

PLAN DE MEJORAMIENTO 2017-2

Presentado por:
Nelly Carolina Álvarez Mejía
Enfermera PEP en formación

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de Enfermería
Bucaramanga 2017 – 1
PLAN DE MEJORAMIENTO 2017-2

Presentado por:
Nelly Carolina Álvarez Mejía
Enfermera PEP en formación

Presentado a:
Clara Inés Padilla
Tutora, Enf. Mg. Docente Programa Enfermería

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de Enfermería
Bucaramanga 2017 – 1

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad en el paciente ha tomado un papel importante en la prestación de servicios sanitarios debido a que fundamenta la calidad en el cuidado mostrando la integralidad del paciente en el sistema ¹. La seguridad en el paciente ha sido definida por diferentes organizaciones, entre ellas; el Ministerio de Salud Colombiano refiriendo que “La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, proceso, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias” ² así mismo la Organización Mundial de la salud expresa “La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria donde hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud” ³ ambas poniendo como pilar la reducción en eventos que alteren los procesos de cuidado en los pacientes.

El paciente en atención tiene riesgos latentes causales de daños en el paciente que inician desde su ingreso hasta el egreso de una institución los cuales están asociados en primer lugar al cuidado prestado por los profesionales de la salud, seguido por las condiciones del entorno sanitario y el personal administrativo ^{1,4}, estos riesgos son clasificados en eventos adversos, eventos centinelas e incidentes, definidos como: “Lesión o daño, no intencional causada al paciente por la intervención asistencial ejecutada con o sin error y no originada por la patología de base” , “Está presente la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter

permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente del estilo de vida” , “Situación en la que la intervención médico-asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna” respectivamente ⁴. Si bien, estos riesgos y daños asociados a l asistencia de salud son reconocidos como innecesarios y altamente importante para la evaluación y el logro de calidad en el servicio, la reducción de costos y el bienestar integral del paciente-familia ⁵.

De este modo para las instituciones y organizaciones de salud es relevante la evolución permanente y proactiva de los cuidados a través de la investigación y practica basa en la evidencia que reduzcan en modo directo estos riesgos⁶ para ello cada una presta sus servicios bajo la orientación de una programa de seguridad en el paciente, en donde protocolizan los lineamientos institucionales, las metas para garantizar atención humanizada y de calidad, además todas las instituciones Colombianas deben acogerse a las guías emitidas por el ministerio de salud y protección de “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de salud”, las investigaciones han demostrado que la implementación de estos protocolos mejora la atención, el bienestar y la respuesta positiva del paciente y su familia ante los procesos de salud-enfermedad, además es importante tener en cuenta que en su mayoría son los profesionales de Enfermería quienes dirigen, controlan y difunden la promoción de estas actividades².

El programa de Enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga busca alcanzar la formación de profesionales idóneos a través de las diferentes alianzas con entidades prestadoras y promotoras de servicios desde las diferentes aéreas de enfoque, entre ellas con ESE ISABU

y el Hospital Local del Norte en el programa de seguridad del paciente, donde esta implementada la política de seguridad bajo el enfoque de la guía de buenas prácticas que incluye: Identificación de pacientes, Medicamento seguro, Atención limpia y segura, Piel sana, Prevención de caídas, Cirugía segura, Comunicación efectiva, Binomio madre-hijo, Consentimiento Informado y Prevención de complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de hemoderivados ⁷ de esta forma el Enfermero en formación bajo la práctica electiva de profundización (PEP) tiene la oportunidad de apoyar el mejoramiento de procesos que propician la seguridad en el paciente, desde la supervisión, auditoria, evaluación y educación con el personal minimizando los riesgos y daños.

Por ello este trabajo tiene como propósito fortalecer los procesos de seguridad del paciente enfocado en la adherencia y práctica de protocolos para mejorar la calidad del cuidado a través de un plan de mejoramiento.

2. JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad del paciente ha tomado un papel de alta importancia en las instituciones prestadoras de servicio, porque reflejan la calidad en el cuidado ante el público, la cultura de seguridad del paciente ha ido definiendo estándares para la atención de los pacientes enmarcados en la creación de un sistema de competencia entre las diferentes instituciones. Debido al nivel de competitividad creado en cada institución, se revela la urgencia de mostrar y soportar resultados ligados a la excelencia del cuidado. Estos resultados se obtienen en base a la ejecución procesos investigativos-administrativos que valoren, identifiquen y evalúen la situación real, abarcando; fortalezas y necesidades de la práctica del cuidado ⁸

En el ambiente internacional se conocen diferentes organizaciones y comisiones enfocadas en el establecimiento de programas evaluativos de la calidad de cuidado en el paciente. Entre ellos es importante estar el trabajo establecido por la Organización mundial de la salud (OMS), la organización Panamericana de la salud (OPS) y *The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHCO) en donde se tiene por objetivo común la promoción de la prestación de servicios al usuario bajo procesos de seguridad y calidad, resolviendo las necesidades existentes y demandadas. Los parámetros establecidos por estas organizaciones son el cumplimiento de los planes y política de cuidado práctica, la actualización de las guías y protocolos de acuerdo al avance en la ciencia y el manejo adecuados de los recursos para asegurar la continuidad del servicio. Además, de establecer promover estos procesos

evaluativos, defienden el bienestar el usuario, aumentado el interés en la reducción de riesgos y por ende de eventos adversos que afecten la integridad del paciente ⁹.

Los efectos o acontecimientos adversos son los daños que suceden durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad por lo cual intervienen directamente en la evaluación de la calidad de cada uno de los servicios prestados. Sin embargo los eventos adversos son evitable a través de la implementación de estrategias adecuadas tal como; planes de mejoramiento, políticas de seguridad, e investigaciones del área.

Con la implementación de estas estrategias las instituciones buscan reducir la complejidad mediante la disminución del número de actuaciones requeridas para el proceso y acortando los tiempo de ejecución, unificándolos, la protocolización de actuaciones con elementos de ayuda a su aplicación, como *checklists*, que disminuyan la variabilidad individual y no depender sólo de la memoria para la toma de decisiones y la utilización de tecnologías que aporten una ayuda efectiva en la aplicación de los protocolos, disponibilidad de información y que no generen complejidad añadida ¹⁰

En consecuencia la práctica electiva de profundización de la Universidad Autónoma de Bucaramanga en el programa de seguridad el paciente del HLN se hace altamente importante para la evidencia real en la mejoría de los estándares de calidad para ambas instituciones, funcionantes como un sistema de apoyo al cubrimiento de sus necesidades individuales.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer los procesos de seguridad del paciente enfocado en la adherencia y práctica de protocolos para mejorar la calidad del cuidado a través de un plan de mejoramiento.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar aspectos internos y externos inmersos en la matriz FODA para reconocer las principales necesidades del programa de seguridad al paciente en el Hospital Local del Norte.
- Priorizar las necesidades por medio del método de Hanlon.
- Fomentar la política de seguridad del paciente a través de la implementación de los protocolos (venopunción, administración de medicamentos y riesgos de caídas)
- Aplicar rondas de seguridad en los servicios de urgencias, hospitalización de medicina interna, pediatría y ginecología una vez por semana.
- Promover la implementación paso a paso de la aplicación para el reporte de eventos
- Diseñar herramienta tic con almacenamiento de los diferentes protocolos de la institución

4. ENFOQUES

4.1. ENFOQUE ETICO:

Los enfermeros practicante de profundización de la Universidad Autónoma de Bucaramanga se caracterizan por poseer conocimientos éticos y científicos, por lo que se implementa la visión bioética del cuidado con el fin de llegar a alcanzar un buen desarrollo humano. La Universidad Autónoma de Bucaramanga tiene en sus principios formar enfermeros autónomos capaces de poder tomar sus propias decisiones en pro de la salud con el fin de obtener beneficios para toda la comunidad por lo cual el objetivo es actuar bajo las normas del código deontológico, en el cual se encuentran los principios éticos con los cuales se identifica la profesión, entre ellos se encuentran ¹¹:

- **Justicia:** Es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos, este principio lo ponemos en práctica en el momento en que prestamos un servicio con calidad, respeto y velamos por que se cumplan los derechos de nuestra usuaria y que el trato tanto para la usuaria y su familia como para los otros usuarios sea igual, es decir un trato digno para una persona, con calidez, respeto y armonía.
- **Beneficencia o no maleficencia:** Es el principio ético que busca hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad.

- **Benevolencia:** significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficis, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.
- **Autonomía:** es el principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones

Los valores más importantes durante el desarrollo de la práctica serán:

- **Respeto:** es un valor que permite que el hombre pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad. Este valor se expresará en la constante interacción con el personal del HLN-
- **Responsabilidad:** trata de hacernos cargo de las consecuencias de las palabras, las decisiones y los compromisos, y, en general, de los actos libre y voluntariamente realizados, no sólo cuando sus resultados son buenos y gratificantes, sino también cuando nos son adversos o indeseables, para ello es practicable desde el inicio de la práctica hasta su finalización a través de la entrega de avances y resultados en la universidad como en la institución.
- **Compromiso:** es la capacidad del individuo para tomar conciencia de la importancia que tiene el cumplir con el desarrollo de su trabajo dentro del plazo que se le ha estipulado. Dicho trabajo debe ser asumido con profesionalidad, responsabilidad y lealtad, poniendo el mayor esfuerzo para lograr un producto con un alto estándar de calidad que satisfaga y supere las expectativas de los usuarios y el personal; este valor

se evidencia a través de la ejecución de las actividades planeadas y el cumplimiento de las metas.

4.2. ENFOQUE TEORICO:

Para la planeación y ejecución de las actividades durante la práctica de profundización fue necesario el conocimiento de las siguientes asignaturas:

- **Ética y deontología** esta área nos permite conocer los parámetros dentro de los cuales se rige la profesión, la cual resalta el bienestar integral de cada uno de los intervenidos, esto incluye: la práctica de la comunicación asertiva, valores y el realizar los procedimientos bajo estándares acordados.
- **Gerencia en Enfermería:** Esta área nos permite gestionar las actividades de una empresa o institución favoreciendo el cumplimiento de metas y el mejoramiento de servicios
- **Administración en Enfermería:** Esta área nos permite manejar de forma adecuada los recursos de cualquier tipo, teniendo en cuenta las necesidades de la empresa o institución.
- **Cuidado de las comunidades** esta asignatura estudia a la persona y la familia desde el ambiente y la cultura, con el fin de analizar y determinar el desarrollo desde la influencia que tienen estos factores en la misma. Fue útil para hacer el análisis de la población asistente al HLN así con sus necesidades primordiales y la atención antes ellas.

5. CORRELACIÓN TEORISTA DE ENFERMERÍA

El siguiente trabajo está enfocado en el modelo propuesto por Dorothea Orem en el año 1993 en el cual se fundamenta el autocuidado del agente, en este caso la seguridad del paciente ¹².

5.1. CONCEPTOS METAPARADIGMÁTICOS

Esta modelo recibe el nombre de “Teoría de autocuidado” en el cual Orem propone los 4 meta paradigmas de enfermería de la siguiente forma ¹³:

- **Paciente:** Agente con capacidad potencial de satisfacer su autocuidado o el Cuidado de otras personas en este caso nuestra paciente es la Sra. K.B.G quien siendo un ser holístico expresa la capacidad de comunicar conocimientos de su patología primaria diabetes y nefropatía diabética como patología secundaria.
- **Entorno:** Factores físicos, químicos, biológicos y sociales originariamente de autocuidado ya sean factores internos o externos. Considerando de esta forma el lugar donde vive es una casa de dos pisos siendo el segundo piso donde la Sra. K.B habita,

los medios que utiliza para la movilización debido a la limitación física que tiene y como aspecto social la relación con los familiares cercanos que tiene en la ciudad y con su amiga Mónica Rincón.

- **Salud:** El estado de la persona por lo que la salud es un incluye concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones, teniendo en cuenta la asociación de términos aclara anteriormente, durante este trabajo la salud presentará el estado en que se encuentran los procesos y planes de seguridad del paciente en pro de hace cumplimiento de dichos procesos y mejorar la calidad en la atención.
- **Enfermería:** Agente que brinda cuidado integral cuando la persona pierde la capacidad de autocuidado o requiere ayuda para cubrir sus demandas de autocuidado ya sea total, parcial o solo educativa. En este caso desde posición de enfermera de práctica electiva de profundización de la Universidad Autónoma de Bucaramanga con inicio de trabajo desde la valoración del área, la identificación de necesidades, la planeación de actividades y el cumplimiento de metas.

Es de relevante importancia destacar y tener en cuenta que este modelo dispone de tres submodelos más los cuales son: teoría de autocuidado, teoría déficit de autocuidado, teoría de los sistemas de enfermería donde uno con otro se enlazan entre sí.

5.2. TEORÍA DE AUTOUIDADO

Es la encargada de explicar el autocuidado como la capacidad que tiene la persona para llevar a cabo objetivos básicos para vivir, la cual se manifiesta en las conductas propias que lleva el paciente como la toma de decisiones proporcionando beneficio o déficit al estado de salud de la persona. Orem maneja los siguientes requisitos ¹² :

- **Requisitos universales:** Son aquellos factores necesarios o las necesidades básicas de la persona en este caso del agente tales como: aire, eliminación, alimentación, hidratación, soledad/interacción, sueño vigilia, ejercicio, peligros. En este caso todas las necesidades están enfocadas al cumplimiento y la ejecución de la política de seguridad del paciente por parte del personal y por ende la reducción de riesgos y peligros a la población bajo su control, de este modo los requisitos universales se encuentran amenazados cuando el personal no cumple en la práctica las indicaciones de los protocolos.
- **Requisitos de desarrollo:** Se conoce como el ciclo vital o las exigencias de autocuidado conformados por aquellos que apoyan los procesos vitales es decir ponen en práctica la promoción en el agente y también se encuentran los que mitigan efectos negativos reales o potenciales del mismo. El programa de seguridad del paciente cuenta con procesos de desarrollo al día para unos protocolos mientras en otros están en vía de desarrollo; en los cuales se presentan falencias en la adherencia por parte del personal a las actividades dando pie a la desviación de la salud
- **Requisitos desviación de la salud:** Se conocen una vez la persona presenta alguna alteración fisiológica o mental, por ejemplo nuestro agente tiene desviación al no contar con protocolos actualizados en un tiempo no mayor a 2 años, cuando la ejecución de

las actividades varias se realiza de forma incompleta, la no adherencia po parte del persona o la presencia de eventos adverso.

5.3. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Durante el proceso de atención como Enfermera de práctica electiva de profundización es importante diferenciar el nivel de clasificación en donde se encuentra la persona según su capacidad de autocuidado para ello Orem también dispone de la segunda teoría llamada déficit de autocuidado donde se propone ¹²:

- **Agente de autocuidado:** En esta “etapa” el agente será el responsable de su autocuidado.
- **Agente de autocuidado dependiente:** Cuando brindamos cuidados a otra persona, ya que esta no cuenta con las capacidades físicas y cognitivas para realizar su autocuidado.
- **Agencia de autocuidado:** Capacidad que tiene nuestro agente para poder llevar a cabo su autocuidado.

5.4. TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

De acuerdo al estado del paciente es necesario recurrir a un sistema que permita dar orientación sobre lo que se llevara a cabo con él es decir, entrar en acción y aplicar la (3) tercera teoría propuesta por Orem llamada teoría de los sistemas de enfermería dentro de los cuales se encuentra ¹²:

- **Sistema totalmente compensatorio:** Es aquel sistema donde el agente no tiene actividad alguna sobre los autocuidados propios y el cuidado recae sobre el personal de enfermería, debido al mismo estado de salud del mismo.
- **Sistema parcialmente compensatorio:** Se precisa en el momento donde el agente tiene ciertas capacidades de autocuidado pero aun así necesita del apoyo de una tercera persona para llevar a cabo ciertas actividades que no puede realizar.
- **Sistema apoyo- educativo:** Este sistema consiste en brindar educación y seguridad al agente, es identificado una vez el agente tiene la capacidad por si solo de auto cuidarse pero no tiene la información ni los recursos necesarios para llevar a cabo un autocuidado adecuado.

