

**FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE MEDIANTE LA ACTUALIZACIÓN DEL INSTRUCTIVO  
INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS, LA APLICACIÓN DE LA  
ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA EVALUACIÓN  
DE LA ADHERENCIA DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA  
BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHY JOHNSON**

**PRESENTADO POR:**

**ANDRÉS LEONARDO ALVARADO ALVARADO.**

**ASESOR UNAB:**

**ADRIANA PATRICIA BONILLA MARCIALES.**

**ENF., ESP., MGS.**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**VIII SEMESTRE - PRÁCTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACIÓN**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA**

**FLORIDABLANCA (SANTANDER)**

**COLOMBIA**

**2019-10**

## TABLA DE CONTENIDO

### Contenido

RESUMEN .....	6
INTRODUCCION.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVO DEL TRABAJO .....	11
VALORACION.....	12
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL INTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA .....	12
HISTORIA.....	12
MISIÓN:.....	14
MEGA: .....	14
OBJETIVOS INSTITUCIONALES: .....	14
VALORES INSTITUCIONALES .....	15
COMPETENCIAS INSTITUCIONALES. ....	15
POBLACIÓN OBJETO DEL INSTITUTO:.....	17
DEBERES Y DERECHOS DEL PACIENTE .....	17
SEDES Y SERVICIOS: .....	20
DESCRIPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.....	26
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SERVICIO O PROGRAMA.....	28
CICLO PHVA .....	31
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE PRÁCTICAS SEGURAS .....	33
DIAGNOSTICO DEL AREA DE TRABAJO.....	36
MATRIZ DOFA .....	36
FORTALEZAS.....	38
DEBILIDADES:.....	39
OPORTUNIDADES:.....	39
AMENAZAS:.....	40
PLANEACIÓN.....	40

PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	40
PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS SEGÚN HANLON .....	42
PLAN DE MEJORAMIENTO .....	43
OBJETIVOS .....	50
OBJETIVO GENERAL: .....	50
OBJETIVOS ESPECIFICOS: .....	50
EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO .....	50
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS.....	61
BOLETÍN CORAZÓN SEGURO.....	61
JORNADA INTERNACIONAL DE LAVADO DE MANOS.....	68
EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A PROTOCOLO DE CATÉTER VESICAL EN EL AREA DE CIRUGIA: .....	79
EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A CATÉTER VENOSO PERIFERICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA.....	83
EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CATÉTER VENOSO PERIFERICO EN EL AREA DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS .....	90
EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUIA DE LAVADO DE MANOS EN SALAS DE CIRUGIA: .....	97
ANEXOS.....	102
ANEXO 1: INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS.....	102
ANEXO 2: ENCUESTA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	150
ANEXO 3: EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA: .....	221



## LISTA DE GRÁFICAS

**FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA ACTUALIZACIÓN DEL INSTRUCTIVO INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS, LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHY JOHNSON**

**RESUMEN**

**Introducción:** La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadora y aseguradora de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud. La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la institución, para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente<sup>1</sup> (Ministerio de la Protección social, 2009). La Universidad Autónoma de Bucaramanga en la práctica electiva de profundización (PEP), brinda al estudiante de enfermería una herramienta para desarrollar competencias clínicas, administrativas y gerenciales e investigativas, promoviendo la generación del pensamiento crítico enfermero. Es

---

<sup>1</sup> (Ministerio de la Protección social, 2009)

por esto que se genera un plan de mejoramiento de para el Instituto del Corazón de Bucaramanga durante el primer semestre del año 2019. **Objetivo general** desarrollar un plan de mejoramiento para el fortalecimiento de la política de seguridad del paciente en la realización de procesos seguros mediante el diseño de instructivos y evaluación de adherencia a protocolos en los servicios de Cirugía, Electrofisiología y Métodos Diagnósticos no Invasivos del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A durante el primer semestre del año 2019. **Metodología:** a través del proceso administrativo se realiza la valoración del servicio y se identifican las necesidades a través de la herramienta diagnostica DOFA se priorizan con la herramienta hanlon y se fortalecen a través de actividades educativas, evaluaciones de adherencia, diseño de instructivos. **Resultados** Al realizar la valoración del programa de seguridad del paciente del ICB se identifican tres necesidades y para el fortalecimiento de las mismas se diseña un instructivo que para el proceso de prevención de caídas, se realiza evaluación de adherencia del proceso de protocolo de profilaxis antibiótica y la guía de lavado de manos, también se realiza una campaña de lavado manos y cinco rondas de seguridad. **Conclusión:** Desarrollar un plan de mejoramiento para el fortalecimiento de la política de seguridad del paciente en la realización de procesos seguros mediante el diseño y evaluación del nivel adherencia a guías manuales e instructivos en los servicios de cirugía, Electrofisiología y Métodos Diagnósticos no Invasivos del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A durante el primer semestre del año 2019.

## INTRODUCCION

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadora y aseguradora de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud. La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la institución, para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente (Min, 2009).

Se resalta la importancia de promover una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional con el objetivo de brindar el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes; se hace indispensable poseer bases teóricas sólidas (reportes de investigaciones, estudios documentales de revisión) que apoyen los procesos destinados al logro de las propuestas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y soportar la capacitación de quienes participan directa o indirectamente en la seguridad del paciente en su quehacer diario<sup>2</sup> (Olga Janneth Gómez Ramírez, 2011).

La Universidad Autónoma de Bucaramanga en la práctica electiva de profundización (PEP), brinda al estudiante de enfermería una herramienta para desarrollar competencias clínicas, administrativas y gerenciales e investigativas, promoviendo la generación del pensamiento crítico enfermero.

---

<sup>2</sup> (Olga Janneth Gómez Ramírez, 2011)



Con lo anterior se genera un plan de mejoramiento para fortalecer la política de seguridad del paciente durante el primer semestre del año 2019 en el cual se generan estrategias y ejecución de actividades para la necesidad encontradas en la valoración con base de en la matriz DOFA y priorización Hanlon.

## JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo. En la práctica de enfermería, este concepto está implícito en el acto de cuidado porque hace referencia a los fundamentos de la profesión entendida como “una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado”. Enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente, desde que Florence Nightingale, la precursora de esta ciencia, afirmó que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados...”. Aun así, las iniciativas relacionadas con la seguridad del paciente han encontrado dificultades en su proceso de implementación pues el término “seguridad del paciente”, aunque cada vez es más utilizado, adopta diferentes significados entre los profesionales de la salud y las revisiones de estos conceptos en la práctica son todavía dispersas (Olg, 2011).

Todo el pensamiento y el actuar para seguridad del paciente surgieron desde el siglo XX donde se tomó en cuenta que los errores en el cuidado son demasiados grandes y frecuentes,

dichos errores son clasificados como eventos adversos y eventos centinelas. En una publicación americana dada en el 2000 titulada “To err is human” se presentan resultados impactantes. El informe concluyó que entre 44000 a 98000 personas mueren al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención. De estas muertes, 7000 suceden específicamente como resultado de los errores en el proceso de administración de medicamentos. Estas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos en los EUA en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o por SIDA. Además, no debemos olvidar que, si bien, los errores asistenciales tienen un costo personal muy importante, ellos erosionan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los médicos que son, sin duda, su segunda víctima<sup>3</sup> (JZ, 2011).

### **OBJETIVO DEL TRABAJO**

Desarrollar un plan de mejoramiento para el fortalecimiento de la política de seguridad del paciente en la realización de procesos seguros mediante el diseño de instructivos y evaluación de adherencia a protocolos en los servicios de Cirugía, Electrofisiología y Métodos Diagnósticos no Invasivos del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A durante el primer semestre del año 2019.

---

<sup>3</sup> (JZ, 2011)

## **VALORACION**

### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA**

#### **HISTORIA**

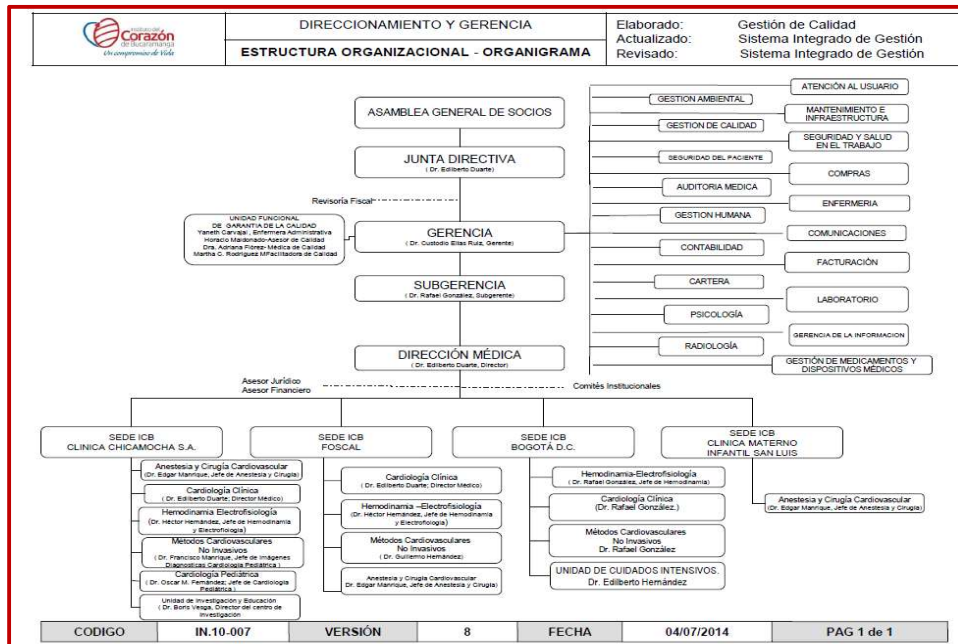
El Instituto del Corazón de Bucaramanga es una entidad privada, fundada por un reconocido grupo de médicos cardiólogos que vieron la necesidad de crear una institución especializada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares de la población adulta y pediátrica, brindando 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 profesional de sus fundadores, considerado como los impulsores de la cardiología moderna en Santander, iniciaron actividades asistenciales el 5 de agosto de 2003 en el segundo piso de la clínica Bucaramanga. En la actualidad se tiene una alianza estratégica con las clínicas Materno Infantil San Luis, Foscal, Foscal Internacional y Chicamocha.

Paralelo a estos puntos de atención, el Instituto del Corazón de Bucaramanga amplió su cobertura de servicios en la ciudad de Bogotá, inaugurando su propia sede, el 9 de septiembre de 2008.

Cuenta con una estructura organizacional propia (Gráfica 1), y un mapa de procesos institucionales (Gráfica 2).

**Gráfica 1: Estructura Organizacional Instituto del Corazón de Bucaramanga**



**Fuente:** Instituto del Corazón de Bucaramanga

**Gráfica 2: Mapa de procesos Instituto del Corazón de Bucaramanga**



**Fuente:** Instituto del Corazón de Bucaramanga

### **MISIÓN:**

En el Instituto del Corazón de Bucaramanga mejoramos tu calidad de vida por medio de la prestación de servicios especializados e integrales de cardiología, garantizando una elevada capacidad técnico – científica y un trato humanizado con estándares superiores de calidad.

### **MEGA:**

En el año 2023 en el Instituto del Corazón de Bucaramanga adquirimos el firme compromiso de convertirnos en un centro de excelencia en servicios de cardiología y habremos atendido 2 millones de personas a quienes le hemos mejorado su calidad de vida y la de su familia.

### **OBJETIVOS INSTITUCIONALES:**

Objetivos institucionales

Perspectiva de aprendizaje y crecimiento:

- Fortalecer la Cultura Organizacional de la empresa.
- Mejorar las habilidades o capacidades de los colaboradores.

Perspectiva de procesos internos:

- Mejorar la calidad del servicio.
- Gestionar los recursos de forma eficiente.

Perspectiva del cliente:

- Aumentar la satisfacción del usuario por la presentación del servicio integrado.
- Mejorar la recordación de la marca.

## **VALORES INSTITUCIONALES**

**Humanización:** Actúan 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.

**Respeto:** Protegen la dignidad humana, reconociendo y valorando los derechos propios y de los demás, promoviendo el amor y la estima que debe tener una persona de sí misma.

**Solidaridad:** Tienen un modelo de atención humano, verdadero y solidario para con nuestros pacientes, colaboradores, proveedores y comunidad en general.

**Sostenibilidad:** Actúan permanentemente con conciencia de ahorro, optimizando los recursos e inculcando una cultura de cuidado y protección de estos.

## **COMPETENCIAS INSTITUCIONALES.**

**Atención al usuario:**

Se percibe las necesidades y expectativas de los pacientes frente al servicio, tratando de satisfacerlas de manera razonable con un uso eficiente de los recursos.

**Sensibilidad:**

Se tiene la facilidad para relacionarse e interactuar con otras personas, desarrollando actividades sociales que van en beneficio de la comunidad.

**Calidad en el trabajo:**

Gracias a la excelencia en el trabajo que se realiza, y con la capacidad que se caracteriza, se transforman los aspectos complejos en prácticas de solución, operables para la organización, que derivan tanto en beneficios propios, como para los pacientes.

**Comunicaciones internas y externas:**

Se expresan 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.

**Trabajo en equipo:**

Se participa 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.

**Responsabilidad y compromiso:**

Se tiene un alto compromiso con el deber de servir a los pacientes, cumpliendo con las distintas obligaciones que surgen en el día a día en la institución, y en las diferentes situaciones



de la vida, organizando eficazmente la agenda de actividades, estableciendo prioridades y empleando el tiempo de la forma más eficiente posible.

### **POBLACIÓN OBJETO DEL INSTITUTO:**

El instituto del Corazón de Bucaramanga es una entidad privada, fundada por un reconocido grupo de médicos cardiólogos que vieron la necesidad de crear una institución especializada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedades cardiovasculares de la población adulta y pediátrica, brindando una nueva alternativa de salud con un servicio personalizado, oportuno e integral durante las 24 horas del día.

### **DEBERES Y DERECHOS DEL PACIENTE**

#### **DEBERES:**

- Cuidar muy bien de su salud, la de su familia y comunidad cumpliendo con las recomendaciones de su médico tratante, atendiendo las recomendaciones formuladas en todas las atenciones médicas y los controles de promoción y prevención.
- Mantener un trato cortés, amable y respetuoso con el personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
- Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio.

- Informar de manera oportuna y suficiente y de forma clara y veraz al médico tratante o al personal que lo atiende toda la información relacionada con su estado de salud.
- Llegar a tiempo a las citas con todos los documentos en regla, cumplir con las recomendaciones para la atención e informar 24 horas de antelación cuando no pueda asistir a la cita programada; así permitirá que otra persona se beneficie de dicha atención.
- Comunicar inmediatamente al personal que lo atienda cualquier situación insegura, así como actuar de manera solidaria ante hechos que pongan en peligro la salud o la vida de las personas
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema, cancelar cuotas moderadoras, copagos y pagos obligatorios establecidos por la ley para su atención.
- Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demanden la atención y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago, afiliándose con su familia al sistema general de seguridad social.
- Obedecer las normas del sistema de salud y actuar de buena fe frente al mismo.
- Cumplir con las normas establecidas por 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.
- Conservar el medio ambiente, utilizando correctamente las canecas dispuestas para la segregación selectiva de residuos.

## **DERECHOS:**

- A acceder a los servicios y tecnologías de la salud que le garanticen una atención integral, oportuna y de calidad, con un trato digno y solidario, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones que tenga acerca de los procedimientos
- A mantener una comunicación plena, permanente y clara con el profesional tratante y a solicitar, si lo desea, una segunda opinión de su condición de salud y tratamiento médico.
- A obtener información apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud que le permita tomar decisiones libres y conscientes, respecto de los procedimientos que se le vayan a realizar, así como los riesgos que generan los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada contra su voluntad a recibir un tratamiento médico.
- A que su historia clínica será tratada de manera confidencial y reservada, y únicamente pueda ser conocida por terceros con previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Así mismo, a poder consultar la totalidad de su historia clínica de forma gratuita y obtener copia de esta.
- A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías en salud habilitadas por el Instituto del Corazón de Bucaramanga.
- A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- A la intimidad. Se garantiza la confiabilidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios, estado de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de ingreso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o a las autoridades en las condiciones en las que se determine.
- A conocer que existe una oficina de Atención al Usuario en el Instituto del Corazón de Bucaramanga, dispuesta a atenderlo y ofrecerle información sobre los canales formales

para presentar reclamos, quejas, sugerencias, felicitaciones y en general para comunicarse con la administración de la institución, así como también recibir respuesta de sus requerimientos por escrito.

- A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos generados por los tratamientos de salud recibidos.
- A que se le respete la voluntad de aceptar o negar la donación de sus órganos de conformidad con la ley, al igual que la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado.
- A no ser sometido en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligado a soportar sufrimiento evitable o a padecer enfermedades que puedan recibir tratamiento.
- A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.
- A agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.
- A recibir una atención segura durante todo el proceso de la enfermedad, con asistencia de calidad por parte de trabajadores de la salud, debidamente capacitados y autorizados para ejercer de acuerdo con las condiciones y términos consagrados en la ley.
- A morir dignamente y a que se le respete la voluntad de que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de la enfermedad.

## **SEDES Y SERVICIOS:**

El Instituto del corazón de Bucaramanga, cuenta actualmente con seis sedes, cinco de las cuales se encuentran ubicadas en Bucaramanga y su área metropolitana, y una sede administrativa asistencial en la ciudad de Bogotá. Asimismo, oferta nueve servicios distribuidos en sus sedes.

## **SEDES:**

### **Sede Clínica Chicamocha**

Se encuentra ubicada en el piso 8 de la Clínica Chicamocha. Allí se prestan los servicios de cardiología pediátrica, métodos diagnósticos no invasivos, estudios vasculares, hemodinamia, electrofisiología y anestesia y cirugía cardiovascular.

### **Sede Ambulatoria**

Gracias al crecimiento organizacional en el año 2010 se inauguró la Sede Ambulatoria, un espacio que cuenta con amplias y modernas instalaciones donde se prestan los servicios de consulta externa, anestesia y cirugía cardiovascular, clínica de falla cardíaca y anticoagulación y la unidad de educación e investigación. En el segundo piso se encuentra el área administrativa.

### **Sede Foscal**

Con el objetivo de ampliar la cobertura de atención en el área metropolitana se inauguró en Floridablanca una Sede del Instituto del Corazón de Bucaramanga, en el Centro Médico Carlos

Ardila Lülle, localizada en el piso 9 de la torre B, módulo 58; allí se prestan los servicios de métodos diagnósticos no invasivos.

### **Sede Foscal Internacional**

En el año 2015 el Instituto del Corazón de Bucaramanga dio apertura a su nueva Sede ubicada en el cuarto piso de la Clínica Foscal Internacional, convirtiéndose en una entidad con proyección mundial. Este nuevo punto de atención, cuenta con un área de 1.200 metros cuadrados, con amplias y confortables instalaciones, diseñadas bajo los últimos parámetros de certificación en salud en el área cardiovascular, que garantiza a los usuarios un modelo de atención personalizado, oportuno, cálido y con calidad.

### **Sede Clínica Materno infantil San Luis**

Mediante una alianza estratégica con la Clínica Materno Infantil San Luis, el Instituto del Corazón de Bucaramanga 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.

### **Sede Bogotá**

Con miras de ampliar la cobertura de servicios, el Instituto del Corazón de Bucaramanga inició sus actividades en la capital de la República el 9 de septiembre de 2008 en el Hospital San Carlos. Posteriormente, el 7 de enero de 2010 fundó su propia Sede, ubicada en la Avenida Caracas No. 34-47, donde actualmente se ofrecen los servicios de hemodinamia, electrofisiología, anestesia y cirugía cardiovascular y unidades de cuidado intermedio e intensivo coronario. El 7 de enero de 2014 se inauguró la Sede Ambulatoria, ubicada en la calle 35 No. 14-58, donde funcionan los servicios de consulta externa, métodos diagnósticos no invasivos, rehabilitación cardíaca y área administrativa.

## **SERVICIOS:**

**Cardiología Clínica:** Con el objetivo de prevenir y tratar las diferentes enfermedades cardiovasculares, desde que éstas se manifiestan hasta su tratamiento, el servicio de Cardiología Clínica del Instituto del Corazón de Bucaramanga cuenta con un equipo de cardiólogos adultos y pediátricos, con experiencia y dedicación que brindan al paciente una atención oportuna, cálida y con calidad.

**Hemodinamia:** Conocer con exactitud el funcionamiento de venas y arterias dentro del desempeño natural del corazón es el principio fundamental de la Cardiología Intervencionista, la cual es en la actualidad la principal alternativa terapéutica para aquellos pacientes que registran enfermedad coronaria. El servicio de Hemodinamia del Instituto del Corazón de Bucaramanga cuenta con un equipo profesional de amplia experiencia, que realiza procedimientos diagnósticos y tratamientos mínimamente invasivos en pacientes con este tipo de patologías

cardiovasculares. Esta área cuenta con 5 modernas salas, dotadas con equipos de tecnología moderna en intervencionismo cardiovascular.

**Métodos Diagnósticos no Invasivos:** Esta área se centra en prestar el mejor servicio de cardiología para el diagnóstico de diferentes patologías cardiovasculares, los métodos que se prestan son electrocardiograma, ecocardiograma bidimensional doppler color, ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma estrés con prueba de esfuerzo, ecocardiograma estrés con prueba farmacológica, prueba de esfuerzo, Holter 24 horas y monitoreo de tensión arterial sistémico 24 horas.

**Clínica de falla cardiaca:** En este servicio se presta la atención para consulta monotemática: primera vez, titulación, anticoagulación, educación y test de seis minutos.

**Electrofisiología:** Con el objetivo de tratar las patologías del ritmo cardiaco y generar diagnósticos de la conducción cardiaca se presta el servicio de electrofisiología y procedimientos de implante de dispositivos de ritmo cardiaco (cardiodesfibrilador/cardioversor, cardioresincronizador y marcapasos), mapeo electroanatómico tridimensional y prueba de mesa basculante.

**Anestesia y cirugía cardiovascular:** El programa de Anestesia y Cirugía Cardiovascular del Instituto del Corazón de Bucaramanga, brinda a los pacientes adultos y pediátricos procedimientos quirúrgicos indicados para tratar las malformaciones cardíacas, con un equipo profesional que trabaja día a día por mejorar la calidad de vida de sus usuarios. Los servicios que se prestan son: anestesia cardiovascular, cirugía de revascularización coronaria con o sin circulación extracorpórea, cirugía valvular y de grandes vasos, cirugía para fibrilación auricular, intervenciones quirúrgicas malformaciones congénitas simples y complejas, cirugía



mínimamente invasiva del corazón, cirugías híbridas, asistencia en cirugía no cardíacas e indicaciones para cirugía de corazón en adultos.

## **POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

El Instituto del Corazón de Bucaramanga, ha establecido, documentado, implementado y mantenido su Sistema Integrado de Gestión, bajo las directrices de la norma ISO 9001:2008; NTC 14001:2004 NTC 18001: 2007 para cumplir los requisitos de los clientes y mejorar su satisfacción.

La Gerencia del Instituto del Corazón de Bucaramanga, ha definido la Política de Sistema Integrado de Gestión acordes con la misión de la organización, incluye el compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente los objetivos y metas del Sistema Integrado de Gestión, buscando siempre la satisfacción del usuario y empresas clientes administradoras de planes de beneficio<sup>7</sup>.

La política de Sistema Integrado de Gestión del Instituto del Corazón de Bucaramanga, es clara y constituye el marco de referencia de los Objetivos del Sistema Integrado de Gestión, es comunicada a toda la organización por diferentes medios de divulgación, entre otros, Grupos Primarios, Inducción y reinducción del personal, intranet, página Web y boletines, y es revisada por el Gerente en el Comité de Gerencia durante la revisión del Sistema Integrado de Gestión, para su continua adecuación.

El Instituto del Corazón de Bucaramanga formaliza su compromiso mediante su Política de Sistema Integrado de Gestión, que establece los siguientes lineamientos:

En el Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A. vivimos la calidad y el mejoramiento continuo de manera integral, buscamos siempre dentro del marco legal la satisfacción total y la confianza de nuestros clientes, la salud y seguridad en el trabajo de nuestros empleados y contratistas, la protección del medio ambiente y la sostenibilidad y permanencia de la empresa en el mercado. Estamos comprometidos 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.

## **DESCRIPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

En el Instituto del Corazón de Bucaramanga el área de Enfermería es considerada un proceso de soporte asistencial y su quehacer está enmarcado en el direccionamiento estratégico organizacional, es por ello que se encuentra articulado con las cuatro variables estratégicas clave, las cuales son Cultura organizacional, Estructura de red, Gestión de conocimiento y Crecimiento institucional.

Las coordinaciones de enfermería orientadas por el modelo de Sor Callista Roy como marco de referencia para la atención, cuyo objetivo es la selección y aplicación de los mejores cuidados de enfermería durante la interacción enfermera-paciente-familia.

### **Misión**

Acompañar a los usuarios y sus familias durante el proceso de atención proporcionándole cuidados efectivos, seguros y que le ayuden a adaptar su estilo de vida a su condición de salud.

**Visión:**

Consolidar al grupo humano de enfermería como un equipo de trabajo empoderado en su rol de cuidador, caracterizado por su calidad humana y técnica y su capacidad en el uso racional de recursos.

**Objetivo del equipo de enfermería del ICB:**

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.

**Estructura organizacional coordinaciones de enfermería ICB:**

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 somnografistas 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

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SERVICIO O PROGRAMA**

### **DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La atención segura de los usuarios es un compromiso del ICB, fundamentada en la identificación, prevención, seguimiento de riesgos y promoción de una cultura de seguridad en sus colaboradores.

Este programa busca crear una Cultura de Seguridad para el Paciente en toda la institución; partiendo de sus directivos; proporcionando información, comunicando, sensibilizando y enseñando metodologías para tratar los problemas, establecer los sistemas de detección, notificación y registro de los eventos adversos. Coordinado por la enfermera Vivian Mancilla, quien a su vez tiene a cargo el programa de control de infecciones y vigilancia epidemiológica de Bucaramanga y Floridablanca del ICB.

### **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.**

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.

**HOMOLOGAR LA TERMINOLOGÍA A UTILIZAR EN EL PAÍS.**

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.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 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.
- 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.

**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.

**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.

## **CICLO PHVA**

El ICB adopta un sistema de gestión de calidad (ISO 9001:2015) el cual tiene por objetivo mejorar el desempeño global de la organización y proporcionar una base sólida para iniciativas de desarrollo sostenible.

Esta Norma Internacional emplea el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA).

El ciclo PHVA permite a la organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia, es por lo anterior que el programa de Seguridad del Paciente diseñó el siguiente ciclo PHVA:

PLANEACIÓN	HACER
<p>Diseñar, implementar y evaluar estrategias de Información, Educación y Capacitación para una atención segura.</p>	<p>Promocionar la cultura de seguridad en la atención en salud.</p> <p>Implementar las estrategias de Información, Educación y Capacitación para una atención segura.</p> <p>Clasificar y direccionar los eventos en salud reportados para su respectivo análisis y elaboración de plan de mejora.</p> <p>Verificar los análisis de eventos acordes al protocolo de Londres y a la implementación de los planes de mejora</p> <p>Articular acciones con las oficinas de seguridad de paciente de los aliados estratégicos para garantizar una atención segura.</p>



	Participar activamente en los programas de calidad y capacitación que promueven y fortalecen el mejoramiento continuo de los colaboradores del ICB y del cargo.
<b>VERIFICAR</b>	<b>ACTUAR</b>
<p>Evaluar las estrategias de Información, Educación y Capacitación para una atención segura.</p> <p>Controlar los registros de eventos en la atención en salud del instituto del corazón de Bucaramanga</p> <p>Realizar auditorías internas, rondas de seguridad y demás estrategias tendientes a verificar el cumplimiento de las políticas establecidas en seguridad del paciente.</p> <p>Reportar los indicadores de seguridad.</p>	<p>Participar y motivar la cultura del autocuidado a través de los programas de Seguridad y Salud en el Trabajo y gestión ambiental.</p> <p>Conocer y cumplir las normas establecidas en los programas institucionales de Emergencias y Desastres, Hospital Verde que fortalecen el liderazgo institucional.</p>

## **DESCRIPCIÓN DETALLADA DE PRÁCTICAS SEGURAS**

Descripción de procesos institucionales:

Cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos y brinda capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.

La política de seguridad del paciente forma parte del direccionamiento estratégico del ICB, en busca del fortalecimiento de la cultura institucional para la realización de prácticas seguras que prevengan la aparición de eventos adversos derivados de la atención en salud.

Se cuenta con un instructivo que estandariza la política de seguridad del paciente, es de fácil acceso y presenta los contenidos de forma concreta y sencilla a todos los trabajadores de la institución.

La institución cuenta con un instructivo denominado guía para el reporte de eventos derivados de la atención en salud; esta guía establece los pasos que el trabajador debe realizar para reportar los eventos e incidentes que ocurran en su área de trabajo. La adherencia a estos instructivos se evidencia a través del informe de indicadores de seguridad del paciente del año 2018, el cual documenta que durante ese año se registraron 365 reportes en el software de Clinic On Line de seguridad del paciente, para las sedes de Bucaramanga y Floridablanca que incluye los servicios asistenciales, atención al usuario, referencia y contra referencia.

Para el segundo semestre del 2018 y primer trimestre del año 2019 se presentaron 6 eventos adversos y 175 incidentes tal como se evidencia en la tabla 1.

*Tabla 1. Cantidad de eventos reportados durante el segundo semestre del año 2018 y primer trimestre del 2019*

FECHA (2018)	CENTINELA	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE
Julio	0	1	8
Agosto	0	0	7
Septiembre	0	2	6
Octubre	0	1	47
Noviembre	0	0	39
Diciembre	0	0	14
Enero	0	0	4
Febrero	0	1	23
Marzo	0	1	27
TOTAL	0	6	175

Realizada por el autor del trabajo.

Dentro de los reportes de eventos adversos más prevalentes en la institución en el segundo semestre del 2018 y primer trimestre del año 2019 se encuentran 6 eventos relacionados con tecnovigilancia, con los dispositivos y equipos médicos.

*Tabla 2. Clasificación de los eventos adversos del segundo semestre del año 2018 y primer trimestre del 2019*

EVENTOS ADVERSOS 2018	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Total
Farmacovigilancia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemovigilancia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tecnovigilancia	1	0	2	0	0	0	1	1	1	6
Total	1	0	2	0	0	0	1	1	1	6

Realizada por el autor del trabajo.

## **DIAGNOSTICO DEL AREA DE TRABAJO**

### **MATRIZ DOFA**

Realizar diagnósticos en las organizaciones laborales es una condición para intervenir profesionalmente en la formulación e implantación de estrategias y su seguimiento para efectos de evaluación y control. La matriz FODA como instrumento viable para realizar análisis organizacional, en relación con los factores que determinan el éxito en el cumplimiento de metas, es una alternativa que motivó a efectuar el análisis para su difusión y divulgación.

El análisis FODA consiste en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles que en su conjunto diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa; es decir, las oportunidades y amenazas. También es una herramienta que puede considerarse sencilla y permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización determinada. Thompson (1998) establece que el análisis FODA estima el hecho que una estrategia tiene que lograr un equilibrio o ajuste entre la capacidad interna de la organización y su situación de carácter externo; es decir, las oportunidades y amenazas.

La descripción del problema a analizar debe incluir básicamente los siguientes aspectos:

a) Descripción general del problema. Esto es un texto corto que describa de forma concreta la situación inconveniente o a lo que se pretende enfrentar.

b) Descripción amplia y detallada de los principales aspectos que hace la situación a analizar una caso dificultad para la empresa. En este punto se deben discriminar aquellos puntos claves y críticos que hacen parte de la globalidad del problema. En esta parte se tiene en cuenta todos aquellos aspectos técnicos, financieros, logísticos, etc., que enmarcan la situación a estudiar. Este punto corresponde a la parte descriptiva del problema. c) Describir la justificación del proyecto y dejar claridad del por qué es conveniente para empresa superar la situación a estudiar. Esto es con el fin de que los participantes del proceso puedan estar seguros de las

metas que se pretenden lograr y así mismo cuando ellos propongan sus ideas, estas vayan en el sentido de las metas, objetivos, políticas y lineamientos trazados por la compañía.

## FORTALEZAS

*Tabla 3: Fortalezas del servicio de Seguridad del Paciente ICB*

Implementación de la política de seguridad del paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.	F
Misión, Mega y objetivos definidos.	F
Directriz de socialización y evaluación de la política de seguridad del paciente.	F
Lineamientos para reporte de eventos adversos y su análisis.	F
Mecanismos para la identificación de un ambiente seguro (Ronda de seguridad).	F
Cronograma rondas de seguridad.	F
Boletín corazón seguro.	F
Relaciones con el equipo de trabajo	F
Dirección del programa de seguridad.	F
Convenio docente – asistencial con instituciones educativas.	F

Elaborado por el autor del trabajo

## DEBILIDADES:

*Tabla 4: Debilidades del servicio de Seguridad del Paciente ICB*

Medición de la adherencia a instructivos, guías, manuales de: profilaxis antibiótica	D
Desactualización del instructivo de prevención de caídas	D
Tiempo de aprobación de nuevos elementos de seguridad del trabajador por parte de coordinación.	D
Implementación de nuevos programas para la seguridad del paciente	D
Evaluación y medición de adherencia de los instructivos, guías y protocolos de lavados de manos, catéter venoso periférico y catéter vesical	D
Necesidad de la aplicación de la encuesta de cultura de seguridad del paciente.	D

Elaborado por el autor del trabajo

## OPORTUNIDADES:

*Tabla 5: Oportunidades del servicio de Seguridad del Paciente ICB*

Capacidad tecnológica para la prestación del servicio.	O
Política y Reglamentación nacional para la prestación de servicios de salud.	O
Reglamentación del sistema de la garantía de calidad en cuento a la habilitación.	O
Convenios del ICB con otras instituciones de salud.	O
Convenios del ICB con instituciones educativas.	O

Elaborado por el autor del trabajo

**AMENAZAS:**

*Tabla 6: Amenazas del servicio de Seguridad del Paciente ICB*

Demanda de atención en la prestación del servicio de salud.	A
Presencia de instituciones en la región que prestan servicios similares al ICB.	A
Nivel educativo de los usuarios.	A
Influencia cultural en el mantenimiento de la salud por parte de los usuarios.	A

Elaborado por el autor del trabajo

**PLANEACIÓN**

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

*Tabla 7: Problemas identificados con base en la matriz DOFA en el servicio de Seguridad del Paciente.*

<b>PROBLEMAS IDENTIFICADOS A PARTIR DE LA MATRIZ DOFA</b>
Problema 1: Desactualización del instructivo institucional de prevención de caídas
Problema 2: Necesidad de aplicación de la encuesta “Cultura de Seguridad del Paciente” que se debe realizar cada dos años.



Problema 3: Desconocimiento de la adhesión al protocolo de profilaxis antibiótica en el área de electrofisiología.

Elaborado por el autor del trabajo

### PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS SEGÚN HANLON

PROBLEMA	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
	(0-10)	(0-10)	(0.5-1,5)	Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
				(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
Desactualización del instructivo institucional de prevención de caídas.	9	8	1	1	1	1	1	1	23
Necesidad de aplicación de la encuesta “Cultura de Seguridad del Paciente” que se debe realizar cada dos años.	10	10	1,5	1	1	1	1	1	26,5
Desconocimiento de la adhesión al instructivo de la profilaxis antibiótica en el área de electrofisiología.	10	10	1	1	1	1	1	1	25

## PLAN DE MEJORAMIENTO

Problema 1: Desactualización del instructivo institucional de prevención de caídas.				
Objetivo: Actualizar el instructivo institucional de prevención de caídas mediante la revisión sistemática de bases de datos, para los servicios de seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga durante el primer trimestre del año 2019.		Meta: Socializar el instructivo de prevención de caídas a la coordinadora de seguridad del paciente del Instituto del Corazón de Bucaramanga.		
ACTIVIDAD	FECHA INICIO	INDICADOR	RESULTADOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Realizar el protocolo de búsqueda		Indicador de resultado: protocolo de búsqueda		Base de datos.  Protocolo de búsqueda.

