que alrededor del 28% de los efectos adversos llegan a desencadenar condición de discapacidad y el 6% incluso, muerte.

Los eventos adversos en la mayoría de ocasiones son prevenibles, ya que según lo reporta la literatura se relacionan con actividades cotidianas, como: prescripción, preparación y administración equivocada de medicamentos o de eventos quirúrgicos, reacciones alérgicas por transfusiones equivocadas, infecciones nosocomiales, fallas mecánicas en equipos, etc. Dichos eventos, no solo generan incapacidades físicas y psicológicas, además, acarrear consigo consecuencias como aumento de la estancia hospitalaria, saturación de los servicios, aumento en los costos clínicos, y, sobre todo, insatisfacción hacia los servicios prestados. (2)

Por tal razón se resalta la importancia de promover un ambiente seguro en la práctica profesional con el objetivo de brindar el grado máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes; entonces, la seguridad del paciente, es considerada un desafío para la enfermería actual.

El profesional de enfermería, está relacionado en la provisión y mantenimiento de ambientes seguros, por tal motivo, deben desarrollar estrategias enfocadas a la identificación oportuna

de los eventos adversos resultantes de la práctica clínica cotidiana, con el fin de desarrollar estrategias que satisfagan a cabalidad las necesidades de los pacientes. Teniendo en cuenta que la profesión enfermera se rige bajo un componente integral basado en la responsabilidad ética, cuya principal medida es la resolución de problemas reales en pro al mejoramiento de la calidad en los procesos de cuidado el siguiente trabajo tiene como finalidad favorecer la implementación de un conjunto de estrategias relacionadas a la seguridad del paciente bajo el enfoque teórico de tipología de los problemas de Faye Gleen Abdellah.

2. JUSTIFICACIÓN

En la práctica cotidiana y en la literatura se reportan una serie de eventos adversos que culminan en errores en la atención en salud. Por esto en el año de 2004, fue creada la Alianza Mundial para Seguridad del Paciente por la Organización Mundial de Salud (OMS), con la finalidad de movilizar esfuerzos globales en la seguridad del cuidado en salud para todos los pacientes (3).

Se entiende por seguridad del paciente como la reducción al mínimo aceptable del riesgo de daños innecesarios durante la atención a la salud, esta práctica pretende evitar y minimizar los resultados provenientes de eventos adversos consecuentes de las prácticas de atención en salud asociadas al cuidado (4). La importancia en el empoderamiento de esta práctica radica en que los eventos adversos son daños causados o derivados del proceso de cuidado por el profesional de la salud generalmente por factores no relacionados a la enfermedad de base del paciente, pudiendo de esta manera prolongar la hospitalización o modificar el tratamiento propuesto inicialmente.

Teniendo en cuenta que la práctica clínica implica un riesgo inherente cuyas consecuencias negativas solo pueden ser minimizadas por una actuación correcta, la formación de profesionales es una potente herramienta y es el primer paso para cambiar la cultura de seguridad, contribuyendo a la mejora de conocimientos y actitudes para promover una práctica clínica más segura; El propósito de este trabajo es fomentar el desarrollo y aplicación de estrategias de promoción de prácticas de cuidado seguras, con el fin de eliminar y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del

proceso de atención a la salud, además de promocionar prácticas seguras validadas por evidencia científica, también, se pretende propiciar un cambio cultural que destierre todo atisbo de cultura reactiva que culpabilice a los profesionales por sus errores, ya que la seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial que ya nadie discute en el ámbito científico.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Lograr la adherencia de estrategias de prácticas seguras en el personal asistencial para reducir los eventos adversos asociados a la atención en salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Identificar las principales necesidades del Hospital Local de Piedecuesta a través de la aplicación de la matriz DOFA.
- ❖ Priorizar las necesidades por medio de la matriz de Hanlon.
- ❖ Implementar el protocolo institucional de caídas en el personal asistencial de los servicios hospitalización, urgencias y consulta externa.
- ❖ Socializar los protocolos de administración segura de medicamentos e identificación del usuario, con la finalidad de optimizar los estándares de calidad institucional.
- ❖ Lograr la adherencia del lavado de manos en los trabajadores de la institución con el fin de disminuir infecciones asociadas a los procedimientos.

4. MARCO LEGAL

4.1. IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL (5)

La ESE Hospital Local de Piedecuesta se creó por medio del decreto Departamental N° 0018 de Enero 25 de 2006 emitido por la Gobernación de Santander como entidad prestadora de servicios de salud de baja complejidad, atendiendo a afiliados al Sistema de Seguridad Social vinculados mediante el sisben o listado censal, el régimen subsidiado, régimen contributivo, regímenes especiales y particulares a los cuales se les presta el servicio sin discriminación alguna. Desde su creación el enfoque de direccionamiento se basó en la utilización óptima de los recursos y en un proceso de planeación presupuestal que prioriza las actividades económicas y financieras, hacia el cumplimiento de la misión de la entidad, y la satisfacción de nuestros usuarios, además y de la rentabilidad social y económica de la E.S.E.

4.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA GEOGRÁFICA DE LA INSTITUCIÓN

El HLP se encuentra ubicado en el municipio de Piedecuesta-Santander, barrio la tachuela dirección carrera 5 No 5-59.



Figura No 1. Infraestructura física del Hospital Local de Piedecuesta

4.3. SERVICIOS PRESTADOS

La E.SE. HLP oferta programas de alta calidad y con solidas bases en recursos técnicos, científicos, humanos y financieros que brindan la prestación de servicios bajo modelos de calidad institucional. Los servicios prestados por la ESE Hospital Local de Piedecuesta son: Servicios ambulatorios, medicina General, odontología y enfermería, servicios de Urgencias: Medicina general, apoyo diagnóstico y soporte terapéutico: como son farmacia, laboratorio clínico, terapias físicas y respiratorias e imágenes, vacunacion, protección específica y detección temprana, servicios especializados: Ginecosbtetricia, psicologia y programas de promocion y prevencion como: Promoción de la salud infantil, promoción del buen trato del menor IAMI, implementación del plan de prevención y mitigación de la

pandemia de influenza, promoción de la salud sexual y reproductiva, promoción de la salud mental.

Con este portafolio de servicios la ESE HLP pretende ser un referente a nivel local de calidad y compromiso social, además, espera fortalecer día tras día los procesos de cuidado y mejoramiento físico, tecnológico y humano para brindar una atención digna y humanizada.

4.4. MISIÓN

Es una Empresa Social del Estado del orden departamental prestadora de servicios de salud de bajo nivel de complejidad de forma integral, segura y humanizada.

4.5. VISIÓN

El Hospital Local de Piedecuesta será en el año 2020 reconocido por ser líder en el modelo de atención primaria en salud en el Departamento de Santander, siendo generador de experiencias positivas en nuestros usuarios.

4.6. POLITICA DE CALIDAD

Propósitos:

- Cumplimiento de las metas en un 100 %.
- Mejorar la contratación con la Administradoras de Régimen Subsidiado.
- Mayor captación de pacientes particulares.
- Mejorar la prestación de los servicios de salud de primer nivel.
- Profesionalización del personal de planta como el contrato por cooperativas.

- Habilitación por parte de la Secretaria de Salud Departamental, para la prestación de nuevos servicios.
- Ampliación de estrategias de información, educación y comunicación (radio, TV y ayudas visuales)
- Diseño y creación de la página web

Objetivos corporativos:

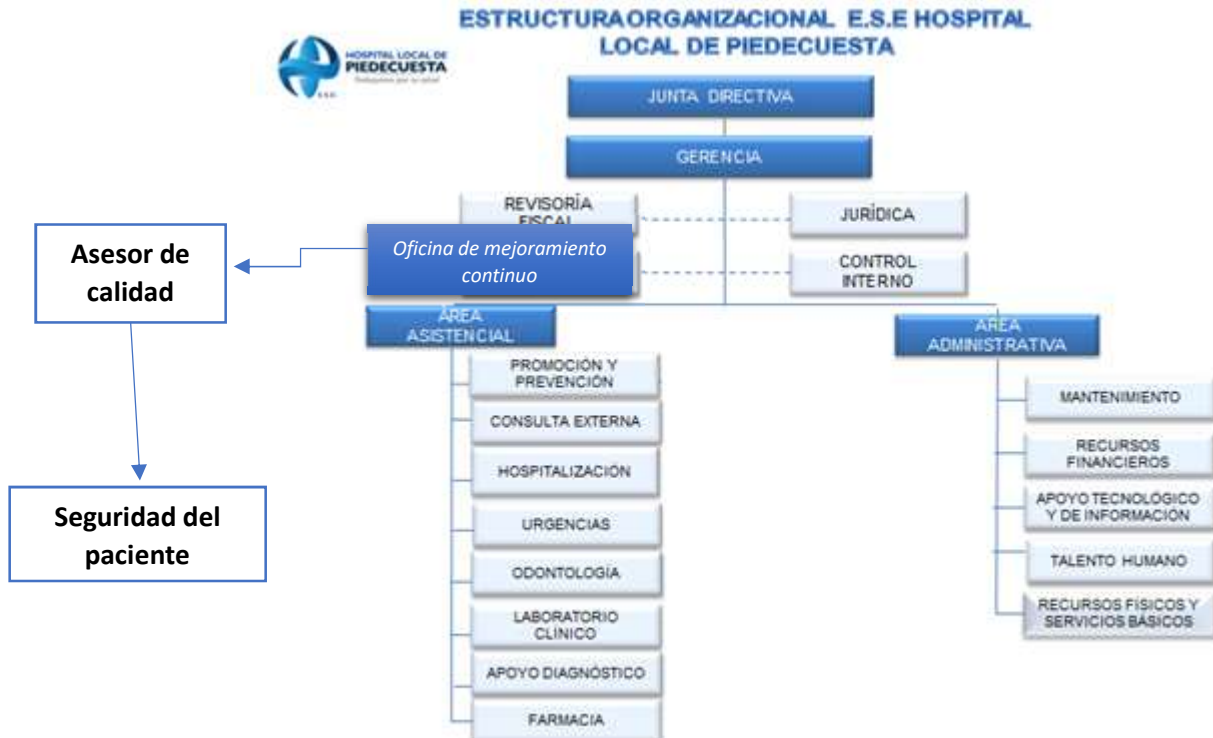
- Producir servicios de salud integrales, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con los reglamentos que se expida para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social del Estado Hospital Local de Piedecuesta, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado Hospital Local de Piedecuesta.
- Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