En relación a las condiciones y el estado del programa de seguridad del HLN el sistema de enfermería que se proporcionará es el “sistema parcialmente compensatorio” considerando que aumentar la calidad en la prestación de servicios depende del personal a cargo del programa y de los trabajadores en el área asistencial para lo cual el trabajo funciona como un sistema.

6. MARCO DE REFERENCIA: AREA

6.1. LEGALIDAD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

ESE ISABU es una organización de salud encargada de brindar atención de primer y segundo nivel, con diferentes espacios para la prestación de sus servicios, dentro de estos espacios se encuentran: El Hospital Local del Norte y la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita ¹⁴.

- Servicios Ambulatorios: los cuales comprende Medicina General, Odontología y Enfermería
- Apoyo Diagnóstico y Soporte Terapéutico: como son Farmacia, Laboratorio Clínico, Terapias Físicas y Respiratorias e Imágenes Diagnósticas en Medicina y Odontología.
- Protección Específica y Detección Temprana
- Servicios de Urgencias: Medicina General.
- Servicios Especializados: Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna, Otorrinolaringología, Cirugía Pediátrica, Gastroenterología, Ortopedia y Urología.

6.2. MISIÓN:

Prestar servicios de salud con énfasis en atención primaria, orientados hacia la satisfacción y seguridad del usuario y con vocación docencia servicio.

6.3. VISION:

En el 2020 ser reconocidos por la calidad en los servicios, lograda con el trabajo en equipo y la práctica de los valores institucionales.

6.4. POLITICA DE CALIDAD

La ESE ISABU presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, orientada hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, de la población de Bucaramanga y su área de influencia, garantizando mejora continua de su eficiencia, eficacia y efectividad lo que permitirá la satisfacción al usuario, mediante la atención integral, calidad técnica con servicios oportunos y accesibles que se reflejan en la rentabilidad social enmarcada en los requisitos legales establecidos en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6.4.1. OBJETIVOS DE LA POLITICA DE CALIDAD

- Mejorar la calidad de la atención en salud
- Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud.
- Mejorar la efectividad en los resultados en salud.

- Promover, gestionar e implementar la seguridad del paciente en la atención en salud

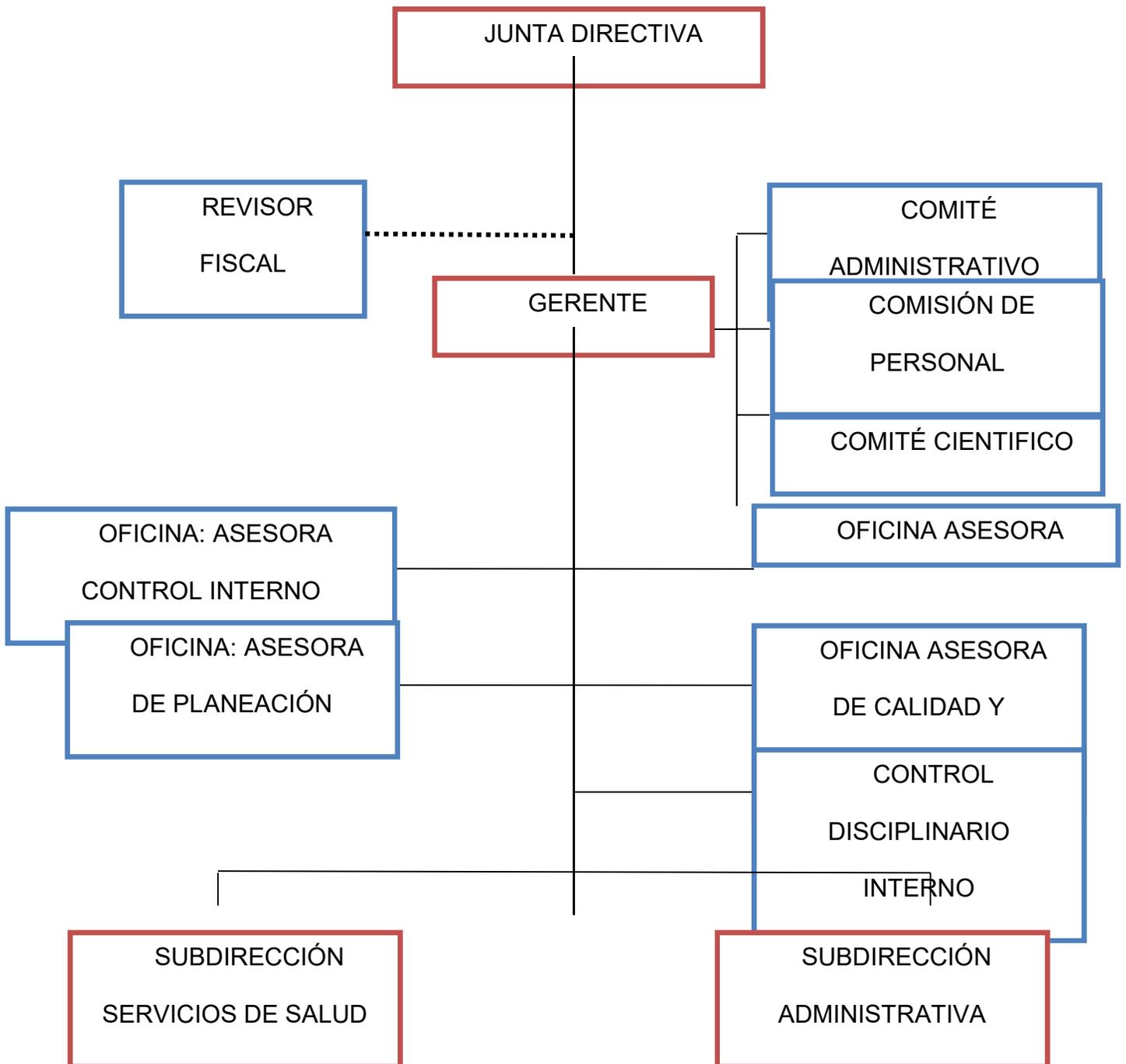
6.5. PRINCIPIOS Y VALORES

La Empresa Social del Estado – Instituto de Salud de Bucaramanga – ESE ISABU, cuenta con un grupo de personas altamente comprometidas con la Institución y el servicio a la comunidad, donde el amor hacia su trabajo es el pilar fundamental del servicio, para que así la ESE ISABU pueda ser un actor fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida de los conciudadanos y ejercer un auténtico liderazgo social, edificado este proceso sobre las bases de los principios y valores adoptados por la entidad mediante resolución No. 00196 de septiembre 22 de 2007. Dentro de estos se pueden destacar: Compromiso, transparencia, compañerismo, solidaridad, respeto y tolerancia ¹.

6.6. POBLACION OBJETO

A través de los programas y servicios brindados la población abarca desde el embarazo, recién nacido hasta el adulto mayor

7. ORGANIGRAMA



Fuente Elaborado por Carolina Álvarez estudiante (PEP) Universidad Autónoma e
Bucaramanga

8. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE PRACTICA

El Instituto de Salud de Bucaramanga fue creado mediante los Decretos 665 y 668 de Diciembre de 1989, siendo inicialmente un establecimiento público descentralizado del Orden Municipal y tuvo como función principal ser el organismo encargado de la Dirección Local de Salud, adscrito al Sistema Nacional de Salud.

Luego en 1994 son reestructuradas las entidades descentralizadas prestadoras de servicios de salud mediante el Decreto 1876 del 03 de Agosto del mismo año y el ISABU obtiene así la modalidad de Empresa Social del Estado con la categoría especial de Entidad Descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuya función esencial es la prestación de servicios de salud, entendidos como un Servicio Público a cargo del Estado y como parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud; pero ello, es sólo desde 1997 cuando realmente funciona con estas características ¹⁵.

Hasta el año 1997, el Instituto de Salud de Bucaramanga fue convertido en Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga (ESE ISABU) mediante el Acuerdo municipal No. 031 de julio 30 de 1997, constituyéndose en la red pública de atención del primer nivel de complejidad para el municipio de Bucaramanga del orden descentralizado.

Los Centros de Salud del Municipio de Bucaramanga garantizan la accesibilidad a los servicios de salud a la población más vulnerable de las diferentes comunas y corregimientos. Se encuentran ubicadas estratégicamente, a lo largo y ancho del Municipio para facilitar el acceso a los servicios de salud, los cuales están conformados por un equipo profesional altamente capacitado y dotado para ofrecer atención primaria en salud, orientada hacia la satisfacción y seguridad del usuario ²

A continuación encontrará la ubicación, de los diferentes Centros de Salud que conforman la Institución:

ZONA 1

APOYO ZONA NORTE

- C.S. Colorados: Km 5 Via al Mar
- C.S. Café Madrid: Cra8 N° 33N - 30
- C.S. Villa Rosa: Cra 11 N° 18 B -50
- C.S. Regaderos: Cra 23 C N° 1 - 04
- C.S. IPC: Km 2 via la costa
- C.S. Gaitán: Cra 12 N° 16 - 10
- C.S. San Rafael: Cll 4 N° 10 - 45

ZONA 2

APOYO ZONA ORIENTAL

- UIMIST: Cra. 21 N° 12 - 02

- C.S. Rosario: Cll 34 N° 357
- C.S. Morrórico: Km 1 Vía Pamplona
- C.S. Comuneros: Cll 10 N° 17 - 28
- C.S. La Libertad: Cra 32 N° 99 - 18
- C.S. Concordia: Cll 53 N° 21 - 63

ZONA 3

APOYO ZONA OCCIDENTE

- C.S. Girardot: Cra 6 N° 24 - 50
- C.S. Santander: Cll 27 N° 8 occ - 35
- C.S. La Joya: Cll 41 N° 4 - 31
- C.S. Campo hermoso: Cll 45 N° 0 occ - 199
- C.S. Mutis: Cra 3 W N° 57 - 51
- C.S. Pablo VI: Cra 10 D N° Cll 67
- C.S. Cristal Alto: Cll 122 N° 19 - 59
- C.S. Toledo Plata: Cll 105 N° 15 D - 28
- C.S. Bucaramanga: Cll 70 N° 8 – 22

HOSPITAL LOCAL DEL NORTE - ISABU

Dirección: Carrera 9 Calle 12 Norte Hospital Local del Norte. Bucaramanga. El Hospital Local del Norte abrió sus puertas a la comunidad del Norte de la ciudad de Bucaramanga el 3 de agosto de 1998, con los servicios ambulatorios de baja y complejidad. Su evolución ha sido

de tal magnitud, que actualmente su área de influencia comprende toda el área metropolitana de Bucaramanga con servicios de segundo nivel y también ocupamos un destacado lugar en el orden regional ²

9. VALORACIÓN DEL AREA DE PRACTICA DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

La E.S.E ISABU bajo sus dependencia organizacional cuenta con la oficina de calidad y auditoria en salud que se encuentra ubicada en el segundo piso de la estructura del Hospital Local del Norte, el cual tiene bajo su supervisión el programa de seguridad del paciente que tiene como prioridad el mejoramiento continuo de la institución y de su personal de salud, por medio de rondas de chequeo y búsqueda de posibles riesgos de incidentes o eventos adversos, contando con su pronta actuación y solución, para brindar un excelente trato digno al usuario, con calidad en la atención en salud del E.S.E ISABU. Los procesos asistenciales manejados por el programa de seguridad del paciente y los procesos que se valoraron durante la valoración del área de práctica son los mencionados a continuación en la tabla 1:

Tabla 1. Evaluación de protocolos existentes del programa de seguridad del paciente en el HLN

Item	Si se valoro	No se valoro	Procesos a trabajar
identificación de pacientes	X		
Venopunción	X		X
Medicamento seguro	X		X

Atención limpia y segura	X		
Piel sana	X		
Prevención de caídas	X		X
Cirugía segura		X	
Comunicación Binomio madre-hijo		X	
Consentimiento Informado		X	
Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de hemoderivados.		X	

Fuente: Elaboración propia.

La implementación de programa de seguridad del paciente está basada en la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”¹⁶, realizada por el Ministerio de salud y protección social, las cuales incluyen instrucciones para que las instituciones obtengan directrices técnicas para su implementación práctica, con el fin de conocer y aplicar los pasos para la construcción de un programa de seguridad del paciente.

Se llevó a cabo la valoración del programa de seguridad del paciente del Hospital Local del Norte a partir del 10 de julio de 2017 hasta el 04 de agosto de 2017.

Se evaluó la implementación del programa de seguridad a 2 enfermeras profesionales, 12 auxiliares de enfermería, enfermera coordinadora de urgencias y hospitalización a través de

las rondas de seguridad realizadas en los servicios de urgencias hospitalización, ginecología y pediatría.

Además el instrumento utilizado para los pretest fue creado por autoría propia basado en los protocolo de venopunción, administración de medicamentos y uso racional de antibiótico, este último solamente aplicado a médicos. Las enfermeras representaron el 20% (3), y las auxiliares el 80% (12). Y En el hospital se cuenta una población medica de 6 (29.4%) médicos internos, 10 (58.8%) médicos generales (11,8%). Para la valoración también se tuvieron en cuenta las relaciones interpersonales, las ultimas evaluaciones de los protocolos a los trabajadores de la institución y factores económicos o infraestructurales que pueden afectar el bienestar del programa de seguridad el paciente.

También es importante reconocer que los diferentes protocolos han ido siendo evaluados, actualizados pero no revisados y aprobados por la oficina de calidad, dando pie a la actualización formal del documento y la ejecución del mismo en la práctica asistencial.

A continuación, se registran los resultados obtenidos, los hallazgos se han clasificado teniendo en cuenta los procesos institucionales y asistenciales seguros que forman parte de las prácticas seguras de la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente.

7.1. Procesos institucionales seguros

La ESE. ISABU cuenta con el programa de seguridad del paciente, estructurada por la oficina de calidad, este programa se implementa en el Hospital Local de Norte, UIMIST y todos los centros de salud que lo conforman, cuenta con un presupuesto institucional para su implementación y es dirigida por una profesional de enfermería la cual tiene sus respectivas funciones en la coordinación de la política de seguridad del paciente, y quien también direcciona un plan estratégico de seguridad para la mejora institucional ¹⁴.

Dentro de los procesos institucionales valorados por el programa de seguridad del paciente se tiene en cuenta el cumplimiento del protocolo a través de evaluación el conocimiento, evaluación de la práctica del ejercicio, evaluación de la identificación de riesgos y eventos y el correcto reporte, también Para esto el programa cuenta con procesos de auditorías interno y externo, rondas de seguridad, planes de mejoramiento y capacitaciones al personal fundamentadas con la política de humanización del paciente.

Un ejemplo claro de esto es: Durante la práctica de profundización de la UNAB se realizó una valoración de la seguridad al paciente durante los meses de marzo y abril, encontrando que el 20.5 de encuestado no conocen la política de seguridad del paciente como se puede determinar en la tabla 2 los siguientes resultados:

Tabla.2 Resultados post educación de política de seguridad. 2017-1

--	--	--	--

conoce la política de seguridad al paciente de la ESE	SI	NO	total
ISABU			
número de personas	35	9	44
Porcentaje (%)	79,5%	20.5%	100%

Fuente: Recuperado del Instituto de salud de Bucaramanga (ISABU). Portafolio política de seguridad del paciente, Hospital Local del Norte, 2017 por Enfermera PEP-UNAB.

Además, durante el primer semestre y el transcurso del segundo semestre del 2017 se han realizado capacitaciones y evaluación de la adherencia por parte del personal a los diferentes protocolos de seguridad del paciente. Para lo cual al momento no se ha capacitado el protocolo de venopunción y no se ha evaluado la adherencia a los protocolos de venopunción, medicamento seguro y eventos adversos tal como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Capacitaciones y mediciones de adherencia a protocolos de seguridad del paciente.