Elaboración de instructivo de prevención de caídas		Indicador de resultado: instructivo de prevención de caídas.	Instructivo institucional.
Presentación del instructivo a coordinación de seguridad del paciente.		Indicador de resultado: instructivo de prevención de caídas.	Acta de reunión.

Problema 2: Necesidad de aplicación de la encuesta “Cultura de Seguridad del Paciente” que se debe realizar cada dos años.	
Objetivo: Aplicar la encuesta de “Cultura de Seguridad del Paciente” al personal administrativo y asistencial de las sedes de Bucaramanga y Floridablanca del Instituto del Corazón de	Meta: Realizar el informe de los resultados de la encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente 2019 y socializar el comparativo de los años 2015, 2017 y 2019.

Bucaramanga durante el mes de febrero del 2019.				
ACTIVIDAD	FECHA INICIO	INDICADOR	RESULTADOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Dar a conocer a través de un correo masivo institucional la actividad a desarrollar: “Cultura de Seguridad del Paciente”		Indicador de estructura: Correo Institucional.		Correo electrónico
Realizar el asesoramiento de la encuesta en la plataforma Clinic On Line de forma		Indicador de proceso: número total de asesorías realizadas/ número de empleados que deben recibir asesoría X100		Registro de asistencia.

individual Al personal administrativo y asistencial del ICB.			
Verificar el diligenciamiento de la encuesta en el personal del ICB		Indicador de proceso: número de trabajadores que diligenciaron completa la encuesta/ número total de trabajadores que recibieron asesoría X 100	Excel de plataforma Clinic On Line con el diligenciamiento de la encuesta.
Analizar los resultados de la encuesta “Cultura de Seguridad del Paciente” y desarrollar un comparativo con los análisis de las encuestas realizadas en los años 2015 y 2017.		Indicador de proceso: Total de ítems que se respondieron correctamente en la encuesta (2015)/Total de ítems que contiene la encuesta (2015) x100	Informe con los resultados. Gráficas de tendencias
		Total de ítems que se respondieron correctamente en la encuesta (2015)/Total de ítems que contiene la encuesta (2015) x100	
		Total de trabajadores que respondieron correctamente la encuesta (2019)/Total de trabajadores que respondieron la	

		encuesta (2019) x100	
Realizar el informe de los resultados de la encuesta Cultura Seguridad del Paciente		Indicador de resultado: Informe de la encuesta	Informe con los resultados.
Socializar el informe de impacto sobre la “Cultura de Seguridad del Paciente”		Indicador de resultado: Informe de la encuesta	Informe con los resultados. Acta de entrega. Registro de asistencia Imágenes fotográficas.

Problema 3: Desconocimiento de la adhesión al protocolo de profilaxis antibiótica en el área de electrofisiología.	
Objetivo: Medir la adherencia al instructivo de la profilaxis	Meta: Entregar el informe de nivel de adherencia del instructivo de

antibiótica en el área de electrofisiología del Instituto del Corazón de Bucaramanga en el primer trimestre del año 2019.			la profilaxis antibiótica en el área de electrofisiología	
ACTIVIDAD	FECHA INICIO	INDICADOR	RESULTADOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Revisar en las historias clínicas las notas de enfermería que cumplan con los criterios establecidos de profilaxis antibiótica en la lista de chequeo.		Indicador de resultado : número total de historias clínicas que cumplen el criterio establecido del instructivo /número total de historias clínicas que incluyan los procedimientos mencionados X 100		Bases de datos descriptiva
Tabulación de los resultados en la base de datos.		Indicador de resultado: Bases de datos		Bases de datos
Procesamiento de		Indicador de resultado: número de historias clínicas		



datos en programa estadístico SPSS.		diligenciadas completas / número total de historias clínicas revisadas X 100	
Realizar el análisis y la comparación de los resultados obtenidos de la revisión de las historias clínicas obtenidas en el primer trimestre de 2019		Indicador de resultado: número de historias clínicas que cumplen con el instructivo / número total de historias clínicas revisadas X 100	Graficas de comparación segundo semestre del 2018 y actual.
Socialización de los resultados a los comités de seguridad del paciente, vigilancia epidemiológica, y comité de infecciones.		Indicador de resultado: Informe de resultado	Informe de resultado

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Fortalecer los procesos de Cultura de Seguridad del Paciente mediante la actualización del instructivo institucional de prevención de caídas, la aplicación de la encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente y la evaluación de la adherencia del protocolo de profilaxis antibiótica

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Actualizar el instructivo institucional de prevención de caídas mediante la revisión sistemática de bases de datos, para los servicios de seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga durante el primer trimestre del año 2019.

Aplicar la encuesta de “Cultura de Seguridad del Paciente” al personal administrativo y asistencial de las sedes de Bucaramanga y Floridablanca del Instituto del Corazón de Bucaramanga durante el mes de febrero del 2019.

Medir la adherencia al instructivo de la profilaxis antibiótica en el área de electrofisiología del Instituto del Corazón de Bucaramanga en el primer trimestre del año 2019.

## **EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO**

Problema 1: Desactualización del instructivo institucional de prevención de caídas.

Objetivo: Actualizar el instructivo institucional de prevención de caídas mediante la revisión sistemática de bases de datos, para los servicios de seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga durante el primer trimestre del año 2019.		Meta: Socializar el instructivo de prevención de caídas a la coordinadora de seguridad del paciente del Instituto del Corazón de Bucaramanga.		
ACTIVIDAD	FECHA INICIO	INDICADOR	RESULTADOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Realizar el protocolo de búsqueda	11/02/2019  12/02/2019	Indicador de resultado: protocolo de búsqueda		Base de datos.  Protocolo de búsqueda.

Elaboración de instructivo de prevención de caídas	13/02/2019	Indicador de resultado: instructivo de prevención de caídas.	Instructivo institucional.
Presentación del instructivo a coordinación de seguridad del paciente.	28/03/2019	Indicador de resultado: instructivo de prevención de caídas.	Acta de reunión.

**Problema 2: Necesidad de aplicación de la encuesta “Cultura de Seguridad del Paciente” que se debe realizar cada dos años.**

**Objetivo:** Aplicar la encuesta de “Cultura de Seguridad del Paciente” al personal administrativo y asistencial de las sedes de Bucaramanga y Floridablanca del Instituto del Corazón de Bucaramanga durante el mes de febrero del 2019.

**Meta:** Realizar el informe de los resultados de la encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente 2019 y socializar el comparativo de los años 2015, 2017 y 2019.

ACTIVIDAD	FECHA INICIO	INDICADOR	RESULTADOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Dar a conocer a través de un correo masivo institucional la actividad a desarrollar: “Cultura de Seguridad del Paciente”	01/02/2019  28/02/2019	Indicador de estructura: Correo Institucional.	5 Envíos del correo institucional invitando a responder la encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente	Correo electrónico
Realizar el asesoramiento de la	01/02/2019	Indicador de proceso:		Registro de asistencia.

encuesta en la plataforma Clinic On Line de forma individual Al personal administrativo y asistencial del ICB.	28/02/2019	número total de asesorías realizadas/ número de empleados que deben recibir asesoría X100	$x = \frac{91}{100} X 100 = 91\%$	
Verificar el diligenciamiento de la encuesta en el personal del ICB	01/02/2019 28/02/2019	Indicador de proceso: número de trabajadores que diligenciaron completa la encuesta/ número total de trabajadores que recibieron asesoría X 100	$x = \frac{99}{91} X 100 = 108\%$	Excel de plataforma Clinic On Line con el diligenciamiento de la encuesta.
Analizar los resultados de la encuesta “Cultura	01/03/2019	Indicador de proceso: Total de módulos que	$x = \frac{3}{12} X 100 = 25\%$	Informe con los resultados. Gráficas de tendencias

de Seguridad del Paciente” y desarrollar un comparativo con los análisis de las encuestas realizadas en los años 2015 y 2017.	se respondieron correctamente en la encuesta (2015)/Total de módulos que contiene la encuesta (2015) x100		(ver anexo 2)
	Total de módulos que se respondieron correctamente en la encuesta (2017)/Total de módulos que contiene la encuesta (2017) x100	$x = \frac{2}{12} \times 100 = 16.6\%$	
	Total de módulos que se respondieron correctamente en la	$x = \frac{5}{12} \times 100 = 41,6\%$	

		encuesta (2019)/Total de módulos que contiene la encuesta (2019) x100		
Realizar el informe de los resultados de la encuesta Cultura Seguridad del Paciente		Indicador de resultado: Informe de la encuesta	Informe con el análisis y comparativos de los resultados de la encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente	Informe con los resultados. (ver anexo 2)
Socializar el informe de impacto sobre la “Cultura de Seguridad del Paciente”	25/04/2019	Indicador de resultado: Informe de la encuesta		Informe con los resultados. Acta de entrega. Registro de asistencia Imágenes fotográficas.  (Ver anexo 2)



**Problema 3: Desconocimiento de la adhesión al protocolo de profilaxis antibiótica en el área de electrofisiología.**

Objetivo: Medir la adherencia al instructivo de la profilaxis antibiótica en el área de electrofisiología del Instituto del Corazón de Bucaramanga en el primer trimestre del año 2019.

Meta: Entregar el informe de nivel de adherencia del instructivo de la profilaxis antibiótica en el área de electrofisiología

ACTIVIDAD	FECHA INICIO	INDICADOR	RESULTADOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Revisar en las historias clínicas las notas de enfermería que cumplan con los criterios establecidos de profilaxis antibiótica en la lista de chequeo.	22/01/2019          31/03/2019	Indicador de resultado :  número total de historias clínicas revisadas/número total de historias clínicas que incluyan los procedimientos mencionados X	$x = \frac{66}{66} \times 100 = 100\%$	Bases de datos descriptiva

		100		
Tabulación de los resultados en la base de datos.		Indicador de resultado: Bases de datos		Bases de datos
Procesamiento de datos en programa estadístico SPSS.		Indicador de resultado: número de historias clínicas diligenciadas completas / número total de historias clínicas revisadas X 100	$x = \frac{66}{66} \times 100 = 100\%$	
Realizar el análisis y la comparación de los resultados obtenidos		Indicador de resultado: número de historias	$x = \frac{28}{66} \times 100 = 42.4\%$	Graficas de comparación segundo semestre del 2018 y actual.

<p>de la revisión de las historias clínicas obtenidas en el primer trimestre de 2019</p>		<p>clínicas que cumplen con el instructivo / número total de historias clínicas revisadas X 100</p>		<p>(ver anexo 3)</p>
<p>Socialización de los resultados a los comités de seguridad del paciente, vigilancia epidemiológica, y comité de infecciones.</p>		<p>Indicador de resultado: Informe de resultado</p>	<p>Informe de resultado</p>	



## **ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS**

### **BOLETÍN CORAZÓN SEGURO**

Se realizó la participación de 6 columnas para el boletín del corazón seguro que se realiza bimensualmente.

### **BOLETÍN CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La seguridad del paciente, se basa en las actitudes conscientes de evitar lesiones causadas por la asistencia, es un componente de alta importancia en los sistemas de Calidad asistencial comprometidas con la realización de cualquier actividad clínica. Esta es considerada como un área primordial en la práctica sanitaria del día a día. La preocupación surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, generando así mayores costos en el cuidado de los pacientes.

El papel fundamental de la coordinación de seguridad del paciente del Instituto del Corazón de Bucaramanga es contemplar con datos objetivos de forma cuantitativa y cualitativa las necesidades y los eventos adversos que ocurren en todas las sedes de la Institución. Como objetivo para mejorar la Calidad asistencial son:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes.

- Implantar prácticas seguras recomendadas en los instructivos y protocolos avalados en el Instituto.

- Desarrollar medidas para evitar eventos que comprometan la seguridad del paciente.

Para lograr estos objetivos la coordinadora de seguridad del paciente y el enfermero de practica electiva de profundización UNAB en el área de seguridad del paciente aplicaran la encuesta titulada “Cultura de Seguridad del Paciente”, esta encuesta está disponible en el periodo del 1 de febrero hasta el 28 de febrero del 2019. Con el fin de generar un diagnóstico, análisis y comparación de los resultados que se obtengan con la caracterización; y promover a desarrollar un paralelo con resultados ya clasificados y cuantificados obtenidos de la misma encuesta aplicada del 1 de febrero al 31 de marzo del 2017.

Este diagnóstico es muy importante para poder desarrollar nuevas medias para la atención de los pacientes, y solo queda por recordar, para el Instituto del corazón de Bucaramanga “La Cultura de Seguridad es un compromiso de vida”.

## **EVIDENCIA BOLETÍN CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

UNA VOZ *segura*



Por: Vivian Mancilla - Coordinadora Seguridad del Paciente Sede Bucaramanga y Andrés Alvarado, estudiante PEP - Enfermería UNAB

### Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente se basa en las actitudes conscientes de evitar lesiones causadas por la asistencia; es un componente de alta importancia en los sistemas de calidad asistencial comprometidas con la realización de cualquier actividad clínica. Esta es considerada un área primordial en la práctica clínica del día a día. La preocupación surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos, que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, generando así mayores costos en el cuidado de los pacientes. El papel fundamental de la Coordinación de Seguridad del Paciente es contemplar, de forma cuantitativa y cualitativa, las necesidades y los eventos adversos que ocurren en todas las sedes de nuestra entidad.

Como objetivo para mejorar la calidad asistencial se deben promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los usuarios. Para lograr este objetivo invitamos a los colaboradores de la sedes de Bucaramanga y Floridablanca a responder la encuesta titulada 'Cultura de Seguridad del Paciente', la cual estará disponible entre el 1 y 28 de febrero, con el fin de generar un diagnóstico, análisis y comparación de los resultados ya clasificados y cuantificados, obtenidos de la misma encuesta en los años 2015 y 2017. Este diagnóstico es muy importante para desarrollar nuevas medidas para la atención de los pacientes, recordando que para nuestra institución "La cultura de seguridad es un compromiso de vida".

2

## BOLETÍN APRENDIZAJE DE CORAZÓN

EL Instituto del corazón de Bucaramanga es una institución que ofrece diferentes cargos de prácticas a distintas profesiones, el objetivo es promover los espacios y dar conocimientos de aprendizaje a los estudiantes de práctica. Para el área de enfermería, contamos con dos estudiantes de práctica electiva de profundización de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), son ellos: Andrés Alvarado quien se encuentra laborando en el área de seguridad del paciente y a nivel asistencial en cardiología intervencionista en el área de hemodinamia y electrofisiología, el cual es supervisado por la enfermera profesional coordinadora de Seguridad del Paciente, la segunda estudiante está en cuidado clínico en el área de medios diagnósticos no invasivos, supervisada por la enfermera profesional coordinadora de Medios Diagnósticos No Invasivos. Nuestra meta es fortalecer el ser profesional de todo el personal para que internamente y externamente se ofrezca un mejor servicio a todos nuestros usuarios.

Bienvenidos Andrés y Silvia

## EVIDENCIA BOLETÍN APRENDIZAJE DE CORAZÓN

RESPALDO *seguro*



Andrés Alvarado      Silvia Catalina Alfonso

instituciones de educación superior. Para el área de enfermería se cuenta en este primer semestre con el apoyo de experiencias y conocimientos a estos estudiantes, para que fortalezcan su formación y desempeño profesional, a partir de la relación docencia-servicio, la cual también permitirá ofrecer un mejor servicio a todos nuestros usuarios. Bienvenidos Andrés y Silvia.

**Aprendizaje de Corazón**

Con el objetivo de promover nuevos espacios de aprendizaje a los estudiantes de último año de diferentes carreras asistenciales y administrativas, nuestra organización ha establecido diversos convenios docente - asistenciales con varias dos estudiantes de práctica electiva de profundización de la Universidad Autónoma de Bucaramanga; son ellos: Andrés Alvarado, quien se encuentra laborando en las áreas de Seguridad del Paciente y Hemodinamia y Silvia Catalina Alfonso, en Métodos Diagnósticos no Invasivos. Nuestra meta es aportar nuevas



## BOLETÍN INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Las caídas prevenibles y no prevenibles son la principal causa de muerte por accidente intrahospitalario, especialmente en adultos mayores y para el año 2015 fue el tercer evento adverso más notificado en la base de datos de sucesos centinela de la Joint Commission.

Las caídas representan un indicador de la calidad de cuidado de las instituciones hospitalarias a nivel mundial y generan un problema de salud pública debido al gran impacto que ocasionan en el individuo, familia e institución. Para enfermería es imprescindible contar con estrategias basadas en la mejor evidencia disponible que orienten el cuidado y ayuden a la enfermera en la toma de decisiones que favorezcan la salud de los pacientes más susceptibles de sufrir este tipo de eventos.

Por esto en el Instituto del Corazón de Bucaramanga realizamos la actualización del instructivo de prevención de caídas, para mejorar nuestro cuidado con base en artículos, y la guía de buenas prácticas clínicas propuesta en el 2017 por la Asociación de Enfermeras Profesionales de



Ontario con sus siglas en ingles RNAO, y la guía titulada Prevención de Caídas y Lesiones derivadas de las Caídas, con el único objetivo de proporcionar la mejor práctica clínica basada en la evidencia.

## EVIDENCIA BOLETÍN INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS



**UNA VOZ *segura***

Por: Vivian Mancilla, Coordinadora de Seguridad del Paciente y Andrés Alvarado, Enfermero PEP UNAB Sede Bucaramanga

**Actualización en prevención de caídas en la institución**

La principal causa de muerte por

accidente intrahospitalario, especialmente en adultos mayores, son las caídas prevenibles y no prevenibles, siendo catalogadas en el año 2015 como el tercer evento adverso más notificado en la base de datos de sucesos centinela de la Joint Commission.

Las caídas representan un indicador de la calidad de cuidado de las instituciones hospitalarias a nivel mundial y generan un problema de salud pública, debido al gran impacto que ocasionan en el individuo, familia e institución. Para enfermería es imprescindible contar con estrategias basadas en la mejor evidencia disponible, que orienten el cuidado y ayuden a la enfermera en la toma de

decisiones que favorezcan la salud de los pacientes más susceptibles de sufrir este tipo de eventos.

En la sede de Bucaramanga se llevó a cabo la actualización del instructivo de prevención de caídas, con el objetivo de mejorar el cuidado con base en la evidencia clínica y en la guía de buenas prácticas clínicas, propuesta en 2017 por la Asociación de Enfermeras Profesionales de Ontario (RNAO), con la guía titulada prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas, cuya meta era proporcionar la mejor práctica clínica basada en la evidencia. El instructivo Prevención de caídas ya está disponible en clinic on line en gestión documental con el código IN.15-012.

2

## BOLETÍN RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS.

En el Instituto del Corazón de Bucaramanga estamos interesados en medir los procesos de calidad de nuestro cuidado, el cuidado que prestamos a nuestros pacientes, por esto en la segunda semana del mes de abril de 2019 se ha medido la adherencia a la guía Institucional de lavado de manos IN.15-005 en el servicio de cirugía cardiovascular sede Bucaramanga.

El número del personal evaluado fue de 17, el cual es del 100% del servicio en Bucaramanga, los resultados obtenidos se basaron en el formato de evaluación de adherencia de higienes de manos RE.13-030. Los resultados obtenidos en general es del 97.1% cumpliendo con los ítems evaluados. Para el ítem de “Infraestructura e insumos” el porcentaje de cumplimiento es del 100%, clasificándose como excelente para la técnica de lavado de manos realizada por el trabajador de la salud” el porcentaje de cumplimiento fue del 98.4% clasificándose como excelente y para el ítem “la técnica de lavado de agua y jabón está compuesta por” el porcentaje de cumplimiento fue del 90.8% clasificándose como excelente.

## EVIDENCIA BOLETÍN DE RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA DE LAVADO DE MANOS

MUNDO *seguro*



Por: Vivian Mancilla, Coordinadora de Seguridad del Paciente y Andrés Alvarado, Enfermero PEP UNAB Sede Bucaramanga

### Resultados de la evaluación de adherencia al lavado de manos

En nuestra institución estamos interesados en medir los procesos de calidad de los servicios y el cuidado que debemos prestar a nuestros pacientes, por lo que en el mes de abril se realizó la medición de adherencia a la guía institucional de lavado de manos (IN.15-005) en el servicio de anestesia y cirugía cardiovascular de la sede Bucaramanga. El número de personas evaluadas fue de 17 y los resultados obtenidos se basaron en el formato de evaluación de adherencia de higiene de manos (RE.13-030) identificando un promedio en el nivel de adherencia a la guía para el lavado de manos del 96.7%, calificándose como excelente. De la misma manera, se recomienda al personal asistencial evaluado aumentar la adherencia a los cinco momentos del lavado de manos de la OMS:

1. Antes de tener contacto con el paciente.
2. Después de tener contacto con el paciente.
3. Antes de realizar un procedimiento aséptico.
4. Después de tener contacto con fluidos corporales del paciente.
5. Después de tener contacto con el entorno del paciente.

“El trabajo en equipo en salas de cirugía permite que los protocolos se cumplan, como por ejemplo el de lavado de manos”.

## **BOLETÍN RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PARA PROCEDIMIENTOS CON DISPOSITIVO MEDICO DE ELECTROFISIOLOGÍA**

Como compromiso de seguridad del paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga, la coordinadora de Seguridad del Paciente y el enfermero PEP UNAB, obedeciendo a uno de los objetivos internacionales propuestos por la Joint Commission International que es la prevención de infecciones, han tomado el papel de evaluar los procesos internos de manejo de profilaxis antibiótica. Por esto se ha realizado la evaluación de la adherencia al protocolo de profilaxis antibiótica IN.15-013. Este proceso se llevó a cabo en el primer trimestre del 2019 desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, en procedimientos de electrofisiología entre ellos inserción de marcapasos unicamerales y bicamerales, inserción de cardiodesfibrilador/cardioversor e inserción de resincronizador cardíaco realizadas en la clínica FOSCAL Internacional y clínica Chicamocha. El total de historias clínicas revisadas en este periodo es de 66.

Los parámetros para la evaluación del cumplimiento de la adherencia al protocolo de profilaxis antibiótica fueron el tiempo de finalización de la administración del antibiótico e inicio de la incisión quirúrgica, dosis correcta, medicamento correcto, volumen de dilución correcto y velocidad de infusión correcto. Los resultados obtenidos de la evaluación son:

Los resultados obtenidos para FOSCAL Internacional son del 39.3% de cumplimiento y de 60.7% de no cumplimiento, para clínica Chicamocha se reportó el 44.7% de cumplimiento y el 55.3% de no cumplimiento. A nivel global el 42.4% cumple la totalidad del protocolo de profilaxis antibiótica.

## EVIDENCIA BOLETÍN RESULTADOS DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA PARA PROCEDIMIENTOS CON DISPOSITIVO MEDICO DE ELECTROFISIOLOGÍA

RESPALDO *seguro*



Por: Vivian Mancilla, Coordinadora de Seguridad del Paciente y Andrés Alvarado, Enfermero PEP UNAB Sede Bucaramanga

**Resultados de la evaluación de adherencia a la profilaxis antibiótica para procedimientos con dispositivo médico de Electrofisiología**

Manteniendo el compromiso Institucional con la seguridad del paciente y obedeciendo a uno de los objetivos propuestos por la Joint Commission International, como lo es la prevención de infecciones, la Coordinadora de Seguridad del Paciente y el enfermero PEP - UNAB

evaluaron en el primer trimestre la adherencia al protocolo de profilaxis antibiótica, en los siguientes procedimientos de Electrofisiología: inserción de marcapasos, cardiodesfibrilador, cardioversor, resincronizador cardiaco, realizadas en las sedes de la clínicas Foscal Internacional y Chicamocha; para un total de 66 historias clínicas revisadas. Los parámetros para la evaluación del cumplimiento de la adherencia al protocolo de profilaxis antibiótica fueron el tiempo de finalización de la administración del antibiótico e inicio

de la incisión quirúrgica, dosis correcta, medicamento correcto, volumen de dilución correcto y velocidad de infusión correcto.

**Algunos de los resultados obtenidos fueron:**

- \* El 51.5% eran pacientes hospitalizados.
- \* En 2019 se pudo evidenciar que, respecto a los resultados del año 2018, aumentó en un 56.5% el grado de adherencia en el tiempo de la administración de la profilaxis antibiótica.
- \* El 89.3% cumple el diligenciamiento correcto de las notas asistenciales.
- \* El cumplimiento global para la administración de la Cefazolina menor a una hora fue del 86%.
- \* El porcentaje global de cumplimiento con el tiempo de administración de la Vancomicina más Amikacina menor a dos horas fue del 91.6 %.
- \* La Cefalotina no está indicado en la profilaxis antibiótica.
- \* El cumplimiento global para el volumen de dilución del antibiótico es es del 98.5%.
- \* El cumplimiento global en la velocidad de infusión es del 63.3%.

**¡Seguimos trabajando para lograr mejores resultados..!**



1

## JORNADA INTERNACIONAL DE LAVADO DE MANOS

“Una atención limpia para todos – está en sus manos”

CAMPAÑA DEL DÍA MUNDIAL DEL LAVADO DE MANOS

07 de mayo del 2019

**Responsables:**

**Vivian Angélica Mancilla Jiménez**

**Coordinadora de seguridad del paciente**

**Instituto del Corazón de Bucaramanga**

**Silvia Catalina Alfonso Ospina**

**Andrés Leonardo Alvarado Alvarado**

**Estudiantes de enfermería PEP Universidad Autónoma de**

**Bucaramanga**

**ACTIVIDAD: Realizar la técnica de higienización de las manos**

La promoción de conductas como el lavado de manos es la acción más económica y efectiva para prevenir la transmisión de infecciones y en su defecto enfermedades. En esta propuesta internacional generada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) titulada “Una atención limpia para todos – está en sus manos” dirigida para los trabajadores de la salud para mejorar las prácticas de higiene de manos y detener de esta manera la propagación de infecciones.

Dentro de las metas específicas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en objetivos del cuidado de calidad, sistematizados por la Joint Commission International (JCI), obedeciendo a la quinta meta que es definida como reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, en el Instituto del Corazón de Bucaramanga (ICB) las incluimos para hacer dos campañas anuales para fortalecer esta práctica segura.

Los pacientes intrahospitalarios están expuestos al riesgo de contraer una infección asociada con la atención en salud (IAAS) y con ello aumentar su estancia hospitalaria. Las IAAS son consideradas un evento adverso prevenible y es por esto que plantean un importante problema para la seguridad del paciente, por lo que el Instituto del Corazón de Bucaramanga tiene entre sus objetivos el prevenir y disminuir el riesgo de infección asociada con las IAAS.

### **RESPONSABLES:**

Vivian Angélica Mancilla Jiménez Coordinadora de seguridad del paciente del ICB, Silvia Catalina Alfonso Ospina y Andrés Leonardo Alvarado Alvarado Estudiantes

### **OBJETIVO GENERAL**

Promover la cultura de higienización de manos en la población objeto, basados en la Guía para el lavado de manos (IN.15-005); con el fin de prevenir y reducir el riesgo de transmisión de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Orientar a los pacientes, familiares, personal administrativo y asistencial sobre la importancia de la higienización de manos por medio de una dinámica y de la interacción con todo el personal presente en las sedes Ambulatoria, Chicamocha y Foscal y Foscal Internacional.

### **METODOLOGÍA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL**

- Se realizará una actividad en la cual se recuerda la importancia de realizar el lavado de manos y en qué momento debemos realizar el lavado de manos. Para el personal administrativo, pacientes y familiares se les presento un video con título de “La higiene de manos- OMS”, posterior a esto se les explico la técnica correcta para el lavado de manos e higienización de manos con alcohol glicerinado. Se realiza la dinámica para el personal asistencial con fichas (tarjetas) con imágenes donde se les pedirá que organicen los pasos del lavado de manos.
- Se recolectarán las firmas de asistencia al día mundial del lavado de manos y la evidencia fotográfica obtenida durante la jornada de higienización.
- El traslado entre sedes se hará en el transporte del ICB.

**META:**

Cobertura de 100 personas entre pacientes, familiares, personal administrativo y asistencial en las sedes del ICB.

**INDICADOR DE SEGUIMIENTO:**

Porcentaje (%) de cobertura de la población objeto en las sedes del ICB, participantes en la campaña “Una atención limpia para todos – está en sus manos”.

**INDICADOR DE CUMPLIMIENTO:**

Las personas que asisten a la campaña del día mundial de lavado de manos, sobre la meta propuesta por 100%. Se contó con la participación de 134 personas superando la meta propuesta.

$$\text{Indicador de cumplimiento} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ personas que asisten a la campaña}}{\text{N}^{\circ} \text{ Meta propuesta}} \times 100\%$$

## **RESULTADOS:**

La participación en la campaña del día mundial del lavado de manos, por parte del personal administrativo y asistencial fue activa, en las diferentes sedes del Instituto de Corazón de Bucaramanga (ICB). A continuación se describe la cantidad de personal que participó durante la campaña, en las sedes del ICB.

**Sede Ambulatoria:** Se incluye el personal de casa blanca y casa archivo con 65 personas distribuidas así: 1 enfermera, 2 auxiliares de enfermería, 35 personas del área administrativa, 23 pacientes/familiares, 2 de servicios generales y 2 médicos.

**Clínica Chicamocha:** Participaron 31 personas distribuidas así: 3 enfermeras, 1 médicos, 4 auxiliares de enfermería, 3 secretarias de atención al usuario, 1 auxiliar de farmacia y 19 pacientes/familiares.

**Clínica Foscal Internacional:** Participaron 35 personas distribuidas así: 3 enfermeras, 6 auxiliares de enfermería, 2 auxiliares de farmacia, 2 administrativos, 19 pacientes/familiares y 3 secretarias de atención al usuario.

**Clínica Foscal:** Participaron 3 personas: 1 auxiliar de enfermería, 1 auxiliar de servicios generales y 1 secretaria de Atención al usuario.

## **MATERIAL DE APOYO**

1. Un video alusivo a la promoción del lavado de manos de la OMS.
2. Tarjetas con imágenes con los pasos del lavado de manos.

## **REGISTRO**

- A. Listas de asistencia a la campaña del día mundial del lavado de manos.



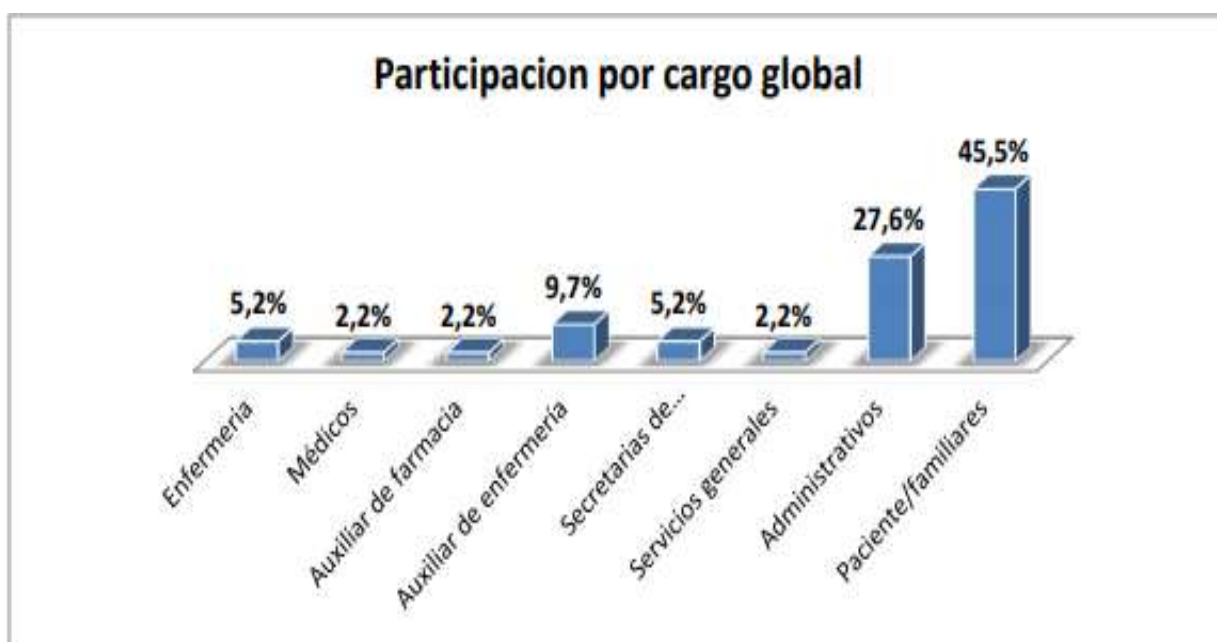
B. Evidencia fotográfica.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

### Participación Global

La participación global en la campaña se distribuyó de la siguiente forma: 7 (5.2%) enfermeras, 3 (2.2%) médicos, 13 (9.7%) auxiliares de enfermería, 3 (2.2%) auxiliares de farmacia, 7 (5.2%) secretarías de atención al usuario, 37 (27.6%) personal área administrativa, 3 (2.2%) trabajadores de servicios generales y 61 (45.5%) pacientes/familiares para un total de 134 personas. (Gráfica 1).

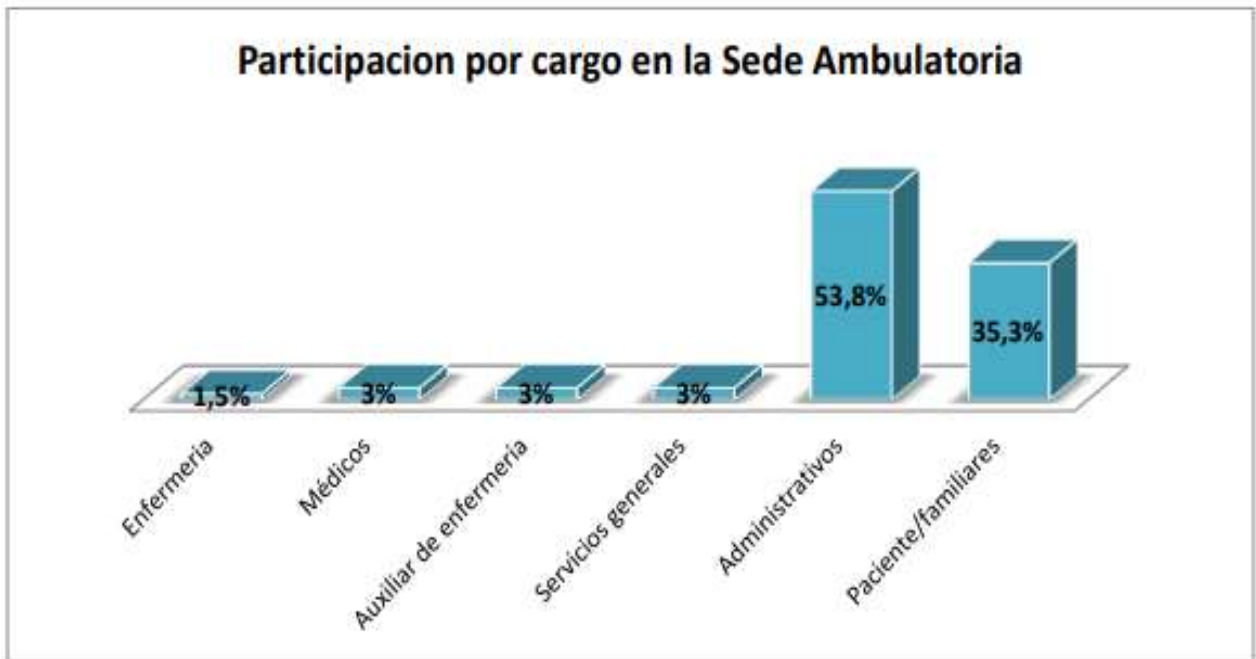
Gráfica 1



### Sede ambulatoria (Incluye casa archivo y casa blanca)

La participación en la sede ambulatoria que incluye casa archivo y casa blanca se distribuyó de la siguiente forma: 1 (1.5%) enfermera, 2 (3%) auxiliares de enfermería, 35 (53.8%) personas del área administrativa, 23 (35.3%) pacientes/familiares, 2 (3%) de servicios generales y 2 (3%) médicos, para un total de 65 personas. (Gráfica 2).

