

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

### RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES):

NOMBRE(S): CAROLINA APELLIDOS: TORRES GUERRERO

NOMBRE(S): \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): DIANNE SOFÍA APELLIDOS: GONZÁLEZ ESCOBAR

CO-DIRECTOR:

NOMBRE(S): \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ (HUEM) EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2022

#### RESUMEN

Este proyecto se basó en el fortalecimiento de los procesos de seguridad del paciente en el área de urgencias pediátricas del hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM). Para ello, se implementó una investigación cuantitativa y la información se obtuvo mediante encuestas y listas de chequeos. La población y muestra correspondió al área de urgencias del Hospital Universitario. En los resultados se lograron identificar las necesidades y oportunidades de mejora en la seguridad del paciente y posteriormente, se diseñaron las acciones pertinentes para su posterior ejecución. Finalmente, se fomentó el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente por parte del personal de salud y de los cuidadores en el servicio de urgencias de la entidad.

PALABRAS CLAVE: fortalecimiento, seguridad del paciente, procesos, necesidades y oportunidades.

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 127 PLANOS:      ILUSTRACIONES:      CD ROOM: 1

FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL  
ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO  
MEOZ (HUEM) EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2022

CAROLINA TORRES GUERRERO

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

2022

FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL  
ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO  
MEOZ (HUEM) EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2022

CAROLINA TORRES GUERRERO

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

Enfermera

Directora:

DIANNE SOFÍA GONZÁLEZ ESCOBAR

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2022



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

ACTA DE SUSTENTACION No. 017

PROYECTO DE GRADO

**FECHA:** SAN JOSE DE CUCUTA, 22 DE JUNIO DE 2022 **HORA** 04:00 P.M.

**LUGAR:** FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD-SALA JUNTAS BLOQUE A

**PROGRAMA DE:** ENFERMERIA

**TITULO DE LA TESIS:** "FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZ (HUEM) EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2022"

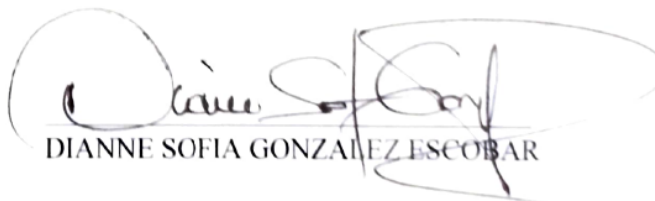
**JURADOS:** GLORIA OMARIA BAUTISTA ESPINEL  
DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR  
GREGORIA MARTÍNEZ

**DIRECTOR:** DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR

<b>NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOTA</b>	<b>CALIFICACION (A) (M) (L)</b>
<u>CAROLINA TORRES GUERRERO</u>	<u>1801007</u>	<u>4.4</u>	<u>X</u>

**FIRMA JURADO:**

  
\_\_\_\_\_  
GLORIA OMARIA BAUTISTA ESPINEL

  
\_\_\_\_\_  
DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR

  
\_\_\_\_\_  
GREGORIA MARTÍNEZ

  
\_\_\_\_\_  
Vo.Bo DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR  
Directora Programa Enfermería

## Contenido

	<b>pág.</b>
Introducción	14
1. Problema	15
1.1 Título	15
1.2 Formulación del Problema	15
1.3 Descripción de la Situación Problemática	15
1.4 Justificación	19
1.5 Resultados Esperados y Potenciales a Desarrollar	22
1.6 Objetivos	25
1.6.1 Objetivo general	25
1.6.2 Objetivos específicos	25
2. Marco Referencial	26
2.1 Referentes Teóricos	26
2.1.1 Modelo de James Reason	26
2.2 Marco Contextual	28
2.3 Marco Legal	34
3. Diseño Metodológico	37
3.1 Descripción del Programa a Desarrollar	37
3.2 Plan Operativo	39
4. Resultados	45
4.1 Identificación de las Necesidades y Oportunidades de Mejora Presentes en el Servicio de Urgencias Pediátricas del HUEM Durante el Primer Semestre del 2022	45
4.1.1 Resultados obtenidos de la actividad 1	46