<i>Protocolos</i>	capacitació n	Evaluació n	Adherenc de adherencia	Última de actualizació n
<i>identificación de pacientes</i>	SI	SI	NO	2017/07/1 0

<i>Venopunción</i>	NO	NO	NO	2009/11/1 6
<i>Medicamento seguro</i>	NO	NO	NO	2009/06/1 8
<i>Atención limpia y segura</i>	SI	SI	SI	2016705/1 2
<i>cateterismo vesical</i>	SI	SI	SI	2009/11/1 6
<i>Piel sana</i>	SI	SI	SI	2016/09/2 7
<i>Prevención de caídas</i>	SI	SI	NO	2016/9/22
<i>aislamiento</i>	SI	NO	NO	2010/08/0 9
<i>bioseguridad</i>	SI	SI	NO	2015/03/1 2
<i>Carro de paros</i>	SI	SI	SI	
<i>Uso racional de antibióticos</i>	SI	SI	SI	2014/07/3 1
<i>Eventos adversos</i>	SI	NO	NO	2017

Fuente: Portafolio capacitaciones 2017 política de seguridad de paciente HLN

9.1.1. Identificación de paciente:

Dentro de la valoración con respecto al protocolo de identificación de pacientes se evidencio en las rondas de seguridad realizadas en los servicios de urgencias pediatría, medicina interna, ginecología que: el 10.3%(3) de pacientes en urgencias tenían manilla de identificación sin rotulación y el 3.4% (1) no tenían manilla de identificación ¹⁷. En el servicio de pediatría al igual que en ginecología el 16.6% (2) no tenían manilla de identificación tal como se evidencia en la tabla No.4.

Tabla 4. Valoración ronda específica de identificación del paciente

	Urgencias (n=29)	Pediatría (n=12)	Ginecología (n=12)
No tenían manilla de identificación	1(3.4%)	2 (16.6%)	2 (16.6%)
Manilla sin rotulación	3 (10.3%)	0%	0%

Fuente: Recuperado de la Ronda específica realizada en el Hospital Local del Norte 2017-2

9.1.2. Atención limpia y segura: venopunción

En la tabla de eventos adversos reportados en el 2017 -1 (Enero-Junio) ver tabla 10. se puede evidenciar evento adverso relacionado con flebitis en el sitio de punción, en el respectivo análisis realizado en comité de seguridad del paciente por la oficina de calidad,

se determinó que la causa de esto se debe a que no se tienen los debidos cuidados del catéter relacionados con la administración de medicamentos vía endovenosa¹⁸

En la valoración se evidencio que en un 100% tienen conocimiento de la existencia de un protocolo, sin embargo el 28.5%(10) no conocen correctamente las indicaciones para realizar venopunción, otro dato que llama la atención es que el 48.5% (17) no conocen la definición de venopunción y el 37.1%(13) no sabían cuáles son las complicaciones más frecuentes de la venopunción, dando un total de conocimiento por parte del personal de enfermería del 77%, tal como se evidencia en la tabla No.5.

Tabla 5. Resultados del pretest del protocolo de venopunción 2017-2

Item evaluado	Enfermera – Auxiliares de Enfermería	
	Respuestas Correcto	Respuestas incorrecto
	n. (%)	N. (%)
Conocimiento existencia protocolo	35(100%)	0 (0%)
Indicaciones correctas de la venopunción	25 (71%)	10 (28.5%)
Acceso a protocolo de venopunción	32 (91%)	3 (8.5%)
Insumos no utilizables para venopunción	27 (77%)	5 (22.8%)

Tiempo de cambio de equipo de venopunción y catéter	30 (85.7%)	5 (14.2%)
Complicaciones de la venopunción	22 (62.8%)	13 (37.1%)
Definición de venopunción	18 (51.4%)	17 (48.5%)
total	77 %	33%

Fuente: Elaboración de autoría propia en google drive.

⁵ Instituto de salud de Bucaramanga. ISABU. (07 Abril de 2015). Protocolo de venopunción.

Revisado: 09 de Agosto 2017. Doc. Tomado del programa de seguridad del paciente.

Durante el mes de enero de 2017 se socializó el protocolo de venopunción al personal de Profesional y auxiliar de Enfermería vinculado con el fin de mejorar adherencia. Sin embargo el personal no demuestra adherencia al protocolo de venopunción evidenciado en las rondas de seguridad, debido a la incorrecta marcación de la venopunción y de la permeabilidad de la vena de los pacientes hospitalizados en los servicios de urgencias hospitalización, ginecología y pediatría se evidencio en las rodas de seguridad realizadas.

9.1.3. Medicamento seguro: Administración de medicamentos

El 89.6%(26) conoce la existencia de un protocolo, el (58.6%) (1) no conocían las desventajas de administración de medicamento vía oral, el 35.5%(5) no conocían los cuidados específicos de Enfermería para la administración de medicamentos a través de una sonda nasogástrica, y el 41.3% (4) no conocían complemente la tarjeta o sistema de registro de los medicamentos tal como se ve en la tabla 6. ¹⁹

Tabla 6.Resultados del pretest del protocolo de administración de medicamentos 2017-2

Item evaluado	Enfermera – Auxiliares de Enfermería	
	Respuesta	Respuesta
	Correcta	Incorrecta
	n. (%)	n. (%)
Conocimiento existencia protocolo	26 (89.6%)	3 (10.3%)
Factores que modifican la acción de los fármacos	23 (79,3%)	6 (20.67%)
Aspectos para el registro de tarjeta de medicamentos	15 (51.7%)	14 (48.2%)
Vías de administración	27 (93.1%)	2 (6.8%)
Desventajas de administración de medicamento vía oral	17 (58.6%)	12 (41.3%)
Cuidados de Enfermería vía nasogástrica	12 (41.3%)	17 (58.6%)

Vías de administración parenterales	25 (86.2%)	4 (13.7%)
Utilidad vía intradérmica	21 (72.4%)	8 (27.5%)
TOTAL	72.2 %	28.8 %

Fuente: Recuperado del programa de seguridad del paciente.

Mediante las auditorías realizadas en el primer semestre por entes externos a la institución se puede evidenciar que no se ha realizado socialización del protocolo de administración de medicamentos que cuenta con una actualización 2009/06/18 ¹⁸

Por medio de las rondas de seguridad y la lista de chequeo protocolo administración de medicamentos se evidencio que el personal no está haciendo la adherencia al protocolo de administración de medicamentos, específicamente en: El personal no explica al paciente el procedimiento, ni el tipo o efecto que tiene el medicamento, no se realiza previa marcación de medicamento o del buretrol, la asepsia en el buretrol o en el paciente es olvidada, no tienen en cuenta el cumplimiento de los 11 correctos para la administración de medicamentos, no permeabilizan la vena previo a la administración.

9.1.4. Atención limpia y segura: Higiene y lavado de manos.

Se socializó el protocolo de lavado de manos el cual fue actualizado el 2016/05/12, esta socialización se llevó a cabo en la semana de seguridad del paciente realizada del 2 al 4 de mayo y el día mundial del lavado de manos el día 5 de mayo de 2017, profundizando en la

técnica adecuada del lavado de manos y los 5 momentos también se realizaron actividades de retroalimentación sobre aspectos importantes del protocolo de lavado de manos de la institución⁵ De esta forma podemos observar el numero personas capacitadas por área y profesión en la tabla 7. ¹⁹

Tabla 7. Socialización de protocolo de lavado de manos e instalación de carteles

Servicio	Cartel es instalado s	Personal capacitado				Tot al
		Enferme ra	Auxili ar de enfermer ía	Camille ro	Médic os	
Urgencias	7	10	16	1	2	26
Hospitalizac ión	7	3	16	1	1	16
Sala de partos	3	1	13	1	2	16
Pediatría	2	1	4	1	1	17
laboratorio	3		1			
Administrat iva						20
Total	22	15	50	4	6	95

Fuente: Recuperado del programa de seguridad del paciente HLN

9.1.5. Piel sana

Se realizó un pretest evaluativo durante 2017-1 en el mes de mayo, contando con 75 trabajadores del Hospital local del norte, Unidad Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST) y sus centros de salud, encontrando que el 100% (75) conocía la clasificación de UPP, solo el 2.7% (2) no conocían la escala braden como instrumento de valoración y el 4.1% (4) no conocían los parámetros valorados en braden tal como se evidencia en la tabla n. 8.²⁰

Tabla 8. Conocimiento del personal de Enfermería sobre el protocolo de piel sana previo a un proceso educativo.

Item evaluado	Enfermera – Auxiliares de Enfermería	
	Correcto	Incorrecto
	n. (%)	n. (%)
Clasificación UPP	75 (100%)	0 (0%)
Braden como escala de valoración de piel	73 (97,3%)	2 (2,7%)
Parámetros medidos por braden	71 (95,9%)	4 (4,1%)
Factores que propician lesión de piel	75 (100%)	0 (0%)
Intervenciones correctas para paciente con riesgo	72 (96%)	3 (4%)

Fuente: Recuperado del programa de seguridad del paciente HLN

Además se evidencio en las rondas de seguridad que el personal de enfermería no está realizando el registro en la historia clínica de la valoración de la escala de BRADEN a los pacientes hospitalizados del HLN.

9.1.6. Prevención de caídas

El 81.8% (27) conoce medidas preventivas de caídas, el 54.5% (18) no conocían la escala que valora el riesgo de caída, el 84.8% (28) conocen la manilla que identifica al paciente el riesgo de caída, y el 78.7 % (26) no conocían los factores de riesgo de caídas²¹, evidenciado en la tabla 9.

Tabla 9. Resultados del pretest del protocolo de venopunción 2017-2

Ítem evaluado	Enfermera – Auxiliares de Enfermería	
	Respuestas Correcto	Respuestas incorrecto

	N. (%)	N. (%)
Medidas preventivas de caídas	27 (81.8%)	6 (18.1%)
Escala que valora el riesgo de caída	18 (54.5%)	15 (45.4%)
La manilla que identifica al paciente con riesgo de caída es de color	28 (84.8%)	5 (15.1%)
Si un usuario presenta riesgo de caída en la valoración según la escala debe tener un puntaje de	12 (36.3%)	21 (63.6%)
Los factores de riesgo de caídas	26 (78.7 %)	7 (21.2%)
TOTAL	67.2%	29.8%

Fuente: Elaboración de autoría apropiada en google drive

Se puede evidenciar en la Tabla 10. El número de eventos adversos reportados en el primer semestre 2017 en ESE- ISABU contando con 4 caídas durante este tiempo.

Además se evidenció en las rondas de seguridad que el personal de enfermería no está realizando el registro en la historia clínica de la valoración del riesgo de caídas a través de la escala de DOWNTON a los pacientes hospitalizados del hospital del norte.

9.1.7. Eventos adversos

Dentro de los eventos adversos más prevalentes en el primer semestre del 2017 se evidencia los reingresos a urgencias después de las 72 horas seguido de las caídas, tal como se evidencia en la tabla 10.²²

Tabla 10. Eventos adversos reportados en el primer semestre 2017 en ESE- ISABU

Evento adverso	Cantidad
Reingresos urgencias – 72hrs	15
Caídas	4
Infección de sitio operatorio	3
Se realizan laboratorios no solicitados	3
Fuga de pacientes	2
Inconsistencia en el resultado	2
Flebitis en el sitio de punción	1
Entrega de reportes equivocados	1
TOTAL	31

Fuente: Recuperado desde la oficina de calidad ESE- ISABU

Esta misma se ha socializado al personal del Hospital Local del Norte, y a los diferentes centros de salud de las pertenecientes a las zonas sur, norte, oriente y occidente de la ESE – ISABU en el mes de marzo del 2017, vinculando el personal profesional y auxiliar de enfermería con el fin incitar en ellos el reporte de eventos adversos que pueden ocurrir en sus dependencias y generar adherencia a las diferentes estrategias de la política de seguridad

El personal los servicios de urgencias hospitalización, ginecología y pediatría de la institución el día 15 de marzo del 2017 tuvieron la socialización sobre los eventos adversos, el

cual se basó en el protocolo de eventos adversos, sin embargo tras educación se evidencia déficit de conocimiento con respecto al proceso para reportar los eventos adversos. El 85% del personal encuestado no reconoce el protocolo de Londres ni cuál es el seguimiento de un evento adverso después de su reporte por lo cual es importante para el personal y la institución porque una vez notificado y reportado el evento, desde la oficina de seguridad al paciente se elabora un plan de mejora.

9.2. Infraestructura

El HLN cuenta con una planta de 4 pisos, con dos entradas principales, una con acceso a urgencias y otra con acceso a hospitalización. El área construida es de 9.938,76 M². Como obras exteriores se encuentran en concreto Parquaderos (rígido) y vías internas = 2042.69 M², andenes y una rampa, sin embargo dentro de la institución ²².

En cuanto a obras interiores tiene terminado en cimentación, redes externas de alcantarillado, estructuras en concreto, estructura metálica, cubiertas, mampostería, instalaciones hidráulicas, instalaciones sanitarias, instalaciones eléctricas, instalaciones mecánicas, enchapes, cielorrasos, carpintería en madera y metálica, sistema de calderas, cableado estructurado y gases medicinales Con acceso a los pisos dos, tres y cuatro a través de escaleras y dos únicos ascensores los cuales presentan alteraciones en el funcionamiento, ante la apertura y cierre de sus puertas y en ocasiones se detiene.

Dentro de la institución también se puede observar bombillas ahorradoras de luz, espacio libres de humo con sus debida señalización, además también cuenta con adecuación de letreros que muestran donde se encuentra ubicado cada servicio. Todos los servicios tienen espacios adecuados de acuerdo a la demanda sin embargo en las diferentes áreas hace falta un espacio indicado únicamente para la realización de curaciones, por lo cual estas se realizan en la habitación del paciente o en el área de aseo también es importante resaltar que las adecuaciones no están adaptadas para pacientes con discapacidades, haciendo falta rampas, mejoramiento en el servicio del ascensor, pasamanos o áreas exclusivas para el tránsito y movilidad de estas personas ²².

9.3. Talento humano

La institución cuenta con personal capacitado para desarrollar las diferentes funciones, cada persona tiene sus funciones y responsabilidades definidas, el número de personas por área es adecuado sin embargo se evidencia que en el programa de seguridad del paciente hace falta recurso humano para cumplir con la meta de las rondas y auditorías internas. El personal en su totalidad, ha recibido capacitaciones sobre los diferentes protocolos fundamentados bajo las guías de buenas prácticas clínicas, también es importante tener en cuenta que todas las áreas tienen sus coordinadores de área ²³

Además para la realización y ejecución del presupuesto y el programa de seguridad del paciente el HLN cuenta con:

- El Profesional de Apoyo en Seguridad del Paciente
- El Profesional líder del Programa de Seguridad del Paciente
- Un profesional de Área Administrativa o Jefe de Zona
- Los profesionales involucrados en el incidente o evento adverso
- Un profesional asistencial no relacionado con el caso objeto de análisis
- Profesional experto (si aplica)

Es importante conocer estos datos en relación a la seguridad del paciente porque permite evaluar y conocer el recurso existente para suplir y atender las necesidades de la demanda poblacional.