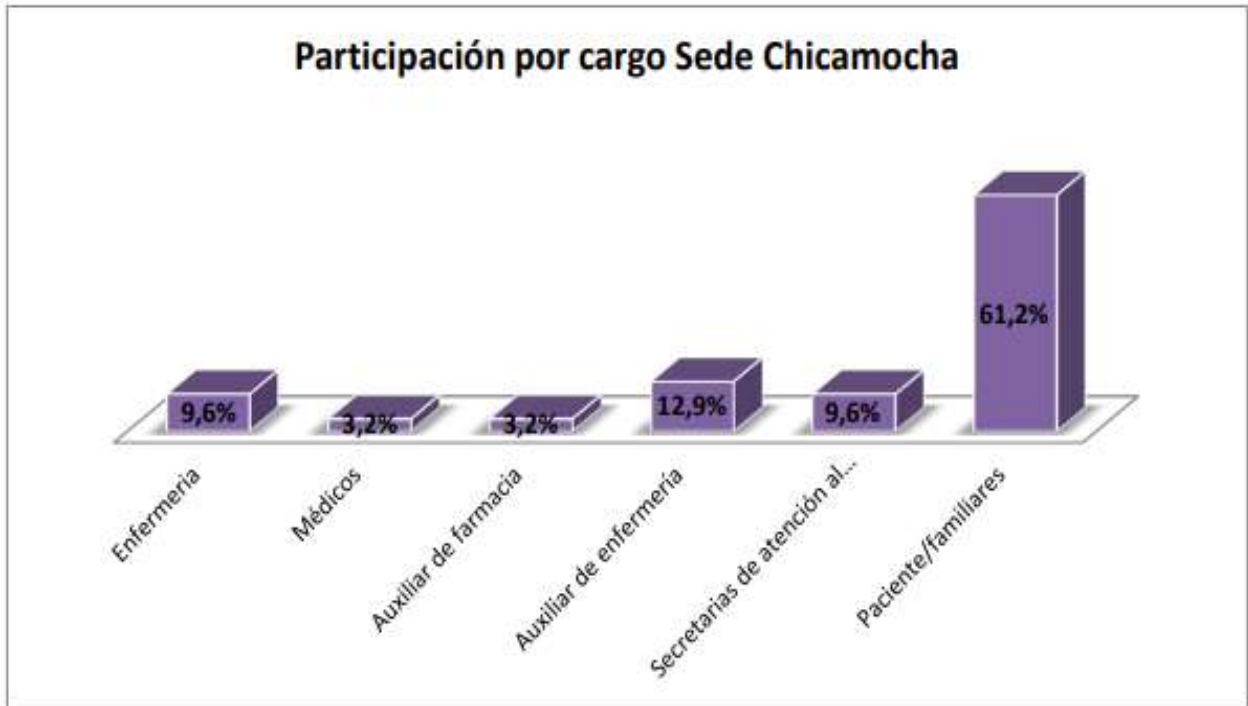
Gráfica 2



### Sede Clínica Chicamocha

La participación en la sede Chicamocha (7° y 8° piso) se distribuyó así: 3 (9.6%) enfermeras, 1 (3.2%) médicos, 4 (12.9%) auxiliares de enfermería, 3 (9.6%) secretarias de atención al usuario, 1 (3.2%) auxiliar de farmacia y 19 (61.2%) pacientes/familiares para un total de 31 personas. (Gráfica 3).

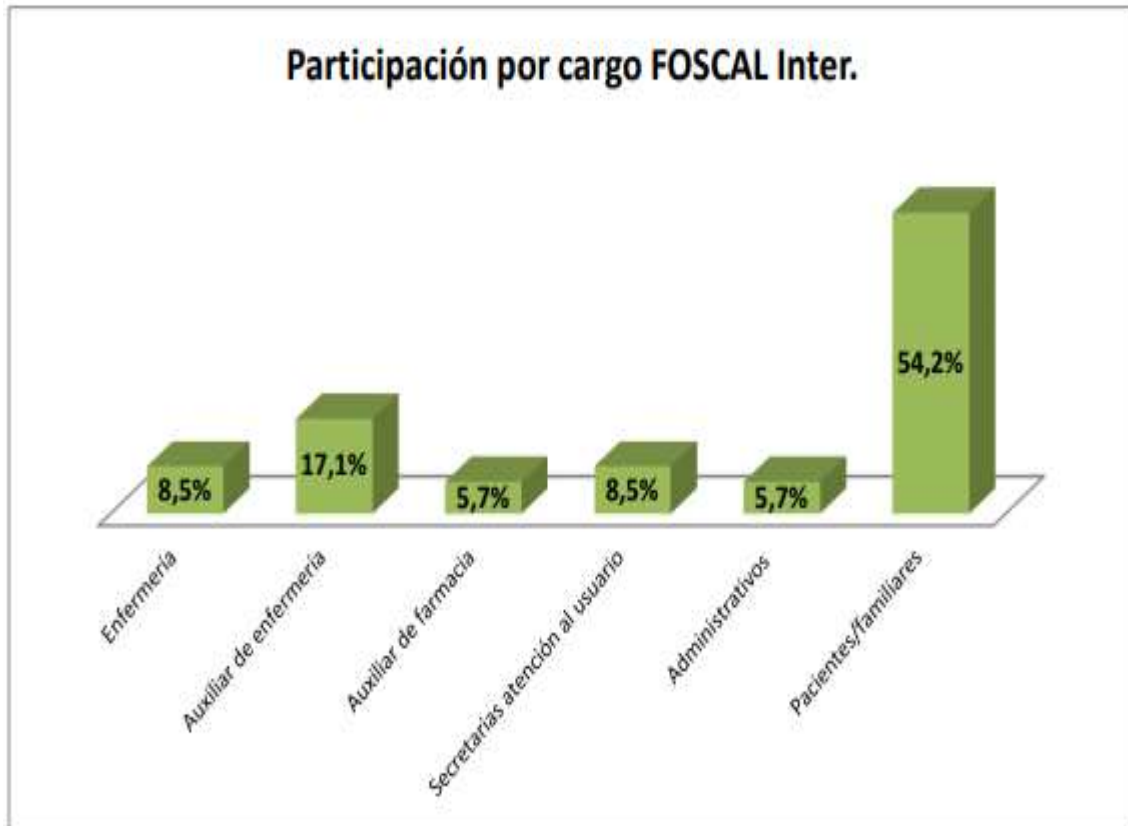
Gráfica 3



#### **Sede Clínica Foscal Internacional**

La participación del personal en FI se distribuyó de la siguiente forma: 3 (8.5%) enfermeras, 6 (17.1%) auxiliares de enfermería, 2 (5.7%) auxiliares de farmacia, 2 (5.7%) administrativos, 19 (54.2%) pacientes/familiares y 3 (8.5%) secretarías de atención al usuario, para un total de 35 personas. (Gráfica 4).

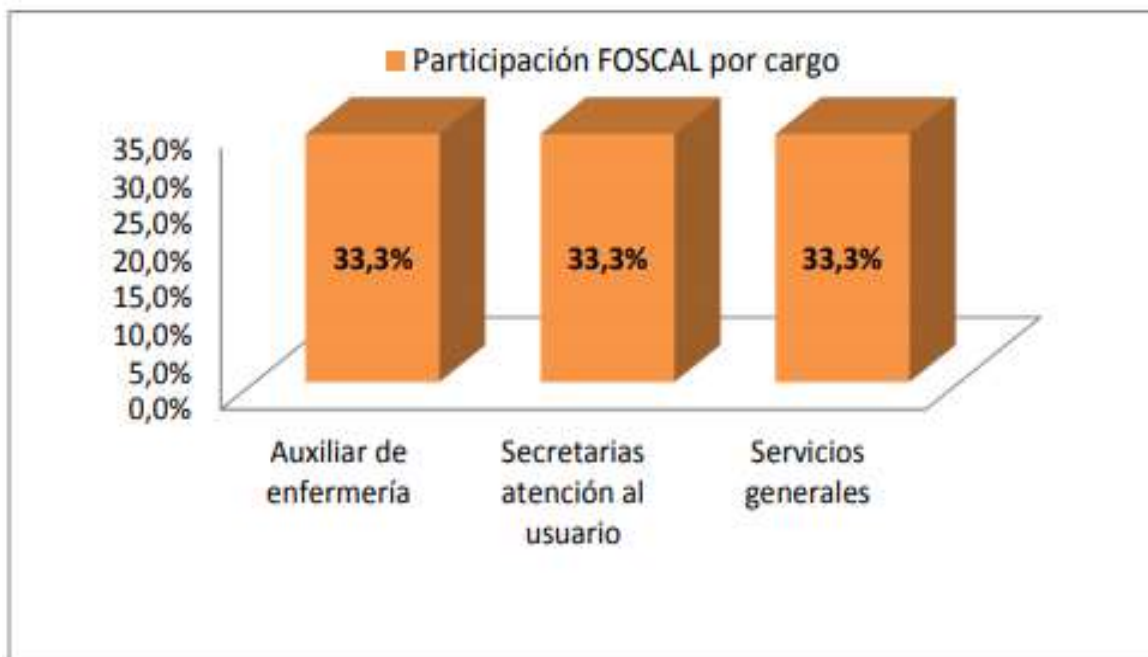
Gráfica 4



### **Sede FOSCAL**

La participación de la sede Foscal, se distribuyó de la siguiente forma: 1 (33.3%) auxiliar de enfermería, 1 (33.3%) servicios generales y 1 (33.3%) secretarias de atención al usuario, para un total de 3 personas. (Gráfica 5).

Gráfica 5



## CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de participación se encontró en los pacientes/familiares con un 45.5% de la participación total.
2. La mayor participación del personal administrativo se encontró en la sede Ambulatoria con un 53.8% que corresponde a 35 personas.
3. Se encontró el personal receptivo y colaborador a la actividad y se cumplió la meta propuesta.
4. En general el personal asistencial y administrativo conoce los 5 momentos de lavado de manos y la técnica de higiene de manos con el alcohol glicerinado.

## EVIDENCIA JORNADA INTERNACIONAL DE LAVADO DE MANOS



**EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A PROTOCOLO DE CATÉTER VESICAL EN EL AREA DE CIRUGIA:**

**Fecha:** Mayo 06 de 2019.

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

**Elaborado:** Vivian Angélica Mancilla Jiménez – Coordinadora Programa Seguridad del Paciente

Andrés Leonardo Alvarado Alvarado – Enfermero PEP-UNAB

**Objetivo:** Evaluar el nivel de adherencia al procedimiento cateterismo vesical por parte del personal de enfermería en el servicio de Cirugía.

**Alcance:** Aplica para el personal de enfermería asistencial del servicio de Cirugía de las sedes Clínica Chicamocha y Foscal Internacional.

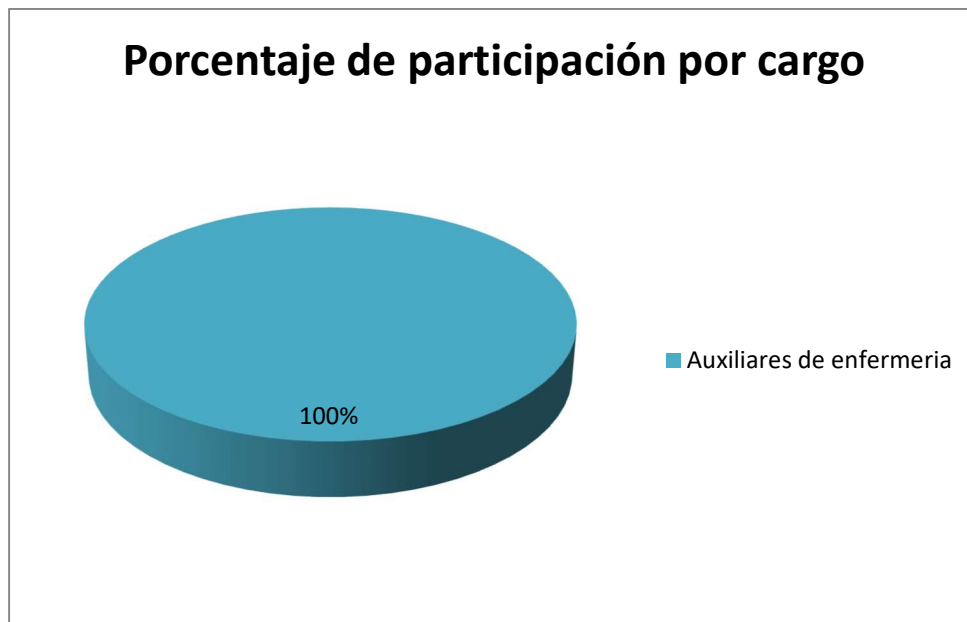
**Periodo evaluado:** Desde el 08 de abril hasta el 02 de mayo del 2019.

**Metodología:** Se realizó evaluación de adherencia al procedimiento cateterismo vesical descrito en el manual de procedimientos para enfermería aplicando la lista de chequeo (RE. 13-030) a una muestra de 2 personas del área asistencial de Cirugía del Instituto del Corazón de Bucaramanga.

### **Cargos**

La cobertura obtenida en la evaluación y socialización del personal asistencial según el cargo, fue del 100% (n: 2) para auxiliares de enfermería (grafica 1).

Grafica 1: elaborado por los autores

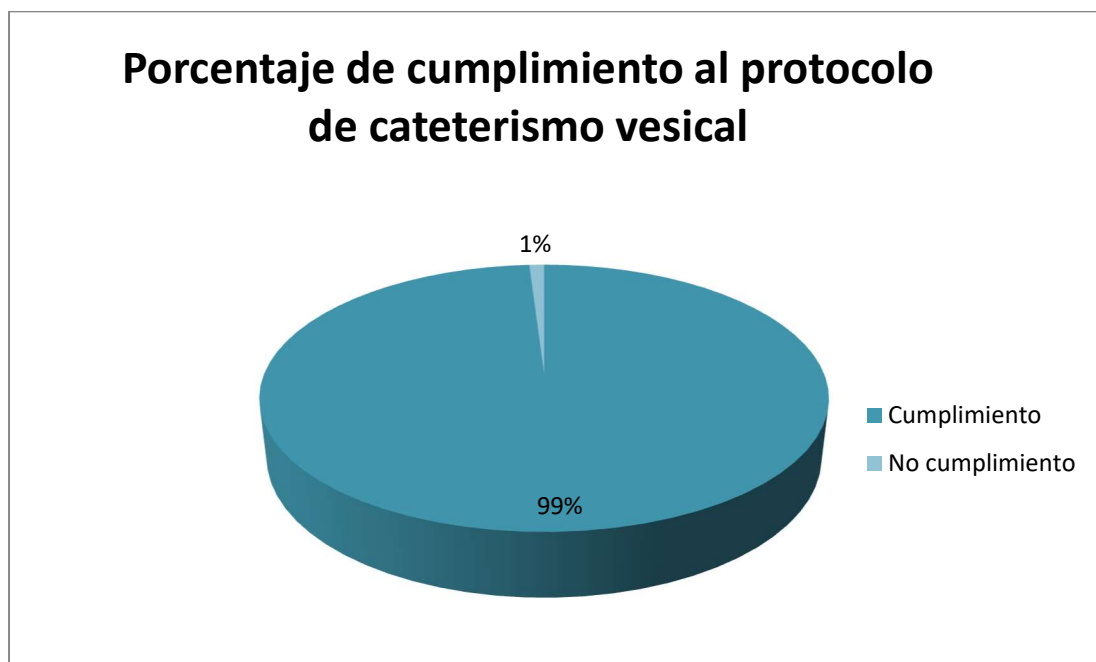




## RESULTADOS ENCONTRADOS

El porcentaje de adherencia global al procedimiento de cateterismo vesical es de 99% de cumplimiento de los ítems evaluados (grafica 2).

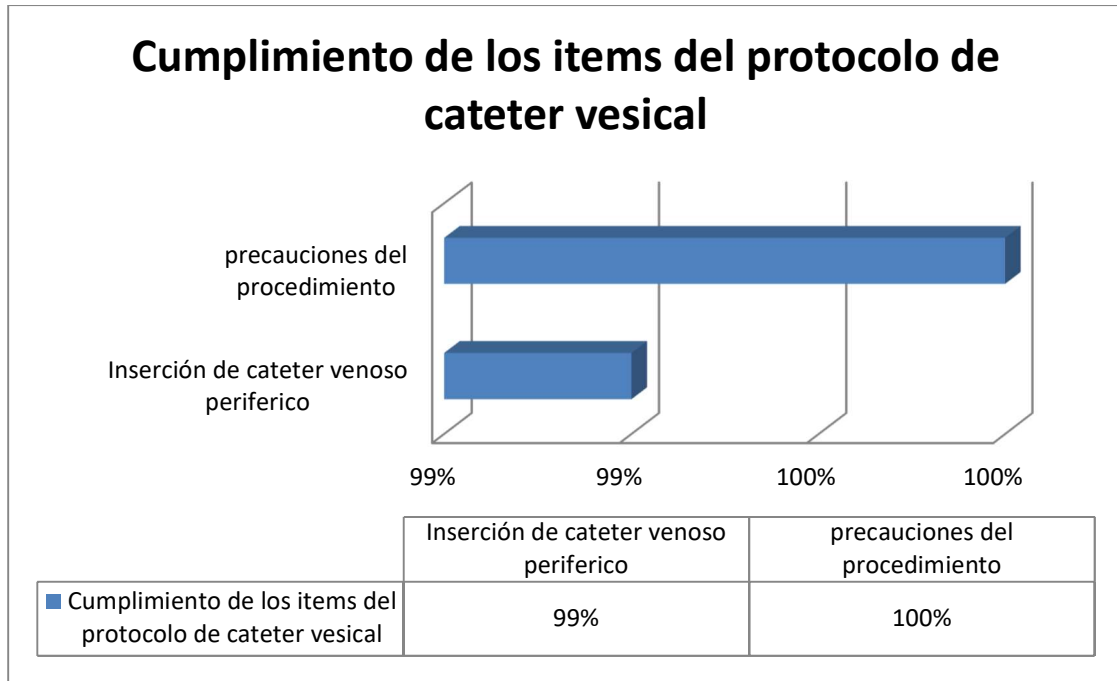
Gráfica 2: Elaborado por los autores.



No cumple el 100% debido a que en el ítem 21 se pregunta: ¿Si se presenta un evento derivado de la atención en salud, lo notifica enseguida según guía de “reporte de eventos derivados en la atención en salud? la respuesta es NO en una de las evaluadas.

Dando énfasis que para los ítems de inserción de catéter vesical se logró un 98.5% de cumplimiento y para precauciones del procedimiento es del 100% (grafica 3).


Gráfica 3: Elaborado por los autores.



## Conclusiones

- El personal cumple correctamente con el protocolo de catéter vesical (99%).
- El personal usa los elementos de bio protección durante el procedimiento (100%).
- El personal sigue todos los pasos para realizar el procedimiento de inserción de catéter vesical estipulado en el formato de evaluación de adherencia RE.13-030. Anexo 1.
- Si se presenta un evento derivado de la atención en salud, se debe notificar enseguida según guía de “Reporte de eventos derivados en la atención en salud”.

## EVIDENCIA EVALUACIÓN ADHERENCIA CATÉTER VESICAL

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>EVALUACIÓN DE ADHERENCIA</b>	Elaborado: Coord de Enfermería Actualizado: Revisado: Sistema Integrado de Gestión
<b>SERVICIO A EVALUAR</b> PROCEDIMIENTO EVALUADO		CATETERISMO VESICAL
EVALUADO	NOMBRE CARGO	Juliana Celvez Auxiliar Enfermería
EVALUADOR	NOMBRE CARGO	Patricia Benicio Coord. Anestesiología
PERIODO EVALUADO		8 Abr 2019
OBJETIVO DEL PROCESO		Evaluar el nivel de aplicación de las actividades descritas para la realización del cateterismo vesical
ACCIÓN Prueba de esfuerzo		
DURACIÓN		10'
CRITERIOS		
PARAMETRO	SI NO NO APLICA	Observaciones
¿Realiza el lavado de manos clínico y/o quirúrgico?	<input checked="" type="checkbox"/>	Antes fijación
¿Utiliza guantes estériles durante la realización del procedimiento?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Utiliza los elementos de protección personal como mascarilla	<input checked="" type="checkbox"/>	
Careta	<input checked="" type="checkbox"/>	
Gafas de protección	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Explica el procedimiento al paciente, explicándole lo que sentirá?	<input type="checkbox"/>	No Anestesiología
¿Prepara el equipo necesario:	<input checked="" type="checkbox"/>	
2 guantes de pares estériles	<input checked="" type="checkbox"/>	
Clorhexidina jabón unidoais	<input checked="" type="checkbox"/>	
Clorhexidina Solución unidoais	<input checked="" type="checkbox"/>	
Gasas estériles	<input checked="" type="checkbox"/>	
2 recipientes hondos estériles	<input checked="" type="checkbox"/>	
Compresas estériles	<input checked="" type="checkbox"/>	
Campos estériles	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sonda Foley según las características del paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	
Jeringa desechable de 10 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	
Agua Estéril y/o SSN	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cistoflo Estéril	<input checked="" type="checkbox"/>	
Lubricante para la inserción	<input checked="" type="checkbox"/>	
Esparadrado	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ubica al paciente en posición adecuada: Si es mujer debe tener las piernas separadas y flexionadas; si es hombre las piernas extendidas?	<input checked="" type="checkbox"/>	Paralelo: Angulo Suave Cuadrado.
¿Inspecciona y expone el meato urinario, retrayendo el prepucio o separando los labios mayores según sea el caso?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Realiza el baño genital minucioso:	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sostiene el pene en ángulo de 90° y retrae el prepucio	<input checked="" type="checkbox"/>	
Limpia la zona expuesta con gasas impregnadas en clorhexidina jabón	<input checked="" type="checkbox"/>	
Realiza movimientos circulares alrededor del meato sin devolverse	<input checked="" type="checkbox"/>	

CODIGO RE.13-030

VERSIÓN 0

FECHA 20/02/2015

PAG 1 DE 7

## EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A CATÉTER VENOSO PERIFERICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA

Fecha: Mayo 06 de 2019.

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

**Elaborado:** Vivian Angélica Mancilla Jiménez – Coordinadora Programa Seguridad del Paciente

Andrés Leonardo Alvarado Alvarado – Enfermero PEP-UNAB

**Objetivo:** Evaluar el nivel de adherencia al procedimiento cateterismo venoso periférico por parte del personal de enfermería en el servicio de Cirugía.

**Alcance:** Aplica para el personal de enfermería asistencial del servicio de Cirugía de las sedes Clínica Chicamocha y Foscal Internacional.

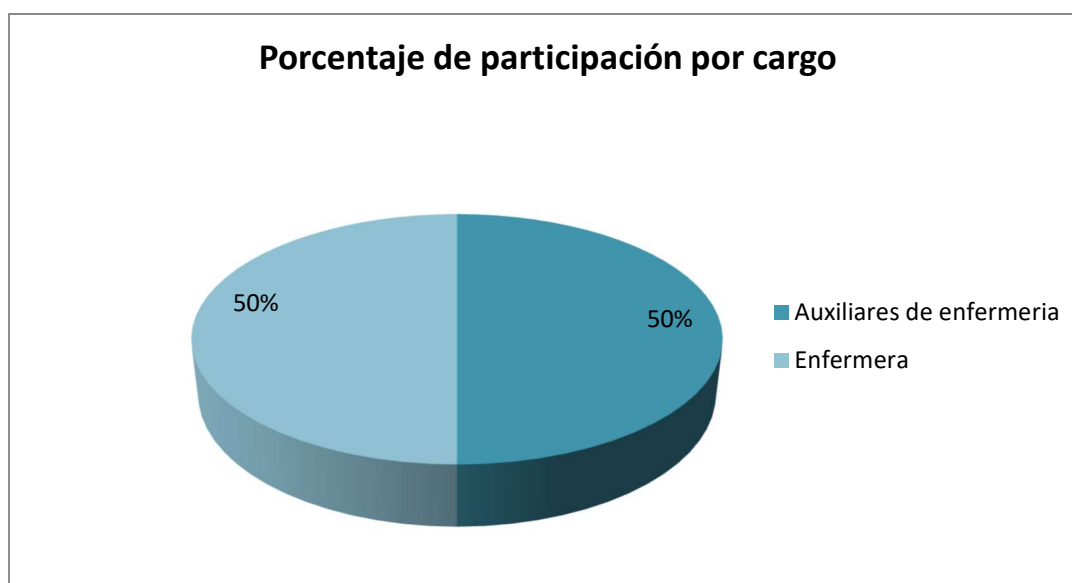
**Periodo evaluado:** Desde el 08 de abril hasta el 02 de mayo del 2019.

**Metodología:** Se realizó evaluación de adherencia al procedimiento cateterismo venoso periférico descrito en el manual de procedimientos para enfermería aplicando la lista de chequeo (RE. 13-030) a una muestra de 2 personas del área asistenciales de Cirugía del Instituto del Corazón de Bucaramanga. (Anexo 1)

## Cargos

La cobertura obtenida en la evaluación y socialización del personal asistencial según el cargo, fue del 50% (n: 1) para auxiliares de enfermería y 50% (n: 1) para enfermería (grafica 1).

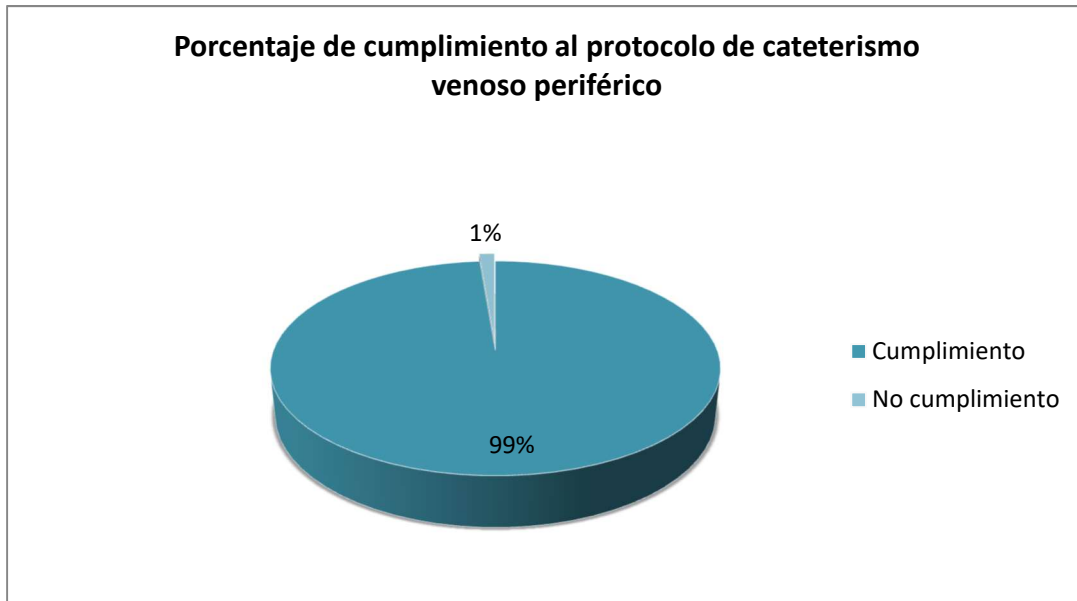
Grafica 1: elaborado por los autores



## RESULTADOS ENCONTRADOS

El porcentaje de adherencia global al procedimiento de cateterismo venoso periférico es de 99% de cumplimiento de los ítems evaluados (grafica 2).

Gráfica 2: Elaborado por los autores.

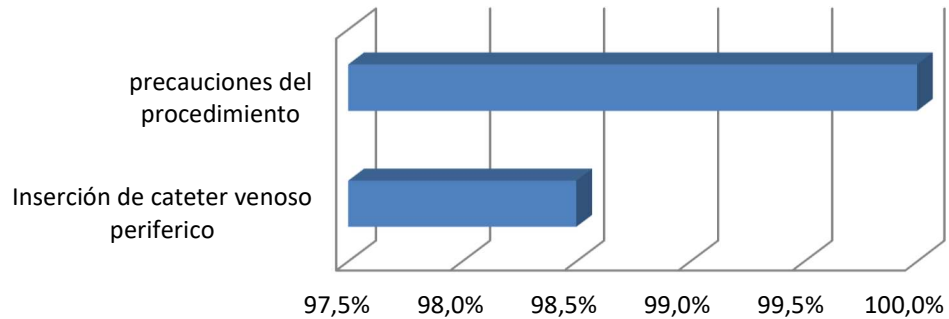


No cumple el 100% debido a que en el ítem 21 se pregunta: ¿Si se presenta un evento derivado de la atención en salud, lo notifica enseguida según guía de “reporte de eventos derivados en la atención en salud? la respuesta es NO en una de las evaluadas.

Dando énfasis que para los ítems de inserción de catéter venoso periférico se logró un 98.5% de cumplimiento y para precauciones del procedimiento es del 100% (grafica 3).

Gráfica 3: Elaborado por los autores.

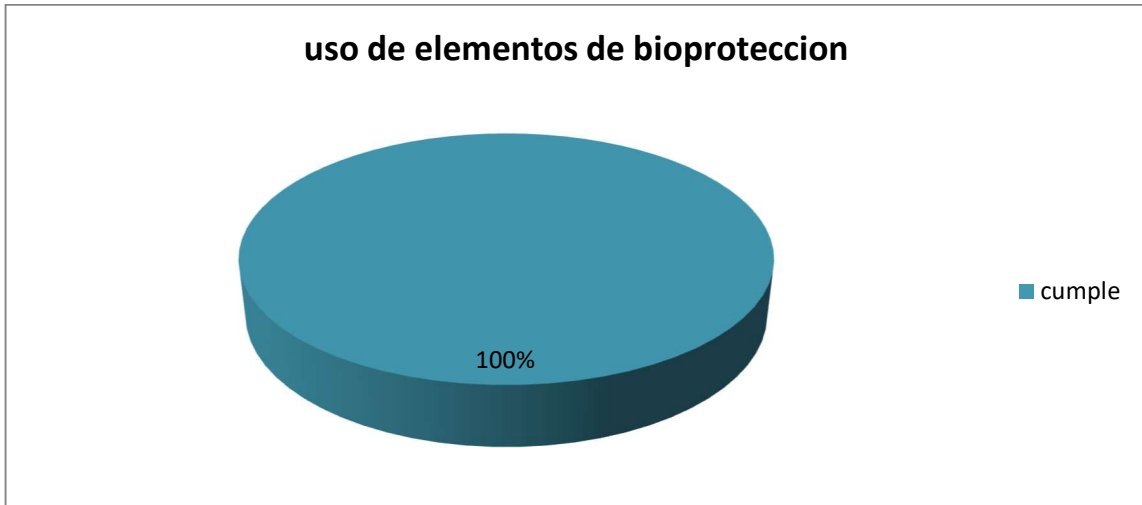
## Cumplimiento de los items del protocolo de cateter venoso periferico



	Inserción de cateter venoso periferico	precauciones del procedimiento
■ Cumplimiento de los items del protocolo de cateter venoso periferico	98,5%	100%

Los resultados obtenidos del uso de elementos de bio protección personal, se encontró el 100% de adherencia para el uso de guantes limpios y estériles, mascarilla, careta y gafas de protección (grafica 4).

Gráfica 4: Elaborado por los autores.



### **Conclusiones**

- El personal cumple correctamente con el protocolo de catéter venoso periférico (99%).
- El personal usa los elementos de bio protección durante el procedimiento (100%).
- El personal sigue todos los pasos para realizar el procedimiento de inserción de catéter venoso periférico estipulado en el formato de evaluación de adherencia RE.13-030. Anexo 1.
- Si se presenta un evento derivado de la atención en salud, se debe notificar enseguida según guía de “Reporte de eventos derivados en la atención en salud”.

### **EVIDENCIA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CATÉTER VENOSO PERIFERICOS EN SALAS DE CIRUGÍA**



SERVICIO A EVALUAR		Anestesia y Cuidado Cardiovascular		
FECHA		7-8-19		
PAZIENTE		Ezequiel Manciano Estrada		
PROCEDIMIENTO EVALUADO		Catecleramo Venoso Periférico		
EVALUADO	NOMBRE	Vladimir Pineda Higuerá Jefe.		
	CARGO	Jefe Salón Cirugía		
EVALUADOR	NOMBRE	Yolanda Paola Barrera León		
	CARGO	Nocel. Cuidado Cardiovascular		
PERIODO EVALUADO				
OBJETIVO DEL PROCESO		Realizar evaluación de adherencia protocolo		
CRITERIOS				
Parámetros				
	SI	NO	NO APLICA	Observaciones
1. ¿Realiza el lavado de manos clínico y/o quirúrgico? (Evaluar uñas cortas, sin esmalte)	✓			
2. ¿Utiliza guantes limpios o estériles durante la realización del procedimiento?	✓			
3. ¿Utiliza los elementos de protección	✓	✓		
Mascarilla	✓	✓		
Careta	✓	✓		
Gafas de protección	✓	✓		
4. ¿Comprueba la orden médica del tipo de solución a administrar?	✓			
5. ¿Explica al procedimiento al paciente, explicándole lo que sentirá?			✓	Re: Bajo sedación.
6. ¿Prepara el equipo necesario:	✓			
Solución	✓			
Equipo de sondas	✓			
Llave de las vías (si se requiere)	✓			
Extensión e anestesia (si se requiere)	✓			
Jalisco de acuerdo al calibre de la vena 18-20 French para MDH y 14-16 French para Procedimientos Invasivos	✓			+ 16.
Pañales	✓			
Mopora o adhesivo transparente	✓			
Torniquete	✓			
Inmovilizador en pedicura	✓			
7. ¿Purga las líneas, conservando la esterilidad de estas y evitando dejar burbujas en ellas?	✓			
8. ¿Inicia con la punción de venas periféricas?	✓			
9. ¿Usa torniquete?	✓			
10. ¿Selecciona la vena por palpación, antes de realizar la asepsia de la piel?	✓			
11. ¿Realiza la asepsia de la piel con pañales, en forma circular del centro a la periferia?	✓			

**EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO EN EL ÁREA DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS**

**Fecha:** Mayo 09 de 2019

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

**Elaborado:** Vivian Mancilla – Coordinadora Programa Seguridad del Paciente

Andrés Leonardo Alvarado Alvarado – Enfermero PEP

UNAB

**Objetivo:** Evaluar el nivel de adherencia al procedimiento cateterismo venoso periférico por parte del personal de enfermería en el servicio de Métodos Diagnósticos no Invasivos (MDNI).

Alcance: Aplica para el personal de enfermería asistencial del servicio de Métodos Diagnósticos no Invasivos (MDNI) de las sedes Clínica Chicamocha y Foscal Internacional.