5. VALORES INSTITUCIONALES

- **Honestidad:** Actuamos de manera correcta, sincera y transparente; basados en la verdad con relación a los hechos y las personas.
- **Unidad hacia la excelencia:** Desarrollamos entre todos los miembros de nuestro Hospital, acciones concretas que mejoren constantemente el nivel de satisfacción de los usuarios, colaboradores y entidades que participan en el proceso de atención.
- **Motivación:** Mejoramos la calidad de vida de nuestros usuarios y colaboradores a través de una atención segura, profesional, humanizada y sostenible.
- **Amabilidad:** Buscamos lograr una experiencia positiva a los usuarios, colaboradores y entorno a través de un trato digno, afectuoso, cortés y agradable; obrando siempre con entrega y lealtad al servicio de nuestros usuarios.
- **Nobleza:** Propiciamos el bienestar de nuestros semejantes, escuchándolos, comprendiéndolos y entregándonos con amor.
- **Orientación:** Direccionamos los recursos en lograr un enfoque centrado en el usuario y su familia y el mejoramiento continuo de la calidad, con la participación activa de todos los integrantes del Hospital Local de Piedecuesta.
- **Seguridad:** Trabajamos en la seguridad de nuestros usuarios y colaboradores identificando y gestionando en nuestro quehacer diario los riesgos derivados de la atención en salud.

6. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Figura No 2. Organización administrativa ESE Hospital Local de Piedecuesta.



7. ESCENARIO DE PRÁCTICA

HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, SALA DE PARTOS Y CONSULTA EXTERNA

El servicio de ginecología cuenta con habitación de trabajo de parto con 3 camas, baño privado y sistema de llamado, aire acondicionado, una mesa de atención de partos nueva, lámpara científica, equipo de episiorrafia, sala de atención al recién nacido, lámpara de calor, dotación básica de enfermería para el servicio de partos, según reglamentos vigentes, carro de paro dotado, estación de enfermería que cumple con las normas de bioseguridad, sala de hospitalización con puerperio donde se brinda información sobre lactancia materna como único alimento, Planificación familiar a la pareja, vacunación y doppler fetal. Además, es necesario resaltar que cuenta con personal altamente calificado para la atención a partos de bajo riesgo se cuenta con tres médicos generales 24 horas compartidos en los servicios de urgencias, hospitalización, con una auxiliar de enfermería permanente 24 horas, compartida con el servicio de hospitalización, una enfermera jefe compartida con el servicio de urgencias y hospitalización y una auxiliar de servicios generales. En cuanto al servicio de hospitalización se cuenta con 2 habitaciones de Puerperio, cada una con su respectiva cama, 1 habitación de hospitalización hombres con 3 camas, Hospitalización Mujeres con 3 camas, Hospitalización pediátrica con 2 cunas, 1 cama. Respecto al servicio de urgencias cuenta con sala de observación para hombres, mujeres y pediatría, sala de reanimación, sala de curaciones, sala ERA y EDA.

}

8. MARCO TEORICO

8.1. ENFOQUE DISCIPLINAR

Los modelos teóricos de enfermería son indispensables para el desarrollo y evolución de la disciplina, además proporcionan identidad a los profesionales y proyectan la visión de estrategias para la actuación profesional. Las teorías de enfermería permiten elaborar planes de cuidado bajo el fundamento científico, también, son reconocidas porque constituyen un aspecto esencial del pensamiento lógico para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de las personas.

8.2. ENFOQUE TEÓRICO (6)

La práctica electiva de profundización se fundamentó bajo el modelo teórico de tipología de los problemas de Faye Gleen Abdellah, la cual se dedica a la resolución de problemas para alcanzar la perfección en la ciencia del cuidado. Enfatiza que el cuidado del enfermero es la herramienta más valiosa en el proceso de cuidado porque sobre la enfermera recae la responsabilidad de promover entornos seguros efectivos en la satisfacción de las necesidades.

Faye Gleen desarrolla su teoría como la solución a los problemas de la enfermería; fundamento el modelo teórico en 21 problemas y habilidades, y la considero como el primer eslabón para la construcción de una doctrina en enfermería que permitiese construir un cuerpo propio de los conocimientos que constituyen la profesión. Así mismo,

Abdellah afirma que "la enfermería es tanto un arte como una ciencia que moldea las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera en un deseo y una capacidad de ayudar a la gente, enferma o no, haciendo frente a sus necesidades sanitarias" con el fin de formar una estructura de cuidado sólida que brinde lo mejor a los usuarios bajo sus cuidados. Además de los enfoques centrados en la enfermera también hizo énfasis en la identificación y solución de problemas específicos del entorno y paciente, a esta identificación y clasificación de problemas lo llamo tipología de los 21 problemas de enfermería. Dicha tipología se divide en tres áreas: Necesidades físicas, sociológicas y emocionales del paciente, Los tipos de relaciones personales entre la enfermera y el paciente y los elementos comunes al cuidado del paciente; de los veintiún problemas descritos por Faye solo se trabajaron dos en el plan de mejoramiento, los cuales se relacionaron en su totalidad con las necesidades identificadas en el Hospital Local de Piedecuesta.

1. Mantener buena higiene y comodidad física.
2. Fomentar una actividad óptima: ejercicio, descanso y sueño.
- 3. Fomentar la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones u otros traumatismos, y mediante la prevención de la propagación de la infección.**
4. Mantener en buen estado la mecánica corporal y prevenir y corregir la deformidad.
5. Facilitar el mantenimiento de una provisión de oxígeno para todas las células del cuerpo.
6. Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo.
7. Facilitar el mantenimiento de la eliminación.
8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos.

9. Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo a las condiciones de la enfermedad: patológicas, fisiológicas y compensatorias.
10. Facilitar el mantenimiento de los mecanismos reguladores y de las funciones.
11. Facilitar el mantenimiento de la función sensorial.
12. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivas y negativas.
13. Identificar y aceptar la interrelación de las emociones y la enfermedad orgánica.
14. Facilitar el mantenimiento de una comunicación efectiva verbal y no verbal.
15. Fomentar el desarrollo de relaciones personales positivas.
16. Facilitar el progreso hacia el logro de las metas espirituales personales.
- 17. Crear y/o conservar un entorno terapéutico.**
18. Facilitar el conocimiento de sí mismo como individuo con cambiantes necesidades físicas, emocionales y de desarrollo.
19. Aceptar las metas óptimas posibles a la luz de las limitaciones físicas y emocionales.
20. Hacer uso de los recursos sociales como una ayuda para resolver problemas derivados de la enfermedad.
21. Entender el papel de los problemas sociales como factores de influencia en las causas de la enfermedad.

8.5. ENFOQUE ETICO Y BIOETICO

La práctica de enfermería se caracteriza por regirse bajo componentes y dimensiones éticas y morales que condicionan el comportamiento de la profesional. En la actualidad en la práctica de la atención de salud la enfermera tiene roles y responsabilidades en los que se presentan dilemas éticos y morales que precisan de la profesional valores, principios,

códigos, muchas veces conocimientos de legislación que guíen el análisis y toma de decisiones. Entonces, el actuar de la enfermera se rige bajo los principios éticos y legales, como: Autonomía, beneficencia y justicia, los cuales permitieron el desarrollo de las estrategias desarrolladas en el HLP, además, de hacer posible la modificación de ideas, hábitos, conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional en el personal asistencial de los servicios intervenidos.

9. VALORACIÓN DE ASPECTOS INTERNOS Y EXTERNOS POR MEDIO DE LA MATRIZ DOFA

La matriz FODA es un método de identificación, formulación y planificación de estrategias que conllevan al desarrollo de cuatro tipos de estrategias: FO, DO, FA y DA. Las letras F, O, D y A representan fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.¹¹ A partir de su identificación en el E.S.E ISABU con el programa de seguridad del paciente, durante la Practica Electiva de Profundización (PEP), facilitara la valoración respectiva para la solución de problemas, por medio de actividades al personal de salud y usuarios con la finalidad de mejoría progresiva del negocio.