El trabajo que se realiza con ocasión del desarrollo del proceso de gestión del recurso humano propende por afectar tres momentos del trabajador: ingreso, permanencia y desvinculación. De acuerdo a lo anterior, las actividades que se realizan desde este proceso buscan atender cada una de estas tres áreas. Las acciones desarrolladas obedecen a la planeación y estructuración en procura del desarrollo integral del empleado y están plasmadas en la Política de Gestión del Talento Humano de la ESE ISABU siempre resaltando el equilibrio para sobreponer la seguridad del paciente. En relación al personal de contrato cuenta con:

- Anestesiólogos (6)
- Ginecólogos (2)
- Cirujano Pediatra (1)

- Otorrinolaringólogo (1)
- Ortopedia (1)
- Urólogo (1)
- Cirujano (1)
- Radiólogo (1)

En cuanto a los procesos asistenciales en consulta externa y urgencias en el área de medicina general y especializada en pediatría, ginecobstetricia y medicina interna, así mismo apoyo en enfermería, laboratorio clínico, nutrición, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, fisioterapia, imagenología, auxiliares de enfermería, higienista oral, camilleros, fonoaudiología, instrumentación quirúrgica, odontología, optometría y auxiliar de laboratorio de la ESE ISABU se contrató con la IPS JAHSALUD²³

En la institución se cuenta con un registro de historial clínico el cual controla los ingresos, seguimiento y egresos de los pacientes de la institución, no cuenta con una plataforma o depósito de almacenamiento digital/virtual con alcance a toda la comunidad del hospital local de norte. Tampoco se realiza proceso de inducción al personal nuevo en el cual se den a conocer los lineamientos y diferentes estrategias incluidas en la política de seguridad del hospital. Hay poca implementación de rondas de seguridad que garanticen el cumplimiento por parte del personal de los protocolos institucionales, porque actualmente no se están realizando semanalmente y tampoco se evidencia soportes que confirmen su realización.

9.4. Relaciones interpersonales:

9.4.1. Comunicación efectiva

Para garantizar una atención segura y evitar fallos que originen daño a los pacientes, estandarizar los mecanismos de comunicación constituye un punto fundamental para garantizar una correcta comprensión de la situación y los pasos a seguir y cumplir con los protocolos establecidos, sin dejar nunca de verificar la comprensión de la información a través de mecanismos redundantes entre los diferentes actores involucrados. La comunicación actúa como elemento catalizador para la prevención de ocurrencia de eventos adversos. Para ello hay que propiciar la adquisición de habilidades para la comunicación efectiva, adicionalmente corroborar que el paciente ha comprendido su diagnóstico y conoce los riesgos que enfrenta con su condición médica y los medicamentos suministrados ²²

Las fallas más relevantes de comunicación son:

- Comunicación no efectiva durante el proceso de atención entre el personal que interactúa en dicho proceso, en este caso las Enfermeras asistenciales vs. Enfermera de seguridad.
- Utilización de acrónimos y siglas en la historia clínica
- No tener una comunicación apropiada durante los cambios de turno
- La comunicación no efectiva con el paciente

Con el fin de mitigar los eventos se establecen las siguientes medidas y/o barreras entre otras:

- Trabajo en equipo: Desarrollar estrategias de trabajo conjunto y multidisciplinario para minimizar riesgos y garantizar la mayor seguridad para el paciente
- Personal con entrenamiento y experiencia certificados.
- Documentos que garanticen entrega de turno completa, concreta y clara de todos los pacientes.
- Juntas médicas para toma de decisiones críticas.
- Programa de educación continuada.
- Implementación de la política de humanización en el cuidado
- Sistemas redundantes de comunicación (verificación cruzada, listas de chequeo).
- Mejorar la comunicación entre las personas del equipo de salud (talleres de comunicación efectiva)
- Implementación de la Historia Clínica electrónica para verificación y trazabilidad de usuarios.
- Involucrar al paciente y la familia en todos los procesos de atención.
- Implementación de la no utilización de acrónimos o abreviaturas en la institución.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, se puede concluir que existen fallas en la comunicación ente el personal asistencial y el personal de seguridad, además persiste el uso de acrónimos en las historias clínicas, sin embargo se evidencian estrategias que promueven el mejoramiento de la comunicación en el hospital.

10. DIAGNOSTICO SITUACIONAL: MATRIZ FODA

ITEM	CALIFICACIÓN
CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO	
Actualmente cuenta con personas con capacidades idóneas que dirigen el programa de seguridad al paciente.	F
Existencia de coordinadora del programa de seguridad del paciente	F
El personal recibe capacitaciones periódicas de los protocolos de seguridad del paciente	F
El recurso humano existente en el programa de seguridad del paciente es menor para la demanda de trabajo	D
El personal conoce la existencia del proceso para el reporte de eventos adversos e incidentes pero no conoce la ruta para realizar el correcto reporte.	D
CAPACIDAD DIRECTIVA	
La institución cuenta con visión, misión y objetivos definidos.	F

Cuenta con la implementación del programa de seguridad al paciente	F
Cada profesional tiene definidas sus actividades a través de los protocolos institucionales	F
Implementación activa de rondas de seguridad como propuesta de la practica electiva de profundización (PEP) anterior.	D
Auditorias sobre la política de seguridad.	F
Evaluación de las políticas de seguridad	F
Implementación de política de humanización	F
Proceso de inducción inadecuado al personal nuevo	D
PROCESOS ASISTENCIALES	
Existencia y manejo del protocolo de Londres	F
Gestión documental para calidad en desactualización en protocolos, del programa de seguridad al paciente	D
Falta gestión desde la oficina de seguridad para revisar y evaluar la	D

documentación de protocolos previamente actualizados que han de ser aprobados por la oficina de calidad.	
Desconocimiento de aspectos importante de los protocolos adoptados por la institución como venopunción, administración de medicamentos y riesgo de caídas.	D
Disponibilidad de espacio para realizar curaciones	D
Falta adherencia al protocolo de riesgo de caídas por parte del profesional	D
CAPACIDAD DE INSUMO Y TECNOLOGIA	
No existen TIC que faciliten el almacenamiento y difusión de los diferentes protocolos de la institución al personal.	D
Existe plataforma para reporte de historial clínico	F
Existe una página oficial del HLN	F
INFRAESTRUCTURA Y ACCESIBILIDAD	
Instalaciones con adecuada iluminación, ventilación de los servicios con acceso fácil para pacientes.	F
Distribución e identificación adecuada de los servicios	F
Se observan imágenes y letreros de señalización para el manejo de	F

residuos.	
Existencia de carro de paro en cada servicio	F
Existencia de una central de Esterilización	F
Se reportan fallas en el funcionamiento del ascensor.	D
El hospital no cuenta con adecuaciones físicas para discapacitados	D
PROCESOS EDUCATIVOS	
El profesional de Enfermería a pesar de conocer el protocolo de piel sana no registra correctamente la evaluación del riesgo.	D
No hay adherencia sobre la ruta de reporte de eventos adversos	D

FACTOR EXTERNO (OPORTUNIDADES Y AMENAZAS)

ITEM	CALIFICACIÓN
FACTOR ECONÓMICO	
Existencia de convenios con otras instituciones de salud.	O
Convenios educativos con instituciones tecnológicas y profesionales.	O

FACTOR GEOGRÁFICO	
Ubicación central	O
Cuenta con diferentes tipos de transporte como fácil acceso.	O
FACTOR SOCIO-CULTURAL	
Falta nivel socioeconómico y educación.	A
Alta demanda de pacientes en la institución	A
Estado de seguridad alrededor.	A
FACTOR COMPETITIVO	
Existencia de prestaciones de servicios por otras instituciones en el área	O
Soporte de normatividad sobre la seguridad al paciente.	O

11. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS: MÉTODO DE HANLON

El método Hanlon es un instrumento que clasifica los problemas y los recursos con los que se cuenta, priorizando la problemática con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención

- ❖ Magnitud: Es el número de personas afectadas por el problema. Su puntaje es de 0 a 10
- ❖ Severidad: Cualquier medición del daño que se tenga; mortalidad, morbilidad o discapacidad. Su puntaje es de 0 a 10
- ❖ Eficacia: Es la vulnerabilidad de la intervención. Si es difícil de solucionar o fácil de solucionar. Su puntaje es de 0.5 a 1.5
- ❖ Factibilidad: Si se tienen los recursos para darle solución al problema y si hay aceptabilidad de la población. Su puntaje es 1 si es si y 0 si es no.
- ❖ Legalidad: La intervención que se planteo está dentro del reglamento institucional

11.1. ESTABLECIMIENTO DE PROBLEMAS

Problema	Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	(A+B)C*D
	0-10	0-10	0,5 – 1.5	0-1	

Falta de comunicación entre enfermeras de áreas asistenciales con administrativas (reporte evento adverso)	10	7	0.8	1	13.6
Funcionamiento inadecuado del ascensor	8	8	0.5	0	16
Inadecuaciones físicas para discapacitados	8	8	0.5	0	16
Gestión documental para calidad en desactualización en protocolos, del programa de seguridad al paciente	10	9	1.3	1	24.7

Proceso de inducción inadecuado al personal nuevo	10	6	1.0	1	16
Desconocimiento del programa de seguridad del paciente por parte del personal (desconocimiento del proceso para reportar eventos)	10	10	1,5	1	30
No implementación activa de rondas de seguridad por parte del personal	8	7	1.5	1	25.5
No hay adherencia al protocolo de ven punción,	10	10	1.3	1	26

administración segura de medicamentos y riesgo de caídas por parte del personal					
---	--	--	--	--	--

11.2. SELECCIÓN DE PROBLEMAS

Problema	Puntuación
Desconocimiento del programa de seguridad del paciente por parte del personal (desconocimiento del proceso para reportar eventos)	30
Falta adherencia de protocolos de seguridad por parte del personal	26
No implementación activa de rondas de seguridad como propuesta del PEP anterior.	25.5

Falta gestión para revisar, evaluar, aprobar y actualizar los documentación asociados a protocolos por la oficina de calidad	24.7
--	------

12. PLANEACION DE ACTIVIDADES

Según lo encontrado en la matriz DOFA y priorizada con el método de HANLON los problemas a solucionar en el HLN como lo muestra la tabla son:

PROBLEMA 1

Problema: Desconocimiento del programa de seguridad del paciente por parte del personal (desconocimiento del proceso para reportar eventos)

Objetivo: Describir a los profesionales y auxiliares de enfermería de los servicios de ginecología, medicina interna, pediatría y urgencias del Hospital Local del Norte sobre el programa de seguridad del paciente, haciendo énfasis en el proceso para reportar eventos.

Meta: Capacitar al 75% de profesionales y auxiliares del HLN sobre programa de seguridad del paciente.

Actividad	Fecha inicio	Fecha final	Indicador	Medio de verificación
Citar al personal mediante correo electrónico	1 de septiembre del 2017	1 de septiembre del 2017	# personas citadas _____ # total de personas de enfermería 100	correo
Socializar al personal la política de seguridad del paciente	1 de septiembre del 2017	1 de octubre del 2017	# personal capacitado _____ # total de personal x 100	Evidencia física: lista de asistencia
Elaboración de poster institucional de política de seguridad del paciente	1 de octubre del 2017		Presentación del poster	Evidencia física: poster, botones y fotos.
Curso virtual web institucional de política de seguridad del paciente reporte de evento	1 de septiembre del 2017	3 de noviembre del 2017	Presentación del curso virtual	Evidencia física: wix

PROBLEMA 2

<p>Problema: Falta adherencia de protocolos de venopunción, administración de medicamentos y riesgo de caídas del programa de seguridad del paciente por parte del personal</p>				
<p>Objetivo: Trasformar la adherencia de los protocolos de seguridad de: Venopunción, administración segura de medicamentos y riesgo de caídas al personal del HLN</p>				
<p>Meta: Aumentar el nivel de adherencia de los protocolos de seguridad de: Venopunción, administración segura de medicamentos y riesgo de caídas por parte del personal del HLN a un 80%</p>				
Actividad	Fecha de inicio	Fecha final	Indicador	Medio de verificación
Realizar citación al personal por fechas acordadas con la jefe a la ronda informativa que se realiza cada mes.	1 de septiembre del 2017	1 de septiembre del 2017	# personas citadas # personas que asiste x 100 $\frac{\# \text{Personas citadas}}{\# \text{Total personas}} \times 100$	Correo de invitación
Aplicar pre-test de conocimiento al personal	10 julio del 2017	04 de agosto del 2017	# Personal evaluado _____	instrumento de evaluación

			#Personal que asisten x100	de conocimientos
Socializar protocolo de venopunción, administración de medicamentos y riesgo de caídas.	4 de septiembre del 2017	3 de noviembre del 2017	# de personal capacitado _____ # de personal total x 100	Evidencia física: lista de asistencia, registro fotográfico
Aplicar postes t de conocimiento al personal	06 de noviembre del 2017	10 de noviembre del 2017	# Personal evaluado _____ #Personal que asisten x100	Fotos y firmas
Aplicar lista de chequeo de los protocolos venopunción administración de medicamentos	1 de septiembre del 2017	3 de noviembre del 2017	# ítems evaluados _____ # ítems que no se cumple	Listado firmado por la jefe

PROBLEMA 3

Problema: No implementación de rondas de seguridad				
Objetivo: Realizar rondas de seguridad en los servicios de urgencias, hospitalización, pediatría y ginecología				
Meta: Alcanzar 20 rondas de seguridad en el HLN durante la practica				
Actividad	Fecha de inicio	Fecha final	Indicador	Medio de verificación
Implementar Rondas de seguridad por los servicios de urgencias, hospitalización, pediatría y ginecología	22 de agosto del 2017	3 de noviembre del 2017	rondas planeadas Total rondas realizadas x 100	Evidencia física: Lista de asistencia firmada por jefe del servicio

Entrega de actas a coordinadora de cada servicio de lo encontrado y acciones en las rondas de seguridad	22 de agosto del 2017	3 de noviembre del 2017	Documento de rondas	Evidencia física: informe
---	-----------------------	-------------------------	---------------------	---------------------------

PROBLEMA 4

Problema: Falta gestión desde la oficina de seguridad para revisar y evaluar la documentación de protocolos previamente actualizados que han de ser aprobados por la oficina de calidad.				
Objetivo: Realizar la revisión, aprobación, almacenamiento y el acceso fácil de los protocolos al personal del HLN				
Meta: Lograr el 75% de la revisión, aprobación, de los protocolos de seguridad del paciente al personal del HLN				
Actividad	Fecha inicio	Fecha final	Indicador	Medio de verificación
Evaluar cuales protocolos tienen	28 de agosto del 2017	1 de septiembre del 2017	Protocolos seleccionados	Archivo excell con los

fechas de actualización			Protocolos revisados x100	datos de documentos
Buscar los protocolos actualizados sin proceso de revisión por calidad.	1 de septiembre del 2017	1 de octubre del 2017	Protocolos seleccionados Protocolos revisados x100	Archivo excell con los datos de documentos
Realizar reunión con la coordinación de calidad para mostrar y entregar el material productivo	30 de octubre del 2017	30 de octubre del 2017	Reunión	Firma entrega y recibido de documento Archivo excell y foto.
Enviar correos para agilizar el proceso de aprobación desde calidad	7 de noviembre del 2017	7 de noviembre del 2017	Correos enviados Correos planeados x100	Correo

Compartir en el escritorio de los computadores de cada servicio la carpeta con los protocolos.	8 de noviembre del 2017	10 de noviembre del 2017	Documentos	Carpeta en escritorio
--	-------------------------	--------------------------	------------	-----------------------

13 ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Tabla # 11

Realización del curso virtual de seguridad del paciente
Apoyar las capacitaciones de Estrategias del Programa de seguridad del paciente, con el juego empieza aquí “Ronda informativa”
Apoyo en la capacitación de consentimiento informado
Realizar la semana de seguridad del paciente
Apoyo a la actividad riesgo caídas según las guías RNAO por parte de los estudiantes de pregrado 2 y 4 semestre de enfermería de la UNAB

14 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla # 12

Actividad	fecha de inicio	Fecha de terminación
Socialización de política de seguridad	8 de agosto de 2017	1 de noviembre de 2017
Socializar proceso para reportar eventos	8 de agosto de 2017	1 de noviembre de 2017

Aplicación de rondas de enfermería en los servicios de urgencias, hospitalización, pediatría y ginecología	8 de agosto de 2017	7 de noviembre de 2017
Capacitación al personal de enfermería en protocolo de venopunción	1 de agosto de 2017	31 de agosto de 2017
Apoyo a capacitaciones de lavado de manos y identificación	1 de agosto de 2017	31 de agosto de 2017
Capacitación al personal de enfermería en protocolo de caídas.	1 de septiembre de 2017	30 de septiembre de 2017
Apoyo a capacitaciones de piel sana y aislamiento	1 de septiembre de 2017	30 de septiembre de 2017
Realizar la semana de seguridad del paciente	17 de octubre de 2017	20 de octubre de 2017
Elaboración del curso virtual web institucional de política de seguridad del paciente	1 de septiembre de 2017	20 de octubre de 2017

Elaboración de poster y botones institucional de política de seguridad del paciente	1 octubre de 2017	7 de noviembre de 2017
Gestión desde la oficina de seguridad para revisar y evaluar la documentación de protocolos previamente actualizados que han de ser aprobados por la oficina de calidad.	1 octubre de 2017	3 de noviembre de 2017
Entrega de base de datos actualizada de los protocolos, y guías de la ESE ISABU	7 de noviembre de 2017	10 de noviembre de 2017
Apoyo a la actividad riesgo caídas según las guías RNAO por parte de los estudiantes de pregrado 2 y 4 semestre de enfermería de la UNAB	7 de noviembre de 2017	8 de noviembre de 2017

15. RESULTADO Y CUMPLIMIENTO DE LAS NECESIDADES ENCONTRADAS EN LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE E.S.E ISABU

En los problemas encontrados se inició gestión desde el 1 de agosto de 2017 culminando el 10 de noviembre de 2017

PROBLEMA 1

15.1. 1 Desconocimiento de la política de seguridad del paciente por parte del personal (desconocimiento del proceso para reportar eventos adversos)

La actividad se planeó con un formato brindado por la Unab llamado “planeación de actividades” y se ejecutó con apoyo del jefe de seguridad del paciente durante los meses de agosto hasta noviembre del presente año. Las intervenciones se realizaron durante las capacitaciones de Estrategias del Programa de seguridad del paciente, con el juego empieza aquí “Ronda informativa” y los grupos primarios mensuales programados en los servicios de urgencias, hospitalización, ginecología, pediatría y en las reuniones de los médicos rurales de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Se explicó la política de seguridad del paciente, los objetivos y las estrategias incluidas en dicha política a 98 personas trabajadoras del HLN correspondiendo al 95.6% del personal.