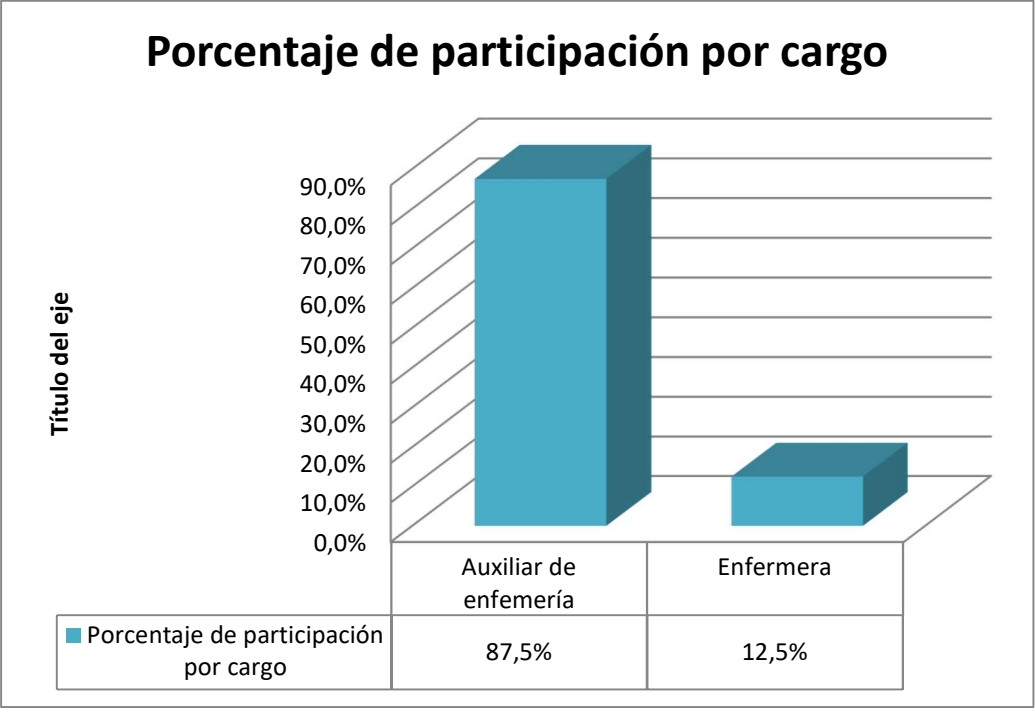
**Periodo evaluado:** Desde el 22 de abril hasta el 26 de abril del 2019

**Metodología:** Se realizó evaluación de adherencia al procedimiento cateterismo venoso periférico descrito en el manual de procedimientos para enfermería aplicando la lista de chequeo (RE. 13-030) a una muestra de 2 personas del área asistenciales de Métodos Diagnósticos no Invasivos (MDNI) del Instituto del Corazón de Bucaramanga.

### **Cargos**

La cobertura obtenida en la evaluación y socialización del personal asistencial según el cargo, fue del 87.5% (n: 7) para auxiliares de enfermería y 12.5% (n: 1) para enfermería (grafica 1).

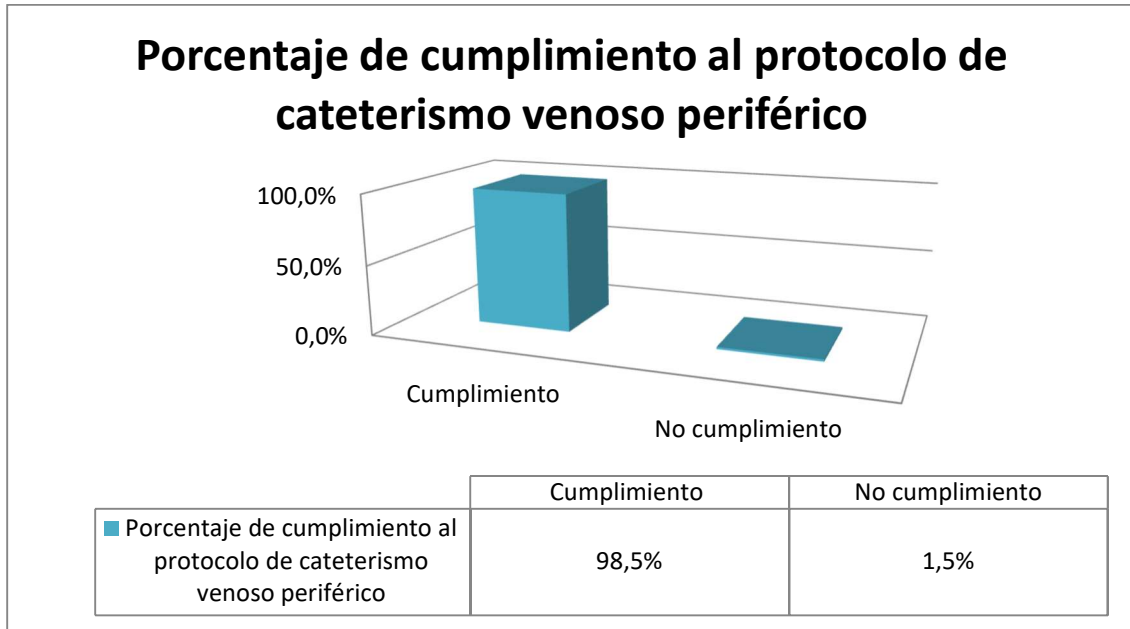
Grafica 1: elaborado por los autores



**RESULTADOS ENCONTRADOS**

El porcentaje de adherencia global al procedimiento de cateterismo venoso periférico es de 98.5% de cumplimiento de los ítems evaluados (grafica 2).

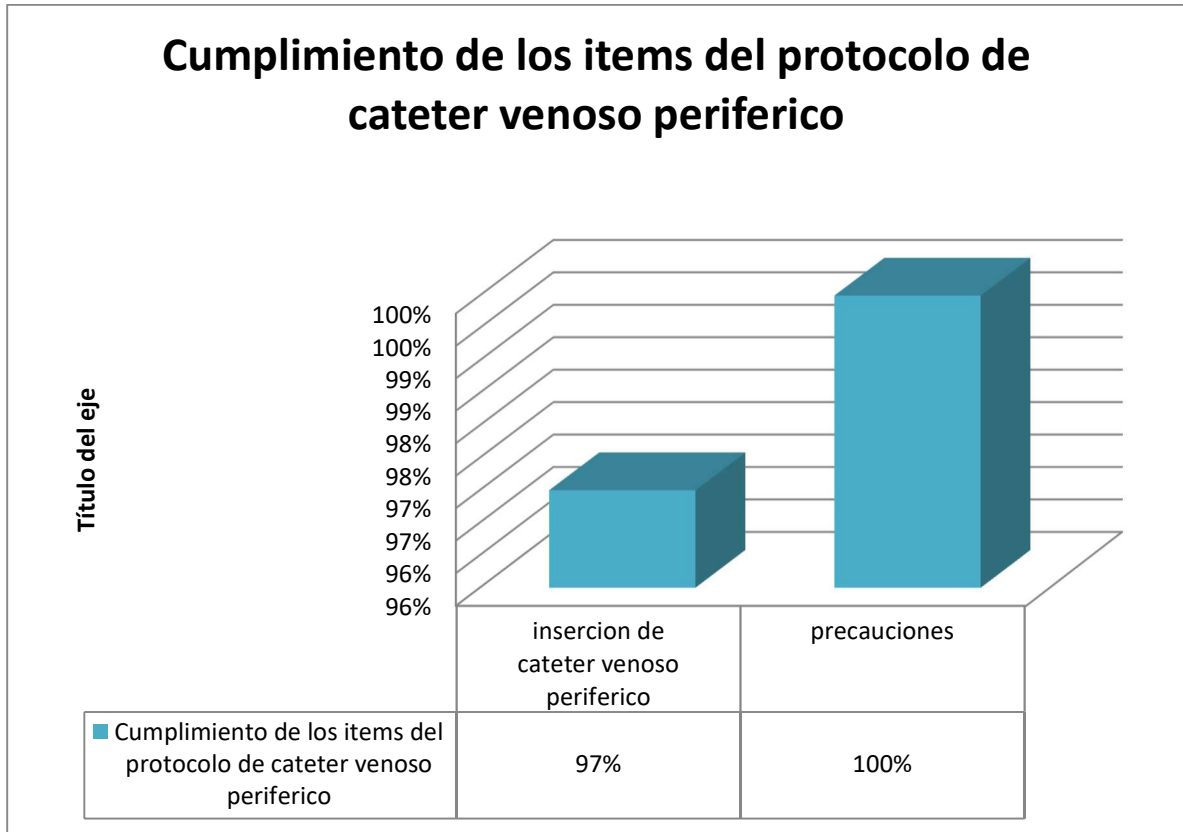
Gráfica 2: elaborado por los autores.



No cumple el 100% debido a que en el ítem 19 se pregunta: ¿Educa al paciente sobre cuidados de la vía endovenosa: no mojar la vía a la hora de asearse evitar movimientos bruscos que favorezcan el retiro accidental de la vía, signos y síntomas de flebitis? la respuesta es NO en las 8 personas evaluadas.

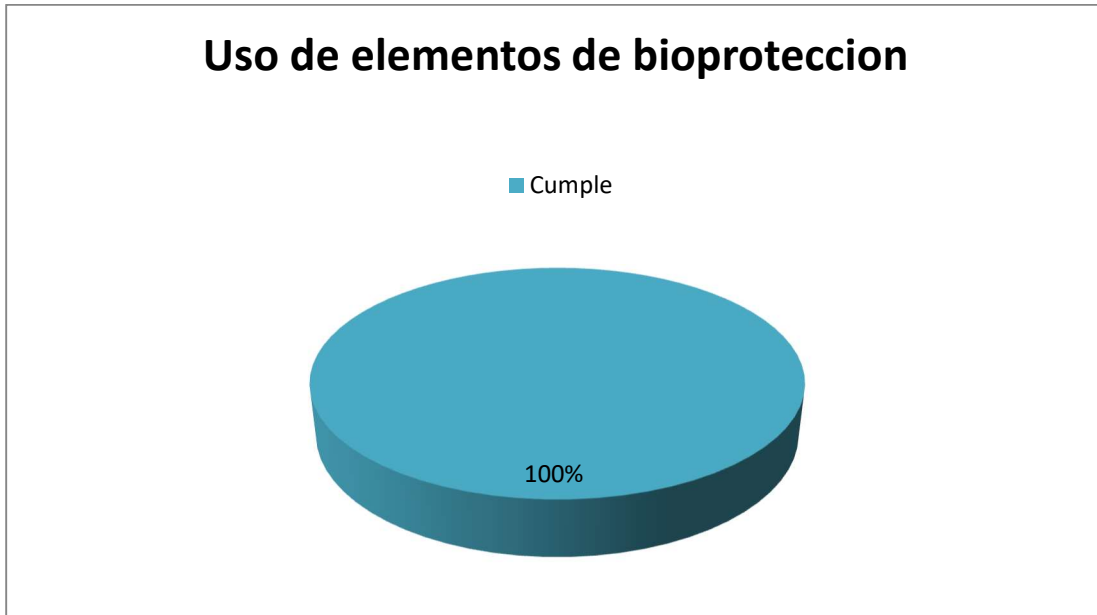
Dando énfasis que para los ítems de inserción de catéter venoso periférico se logró un 97% de cumplimiento y para precauciones del procedimiento es del 100% (grafica 3)

**Gráfica 3: elaborado por los autores.**



Los resultados obtenidos del uso de elementos de bio protección personal, se encontró el 100% de adherencia para el uso de guantes limpios y estériles, mascarilla, careta y gafas de protección (grafica 4).

Gráfica 4: elaborado por los autores.



#### Conclusiones

- El personal cumple correctamente con el protocolo de catéter venoso periférico (98.5%).
- El personal usa los elementos de bio protección durante el procedimiento (100%).
- El personal sigue todos los pasos para realizar el procedimiento de inserción de catéter venoso periférico estipulado en el formato de evaluación de adherencia RE.13-030.
- Es importante educar al paciente acerca del cuidado de la salud, respecto a la inserción del catéter venoso periférico debemos educar a los pacientes de los signos y síntomas de flebitis, como son edema, rubor, prurito o dolor.

**EVIDENCIA EVALUACIÓN ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CATÉTER VENOSO PERIFERICO EN MÉTODOS DIAGNOSTICOS NO INVASIVOS.**



SERVICIO A EVALUAR		Maltratos Diabéticos en Insulinas		
FECHA		23 de abril		
PACIENTE		Paciente 67-40		
PROCEDIMIENTO EVALUADO		Catecleramo Venoso Periférico		
EVALUADO	NOMBRE	Roberto Bahangues		
	CARGO	Quirófano Intensivo		
EVALUADOR	NOMBRE	Andrés Leonorido Alvarado		
	CARGO	Enfermero		
PERIODO EVALUADO				
OBJETIVO DEL PROCESO		Evaluar el nivel de aplicación de las actividades descritas para la realización del catecleramo venoso periférico		
CRITERIOS				
Parámetros				
	SI	NO	NO APLICA	Observaciones
1. ¿Realiza el lavado de manos clínico y/o quirúrgico? (Evaluar uñas cortas, sin esmalte)	✓			
2. ¿Utiliza guantes limpios o estériles durante la realización del procedimiento?	✓			
3. ¿Utiliza los elementos de protección				
Mascarilla			X	
Caretta			X	
Gafas de protección	✓			
4. ¿Comprueba la orden médica del tipo de solución a administrar?			X	
5. ¿Explica el procedimiento al paciente, explicándole lo que sentirá?	✓			
6. ¿Prepara el equipo necesario:				
Solución			X	
Equipo de venoclisis	✓			
Llave de tres vías (si requiere)	✓			
Etiquetas e avisos (si es requerido)			X	
Jeringa de succiono al calibre de la vena 18-20 French para MDN y 16-18 French para procedimientos invasivos	✓			
Pañales	✓			
Monopero o adhesivo transparente	✓			
Torniquete	✓			
Inmovilizador en pedúnculo			X	
7. ¿Purga las líneas, conservando la esterilidad de estas y evitando dejar burbujas en ellas?			X	
8. ¿Inicia con la punción de venas periféricas?	✓			
9. ¿Usa torniquete?	✓			
10. ¿Selecciona la vena por palpación, antes de realizar la asepsia de la piel?	✓			
11. ¿Realiza la asepsia de la piel con pañales, en forma circular del centro a la periferia?	✓			



## **EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUIA DE LAVADO DE MANOS EN SALAS DE CIRUGIA:**

**Fecha:** Abril 12 de 2019

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

**Elaborado:** Vivian Mancilla – Coordinadora Programa Seguridad del Paciente

Andrés Alvarado – Enfermero PEP UNAB

**Objetivo:** Evaluar el nivel de adherencia del personal de cirugía a la Guía para el lavado de manos (IN.15-005) en la sede Chicamocha y Foscal Internacional del Instituto del Corazón de Bucaramanga, durante el mes de abril del 2019.

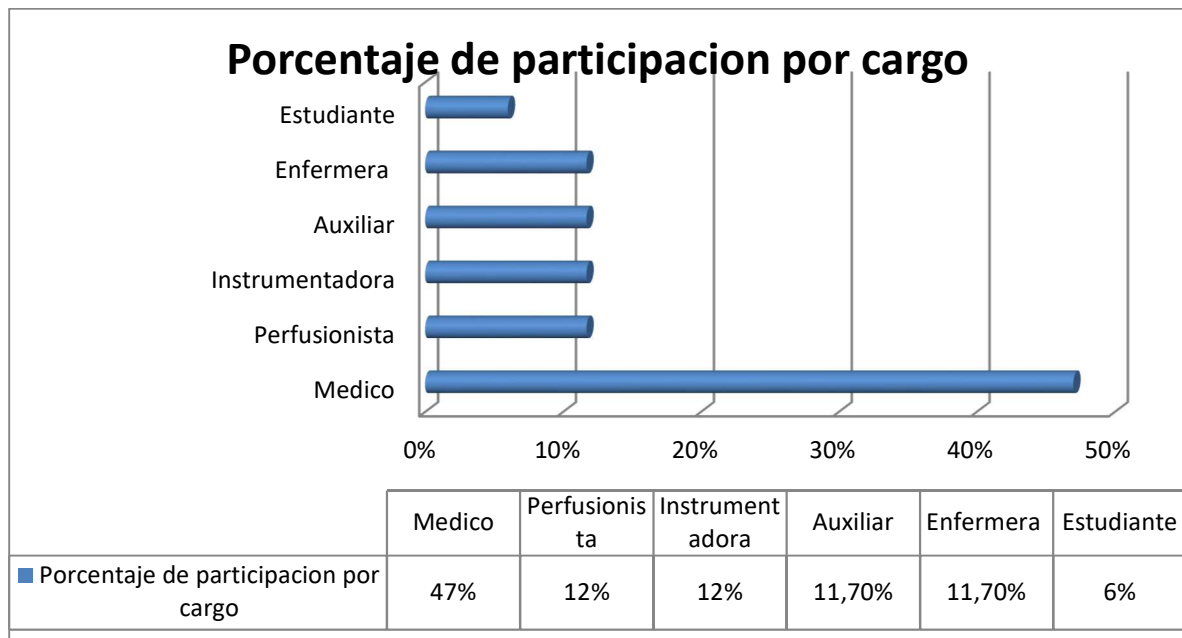
**Alcance:** Aplica para el personal asistencial del servicio de Cirugía, de las sedes de la Clínica Chicamocha y Foscal Internacional.

**Metodología:** La evaluación de adherencia a la Guía para el lavado de manos se realizó aplicando la lista de chequeo (RE. 13-030) con una muestra de 17 personas (Anexo 1).

## CARGOS

La cobertura obtenida en la evaluación y socialización del personal asistencial según el cargo, fue del 47% (n: 8) para médicos, 11.7% (n: 2) para enfermería, 11.7% (n: 2) para perfusionistas, 11.7% (n: 2) para instrumentadoras, 11.7 (n: 2) auxiliares de enfermería y 6% (n: 1) para estudiante.

Grafico realizado por los autores.



En la evaluación de la adherencia del servicio de cirugía cardiovascular se obtuvo una cobertura del 100% (N: 17) del personal.

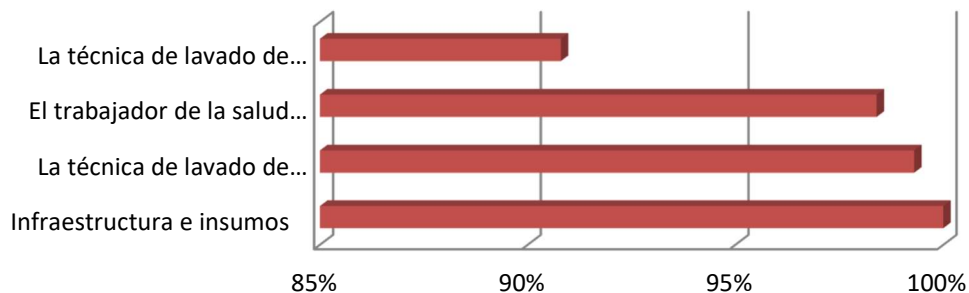
## PORCENTAJE GENERAL DE ADHERENCIA POR CRITERIOS A LA GUÍA PARA EL LAVADO DE MANOS

En general el nivel de adherencia a la Guía para el lavado de manos por parte del personal evaluado del servicio de Cirugía Cardiovascular, es del 97.1% cumpliendo con los criterios evaluados.

Para el ítem de “Infraestructura e insumos” el porcentaje de cumplimiento es del 100%, clasificándose como excelente, para “la técnica de lavado de manos realizada por el personal” el porcentaje de cumplimiento fue del 99.3% clasificándose excelente, para la técnica de lavado de manos realizada por el trabajador de la salud” el porcentaje de cumplimiento fue del 98.4% clasificándose como excelente y para el ítem “la técnica de lavado de agua y jabón está compuesta por” el porcentaje de cumplimiento fue del 90.8% clasificándose como excelente.

Grafico realizado por los autores.

## Porcentaje de adherencia lavado de manos



	Infraestructura e insumos	La técnica de lavado de manos realizada por el trabajador de la salud incluye	El trabajador de la salud realiza higiene de manos	La técnica de lavado de manos con agua y jabón está compuesta por
■ Porcentaje de adherencia lavado de manos	100%	99,3%	98,4%	90,8%

### Conclusiones:

Se identificó que aunque se cuenta con un nivel de adherencia a la Guía para el lavado de manos del 96.7% calificándose como excelente, el personal asistencial evaluado debe mejorar la realización de los cinco momentos del lavado de manos, siendo este el criterio observado con mayor falencia en el personal.

Este informe se enviara a la coordinadora de Cirugía para que envíen el respectivo plan de acción a la oficina de Sistema Integrado de Gestión y sea incluido al PAMEC.

**EVIDENCIA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUIA DE LAVADO DE MANOS EN EL AREA DE CIRUGÍA**

LISTADO DE EVALUADOS	
3.1	Fabian Gilaldo
3.1	David Gonzales
3.1	Diana Suarez
3.1	Kelly Sanchez
3.1	Maritza Cañas
3.1	Paola Perez
3.1	Jorge Rubiano
3.1	Yull Andrea Calderon
3.1	Solangi Gelvex
3.1	Edgar Manrique
3.1	Melisa Mojia
3.1	Lidy Janneth Higuera
3.1	Olga Main
3.1	Claudia Higuera
3.1	Carlos Ocampo
3.1	Jonnathan Duarte
3.1	Lessly Martinez

## CONCLUSIONES

La implementación del proceso investigativo en la cultura de seguridad, permitió hacer uso de herramientas validadas para medir objetivamente los conocimientos y actitudes del personal de enfermería en el cuidado diario del paciente, obteniendo resultados que fueron analizados para futuros planes de mejora a nivel institucional.

Los protocolos institucionales para los procesos de atención integral a los pacientes, actualizados a través de la Enfermería Basada en Evidencia (EBE) permiten visibilizar a la profesión a través de un cuidado fundamentado científicamente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. JZ, V. P. (2011). To err is human. *ELSEVIER*, 1-2.
2. Ministerio de la Protección social. (2009). *Guia tecnica Buenas practicas para la atención del paciente en Salud*.
3. Olga Janneth Gómez Ramírez, A. S. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *av.enferm*, 1-3.
4. Jailer amaya correa, el método dofa, un método muy utilizado para diagnóstico de vulnerabilidad y planeación estratégica

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

## **PROTOCOLO DE BUSQUEDA:**

Protocolo de Búsqueda

Presentado por:

Andrés Leonardo Alvarado Alvarado

Enfermero PEP

Presentado a:

Enf. Vivian Angélica Mancilla

Coordinadora de Seguridad del Paciente

Instituto del Corazón de Bucaramanga

Seguridad del Paciente

Bucaramanga

2019

**Introducción**

El siguiente documento describe los parámetros de revisión de literatura para la actualización del documento nombrado “INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS” con el código IN. 15-012, se desarrollara los ítems que se manejan de acuerdo a la revisión sistemática de artículos con altos niveles de evidencia y recomendación, el objetivo es proporcionar al Instituto del Corazón de Bucaramanga una guía para el cumplimiento de las actividades asistenciales guiadas a la prevención de caídas y para evitar lesiones que se deriven de las caídas de los usuarios en cualquier ámbito clínico y administrativo.

Dentro del Instituto del Corazón de Bucaramanga se deben mantener y seguir guías actualizadas para verificar la seguridad de los pacientes, con esto los trabajadores del Instituto tendrán una matriz para guiar planes específicos y en general a todos los paciente con alto o bajo riesgo de presentar caídas.

### **Justificación**

El fin de esta revisión sistemática se realizara con el propósito de dar a conocer la importancia de implementar los instructivos y protocolos de atención a los pacientes y de la seguridad de los mismos, es importante que los trabajadores conozcan con literatura actualizada cuales son las medidas de prevención de caídas.

### **Criterios de búsqueda**

#### **Bases de datos:**



- Pubmed
- Clinical Key
- Cochrane

**Idioma:**

- Español
- Ingles
- Portugués

**Periodo de búsqueda:**

- 2014 – 2019

**Palabras clave:**

MESH:

- Accidental falls
- Accident prevention
- Injuries
- Practice guidelines
- Health
- Ambulatory care
- Inpatients
- Outpatients
- Education

- Risk factors

DECS:

- Accidentes por caídas
- Prevención de accidentes
- Lesiones
- Guías de prácticas clínicas
- Salud
- Cuidado ambulatorio
- Pacientes internos
- Pacientes ambulatorios
- Educación
- Factores de riesgo

**Criterios de Inclusión:**

- Periodo cronológico de publicación: 2014 – 2019
- Idioma: español, inglés, portugués
- Estudios a incluir: estudios instrumentales, estudios de validación, descriptivos (revisiones de tema, revisiones sistemáticas) exploratorios, analíticos.
- Artículos de texto completo que hablen de estrategias para la prevención de caídas y su manejo
- Guías y artículos clínicos con nivel de evidencia y recomendaciones.

**Criterios de exclusión:**

- Artículos de investigación de casos clínicos y casos y controles.

**Procedimientos para la selección de estudios:**

- En cada base de datos se incluirán los descriptores seleccionados y combinados con el conector booleano and.
- Lectura de los abstract con resultados inferiores a 100 y registrar los resultados.
- Evaluación de los abstract teniendo en cuenta los criterios de inclusión
- Búsqueda de los artículos en texto completo.
- También se tendrán en cuenta artículos que den contexto: conceptual y lógico respecto a las recomendaciones internacionales acerca de la prevención de caídas.

**Extracción de los datos:**

Se deben extraer por separado los datos en tabla de Excel la cual contiene los siguientes apartados:

- Título
- Resumen
- Objetivo

**Análisis y presentación de resultados**

Se realizara el instructivo de prevención de caídas.

## BASE DE DATOS:

Bases de datos consultadas					
Nº	Termino de busqueda	PubMed	Clinical Key	Cochrane	Articulos incluidos
1	accidental falls	2035	2243	380	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. NO SE REALIZO REVISION DE LITERATURA
2	((accidental falls) AND accident prevention	97	1174	1	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. Se realizo la revision del abstract de 98 articulos los cuales 13 cumplieron el contenido respectivo. 12 en PubMed y en Cochrane
3	((accidental falls) AND accident prevention) AND injuries	40	1034	1	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. NO SE REALIZO REVISION DE LITERATURA
4	((((accidental falls) AND accident prevention) AND injuries) AND Practice guidelines	1	408	X	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. NO SE REALIZO REVISION DE LITERATURA
5	((((accidental falls) AND accident prevention) AND injuries) AND Practice guidelines AND health AND risk factors	X	328	X	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. NO SE REALIZO REVISION DE LITERATURA
6	((((accidental falls) AND accident prevention) AND injuries) AND Practice guidelines AND health AND ambulatory care	X	51	X	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. Se realizo la revision del abstract de 51 articulos los cuales 0 cumplieron el contenido respectivo. La busqueda se realizo en Clinical Key
7	(Accidental falls) AND health	1267	1388	3	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. Se realizo la revision del abstract de 3 articulos los cuales 2 cumplieron el contenido respectivo. La busqueda se realizo en Cochrane.
8	((Accidental falls) AND health) AND ambulatory care	17	103	0	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. Se realizo la revision del abstract de 17 articulos los cuales 6 cumplieron el contenido respectivo. La busqueda se realizo en Cochrane.
9	((Accidental falls) AND Inpatients) AND risk factors	68	1053	1	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. Se realizo la revision del abstract de 69 articulos los cuales 7 cumplieron el contenido respectivo. La busqueda se realizo en PubMed y Cochrane, la totalidad de los articulos seleccionados son de PubMed.
10	((Accidental falls) AND Inpatients) AND education	11	279	X	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. NO SE REALIZO REVISION DE LITERATURA
11	((Accidental falls) AND Inpatients) AND education AND accident prevention	X	184	X	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. NO SE REALIZO REVISION DE LITERATURA
12	((Accidental falls) AND Inpatients) AND education AND accident prevention AND practice guideline AND risk factors	X	77	X	En la busqueda se utilizaron filtros de tiempo, lenguaje y texto completo. Se realizo la revision del abstract de 77 articulos los cuales 1 cumplio con el contenido respectivo. La busqueda se realizo en Clinical Key.

## INSTRUCTIVO

### 1. OBJETIVO:

Establecer las actividades primordiales para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, en pacientes, familia o acompañante, atendidos en las sedes de Bucaramanga y Floridablanca del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A.

### 2. ALCANCE:

Este instructivo aplica para las sedes de Bucaramanga y Floridablanca del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A que prestan los servicios de consulta externa de cardiología (pediátrica y adulto), cardiología intervencionista, métodos diagnósticos no invasivos (pediátrica y adulto), Anestesia y Cirugía Cardiovascular (pediátrica y adulto) para el paciente, familia o acompañante.

### **3. RESPONSABLES:**

- Enfermeras(os)
- Auxiliares de enfermería
- Médicos(as)
- Personal administrativo que atiende público (vigilancia, admisiones, atención al usuario).

### **4. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN:**

La práctica basada en la evidencia (PBE) se fundamenta en el accionar de aquellas formas de búsqueda que puedan fortalecer su veracidad, para esto es necesario otorgar un valor jerárquico a la evidencia disponible, con el objetivo de tener una guía para decidir si aplicar o no una determinada intervención, tratamiento o procedimiento a partir del cual se pueda emitir una recomendación basada en la solidez de la evidencia que la respalda<sup>1</sup>.

Con el fin de generar intervenciones correctas y eficaces en el cuidado y educación para la salud respecto a la prevención de caídas, se presentará las siguientes clasificaciones de nivel de evidencia, grados de recomendación, validez interna y la calidad de la revisión (Tabla 1, 2, 3, 4).

**Tabla 1: Niveles de Evidencia.**

<b>Nivel de Evidencia</b>	<b>Fuente de la evidencia</b>
<b>Ia</b>	Evidencia obtenida de metanálisis o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados y/o la síntesis de múltiples estudios principalmente de investigación cuantitativa.
<b>Ib</b>	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
<b>IIa</b>	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado.
<b>IIb</b>	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental no aleatorizado, bien diseñado.
<b>III</b>	Evidencia obtenida de la síntesis de múltiples estudios, principalmente de investigación cualitativa.
<b>IV</b>	Evidencia obtenida de estudios observacionales no experimentales bien diseñados, como estudios analíticos, estudios descriptivos y/o estudios cualitativos.
<b>V</b>	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Adaptado de la Scottish Guidelines Network (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2011) y Pati (2011)<sup>2</sup>

**Tabla 2: Grados de Recomendación.**

<b>Grados de recomendación</b>	<b>Interpretación</b>
<b>A</b>	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
<b>B</b>	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención.
<b>C</b>	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
<b>D</b>	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
<b>E</b>	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
<b>I</b>	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una recomendación, sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.

Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC)<sup>1</sup>

**Tabla 3: Validez Interna.**

<b>Validez Interna</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Buena</b>	Un estudio (incluido RS y metanálisis) que cumple los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
<b>Moderada</b>	Un estudio (incluido RS y metanálisis) que no cumplen (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado, aunque no tenga defectos metodológicos graves.
<b>Insuficiente</b>	Un estudio (incluido RS y metanálisis) que tiene en su diseño al menos un defecto metodológico grave, o que no cumple (o no está claro que cumpla), al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado. O, que no tenga defectos metodológicos graves pero que acumule defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan plantear recomendaciones.
	RS: Revisiones Sistemáticas.

Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)<sup>1</sup>

**Tabla 4: Calificación de la Calidad de las Revisiones.**

<b>Puntuación en AGREE II</b>	<b>Calificación de la Calidad General</b>
Puntuación de 6 o 7 en cuanto a calidad general de la Guía.	Alta



Puntuación de 5 en cuanto a calidad general de la Guía	Moderada
Puntuación de 4 o inferior a calidad general de la Guía	Baja (No utilizada para respaldar las recomendaciones)

### Calificación de la Calidad de las Revisiones según AGREE II<sup>1</sup>

La importancia del manejo de las recomendaciones de nivel de evidencia y grados de recomendación, promueve la seguridad del paciente y la prevención de eventos que puedan causar alguna lesión a la población objetivo (pacientes, familia o acompañante), por ende es primordial que se cumpla con rigurosa evidencia científica que fundamente los actos para el cuidado de la salud. La validez interna y la calidad de las revisiones es el pilar fundamental para lograr el objetivo de calidad de la metodología respecto a la construcción de este Instructivo “Prevención de Caídas”.

## 5. DESARROLLO.

### 5.1. DEFINICIONES:

**Caída:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2018), se define como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga<sup>3</sup>.

**Caídas recurrentes:** Se define como dos o más caídas en un marco temporal de 12 meses que generen o no lesión<sup>2</sup>.

**Conjunto de normas enfermeras:** Grupo de intervenciones basada en la evidencia específicas para el ámbito de la enfermería. Estos conjuntos de normas son recogidos de forma independiente por enfermeras (es decir, sin la firma del médico) para estandarizar la atención ofrecida en una determinada situación o con un determinado trastorno. Los conjuntos de normas enfermeras se extraen de las recomendaciones para la práctica dentro de guía<sup>2</sup>.

**Contención:** Medios físicos, químicos o ambientales empleados para controlar la actividad física o el comportamiento de una persona o de parte de su cuerpo<sup>2</sup>.

**Cribado:** En la literatura sobre prevención de caídas, el uso de término “cribado” es usado de manera intercambiable con los términos valoración, evaluación y predicción del riesgo<sup>2, 13</sup>.

**Instrumento de predicción de riesgo:** Herramienta que tiene por objeto calcular el riesgo de caída de una persona, ya sea en términos de “riesgo/no riesgo” o en términos de “riesgo bajo/medio/alto”<sup>2</sup>(Ver Anexo 2).

**Juicio clínico:** “La aplicación de información basada en la observación real de una persona en conjunción con datos objetivos y subjetivos para llegar a una conclusión<sup>2</sup>.

**Lesión (lesión por caída):** Se refiere a cualquier daño que pueda resultar de una caída, como una lesión física temporal o permanente que puede o no requerir tratamiento, así como cualquier daño psicológico, como el miedo a caerse<sup>2</sup>.

**Gravedad de la lesión por caída (grado de daño o afectación):** La gravedad de una lesión por una caída o el grado de daño o afectación pueden clasificarse de distintas formas<sup>2</sup>. (Ver Anexo 1)

**Evento adverso:** Según la OMS los eventos adversos son situaciones inesperadas y no deseadas, asociadas directamente con la provisión del servicio al paciente y que pueden originar lesiones, discapacidad o muerte del paciente<sup>6</sup>.

**Polifarmacia:** Hace referencia al grupo de medicamentos que puede estar tomando una persona. Se usa generalmente cuando un individuo toma demasiados fármacos o cuando distintos médicos le han prescrito medicamentos y pueden no haberse coordinado correctamente<sup>2</sup>.

**Conciliación medicamentosa:** Revisión completa de la medicación a cargo de un profesional médico, de enfermería especializada o farmacéutica que incluye una revisión de los trastornos/diagnósticos/problemas de salud de la persona y los medicamentos que se le han prescrito<sup>2</sup>.

**Valoración integral:** En este instructivo, se refiere a la identificación de los factores que contribuyen al riesgo de caídas de una persona. Puede revelar distintos factores de riesgo, por ejemplo de tipo biológico, ambiental, o socioeconómico, o trastornos asociados a un mayor riesgo de caídas, y factores asociados a las lesiones por caída<sup>2</sup>.

**Equipo interdisciplinario:** Equipo compuesto de individuos de distintas profesiones que trabajan juntos para lograr un objetivo común y compartir la toma de decisiones para alcanzar

dicho objetivo. El propósito en atención sanitaria es trabajar en un esfuerzo común con las personas y sus familias para mejorar sus objetivos y valores<sup>2</sup>.

**Buenas prácticas clínicas:** Las Buenas Prácticas Clínicas se definen como un conjunto de procedimientos o recomendaciones para el profesional de la salud que se consideren correctos o más efectivos y que reúnan los principios y requisitos que buscan garantizar la integridad ética de los usuarios<sup>4,2</sup>.