4.1.2 Resultados obtenidos de la actividad 2	51
4.1.3 Desarrollo	55
4.1.4 Plan de mejora institucional	57
4.2 Acciones de Mejora para Posterior Ejecución de Acuerdo a las Falencias Respecto a la Seguridad del Paciente Identificadas en el Servicio de Urgencias Pediátricas del HUEM Durante el Primer Semestre del 2022	58
4.2.1 Resultados obtenidos de la actividad 1	59
4.2.1.1 Estrategia 1. Comunicativa	59
4.2.1.2 Estrategia 2. Audiovisual	60
4.2.1.3 Estrategia 3. Educativa	62
4.2.2 Resultados obtenidos de la actividad 2	66
4.3 Promoción del Fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente por Parte de Personal de Salud y Cuidadores en el Servicio de Urgencias Pediátricas del HUEM durante el Primer Semestre del 2022	82
4.3.1 Resultados obtenidos de la actividad 1	83
4.3.1.1 Desarrollo	83
4.3.2 Resultados obtenidos de la actividad 2.1	96
4.3.2.1 Acción de monitoreo y reporte de casos	96
4.3.3 Resultados obtenidos de la actividad 2.2	98
4.3.3.1 Estrategia “pregúntame por las alergias de mis hijos”	98
4.3.4 Resultados obtenidos de la actividad 2.3	99
4.3.4.1 Termómetro de reporte de casos	99
4.4 Cronograma	101
4.5 Presupuesto	102

5. Conclusiones	103
6. Recomendaciones	105
Referencias Bibliográficas	106
Anexos	111

## Lista de Figuras

	<b>pág.</b>
Figura 1. Representación esquemática de los aspectos que agrega valor a un proyecto de Impacto en una organización	23
Figura 2. Modelo de Queso Suizo	26
Figura 3. Fotografía de la institución	28
Figura 4. Valores del servidor público	30
Figura 5. Dimensiones	31
Figura 6. Posicionamiento	31
Figura 7. Rentabilidad social	32
Figura 8. Atención humana	33
Figura 9. Fecha correcta: verifique que se comprueba el aspecto de/los medicamentos antes de administrar y verificar fecha de vencimiento	47
Figura 10. Dilución correcta: verifique que se constató que los líquidos y la cantidad de los mismos sean correctos para la dilución del medicamento	47
Figura 11. Goteo correcto: verifique que se controle que el goteo sea correcto para una buena administración del medicamento	48
Figura 12. Equipo correcto: Verifique que el personal se asegura que el equipo para la administración de medicamentos sea el correcto para cada paciente	48
Figura 13. Verificar que, si por alguna razón no se administra un medicamento, se registra en notas de enfermería especificando el motivo por el cual no se administró	49
Figura 14. Verificar que en los registros clínicos y de forma verbal se informa e instruye al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo	49
Figura 15. Verificar que en los registros clínicos y de forma verbal se comprueba que el	



paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito	50
Figura 16. Verificar que en los registros clínicos y de forma verbal se investiga si el paciente padece alergias y descartar interacciones farmacológicas	50
Figura 17. Aprobación de encuesta de percepción de seguridad	52
Figura 18. Lista de chequeo de administración segura de medicamentos aplicada al personal	55
Figura 19. Encuesta de percepción de seguridad en la estancia hospitalaria aplicada a cuidadores de pacientes de urgencias pediátricas	56
Figura 20. Infografía, administración segura de medicamentos	60
Figura 21. Video, administración segura de medicamentos inyectables	61
Figura 22. Envío de video, administración segura de medicamentos inyectables	61
Figura 23. Matriz instruccional, administración segura de medicamentos	63
Figura 24. Folleto Administración segura de medicamentos	65
Figura 25. Acta No.16. Análisis e investigación de eventos adversos de caídas en el servicio de urgencias pediatría	66
Figura 26. Acta No. 17 Análisis e investigación de incidentes y eventos adversos en el servicio de urgencias pediátricas mes de marzo 2022	67
Figura 27. Evidencia fotográfica, sesión educativa	68
Figura 28. Matriz instruccional	69
Figura 29. Folleto “Higiene y lavado de manos”	70
Figura 30. Evidencia fotográfica participación en el evento	71
Figura 31. Acta No. 22	72
Figura 32. Acta No. 386 “Asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS”	74
Figura 33. Notificación terminación de la pasantía	75