Problema: Desconocimiento de la política de seguridad del paciente por parte del personal (desconocimiento del proceso para reportar eventos)

Objetivo: Describir a los profesionales y auxiliares de enfermería de los servicios de ginecología, medicina interna, pediatría y urgencias del Hospital Local del Norte sobre el programa de seguridad del paciente, haciendo énfasis en el proceso para reportar eventos.

Meta: Capacitar al 75% de profesionales y auxiliares del HLN sobre programa de seguridad del paciente.

Actividad	Fecha inicio	Fecha final	Indicador	unidad	Medio de verificación
Citar al personal mediante correo electrónico	1 de septiembre del 2017	1 de septiembre del 2017	110 personas citadas _____	95.6 % personal HLN	correo
Socializar al personal la política de	1 de septiembre del 2017	1 de noviembre de 2017	98 personal capacitado _____	89% personal HLN	Evidencia física: lista de asistencia y

seguridad del ... paciente			110 total de personal x 100		evidencia fotográfica (Anexo 1)
Evaluación de conocimientos de política de seguridad	1 de septiembre de 2017	1 noviembre de 2017	98 personal evaluado 98 personal capacitado X 100	100% personal capacitado	Test de conocimiento
Elaboración de poster institucional de política de seguridad del paciente	1 de octubre del 2017	7 de noviembre del 2017	# 10carteles planeados # 10carteles entregados x 100	1 póster Se Distribuyen 10 posters en el HLN	Evidencia física: poster
Curso virtual web institucional de política de seguridad del paciente	1 de septiembre del 2017	3 de noviembre del 2017	Diseño de curso virtual	1 curso virtual WIX	Evidencia física: página virtual WIX

reporte de evento					
-------------------	--	--	--	--	--

Se capacitó al 91 % del personal de HLN correspondiente a 95 personas sobre la política de seguridad del paciente y proceso para reportar eventos. Para la capacitación se realizó citación al 95. % del personal por medio de correos, perifoneo, voz a voz.

La socialización de la política y proceso para reportar eventos se realizó utilizando un poster y una metodología WIX (Anexo 13), se capacitó a 91 personas correspondientes a 91% del personal como se muestra en la **tabla #13**.

Tabla #13. Capacitación seguridad del paciente y eventos adversos

Servicio	Enfermera	Auxiliar de enfermería	Camillero	Médicos	Médicos internos	Total
Urgencias	10	13	2	2	6	33
Hospitalización	5	11	1	1	5	23

Sala de partos	2	12	1	2	3	20
Pediatría	4	14	1	1	2	22
Total	21	50	5	6	16	98

Con respecto al video, se realizó por medio de la aplicación WIX. En éste página se puede observar las generalidades de la política de seguridad del paciente (ESE ISABU) y cada una de las estrategias y el proceso de reporte de evento adverso de la institución.

PROBLEMA 2

15.2. Falta adherencia de protocolos de venopunción, administración de medicamentos y riesgo de caídas del programa de seguridad del paciente por parte del personal

Se realizó planeación de la actividad mediante formato de “planeación de actividades” de la universidad autónoma de Bucaramanga (**anexo 2**). Se llevó a cabo en las capacitaciones de Estrategias del Programa de seguridad del paciente, con el juego empieza aquí “Ronda informativa” los protocolos de venopunción, administración de medicación y riesgo de caídas realizada del 1 de agosto al 20 de octubre y en la semana de seguridad al paciente el día 17 al 20 de octubre de 2017, en el cual se profundizó los protocolos de seguridad del paciente, se realizó pretest, presentación de diapositivas y posteriormente postest, seguido de STANT por los servicios de urgencias, hospitalización, sala de partos, pediatría tal como se evidencia en la tabla # 19.

Problema: Falta adherencia de protocolos de venopunción, administración de medicamentos y riesgo de caídas del programa de seguridad del paciente por parte del personal					
Objetivo: Trasformar la adherencia de los protocolos de seguridad de: Venopunción, administración segura de medicamentos y riesgo de caídas al personal del HLN					
Meta: Aumentar el nivel de adherencia de los protocolos de seguridad de: Venopunción, administración segura de medicamentos y riesgo de caídas por parte del personal del HLN a un 80%					
Actividad	Fecha de inicio	Fecha final	Indicador	unidad	Medio de verificación
Realizar citación al personal por fechas acordadas con la jefe a la ronda informativa que se realiza cada mes.	1 de septiembre del 2017	1 de septiembre del 2017	30 personas citadas _____	85.7%	Correo de invitación
Aplicar pre-test de	10 julio del 2017	04 de agosto del 2017	Venopunción: 31 Personal evaluado _____	Venopunción 100%	instrumento de evaluación de

conocimiento al personal			35 Personal que asisten x100 Administración de medicamentos 29 Personal evaluado _____	Adminis tración de medicamen tos: 100%	conocimiento s
			35 Personal que asisten x100 Riesgo de caídas 33 Personal evaluado _____	Riesgo de caídas: 100%	
			35 Personal que asisten x100		
Socializar protocolo de venopunción, administración de medicamentos	4 de septiembre del 2017	3 de noviembre del 2017	Venopunción: 31 de personal capacitado _____	Venopu nción 88.5%	Evidencia física: lista de asistencia, registro fotográfico
			35 de personal total x 100		

y riesgo de caídas.			Administración de medicamentos 29 Personal capacitado ----- 35 de personal capacitado x100 Riesgo de caídas 33 Personal capacitado ----- 35 de personal capacitado x100	Administración de medicamentos: 82.8% Riesgo de caídas: 94.2%	
Aplicar postes t de conocimiento al persona	06 de noviembre del 2017	10 de noviembre del 2017	Venopunción: 31 Personal evaluado ----- 35 Personal que asisten x100 Administración de medicamentos	Venopunción 100% Administración de	Fotos y firmas

			<p>29 Personal evaluado _____</p> <p>35 Personal que asisten x100</p> <p>Riesgo de caídas</p> <p>33 Personal evaluado _____</p> <p>35 Personal que asisten x100</p>	<p>medicamen tos 100%</p> <p>Riesgo de caídas: 100%</p>	
<p>Aplicar lista de chequeo de los protocolos venopunción administración de medicamentos</p>	<p>1 de septiembre del 2017</p>	<p>3 de noviembre del 2017</p>	<p>Venopunción. 9 ítems que se cumple _____</p> <p>10 ítems evaluados</p> <p>Administración de medicamentos 11 ítems que se cumple _____</p> <p>13 ítems evaluados</p>	<p>85.7 %</p> <p>84.6%</p>	<p>Listado firmado por la jefe</p>

15.2.1 Atención limpia y segura: venopunción

Se capacito y se realizó postes a 31 personas pertenecientes al grupo de enfermería que tiene contacto con la seguridad del paciente, parte del personal de enfermería de la institución correspondiente al 88.5%. (Anexo 4)

En los resultados del postest se evidencio que aumento el conocimiento por parte del personal de enfermería a un 88.4%, tal como se evidencia en la tabla #.14

Tabla # 14. Resultados del postest del protocolo de venopunción 2017-2

Ítem evaluado	Enfermera – Auxiliares de Enfermería	
	Respuestas Correcto	Respuestas incorrecto
	n. (%)	N. (%)
Conocimiento existencia protocolo	35(100%)	0 (0%)
Indicaciones correctas de la venopunción	28 (80%)	7 (20%)
Acceso a protocolo de venopunción	33 (94.2%)	2 (5.2%)
Insumos no utilizables para venopunción	29 (82%)	6 (17.1%)

Tiempo de cambio de equipo de venopunción y catéter	34 (97.1%)	1 (2.8%)
Complicaciones de la venopunción	31 (88.5%)	4 (11.4%)
Definición de venopunción	28 (80%)	7 (20%)
total	88.4%	10.9%

Fuente: Elaboración de autoría propia en google drive.

Se realizaron lista de chequeo después de la socialización del protocolo de venopunción y se evidencio en urgencias, hospitalización, ginecología un (85%) de adherencia al protocolo, realizada por medio de las rondas de seguridad específicas.

Tabla # 15. Resultados de medición de adherencia del protocolo de venopunción 2017-2

venopunción	
Correctas	incorrectas
85.7 % (12)	14.3% (2)

Fuente: Elaboración de autoría propia en Excel

15.2.2 Medicamento seguro: Administración de medicamentos

Se capacito y se realizó postes a 29 personas pertenecientes al grupo de enfermería que tiene contacto con la seguridad del paciente, parte del personal de enfermería de la institución correspondiente al 82.8%. (Anexo 6)

En los resultados del postest se evidencio que aumento el conocimiento por parte del personal de enfermería a un 82.7%, tal como se evidencia en la tabla #.16.

Tabla # 16. Resultados del postest del protocolo de venopunción 2017-2

Item evaluado	Enfermera – Auxiliares de Enfermería	
	Respuesta Correcta	Respuesta Incorrecta
	n. (%)	n. (%)
Conocimiento existencia protocolo	29 (100%)	0 (0%)
Factores que modifican la acción de los fármacos	25 (86.2%)	4 (13.7%)
Aspectos para el registro de tarjeta de medicamentos	22 (75.8%)	7 (24.1%)
Vías de administración	27 (93.1%)	2 (6.8%)
Desventajas de administración de medicamento vía oral	25 (85%)	4 (13.7%)
Cuidados de Enfermería vía nasogástrica	24 (82.7%)	5 (17.2%)
Vías de administración parenterales	25(86.2%)	4 (13.7%)
Utilidad vía intradérmica	23 (79.3%)	6 (20.6%)

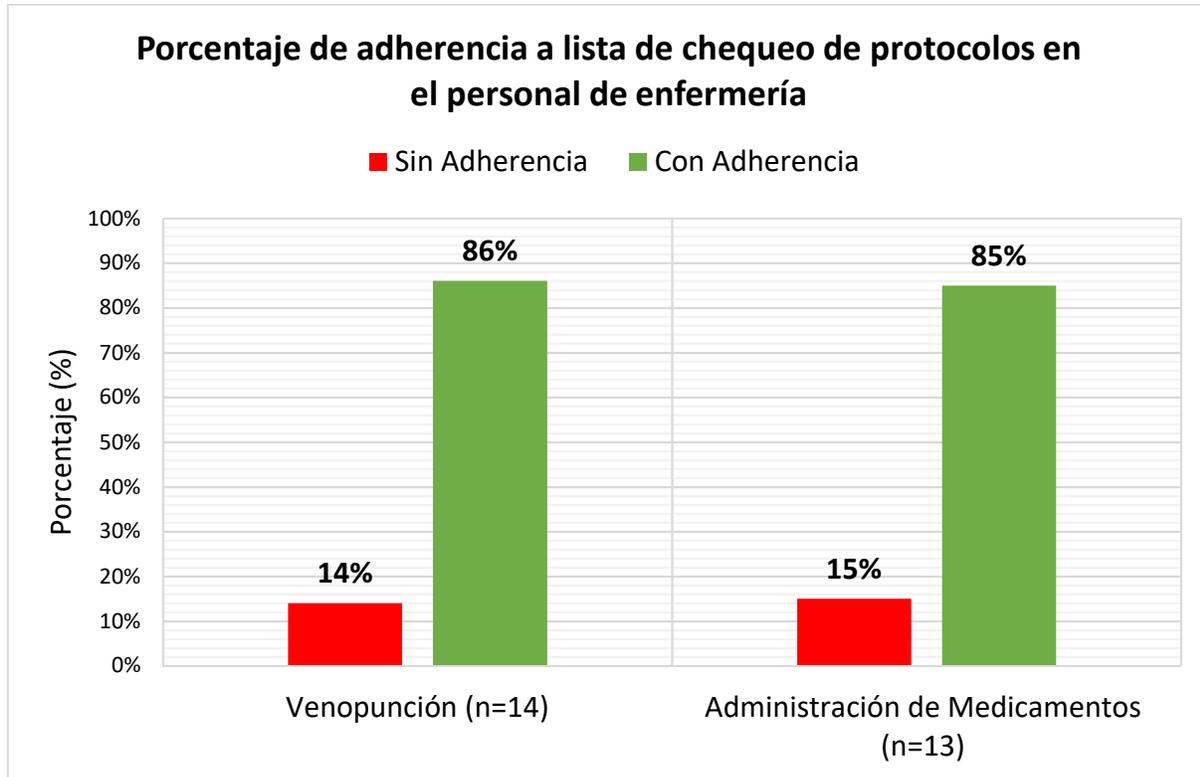
TOTAL	(86 %)	24 %
--------------	---------------	-------------

Fuente: Elaboración de autoría propia en google drive.

Se realizaron lista de chequeo después de la socialización del protocolo de administración de medicamentos y se evidencio en urgencias, hospitalización, ginecología un (85%) de adherencia al protocolo, realizada por medio de las rondas de seguridad específicas.

Resultados de medición de adherencia del protocolo de administración de medicamentos 2017-2

Tabla # 17.



Fuente: Elaboración de autoría propia en excel

15.2.3 Prevención de caídas

Se capacito y se realizó postes a 33 personas pertenecientes al grupo de enfermería que tiene contacto con la seguridad del paciente, parte del personal de enfermería de la institución correspondiente al 94.2%. (Anexo 8)

En los resultados del postest se evidencio que aumento el conocimiento por parte del personal de enfermería a un 90.4%, tal como se evidencia en la tabla **Tabla # 18**. Resultados del prostest del protocolo de venopunción 2017-2

Tabla # 18. Resultados del postest del protocolo de riesgo de caídas 2017-2

Item evaluado	Enfermera – Auxiliares de Enfermería	
	Respuestas Correcto	Respuestas incorrecto
	n. (%)	N. (%)
Medidas preventivas de caídas	30 (90.9%)	3 (9%)
Escala que valora el riesgo de caída	28 (84.8%)	15 (45.4%)
La manilla que identifica al paciente con riesgo de caída es de color	32 (96.9%)	1 (3%)
Si un usuario presenta riesgo de caída en la valoración según la escala debe tener un puntaje de	28 (84.8%)	15 (45.4%)
Los factores de riesgo de caídas	31 (93.9%)	2 (6%)
TOTAL	90.4%	20.6%

Fuente: Elaboración de autoría apropiada en google drive.