**Guía de buenas prácticas:** Las guías de buenas prácticas son documentos basados en la evidencia y desarrollados de forma sistémica que incluyen recomendaciones para las enfermeras y el equipo interdisciplinario, así como para educadores, gestores y legisladores y para las personas y sus familiares sobre temas específicos de un entorno clínico saludable. Las guías fortalecen la coherencia y la excelencia en los cuidados clínicos y las políticas y la formación en salud, lo que en última instancia conduce a unos cuidados clínicos y las políticas y la formación en salud, lo que en última instancia conduce a unos resultados en salud óptimos tanto para las personas como para la comunidad y el sistema sanitario<sup>2</sup>.

**Práctica Basada en Evidencia (PBE):** Es un enfoque de solución de problemas para la práctica clínica que integra la mejor evidencia científica e información del paciente con la experticia clínica así como las preferencias y valores de los pacientes<sup>30</sup>.

**Niveles de evidencia (NE):** Es un sistema jerarquizado, basado en las pruebas o estudios de investigación, que ayuda a los profesionales de la salud a valorar la fortaleza o solidez de la evidencia asociada a los resultados obtenidos de una estrategia terapéutica<sup>5</sup>.

## 5.2. GENERALIDADES:

Las caídas representan un indicador de la calidad del cuidado de las instituciones hospitalarias a nivel mundial y generan un problema de salud pública, debido al gran impacto que ocasionan en el individuo, familia e instituciones. Las caídas prevenibles son la principal causa de muerte por accidente intrahospitalario, especialmente en adultos mayores y para el año 2015 fue el tercer evento adverso más notificado en la base de datos de sucesos centinela de la Joint Commission International.

A nivel económico las caídas producen un sobre costo en la atención de los pacientes que es asumido por las instituciones, EAPB y el sistema de salud en general.

Las caídas tienen diferentes repercusiones como lo son:

- ◆ Aspectos físicos: Complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.
- ◆ Aspectos psicológicos: Temor y ansiedad ante las caídas.
- ◆ Aspectos sociales: Se producen un cambio de vida cotidiana del adulto y de su entorno. Al igual que costos extras a las instituciones.

Para la clasificación de la gravedad de las lesiones derivadas de las caídas o grado de daños que se generen al presentarse el evento, presentaremos el siguiente Anexo:

### **Anexo 1: Clasificación de la gravedad de las lesiones derivadas de las caídas.**

<b>Clasificación</b>	<b>Definición</b>
----------------------	-------------------

<b>Ningún daño</b>	El resultado en el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no es preciso tratamiento.
<b>Leve</b>	El resultado en el paciente es sintomático, los síntomas son leves, sufre una leve pérdida funcional o el daño es mínimo o intermedio pero a corto plazo, y no se produce intervención o es mínima.
<b>Moderado</b>	El resultado en el paciente es sintomático, requiere intervención (por ejemplo; intervención quirúrgica adicional, tratamiento terapéutico adicional), la duración del ingreso es más prolongada, o se produce un daño o pérdida funcional permanente o a largo plazo
<b>Grave</b>	El resultado en el paciente es sintomático, requiere una intervención para salvar su vida, una intervención médica o cirugía mayor, implica una menor esperanza de vida, o un daño o pérdida funcional graves de forma permanente o a largo plazo.
<b>Muerte</b>	Según el cálculo de probabilidades, el incidente provocó o fue motivo de muerte a corto plazo.

Clasificación internacional para la seguridad del paciente de la OMS<sup>7</sup>.

Es importante que el cribado y la valoración de la gravedad de las lesiones sean desarrollados por parte de un equipo interdisciplinario conformado por una enfermera y un médico, para lograr un puntaje objetivo de la clasificación de la gravedad de las lesiones derivadas de las caídas.

### **5.3. LAS CAIDAS COMO EVENTO ADVERSO:**

Todo evento o situación que genere una caída o una lesión derivada de las caídas dentro del Instituto del Corazón de Bucaramanga se considera y se reporta como un evento adverso. Las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte lo que se convertiría en un evento centinela<sup>8</sup>.

El Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A. en pro de generar medidas preventivas utiliza la clasificación según la naturaleza de las caídas del Ministerio de Seguridad Social para desarrollar planes de acción.

#### **5.3.1. CATEGORIAS DE LAS CAIDAS SEGÚN NATURALEZA:**

##### **5.3.1.1. CAIDAS ACCIDENTALES**

Corresponden al 14% del total de caídas según estadísticas. Son involuntarias, no predecibles, no es culpa del paciente y caen por la presencia de condiciones como:

- ◆ Derrames en el suelo
- ◆ Desorden
- ◆ Iluminación inadecuada
- ◆ Muebles inestables
- ◆ Fallas de equipo
- ◆ Error de juicio
- ◆ Tropezón
- ◆ Marcha anormal o débil

- ◆ Marcha con arrastre de los pies

Se pueden evitar cuando se identifican los riesgos en el ambiente<sup>8</sup>.

### **5.3.1.2. CAIDAS FISIOLÓGICAS ANTICIPADAS**

Corresponden al 80% de las caídas y son predecibles, se presentan por tropezones o resbalón en pacientes con:

- ◆ Antecedentes de caídas
- ◆ Dificultad para caminar
- ◆ Incapacidad mental o cognitiva
- ◆ Pacientes con necesidades auxiliares para acompañar la marcha
- ◆ Pacientes con líquidos endovenosos en atriles
- ◆ Paciente con sonda vesical<sup>8</sup>

### **5.3.1.3. CAIDAS FISIOLÓGICAS NO ANTICIPADAS**

Corresponden al 6 % de las caídas y no se esperan, no son predecibles la primera vez. El objetivo es prevenir una segunda caída.

- ◆ Desmayos o mareos
- ◆ Ataques epilépticos
- ◆ Fracturas patológicas de cadera
- ◆ Medicamentos (antihipertensivos, diuréticos)<sup>8</sup>

## **5.4. FACTORES DE RIESGOS**



Las caídas conllevan un riesgo de lesión para todas las personas, la edad, el estado actual de salud (patologías, cognición, ambulación) son factores de riesgo predisponente para que se generen algún grado de lesión posterior a una caída<sup>25</sup>.

#### **5.4.1. EDAD**

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas debido que hay grupos poblacionales que están predispuestos a tener más caídas (adultos mayores, y pediátricos). Los adultos mayores (mayores de 60 años) tienen un alto riesgo de presentar caídas debido a características específicas de salud como por ejemplo patologías crónicas (diabetes, hipertensión, etc), o alteración del estado de la conciencia (somnolencia, letargia, estupor o coma); y pediátricos (menores de 12 años) debido a que esta población la mayoría de veces no conocen las limitaciones propias y del ambiente en que se encuentran (dispositivos médicos, objetos en el suelo, etc)<sup>9, 10, 11</sup>.

#### **5.4.2. FACTORES SOCIOECONÓMICOS**

Los factores sociodemográficos son fundamentales para la identificación del riesgo de caídas como lo son el nivel económico bajo (pobreza), monoparentalidad, nivel educativo bajo (sin estudio o menos de la primaria) y el sexo es un factor de riesgo, según un estudio realizado en el 2014 en Sao Paulo, Brasil, con una muestra total de 1520 pacientes, se definió que el sexo femenino presentó mayor porcentaje de caídas (8,7%) que los hombres (3,4%)<sup>9</sup>.

#### **5.4.3. MORBILIDADES**

Los pacientes pueden presentar alto riesgo de presentar caídas secundarias a distintas patologías en su caso de contexto crónico o agudo, como lo son:

- ◆ Hipertensión
- ◆ Diabetes
- ◆ Tumores/cáncer
- ◆ Reumatismo
- ◆ Artritis
- ◆ Artrosis
- ◆ Osteoporosis
- ◆ Asma
- ◆ Bronquitis
- ◆ Enfisema
- ◆ Tendinitis
- ◆ Cirrosis
- ◆ Neumonía
- ◆ Pancreatitis
- ◆ Sepsis
- ◆ Enfermedad renal crónica
- ◆ Ictus
- ◆ Enfermedad isquémica cardiaca
- ◆ Obesidad

Al igual que problemas cognitivos, visuales y de movilidad. Falta de seguridad del entorno, especialmente en el caso de las personas con problemas de equilibrio o de visión<sup>9, 12, 22</sup>.

#### **5.4.4. PROBLEMAS DE SALUD Y SINTOMAS**

Son factores frecuentes para presentar caídas<sup>9</sup> algunos síntomas como:

- ◆ Dolor De Cabeza Frecuente
- ◆ Dolor De Espalda
- ◆ Mareo
- ◆ Insomnio
- ◆ Convulsiones
- ◆ Confusión
- ◆ Vértigo
- ◆ Amnesia
- ◆ Nauseas
- ◆ Vomito
- ◆ Fosfenos
- ◆ Tinnitus (Zumbido En Los Oídos)

#### **5.4.5 DESÓRDENES MENTALES COMUNES**

En el campo clínico hay contacto con distintas patologías que pueden causar caídas, respecto a patologías mentales o alteraciones mentales que más frecuente producen caídas son el:

- ◆ Alzheimer
- ◆ Demencia<sup>9</sup>.

## **5.5. CRIBADO DE CAIDAS Y LESIONES DERIVADAS DE LAS CAIDAS.**

Cuando un paciente ingrese a un servicio del ICB se debe valorar los riesgos de caída del paciente. Entre los factores de riesgo se incluye: patología mental, confusión/delirio, personalidad (pacientes poco colaboradores), edad mayor de 60 y menor de 5 años, discapacidad física, antecedentes de ACV y caídas.

### **5.5.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO.**

En las sedes del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A. se emplea la evaluación a todos los adultos con el propósito de identificar los riesgos o factores de riesgo de caídas individuales (Ver apartado 5.4). Se realiza un cribado como parte del procedimiento de ingreso, tras cualquier cambio significativo en el estado de salud del paciente. Para realizar correctamente la identificación de riesgo el cribado debe considerar los siguientes puntos<sup>2,22</sup>:

#### **5.5.1.1. HISTORIA DE CAÍDAS PREVIAS**

La historia de caídas previas es un fuerte indicador de riesgo en todos los contextos sanitarios y especialmente en personas mayores; por tanto, es importante identificar la historia de caídas en el cribado, se recomienda preguntar por resbalones, traspies o temores de caídas. Se debe indagar al paciente con la siguiente pregunta: “el pasado año, ¿Ha sufrido alguna caída, incluidos resbalones o traspies, en que haya perdido el equilibrio y acabado en el suelo u otro nivel inferior?”<sup>2,23</sup>

#### **5.5.1.2. PROBLEMAS EN LA DEAMBULACIÓN, DE EQUILIBRIO Y/O MOVILIDAD**

Los adultos que tienen problemas para andar o problemas de equilibrio y/o de movilidad en cualquier contexto sanitario están en mayor riesgo de caídas. El equipo interdisciplinario de la salud deben ser consciente de estos riesgos y deben observar la deambulación de los pacientes para detectar alteraciones o anomalías (por ejemplo: marcha inestable, equilibrio deficiente, problemas de movilidad)<sup>2, 22</sup>.

#### **5.5.1.2.1. MARCHA, MOBILIDAD Y ESTABILIDAD**

##### **5.5.1.2.1.1. MARCHA**

Para iniciar la marcha normal, es necesario partir de una situación de estabilidad mecánica de bipedestación. En esta se encuentran implicados todo el sistema musculoesquelético y diversos reflejos posturales<sup>14</sup>.

**Efectos de la marcha sobre la edad:** Aunque no todos los ancianos experimentan cambios en su mecánica de marcha, el deterioro físico inherente al envejecimiento o incluso la prudencia que el temor a caer despierta en las personas mayores hace que éstos sean frecuentes y de muy diversa índole; no obstante, el más común a todos ellos es la disminución de la velocidad, en general, como consecuencia de alteraciones en los distintos componentes de la marcha<sup>14</sup>.

##### **5.5.1.2.1.1.1. ALTERACIONES DE LA MARCHA POR SISTEMAS**

**Problemas neurológicos:** Afectan el 20- 50% de las personas mayores y son una de las causas más comunes de caídas; como por ejemplo: marcha hemipléjica (causada por hemiplejía o paresia secundaria a ictus u otras lesiones cerebrales), marcha parkinsoniana (característica de la enfermedad de párkinson, su forma es de pasos cortos, lentos y mal despegamiento del suelo), entre otras marchas<sup>14</sup>.

**Problemas circulatorios:** Se caracteriza por problemas a nivel venoso o arterial y la marcha descrita por problemas de la circulación es la marcha claudicante (se da tras un número mayor o menor de pasos y los describe como el paciente presenta adormecimiento, hormigueos, calambres o dolor que le obligan a detenerse durante un tiempo antes de emprender la marcha)<sup>14</sup>. Pacientes con mareos o síncope por alteraciones en la perfusión sanguínea (hipoxia cerebral secundaria a una disminución del flujo sanguíneo cerebral): Síndrome del seno carotideo.

**Problemas musculoesqueléticos:** Hay múltiples patologías que producen debilidad muscular y alteración de la marcha: hipo e hipertiroidismo, polimialgia reumática, polimiositis y neuropatías. Cualquier pérdida de fuerza muscular conducen a marchas inestables, por ejemplo: Marcha de pingüino (se observa como inclinación del tronco hacia adelante esto produce la elevación del glúteo relacionada por la debilidad del mismo y causa inestabilidad de la cadera) y marcha antiálgica (esta se da en problemas artríticos con entumecimiento y dolor)<sup>14</sup>.

#### **5.5.1.2.1.2. MOBILIDAD Y ESTABILIDAD**

Establecer si el paciente presenta patologías o síntomas que afecten a la movilidad o estabilidad (equilibrio).

**Deambula con ayuda de personas y/o aparatos:** Precisa ayuda para deambular, levantarse, acostarse, ir al baño, etc. Necesita ayuda de muletas, silla de ruedas, andador para desplazarse. Paciente que ingresa en camilla y/o silla de ruedas.

**Limitación de la movilidad:** Deambulación limitada por hemiplejia y/o prótesis, artrosis avanzada, comienzo de deambulación tras estancia prolongada en cama.

**Deambula inestable con vértigos:** Deambulación insegura por problemas en miembros inferiores, dolor, alteraciones en articulaciones, alteración anatómica de los pies, yesos, bastón, vértigos o mareos de forma esporádica o en fases cíclicas.

### **5.5.1.3. JUICIO CLINICO.**

El equipo interdisciplinario tiene el objetivo de usar el criterio clínico o juicio clínico para identificar todos los factores y riesgos que puedan llevar a un paciente a presentar una caída; el juicio clínico se define como “la aplicación de información basada en la observación real de una persona con datos objetivos y subjetivos para llegar a una conclusión”<sup>2</sup>. Por ende el personal de enfermería y medicina deben juntar su cribado para la prevención de las caídas, guiados en la valoración del riesgo y en la aplicación de la herramienta Institucional de identificación del riesgo “Escala J.H Downton” (Ver Apartado 5.4 y 5.5; Ver Anexo 2).

#### **5.5.1.3.1. RASGOS DEL PACIENTE A CONSIDERAR PARA EL JUICIO CLINICO**

<b>Recomendación</b>	
----------------------	--

**Alteraciones sensitivas: audición y visión**

- ◆ **Sordera:** Pérdida de audición de uno o ambos oídos.
- ◆ **Ceguera:** Pérdida de visión de uno o ambos ojos, visión deteriorada manifestada por visión sólo de contornos, sólo ve bultos, sólo percibe cambios de luminosidad.
- ◆ **Hipoacusia:** Audición disminuida a sonidos graves o agudos, portador de prótesis.
- ◆ **Visión disminuida:** Disminución de visión por diplopía, estrabismo, utilización de medidas correctoras como gafas y lentes.

**Nivel de evidencia:**  
Ia, V

**Niveles de conciencia**

La conciencia puede definirse como el estado de reconocimiento de sí mismo y de su relación con el medio ambiente<sup>15</sup>.

- ◆ **Alerta:** Se caracteriza por una respuesta espontánea y coherente con el medio ambiente, al llamado y al tacto.
- ◆ **Somnolencia:** se caracteriza por la tendencia al sueño en la cual se conserva la respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas y estímulos dolorosos. Este estado mental es caracterizado por la disminución de la comprensión, la coherencia y la capacidad de razonar.



<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Estupor:</b> En este estado hay una pérdida de las respuestas de tipo órdenes verbales, pero conserva una reacción adecuada a los estímulos dolorosos, acompañada de la capacidad de discriminar el punto doloroso.</li> <li>◆ <b>Obnubilación:</b> Alteración moderada de la vigilia en el que la atención se concentra en un punto fijo.</li> <li>◆ <b>Coma inducido:</b> Es un estado similar al coma, producido por la administración de fármacos o sustancias que reducen el metabolismo y flujo cerebral favoreciendo la pérdida de las funciones del tallo cerebral<sup>16</sup>.</li> </ul>	<b>Grados de recomendación:</b> A
<p><b>Uso de medicaciones especiales</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Diuréticos:</b> Aumentan la frecuencia de orinar. De la misma manera el uso de laxantes y enemas.</li> <li>◆ <b>Hipoglucemiantes:</b> Al disminuir los niveles de glucosa, pueden producir mareo y pérdida de equilibrio.</li> <li>◆ <b>Antihipertensivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes:</b> Pueden causar confusión, somnolencia, adinamia y cambios de conducta.</li> <li>◆ <b>Betabloqueantes:</b> Causan alteraciones en el sistema de conducción y posible hipotensión arterial.</li> <li>◆ <b>Antiarrítmicos:</b> Actúan sobre el sistema de conducción con alteración en el gasto cardíaco.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Anticoagulantes:</b> Las lesiones en pacientes anticoagulados revisten especial</li> </ul>	

<p>importancia por las posibles formaciones de hematomas y hemorragias que favorecen las complicaciones leves o graves.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Inotrópicos:</b> Pueden causar alteraciones en el gasto cardíaco manifestados por hipotensión, hipertensión, taquicardia y bradicardia.</li> <li>◆ <b>Corticoides:</b> Los corticoides producen descalcificación ósea lo que conlleva a que el paciente presente como efecto secundario osteoporosis al igual que producen efectos deletéreos sobre las células musculares, produciendo miopatía, con un incremento del riesgo de caídas.</li> </ul>	<p><b>Validez interna:</b> Buena</p>
<p>Es importante recordar que el uso de más de cinco medicaciones simultáneas aumenta el riesgo de sufrir caídas<sup>19</sup>.</p> <p><b>Alteraciones de la eliminación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Nicturia: Aumento en la eliminación de orina durante la noche.</li> <li>◆ Urgencia miccional: Deseo intenso y súbito de orinar con la consiguiente incapacidad para retrasar el vaciamiento.</li> </ul>	<p><b>Calidad de la revisión:</b> Alta</p>

### 5.5.2. VALIDACIÓN DEL RIESGO

Los instrumentos de predicción de riesgos tratan de calcular el riesgo de caídas de una persona, ya sea en términos de “riesgo/no riesgo” o en términos de “riesgo bajo/medio/alto”. Se pueden usar instrumentos validados o estandarizados como parte de la valoración. Estos

instrumentos ayudan a identificar un trastorno cognitivo, problemas al andar, temor a las caídas y riesgos de fracturas<sup>2</sup>.

### 5.5.2.1. ESCALA J.H. DOWNTON

Recomendación	
<p>Con el fin de realizar la clasificación del Riesgo para la prevención y reducción de Caídas, el personal de enfermería debe realizar la valoración de la escala J.H Downton, que se encuentra en la correspondiente plantilla en la historia clínica electrónica.</p>	<p><b>Nivel de evidencia: III</b></p> <p><b>Grado de recomendación: B</b></p>
<p>Esta escala se aplicará a los pacientes mayores de 60 años y menores de 5 años y a todos los pacientes con algún factor de riesgo intrínseco o en aquellos pacientes que presenten cambios con respecto a la valoración inicial sobre la presencia de factores de riesgo intrínsecos.</p>	<p><b>Validez Interna:</b> Buena</p>
<p>Al diligenciar la escala, cada riesgo tiene una puntuación de uno y al sumarlos si el resultado es una mayor a 3, el paciente tiene riesgo y se deben aplicar las medidas preventivas<sup>18</sup>.</p>	<p><b>Calidad de revisión:</b> Moderada</p>
<p>Con la aplicación de esta escala al ingreso del paciente al servicio, se pueden identificar los factores de riesgo intrínsecos como<sup>25</sup>:</p>	

### Anexo 2: Escala J.H. Downton

CRITERIO	ESPECIFICACIONES	
Caídas Previas	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
	Tranquilizantes o sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (No diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros Medicamentos	1
Deficiencias	Ninguna	0
	Alteraciones Visuales	1
	Alteraciones Auditivas	1
	Extremidades (ACV, etc.)	1
	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con Ayuda	1
	Insegura con/sin ayuda	1
	Imposible	1
Sumar un punto por cada <b>ITEM</b> con asterisco		1
Tres o más puntos indican alto riesgo de caída. Implemente		

### 5.5.3. EVALUACIÓN INTERDISCIPLINARIO

Recomendación	
Durante la estancia de un paciente en el ICB, un equipo interdisciplinario conformado por el personal de enfermería y médico, realizaran una valoración integral de los pacientes, identificando a los adultos que hayan presentado caídas en un periodo de año anterior, se debe obtener información detallada sobre su historia de caídas, la frecuencia y el contexto; al igual que el cribado de rutina, basándose en los factores de riesgo individuales (Vea Apartado 5.4) obtenidos en la historia clínica del paciente en la plataforma Clinic On Line.	<b>Nivel de evidencia:</b> Ia, V
	<b>Grado de recomendación:</b> B
	<b>Validez Interna:</b>

Se recomienda la valoración multifactorial para todos los adultos mayores (a partir de 65 años) que lleguen a la institución, que hayan tenido caídas en el último año y tenga dificultades para caminar o en el equilibrio <sup>2</sup> .	Moderada
	<b>Calidad de revisión:</b> Moderada

## **5.6. INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS**

### **5.6.1. INTERVENCIONES GENERALES DE PREVENCIÓN DE CAIDAS**

#### **Acompañamiento permanente al paciente**

El paciente debe contar con acompañamiento permanente cuando se traslade al baño, cuando este al borde de la camillas, cuando se requiera trasladar de un servicio a otro dentro de la institución (excepto en consulta externa), cuando le vaya a realizar algún tipo de examen, imagen diagnóstica o de laboratorio y el paciente este ingresado para procedimientos de cardiología intervencionista o recuperación.

También debe tener acompañamiento permanente cuando este en un estado mental alterado (desorientación, agitación psicomotora, síndromes mentales orgánicos)<sup>26</sup>.

#### **Medidas de sujeción**

Para utilizar una adecuada medida de sujeción en los pacientes se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ◆ **Valoración:** Condición física y mental de la persona por parte de enfermería y de medicina.
- ◆ **Empleo de alternativas:** Como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica.
- ◆ **Orden médica** en la HCE registrado en la evolución del paciente, donde se indique que el paciente debe tener sujeción física.
- ◆ **Consentimiento informado:** Se debe obtener el consentimiento informado del familiar para sujeción física (Registro RE.15-008).
- ◆ **Desarrollo de un plan de cuidado:** Ubicar a los pacientes inmovilizados cerca a la estación de enfermería.
- ◆ **Monitorización y valoración del paciente y entorno:** Se debe hacer una valoración de la piel donde se encuentra sujetado el paciente y hacer cambio de posición cada 2 horas cuando el paciente este con sujeción física para evitar lesiones de la piel.
- ◆ Verificar que el mobiliario donde está el paciente acostado o sentado se encuentre en buenas condiciones y tenga barandas y frenos funcionando. Adicionalmente utilizar los inmovilizadores adecuados para evitar lesiones del paciente.
- ◆ Las camas, camillas y sillas de ruedas deben contar con mantenimiento preventivo y correctivo.

### **Movilización del paciente**

Cuando se deba movilizar un paciente se debe contar con el personal suficiente para evitar que el paciente se caiga.

Se debe adherir el personal asistencial al manual de procedimientos de enfermería en lo relacionado con movilización de pacientes.

Las camas y camillas se deben poder mover a voluntad del personal de salud (cabecera, pies, ascender, descender y óptimos rodamientos).

Los servicios de recuperación y cirugía deben contar con sábanas de movilización o con rodillos para movilización del paciente.

Se debe informar al paciente sobre la importancia de evitar moverse sin supervisión del personal asistencial.

Verificar que las sillas de ruedas estén funcionando correctamente antes de sentar a un paciente para su transporte.

### **Realizar limpieza de pisos en forma adecuada**

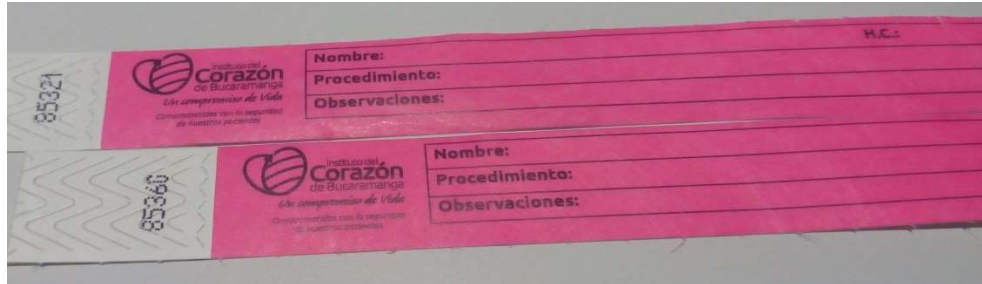
Realizar la limpieza de los pisos de acuerdo a los lineamientos que sigue el Manual de limpieza y desinfección de la sede Bucaramanga (MC.12-006).

Evitar que los pisos estén húmedos y usar la señalización de precaución adecuada cuando estén húmedos. Verificar en cada turno que los pasillos estén libres de obstáculos.

## **5.6.2 INTERVENCIONES POR SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE CAIDAS**

### **PREVENCIÓN EN SERVICIOS**

Colocar una manilla de identificación de riesgo de color fucsia fosforescente que identifica que está en riesgo de caída. (Valoración de la Escala J.H. Downton puntaje mayor de 3 puntos).



- ◆ El paciente debe permanecer con las barandas arriba si está en la cama o camilla.
- ◆ La cama o camilla debe estar lo más baja posible.
- ◆ Los objetos necesarios del paciente para su hospitalización como riñonera, pato, teléfono, timbre, deben estar cerca al alcance de su mano.
- ◆ El timbre debe estar funcionando.
- ◆ Si el paciente timbra no se debe demorar más de 2 minutos en ser atendido.
- ◆ Recomendar al paciente que no apague el timbre hasta tanto no lo vayan a atender.
- ◆ Debe tener acompañamiento permanente por parte del familiar en casos de hospitalización de pediatría.
- ◆ Se debe garantizar una adecuada iluminación
- ◆ Si necesita ir al baño, debe timbrar para que una auxiliar de enfermería lo acompañe.

El baño en la ducha debe ser sentado en una silla plástica y no bañarse de pie.



La ducha debe tener superficie antideslizante o cualquier otro sistema que disminuya el riesgo de resbalarse y caerse mientras se está bañando.

Si el paciente está sentado y tiene falta de equilibrio o problemas de plejias (hemiplejia, paraplejia y tetraplejia) paresias o parestesias, debe tener un soporte que sujete la espalda a la silla, para evitar que el paciente se caiga desde la silla.

Si se requiere movilizar al paciente se debe hacer entre dos o más personas según el peso del paciente y los accesos que tenga y si se requiere pasar de una cama a una silla, o de la silla a una camilla, etc.

Si se requiere movilizar de la camilla a la cama, cama a silla o viceversa, se debe garantizar que se haga el traslado con el suficiente personal para sostener al paciente. Ver Manual de Procedimientos de Enfermería (MC.18-001)<sup>28</sup>

## **PREVENCION EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS**

- ◆ El piso debe estar limpio y seco.
- ◆ No debe haber obstáculos en pasillos y áreas de circulación.
- ◆ Paciente que tiene riesgo de caídas, se debe trasladar entre servicios en silla de ruedas y no caminando.
- ◆ Se debe garantizar una adecuada iluminación.<sup>28</sup>

## **PRUEBAS DE ESFUERZO**



El paciente debe estar acompañado de una auxiliar de enfermería quien le dará soporte en la espalda y en caso de pérdida del equilibrio del paciente, puede accionar el botón de parada de la banda. Este procedimiento debe realizarse con dos personas. Una para el monitoreo de la imagen y registro de los parámetros del equipo y la otra para el soporte del paciente.

Los pacientes deben venir con ropa cómoda (sudadera) y con tenis o zapatos que tengan agarre. No se permitirá hacer la prueba con zapatos que deslicen, en sandalias o descalzo. Si el paciente debe hacer la prueba descalzo debe tener la autorización del médico del servicio.

## **ECOCARDIOGRAMAS**

Durante la realización del procedimiento se deben mantener las barandas de la camilla arriba y el nivel de altura lo más bajo que se pueda.

## **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO (SEDE FOSCAL INTERNACIONAL)**



Durante el procedimiento se usará el soporte de la espalda que tiene la camilla para darle mayor seguridad al paciente y se mantendrá la baranda de la camilla arriba.

## **PREPARACION DE PACIENTES**



Los pacientes deben permanecer con los brazos de las sillas a NIVEL, permitiendo que el paciente este cómodo y seguro. Se le debe informar al paciente que NO DEBE pararse en el descansa pies. Solo sirve para apoyar los pies mientras este sentado.

## **SALAS DE HEMODINAMIA**

En caso de que el paciente este agitado, desorientado se le debe colocar la sujeción para evitar lesiones o caídas del paciente.

Si se le está preparando para algún procedimiento de electrofisiología, se le colocan dos inmovilizadores en tórax y en piernas, para poder sostener al paciente.

No se debe dejar solo a un paciente cuando este en la mesa de angiografía.

Colocar la mesa del angiógrafo al nivel más bajo posible antes y después del procedimiento<sup>28</sup>.

## PERSONAL ADMINISTRATIVO

El personal administrativo de atención al usuario debe realizar la valoración de las personas que tienen dificultad para deambular o moverse, para estos usuarios (personas mayores, niños y mujeres en estado de gestación) se les prestará el servicio de atención preferencial en todos las sedes del ICB de Floridablanca y Bucaramanga.

En la sede ambulatoria del ICB se tiene una ventanilla específica ubicada en el interior de la sede para la atención preferencial de estos usuarios.

### 5.6.3. IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES EN RIESGO DE PRESENTAR CAÍDAS

<b>Recomendación</b>	
En el ICB se comunicara y explorará de manera cuidadosa los riesgos de presentar caídas a los pacientes con el objetivo de prevenir las mismas, se desarrollara los planes de cuidados específicos (Ver 5.6.1. y 5.6.2.) con la familia y con el paciente. La importancia por la que se va a comunicar y explorar los riesgos con los pacientes se relaciona a que los adultos mayores en la mayoría de veces no se perciben así mismos como personas de alto riesgo para caídas y pueden rechazar las intervenciones que se realizan. Basado en esto el equipo interdisciplinario de ICB junto con el paciente individualizará los planes para disminuir los factores de riesgo y lesiones derivadas de las caídas <sup>2, 19, 20,21, 24</sup> .	<b>Nivel de evidencia:</b> Ia, III, V
	<b>Grado de recomendación:</b> A,B
	<b>Validez Interna:</b> Moderada y baja
<b>Calidad de revisión:</b>	

	Moderada.
--	-----------

#### 5.6.4. FORMACIÓN A LA PERSONA Y FAMILIA RESPECTO A EL RIESGO DE SUFRIR CAÍDAS Y LESIONES DERIVADAS DE CAÍDAS

Recomendación	
El personal de enfermería del ICB debe ofrecer a los pacientes y familiares educación para la salud respecto al riesgo de caídas y lesiones derivadas de las caídas. Esta información se puede proporcionar de manera escrita, oral o electrónica y en un lenguaje que la persona entienda, la información que se le proporcionara al paciente y al familiar son los factores de riesgo, identificación del riesgo e intervenciones (Apartado 5.4, 5.5.1, 5.6.1 y 5.6.2) que aplican individualmente a los pacientes <sup>2, 20, 21, 24</sup> .	<b>Nivel de evidencia:</b> Ia, V
	<b>Grado de recomendación:</b> A
	<b>Validez Interna:</b> Moderada y baja
	<b>Calidad de revisión:</b> Alta

#### 5.6.5. COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINARIA DEL RIESGO DE CAIDAS

Recomendación	
El personal de enfermería tienen la obligación de informar del riesgo de	<b>Nivel de</b>

<p>caídas que tiene el plan de cuidados, las intervenciones relacionadas al siguiente profesional de la salud y/o equipo interdisciplinario en todas las entregas de turno, para garantizar los cuidados y prevenir caídas y lesiones por caídas. A continuación se destacan algunas situaciones para la comunicación interdisciplinario del riesgo de caídas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Traslado de una unidad a otra.</li> <li>◆ Traslado de un entorno de atención sanitaria a otro.</li> <li>◆ Transferencia o relevo de un profesional de la salud a otro.</li> <li>◆ Tránsito a pruebas diagnósticas.</li> <li>◆ Alta hospitalaria o ser trasladado a un centro de larga estancia/residencia<sup>2, 20, 23</sup>.</li> </ul>	<b>evidencia:</b> V
	<b>Grado de recomendación:</b> B
	<b>Validez Interna:</b> Baja
	<b>Calidad de revisión:</b> Moderada

### 5.6.6. POLIFARMACIA

<b>Recomendación</b>	
<p>El personal asistencial colaborará con la persona en riesgo de caídas y con el personal responsable de la prescripción de medicamentos, para reducir, quitar gradualmente o suspender la medicación que se asocie con las caídas cuando lo permita el estado de salud del paciente o cualquier cambio en el mismo, para ello es preciso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Identificar la polifarmacia y los medicamentos que incrementan el riesgo</li> </ul>	<b>Nivel de evidencia:</b> Ia, V
	<b>Grado de recomendación:</b> A
	<b>Validez Interna:</b> Buena

<p>de caídas (Ver Apartado 5.5.1.3.1. uso de medicaciones especiales).</p> <p>◆ Monitorizar la posible aparición de efectos secundarios de los medicamentos que reconocidamente contribuyen al riesgo de caídas (en el caso de áreas que se usen algún tipo de medicamento que induzcan a la sedación se deben monitorizar y usar medidas de prevenciones generales (Ver Apartado 5.6.1)<sup>2, 19</sup>.</p>	<p><b>Calidad de revisión:</b> Alta</p>
---	---

### 5.6.7. ASESORIA SOBRE SUPLEMENTOS DE VITAMINA D

<b>Recomendación</b>	
<p>El profesional de enfermería y médico del ICB tiene la capacidad y la responsabilidad de asesorar y remitir al familiar y al paciente acerca del uso de vitamina D. Su principal función es identificar a aquellos pacientes que están con alto riesgo de caídas y con el cribado se cree que puede presentar fracturas. Estos profesionales se derivaran al profesional de salud correspondiente (por ejemplo: enfermera especialista, medico, nutricionista) para tratar el tema de complementos de vitamina D<sup>2, 19, 29</sup>.</p>	<p><b>Nivel de evidencia:</b> V</p>
	<p><b>Grado de recomendación:</b> A,B</p>
	<p><b>Validez Interna:</b> Moderada</p>
	<p><b>Calidad de revisión:</b> Moderada</p>

### 5.7. INTERVENCIONES POSTERIORES A UNA CAÍDA

<b>Recomendación</b>	
Después de que se presente una caída el equipo interdisciplinario del ICB realizara las siguientes intervenciones:	<b>Nivel de evidencia:</b> III, V
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Realizar un reconocimiento físico para evaluar la lesión y determinar la gravedad de cualquier lesión derivada de la caída.</li> </ul>	<b>Grado de recomendación:</b> B
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ofrecer tratamiento y los cuidados necesarios.</li> </ul>	<b>Validez</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Monitorizar que no hayan lesiones y que no sean inmediatamente evidentes.</li> </ul>	<b>Interna:</b> Baja
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Realizar una valoración post-caída para determinar los factores que contribuyen a la misma.</li> </ul>	<b>Calidad de revisión:</b> Moderada
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Colaborar con la persona y con el equipo interdisciplinario para realizar las valoraciones adicionales y definir las intervenciones apropiadas<sup>2, 19, 20, 23</sup>.</li> </ul>	

### **5.7.1. REALIZAR UN RECONOCIMIENTO FISICO PARA EVALUAR LA LESION Y DETERMINAR LA GRAVEDAD.**

Se recomiendan valorar de forma sistemática la gravedad de las lesiones derivadas de las caídas, lo que incluye la clasificación de la gravedad de las caídas (Ver Anexo 1) e incluir las lesiones moderadas y graves, como fracturas, luxaciones, hemorragias cerebrales y laceraciones profundas. En el caso de personas que no han podido levantarse tras una caída y han estado en el



suelo durante un periodo prolongado (por ejemplo más de 10 minutos), los profesionales de la salud deben evaluar las consecuencias, como hipotermia, lesiones por presiones y deshidratación. Cuando un profesional asistencial está presente en el momento de una caída o poco después, el equipo de expertos recomienda que se realice un reconocimiento físico antes de mover a la persona<sup>2</sup>.