Tabla No 1. Fortalezas identificadas en el Hospital Local de Piedecuesta

| FORTALEZAS | |
|--|---|
| Capacidad directa | Capacidad talento humano |
| <ul style="list-style-type: none"> • Único Hospital en el municipio de Piedecuesta. • La infraestructura del servicio fue modificada, lo cual genera mayor seguridad al usuario. • Existencia de política de seguridad • Cuenta con convenio Docencia UNAB | <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de personal de enfermería calificado. • Existe coordinadora enfermera del programa de seguridad del paciente • El personal de Enfermería cumple con las funciones acorde a las necesidades específicas de los servicios. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de formato reporte de eventos adversos, incidentes • Servicio de información y atención al usuario (SIAU) |
| Infraestructura e insumos | Capacidad tecnológica |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con una adecuada planta física para suplir necesidades del personal y de los usuarios. • Existencia de rampas para el traslado de usuarios • Accesibilidad a los recursos y materiales. • Existencia de sanitarios, lavamanos y recipientes de colores para la eliminación de desechos. • Cuenta con ambulancias en buen estado y con equipo adecuado para estabilización de usuarios. • Existencia de central de esterilización | <ul style="list-style-type: none"> • Equipos de buena tecnología. • Acceso a internet • Plataforma en línea |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de espacio adecuado temporal para el almacenamiento de residuos hospitalarios • Inclusión a la población con incapacidad (sistema blayder) | |
| Historia clínica y registros asistenciales | Proceso de atención |
| <ul style="list-style-type: none"> • Existencias de manejo de historia clínica digital • Existencia de algún consentimiento informado en procedimientos que lo requieran. | <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de protocolos sobre seguridad del paciente en lavado de manos, prevención de caídas, prevención y manejo de úlceras por presión, cateterismo vesical, identificación del paciente, administración de medicamentos, bioseguridad. • Existencia del programa de tecnovigilancia y farmacovigilancia. |

Tabla No 2. Oportunidades identificadas en el Hospital Local de Piedecuesta

| | |
|----------------------------|---|
| OPORTUNIDADES | |
| Factores económicos | Factores geográficos y socioculturales |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de convenios con otras instituciones de salud. • Existencia de Convenios con Instituciones Educativas • Recursos del Estado y departamentales destinados a la atención en salud | <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra ubicado en un sitio central y cuenta con buenas vías de acceso. • Confianza por parte de los usuarios hacia la prestación de los servicios. • Institución de fácil acceso para la población del municipio. • Alta demanda de la población |
|--|---|

Tabla No 3. Debilidades identificadas en el Hospital Local de Piedecuesta

| DEBILIDADES | |
|--------------------------|----------------------------|
| Capacidad directa | Proceso de atención |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • No se han medido la adherencia de rondas de seguridad a los distintos servicios de pacientes. | <ul style="list-style-type: none"> • Falta socialización de protocolos institucionales: riesgo de caídas • No adherencia al protocolo de lavado de manos • falta de medición de adherencia de lista de chequeos de protocolos institucionales: administración de medicamentos, identificación de usuarios. • Inadecuado reporte de eventos adversos. • El personal auxiliar y Medico no cumple con normas de bioseguridad a la hora de realizar procedimientos |
| <p>Infraestructura e insumos</p> | <p>Capacidad tecnológica</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Falta de mantenimiento de los equipos. • Falta continuidad en protocolo de semaforización de medicamentos. • Falta de insumos necesarios para cumplir con las estrategias (lavados de manos). | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de registros completos de enfermería en historia clínica electrónica. Registros de medicamentos, control de líquidos). |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Tabla No 4. Amenazas identificadas en el Hospital Local de Piedecuesta

| AMENAZAS |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Instituciones prestadoras de salud competitivas en el entorno • Reingreso de pacientes de urgencias. • Vías de acceso a la institución con gran tráfico. |

10. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES A TRAVES DEL METODO DE HANLON

Es un instrumento que clasifica los problemas y los recursos con los que cuenta la institución, priorizando la problemática con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención. Este método constituye una tecnología en salud para la toma de decisiones adecuadas.

COMPONENTES:

1. **A:** magnitud del problema: de acuerdo al número de personas afectadas, puntuación de (0-10).
2. **B:** severidad del problema: la carga social que genera el problema, puntuación de (0-10).

3. **C:** eficacia de la solución: son los recursos actuales, dando 0.5 a problemas difíciles de solucionar y 1.5 a los de posible solución.
4. **D:** factibilidad de la intervención: determinan un programa aplicado al problema. Teniendo en cuenta a pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, disponibilidad de recursos y legalidad; si es factible toma el valor de 1 y si no lo es su valor será de cero.

Tabla No 5. Priorización de necesidades por medio del método de Hanlon

| METODO DE HANLON | | | | | |
|--|------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| PROBLEMA | A: MAGNITUD | B: SEVERIDAD | C: EFICACIA | D: FACTIBILIDAD | RESULTADO (A+B) C x D |
| Falta de implementación del protocolo de caídas. | 10 | 10 | 1.5 | 1 | 30 |
| No adherencia al protocolo de lavado de manos | 10 | 9 | 1.5 | 1 | 28.5 |

| | | | | | |
|---|---|---|-----|---|----|
| <p>Inconvenientes en la implementación del programa de seguridad del paciente:</p> <p>-No medición de la adherencia a procesos en rondas de seguridad.</p> <p>-No hay adherencias de los cinco correctos al protocolo de administración de medicamentos, identificación de paciente por</p> | 8 | 9 | 1,5 | 1 | 25 |
|---|---|---|-----|---|----|

| | | | | | |
|--|---|---|-----|---|-----------|
| parte del personal y protocolo de caídas. -No reporte oportuno de eventos adversos | | | | | |
| El personal auxiliar y Medico no cumple con normas de bioseguridad a la hora de realizar procedimientos. | 8 | 9 | 1,5 | 1 | 25 |

11. DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Tabla No 6. Problema uno: Falta de implementación del protocolo de riesgo de caídas.

| Objetivo: Implementar el protocolo institucional de caídas en el personal de enfermería del servicio de hospitalización, urgencias y consulta externa. | | | |
|---|---|--|--|
| Meta: Realizar la implementación del protocolo institucional de caídas en el personal asistencial del Hospital Local de Piedecuesta. | | | |
| Actividad | Indicador | Verificador | Resultado |
| Evaluar el nivel de conocimientos sobre el riesgo de caídas a través de un pretest. | No. Total de respuestas correctas/No total de preguntas del pretest. *100 Criterio de resultados NOC | -Cuestionario -Criterio de resultados NOC | Nivel de conocimiento: extenso 23 puntos (92%) |

Figura No 2. Porcentaje de conocimiento sobre riesgo de caídas en pre-test(m1)

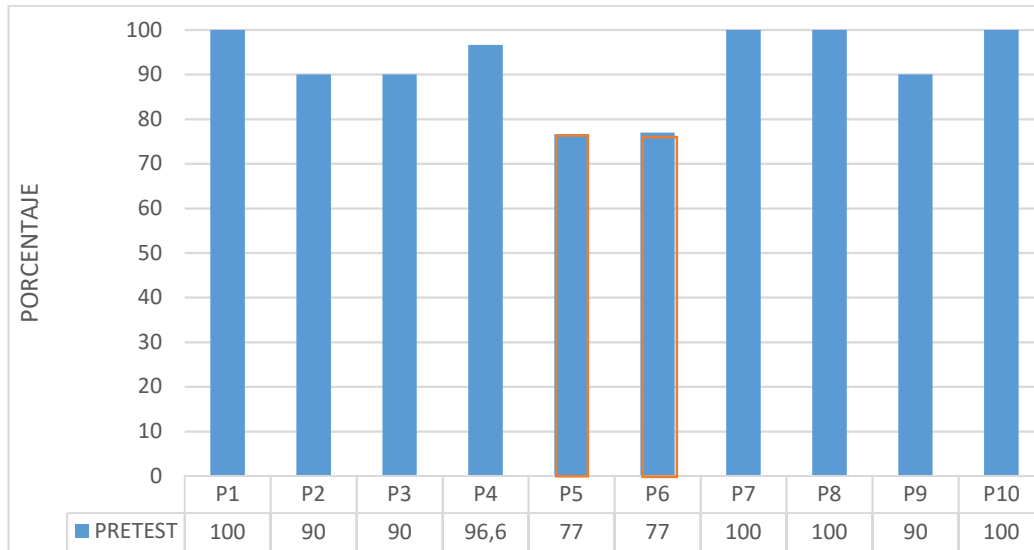
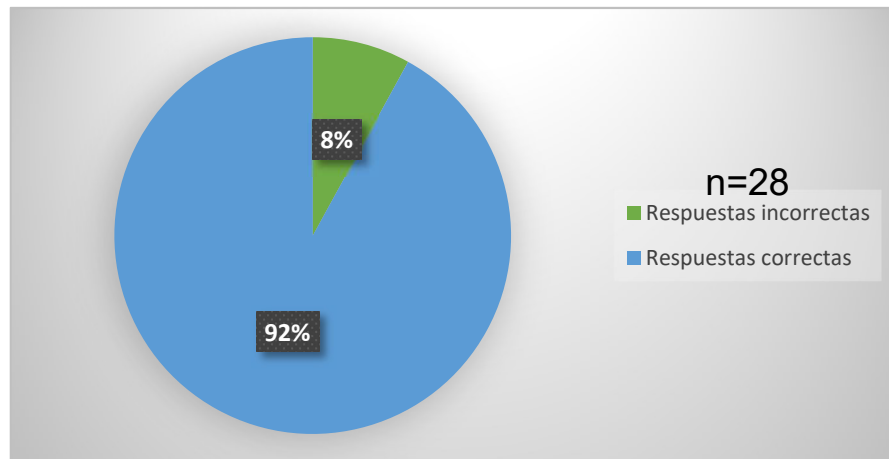