Tabla # 19. En la semana de seguridad del paciente

MARTES 17 DE OCTUBRE	MIÉRCOLES 18 DE OCTUBRE	JUEVES 19 DE OCTUBRE	VIERNES 20 DE OCTUBRE
<p>AUDITORIO: Hospital Local del Norte</p> <p>Dirigido Personal Asistencial</p> <p>08:00 a.m.: Comunicación efectiva: Jefe. Angie Paola Vera PDA UIS</p> <p>10: 00 a.m.: administración de medicamentos e implicaciones legales: Jefe Ligia Betty Arboleda de</p>	<p>AUDITORIO: Hospital Local del Norte</p> <p>Dirigido Personal Asistencial</p> <p>08:00 a.m.: terapia intravascular enfocada al usuario y al trabajador: Jefe. Laura Marcela Morales, asesora clínica BD</p> <p>09: 00 a.m.: Prevención de úlceras por presión. Doctora Marieth Rizzo Flórez.</p>	<p>AUDITORIO: Hospital Local del Norte</p> <p>Dirigido Personal Asistencial</p> <p>08:00 a.m.: Uso racional de Antibióticos. Dr. Lalo Medina. Coordinador médico HLN y UIMIST</p> <p>09: 00 a.m.: Sensibilización</p>	<p>STANT POR SERVICIO</p> <p>07:00 – 12:00 AM</p> <p>CONSULTA EXTERNA: LAVADO DE MANOS</p> <p>URGENCIAS: PREVENCIÓN RIESGO DE CAIDAS</p> <p>CIRUGIA Y PARTOS: BINOMIO MADRE-HIJO</p>

<p>Pérez Docente</p> <p>UDES.</p>		<p>Riesgo Biológico.</p> <p>Colpatria ARL</p> <p>10:00 a.m.:</p> <p>Procedimiento consentimiento informado</p>	<p>ADMINISTRATIVA:</p> <p>BIOSEGURIDAD</p> <p>HOSPITALIZACION:</p> <p>AISLAMIENTO HOSPITALARIO</p> <p>PEDIATRIA: IDENTIFICACION DEL PACIENTE</p> <p>UIMIST:MEDICAMENTOS SEGUROS</p>
-----------------------------------	--	--	---

PROBLEMA 3

15.3. No implementación de rondas de seguridad

Problema: No implementación de rondas de seguridad					
Objetivo: Realizar rondas de seguridad en los servicios de urgencias, hospitalización, pediatría y ginecología					
Meta: Alcanzar 20 rondas de seguridad en el HLN durante la práctica.					
Actividad	Fecha inicio	Fecha final	Indicador	unidad	Medio de verificación
Implementar Rondas de seguridad por los servicios de urgencias, hospitalización, pediatría y ginecología	13 de agosto del 2017	3 de noviembre del 2017	22 rondas planeadas 20 Total rondas realizadas x 100	110% personal HLN	Evidencia física: Lista de asistencia firmada por jefe del servicio

Entrega de actas a coordinadora de cada servicio de lo encontrado y acciones en las rondas de seguridad	13 de agosto del 2017		Acta de rondas	110 % personal HLN	Evidencia física: Acta de rondas
---	-----------------------	--	----------------	---------------------------	----------------------------------

En total se realizaron 22 rondas en los servicios como se muestra en la **Tabla # 20.**

Tabla # 20. Rondas de seguridad

Servicio	# rondas
Urgencias	7
Hospitalización	5
ginecobstetricia	5
pediatría	5
Total	22

Durante las rondas se evidencio paciente que no tenía la manilla de identificación, ni manilla de riego de caídas, otros que tenía manilla pero no estaba debidamente rotulada, en la entrega de turno no se hace referencia a los riesgos identificados según protocolo de caídas, venopunciones infiltradas y además no estaban correctamente marcada, según protocolo, no se le explica al paciente el procedimiento, ni el tipo o efecto que tiene el medicamento, no se realiza previa marcación de medicamento o del buretrol, la asepsia en el buretrol o en el paciente es olvidada, no tienen en cuenta el cumplimiento de los 11 correctos para la administración de medicamentos, no permeabilizan la vena previo a la administración.

El personal de salud no maneja las medidas de bioseguridad, no se está realizando higienización de manos antes y después de tener contactos con los pacientes, ni realizan los 5 momentos de la higiene de manos, no está haciendo la adherencia al protocolo de administración de medicamentos, específicamente en: El personal no explica al paciente el procedimiento, ni el tipo o efecto que tiene el medicamento, no se realiza previa marcación de medicamento o del buretrol, la asepsia en el buretrol o en el paciente es olvidada, no tienen en cuenta el cumplimiento de los 11 correctos para la administración de medicamentos, no permeabilizan la vena previo a la administración, Se evidencia camas en muy mal estado dañadas para la utilización de las barandas.

Se realiza observaciones, acciones inmediatas, acción programada que fue ejecutada entre los meses de agosto a octubre, según formato único de rondas de seguridad del paciente tal como se evidencia en la tabla #16:

Tabla# 21 Ronda de seguridad de paciente

<p>Hospitalización</p>	<p>Observaciones: La venopunción no está correctamente marcada, según protocolo.</p> <p>Acciones inmediatas: Se refuerza y se socializa según protocolo sobre la importancia de la correcta marcación de la venopunción y de la permeabilidad de la vena.</p> <p>Acción programada y ejecutada: Se realizó capacitación sobre protocolo de venopunción y realización de la lista de chequeo.</p> <p>Observaciones: El personal no explica al paciente el procedimiento, ni el tipo o efecto que tiene el medicamento, no se realiza previa marcación de medicamento o del buretrol.</p>
-------------------------------	---

	<p>Acciones inmediatas: Se refuerza y se socializa según protocolo sobre la administración segura del medicamento</p> <p>Acción programada y ejecutada: Se realizó capacitación sobre protocolo de administración de medicamento y realización de la lista de chequeo</p> <p>Observaciones: Se evidencia camas en muy mal estado dañadas para la utilización de las barandas que las inhabilita para su uso, con gotera en la habitación 316 y en el pasillo, y la 314 inhabilitada por colchón</p> <p>Acción programada: Informar al área de mantenimiento para el arreglo de las mismas</p> <p>Observaciones: Se evidencio pacientes que no tenía la manilla de identificación en el servicio.</p> <p>Acciones inmediatas: Reubicar las manillas, explicarle las importancias de la identificación del paciente por medio de la manilla.</p> <p>Acción programada y ejecutada: Se realizó capacitación sobre protocolo de identificación de paciente</p>
Ginecología	<p>Observaciones: La venopunción no está correctamente marcada, según protocolo.</p>

	<p>Acciones inmediatas: se refuerza y se socializa según protocolo sobre la importancia de la correcta marcación de la venopunción y de la permeabilidad de la vena.</p> <p>Acción programada y ejecutada: Se realizó capacitación sobre protocolo de venopunción y realización de la lista de chequeo.</p> <p>Observaciones: la jefe de recibo y entrega de turno no tienen las medidas de bioseguridad como es la bata y su carnet de identificación.</p> <p>Acciones inmediatas: se refuerza y se socializa la importancia de las medidas de bioseguridad.</p> <p>Acción programada y ejecutada: Se realizó capacitación sobre el protocolo de bioseguridad.</p> <p>Observaciones: se evidencia que no se está realizando la higienización de manos, ni los 5 momentos de la higiene de manos.</p> <p>Acciones inmediatas: se refuerza y se socializa según protocolo sobre la importancia de los 5 momentos de la higiene de manos.</p>
--	--

	<p>Acción programada y ejecutada: Se realizó capacitación sobre el protocolo de lavado de manos.</p>
<p>Pediatría</p>	<p>Observaciones: se evidencio en algunos pacientes la venopuncion se le había realizado hace más de 3 días y no está correctamente marcada, según protocolo.</p> <p>Acciones inmediatas: se refuerza y se socializa según protocolo sobre la importancia de la correcta marcación de la venopunción y de la permeabilidad de la vena.</p> <p>Acción programada y ejecutada: Se realizó capacitación sobre protocolos de venopunción y realización de la lista de chequeo.</p> <p>Observaciones: Se evidencio pacientes que no tenían la manilla de identificación, ni la manilla de riesgo de caídas.</p> <p>Acciones inmediatas: revisar que las manillas no generen un riesgo para el paciente, y reubicar las manillas, explicarle al familiar la importancia de la identificación del paciente por medio de la manilla, y la de riesgo de caídas.</p> <p>Acción programada y ejecutada: Se realizó capacitación sobre protocolos de identificación del paciente y riesgo de caídas.</p>

	<p>Observaciones: se evidencia que en la entrega de turno no se hace referencia a los riesgos identificados según protocolo de caídas</p> <p>Acción programada y ejecutada: seguimiento en la identificación de los riesgos al ingreso del paciente en el servicio, realizar el registro en la historia clínica y reportar en la entrega de turno los riesgos en la atención.</p>
<p>Urgencias</p>	<p>Observaciones: Se evidencio pacientes que no tenía la manilla de identificación y tenían manilla pero no estaba debidamente rotulada.</p> <p>Acciones inmediatas: Reubicar las manillas, rotular correctamente y posterior explicarle la importancia de la identificación del paciente por medio de la manilla.</p> <p>Acción programada y ejecutada: Se realizó capacitación sobre la identificación de pacientes.</p> <p>Observaciones: La venopunción no está correctamente marcada, según protocolo</p> <p>Acciones inmediatas: se refuerza y se socializa según protocolo sobre la importancia de la correcta marcación de la venopunción y de la permeabilidad de la vena.</p>

	<p>Acción programada: Se realizó capacitación sobre protocolo de venopunción y realización de la lista de chequeo.</p> <p>Observaciones: Se evidencio que el personal no se está haciendo higienización de manos antes y después de tener contactos con los pacientes.</p> <p>Acciones inmediatas: se refuerza y se socializa según protocolo de lavado de manos y los 5 momentos para la higiene de manos.</p> <p>Acción programada y ejecutada: Se realizó capacitación sobre el lavado de manos.</p>
--	---

Como evidencia a las acciones programadas y ejecutadas en los servicios se les entrega, a los coordinadores el acta de las capacitaciones realizadas y planillas de asistencia al igual que se toma evidencia fotográfica. (Anexo)

PROBLEMA 4

15.4. Falta gestión desde la oficina de seguridad para revisar y evaluar la documentación de protocolos previamente actualizados que han de ser aprobados por la oficina de calidad

Posterior a la búsqueda de los protocolos y guías se revisó últimas actualizaciones, versiones, servicios o centros de salud a quienes se le ha socializado y medido adherencia, observando protocolos actualizados y en proceso de nueva actualización por jefes (PEP) de las diferentes universidades

Problema: Falta gestión desde la oficina de seguridad para revisar y evaluar la documentación de protocolos previamente actualizados que han de ser aprobados por la oficina de calidad.					
Objetivo: Realizar la revisión, aprobación, almacenamiento y el acceso fácil de los protocolos al personal del HLN					
Meta: Lograr el 70% de la revisión, aprobación, de los protocolos de seguridad del paciente al personal del HLN					
Actividad	Fecha inicio	Fecha final	Indicador	unidad	Medio de verificación
Evaluar cuales protocolos tienen fechas	28 de agosto del 2017	1 de septiembre del 2017	80 Protocolos seleccionados 80 Protocolos revisados x100	100%	Archivo excell con los datos de documentos

de actualización					
Buscar los protocolos actualizados sin proceso de revisión por calidad.	1 de septiembre del 2017	1 de octubre del 2017	7 Protocolos seleccionados 7 Protocolos revisados x100	71.4 %	Archivo excell con los datos de documentos
Realizar reunión con la coordinación de calidad para mostrar y entregar el material productivo	30 de octubre del 2017	30 de octubre del 2017	Reunión		Firma entrega y recibido de documento Archivo excell y foto.
Compartir en el escritorio de los computadore	8 de noviembre del 2017	10 de noviembre del 2017	Documentos		Carpeta en escritorio

s de cada servicio la carpeta con los protocolos.					
---	--	--	--	--	--

16. Anexos

Anexo1. Planeación y evidencia política de seguridad del paciente

	<p align="center"> UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA PRACTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACION SEGURIDAD DEL PACIENTE HLN ESE- ISABU </p>	DOCENTE: Enf. Mgs Clara Inés Padilla
		FECHA:

	PLANEACION DE ACTIVIDADES	Segundo trimestre 2017- 2
Actividad: :	Socialización de Política de seguridad	
Estudiante capacitador:	Carolina Alvarez Mejia	
Tiempo:	30 minutos	
Hora de inicio:	8:00 am	
Hora de finalización:	8:30 am	
Población objeto:	Personal de enfermería servicio de urgencias, hospitalización, ginecología y pediatría	
Objetivo general:	Aplicar la política de seguridad del paciente	
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar al personal la política de seguridad del paciente y cada una de sus estrategias • Exponer los formatos de reporte de evento adversos 	
Actividades a realizar:	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición de política de seguridad del paciente institucional 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer que es un evento adverso, incidente y evento centinela, el formato de reporte de evento adverso y cuáles son los motivos para generar un reporte.
Estrategias metodológicas	Diapositivas institucionales
Evaluación	NOC inicial
Número de personas participantes	98 personas aproximadamente
Referencias bibliográficas	Política de seguridad del paciente ESE ISABU Guía de “Buenas de Practicas de Seguridad del Paciente” Ministerio de Protección Social y Salud
Firma del Jefe inmediato	

NANDA		
VALORACION POR DOMINIOS CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	ETIQUETA DIAGNOSTICA DEFINICION	ETIOLOGIA - CAUSA - R/C

Verbalización del problema.	<p>Conocimientos deficientes:</p> <p>(00126)</p> <p>Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p>	Falta de exposición
-----------------------------	---	---------------------

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS					
DEFINICIÓN: grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico					
	1	2	3	4	5
INDICADO RES	Ningún conocimiento (reconoce 1)	Conocimiento escaso (reconoce 2)	Conocimiento moderado (reconoce 3)	Conocimiento sustancial (Reconoce 4)	Conocimiento extenso (Reconoce 5 y 6)
Propósito de la política de seguridad al paciente					

Reconocimiento de evento adverso					
Reconocimiento de incidente					
Estrategias de la política					
Pasos para reporte de evento adverso					
NOC INICIAL					
NOC FINAL					

Anexo 2. Acta de socialización y evidencia fotográfica

		FORMATO UNICO ACTAS	
<small>es.es.iss.2</small>		<small>Código: ISU-002</small>	<small>Versión: 1.0 Página: 1/1</small>
ACTA No.			
HORA	08 a.m.		
RESPONSABLES	Jefe. Alba Munillo, Jefe Laura Marcela Morales de laboratorio BD , Jefe Carolina Alvarez (PEP)		
FECHA CITACION	06 agosto 2017		
PARTICIPANTES	Personal de cirugía y pediatría		
LUGAR	HUN 4 piso		
ASUNTO	Socialización protocolo de venopunción		
DESARROLLO			
<p>La ESE ISABU se encuentra comprometida con el programa de seguridad del paciente y su propósito es establecer un sistema de atención en salud segura, para lograr este propósito es necesario el compromiso y la participación de todo el personal de la institución para sensibilizar, promover, coordinar y actuar en acciones que logren un mismo fin.</p> <p>Dentro del cronograma del programa esta socializar durante el los meses de agosto noviembre la política de seguridad al paciente</p> <p>DESARROLLO</p> <p>Se realizó un postest sobre el protocolo de prevención de caídas</p> <p>1. Se socializa protocolo venopunción, para garantizar la correcta venopunción del paciente, en el abordaje se presenta los siguientes contenidos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identificación de pacientes 2. comunicación efectiva 3. medicamentos seguros 4. atención limpia y segura 5. piel sana 6. prevención de caídas 7. cirugía segura 8. prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y la transfusión sanguínea 9. binomio madre-hijo 10. consentimiento informado 			
		 	

Anexo 3. Test de conocimiento de la política de seguridad del paciente

CONOCIMIENTOS SOBRE POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

FECHA _____ PROFESIÓN _____

CENTRO DE SALUD: _____

1. ¿Conoce la política de seguridad del paciente de la ESE ISABU?
 Si No

2. Selecciona con una X la respuesta correcta al concepto DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

A. Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial

B. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias

C. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud

3. Coloque el número dentro del paréntesis que corresponda a cada concepto

1. INCIDENTE	(3) Evento adverso donde se presenta la muerte o daño físico o psicológico severo de carácter permanente
2. EVENTO ADVERSO	(2) Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
3. EVENTO CENTINELA	(1) Es la lesión no intencional que se le produce a un paciente durante su proceso de atención en salud

4. Señale una estrategia del programa de seguridad del paciente?

Protocolo de violencia sexual

Atención limpia y segura

Clasificación del TRIAGE

5. Señale con una X cuál es un evento adverso

Hacer doble verificación de la identificación del paciente

Técnica de lavado de manos

Caída del paciente en los servicio de hospitalización

Aplicar escalas de clasificación de riesgo Dantown y Braden

6. Sabe cómo diligenciar el formato de reporte de incidentes y eventos adversos
 Si NO

7. Que metodología se utiliza en la ESE ISABU para realizar el análisis del evento adverso

Protocolo de Londres AMFE Causa-Raíz Diagrama de Flujo

RMA _____ CONSTRUIR SEGURIDAD. Es tarea de todos...