#### **5.7.2. OFRECER EL TRATAMIENTO Y LOS CUIDADOS NECESARIOS.**

Tras una valoración, y siempre que resulte seguro, el equipo de expertos recomienda ayudar con mucho cuidado a la persona para levantarse (con un equipo de sillas, colchones o tablas si se disponen de él). Después del tratamiento para las lesiones, los profesionales de la salud deben seguir la documentación institucional<sup>2, 20</sup>.

#### **5.7.3. MONITORIZAR QUE NO HAYA LESIONES QUE NO SEAN INMEDIATAMENTE EVIDENTES.**

Algunas lesiones pueden no ser inmediatamente evidentes después de una caída. En algunos casos, es conveniente observar con atención la posible aparición de lesiones (por ejemplo, si se sospecha una lesión en la cabeza). Los ejemplos de lesiones que pueden no ser evidentes de inmediato incluyen lesiones de tejidos blandos o hematomas. Si el médico considerara que se debe tomar Rayos X o TAC se le tomará de forma urgente, se hará con cargo al Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A y se determinará los factores contribuyentes, lugar, hora y actividad relacionada<sup>2, 27</sup>.

#### **5.7.4. REALIZAR UNA VALORACIÓN POST-CAÍDA PARA DETERMINAR LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA MISMA.**

La valoración posterior a la caída sirve para determinar los factores que contribuyeron a la caída y sirve de base para las estrategias de prevención de caídas futuras. Esto puede evitar que tanto el paciente como otros individuos se caigan en un futuro (por ejemplo, si la valoración determina causas subyacentes que puedan requerir cambios<sup>2, 24, 27</sup>).

## 5.8. POLITICAS INSTITUCIONALES Y MEDIDAS DE APOYO PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS

### 5.8.1. MEDIDAS INSTITUCIONALES

<b>Recomendación</b>	
<p>Los líderes institucionales, en colaboración con los equipos, deben aplicar estrategias de implantación de las caídas/disminución de las lesiones. Para ello, entre otros, se debe identificar los obstáculos y definir medidas de apoyo y estructuras formalizados de la institución. Para esto el ICB implementa las siguientes herramientas:</p>	<p><b>Nivel de evidencia:</b> la</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> A</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Se debe diligenciar la escala de caídas Downton en Clinic On Line. (Ver Anexo 2).</li> </ul>	<p><b>Validez Interna:</b></p> <p>Buena</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Se debe registrar en las notas de enfermería el riesgo identificado, las actividades que se implementaron y las indicaciones que se le dieron al paciente y su familiar para prevenir las caídas. (Ver anexo 3).</li> <li>◆ Cuando se haga la entrega del paciente a otro servicio, se debe informar por escrito y verbalmente el riesgo de caída del paciente con el fin de hacer la transferencia de la información.</li> </ul>	<p><b>Calidad de revisión:</b></p> <p>Moderada</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Si el paciente requiere sujeción física se debe diligenciar el consentimiento informado para sujeción física (Registro RE.15-008).</li> <li>◆ Los servicios deberán registrar en las notas la calificación de la escala de riesgo de caídas y el plan de cuidados ejecutado, a excepción del servicio de consulta externa.</li> <li>◆ En caso de caída de un paciente, se debe notificar de inmediato en la historia clínica electrónica en el módulo de seguridad del paciente o en el Reporte de Eventos en Salud (RE.15-001) como un evento adverso que requiere el respectivo análisis<sup>2</sup>.</li> </ul>	
---	--

### 5.8.2. EVALUACIÓN DE ADHERENCIA:

<b>Recomendación</b>	
<p>Implementar rutinas para la realización de rondas como estrategias para dar respuesta de forma proactiva a las necesidades de la persona y evitar caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ La evaluación de adherencia para la prevención de caídas se hará mediante la Ronda de Seguridad, diligenciando el registro RE.15-005.</li> <li>◆ Los datos encontrados serán notificados de forma inmediata al jefe del servicio donde se está haciendo la ronda para aplicar de forma inmediata los correctivos necesarios.</li> <li>◆ El informe de la ronda de seguridad se hará mediante el registro RE.15-006 en donde se especifica el porcentaje de cumplimiento para la</li> </ul>	<b>Nivel de evidencia: Ia</b>
	<b>Grado de recomendación:</b> A
	<b>Validez Interna:</b> Buena
	<b>Calidad de revisión:</b> Moderada

prevención de caídas <sup>2</sup> .	
-------------------------------------	--

**Anexo 3: Plan de cuidados de enfermería para la prevención de caídas**

<b>NIVEL DE</b>	<b>INTERVENCIONES</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
<b>PREVENCIÓN DE CAÍDAS PARA TODO PACIENTE.</b>	Cama en posición baja			
	Barandas Elevadas			
	Objetos necesarios al alcance (riñonera, pato,			
	Superficie del suelo en orden			
	Adecuada iluminación			
	Superficie antideslizante en el baño			
	Ruedas de la cama/camilla o sillas aseguradas			
	Educación al paciente y familia sobre los factores de riesgo			
<b>RIESGO DE CAÍDAS MAYOR A TRES ÍTEM</b>	Acompañante permanente			
	Cama en posición baja			
	Barandas elevadas			
	Objetos necesarios al alcance (riñonera, pato, teléfono, timbre)			
	Superficie del suelo en orden			
	Adecuada iluminación			
	Superficies antideslizantes en el baño			
	Ruedas de la cama/camilla o sillas aseguradas			
	Silla Plástica en la ducha			
	Dispositivos de ayuda en buen estado (atrilas, sillas de ruedas, caminador)			
	Calzado antideslizante			
	Ropa cómoda			
	Proporcionar los dispositivos necesarios (gafas, audífonos)			
	Rotular en la camilla, kardex, etc., el riesgo del paciente			

<b>SEGÚN ESCALA DE DOWNTON</b>	Informar al personal de otros servicios y/o			
	instituciones el riesgo de caída del paciente			
	Movilizar siempre con ayuda			
	Identificar medicamentos que contribuyan a la			
	Bloquear las ruedas de las silla/camillas cada vez que			
	se haga transferencia			
	Identificar condiciones clínicas que pueden favorecer la			
caída				
Informar en cada cambio de turno el riesgo de caída				

**ACTA ASISTENCIA PRESENTACIÓN INSTRUCTIVO PREVENCIÓN CAÍDAS**



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

Elaborado: Meriza Álvarez  
 Actualizado: Sistema Integrado de Gestión  
 Revisado: Sistema Integrado de Gestión

Fecha de la capacitación	28 de marzo 2015	Hora de inicio	08:00
Hora de Finalización		Lugar	
Herramientas Utilizadas para la reunión	Presentación Power Point.		
Título o nombre de la capacitación y/o Reunión	Presentación del instructivo Institucional actualizado.		
Responsable	Andrés Alvarado		
Proceso que organizo la Capacitación y/o Reunión	Seguridad del Paciente.		
Objetivo:	Socializar el instructivo de prevención de caídas en el Instituto del Corazón de Bucaramanga.		

**TEMAS QUE SE EXPONDRÁN EN LA CAPACITACIÓN Y/O REUNIÓN**

1. Teoría de Morica Lógica
2. Presentación de objetivos del instructivo
3. Presentación del la fundamentación científica
4. Socialización de las recomendaciones propuestas por la RUCD.

*Andrés Alvarado*

Firma del Responsable

No.	Nombre	Cargo	Area	Firma
1	Kathiana Marieth Arecedo	Jeg. Amb	Admon	<i>[Firma]</i>
2	Diego Alvarado	Coor. Hosp.	Calidad	<i>[Firma]</i>
3	Valeria Alvarado	Coord. Invest	Investig	<i>[Firma]</i>
4	Carla Jiménez	Coord. JRU	JRU	<i>[Firma]</i>
5	Andrés Leonardo Alvarado	Enfermera PEP	Jeg. Paciente	<i>[Firma]</i>
6	Yessy Bolanda Guzmán	Coord. Tecnología	Tecnología	<i>[Firma]</i>
7	Sandra Amargo M	Auditoría Med	Adm	<i>[Firma]</i>
8	EDGAR PARRALES	JEFE SISTEMAS	ADM.	<i>[Firma]</i>
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

**ANEXO 2: ENCUESTA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

## EVIDENCIA DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



## ACTA DE ASESORAMIENTO DE LA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.




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

Elaborado  
 Actualizado  
 Revisado

María Álvarez  
 Sistema Integrado de Gestión  
 Sistema Integrado de Gestión

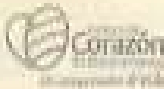
Fecha de la capacitación	Febrero 2019	Hora de inicio	
Herramientas Utilizadas para la reunión	Clinic On Line		
Título o nombre de la capacitación y/o Reunión	Inducción de para capacitación de diligenciamiento de la encuesta de Cultura de seguridad del Paciente		
Responsable	Andrés Leonardo Alvarado Alvarado		
Proceso que organizo la Capacitación y/o Reunión	Seguridad del Paciente		
Objetivo:	Dar a conocer el proceso de aplicación de la encuesta de seguridad del paciente		

**TEMAS QUE SE EXPONDRÁN EN LA CAPAGITACIÓN Y/O REUNIÓN**

  
 Firma del Responsable

No.	Nombre	Cargo	Area	Firma
1	Diana Urbino	Archivo	At. Urgencia	Diana Urbino
2	Ruth Delgado	Secretaria	Archivo	Ruth
3	Mónica Delgado	At. Urgencia	Emergencia	Mónica
4	María Concepción Álvarez	At. Urgencia	Emergencia	María Concepción
5	Paula García Arte	At. Urgencia	Emergencia	Paula
6	Sandra Álvarez	At. Urgencia	Emergencia	Sandra
7	Dolores Alejandra Álvarez	At. Urgencia	Emergencia	Dolores
8	Sandra Patricia Romero	At. Urgencia	Emergencia	Sandra
9	Sandra Patricia Romero	Coord. AUT-ROP	AUT-ROP	Sandra
10	ANA MARCELA JIMENEZ	At. Urgencia	ROP	ANA MARCELA
11	Karina Andrea Aguilera	At. Urgencia	ROP	Karina
12	Yvett Patricia García López	Coord. Ser. Biomedica	Ser. Biomedica	Yvett
13	Danyela Cabello	At. Urgencia	Emergencia	Danyela
14	Paola Delgado	Coord. Urgencia	Urgencia	Paola
15	Dolores Alejandra Álvarez	Coord. Urgencia	Urgencia	Dolores
16	Patricia Bernal	Enfermera	C	Patricia
17	Selma Gelvez V	Asistente	C	Selma
18	Carla Arceles Cortés	At. Urgencia	Urgencia	Carla
19	Yvett Patricia Romero	Secretaria	C	Yvett
20	Lidia Álvarez	Secretaria	At. Urgencia	Lidia
21	Carla Arceles Cortés	Coord. ATU	ATU	Carla





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

Elaborado  
Actualizado  
Revisado

Marta Alvarez  
Sistema Integrado de Gestión  
Sistema Integrado de Gestión

No.	Nombre	Cargo	Area	Firma
22	Patricia Arce	Secretaria A.D.	ATU	Patricia A.
23	Clara Naranjo	Secretaria A.D.	M.D.M.I.	Clara N.
24	Zuleyka Riquelme	Secretaria	Administración	Zuleyka R.
25	Edith Aspil	Secretaria	AT. USUARIO	Edith A.
26	Doris Naranjo Villalón	Sec. Admisiones	Educación	Doris N.
27	Valeria Sotomayor	Coordinadora G.H.	G. Humana	Valeria S.
28	Blanca Riquelme	Coordinadora G.H.	G. Humana	Blanca R.
29	Viviana Riquelme	Aux. Admisiones	Adm. S.	Viviana R.
30	Olga Lucia Pérez	Aux. Admisiones	Educación	Olga L. Pérez
31	Micaela V. Concha	Aux. Educacional	Educación	Micaela V.
32	Marta Riquelme	Aux. Educacional	Educación	Marta R.
33	José Cooper	As. Adm. S.O.	Adm. S.	José C.
34	Henry Ortega	Aux. facturación	Facturación	Henry O.
35	Isabel Riquelme	Coordinadora	Facturación	Isabel R.
36	Marta Riquelme	Aux. contact	Contacto	Marta R.
37	John Andrea Díaz	Aux. Control	Control	John A. Díaz
38	Zuleyka Riquelme	Coordinadora	Control	Zuleyka R.
39	José Riquelme	Coordinador	Confianza	José R.
40	Marta Riquelme	Aux. Control	Control	Marta R.
41	Marta Riquelme	Coordinadora	Control	Marta R.
42	Isabel Riquelme	Infancia	MONI	Isabel R.
43	Adriana Riquelme	Aux. Confianza	MONI	Adriana R.
44	Victor A. Riquelme	Aux.	Comercio	Victor A. R.
45	Isabel Riquelme	Aux. Adm. S.O.	ATU	Isabel R.
46	Edith Riquelme	Aux. Admisiones	Admisiones	Edith R.
47	Marta Riquelme	Aux. Admisiones	Admisiones	Marta R.
48	Patricia Riquelme	Aux. Enfermería	MONI	Patricia R.
49	Isabel Riquelme	Aux. S. P. S.	S. P. S.	Isabel R.
50	José Riquelme	Aux. S. P. S.	MONI	José R.
51	Marta Riquelme	Aux. Enfermería	MONI	Marta R.
52	Isabel Riquelme	Aux. S. P. S.	MONI	Isabel R.
53	Marta Riquelme	Aux. S. P. S.	MONI	Marta R.
54	Diana Riquelme	MONI Ag. S. P. S.	MONI	Diana R.
55	Marta Riquelme	MONI Ag. S. P. S.	MONI	Marta R.
56	Isabel Riquelme	MONI Ag. S. P. S.	MONI	Isabel R.
57	Marta Riquelme	Aux. S. P. S.	MONI	Marta R.
58	Isabel Riquelme	Aux. S. P. S.	MONI	Isabel R.
59	Marta Riquelme	Secretaria	Adm. S.	Marta R.
60	Isabel Riquelme	Secretaria	Adm. S.	Isabel R.
61	Isabel Riquelme	Secretaria	Adm. S.	Isabel R.



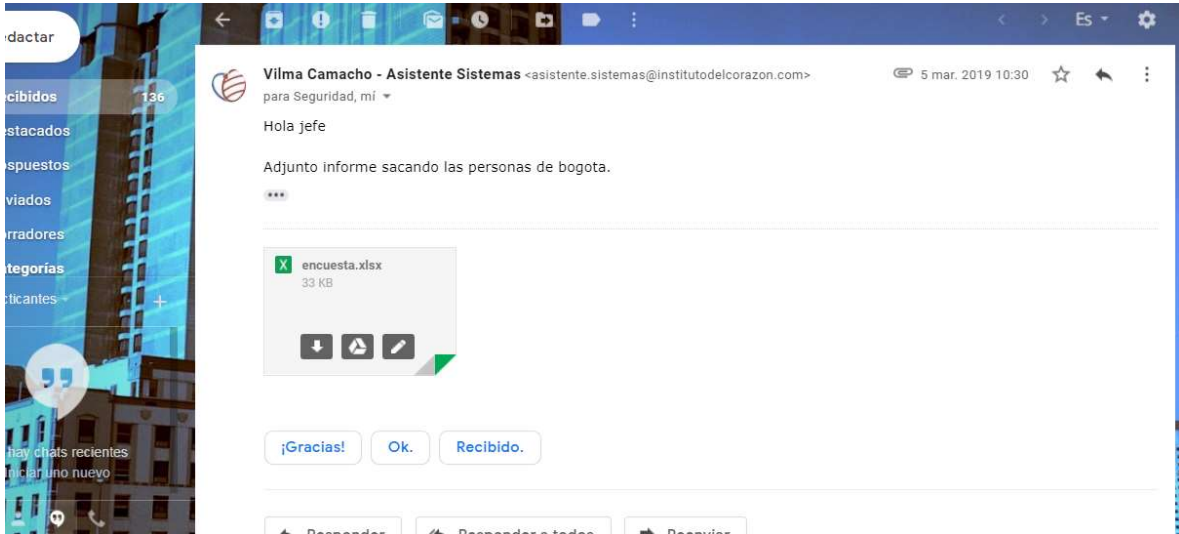
**GESTION DE RECURSOS HUMANOS  
ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y/O  
REUNIONES**

Elaborado  
Actualizado  
Revisado

Marlene Alvarez  
Sistema Integrado de Gestión  
Sistema Integrado de Gestión

No.	Nombre	Cargo	Area	Firma
62	Das Gliese Luzma Rocio	Secretaria	Administración	Luzma Rocio
63	Andrés Silva H	Secretaria	Administración	Andrés Silva
64	Enzo Shana Popal	Enfermera	Administración	Enzo Shana
65	Natalia Pacheco Flores	AUX ENFERMERIA	Administración	Natalia Pacheco
66	Andrés David Polo Lopez	AUX ENFERMERIA	Administración	Andrés David Polo
67	María Cecilia Naranjo Cordero	Aux Hospitalaria	Administración	María Cecilia
68	Tatiana Velasco	Ing. Arto	Administración	Tatiana Velasco
69	Xiomara Luján	Aux enfermeria	MONI	Xiomara Luján
70	Andrés Ariston	Aux enfermeria	MONI	Andrés Ariston
71	Daniel E. Hurtado	Cardiología	Cardiología	Daniel E. Hurtado
72	Edelmira Vega Flores	AUX ENFERMERIA	Administración	Edelmira Vega
73	Vanessa Pizarro	Psicología	Administración	Vanessa Pizarro
74	Sandra Patricia Torres M.	Aux Farmacia	Administración	Sandra Patricia
75	Yessy Fajardo	Aux Farmacia	Administración	Yessy Fajardo
76	Therese Barrios	Registre Farmacia	Farmacia	Therese Barrios
77	Yessy Fajardo	Aux Farmacia	Farmacia	Yessy Fajardo
78	Mary Caballero	Asistente Contable	Contabilidad	Mary Caballero
79	Juan Pablo Guevara	Analista Costos	Costos	Juan Pablo Guevara
80	Claudia J. Puga	Analista Costos	Administración	Claudia J. Puga
81	Roberto Hernández	Analista Costos	Administración	Roberto Hernández
82	Yessy Fajardo	Química Farmacia	Farmacia	Yessy Fajardo
83	Yessy Fajardo	Química Farmacia	Farmacia	Yessy Fajardo
84	Laura Cecilia Quiroga	Aux Enfermería	MONI	Laura Cecilia Quiroga
85	Ricardo S. Soto	Enfermería	MONI	Ricardo S. Soto
86	Maylen González González	Aux enfermería	MONI	Maylen G.
87	Diana Cecilia Villanar	Aux enfermería	Administración	Diana Cecilia
88	Edelmira Vega Flores	AUX ENFERMERIA	Administración	Edelmira Vega
89	Silvia Lorena Bautista B	Enfermera	Administración	Silvia B
90	Juan Pacho Medina	Aux enfermería	Administración	Juan Pacho
91	Clara Milena Rojas	Enfermera	Administración	Clara Milena
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

# BASE DE DATOS PROPORCIONADA POR EL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA



encuesta (2) [Vista protegida] - M

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Vista protegida Este archivo procede de una ubicación de Internet y podría no ser seguro. Haga clic para obtener más detalles.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	empleado	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229
2	1043	Muy de ac	De acuerdo	De acuerdo	Muy de ac	En desac	Muy de ac	Muy en de	En desac	Muy de ac	De acuerdo
3	617	De acuerdo	Indiferente	De acuerdo	De acuerdo	En desac	De acuerdo	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente
4	903	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	En desac	De acuerdo	En desac	De acuerdo	En desac
5	1351	De acuerdo	De acuerdo	Indiferente	De acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desac	En desac	De acuerdo	De acuerdo
6	602	De acuerdo	Muy de ac	De acuerdo	De acuerdo	Muy en de	Muy de ac	Muy en de	En desac	Muy de ac	De acuerdo
7	1348	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Muy en de	De acuerdo	Muy en de	Muy en de	De acuerdo	En desac
8	34	Muy de ac	Muy de ac	Muy de ac	Muy de ac	Indiferente	De acuerdo	Indiferente	En desac	Indiferente	Indiferente
9	11	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Indiferente	De acuerdo	Indiferente	Indiferente	De acuerdo	Indiferente
10	681	Muy de ac	De acuerdo	Muy de ac	Muy de ac	Muy en de	Muy de ac	Muy en de	Muy en de	Muy de ac	Indiferente
11	1045	Muy de ac	En desac	Muy de ac	Muy de ac	Indiferente	Muy de ac	Muy en de	En desac	Muy de ac	Indiferente
12	1309	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	En desac	De acuerdo	En desac	Indiferente	De acuerdo	Indiferente
13	1057	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Muy de ac	Muy de ac	De acuerdo	Indiferente	Muy en de	De acuerdo	De acuerdo
14	104	De acuerdo	En desac	De acuerdo	De acuerdo	En desac	De acuerdo	Indiferente	Indiferente	De acuerdo	Indiferente
15	469	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	En desac	De acuerdo	En desac	En desac	De acuerdo	De acuerdo
16	566	De acuerdo	En desac	De acuerdo	Muy de ac	De acuerdo	En desac	En desac	En desac	De acuerdo	De acuerdo
17	713	De acuerdo	De acuerdo	Muy de ac	Muy de ac	Indiferente	De acuerdo	En desac	En desac	De acuerdo	De acuerdo
18	436	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Indiferente	De acuerdo	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente
19	1015	De acuerdo	Muy de ac	En desac	De acuerdo	En desac	Muy de ac	Muy en de	De acuerdo	Muy de ac	De acuerdo
20	1331	De acuerdo	Muy en de	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	En desac	En desac	De acuerdo	Indiferente
21	825	Indiferente	De acuerdo	Muy de ac	Muy de ac	Indiferente	Muy de ac	De acuerdo	Indiferente	De acuerdo	Indiferente
22	258	De acuerdo	En desac	De acuerdo	Muy de ac	De acuerdo	En desac	En desac	En desac	Muy de ac	De acuerdo
23	969	Muy de ac	Muy de ac	Muy de ac	Muy de ac	Muy en de	Muy de ac	Muy en de	Muy en de	Muy de ac	De acuerdo
24	793	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Muy en de	Indiferente	Muy en de	Indiferente	De acuerdo	Indiferente
25	247	De acuerdo	De acuerdo	Muy de ac	Muy de ac	En desac	De acuerdo	En desac	En desac	Muy de ac	De acuerdo
26	1284	De acuerdo	De acuerdo	Indiferente	De acuerdo	Indiferente	De acuerdo	Indiferente	Indiferente	De acuerdo	Indiferente
27	60	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente	Indiferente
28	202	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	En desac	Muy en de	En desac	De acuerdo
29	575	De acuerdo	En desac	De acuerdo	De acuerdo	En desac	De acuerdo	En desac	En desac	Muy de ac	De acuerdo
30	219	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	En desac	De acuerdo	Muy en de	En desac	De acuerdo	De acuerdo
31	1244	De acuerdo	De acuerdo	Muy de ac	De acuerdo	Muy en de	De acuerdo	En desac	Indiferente	De acuerdo	De acuerdo
32	1292	De acuerdo	En desac	De acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Indiferente	En desac	Indiferente	De acuerdo	Indiferente
33	605	Muy de ac	De acuerdo	Muy de ac	Muy de ac	Muy en de	Muy de ac	Muy en de	Muy en de	Muy de ac	Muy de ac
34	21	De acuerdo	De acuerdo	Muy de ac	Muy de ac	En desac	Muy de ac	En desac	En desac	Muy de ac	De acuerdo

**INFORME DEL ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

**Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A**

**Comparativo de los años 2015, 2017 y 2019**

Vivian Angélica Mancilla Jiménez

Coordinadora de Seguridad del Paciente

-Sede Bucaramanga-

Andrés Leonardo Alvarado Alvarado

Estudiante Práctica Electiva de Profundización

Enfermería UNAB

Agradecimientos especiales la oficina de Sistemas del Instituto del Corazón de Bucaramanga, IDESTEC y a la Facultad de Enfermería de la UNAB por facilitar el análisis estadístico de las encuestas.

## **1. INFORME EJECUTIVO**

### **1.1 METODOLOGÍA**

Se distribuyó el cuestionario auto administrado por la plataforma institucional Clinic On Line, sobre seguridad de los pacientes en los años 2015, 2017 y 2019 obteniendo una muestra representativa de 402 encuestas diligenciadas por el personal administrativo y asistencial. Se realizó hasta un máximo de cinco recordatorios durante el periodo que estuvo abierta la encuesta para conseguir el máximo de personas encuestadas por año.

Se mantuvo la confidencialidad del encuestado durante todo el proceso, desde la consolidación de la información hasta la elaboración del informe final.

Al igual que en la versión original, la encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados (Agrupa 3 ítems)
2. Percepción de seguridad (Agrupa 4 ítems)
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad (Agrupa 4 ítems)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Agrupa 4 ítems)
6. Franqueza en la comunicación (Agrupa 3 ítems)

7. Feed-back y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems)
8. Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems)
9. Dotación de personal (Agrupa 4 ítems)
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems)
11. Trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems)
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (Agrupa 4 ítems)

Adicionalmente, incluye dos preguntas sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado y sobre el número de eventos notificados en el último año. Se incluyen variables clasificatorias socio-profesionales.

Con los resultados obtenidos, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

## **1.2 RESULTADOS:**

Se analizaron 402 encuestas tomados de los años 2015, 2017 y 2019 (siendo mayor con un 33.5% el número de encuestados en el año 2015).

Tanto a nivel global se consiguió una buena representación de tipo de profesionales y servicios, aunque la tasa de respuesta fue generalmente mayor en año 2015 UCI, 2017 y 2019 área administrativa.

En el 2015, el 70% de los profesionales que responden tiene contacto directo con pacientes, en el 2017 el 66% y en el 2019 54.6%.

En el año 2015 el 48,9% califica la seguridad entre 6 y 8, en el 2017 49,6% y en el 2019 36.7%.

El 50% ha noticiado 1-10 eventos el último año del 2015, el 58% ha notificado 0 eventos el año del 2017 y 66.7% en el 2019.

### **1.3 CONCLUSIONES:**

Propuestas de intervención y seguimiento

A la vista de las fortalezas y debilidades identificadas, las principales estrategias para mejorar el clima de seguridad en la institución serían las siguientes:

1. Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir.
2. Tratar los temas de seguridad del paciente como un problema de equipo.
3. Mantener actividades dirigidas a la seguridad del paciente.
4. Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre servicios.
5. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente.

La medición del clima de seguridad, en toda su extensión u ocasionalmente circunscrito a las dimensiones que resultan problemáticas, debería realizarse al menos anualmente.

## **2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO PARA ANALIZAR LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

El proyecto ha incluido dos etapas:

1. Aplicación al personal de instituto del corazón de Bucaramanga el cuestionario de cultura sobre la seguridad del paciente elaborado por la AHRQ (Anexo 1) y adaptado al entorno de la institución.

2. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente. La metodología seguida se describe a continuación.

Ítems y dimensiones de la cultura de seguridad que mide el cuestionario:

Las preguntas del cuestionario original se agrupan en un total de 12 dimensiones, cuyo significado, respetando la terminología de la versión original, se describe en la Tabla 1.

El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden.

Tanto en su versión original como en la adaptada en el Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A., se trata de un cuestionario auto administrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos.

**Tabla 1. Dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen.**

---

**A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD**

---

**1. Frecuencia de** -Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes

---



---

**eventos notificados.** de afectar al paciente (Preg. 40).

- Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 41).

- Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 42).

---

- Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 15).

- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18).

**2. Percepción de  
seguridad**

- No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10).

-En esta unidad hay problemas relacionados con la «Seguridad del paciente» (Preg. 17).

---

**B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE  
SERVICIO**

---

---

	- Mi superior expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (Preg. 19).
<b>3.Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la</b>	- Mi superior tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 20).
<b>Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad</b>	- Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (Preg. 21).
	- Mi superior pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 22).
<b>4. Aprendizaje organizacional/mejora continua</b>	- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 6).
	- Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 9).
	- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 13)

---

---

- El personal se apoya mutuamente (Preg. 1)

- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Preg. 3).

- En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 4).

## **5. Trabajo en equipo en**

### **la Unidad/**

### **Servicio**

- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 11)

- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35).

---

- El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37).

## **6. Franqueza en la comunicación**

- El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39).

- Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 34).

---

---

- Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio (Preg. 36).

**7. Feed-back y comunicación sobre errores**

- En mi servicio discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38).

- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Preg. 8).

---

- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un «culpable» (Preg. 12).

**8. Respuesta no punitiva a los errores**

- Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16).

- Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2).

- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5).

---

**9. Dotación de personal**

- En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque

---

---

hay demasiados sustitutos o personal temporal (Preg. 7).

- Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14).

---

- La dirección del ICB facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23).

**10. Apoyo de la  
gerencia del hospital en  
la seguridad del  
paciente.**

- La dirección del ICB muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30).

-La dirección del ICB sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 31)

---

**C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL  
INSTITUTO**

---

**11. Trabajo en equipo  
entre unidades/servicios**

- Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 26).

-Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 32).

---

---

-Los diferentes servicios del ICB no se coordinan bien entre ellas  
(Preg. 24).

- Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de  
otros servicios (Preg. 28).

---

- Los diferentes servicios del ICB no se coordinan bien entre  
ellas (Preg. 24).

- Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de  
otros servicios (Preg. 28).

**12. Problemas en  
cambios de  
turno y transiciones  
entre servicios/unidades**

- La información de los paciente se pierde, en parte, cuando  
éstos se transfieren desde una servicio a otra (Preg. 25)

- En los cambios de turno se pierde con frecuencia información  
importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg.  
27).

- El intercambio de información entre los diferentes servicios es  
habitualmente problemático (Preg. 29).

- Surgen problemas en la atención de los pacientes como

---

## **2.1 DISTRIBUCIÓN DEL CUESTIONARIO**

El cuestionario se entregó por la plataforma de la Historia Clínica electrónica Clinic On Line del Instituto del Corazón de Bucaramanga de manera personal a cada usuario con clave de acceso. La información sobre la encuesta fue enviada por correo institucional por parte de la Coordinadora de Seguridad del paciente de la sede Bucaramanga.

Para aumentar la tasa de respuesta, se realizaron hasta 5 recordatorios a los sujetos que no habían contestado: el primero aproximadamente a la semana de haber activado el cuestionario y el segundo dos semanas más tarde. La realización de recordatorios es también una estrategia útil para la estimación del sesgo de no-respuesta.

## **2.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Se ha efectuado un estudio descriptivo de la cultura sobre seguridad y se han analizado qué factores sociolaborales se asocian a una actitud y un comportamiento favorables en relación con la seguridad del paciente.

Se han realizado los análisis sobre un total de 402 cuestionarios, con la metodología que se describe a continuación.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO**

El cuestionario contiene preguntas formuladas directamente y otras formuladas inversamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas inversas para facilitar el análisis. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas directamente.



- $\geq 75\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas inversamente.

Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas directamente.

- $\geq 50\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas inversamente.

El análisis de fortalezas y oportunidades de mejora se realiza para cada ítem y para las dimensiones en su conjunto, tanto a nivel global (todos los años) como por cada año.

### **3. RESULTADOS DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CLIMA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA**

#### **3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA. TASAS DE RESPUESTA DATOS SOCIO-PROFESIONALES DE LOS QUE RESPONDEN**

##### **Tasa de respuesta**

Se contó con un total de 402 encuestas totalmente diligenciadas, siendo mayor en el año 2015. En el 2019 hubo un volumen de encuesta más bajo, debido a que la implementación de la encuesta se realizó solo en las sedes de Bucaramanga y Floridablanca, a diferencia de los años 2015 y 2017 donde su aplicación incluyó la sede de Bogotá; aunque globalmente se alcanzó el objetivo numérico planteado. La tabla 2 describe con más detalle las tasas de respuesta por año.

**Tabla 2. Tasa de respuesta global y por año**

		2015	2017	2019	TOTAL
N°	encuestas	172	131	99	402
	contestadas				

### **Datos socio-profesionales de los que responden**

Tanto a nivel global como por año se obtuvo una buena representación de profesionales y servicios. Las tablas 3 a la tabla 8 describen en detalle la distribución de los profesionales que respondieron globalmente por año, y según las variables socio-profesionales indagadas en la encuesta.

En relación al servicio donde laboran (Tabla 3), se puede destacar que el principal trabajo es UCI en el 2015 (23.3%) y el área administrativa para el 2017 (34.4%) y 2019 (46.5), con un global para área administrativa de (32.4%), en relación el área de hemodinamia se han mantenido con una muestra similar y un global de 14.7%; los servicios de investigación (global 1.0%) y pediatría (global de 1.1%) tienen menor muestra.

**Tabla 3. Principal trabajo en el ICB (P 60)**

<b>Principal trabajo</b>	<b>2015</b>	<b>2017</b>	<b>2019</b>	<b>Global</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Anestesia y cirugía cardiovascular	10.5	5.3	7.1	8.1
Pediatra	0.6	0.8	0	1.1
Área Administrativa	16.3	34.4	46.5	32.4
Consulta externa	1.2	1.5	0	0.9
Farmacia	3.5	2.3	7.1	4.3
Hemodinámia y Electrofisiología	18	10.7	16.2	1.9
Investigaciones	1.2	0	2	1.0
Laboratorio	1.7	3.8	0	1.8
Métodos Diagnósticos no Invasivos	9.3	8.4	16.2	11.3
UCI	23.3	25.2	0	16.1
Otro	14.5	7.6	2	8.1

Total	100	100	100	100
-------	-----	-----	-----	-----

En relación a la profesión o puesto de trabajo que desempeñan (Tabla 4), la mayoría de la muestra es personal administrativo con un global de 38.9%, siendo significativamente mayor para el año 2017 (45.0%) y 2019 (44.4%) en comparación con el 2015 (27.3%). El personal auxiliar de enfermería y enfermería constituyen un gran porcentaje de la muestra (global 42.2%). En los tres años se identificó que el 68.1% de los encuestados mantienen contacto directo con los pacientes en su trabajo.

**Tabla 4. El puesto de trabajo actual (P 61)**

<b>Puesto de trabajo</b>	<b>2015</b>	<b>2017</b>	<b>2019</b>	<b>Global</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Administrativo	27.3	45.0	44.4	38.9
Auxiliar enfermería	22.0	19.0	19.2	22.0
Auxiliar farmacia	2.3	2.2	5.1	3.2
Bacterióloga/o	1.8	1.7	0.0	1.8
Atención al usuario	0.0	0.0	7.1	2.3
Enfermería	28.4	20.6	15.2	20.2

Instrumentación	4.0	1.5	3.0	2.8
Medico	6.3	5.3	5.0	5.5
Químico farmacéutico	1.7	1.5	1.0	1.4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Contacto directo con pacientes	70.9	66.4	67.2	68.1

Se puede evidenciar en la Tabla 5, que un 71.2% (global) de los encuestados trabajan entre 20 a 48 horas, un 27,9% (global) trabajan más de 48 horas y el 0,8%(global) menos de 20 horas.