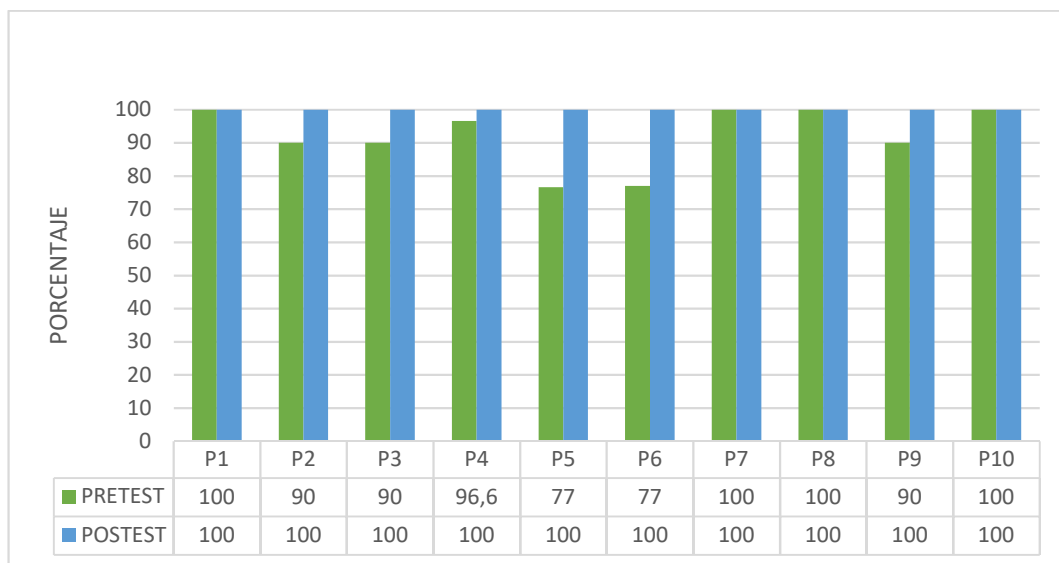
Figura No 3. Porcentaje de conocimiento sobre riesgo de caídas en pre-test(m1)



Se evaluó el nivel de conocimiento respecto al riesgo de caídas en el personal asistencial de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa para un total del 100% (n=28), en el momento 1 se evidencio que el 92% de las respuestas fueron correctas y solo el 8% estuvieron erradas, por lo cual, es necesario destacar que el personal posee un adecuado

nivel de conocimiento representado por un NOC inicial de 92% según el criterio de resultados NOC: Conocimiento extenso, sin embargo, se presentan falencias en la implementación del protocolo institucional de caídas.

Figura No 4. Comparativo de conocimiento sobre riesgo de caídas en pre y post-test

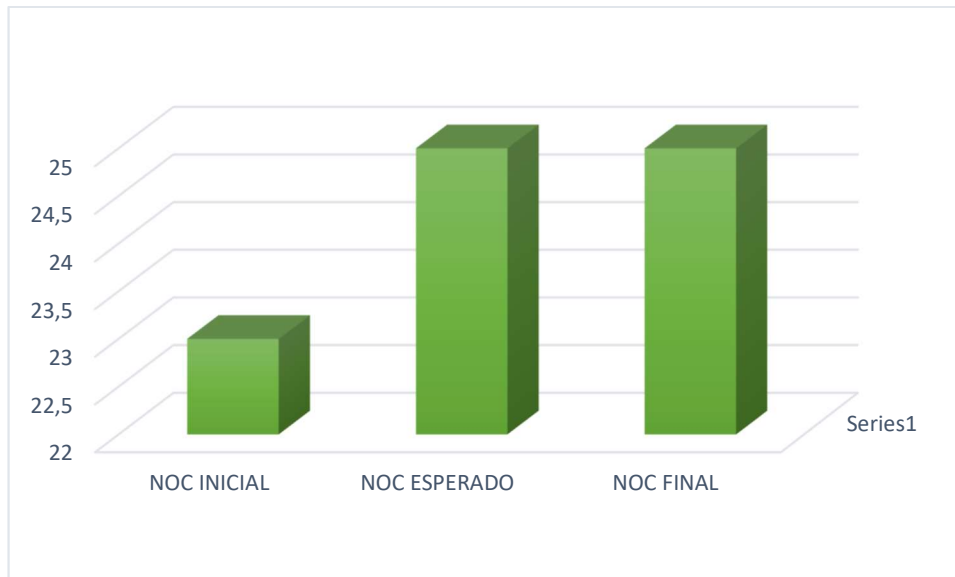


Por medio del desarrollo del pre y pos-test, se evidenció un incremento sustancial en el nivel de conocimientos, manejo e implementación del protocolo institucional, evidenciado por lograr el 100% en el m2, posterior a la educación generada.

Tabla No 7. Porcentaje de criterio de resultados NOC en pre y post-test

| NOC INICIAL | NOC FINAL |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 92% Conocimiento extenso (m1) | 100% Conocimiento extenso (m2) |

Figura No 5. Progresión del nivel de conocimiento del personal



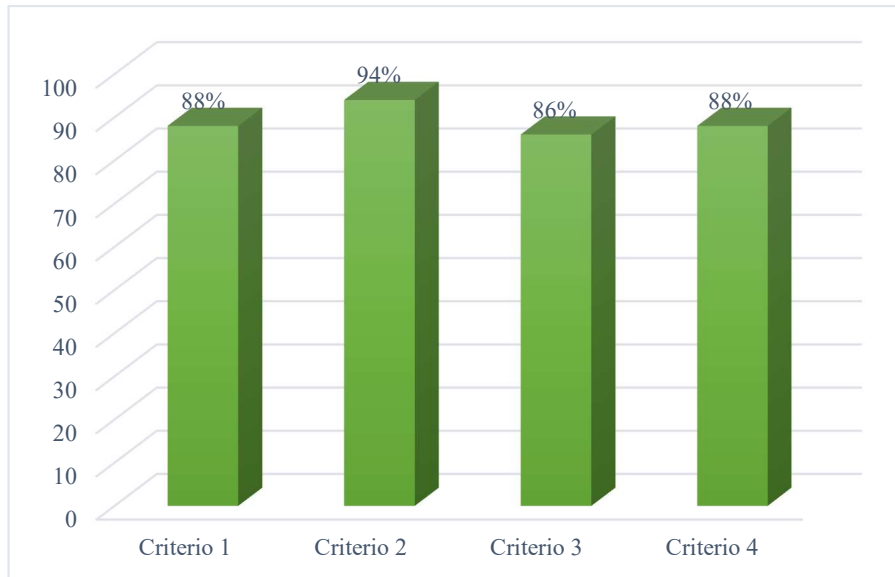
Para realizar la evaluación del nivel de conocimiento del personal de una forma objetiva se decidió implementar el criterio de resultados NOC con el fin de correlacionar la encuesta realizada con los indicadores y así poder operacionalizar sistemáticamente los resultados. En la tabla número 7 se evidencia el porcentaje inicial del NOC el cual fue de 92% clasificado como conocimiento extenso y en el NOC final un porcentaje del 100% clasificado como conocimiento extenso, evidenciado el incremento del 8% en los dos momentos de aplicación del cuestionario.

| Actividad | Indicador | Verificador | Resultado |
|---|--|---|---|
| Socializar la política de seguridad del paciente sobre la prevención de caídas para incluir en la evolución diaria del paciente | Total de personas socializadas / Total del personal del servicio * 100 | -Pantallazo de la historia clínica con la inclusión de la política -Evidencia fotográfica -Lista de las personas socializadas | Se socializo al 90% del personal del servicio |

Se socializo el protocolo institucional de caídas en el personal de enfermería por medio de educación individualizada por servicios, se reforzó educación sobre la valoración del riesgo de caídas por medio de la escala institucional, se deja evidencia con foto. (Ver anexo desde página 40).

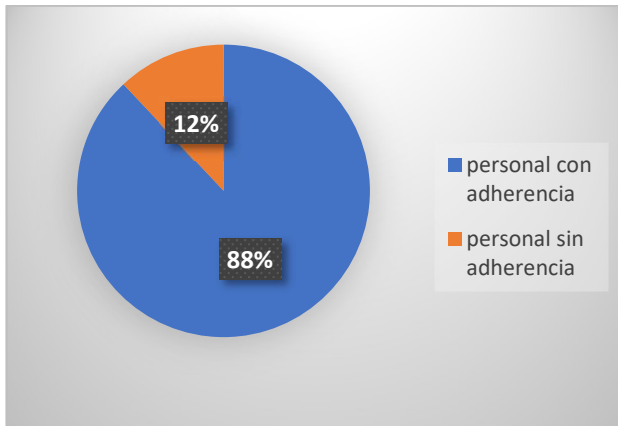
| Actividad | Indicador | Verificador | Resultado |
|---|--|---|---|
| Medición de la adherencia del protocolo de caídas en el personal asistencial. | Total de personas que cumplieron los criterios/ Total del personal del servicio evaluados con la lista de chequeo * 100 | -Lista de chequeo -Evidencia fotográfica | 88% del personal asistencial tiene adherencia al protocolo de caídas. |

Figura No 6. Porcentaje de adherencia al protocolo de caídas por criterios



Se realizó la medición de la adherencia al protocolo institucional de caídas por medio de cuatro criterios dejando en manifiesto la variabilidad de los porcentajes respecto a cada criterio.