Anexo 4. Planeación de protocolo de venopunción

	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA PRACTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACION SEGURIDAD DEL PACIENTE HLN ESE- ISABU	DOCENT E: Enf. Mgs Clara Inés Padilla
		FECHA:

	PLANEACION DE ACTIVIDADES	Segundo trimestre 2017
Actividad: :	Socialización de venopunción	
Estudiante capacitador:	Nelly Carolina Álvarez Mejía	
Tiempo:	30 minutos	
Hora de inicio:	8:00 am	
Hora de finalización:	12:00 am	
Población objeto:	Personal de enfermería servicio de urgencias, hospitalización, ginecología y pediatría	
Objetivo general:	Realizar socialización del protocolo de venopunción	
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar las acciones de enfermería para proporcionar de manera segura y oportuna una vía de acceso venoso para: La administración de medicamentos, líquidos, soporte nutricional, sangre y sus derivados. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar que los servicios cumpla con requisitos para aplicación de técnica aséptica e insumos necesarios fundamentales en la realización de este procedimiento.
Actividades a realizar:	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de pretest y postes • Capacitación del protocolo de venopunción
Estrategias metodológicas	<p>Diapositivas institucionales</p> <p>Pretest y postest del protocolo de prevención de caídas.</p> <p>Cartel de la escala de JH DOWNTON</p>
Evaluación	NOC inicial procedimientos terapéuticos
Número de personas participantes	35 personas de los servicios de urgencias, hospitalización, ginecología y pediatría.
Referencias bibliográficas	<p>Ministerio de Protección social. Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente. 2010. (En línea). Revisado: 13.09.2017.</p> <p>Disponible en:</p> <p>https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3</p>
Firma del Jefe inmediato	

NANDA		

VALORACION POR DOMINIOS CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	ETIQUETA DIAGNOSTICA DEFINICION	ETIOLOGIA – CAUSA - R/C
Verbalización del problema.	<p>Riesgo de caídas (00155)</p> <p>Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Fisiológicos • Cognitivos • Medicamentosos • Ambientales • Niños

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS					
DEFINICIÓN: grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico					
INDICADORES	1	2	3	4	5
	Ningún conocimiento (reconoce 1)	Conocimiento escaso (reconoce 2)	Conocimiento moderado (reconoce 3)	Conocimiento sustancial (Reconoce 4)	Conocimiento extenso (Reconoce 5 y 6)

Propósito del protocolo de venopunción					
Indicaciones y contraindicaciones de la venopunción					
Realización del procedimiento de la venopunción					
Cuidados de los catéteres.					
NOC INICIAL					
NOC FINAL					

Anexo 5. Acta de socialización y evidencia fotográfica

 ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga N.º. 88042812		FORMATO UNICO ACTAS			
Código:	FU-002	Versión:	1.0	Página:	01
ACTA No.					
HORA	08 a.m.				
RESPONSABLES	Jefe: Alba Murillo, Jefe, Carolina Alvarez (PEP)				
FECHA CITACION	08 agosto 2017				
PARTICIPANTES	Personal de urgencias, hospitalización, ginecología y pediatría				
LUGAR	HLN 3 piso				
ASUNTO	Socialización protocolo de venopunción				
DESARROLLO					
<p>La ESE ISABU se encuentra comprometida con el programa de seguridad del paciente y su pronóstico es establecer un sistema de atención en salud segura; para lograr este propósito es necesario el compromiso y la participación de todo el personal de la institución para sensibilizar, promover, coordinar y actuar en acciones que logren un mismo fin.</p> <p>Dentro del cronograma del programa esta socializar durante el mes de agosto el protocolo venopunción.</p> <p>DESARROLLO</p> <p>1. Se socializa protocolo venopunción, para garantizar la correcta venopunción del paciente, en el abordaje se presenta los siguientes contenidos</p> <ul style="list-style-type: none"> > Que es la venopunción > La técnica para realizar la venopunción > Cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de realizar una venopunción > Insumos requeridos > Precauciones o Medidas de seguridad > Cuidados a tener con el catéter > Las complicaciones de la venopunción 					
					

Anexo 6. Planeación de protocolo de administración de medicamentos

 unab Universidad Autónoma de Bucaramanga CIENCIAS DE LA SALUD	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA PRACTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACION SEGURIDAD DEL PACIENTE HLN ESE- ISABU PLANEACION DE ACTIVIDADES	DOCEN TE: Enf. Mgs Clara Inés Padilla
		FECHA :

		Segundo trimestre 2017
--	--	---------------------------------------

Actividad: :	Socialización de administración de medicamentos
Estudiante capacitador:	Nelly Carolina Álvarez Mejía
Tiempo:	30 minutos
Hora de inicio:	8:00 am
Hora de finalización:	12:00 am
Población objeto:	Personal de enfermería servicio de urgencias, hospitalización, ginecología y pediatría
Objetivo general:	Realizar socialización del protocolo de administración de medicamentos
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el tratamiento terapéutico ordenado a cada uno de los pacientes, para contribuir al mantenimiento y/o recuperación de su salud. • Identificar que los servicios cumpla con requisitos para aplicación de técnica aséptica e insumos necesarios

	fundamentales en la realización de la administración de medicamentos.
Actividades a realizar:	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de pretest y postes • Capacitación del protocolo de administración de medicamentos
Estrategias metodológicas	<p>Diapositivas institucionales</p> <p>Pretest y posttest del protocolo de prevención de caídas.</p>
Evaluación	NOC inicial procedimientos terapéuticos
Número de personas participantes	29 personas de los servicios de urgencias, hospitalización, ginecología y pediatría.
Referencias bibliográficas	<p>Ministerio de Protección social. Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente. 2010. (En línea). Revisado: 13.09.2017. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3</p> <p>3</p>
Firma del Jefe inmediato	

NANDA		
VALORACION POR DOMINIOS CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	ETIQUETA DIAGNOSTICA DEFINICION	ETIOLOGIA – CAUSA - R/C
Verbalización del problema.	<p style="text-align: center;">Riesgo de caídas (00155)</p> <p>Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Fisiológicos • Cognitivos • Medicamentosos • Ambientales • Niños

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS					
DEFINICIÓN: grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico					
	1	2	3	4	5

INDICADOR	Ningún conocimiento o (reconoce 1)	Conocimiento escaso (reconoce 2)	Conocimiento moderado (reconoce 3)	Conocimiento sustancial (Reconoce 4)	Conocimiento extenso (Reconoce 5 y 6)
Propósito del protocolo de administración de medicamentos					
reglas para la administración segura de medicamentos					
Realización de la tarjeta de medicamentos					
Vías de administración					
NOC INICIAL					

NOC FINAL	
------------------	--

Anexo 7. Acta de socialización y evidencia fotográfica

 ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga en evidencia	FORMATO UNICO ACTAS Código: 014202 Versión: 1.0 Páginas: 1/1	 ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga en evidencia	FORMATO UNICO ACTAS Código: 014202 Versión: 1.0 Páginas: 2/1														
<table border="1"> <tr><td>ACTA No.</td><td></td></tr> <tr><td>HORA</td><td>08 a.m. – 10 p.m.</td></tr> <tr><td>RESPONSABLES</td><td>Jefe Alba Marín, Jefe Carolina Álvarez (PEP) UNAS, Jefe Liga Betty Arriola de Pérez Coentro UDES</td></tr> <tr><td>FECHA CITACION</td><td>17 octubre 2017</td></tr> <tr><td>PARTICIPANTES</td><td>Personal de cirugía, parto, pediatría, urgencias, medicina interna, ginecología, jefes (PEP) y estudiantes de auxiliar de enfermería.</td></tr> <tr><td>LUGAR</td><td>Auditorio del hospital local del norte</td></tr> <tr><td>ASUNTO</td><td>Semana de seguridad del paciente socialización protocolo de administración de medicamentos y e implicaciones legales</td></tr> </table>		ACTA No.		HORA	08 a.m. – 10 p.m.	RESPONSABLES	Jefe Alba Marín, Jefe Carolina Álvarez (PEP) UNAS, Jefe Liga Betty Arriola de Pérez Coentro UDES	FECHA CITACION	17 octubre 2017	PARTICIPANTES	Personal de cirugía, parto, pediatría, urgencias, medicina interna, ginecología, jefes (PEP) y estudiantes de auxiliar de enfermería.	LUGAR	Auditorio del hospital local del norte	ASUNTO	Semana de seguridad del paciente socialización protocolo de administración de medicamentos y e implicaciones legales		
ACTA No.																	
HORA	08 a.m. – 10 p.m.																
RESPONSABLES	Jefe Alba Marín, Jefe Carolina Álvarez (PEP) UNAS, Jefe Liga Betty Arriola de Pérez Coentro UDES																
FECHA CITACION	17 octubre 2017																
PARTICIPANTES	Personal de cirugía, parto, pediatría, urgencias, medicina interna, ginecología, jefes (PEP) y estudiantes de auxiliar de enfermería.																
LUGAR	Auditorio del hospital local del norte																
ASUNTO	Semana de seguridad del paciente socialización protocolo de administración de medicamentos y e implicaciones legales																
<p>DESARROLLO</p> <p>La ESE ISABU se encuentra comprometida con el programa de seguridad del paciente y su pronóstico es establecer un sistema de atención en salud segura, para lograr este propósito es necesario el compromiso y la participación de todo el personal de la institución para sensibilizar, promover, coordinar y actuar en acciones que logren un mismo fin.</p> <p>Dentro del cronograma de LA SEMANA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE... POR UN ISABU SEGURO Y HUMANIZADO, esta socializar durante este día protocolo administración de medicamentos</p> <p>DESARROLLO</p> <p>Se socializa protocolo de administración de medicamentos, que lleva como objetivo administrar el tratamiento terapéutico ordenado a cada uno de los pacientes, para contribuir al mantenimiento y/o recuperación de su salud. Producir efectos paliativos, restaurativos o curativos, para prevenir enfermedades o ayudar en su diagnóstico.</p> <p>en el abordaje se presentaron los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definición • factores que modifican la acción de los fármacos • reglas para la administración segura de medicamentos 		<p>FIRMA PARTICIPANTES (Se adjunta Planilla de Asistencia)</p>															

Anexo 8. Planeación de protocolo de riesgo de caídas

 unab Universidad Autónoma de Bucaramanga CIENCIAS DE LA SALUD	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA	DOCENT E: Enf. Mgs Clara Inés Padilla
--	--	--

	PRACTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACION SEGURIDAD DEL PACIENTE HLN ESE- ISABU PLANEACION DE ACTIVIDADES	FECHA: Segundo trimestre 2017
--	--	---

Actividad: :	Socialización de protocolo de prevención de caídas.
Estudiante capacitador:	Nelly Carolina Álvarez Mejía
Tiempo:	30 minutos
Hora de inicio:	8:00 am
Hora de finalización:	12:00 am
Población objeto:	Personal de enfermería servicio de urgencias, hospitalización, ginecología y pediatría
Objetivo general:	Realizar socialización del protocolo de prevención de caídas.
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar medidas que minimicen el riesgo de caídas y aumenten la seguridad de los pacientes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las causas de las caídas, detectando cuales son los errores o fallas en la atención clínica que puede contribuir a la aparición de caídas en los pacientes. • Explicar la escala JH DOWNTON
Actividades a realizar:	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación del protocolo de prevención de caídas. • Identificar los factores de riesgo, valoración del riesgo de caídas, la escala JH DOWNTON y medidas preventivas de caídas.
Estrategias metodológicas	<p>Diapositivas institucionales</p> <p>Pretest y postest del protocolo de prevención de caídas.</p> <p>Cartel de la escala de JH DOWNTON</p>
Evaluación	NOC inicial procedimientos terapéuticos
Número de personas participantes	30 personas de los servicios de urgencias, hospitalización, ginecología y pediatría.
Referencias bibliográficas	<p>Ministerio de Protección social. Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente. 2010. (En línea). Revisado: 13.09.2017.</p> <p>Disponible en:</p> <p>https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3</p>
Firma del Jefe inmediato	

NANDA		
VALORACION POR DOMINIOS CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	ETIQUETA DIAGNOSTICA DEFINICION	ETIOLOGIA - CAUSA - R/C
Verbalización del problema.	Riesgo de caídas (00155) Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Fisiológicos • Cognitivos • Medicamentosos • Ambientales • Niños

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS					
DEFINICIÓN: grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico					
	1	2	3	4	5

INDICADORES	Ningún conocimiento (reconoce 1)	Conocimiento escaso (reconoce 2)	Conocimiento moderado (reconoce 3)	Conocimiento sustancial (Reconoce 4)	Conocimiento extenso (Reconoce 5 y 6)
Propósito del protocolo de prevención de caídas					
Identificar factores de riesgo intrínsecas y extrínsecas					
Explicar valoración del riesgo de caídas (Escala de Riesgo de Caídas de					

J.H. Downton)					
Medidas preventivas de caídas.					
NOC INICIAL					
NOC FINAL					

Anexo 9. Acta de socialización y evidencia fotográfica

 ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga No. 880.024.208-2	FORMATO UNICO ACTAS		
	Código: PU-022	Version: 1.0	Página: 1/1

ACTA No:	
HORA	08 a.m. – 12 p.m.
RESPONSABLES	Jefe: Alba Marillo, Jefe Carolina Alvarez (PEP)
FECHA C/FIACION	21 septiembre 2017
PARTICIPANTES	Personal de cirugía, partos, pediatría, urgencias, medicina interna, ginecología, jefes (PEP) y estudiantes de auxiliar de enfermería.
LUGAR	HLN 4 piso
ASUNTO	Socialización protocolo de prevención de caídas.