**Tabla 5. Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este servicio (P 56)**

<b>Horas de trabajo</b>	<b>2015</b>	<b>2017</b>	<b>2019</b>	<b>Global</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Menos de 20 horas	2.3	0	0	0.8
Entre 20-48 horas	64.5	75.6	73.7	71.2
Más de 48 horas	33.1	24.4	26.3	27.9
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

En general el 63.5% (global) de los encuestados en los tres años evaluados llevan trabajando en el Instituto entre 3 a 15 años y un 3.6% (global) más de 15 años. Es importante mencionar que en el año 2015 el 31% de los encuestados llevaban menos de 1 año de trabajo en la institución en comparación con los años 2017 (16.0%) y 2019 (10.1%). Para el año 2019 el 48.5% de los encuestados llevan trabajando en la institución entre 6 a 15 años.

**Tabla 6. En qué año empezó a trabajar en esta institución (P 54)**

<b>Años en la institución</b>	<b>2015</b>	<b>2017</b>	<b>2019</b>	<b>Global</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	31.0	16.0	10.1	19.0
1-2 años	17.4	16.0	7.1	13.5
3-5 años	31.4	41.2	30.3	34.3
6-15 años	15.6	23.6	48.5	29.2
16- 20 años	0.6	0.8	3.0	1.4
21 años o mas	4.1	1.5	1.0	2.2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Para el año 2019, con relación al tiempo que llevan laborando en el mismo servicio, el 42.4% de los trabajadores tiene entre 6-15 años (Tabla 7), lo cual se relaciona con el tiempo que tiene el ICB en funcionamiento.

**Tabla 7. En qué año empezó a trabajar en su servicio (P 55)**

<b>Años en la institución</b>	<b>2015</b>	<b>2017</b>	<b>2019</b>	<b>Global</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	33.0	17.0	13.1	21.0
1-2 años	19.2	18.3	10.1	15.9
3-5 años	28.5	42.7	32.3	34.6
6-15 años	12.8	19.9	42.4	25.0
16- 20 años	1.2	1.5	1.0	1.3
21 años o mas	4.7	0	1.0	1.9
Total	100	100	100	100

**Tabla 8. En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad (P 53)**

<b>Años</b>	<b>2015</b>	<b>2017</b>	<b>2019</b>	<b>Global</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	8.1	4.6	6.1	6.2
1-2 años	7.6	6.9	4.0	6.1
3-5 años	23.8	26.7	20.2	23.6
6-15 años	45.9	45.8	53.4	48.4
16- 20 años	9.3	10.7	5.1	8.4

21 años o mas	5.2	5.3	11.1	7.2
Total	100	100	100	100

### **3.2 CLIMA DE SEGURIDAD GLOBAL Y POR AÑOS EVALUADOS EN EL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA**

#### **FRECUENCIAS POR ÍTEMS Y DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO**

El cuestionario proporciona una calificación global sobre el clima de seguridad percibido y un total de doce dimensiones sobre el mismo, dos de ellas en referencia al Instituto en su conjunto y el resto centradas en el servicio en el que trabaja el que responde. De estas últimas, dos se consideran medidas de resultado del clima de seguridad, junto con el número de eventos notificados, y el resto exploran diversos aspectos relacionados con la seguridad (Tabla 1).

Los resultados obtenidos en el total de las encuestas analizadas (402) son los siguientes.

#### **3.2.1 CALIFICACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD**

En una escala de cero a diez, la calificación media es de 8.1 (global). Con una media de 8.1 para el año 2019, observándose una media que se mantiene a través del tiempo para satisfacción del clima de seguridad del paciente.

**Tabla 9. Calificación del clima de seguridad del paciente.**

	<b>2015</b>	<b>2017</b>	<b>2019</b>	<b>Global</b>
Media	8.0	7.8	8.1	8.1



Mediana	8.0	8.0	8.0	8.0
Promedio	8.0	7.8	8.1	8.1
Rango	0-10	0-10	0-10	0-10

---

### 3.2.2 MEDIDAS DE RESULTADO DEL CLIMA DE SEGURIDAD

Se tienen como medidas de resultado del clima de seguridad las dimensiones de frecuencia de eventos notificados y percepción global del clima de seguridad.

#### Número de eventos notificados

Teniendo en cuenta la Tabla 10, se observa que existe un alto porcentaje global (55.3%) de incidentes que no se reportan.

**Tabla 10. Resultados de la cultura de seguridad (1): Número de incidentes notificados (P 57)**

	2015	2017	2019	Global
0	41.3	58.0	66.7	55.3
1-10	50.0	35.9	28.3	38.1
11-20	4.1	3.8	3.0	3.6
Más de 20	4.7	2.3	2.0	3.0

---

Total	100	100	100	100
-------	-----	-----	-----	-----

### **Dimensión «Frecuencia de eventos notificados»**

Esta dimensión incluye tres ítems que hacen referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos (descubiertos y corregidos antes, que podrían haber causado daño, pero no lo hicieron, y que previsiblemente no producirían daño). Los resultados para todos los encuestados se describen en la Tabla 11.

Según los resultados obtenidos en la tabla 11 se puede identificar que hay un  $69.1\% \pm 0.7$  (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad del paciente, en la dimensión de frecuencia de eventos notificados, describiendo este apartado como oportunidad para mejorar estos procesos.

Cabe recalcar que los resultados obtenidos en la encuesta del 2019 ( $81.9\% \pm 0.5$  global) clasifica las respuestas positivas como fortalezas, discriminando que en el mismo año en todo el apartado, el porcentaje de preguntas directas para el año 2019 superaron el 78.8%.

Como comparación al año 2019 ( $81.9\% \pm 0.5$  global), respecto al 2015 ( $65.3\% \pm 0.6$  global) y 2017 ( $60.3\% \pm 0.6$  global) se puede evidenciar que la percepción de la cultura de seguridad del paciente hacia la notificación de eventos ha mejorado comparativamente.

**Tabla 11. Resultados de la cultura de seguridad (2): Dimensión «Frecuencia de eventos notificados» (P 40, 41 y 42)**

	<b>Nunca/ casi nunca %</b>	<b>A veces %</b>	<b>Casi siempre/ Siempre %</b>
<hr/> <b>Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (P 40).</b>			
2015	8.1	20.3	71.5
2017	9.9	23.7	66.4
2019	2.0	14.1	83.9
Global	6.7	19.4	73.9
<hr/> <b>Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (P 41).</b>			
2015	9.9	30.8	59.3
2017	11.5	33.6	55.0
2019	3.0	18.2	78.8
Global	8.1	27.5	64.4
<hr/> <b>Se notifican los errores que no han</b>			

tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (P 42).

2015	5.8	29.1	65.1
2017	13.8	26.7	59.5
2019	4.0	13.1	82.9
Global	7.9	23.0	69.1

Total dimensión:	2015		2017		2019		Global	
	%	±	%	±	%	±	%	±
Respuestas positivas	65.3	0.6	60.3	0.6	81.9	0.5	69.1	0.7
Respuestas neutras	26.7	0,6	28.0	0.4	15.1	0.5	23.3	0.4
Respuestas negativas	7.9	0.2	11.7	0.1	3.0	0.2	7.4	0.3

#### Dimensión «Percepción de seguridad»

Esta dimensión incluye cuatro ítems, todos ellos dirigidos a medir los resultados de la percepción de estar trabajando en compromiso de la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia.

Según los resultados obtenidos en la tabla 12 podemos definir que hay un  $57.4\% \pm 2.7$  (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad del paciente, en la dimensión de percepción de seguridad, describiendo este apartado como oportunidad para mejorar estos procesos. En esta dimensión, el ítem relacionado con el ritmo de trabajo, que puede llegar a afectar a la seguridad del paciente, según los encuestados, la proporción de respuestas negativas supera el 39.9% (global P 15), pero no alcanza al límite establecido para identificarlo como una debilidad u oportunidad de mejora en el clima de seguridad.

El ítem, nuestro procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia reportó para los años 2015 un (86.0%), 2017 (82.5%) y 2019 (88.9%) con un 85.5% (global) es clasificado como una fortaleza para la institución.

**Tabla 12. Resultados de la cultura de seguridad (3): Dimensión «Percepción de seguridad» (P 10, 15, 17 y 18)**

<b>Muy en desac/ en desacuerdo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>De acuerdo/ Muy de acuerdo %</b>
--	--------------------------	---

---

**Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (P 15).**

2015	43.0	14.5	42.4
2017	40.5	26.0	33.6
2019	35.3	28.3	36.4
Global	39.6	22.9	37.5

---

**Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (P 18).**

2015	8.2	5.8	86.0
2017	10.0	7.6	82.5
2019	6.1	5.1	88.9
Global	8.1	6.1	85.8

---

**No se producen más fallos por casualidad (P 10).**

2015	22.7	20.9	56.4
------	------	------	------

2017	22.2	30.5	47.3
2019	18.2	32.3	49.5
Global	21.0	27.9	51.1

---

**En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente” (P 17).**

2015	52.9	12.8	34.9
2017	49.6	20.6	29.8
2019	63.7	16.2	20.2
Global	55.4	16.5	28.1

---

<b>Total</b>	<b>2015</b>		<b>2017</b>		<b>2019</b>		<b>Global</b>	
<b>dimensión:</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>
Respuestas positivas	59.4	2.6	53.2	2.9	59.6	2.3	57.4	2.7
Respuestas neutras	13.5	0.7	21.1	1.3	20.5	1.4	18.3	1.5
Respuestas	27.0	1.8	25.6	1.4	20.0	1.1	24.2	1.4

---

negativas

---

### **3.2.3 DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO**

En este apartado se incluyen ocho dimensiones que resumen un total de 27 ítems del cuestionario. Se describe a continuación los resultados obtenidos.

#### **Dimensión «Expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad»**

Se incluyen en esta dimensión cuatro ítems, que representan la percepción que se tiene y la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los supervisores. Los resultados obtenidos son moderadamente buenos.

Según los resultados obtenidos en la tabla 13 podemos definir que hay un  $74.2\% \pm 1.2$  (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, en la dimensión acciones de la dirección/supervisión que promueven la seguridad, describiendo este apartado como oportunidad para mejorar estos procesos, aunque recalcando la desviación estándar de  $\pm 1.2$  se puede catalogar como fortaleza.

Los ítems mi superior tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (P 20) reporta un 82.5% (global) de respuestas positivas para los tres años evaluados, lo que significa una fortaleza para la Institución. Es importante describir que se observa un mayor porcentaje de respuestas positivas en el año 2017 (85.5%) en comparación con el año 2015 (81.3%) y 2019 (80.8%) respectivamente.



En el ítem mi superior pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurre habitualmente (P 22), se reporta un 79.1% (global), siendo en el año 2019 (81.8%) el más alto en comparación con el año 2015 (76.1%) y 2017 (79.4%) donde el porcentaje de respuestas negativas se distinguen como una de las fortalezas de la cultura de seguridad. La Tabla 13 contiene la descripción completa de los resultados.

**Tabla 13. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio (1): Dimensión «acciones de la dirección/supervisión que promueven la seguridad» (P 19, 20, 21 y 22)**

	<b>Muy en desac/ en desacuerdo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>De acuerdo/ Muy de acuerdo %</b>
<b>Mi superior expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (P 19).</b>			
2015	12.8	13.4	73.9
2017	16.8	20.6	62.6
2019	8.1	16.2	75.7

Global	12.6	16.7	70.7
--------	------	------	------

---

**Mi superior tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (P 20).**

2015	8.7	9.9	81.3
2017	7.6	16.0	85.5
2019	4.0	15.2	80.8
Global	6.8	13.7	82.5

---

**Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (P 21).**

2015	62.8	13.4	23.8
2017	61.1	22.1	16.8
2019	69.7	18.2	12.1
Global	64.5	17.9	17.6

---

**Mi superior pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (P 22).**

2015	76.1	14.5	9.3
2017	79.4	13.7	6.9
2019	81.8	16.2	2.0
Global	79.1	14.8	6.6

<b>Total</b>	<b>2015</b>		<b>2017</b>		<b>2019</b>		<b>Global</b>	
	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>
Respuestas positivas	73.5	1.0	72.1	1.1	77.0	0.8	74.2	1.2
Respuestas neutras	12.8	0.2	18.1	0.4	16.5	0.4	10.4	0.3
Respuestas negativas	13.6	0.4	12.0	0.4	6.5	0.5	10.7	0.5

**Dimensión: «Aprendizaje organizacional/Mejora continua»**

Esta dimensión incluye tres ítems sobre la actitud proactiva del personal en relación a la seguridad del paciente.

Según los resultados obtenidos en la tabla 14, podemos definir que hay un  $81.5\% \pm 0.2$  (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, en la dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua, describiendo este apartado como fortaleza, dando énfasis que los tres ítems tienen un porcentaje global mayor a 76.8% de respuestas positivas, resaltando que en el año 2017, el ítem de los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P 13), obtuvo un 74%, clasificándolo como proceso para mejorar.

**Tabla 14. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio (2): Dimensión «aprendizaje organizacional/mejora continua» (P 6, 9 y 13)**

	<b>Muy en desac/ en desacuerdo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>De acuerdo/ Muy de acuerdo %</b>
<b>Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (P 6).</b>			
2015	9.3	4.1	86.6

2017	10.7	7.6	81.7
2019	8.1	12.1	79.8
Global	9.7	7.9	82.7

---

**Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (P 9).**

2015	8.8	7.0	84.3
2017	8.4	9.2	82.4
2019	4.0	7.1	88.9
Global	7.1	7.7	85.8

---

**Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P 13)**

2015	5.3	15.1	79.6
2017	13.0	13.0	74.0

2019	6.0	18.2	76.8
Global	8.1	15.4	76.8

---

<b>Total</b>	<b>2015</b>		<b>2017</b>		<b>2019</b>		<b>Global</b>	
<b>dimensión:</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>
Respuestas positivas	83.5	0.3	79.3	0.3	81.8	0.4	81.5	0.2
Respuestas neutras	8.7	0.6	9.9	0.3	10.2	0.5	9.6	0.4
Respuestas negativas	7.8	0.1	10.7	0.2	8.0	0.3	8.8	0.2

---

### **Dimensión «Trabajo en equipo dentro del servicio»**

Esta dimensión incluye 4 ítems sobre las relaciones profesionales que favorecen la seguridad del paciente.

Según los resultados obtenidos en la tabla 15 podemos definir que hay un 85.5% ± 0.8 (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, en la dimensión trabajo en equipo en la unidad/servicio, describiendo este

apartado como fortaleza. Se evaluó que los resultados de todos los ítems clasificados en global se desarrollaron como fortaleza.

Es importante mencionar que, en el año 2017, el ítem cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (P 11) obtuvo un 68.7%, clasificándolo como proceso para mejorar, pero comparativamente en el 2019 si cumple con un 78.5% para describirse como fortaleza.

**Tabla 15. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio (3):  
Dimensión «trabajo en equipo en la unidad/servicio» (P 1, 3, 4 y 11)**

	<b>Muy en desac/ en desacuerdo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>De acuerdo/ Muy de acuerdo %</b>
<b>El personal se apoya mutuamente (P 1).</b>			
2015	8.2	5.8	86.1
2017	9.2	6.1	84.4
2019	2.0	3.0	95.0
Global	6.5	5.0	88.5

---

**Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (P 3).**

2015	9.9	6.4	83.8
2017	13.0	11.5	85.6
2019	5.1	5.1	89.9
Global	9.1	7.6	85.3

---

**En esta unidad nos tratamos todos con respeto (P 4).**

2015	6.4	2.3	91.2
2017	6.9	3.1	90.0
2019	3.0	3.0	94.0
Global	5.4	2.8	91.8

---

**Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (P 11).**



2015	12.2	8.7	79.1
2017	14.5	16.8	68.7
2019	7.1	14.1	78.5
Global	11.3	13.2	75.4

	2015		2017		2019		Global	
	%	±	%	±	%	±	%	±
Respuestas positivas	85.0	0.6	82.2	1.3	89.3	1.0	85.5	0.8
Respuestas neutras	5.8	0.3	9.3	0.7	6.3	0.5	7.1	0.5
Respuestas negativas	9.1	0.3	10.9	0.4	4.3	0.2	8.1	0.4

### **Dimensión «Franqueza en la comunicación»**

Esta dimensión incluye 3 ítems sobre la comunicación interdisciplinaria que favorece la seguridad del paciente.

Según los resultados obtenidos en la tabla 16 podemos definir que hay un  $38.7\% \pm 2.2$  (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad a nivel de

unidad/servicio, en la dimensión franqueza en la comunicación, describiendo este apartado con un porcentaje inferior del 50% de preguntas directas, clasificándolo como una debilidad, promoviendo la oportunidad de mejorar procesos. Haciendo énfasis en el ítem Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (P 35) se evidencia que solo en el año 2019 (67.7%) reportó mayor porcentaje de respuestas positivas.

**Tabla 16. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio (4):  
Dimensión «franqueza en la comunicación» (P 35, 37 y 39)**

	<b>Nunca/ casi nunca %</b>	<b>A veces %</b>	<b>Casi siempre/ Siempre %</b>
<b>Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (P 35).</b>			
2015	14.5	25.6	59.8
2017	22.1	28.2	49.6
2019	5.0	27.3	67.7
Global	13.9	27.0	59.0

---

**El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (P 37).**

2015	46.5	32.6	20.9
2017	41.3	35.1	23.7
2019	37.4	35.4	27.3
Global	41.7	34.4	23.9

---

**El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (P 39).**

2015	44.2	40.1	15.7
2017	40.5	42.0	17.6
2019	55.6	27.3	17.2
Global	48.8	36.5	16.8

---

<b>Total dimensión:</b>	<b>2015</b>		<b>2017</b>		<b>2019</b>		<b>Global</b>	
	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>
Respuestas	32.1	2.7	30.3	1.9	53.6	2.1	38.7	2.2

---

---

positivas								
Respuestas	32.7	0.7	35.1	0.6	30.0	0.9	32.6	0.7
neutras								
Respuestas	35.0	2.0	34.6	1.2	16.5	1.1	28.7	1.4
negativas								

---

**Dimensión «Feed-back y comunicación sobre errores»**

Esta dimensión incluye 3 ítems sobre la comunicación de las fallas que afectan a la seguridad del paciente.

Según los resultados obtenidos en la tabla 17 podemos definir que hay un  $66.2\% \pm 1.6$  (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, en la dimensión retroalimentación y comunicación sobre errores, describiendo este apartado como la oportunidad de mejorar procesos. Resaltando que los resultados de las respuestas positivas para el año 2019 ( $77.8\% \pm 1.6$  global) lo definen como una fortaleza, en comparación con los años 2015 ( $59.2\% \pm 1.4$  global) 2017 ( $61.5\% \pm 1.8$ ) que lo clasifican como un proceso para mejorar.

**Tabla 17. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio (5): Dimensión «retroalimentación y comunicación sobre errores» (P 34, 36 y 38)**

Nunca/                      A                      Casi siempre/  
veces

	<b>casi nunca</b>	<b>%</b>	<b>Siempre</b>
	<b>%</b>		<b>%</b>
<hr/> <b>Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (P 34).</b>			
2015	21.0	28.5	50.5
2017	19.9	36.6	43.5
2019	12.1	22.2	65.7
Global	18.0	23.7	53.2

<hr/> <b>Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio (P 36).</b>			
2015	12.8	23.8	53.3
2017	10.0	19.1	71.0
2019	4.0	16.2	79.8
Global	9.9	19.7	68.0

<hr/> <b>En mi servicio discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (P 38).</b>			
--	--	--	--

2015	7.0	19.2	73.8
2017	8.4	21.4	70.2
2019	0.0	12.1	87.9
Global	5.1	17.6	77.3

---

	2015		2017		2019		Global	
	%	±	%	±	%	±	%	±
Respuestas positivas	59.2	1.4	61.5	1.8	77.8	1.6	66.2	1.6
Respuestas neutras	23.8	0.4	25.7	1.0	16.8	0.7	22.1	0.7
Respuestas negativas	13.6	0.7	12.7	0.7	5.4	0.8	10.6	0.9

---

### **Dimensión «Respuesta no punitiva a los errores»**

Esta dimensión incluye 3 ítems sobre la confianza en los compañeros que promueve la seguridad del paciente.

Según los resultados obtenidos en la tabla 18 podemos definir que hay un  $49.6\% \pm 1.5$  (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, en la dimensión respuesta no punitiva a los errores, describiendo este apartado con un porcentaje inferior del 50% de preguntas directas, clasificándose como una debilidad, promoviendo la oportunidad de mejorar procesos.

Resaltando que los resultados de las respuestas positivas para el año 2019 ( $58.9\% \pm 1.3$  global) lo definen como una oportunidad para mejorar procesos, en comparación con los años 2015 ( $45.1\% \pm 1.5$  global) y 2017 ( $44.8\% \pm 1.8$ ) que lo clasifican como una debilidad.

Es importante mencionar que en el año 2019 el ítem si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (P 8) reporto un 65.7% respuesta negativa, clasificándolo como proceso para mejorar.

Sin embargo, es importante resaltar que en el año 2017 los encuestados reportan en un 58.0% estar de acuerdo o muy de acuerdo, en el ítem cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (P 16), clasificándolo como una debilidad, promoviendo la oportunidad de mejorar procesos. De forma comparativa esta percepción presenta una disminución para el año 2019 en un 48.4%.

**Tabla 18. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio (6):**  
**Dimensión «respuesta no punitiva a los errores» (P. 8, 12 Y 16)**

Muy en desac/ en	Indiferente %	De acuerdo/ Muy de
------------------------	------------------	-----------------------

	desacuerdo %		acuerdo %
<b>Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (P 8).</b>			
2015	61.1	19.2	19.8
2017	58.8	15.3	26.0
2019	65.7	23.2	11.1
Global	61.9	19.2	18.9
<b>Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (P 12).</b>			
2015	46.0	12.8	41.3
2017	49.7	14.5	35.9
2019	62.6	13.1	24.2
Global	52.8	13.5	33.8
<b>Cuando se comete un error, el</b>			



**personal teme que eso quede en su**

**expediente (P 16).**

2015	28.4	12.8	41.3
2017	25.9	16.0	58.0
2019	30.4	15.2	48.4
Global	30.2	16.7	51.2

<b>Total</b>	<b>2015</b>		<b>2017</b>		<b>2019</b>		<b>Global</b>	
<b>dimensión:</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>
Respuestas positivas	45.1	1.5	44.8	1.8	58.9	1.3	49.6	1.5
Respuestas neutras	14.9	0.4	15.2	0.7	17.2	0.5	15.8	0.5
Respuestas negativas	33.9	2.0	39.9	1.8	21.9	2.0	33.9	1.9

### **Dimensión «Dotación de personal»**

Esta dimensión incluye 4 ítems sobre el desempeño laboral y la atención a los pacientes para evitar fallos en la seguridad del paciente.

Según los resultados obtenidos en la tabla 19 podemos definir que hay un  $55.7\% \pm 0.6$  (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, en la dimensión dotación del personal, clasificándose como oportunidad para mejorar procesos.

Resaltando que los resultados de las respuestas positivas para el año 2017 ( $49.4\% \pm 0.4$  global) tiene un puntaje menor del 50% de respuestas positivas clasificándose como debilidad, en comparación con los años 2015 ( $55.2\% \pm 0.6$  global) y 2017 ( $62.6\% \pm 0.8$ ) reportándose como un proceso para mejorar.

Se observa en el año 2019, que la pregunta inversa en el ítem en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (P 7), obtuvo un 75.8% de respuesta positivas, clasificándose como una fortaleza.

**Tabla 19. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio (7):  
Dimensión «dotación de personal» (P 2, 5, 7 y 14)**

	<b>Muy en desac/ en desacuerdo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>De acuerdo/ Muy de acuerdo %</b>
<b>Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (P 2).</b>			
2015	38.9	4.7	56.4

2017	45.8	6.1	48.1
2019	27.3	7.1	65.7
Global	37.3	6.0	56.7

---

**A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (P 5).**

2015	55.3	12.8	31.9
2017	53.5	21.4	25.2
2019	59.6	17.2	23.2
Global	56.1	17.1	26.8

---

**En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (P 7).**

2015	60.5	15.7	23.8
2017	48.9	22.1	29.0
2019	75.8	16.2	8.1

Global	61.7	18.0	20.3
<b>Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (P 14).</b>			
2015	48.8	11.0	40.1
2017	47.4	16.0	36.6
2019	49.5	22.2	28.3
Global	48.5	16.4	35.0

<b>Total</b>	<b>2015</b>		<b>2017</b>		<b>2019</b>		<b>Global</b>	
	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>
Respuestas positivas	55.2	0.6	49.4	0.4	62.6	0.8	55.7	0.6
Respuestas neutras	11.0	0.6	16.4	1.0	15.6	0.7	14.3	0.8
Respuestas negativas	33.6	2.2	34.1	1.1	21.7	1.3	29.8	1.5

Dimensión «Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente»

Esta dimensión incluye 3 ítems sobre la función de gerencia en la seguridad del paciente.

Según los resultados obtenidos en la tabla 20 podemos definir que hay un  $69.1\% \pm 0.7$  (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, en la dimensión apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, describiendo este apartado como la oportunidad de mejorar procesos.

Resaltando que los resultados de las preguntas directas para los años 2015 y 2019 presentaron un mayor porcentaje de ( $72.2\% \pm 1.0$  global) y ( $71.4\% \pm 0.5$  global) respectivamente, en comparación con el año 2017 donde las respuestas positivas fueron de ( $63.8\% \pm 0.7$ ).

Se evalúa que el ítem la dirección del ICB facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (P 23), reporto para los años 2015 y 2019 un (81.4%) y (86.9%) respectivamente de respuestas positivas, clasificándolo como fortaleza en comparación con el año 2017 donde obtuvo un (68.8%), identificado como un proceso para mejorar.

**Tabla 20. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio (8):**  
**Dimensión «apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente» (P 23, 30 y 31)**

<b>Muy en desac/ en desacuerdo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>De acuerdo/ Muy de acuerdo %</b>
--	--------------------------	---

---

**La dirección del ICB facilita**

---

**un clima laboral que favorece la  
seguridad del paciente (P 23):**

2015	11.6	7.0	81.4
2017	19.8	11.5	68.8
2019	6.0	7.1	86.9
Global	12.5	8.5	79.0

---

**La gerencia del ICB muestra  
con**

**hechos que la seguridad del  
paciente es una de sus prioridades  
(P 30)**

2015	15.1	12.2	72.6
2017	14.5	19.1	66.4
2019	10.1	17.2	72.7
Global	13.2	16.2	70.6

---

**La dirección del ICB sólo  
parece interesarse por la  
seguridad del paciente cuando ya  
ha ocurrido algún suceso adverso**

en un paciente (P 31).

2015	62.8	12.8	24.5
2017	56.2	19.1	23.6
2019	54.5	18.2	27.3
Global	57.8	16.7	25.1

<b>Total</b>	<b>2015</b>		<b>2017</b>		<b>2019</b>		<b>Global</b>	
<b>dimensión:</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>
Respuestas positivas	72.2	1.0	63.8	0.7	71.4	0.5	69.1	0.7
Respuestas neutras	10.6	0.3	16.5	0.5	14.2	0.8	13.8	0.5
Respuestas negativas	17.0	0.7	19.3	0.4	13.7	0.3	16.7	0.6

### 3.2.4 DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL INSTITUTO

Este apartado lo componen dos dimensiones, con cuatro ítems cada una. Los resultados detallados son los siguientes.

### **Dimensión «Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios»**

Según los resultados obtenidos podemos definir que hay un 66.1% ± 1.5 (global) de las respuestas positivas del resultado de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, en la dimensión trabajo en equipo entre unidades/servicios describiendo este apartado como la oportunidad de mejorar procesos.

Se destaca de los ítems propuesto en la tabla 21, el ítem («Las diferentes unidades del ICB no se coordinan entre ellas») (P24), que reporta un 49.2% (global) de respuestas positivas, clasificándose como debilidad.

**Tabla 21. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (1):  
Dimensión «trabajo en equipo entre unidades/servicios» (P 26, 32, 24 y 28)**

	<b>Muy en desac/ en desacuerdo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>De acuerdo/ Muy de acuerdo %</b>
<hr/> <b>Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente (P 26).</b>			
2015	19.7	12.8	66.5



2017	23.7	13.0	60.3
2019	21.2	13.1	65.7
Global	21.5	12.9	64.1

---

**Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (P 32).**

2015	14.0	12.8	73.3
2017	19.1	16.8	65.2
2019	10.1	10.1	79.8
Global	14.4	13.2	72.2

---

**Las diferentes unidades del ICB no se coordinan bien entre ellas (P 24).**

2015	51.2	12.2	36.7
2017	36.7	17.6	45.8
2019	59.6	18.2	22.2
Global	49.2	15.9	34.9

---

**Suele resultar incómodo tener  
que trabajar con personal de otros  
servicios (P 28).**

2015	75.1	23.3	5.3
2017	60.3	28.2	11.5
2019	78.8	16.2	5.1
Global	71.4	22.6	7.3

<b>Total</b>	<b>2015</b>		<b>2017</b>		<b>2019</b>		<b>Global</b>	
	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>
Respuestas positivas	66.5	1.5	55.6	1.8	70.1	1.3	66.1	1.5
Respuestas neutras	15.2	0.8	18.9	0.9	14.4	0.7	16.2	0.8
Respuestas negativas	18.9	1.3	25.7	1.4	14.6	1.5	19.7	1.6

**Dimensión «Problemas en cambios de turno y transición entre servicios»**

Según los resultados obtenidos en la tabla 22, el porcentaje total de respuestas positivas en esta dimensión es del 57.2% ±0.6 (global). Clasificándose como un proceso para mejorar.

Es importante resaltar que el ítem denominado, el intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (P 29), obtuvo un porcentaje de 63.0% (global), clasificándose en un proceso por mejorar a nivel institucional.

Para el 2019 a nivel global 66.6% ± 0.9 se evidenció que los 4 ítems están con un resultado clasificado como proceso para mejorar los procesos institucionales.

**Tabla 22. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (2):**  
**Dimensión «cambios de turno/transición entre servicios» (P 25, 27, 29 y 33)**

	<b>Muy en desac/ en desacuerdo %</b>	<b>Indiferente %</b>	<b>De acuerdo/ Muy de acuerdo %</b>
<b>La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde un servicio a otro (P 25).</b>			
2015	51.1	13.4	35.4
2017	45.8	17.6	36.7

2019	62.6	17.2	20.2
Global	53.2	16.1	30.7

---

**En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (P 27).**

2015	48.8	15.1	33.1
2017	46.6	30.5	26.8
2019	69.7	22.2	8.1
Global	50.0	22.6	22.6

---

**El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (P 29).**

2015	69.7	14.5	15.7
2017	53.5	22.1	24.4
2019	65.7	23.2	11.1
Global	63.0	19.9	17.1

---

**Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (P 33).**

2015	59.9	22.7	17.4
2017	45.0	30.5	24.4
2019	68.6	21.2	10.1
Global	57.9	24.8	17.3

<b>Total</b>	<b>2015</b>		<b>2017</b>		<b>2019</b>		<b>Global</b>	
<b>dimensión:</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>	<b>%</b>	<b>±</b>
Respuestas positivas	57.3	1.2	47.7	0.5	66.6	0.9	57.2	0.6
Respuestas neutras	16.4	0.6	25.1	0.7	22.9	0.2	21.5	0.3
Respuestas negativas	25.4	1.0	28.0	0.8	12.4	1.1	21.9	0.9

### **3.2.5 RESUMEN Y ANÁLISIS GLOBAL DE LAS DIMENSIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL CLIMA DE SEGURIDAD DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA**

#### **Fortalezas y debilidades identificadas**

Siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ (fortalezas si tienen carácter positivo > 75% de las respuestas, debilidades < 50% y oportunidades de mejora > 50% de las respuestas), se tienen las siguientes consideraciones.

Aparece globalmente como fortaleza las dimensiones

- «Aprendizaje organizacional/Mejora continua» con un  $81.5 \pm 0.2$ .
- «Trabajo en equipo dentro del servicio», con un  $85.5 \pm 0.8$ .

Los reportes de las dimensiones mencionadas corresponden a evaluaciones internas de cada área, sin embargo, las respuestas obtenidas indican que la mayoría de los problemas de seguridad se originan o están relacionados con instancias más externas.

La información obtenida en cuanto a ítems específicos señala como fortalezas 13 ítems:

- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia con un 85.8% de respuestas positivas.
- Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente con un 78.8% de respuestas positivas.
- Mi superior tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente con un 82.5% de respuestas positivas.

- Mi superior pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente con un 79.1% de respuestas negativas que lo definen como fortaleza.
- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente con un 82.7% respuestas positivas.
- Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo con un 85.8% respuestas positivas.
- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad con un 76.8% de respuestas positivas.
- El personal se apoya mutuamente con un 88.5% de respuestas positivas.
- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo con un 85.3% de respuestas positivas.
- En esta unidad nos tratamos todos con respeto con un 91.8% de respuestas positivas.
- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros con un 75.4% de respuestas de positivas
- En mi servicio discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir con un 77.3% de respuestas positivas.
- La dirección del ICB facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente con un 79.0% de respuestas positivas.

En relación a las oportunidades de mejora percibidas por los encuestados, hay 24 ítems:

- Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente con un 73.9% de respuestas positivas.
- Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente con un 69.1% de respuestas positivas.
- No se producen más fallos por casualidad con un 51.1% de respuestas positivas
- En esta unidad hay problemas relacionados con la Seguridad del paciente con un 55.4% de respuestas positivas.
- Mi superior expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente con un 70.7% de respuestas positivas.
- Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente con un 64.5% de respuestas positivas.
- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad con un 59.0% de respuestas positivas.
- Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo con un 53.2% de respuestas positivas.
- Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio con un 68.0% de respuestas positivas.
- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra con un 61.9% de respuestas positivas.



- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” con un 52.8% de respuestas positivas.
- Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente con un 51.2% de respuestas positivas.
- Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo con un 56.7% de respuestas positivas
- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora con un 56.1% de respuestas positivas.
- En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal con un 61.7% de respuestas positivas.
- La gerencia del ICB muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades con un 70.6% de respuestas positivas.
- La dirección del ICB sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente con un 57.8% de respuestas positivas.
- Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente con un 64.1% de respuestas positivas.
- Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible con un 72.2% de respuestas positivas.
- Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios con un 71.4% de respuestas positivas.