Figura No 7. Porcentaje de adherencia al protocolo de caídas en general



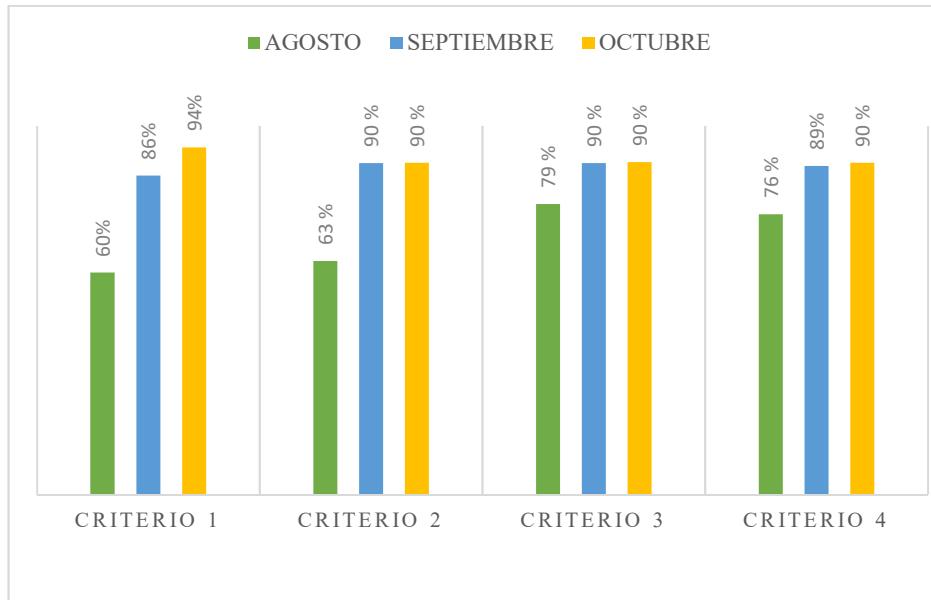
La medición a la adherencia se realizó en muestra de 20 trabajadores de los servicios descritos, por medio de la gráfica se puede evidenciar que el 12% del personal de la institución no mantiene un grado de adherencia el protocolo institucional, situación que resulta preocupante debido a que puede influir negativamente en el proceso de atención segura, sin embargo, el 88% manifestó un adecuado nivel de conocimiento y adherencia al protocolo de la institución.

| Actividad | Indicador | Verificador | Resultado |
|--|-----------|---------------------|-------------------|
| Diseño de estrategia TIC: video institucional de la prevención de caídas. (Ver anexo desde página 40). | Video | -Imágenes del Video | Edición del video |

Tabla No 8. Problema dos: No adherencia al protocolo de identificación de usuarios

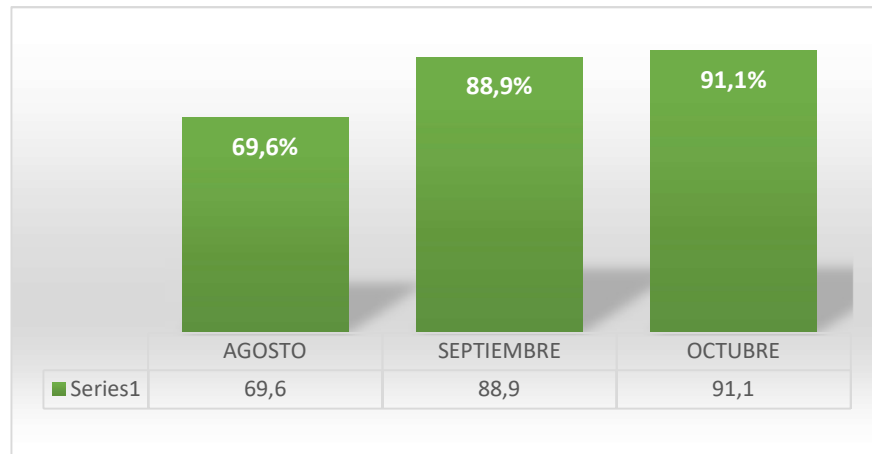
| Objetivo: Fomentar la adherencia del protocolo institucional de identificación de usuarios en el personal asistencial de los servicios hospitalización, urgencias y consulta externa. | | | |
|--|--|-------------------------|---|
| Meta: Lograr el 100% de la adherencia del protocolo de identificación de usuario. | | | |
| Actividad | Indicador | Verificador | Resultado |
| Medición de la adherencia del protocolo de identificación del usuario a través de la lista de chequeo. | Total de personas que cumplieron los criterios/ Total del personal del servicio evaluados con la lista de chequeo * 100 | - Lista de verificación | 91% del personal tiene adherencia al protocolo de identificación del usuario. |

Figura No 8. Porcentaje de adherencia al protocolo de identificación de usuario



Se realizó un seguimiento a la adherencia del protocolo de identificación del usuario por un periodo continuo de 4 meses y tomando como referente distintos criterios con el fin de poder valorar el progreso en el lapso de tiempo. Se puede evidenciar un aumento de los porcentajes respecto en los 4 momentos de aplicación.

Figura No 9. Resultados adherencia protocolo identificación de usuarios



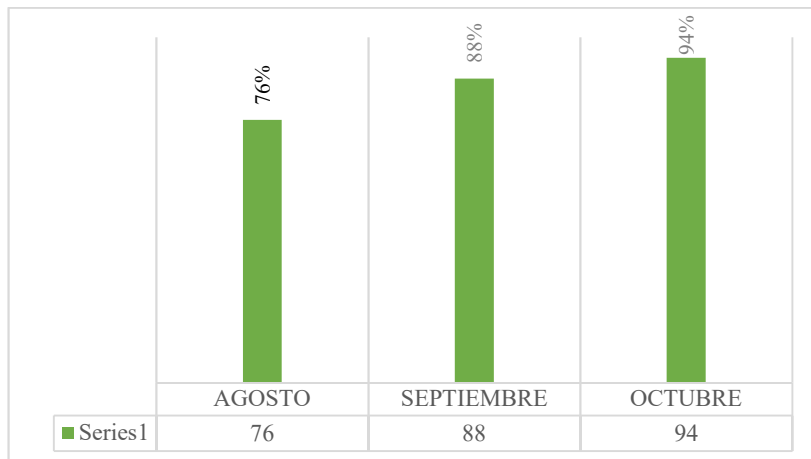
Por medio del grafico se puede evidenciar los diferentes cambios porcentuales dados en los tres meses en relación al inicio y finalización de las sesiones educativas, es importante tomar como referente el mes inicial (Agosto) cuyo porcentaje es de 69.6% lo cual se puede asociar con la falta de sesiones educativas respecto a esta temática, al finalizar el proceso en el HLP se logró obtener el 91,1%, lo cual se relaciona con las constantes sesiones educativas sobre la temática.

| Actividad | Indicador | Verificador | Resultado |
|---|---|--|------------------------------------|
| Explicar y retroalimentar el protocolo por servicios. | Total personas asistentes/ total de personas invitadas *100 | - Lista de asistencia -Evidencia fotográfica | 94% de personal retroalimentado |

Tabla No 12. Problema tres: No hay adherencia al protocolo de los cinco correctos en la administración de medicamentos

| Objetivo: Fomentar la adherencia del protocolo institucional de los cinco correctos en la administración de medicamentos en los servicios hospitalización, urgencias. | | | |
|--|--|--|---|
| Meta: Lograr el 100% de la adherencia del protocolo de los cinco correctos en la administración de medicamentos. | | | |
| Actividad | Indicador | Verificador | Resultado |
| Medición de la adherencia del protocolo de los cinco correctos en la administración de medicamentos través de la lista de chequeo | Total de personas que cumplieron los criterios/ Total del personal del servicio evaluados con la lista de chequeo * 100 | -Lista de verificación -Evidencia fotográfica | 94% del personal tiene adherencia al protocolo de identificación del usuario. |

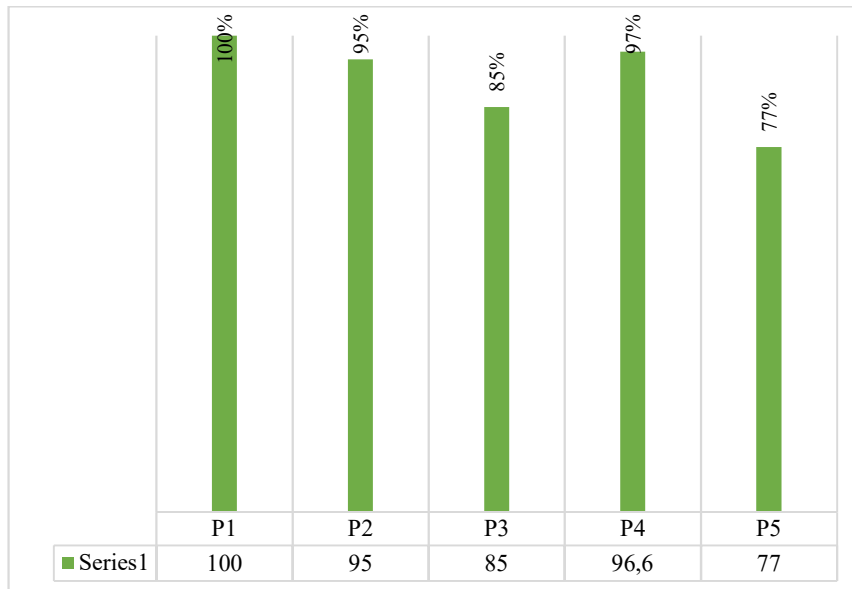
Figura No 10. Porcentaje de adherencia al protocolo de los cinco correctos de la administración de medicamentos



Se logra evidenciar las fluctuaciones a nivel porcentual durante los tres meses de intervención educativa, iniciando con un 76% y finalizando el proceso educativo con un 94%, por lo cual puede describirse la intervención educativa como efectiva ya que genero un incremento del 18%.