DESARROLLO La ESE ISABU se encuentra comprometida con el programa de seguridad del paciente y su pronóstico es establecer un sistema de atención en salud segura; para lograr este propósito es necesario el compromiso y la participación de todo el personal de la institución para sensibilizar, promover, coordinar y actuar en acciones que logren un mismo fin. Dentro del cronograma del programa esta socializar durante el mes de agosto el protocolo venopunción.	
DESARROLLO <ul style="list-style-type: none"> • Se realizó un pretest y un posttest sobre el protocolo de prevención de caídas. • Se socializa protocolo de prevención de caídas, para garantizar la correcta identificación de los usuarios con mayor riesgo de caídas mediante la escala de JH DOWNTON, valorando si presentan factores intrínsecos de riesgo, en el abordaje se presenta los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> > Cuál es el objetivo general y los objetivos específicos del protocolo de prevención de caídas. > Los factores de riesgo, causas intrínsecas causas extrínsecas > valoración del riesgo de caída > Escala de riesgo de caída (JH DOWNTON) > Medidas preventivas de caídas. 	

 ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga No. 880.024.208-2	FORMATO UNICO ACTAS		
	Código: PU-022	Version: 1.0	Página: 2/1



FIRMA PARTICIPANTES (Se adjunta Planilla de Asistencia)

Anexo 10. Planeación de protocolo de riesgo de caídas

 unab Universidad Autónoma de Bucaramanga CIENCIAS DE LA SALUD	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA PRACTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACION SEGURIDAD DEL PACIENTE HLN ESE- ISABU PLANEACION DE ACTIVIDADES	DOCENT E: Enf. Mgs Clara Inés Padilla
		FECHA: Segundo trimestre 2017

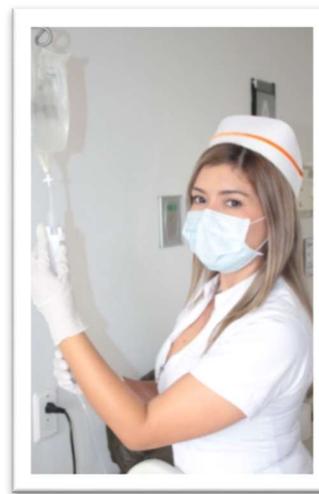
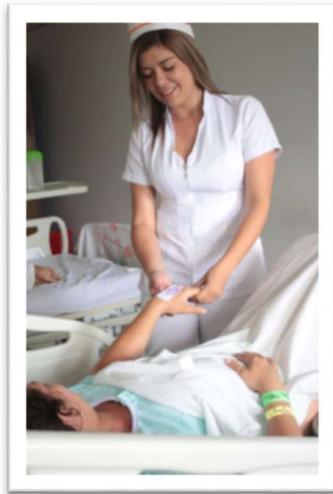
Actividad: :	Implementación de rondas de seguridad
---------------------	--

Estudiante capacitador:	Nelly carolina Álvarez Mejía
Tiempo:	2 horas
Hora de inicio:	7:00 am
Hora de finalización:	9:00 am
Población objeto:	Personal de enfermería de los servicios de urgencias, hospitalización, ginecología y pediatría
Objetivo general:	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una cultura de calidad y seguridad en la atención
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar rondas de seguridad para la evaluación de cumplimiento de protocolos: entrega y recibo de turno de enfermería, identificación, venopunción, administración segura de medicamentos y, identificación de paciente, elementos de bioseguridad. • Identificar el cumplimiento de los protocolo entrega y recibo de turno de enfermería, identificación, venopunción, administración segura de medicamentos y, identificación de paciente, elementos de bioseguridad. • Gestionar las correspondientes acciones de mejora

<p>Actividades a realizar:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar rondas de seguridad del paciente que tiene por finalidad en todos los servicios en los servicios urgencias medicina interna, ginecología y pediatría. • Elaborar un acta e informe.
<p>Estrategias metodológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observación directa • Retroalimentación • Toma de medidas de mejora
<p>Número de personas participantes</p>	<p>20 rondas de seguridad al paciente</p>
<p>Referencias bibliográficas</p>	<p>Ministerio de Protección social. Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente. 2010. (En línea). Revisado: 13.09.2017. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF</p>
<p>Firma del Jefe inmediato</p>	

Anexo 11. Acta de Rondas de seguridad al paciente y evidencia fotográfica

ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga		RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE						
Código:		FU-135		Versión:		1,0		
Página:		1/2						
LIDER:	ALBA JANETH MURILLO CASTRO, Jefe Carolina Alvarez (PEP)			PARTICIPANTES:	Jefes Carolina Bustos, Alejandra Peña, auxiliares de enfermería de entrega y Urgencias			
SERVICIO:	Urgencias			RESPONSABLE DE:	Jefe de servicio			
ACTIVIDAD:	RONDA DE SEGURIDAD							
OBSERVACIONES	TIPO			RESPUESTA AL DIALOGO	ACCIONES INMEDIATAS	ACCIÓN PROGRAMADA	RESPONSABLE AP	PLAZO
	PP	AP	CP					
Se evidencio 3 paciente de 15 que no tenia la manilla de identificación			x	El personal informa que hubo mucha demanda de paciente durante el turno.	Reubicar las manillas, rotular correctamete y posterir explicarle la importancias de la identificación del paciente por medio de la manilla.	seguir capacitacion sobre la identificación de pacientes.	Jefe del servicio y seguridad del paciente	1mes
Se evidencio 2 paciente de 15 que no tenia la manilla de prevencion de caidas y 1 que tenia manilla pero no estaba debidamente rotulada.			x	el personal informa que algunos pacientes se quitan las manillas.	Reubicar las manillas, rotular correctamete y posterir explicarle la importancias de la identificación de los usuarios con mayor riesgo de caidas por medio de la	realizar capacitaciones sobre la importancia de identificar los usuarios con mayor riesgo de caídas, mediante la manilla de prevencion de caidas, y educar al paciente y cuidadores sobre la	Jefe del servicio y seguridad del paciente	1mes
se evidencio que un usuario no tenia ningun tipo de identificación, como el tablero de identificación individual, las respectivas manillas .otro usuario no estaba rotulado correctamente el tablero individual, y ademas el tablero de identificación principal no estaba			x	el personal informa que el usuario que no tenia ningun tipo de identificación no tenia orden de ingreso por el medico.	se socializa sobre la correcta identificación del paciente que debe iniciar desde el ingreso al hospital y sobre su estancia.	seguir capacitacion sobre la identificación de pacientes.	Jefe del servicio y seguridad del paciente	1mes
se evidencio en un paciente la venopuncion se encontraba infiltrada, y una venopunción no esta correctamente				el personal informa q la usuaria es un adulto mayor con difil acceso.	se refuerza y se socializa según protocolo sobre la importancia de la correcta	seguir capacitacion sobre el protocolo de venopunción.	Jefe del servicio y seguridad del	1mes



Anexo 12. Planeación semana de seguridad del paciente

	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA PRACTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACION SEGURIDAD DEL PACIENTE HLN ESE- ISABU PLANEACION DE ACTIVIDADES	DOCEN TE: Enf. Mgs Clara Inés Padilla
		FECHA : Segundo trimestre 2017-2

Actividad:	Semana de seguridad del paciente
Estudiante capacitador:	Cristina Isabel Rios Pérez
Tiempo:	17 de octubre a 20 de mayo 2017
Hora de inicio:	8:00 am
Hora de finalización:	12:00 pm
Población objeto:	Personal de asistencial y administrativo del HLN, usuarios del HLN

<p>Objetivo general:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la semana de seguridad del paciente
<p>Objetivos específicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar al personal del ESE ISABU la política de seguridad al paciente eventos adversos y sus • Aplicar estrategias lúdicas para la implementación de la política de seguridad • Organizar un ambiente laboral adecuado en los servicios del HLN • Incluir a los usuarios en la política de seguridad del paciente
<p>Actividades a realizar:</p>	<p>Se instalara stand en la entrada principal con las estrategias de seguridad del paciente, con decoración,</p> <p>LUNES: FESTIVO</p> <p>MARTES: POLITICA DE SEGURIDAD AL PACIENTE Y EVENTOS ADVERSOS - ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS – COMUNICACIÓN EFECTIVA:</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • POLITICA DE SEGURIDAD AL PACIENTE Y EVENTOS ADVERSOS: se realiza por medio del curso virtual que fue creada por la estudiante de último semestre de la UNAB la cual tiene como propósito orientar las acciones

	<p>del personal de salud y estudiantes de la salud en cuanto a La Política de Seguridad del Paciente como una prioridad estratégica y de interés de la alta Dirección de la ESE ISABU, reiterando así, su compromiso en la promoción de un entorno seguro para los pacientes, disminuyendo el riesgo y/o probabilidad de ocurrencia de eventos adversos e incidentes derivados de la atención en salud o de mitigar sus consecuencias.</p> <p>ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS: Capacitación en el auditorio de administración de medicamentos e implicaciones legales: Jefe Ligia Betty Arboleda de Pérez Docente UDES.</p> <p>COMUNICACIÓN EFECTIVA: Capacitación en el auditorio Comunicación efectiva: Jefe. Angie Paola Vera</p> <p>MIERCOLES: TERAPIA INTRAVASCULAR ENFOCADA AL USUARIO Y TRABAJADOR - PIEL SANA</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>VENOPUNCIÓN: Capacitación en el auditorio de terapia intravascular enfocada al usuario y trabajador: Jefe Laura Marcela Morales, asesora clínica BD</p>
--	--

	<p>PIEL SANA: Capacitación en el auditorio Prevencion de ulceras por presión. Doctora Marieth Rizzo Florez</p> <p>JUEVES: USO RACIONAL DE ANTIBIOTICO – BIOSEGURIDAD – CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>USO RACIONAL DE ANTIBIOTICO : Capacitación en el auditorio por el doctor Lalo Medina</p> <p>BIOSEGURIDAD: Capacitación en el auditorio de sensibilización riesgo biológico por Colpatria ARL</p> <p>VIERNES: STAN DECORADOS POR SERVICIOS</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulta Externa: Lavado De Manos • Urgencias: Prevención Riesgo De Caídas • Cirugía Y Partos: Binomio Madre-Hijo
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativa: Bioseguridad • Hospitalización: Aislamiento Hospitalario • Pediatría: Identificación Del Paciente • Uimist :Medicamentos Seguros
Número de personas participantes	100 personas aprox
Firma del Jefe inmediato	

Anexo 13 CURSO VIRTUAL SEGURIDAD DEL PACIENTE WIX

Anexo 13 CURSO VIRTUAL SEGURIDAD DEL PACIENTE WIX

Anexo 13 CURSO VIRTUAL SEGURIDAD DEL PACIENTE WIX



<https://nalvarez90.wixsite.com/seguridadelpaciente>

Conclusión

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

La seguridad del paciente es un componente clave en nuestra profesión. La preocupación por ofrecer una asistencia sanitaria segura nace con la misma práctica sanitaria.

17. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Paranaguá Thatianny Tanferri de Brito, Braga Queren de Pádua, Bezerra Ana Lúcia Queiroz, Bauer de Camargo e Silva Ana Elisa, Azevedo Filho Francino Machado de, Gomes de Sousa Maiana Regina. Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Ago 03] ; 13(34): 206-218. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200010&lng=es.
2. Ministerio de salud y protección social. Política de seguridad del paciente. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>
3. Organización mundial de la salud. Seguridad del paciente. Disponible en. http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
4. Secretaria redes asistenciales. Normas sobre seguridd del paciente y calidad de atención respecto de: reporte evntos adversos. (En línea). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n1/v32n1a12.pdf>
5. Camargo Tobias Gabriela, Queiroz Bezerra Ana Lúcia, Silvestre Branquinho Nayla Cecília, de Camargo Silva Ana Elisa Bauer. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Ene [citado 2017 Ago 03] ; 13(33): 336-348. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017&lng=es.

6. Pinheiro Maria da Penha, Junior Osnir Claudiano da Silva. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [citado 2017 Ago 03]; 16(45): 309-352. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100309&lng=es. Epub 01-Ene-2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238811>.
7. E.S.E ISABU. Disponible: <http://www.eseisabu.gov.co/page.php?id=9>
8. Gómez Ramírez, O., Soto Gámez, A., Arenas Gutiérrez, A., Garzón Salamanca, J., González Vega, A., & Mateus Galeano, É. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances en Enfermería*, 29(2), 363-374. Recuperado de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831/37099>
9. León Román CA. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2006 Sep [citado 2017 Ago 28]; 22(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es.
10. Muiño Miguez A., Jimenez Muñoz AB., Pinilla Llorente B., Durán Gacia E., Rodriguez Perez MP. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev.Clin. Esp.* (Internet). 2007 (citado 27 d agosto de 2017). - Vol. 207 Núm.9. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/seguridad-del-paciente-calidad-asistencial/articulo/13109837/>
11. Oguisso T. Reflexiones sobre Etica y Enfermería en América Latina. Scielo. 2004. [27 de agosto 2017]. Vol 15 (2): 52-53. Disponible

en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962006000100011&script=sci_arttext

12. UNAM. Fundamentacion Teorica.Obtenido de Eneo. (22 de Octubre de 2014). En linea. (27 agosto 2017). UNAM. Disponible en: http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF
13. Morales Valdivia A. Metaparadigma y Teorizacion Actual e innovadora de las teorias y modelos de enfermeria. RECIEN, Revista Cientifica de Enfermeria, (22 de Octubre de 2014). En linea (Citado 27 de agosto 2017) 1-17. Disponible en :http://www.recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_metaparadigma_teorizac_teorias_modelos_enfermer.pdf.
14. Instituto de salud de Bucaramanga. ISABU. Normatividad y gestión. (Documento en Word) Citado el 09 de agosto de 2017. Bucaramanga, Colombia. Disponible en: <http://isabu.gov.co/>
15. Instituto de salud de Bucaramanga. ISABU. Acerca de la hacienda. .(Documento en Word) Citado el 23 de agosto de 2017. Bucaramanga, Colombia. Disponible en: <http://isabu.gov.co/>
16. Ministerio de Protección social. Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente. 2010. (En línea). Revisado: 09.08.2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

17. Instituto de salud de Bucaramanga. ISABU. Protocolo de identificación del paciente. 10 de julio de 2017 (Documento en Word) Citado el 09 de agosto de 2017. Bucaramanga, Colombia.
18. Instituto de salud de Bucaramanga. ISABU. Protocolo de administración de medicamentos. 18 de junio de 2009. (Documento en Word) Citado el 09 de agosto de 2017. Bucaramanga, Colombia.
19. Instituto de salud de Bucaramanga. ISABU. Protocolo de lavado de manos. 6 de noviembre de 2009. (Documento en Word) Citado el 09 de agosto de 2017. Bucaramanga, Colombia.
20. Instituto de salud de Bucaramanga. ISABU. Protocolo de piel sana. 6 de noviembre de 2009. (Documento en Word) Citado el 09 de agosto de 2017. Bucaramanga, Colombia.
21. Instituto de salud de Bucaramanga. ISABU. Protocolo de riesgo de caídas. 11 de mayo de 2010. (Documento en Word) Citado el 09 de agosto de 2017. Bucaramanga, Colombia.
22. Instituto de salud de Bucaramanga. ISABU. Protocolo de eventos adversos. 05 de Junio de 2017. (Documento en Word) Citado el 09 de agosto de 2017. Bucaramanga, Colombia.
23. Empresa social del estado instituto de salud de Bucaramanga. ESE ISABU. Informe de gestión. 2013. (En línea). Revisado: 11 de Agosto 2017. Disponible en: http://www.concejodebucaramanga.gov.co/descargas/CONTROL_POLITICO_1_ISABU_2013.pdf
24. Empresa social del estado instituto de salud de Bucaramanga. ESE ISABU. Talento Humano. 2013. (En línea). Revisado: 11 de Agosto 2017. Disponible en:

http://www.concejodebucaramanga.gov.co/descargas/CONTROL_POLITICO_1_ISA
BU_2013.pdf