Figura 34. Aplicación de rondas de adherencia servicio urgencias pediátricas	76
Figura 35. Lista de asistencia aplicación de rondas de adherencia servicio urgencias pediátricas	77
Figura 36. Evidencia fotográfica, despliegue de tabla de estabilidad de medicamentos	78
Figura 37. Lista de asistencia despliegue de tabla de estabilidad de medicamentos	78
Figura 38. Acta No. 24	79
Figura 39. Folleto limpieza y desinfección de áreas asistenciales	81
Figura 40. Evidencia fotográfica hallazgos realizados en rondas de seguridad, errores en el nombre	93
Figura 41. Evidencia fotográfica hallazgos realizados en rondas de seguridad, manilla en mal estado	94
Figura 42. Evidencia fotográfica hallazgos realizados en rondas de seguridad, manilla caída	95
Figura 43. Evidencia fotográfica hallazgos realizados en rondas de seguridad, unidad sin identificación	95
Figura 44. Evidencia fotográfica hallazgos realizados en rondas de seguridad, sexo masculino	96
Figura 45. Evidencia fotográfica reportes de casos formato MC-FO-006	97
Figura 46. Evidencia fotográfica reporte de casos por dinámica gerencial	98
Figura 47. Evidencia fotográfica despliegue de la estrategia “pregúntame por las alergias de mis hijos”	99
Figura 48. Socialización termómetro de medición semanal de reporte de eventos	100
Figura 49. Casos reportados con termómetro de medición semanal de reporte de eventos	100

## Lista de Tablas

	<b>pág.</b>
Tabla 1. Plan operativo	39
Tabla 2. Descripción del desarrollo del primer objetivo	45
Tabla 3. Resultados obtenidos de la lista de chequeo	46
Tabla 4. Resultados obtenidos de la encuesta a cuidadores	53
Tabla 5. Clasificación de resultados de la encuesta	54
Tabla 6. Observaciones realizadas por el cuidador en el instrumento	54
Tabla 7. Plan de mejora institucional	57
Tabla 8. Descripción del desarrollo del segundo objetivo	58
Tabla 9. Descripción del desarrollo del tercer objetivo	82
Tabla 10. Ronda de seguridad N1	84
Tabla 11. Ronda de seguridad N2	85
Tabla 12. Ronda de seguridad N3	85
Tabla 13. Ronda de seguridad N4	86
Tabla 14. Ronda de seguridad N5	87
Tabla 15. Ronda de seguridad N6	87
Tabla 16. Ronda de seguridad N7	88
Tabla 17. Ronda de seguridad N8	88
Tabla 18. Ronda de seguridad N9	89
Tabla 19. Ronda de seguridad N10	90
Tabla 20. Resumen hallazgos rondas de seguridad	90
Tabla 21. Cronograma	101
Tabla 22. Presupuesto	102

## Lista de Anexos

	<b>pág.</b>
Anexo 1. Lista de chequeo de administración segura de medicamentos aplicada al personal	112
Anexo 2. Encuesta de percepción de seguridad en la estancia hospitalaria aplicada a cuidadores de pacientes de urgencias pediátricas	113
Anexo 3. Aprobación de encuesta de percepción de seguridad	114
Anexo 4. Infografía, administración segura de medicamentos	115
Anexo 5. Video, administración segura de medicamentos inyectables	116
Anexo 6. Envío de video, administración segura de medicamentos inyectables	117
Anexo 7. Acta No. 386 “Asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS”	118
Anexo 8. Acta No. 386 “Asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS”	119
Anexo 9. Notificación terminación de la pasantía	120
Anexo 10. Acta 464	121
Anexo 11. Termómetro de reporte de casos elaborado	122
Anexo 12. Lista de asistencia a prácticas	123

## **Resumen**

Este proyecto se basó en el fortalecimiento de los procesos de seguridad del paciente en el área de urgencias pediátricas del hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM) en el primer semestre del 2022. Para ello, se implementó una investigación cuantitativa, donde la información se obtuvo mediante encuestas y listas de chequeos. La población y muestra correspondió al área de urgencias pediátricas del hospital Universitario Erasmo Meoz. Se lograron fortalecer los procesos de atención de seguridad del paciente en el área de urgencias pediátricas del HUEM en el primer semestre del 2022. Seguidamente, se identificaron las necesidades y oportunidades de mejora en el respectivo servicio pediátrico. Posteriormente, se diseñaron las acciones de mejora para su posterior ejecución de acuerdo a las falencias encontradas y, finalmente, se fomentó el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente por parte del personal de salud y cuidadores durante el tiempo que se desarrolló el proyecto.

## **Introducción**

Para el año 2002 en la Asamblea Mundial de la Salud se insta a prestar la mayor atención a la seguridad y fortalecer los sistemas basados en la evidencia científica con el propósito de mejorar la calidad de la atención sanitaria; el concepto de seguridad del paciente ha evolucionado a lo largo del tiempo, afortunadamente en la actualidad cada uno de los factores involucrados son más conscientes del impacto negativo de las fallas en la atención, sin embargo, los pacientes continúan experimentando errores totalmente evitables.