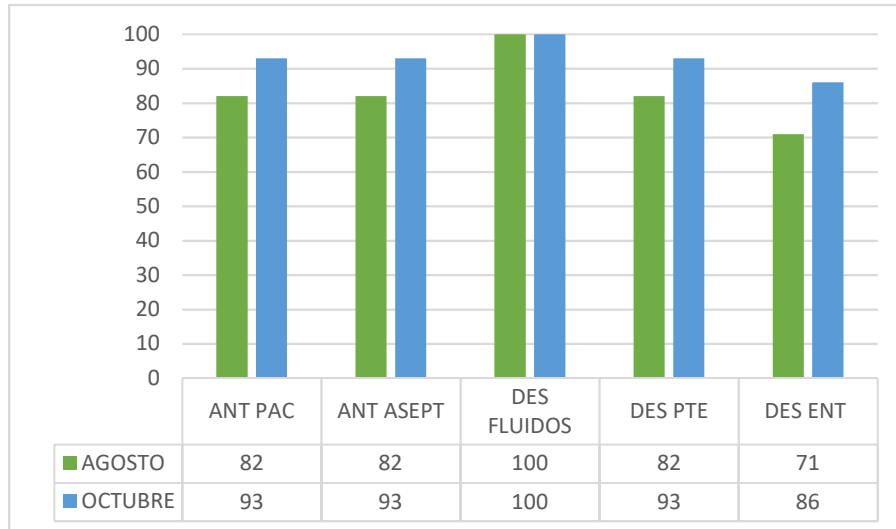
| Actividad | Indicador | Verificador | Resultado |
|---|---|---|---|
| Explicar y retroalimentar el protocolo por servicios. (Ver anexo desde página 40). | Total personas asistentes/ total de personas invitadas *100 | -Lista de asistencia -Evidencia fotográfica | 98% del personal retroalimentado |
| Medir el nivel de conocimiento sobre los cinco correctos. | No. Total de respuestas correctas/No total de preguntas del cuestionario. *100 | Lista de asistencia | 91% de adherencia |
| Elaboración de cuadro con generalidades de la administración de medicamentos para cada servicio (Ver anexo desde página 40). | Cuadro de medicamentos | Cuadro de medicamentos | Entrega de cuadro de medicamentos para urgencias y hospitalización. |

Figura No 11. Porcentaje de conocimiento en los cinco correctos del protocolo de administración de medicamentos



Se tomaron en cuenta los cinco correctos de enfermería para la realización de la medición en el personal, se observa un adecuado valor porcentual en cada una de las variables, sin embargo, se evidencia un 77% en la pregunta número cinco (Administrar el medicamento a la hora correcta). Se realiza sesiones educativas frecuentes con el fin de mejorar el nivel de conocimiento y análisis por parte del personal de enfermería.

Figura No 12. Resultado adherencia protocolo lavado de manos



Por medio de la gráfica se puede detallar que se realizó medición de la adherencia durante dos meses con un intervalo de tiempo de no capacitación de un mes con la finalidad de hacer el proceso más objetivo, la educación fue positiva porque se logró incrementar el nivel de adherencia en el personal de salud en cuanto a las variables descritas, ya que paso de un 82% a un 93% incrementando un 11% el nivel de adherencia en dos variables durante un periodo de dos meses, y de un 71% a un 86% incrementando el 15% el grado de adherencia. Resultados satisfactorios para el plan de mejoramiento institucional.

Tabla No 13. Problema cuatro: No hay adherencia al protocolo de lavado de manos

| Objetivo: Fomentar la adherencia del protocolo institucional de lavado de manos en el personal asistencial. | | | |
|--|--|--|---|
| Meta: lograr la adherencia en un 80% del personal asistencial al protocolo de lavado de manos | | | |
| Actividad | Indicador | Verificador | Resultado |
| Socializar el protocolo de los cinco momentos del lavado de manos. (Ver anexo desde pag 40) | No personas que asisten/ No personas del servicio *100 | -Lista de verificación -Evidencia fotográfica | 100% de asistencia |
| Medir el nivel de adherencia sobre los cinco momentos del lavado de manos. (Ver anexo desde pag 40) | Total de personas que cumplieron los criterios/ Total del personal del servicio evaluados con la lista de chequeo * 100 | -Lista de verificación | 95% del personal tiene adherencia al protocolo de los cinco momentos del lavado de manos. |
| Elaborar y socializar de material educativo | Elaborar y socializar de material educativo sobre los | Imagen con contenido sobre afiche | Entrega de cuatro afiches de los cinco |

| | | | |
|---|--------------------------------|--|------------------------------|
| sobre los 5 momentos del lavado de manos. | 5 momentos del lavado de manos | | momentos del lavado de manos |
|---|--------------------------------|--|------------------------------|

Tabla No 14. Problema cinco: No uso de los elementos de protección personal (EPP) por parte del personal asistencial.

Objetivo: Capacitar al personal asistencial sobre el uso de elementos de protección personal.

Meta: Lograr el uso de EPP en el 70% de personal asistencial de la ESE Hospital Local de Piedecuesta.

| Actividad | Indicador | Verificador | Resultado |
|--|--|---|--|
| Explicar la importancia de los elementos de protección: cambios de turnos. (Ver anexo desde pag 40) | Total de asistentes/total de personal del servicio*100 | - Lista de verificación -Evidencia fotográfica | 90% de personal capacitado |
| Diseño de afiche con el uso correcto de elementos de protección Personal (Ver anexo desde pag 40) | Afiche de los elementos de protección personal | -Afiche | Entrega de afiche en el servicio de urgencias y sala de partos |

Tabla No 15. Actividades complementarias

| ACTIVIDAD | Nº |
|--|-----------|
| Educación a personal de salud | 6 |
| Monitoria de signos vitales | 118 |
| Venopunción | 90 |
| Administración de medicamentos VO | 52 |
| Administración de medicamentos IV | 255 |
| Administración de medicamentos IM | 52 |
| Administración de medicamentos inhalados | 115 |
| Administración de oxígeno | 28 |
| Inserción de Sonda Vesical | 25 |
| Toma de EKG | 38 |
| Asistencia de enfermería durante sutura | 28 |
| Onicectomia | 4 |
| Revisión carro paro urgencias | 13 |
| Asistencia a parto | 17 |
| Referencia usuaria CRU | 24 |
| Drenaje cutáneo | 28 |
| Monitoreo fetal | 24 |
| Curaciones | 135 |
| Evolución enfermería | 405 |

| | |
|------------------|-------------|
| Retiro de puntos | 38 |
| TOTAL | 1495 |

12. CONCLUSIONES

- Se logro la adherencia de estrategias en prácticas seguras por parte del personal asistencial del Hospital Local de Piedecuesta como contribución al proceso de mejoramiento institucional.

- Se logro socializar el protocolo institucional de caídas en el personal asistencial de los servicios hospitalización, urgencias y consulta externa, gracias a la capacidad de liderazgo del estudiante y la receptividad del personal del Hospital Local de Piedecuesta.

- Se logro la adherencia del lavado de manos en los trabajadores de la institución como medida estratégica en la prevención y disminución de infecciones asociadas a los procedimientos.