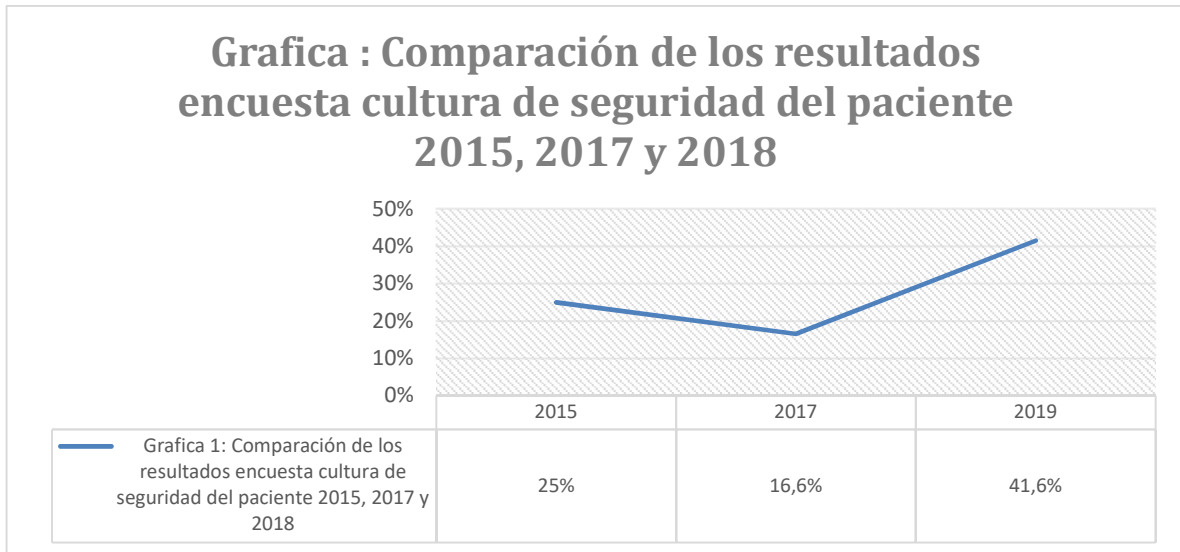
- La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde un servicio a otro con un 53.2% de respuestas positivas.
- En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente con un 50.0% de respuestas positivas
- El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático con un 63.0% de respuestas positivas.
- Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno con un 57.9% de las respuestas positivas.

En relación a las debilidades percibidas por los encuestados, hay 5 ítems:

- Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente con un 39.6% de respuestas positivas.
- El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores con un 41.7% de respuestas positivas.
- El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta con un 48.8% de respuestas positivas.
- Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa con un 48.5% de respuestas positivas.

- Las diferentes unidades del ICB no se coordinan bien entre ellas con un 49.2% de respuestas positivas.

**GRAFICAS DE TENDENCIAS.**



**ACTA ASISTENCIA SUSTENTACIÓN RESULTADOS**



Fecha de la capacitación	125 de abril	Hora de inicio	08:10
Hora de Finalización		Lugar	Sede Ambulatorio sala de juntas
Herramientas Utilizadas para la reunión	Video, Power Point		
Título o nombre de la capacitación y/o Reunión	Presentación resultados encuestas cultura seguridad del paciente		
Responsable			
Proceso que organice la Capacitación y/o Reunión	seguridad del paciente		
Objetivo:	Presentar los resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente		

**TEMAS QUE SE EXPONDRÁN EN LA CAPACITACIÓN Y/O REUNIÓN**  
 presentación de los resultados, fortalezas, procesos de mejora y debilidades

*[Firma]*  
Firma del Responsable

No.	Nombre	Cargo	Area	Firma
1	Catalina Espino Lopez	Directa Técnico	Farmacéutica	Catalina Espino L.
2	Andrés Eduardo García López	Coord. Tecnológica	Biocientífica	Andrés García
3	Lina María Díaz	Ejecutiva Acad.	H.D.S.-CS-PC	L. Díaz
4	Andrés Fuentes	Coord. ATO	ATU	Andrés Fuentes
5	Yolanda A. Fuentes	Coord. Investigación	Investigación	Yolanda Fuentes
6	Philippe Salgado Pinto	Auditor Médico	Auditoría	Philippe Salgado
7	Vivian Monreal	Coord. Sg. Rk	Atención	Vivian Monreal
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

**EVIDENCIA FOTOGRAFICA PRESENTACIÓN RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:**



**ANEXO 3: EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA:**

## BASE DE DATOS DESCRIPTIVA:

B1 FECHA DEL PROCEDIMIENTO								
A	B	C	D	E	F	G	H	I
#	FECHA DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE REVISIÓN	PACIENTE	CC	PROCEDIMIENTO(S)	PERSONAL DE ENFERMERÍA	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
1	10/01/2019	28/01/2019	graciana beltran de martinez	28016685	- INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS UNICAMERAL [378200(378201)(25125]	Cristian Pinto		Si
2	15/01/2019	28/01/2019	ana oliva estrada mazo	36455244	- INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS UNICAMERAL [378200(378201)(25125]	Natalia Rodriguez		Si
3	15/01/2019	28/01/2019	arturo schneider uribe l	2034747	- INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS BICAMERAL [378300(378301)(25125]	Karyn Arias		Si
4	22/01/2019	28/01/2019	natividad alvarez de camacho	28355721	- INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS BICAMERAL [378300(378301)(25125]	Diana Ortega		Si

## BASE DE DATOS CUALITATIVA

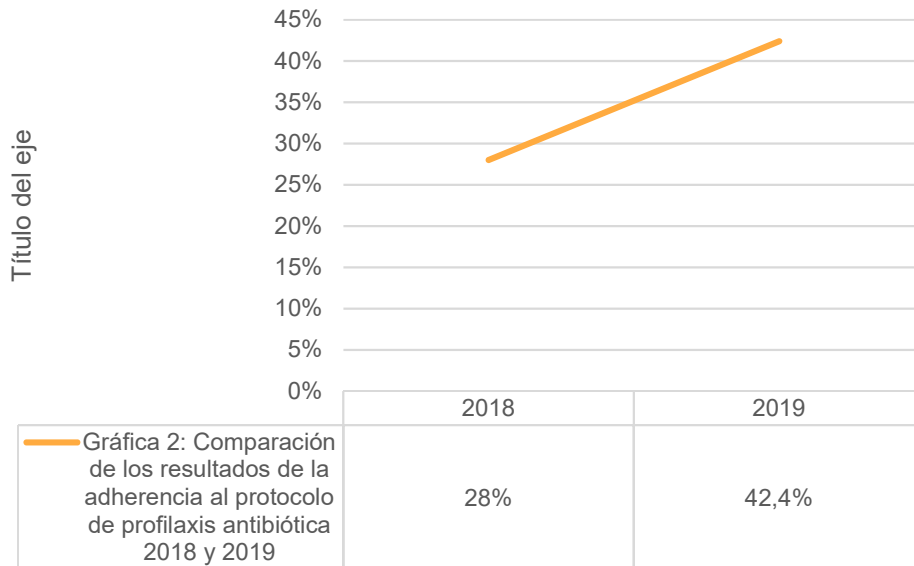
A	B	C	D	E	F	G	H	I
CASOS #	FECHA DEL PROCEDIMIENTO	CC	PROCEDIMIENTO(S)	ESTANCIA	TIEMPO ENTRE FINALIZACION DE LA ADMINISTRACION DE LA PROFILAXIS E INICIO DE LA INCISION	MEDICAMENTO ADMINISTRADO	MEDICAMENTO CORRECTO	DOSIS ADMINISTRADO
1	10/01/2019	5556846	INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS BICAMERAL	Ambulatorio	Menor 1 hora	Cefazolina	SI	2 Gr
2	10/01/2019	27939665	INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS BICAMERAL	Ambulatorio	Menor 1 hora	Cefazolina	SI	2 Gr
3	10/01/2019	91208619	INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS BICAMERAL	Hospitalario	Menor 1 hora	Cefazolina	SI	2 Gr
4	11/01/2019	27910846	PAQ-INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS BICAMERAL	Ambulatorio	Menor 1 hora	Cefazolina	SI	1 Gr
5	15/01/2019	323988	INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS	Hospitalario	Menor 1 hora	Cefazolina	SI	2 Gr
6	18/01/2019	88832	INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS	Ambulatorio	Menor 1 hora	Cefazolina	SI	1.5 Gr
7	18/01/2019	28330986	PAQ-INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS BICAMERAL	Ambulatorio	Menor 1 hora	Cefazolina	SI	1.5 Gr
8	18/01/2019	27919345	INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS	Hospitalario	Menor 1 hora	Cefalotina	NO	1.5 Gr
9	22/01/2019	63283046	INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS BICAMERAL	Ambulatorio	Mayor 1 hora	Cefazolina	SI	2 Gr
10	25/01/2019	27978761	EXPLANTE O ELIMINACION DE MARCAPASO // PAQ-INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS BICAMERAL	Ambulatorio	Menor 1 hora	Cefazolina	SI	2 Gr
11	25/01/2019	6748279	INSERCIÓN (IMPLANTACIÓN) DE MARCAPASOS BICAMERAL	Ambulatorio	Menor 1 hora	Cefazolina	SI	2 Gr

## BASE DE DATOS CODIFICADA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	CASOS #	FECHA DEL PROCEDIMIENTO	CC	PROCEDIMIENTO(S)	ESTANCIA	TIEMPO ENTRE FINALIZACION DE LA ADMINISTRACION DE LA PROFILAXIS E INICIO DE LA INCISION	MEDICAMENTO ADMINISTRADO	MEDICAMENTO CORRECTO	DOSIS ADMINISTRADA	DOSIS CORRECTA
1										
2	1	10/01/2019	5556846	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERAL	0	0	0	0	0	0
3	2	10/01/2019	27939665	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERAL	0	0	0	0	0	0
4	3	10/01/2019	91208619	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERAL	1	0	0	0	0	0
5	4	11/01/2019	27910846	PAQ-INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERAL	0	0	0	0	2	1
6	5	15/01/2019	323988	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERAL	1	0	0	0	0	0
7	6	18/01/2019	88832	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERAL	0	0	0	0	1	0
8	7	18/01/2019	28330986	PAQ-INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERAL	0	0	0	0	1	0

## GRAFICAS DE COMPARACIÓN:

Gráfica: Comparación de los resultados de la adherencia al protocolo de profilaxis antibiótica 2018 y 2019



**ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA A PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA:**

**ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN EL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGÍA**

Vivian Angélica Mancilla Jiménez

Coordinadora de Seguridad del Paciente



Sede Bucaramanga

Andrés Leonardo Alvarado Alvarado

Estudiante Práctica Electiva de Profundización

Enfermería UNAB

Abril 16 de 2019

Agradecimientos a la Facultad de Enfermería de la UNAB por facilitar el análisis estadístico  
de la base de datos

Fecha: Abril 12 de 2019.

Lugar: Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A.

Objetivo: Realizar la medición y comparación del grado de adherencia del personal médico y de enfermería, al protocolo de profilaxis antibiótica en procedimientos de adultos en el servicio de Electrofisiología en las sedes del ICB de la clínica Chicamocha y Foscal Internacional, en el primer trimestre del año 2019 y comparativo con el primer semestre del 2018.

Alcance: Aplica a los pacientes sometidos a procedimientos de inserción de dispositivo médico permanente de electrofisiología, en las sedes de Chicamocha y Foscal Internacional en

el período comprendido desde el 1° de enero hasta 30 de marzo de 2019 y comparativo con los resultados obtenidos desde el 1 de enero hasta 30 de junio de 2018. Los dispositivos médicos incluidos son los identificados con los siguientes códigos:

- 378300(378301) /25125: Inserción [implantación] de marcapasos bicameral.
- 378200(378201) /25125: Inserción [implantación] de marcapasos unicameral.
- C-378300 E (0) /0: Explante más implante de marcapaso definitivo bicameral - paquete.
- C-378200(378201) /0: Inserción [implantación] de marcapasos unicameral
- C-378401(378401) /0: Inserción [implantación] de resincronizador cardíaco.
- C-378300(378301) /0: Inserción [implantación] de marcapasos bicameral.
- HD3783006/0: Implante de cardiodesfibrilador bicameral incluye insumo.
- HD378300F/0: Implante de cardioresincronizador (incluye insumo).
- 379401-/D: Implante de cardioversor/desfibrilador actividad.
- I379401/0: Implante de cardiodesfibrilador.

Metodología: Se realiza la captación en el software (Clinic On Line) del Instituto del Corazón de Bucaramanga y se filtran los procedimientos incluidos en la lista del alcance, obteniendo 38 procedimientos en la sede Chicamocha y 28 procedimientos en la sede FOSCAL Internacional, para un total de 66 historias clínicas. El análisis del primer semestre del 2018 fue con 70 procedimientos para la sede Chicamocha y 55 para la sede FOSCAL Internacional para un total de 125 historias clínicas electrónicas (Tabla 1).

Se aclara que el volumen de procedimientos e historias clínicas obtenidas es mayor para el primer semestre del año 2018 debido a que el tiempo de recogida de la muestra fue de 6 meses para este año, en comparación con 3 meses para el año 2019.

Para la medición del nivel de adherencia a esta práctica, se realizó la revisión de los registros del personal de enfermería adjuntados en las historias clínicas del sistema software, los criterios a evaluar fueron el esquema de medicamento correcto, dosis correcta, volumen de dilución, velocidad de infusión y tiempo transcurrido entre final de la administración del antibiótico e inicio de la incisión quirúrgica según lo establecido en el documento IN.15-013 Protocolo de Profilaxis Antibiótica.

**Tabla 1: Numero de encuestas por sedes**

Sede	2018		2019	
	n	%	n	%
Chicamocha	70	56.0	38	57.5
FOSCAL Internacional	55	44.0	28	42.5
Total	125	100	66	100

### **RESULTADOS SEDE CHICAMOCHA Y FOSCAL INTERNACIONAL (2018-2019)**

Se evaluaron los procedimientos anteriormente descritos en el apartado de alcance, en las notas asistenciales tomadas de la historia clínica electrónica de los pacientes.

En la tabla 2 para el año 2019 a nivel global se percibió que el número de 34 pacientes (51.5%) se encontraban en estancia hospitalaria antes de realizar el procedimiento de electrofisiología en comparación con el número de 32 pacientes (48.5%) con estancia ambulatoria. En la descripción por sedes se evidencio que para FOSCAL Internacional el mayor número y porcentaje (n: 16, 57.1%) de pacientes estuvieron hospitalizados antes del procedimiento y en la sede Chicamocha (n: 20, 52.6%) fueron los ambulatorios.

**Tabla 2: descripción de la estancia de los pacientes 2019.**

Estancia	FOSCAL		Chicamocha		Global	
	Internacional					
	n	%	n	%	n	%
Ambulatorio	12	42.9	20	52.6	32	48.5
Hospitalario	16	57.1	18	47.4	34	51.5
Total	28	100	38	100	66	100

**Porcentaje de cumplimiento de la aplicación de dosis intraquirúrgica**

El tiempo para el cumplimiento en la administración de la profilaxis antibiótica se toma respecto al tiempo final de la administración del antibiótico y el inicio de la incisión quirúrgica, que debe ser con un tiempo mayor a 10 minutos y menor 1 hora en relación a la hora de inicio de la incisión quirúrgica.

Para el año 2018 en la clínica Chicamocha el 21% (n: 20) cumplieron con el tiempo de aplicación de dosis intraquirúrgica y este porcentaje aumento en el 2019 a un 86.8% (n: 33). El 13.2% (n: 5) no cumplieron con el tiempo de administración.

En el año 2018 en la Clínica FOSCAL Internacional, el 27% (n: 15) cumplieron con el tiempo de aplicación de dosis intraquirúrgica y este aumento al 82.1% (n: 23) en el 2019. El 17.9% (n: 5) no cumplió con el tiempo de administración.

Según los resultados obtenidos en el 2019 se pueden evidenciar que respecto a los resultados del año 2018, ha aumentado en un 56.5% el grado de adherencia en el tiempo de la administración intraquirúrgica.

**Tabla 3: Porcentaje de cumplimiento de la aplicación de dosis intraquirúrgica.**

Año/sede	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>2018</b>						
Chicamocha	20	<b>29.0</b>	50	71.0	70	100
Fosca Internacional	15	<b>27.0</b>	40	73.0	55	100
<b>2019</b>						
Chicamocha	33	<b>86.8</b>	5	13.2	38	100
Foscal	23	<b>82.1</b>	5	17.9	28	100

### **Porcentaje de cumplimiento para el tiempo de administración del antibiótico 2019**

A continuación se especifica el tiempo de aplicación de la dosis intraquirúrgica por cada medicamento en el año 2019, según lo establecido en el protocolo institucional de profilaxis antibiótica. El tiempo de la dosis intraquirúrgica debe ser menor de 1 hora para los antibióticos cefazolina, cefepime y clindamicina; y menor de 2 horas para los antibióticos vancomicina y amikacina. (Tabla 4).

#### **Resultados para FOSCAL Internacional:**

- **Cefazolina:** De un total de 14 administraciones, el 78.5% (n: 11) cumplió con el tiempo establecido por el protocolo, el 14.2% (n: 2) no cumplió con el tiempo establecido y corresponden a las historias clínicas # 1975451 y 5546816 cuyo tiempo fue mayor de 1 hora. En la historia clínica # 2019275 no describe la hora del inicio de la incisión y corresponde al 7.1% (n: 1).
- **Cefepime más clindamicina:** Para un total de 2 administraciones, el 50% (n: 1) cumplió con el tiempo establecido por el protocolo. El 50% (n: 1) no cumplió con el tiempo y es la historia clínica # 28355721 cuyo tiempo fue mayor de 1 hora.
- **Vancomicina más amikacina:** Para un total de 8 administraciones, el 100% (n: 8) cumplió con el tiempo establecido por el protocolo.

- **Cefepime:** De un total de 2 administraciones, el 50% (n: 1) cumplió con el tiempo establecido por el protocolo y 50% (n: 1) no cumplió con el tiempo de administración corresponde a la historia clínica # 36455244 cuyo tiempo fue mayor de 1 hora.

**Resultados para la sede Chicamocha:**

- **Cefazolina:** De un total de 29 administraciones, el 89.7% (n: 26) cumplió con el tiempo establecido por el protocolo y el 10.3% (n: 3) no cumplió con el tiempo y corresponde a las historias clínicas # 63283046, 2112785 y 941312 cuyo tiempo fue mayor de 1 hora.

- **Cefepime más clindamicina:** De 4 administraciones, el 75% (n: 3) cumplió con el tiempo establecido y el 25% (n: 1) no cumplió y corresponde a la historia clínica # 27781591 cuyo tiempo fue mayor de 1 hora.

- **Vancomicina más amikacina:** Para un total de 4 administraciones, el 75% (n: 3) cumplió con el tiempo establecido y el 25% (n: 1) no cumplió con el tiempo establecido y corresponde a la historia clínica # 37805648 cuyo tiempo fue mayor de 2 horas.

**Tabla 4: Porcentaje de aplicación de la dosis intraquirúrgica por medicamento 2019.**

Medicamento y tiempo	FOSCAL		Chicamocha		Global	
	Internacional					
	N	%	n	%	n	%
<hr/>						
Cefalotina						
Menor 1 hora	1	100	1	100	2	100

Mayor 1 hora	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<hr/>						
Cefazolina						
Menor 1 hora	11	78.5	26	89.7	37	86.0
Mayor 1 hora	2	14.2	3	10.3	5	11.6
Sin registro hora de incisión	1	7.1	0	0.0	1	2.3
<hr/>						
Cefepime y clindamicina						
Menor 1 hora	1	50.0	3	75.0	4	66.6
Mayor 1 hora	1	50.0	1	25.0	2	33.3
<hr/>						
Vancomicina y amikacina						
Menor 2 horas	8	100	3	75.0	11	91.6
Mayor 2 horas	0	0.0	1	25.0	1	8.4
<hr/>						
Vancomicina						
Menor 2 horas	1	100	0	0.0	1	100
Mayor 2 horas	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<hr/>						
Cefepime						



Menor 1 hora	1	50.0	0	0.0	1	50.0
Mayor 1 hora	1	50.0	0	0.0	1	50.0

---

### **Porcentaje de aplicación de la dosis intraquirúrgica global**

En el año 2018 se evidencia que el 28% (n: 35) cumple con el tiempo de administración de la dosis intraquirúrgica global y este porcentaje aumentó en el 2019 a un 84.8% (n: 56). El 15.1% (n: 10) no cumple con el tiempo establecido en el 2019.

**Tabla 5: Porcentaje de aplicación de la dosis intraquirúrgica global.**

Cumplimiento	2018		2019	
	N	%	n	%
Cumple	35	28.0	56	84.8
No cumple	90	72.0	10	15.1

---

### **Porcentaje de cumplimiento en el medicamento adecuado de profilaxis antibiótica**

Los resultados obtenidos para el 2018 en la clínica Chicamocha en cuanto a la administración del medicamento adecuado para profilaxis antibiótica, evidencian que el 93% (n: 65) cumplió con el protocolo y este porcentaje aumento para el 2019 a un 97.4% (n: 37). El 2.6% (n: 1) no cumplió con la administración del medicamento adecuado.

Para FOSCAL Internacional en cuanto a la administración del medicamento adecuado en el 2018 fue del 80% (n: 44) y este porcentaje aumentó al 85.7% (n: 24) en el 2019. El 14.3% (n: 4) no cumplió con la administración del medicamento adecuado. (Tabla 6).

**Tabla 6: Porcentaje de administración de medicamento correcto**

Año/sede	Cumple		No cumple		Total	
	n	%	n	%	n	%
<hr/>						
2018						
Chicamocha	65	93.0	5	7.0	70	100
Foscal	44	80.0	11	20.0	55	100
Internacional						
<hr/>						
2019						
Chicamocha	37	97.4	1	2.6	38	100
Foscal	24	85.7	4	14.2	28	100
Internacional						
<hr/>						

### **Antibióticos administrados**

En la tabla 7 se determina la tendencia de administración por cada medicamento, según el protocolo de profilaxis antibiótica, los medicamentos que se deben administrar son cefazolina para pacientes ambulatorios u hospitalizados menor a 5 días, vancomicina + amikacina para

pacientes hospitalizados mayores de 5 días y cefepime + clindamicina para los pacientes que presentan una tasa de depuración de creatinina (DCr) inferior de 50 mililitros/minuto.

Para el año 2018 en la Clínica Chicamocha, el porcentaje de medicamentos utilizados para la profilaxis antibiótica fue de 63% (n: 44) para cefazolina, 17% (n: 12) para vancomicina más amikacina, 7% (n: 5) para cefepime más clindamicina, 3%(n: 2) para clindamicina, 3% (n: 3) para clindamicina más cefepime, 1% (n: 1) para cefepime, 1% ( n: 1) para clindamicina más amikacina, 1% (n: 1) para piperacilina más tazobactam y el 1% (n: 1) para vancomicina.

En la Clínica FOSCAL Internacional, el porcentaje de medicamentos utilizados para la profilaxis antibiótica fue: 38% (n: 21) para vancomicina y amikacina, 33% (n: 18) para cefazolina, 18% (n: 10) para cefepime más clindamicina, 4% (n: 2) para vancomicina, 2% (n: 1) para cefazolina más amikacina, 2% (n: 1) para cefepime, 2% (n: 1) para clindamicina y el 2% (n: 1) para vancomicina más cefazolina.

Para el año 2019 los resultados obtenidos para FOSCAL Internacional, evidencio que la profilaxis antibiótica con cefalotina obtuvo un porcentaje de 3.6% (n: 1) que corresponde a la historia clínica # 6076672. Según el protocolo el uso de este medicamento no está indicado en la profilaxis antibiótica.

Con relación al porcentaje de administración para cada uno de los medicamentos del protocolo, se evidencian los siguientes resultados, para el medicamento cefazolina fue del 50% (n: 14), para cefepime más clindamicina el 7.1% (n: 2), para vancomicina más amikacina 28.9% (n: 8), para el cefepime 7.1% (n: 2) y para vancomicina fue de 3.6% (n: 1).

Teniendo en cuenta la dosis de administración, para los medicamentos de vancomicina y cefepime no combinada con clindamicina y amikacina respectivamente, se evidencia una administración incorrecta en la historia clínica # 28467975, ya que solo se le administró vancomicina y en las historias clínicas # 28016685 y 36455244 solo cefepime.

Para clínica Chicamocha la profilaxis antibiótica con el medicamento cefalotina, evidencia un porcentaje de 2.6% (n: 1), según el protocolo de profilaxis antibiótica el uso de este medicamento no está indicado y corresponde a la historia clínica #27919345, para cefazolina fue el 76.3% (n: 29), para cefepime más clindamicina el 10.5% (n: 4), para vancomicina más amikacina 10.5% (n: 4).

**Tabla 7: Comparativo de antibióticos administrados 2018-2019.**

Antibiótico	FOSCAL		Chicamocha		Global	
	Internacional					
	n	%	n	%	n	%
<hr/>						
2018						
Cefazolina	18	33.0	44	63.0	62	49.6
Cefepime y clindamicina	10	18.0	6	8.0	16	12.8
Vancomicina y amikacina	21	38.0	5	7.0	26	20.8

Vancomicina		2	4.0	1	1.0	3	2.4
Cefepime		1	2.0	1	1.0	2	1.6
Clindamicina	y	0	0.0	1	1.0	1	0.8
amikacina							
Piperacilina tazobactam		0	0.0	1	1.0	1	0.8
Clindamicina		1	2.0	2	3.0	3	2.4
<hr/>							
2019							
Cefalotina		1	3.6	1	2.6	2	3.0
Cefazolina		14	50.0	29	76.3	43	65.2
Cefepime	y	2	7.1	4	10.5	6	9.1
clindamicina							
Vancomicina	y	8	28.6	4	10.5	12	18.2
amikacina							
Vancomicina		1	3.6	0	0.0	1	1.5
Cefepime		2	7.1	0	0.0	2	3.0
<hr/>							

**Porcentaje de dosis administradas por cada antibiótico**

En el protocolo de profilaxis antibiótica la dosis de cefazolina va según el peso, entre 40-59 kg la dosis debe ser de 1.5 gramos, de 60-119 kg la dosis debe ser de 2 gramos y mayor de 120 kg la dosis es 3 gramos; para cefepime más clindamicina debe ser de 2 gramos y 900 miligramos; para vancomicina más amikacina debe ser de 15 miligramos por el peso.

En la tabla 8, los resultados obtenidos para FOSCAL Internacional demuestran que para cefalotina se administró solo una vez, con una dosis de 2 gramos, para cefazolina el 78.6% (n: 11) fue de 2 gramos, para cefepime más clindamicina el 50% (n: 1) de la dosis fue de 2 gramos y 900 miligramos,

Para el protocolo de vancomicina más amikacina, la dosis más usada fue de 1 gramo para vancomicina y 1 gramo para amikacina, con un 62.5% (n: 5).

Para el medicamento vancomicina el 100% (n: 1) fue de 1 gramo y para cefepime el 100% (n: 2) fue de 2 gramos.

En FI no hay adherencia al protocolo en cuanto a las dosis de antibiótico en las siguientes historias clínicas: #28355721, #2200455, #5551152, #60283454, #28167492, #4316236, #2176292, #2207589 y #49651204.

En la clínica Chicamocha se reportó que la cefalotina se administró solo una vez, con una dosis de 1.5 gramos, para cefazolina el 75.9% (n: 22) fue de 2 gramos,

Para el medicamento cefepime más clindamicina el 100% (n: 4) de la dosis es de 2 gramos y 900 miligramos; para vancomicina más amikacina la dosis más usada fue de 1 gramo y 1 gramo con un 50% (n: 2) solo hubo una dosis correcta que fue de 780 miligramos y 780 miligramos,

No hay adherencia al protocolo en cuanto a las dosis de antibiótico en las siguientes historias clínicas: # 27910846, #37805648, #91260160 y #28376002.

**Tabla 8: Antibióticos y dosis administradas 2019**

Medicamento y tiempo	FOSCAL		Chicamocha		Global	
	Internacional					
	n	%	n	%	n	%
<hr/>						
Cefalotina						
2 gramos	1	100	0	0.0	1	100
1.5 gramos	0	0.0	1	100	1	100
<hr/>						
Cefazolina						
2 gramos	11	78.6	22	75.9	33	76.7
1.5 gramos	3	10.3	6	20.7	9	20.9
1 gramo	0	0.0	1	3.4	1	2.3
<hr/>						
Cefepime y clindamicina						
2 gramos y 900 miligramos	1	50.0	4	100	5	83.3
2 gramos y 600 miligramos	1	50.0	0	0.0	1	16.7
<hr/>						

Vancomicina	y						
amikacina							
1 gramo y 1 gramo		5	62.5	2	50.0	7	58.3
1 gramo y 720		1	12.5	0	0.0	1	8.3
miligramos							
750 miligramos y 350		1	12.5	0	0.0	1	8.3
miligramos							
780 miligramos y 780		0	0.0	1	25.5	1	8.3
miligramos							
1 gramo y 600		1	12.5	0	0.0	1	8.3
miligramos							
1.5 gramos y 1.5 gramos		0	0.0	1	25.5	1	8.3
Vancomicina							
1 gramo		1	100	0	0.0	1	100
Cefepime							
2 gramos		2	100	0	0.0	2	100

**Porcentaje cumplimiento del volumen de dilución correcto 2019**



Los resultados obtenidos en la tabla 9 para FOSCAL Internacional, evidencia el cumplimiento correcto del volumen de dilución que sería del 96.4% (n: 27) y el 3.6% (n: 1) de no cumplimiento para el volumen de dilución según el protocolo de profilaxis antibiótica. Para la clínica Chicamocha sería el cumplimiento del 100% (n: 38).

**Tabla 9: Porcentaje cumplimiento del volumen de dilución correcto 2019.**

Sede	Cumple		No cumple		Total	
	n	%	n	%	n	%
FOSCAL Internacional	27	96.4	1	3.6	28	100
Chicamocha	38	100	0	0.0	38	100
Global	65	98.5	1	1.5	66	100

**Porcentaje cumplimiento de velocidad de infusión correcto 2019**

Los resultados obtenidos en la tabla 10 para la FOSCAL Internacional evidencian el cumplimiento de velocidad de infusión correcta del 71.4% (n: 20) y el 28.6% (n: 8) no cumple con la velocidad de infusión. Para la clínica Chicamocha el cumplimiento es del 57.9% (n: 22) y el 42.1% (n: 16) no cumple con la velocidad de infusión.

**Tabla 10: Porcentaje cumplimiento de velocidad de infusión correcto 2019**

Sede	Cumple	No cumple	Total
------	--------	-----------	-------

	n	%	n	%	n	%
FOSCAL Internacional	20	71.4	8	28.6	28	100
Chicamocha	22	57.9	16	42.1	38	100
Global	42	63.3	24	36.4	66	100

**Criterios para la administración de cefepime y clindamicina según depuración de creatinina (DCr)**

Según el protocolo de profilaxis antibiótica el uso de cefepime y clindamicina es relevante a la tasa de depuración de creatinina sérica, que se utiliza cuando el paciente tiene un DCr menor a 50 mililitros minutos. En la tabla 11 para FOSCAL Internacional se evidencia que 3 pacientes tenían ese resultado en la HC y en la sede Chicamocha lo tenían (n: 4) pacientes. En Foscil internacional un (1) paciente no tenía esta información. Para el resto de pacientes, en FI (85.7%) y en Chicamocha el 89.5% no aplica esta información.

**Tabla 11: Criterios para la administración de cefepime y clindamicina según DCr 2019.**

Sede	Con datos		Sin datos		No aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
FOSCAL Internacional	3	10.7	1	3.6	24	85.	28	10
					7		0	

Chicamocha	4	10.5	0	0.0	34	89.	38	10
						5		0
Global	7	10.6	1	1.5	58	87.	66	10
						9		0

### Cumplimiento global del protocolo de profilaxis antibiótica 2019

En la tabla 12 se presenta el cumplimiento global del protocolo de profilaxis antibiótica institucional con los parámetros anteriormente descritos en la metodología, que son medicamento correcto, dosis correcta, tiempo intraquirúrgico, velocidad de infusión y volumen de dilución.

Los resultados obtenidos para FOSCAL Internacional son del 39.3% (n: 11) de cumplimiento y de 60.7% (n: 17) de no cumplimiento, para clínica Chicamocha se reportó el 44.7% (n: 17) de cumplimiento y el 55.3% (n: 38) de no cumplimiento. A nivel global el 42.4% (n: 28) cumple la totalidad del protocolo de profilaxis antibiótica.

**Tabla 12: Cumplimiento global del protocolo de profilaxis antibiótica 2019**

Sede	Cumple		No cumple		Total	
	n	%	n	%	n	%
FOSCAL Internacional	11	39.3	17	60.7	28	100
Chicamocha	17	44.7	21	55.3	38	100

Global	28	42.4	38	57.6	66	100
--------	----	------	----	------	----	-----

---

### **Cumplimiento del diligenciamiento correcto de las notas asistenciales**

Los resultados obtenidos para FOSCAL Internacional son 78.5% (n: 22) de cumplimiento y el 21.4% (n: 6) de no cumplimiento, para clínica Chicamocha presentó 97.3% (n: 37) de cumplimiento y el 2.6% (n: 1) de no cumplimiento. A nivel global el 89.3% (n: 59) cumple el diligenciamiento correcto de las notas asistenciales.

**Tabla 13: Cumplimiento del diligenciamiento correcto de las notas asistenciales.**

Sede	Cumple		No cumple		Total	
	n	%	n	%	n	%
FOSCAL Internacional	22	78.5	6	21.4	28	100
Chicamocha	37	97.3	1	2.6	38	100
Global	59	89.3	7	10.7	66	100

---

### **Conclusiones 2019**

- Se analizaron 66 historias clínicas del primer trimestre.
- A nivel global 34 pacientes (51.5%) eran pacientes hospitalizados y 32 pacientes (48.5%) eran ambulatorios.

- El tiempo para el cumplimiento en la administración de la profilaxis antibiótica se toma respecto al tiempo final de la administración del antibiótico y el inicio de la incisión quirúrgica, que debe ser con un tiempo mayor a 10 minutos y menor 1 hora en relación a la hora de inicio de la incisión quirúrgica. En el 2019 se pueden evidenciar que respecto a los resultados del año 2018, que ha aumentado en un 56.8% el grado de adherencia en el tiempo de la administración de la profilaxis, pasando de un 28% (n: 35) del 2018 a un 84.8% (n:56) en el 2019.
- El cumplimiento global para la administración de la Cefazolina menor a 1 hora fue del 86%.
- El porcentaje global de cumplimiento con el tiempo de administración de la Vancomicina más amikacina menor a 2 horas fue del 91.6 %
- La cefalotina no está indicado en la profilaxis antibiótica.
- El cumplimiento global para el volumen de dilución del antibiótico es del 98.5%.
- El cumplimiento global en la velocidad de infusión es del 63.3%.
- El cumplimiento global del protocolo de profilaxis antibiótica institucional con los parámetros anteriormente descritos en la metodología, que son medicamento correcto, dosis correcta, tiempo intraquirúrgico, velocidad de infusión y volumen de dilución, solo el 42.4% (n: 28) cumple la totalidad del protocolo de profilaxis antibiótica.

#### **Recomendaciones teniendo en cuenta el protocolo de profilaxis antibiótica:**

- El médico hospitalario debe verificar el peso del paciente el día del procedimiento, para calcular la dosis exacta del antibiótico.

- El personal de enfermería de preparación de pacientes, debe pesar al paciente cuando ingresa al servicio.
- Las notas de enfermería deben ampliar la información en cuanto incluir el nombre del medicamento a administrar con su hora de inicio y la hora de finalización.
- Las notas de enfermería deben incluir los antecedentes del paciente específicamente cuando tiene enfermedad renal.
- En caso de pacientes hospitalizados, las notas médicas y las notas de enfermería deben incluir como antecedente los días previos de hospitalización.
- El personal médico y de enfermería que realizan la administración de la profilaxis antibiótica, debe coordinar con el médico electrofisiólogo la hora exacta de la intervención, para que el tiempo de administración se cumpla y sea mayor a 10 minutos y menor a una hora respecto al inicio de la incisión.
- El personal de enfermería de preparación del paciente o de salas, deben registrar la administración de la profilaxis en la nota de enfermería y verificar con la hoja de gastos que coincida el nombre del antibiótico.
- La velocidad y el volumen adecuado de infusión del antibiótico, permiten una administración segura del medicamento y es un punto clave para evitar la flebitis química.

Finalmente se informa que todos los errores identificados durante esta evaluación de adherencia, como errores en la dosis, velocidad o medicamento fueron reportados en el software

de seguridad del paciente y enviados a la coordinadora de cardiología intervencionista, médico electrofisiólogo y auditora médica para el respectivo análisis.