13. ANEXOS

Figura No 13. Evidencia fotográfica de presentación sobre capacitación

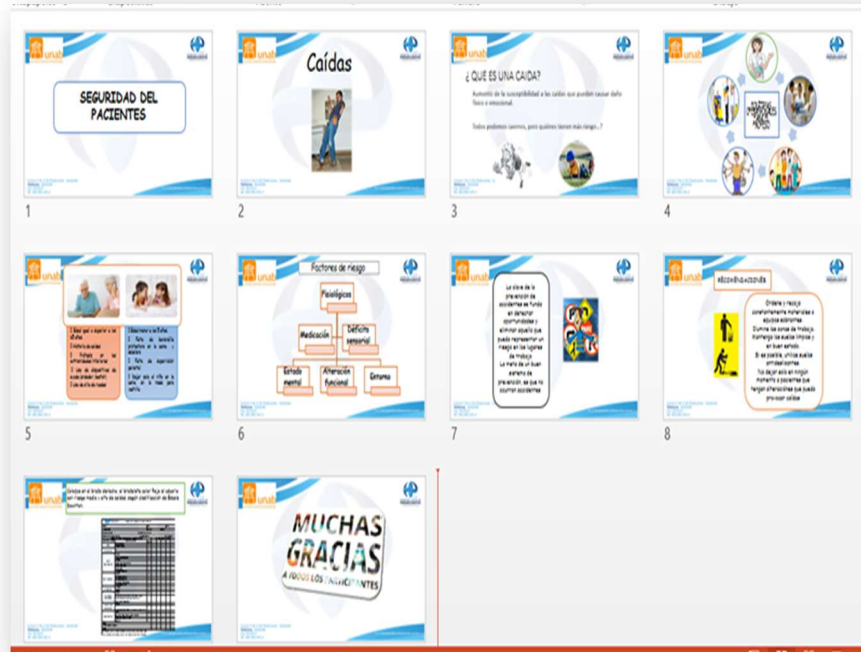


Figura No 14. Lista de firmas de asistencia a capacitación



Anexos de problema número uno

Figura No 15. Evidencia fotográfica de encuesta realizada para determinar el nivel de conocimientos del personal

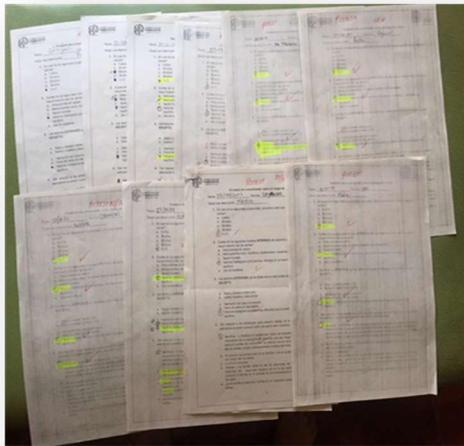
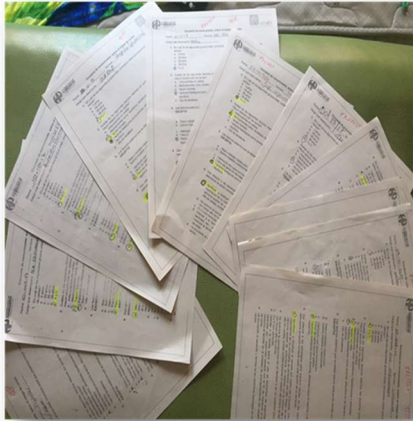


Figura No 16. Evidencia fotográfica del personal en la socialización de protocolo de caídas

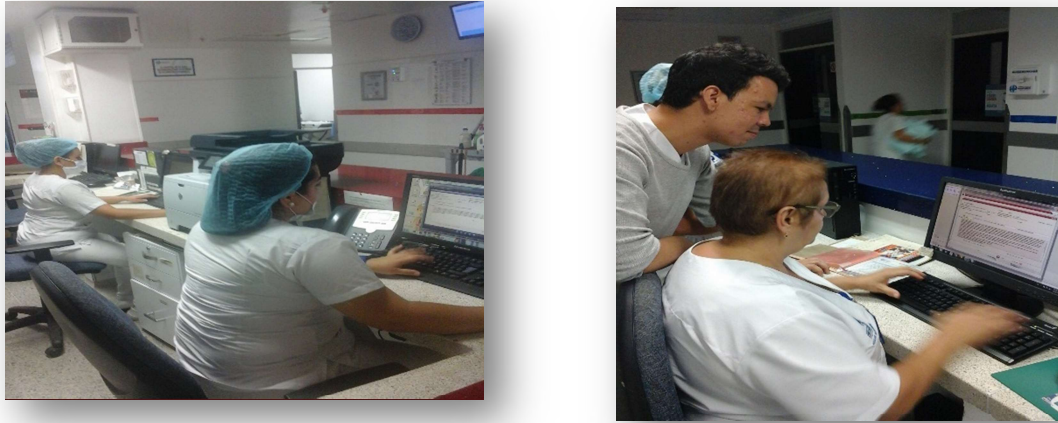
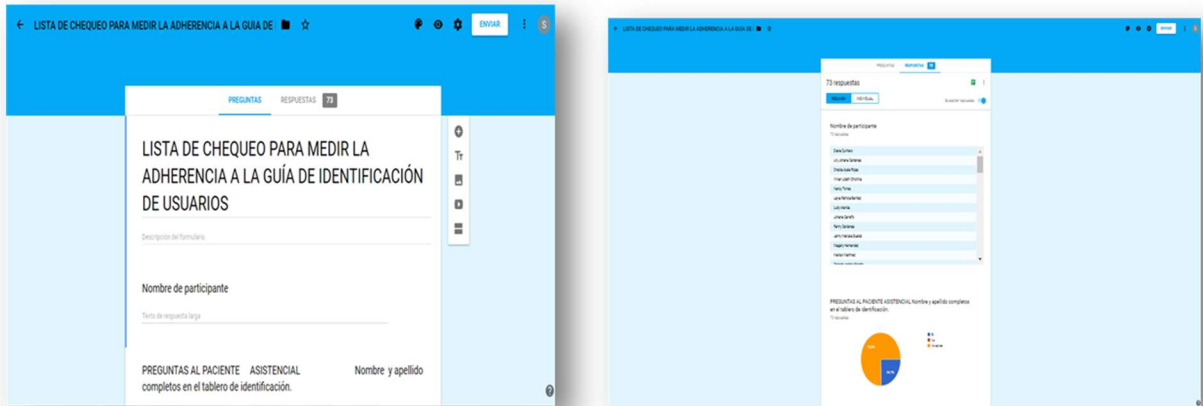


Figura No 17. Evidencia fotográfica de lista de asistencia a la capacitación

| Nº | NOMBRE Y APELLIDO | Nº DOCUMENTO | ENTIDAD | CARGO/ÁREA | FIRMA |
|----|----------------------------|--------------|---------|----------------|---------|
| 13 | MONTAÑA FERRAZDEL | 34343434 | H.E.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 14 | MONTAÑA FERRAZDEL | 34343434 | H.E.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 15 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 16 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 17 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 18 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 19 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 20 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 21 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 22 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 23 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 24 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 25 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 26 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 27 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |
| 28 | COLLAZO RIVERA JOSÉ RAFAEL | 10000000 | V.S.P. | AN. UNIV. CUBA | [Firma] |

Figura No 19. Evidencia de lista de chequeo para la identificación de usuarios



Actividad perteneciente al problema numero dos

Figura No 20. Evidencia fotográfica de socialización de protocolo de identificación de usuarios

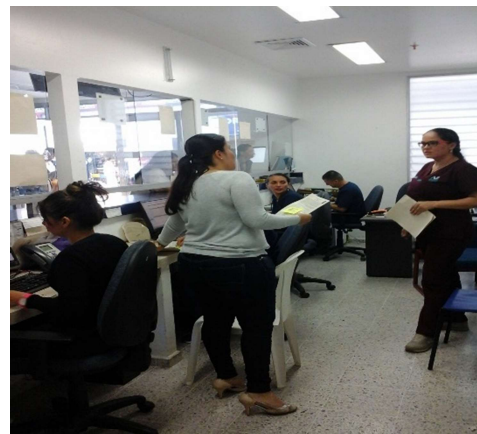


Figura No 21. Evidencia lista de asistencia

REGISTRO ASISTENCIA

| Nº | NOMBRE Y APELLIDO | Nº DOCUMENTO | ENTIDAD | CARGO-ÁREA | FIRMA |
|----|----------------------------|--------------|---------|------------------|---------|
| 13 | Miguel Ferrández | 6852932 | H.P. | As. enf. C.H.D. | [Firma] |
| 14 | Marcel Rodríguez | 108661724 | H.P. | As. especial ITS | [Firma] |
| 15 | Olivia Ana Juli Brango | 10871014 | H.P. | Yayo | [Firma] |
| 16 | Coni Silvana Salgado | 60030541 | H.P. | As. C.A.F. con | [Firma] |
| 17 | Carolina Daniela T. | 63340003 | H.P. | As. enf. REV | [Firma] |
| 18 | Dora Sotomayor Quiroga | 108880481 | H.P. | As. enf. REV | [Firma] |
| 19 | Dora Sotomayor Quiroga | 604080005 | H.P. | As. enf. REV | [Firma] |
| 20 | Nancy Alejandra Jimeno | 400781871 | H.P. | As. enfermería | [Firma] |
| 21 | Maria Silvia Rosal Salgado | 108210051 | H.P. | As. enfermería | [Firma] |
| 22 | Stefanía Katherine G. | 633245901 | H.P. | Enfermería PAI | [Firma] |
| 23 | Isabelle Alvarado G. | 633245902 | H.P. | As. enfermería | [Firma] |
| 24 | Raúl Antonio Torres | 633245903 | H.P. | As. enfermería | [Firma] |
| 25 | Isabel Lorena P. | 108210052 | H.P. | As. enfermería | [Firma] |
| 26 | Dora Daniela Gomez | 108210053 | H.P. | Enfermería P.C. | [Firma] |
| 27 | Diego Alejandro P. | 108210054 | H.P. | As. enfermería | [Firma] |
| 28 | Isabel Lorena P. | 108210055 | H.P. | As. enfermería | [Firma] |
| 29 | Isabel Lorena P. | 108210056 | H.P. | As. enfermería | [Firma] |

Figura No 21. Evidencia lista de chequeo para medición del nivel de adherencia a la administración de medicamentos

LISTA DE CHEQUEO PARA MEDIR ADHERENCIA A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Descripción del formulario

Nombre de personal Evaluado

Tiempo de respuesta corta

El área donde se preparan los medicamentos esta limpia y ordenada

Figura No 22. Evidencia fotográfica en socialización de protocolo de identificación de usuarios



Figura No 23. Evidencia cuadro entregado en lo servicios

| CUADRO DE MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSES | DIPTERENTE |
| AMOXICILINA | Ampolla de 100mg/cc de 2ml y/o 500mg | 150mg/kg/día | <p>DIPTER EN 100cc pasar por bomba de infusión en 1 hora</p> <p>DIPTER EN 50 a 70 cc pasar en 1 hora por bomba de infusión</p> |
| AMPICILINA | Ampolla de 1gr frasco vial | Adultos y adolescentes 0.5-1 g (v. o. m. cada 6 horas. Las dosis pueden aumentarse hasta 14 p/día. Niños y bebés: 100-200 mg/kg/día (v. o. m. Dividido en administraciones cada 4 a 6 horas | <p>DIPTER EN 100cc de 1 gr diluir en 100cc y de 500mg en 50cc de solución salina al 0.9%. la solución madre queda en 100mg/100cc.</p> <p>DIPTER EN 50 a 70 cc pasar en 1 hora por bomba de infusión</p> |
| AMPICILINA SULTACTAM | Ampolla de 1 gr de ampicilina + 0.3gr de sulbactam frasco vial | 100-150mg/kg/día dividido cada 6 horas. Máximo 200-300mg/kg/día dividido cada 6 horas. Niños 100-200mg/kg/día dividido cada 6 horas. | <p>DIPTER EN 100cc la ampolla de 1 gr y para en tiempo de 1 hora por bomba de infusión.</p> |
| CEFTAZOXONA | Ampolla de 1 gr frasco vial | 100-200mg/kg/día dividido cada 12-24 horas. | <p>DIPTER EN 100cc la ampolla de 1 gr y para en tiempo de 1 hora por bomba de infusión.</p> |
| CLARITROMICINA A | Ampolla de 500mg frasco vial. Antibiótico macrolido. | 15-20mg/kg/día. dividido cada 12 horas. | <p>DIPTER EN 100cc la ampolla de 1 gr y para en tiempo de 1 hora por bomba de infusión.</p> |
| METRONIDAZOL | Frasco vial 500mg / 100cc Concentración de 5mg/cc. | 500mg/kg/día dividido cada 6 horas. | <p>DIPTER EN 100cc la ampolla de 1 gr y para en tiempo de 1 hora por bomba de infusión.</p> |

Figura No 24. Evidencia fotográfica del personal en educación de lavado de manos



Figura No 24. Evidencia lista de asistencia a capacitación

The image shows multiple sheets of handwritten attendance lists for training sessions. The lists are organized into columns and rows, with names and dates clearly visible. The sheets are titled 'Atención a la familia' and 'Atención a la familia'. The handwriting is in black ink on white paper. The lists are stacked on top of each other, with some sheets partially overlapping. The background is a plain, light-colored surface.

Figura No 25. Evidencia lista de chequeo para medir adherencia al lavado de manos

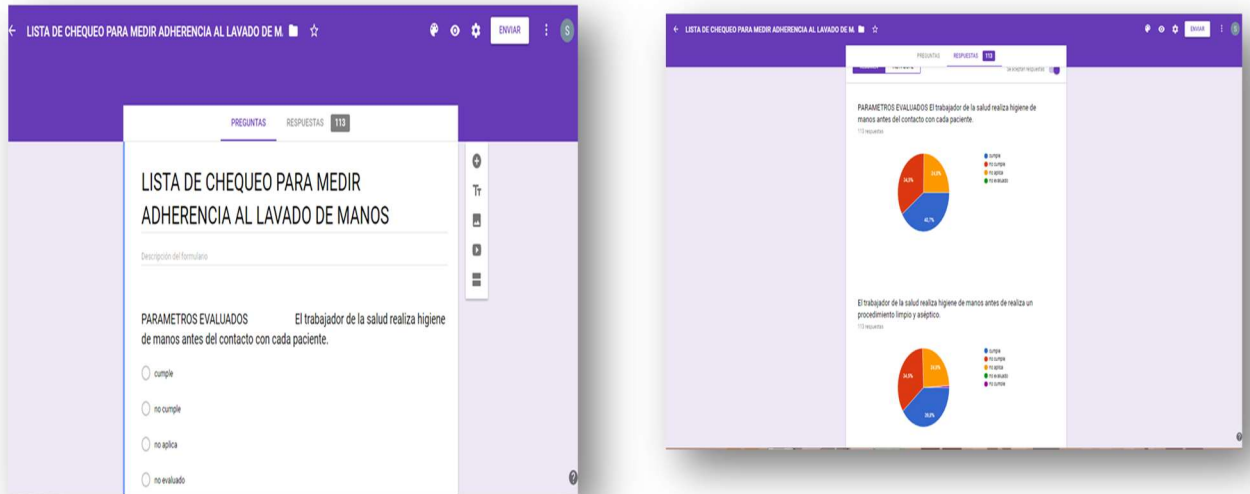


Figura No 26. Evidencia afiche entregado al HLP



Figura No 27. Evidencia soporte de diapositivas usados para capacitación



Figura No 28. Evidencia soporte afiche entregado al HLP



14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | |
|---|--|
| 1 No evidencia de conductas seguras en la atención al usuario relacionados con: riesgo de caídas, identificación del paciente y administración de medicamentos | |
| Implementación listas de chequeo lavados de manos, administración de medicamentos e identificación de usuario hospital local de Piedecuesta | Fecha Inicial: semana 24 de julio Fecha Final : 30 agosto 2017 |
| Implementación listas de chequeo lavados de manos e identificación de usuario Centro de salud la rioja | Fecha inicial: 31 agosto 2017 Fecha final: 07 septiembre 2017 |
| Realizar un pre-test con el fin de evaluar los conocimientos del personal de enfermería. (Desarrollado días antes). | Fecha inicial: 12 de septiembre 2017 Fecha final: 14 de septiembre 2017 |
| Realizar una post test a la socialización, con el propósito de evaluar la comprensión de la temática tratada por parte del personal | Fecha inicial: 22 de septiembre 2017 Fecha final: 26 de septiembre 2017 |

| | |
|---|---|
| Diseño de estrategia TIC: video institucional en seguridad de pacientes. | Fecha inicial : 30 de septiembre Fecha final: 30 de octubre |
| Ronda de seguridad para identificación de usuario y administración de medicamentos | Fecha inicial : 15 de agosto Fecha final: 15 de noviembre |
| Educación sobre el protocolo identificación de usuarios y del uso correcto de manillas de identificación | Fecha inicial : 28 de septiembre Fecha final: 29 de septiembre |
| Diseño de cuadro con generalidades de la administración de medicamentos de uso rutinario para cada servicio. | Fecha inicial: 30 de septiembre Fecha entrega: 01 de noviembre |
| 2. Socializar el protocolo de lavado de manos en todos los trabajadores de la institución con la finalidad de estimular una conducta de adherencia ante esta necesidad | |
| Aplicación de lista de chequeo para lavado de manos al personal de la ESE hospital local de Piedecuesta | Fecha inicial: 01 agosto 2017 Fecha final: 15 de agosto |
| Aplicación de lista de chequeo para lavado de manos al personal del centro de Salud la Rioja | Fecha inicial: 22 agosto 2017 Fecha final: 25 agosto 2017 |

| | |
|---|--|
| Elaboración y socialización de material educativo (afiche alusivo a los 5 momentos de higienización de manos) | Fecha inicial: 22 agosto 2017 Fecha final: 31 de octubre 2017 |
| 3. No uso de EPP por parte del personal asistencial de la ESE HLP. | |
| Explicación de la importancia de los elementos de protección durante los cambios de turnos. | Fecha inicio: 19 de octubre Fecha final: 26 de octubre |
| Entrega de material educativo (afiche alusivo al de uso correcto de elementos de protección personal) | Fecha entrega: 27 de octubre |
| Análisis de casos clínicos sobre la importancia del usos de elementos de protección personal | Fecha inicio: 30 de octubre Fecha final: 3 de noviembre |

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Lima Fabiane da Silva Severino, Souza Natalia Pimentel Gomes, Freire de Vasconcelos Patricia, Aires de Freitas Consuelo Helena, Bessa Jorge Maria Salete, De Souza Oliveira Adriana Catarina. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Jul [citado 2017 Octubre 15]; 13(35): 293-309. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300017&lng=es.
- (2) Palacios U; Barahona J. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. *Revista CES.* [Internet]. 2012 May [citado 2017 Octubre 15] .Disponible en: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/Dialnet-FactoresAsociadosAEventosAdversosEnPacientesHospit-3989420.pdf>
- (3) Severino L; Pimentel N; Vasconcelos P; Freitas C; Salete M. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. [Internet]. 2014 Jul [citado 2017 octubre 15]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/163521/163011>
- (4) Wegner W; Rubim E. La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. [Internet]. 2012. [citado 2017 octubre 15]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a02v20n3.pdf
- (5) Hospital Local de Piedecuesta. [Internet]. [citado 14 de Nov]. Disponible en: <http://www.hospitallocaldepiedecuesta.org/page.php?id=110>

(6)_León Román, Carlos Agustín. (2005). Los problemas profesionales generales de enfermería en el diseño curricular. Revista Cubana de Enfermería, [Internet]. 21(1), [citado 14 de Nov]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100008&lng=es&tlng=es