Es imposible abarcar la seguridad del paciente sin involucrar el término de cambio, especialmente enfocado en la transformación institucional; no obstante, materializar y propiciar este cambio representa uno de los mayores retos para las instituciones de salud que desean fomentar y fortalecer la cultura de reporte de incidentes y eventos adversos; lo cual permite conocer y dimensionar la situación real de los procesos de cada lugar de atención y posteriormente implementar estrategias oportunas.

Alcanzar la seguridad del paciente es un proceso muy largo, pero posible, que involucra cada uno de los procesos institucionales; el Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM) está enfocado en el bienestar del usuario por lo tanto ha implementado múltiples estrategias que contribuyen a la identificación y determinación de los riesgos que se presentan durante la atención, por ende contribuir en el fortalecimiento de dichos procesos posiciona al hospital como un centro de atención de gran relevancia a nivel territorial con alta calidad en la atención.

## **1. Problema**

### **1.1 Título**

FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ (HUEM) EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2022.

### **1.2 Formulación del Problema**

¿Cómo se deben fortalecer los procesos de atención de seguridad del paciente en el área de urgencias pediátricas del HUEM?

### **1.3 Descripción de la Situación Problemática**

La profesión de enfermería desempeña un rol determinante y fundamental para el desarrollo de los sistemas sanitarios, debido a la presencia, permanencia y continuidad de sus cuidados, a través de los cuales es posible proporcionar confort, protección y apoyo a la integridad de los sujetos bajo atención (1). La calidad de los cuidados es directamente proporcional a la dedicación del personal enfermero sobre la seguridad del paciente, control de riesgos y errores en la atención, por consiguiente, se podría inferir que la seguridad se convierte en un eje transversal en todo el cuidado de enfermería (2).

La seguridad de los pacientes representa un aspecto crítico en el ámbito de la salud pública puesto que se relaciona con la respuesta organizada que se brinda a la población a través de la atención sanitaria; en la actualidad existe un acervo conceptual acerca de este tema, lo cual permite orientar y aumentar las evidencias o abordajes teóricos, así pues, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como aquella disciplina en la prestación de los servicios

sanitarios cuyo propósito es la búsqueda de la prevención y reducción de los distintos riesgos, efectos o daños que podrían padecer los usuarios durante la asistencia sanitaria. Por ende, esta temática ha llegado a convertirse en una prioridad en la mayoría de países en todos los ámbitos de la atención en salud (2, 3).

En tal sentido, la capacidad del cuidado profesional y su estrecha relación con la seguridad constituyen las bases estructurales de las competencias de enfermería; de manera que esta representa un recurso estratégico para los pacientes a raíz del enfoque en la minimización de eventos adversos que surgen durante la atención. Las teorías de enfermería, desde Nightingale hasta las concepciones más actuales, aluden al cuidado y se refieren de manera implícita o explícita a la noción de protección y seguridad; en este contexto la seguridad es transversal e intrínseca al cuidado de manera que la calidad implica y expresa la seguridad del paciente (2).

La seguridad del paciente desde la perspectiva de la atención de salud abarca un conjunto de métodos y procedimientos fundamentados en evidencia científica, con la finalidad de minimizar los riesgos y eventos adversos en el proceso de atención en salud. Cabe destacar que en cualquier escenario clínico donde existe un paciente puede ocurrir eventos adversos, y estos a su vez se convierten en un indicador de suma relevancia del resultado final de la atención y demuestran significativamente cual es la calidad de atención en una institución prestadora de servicios (4).

Todos estos factores convergen en un debate relevante para el desarrollo científico y de políticas públicas, por esta razón las entidades sanitarias, tanto a nivel nacional como internacional, perciben la urgente necesidad de implementar prácticas seguras, en un contexto de una política y un programa de seguridad del paciente, con el propósito de reducir el creciente número de eventos adversos; su conocimiento y de los factores que contribuyen a su aparición,



juntamente con la aplicación de la información disponible, se convierten el fundamento de la seguridad del paciente y la transformación cultural necesaria (4).

A pesar de la constante aspiración por parte de las entidades para ofrecer una asistencia de alta calidad, la complejidad y extensión de los sistemas sanitarios favorecen la proliferación de múltiples errores y eventos adversos, de los cuales su conocimiento ejerce una influencia directa para que se puedan establecer medidas necesarias para evitarlos o en su defecto minimizar su impacto. No obstante, cada institución de salud debe involucrar el enfoque de seguridad de manera explícita en la visión, misión, objetivos y políticas, y la aplicación de este enfoque en las diferentes áreas asistenciales y administrativas para desarrollarlo a lo largo del tiempo (4, 5).

El escenario de la calidad y seguridad del paciente en la atención en los países en vía de desarrollo con sistemas económicos en transición requieren un interés particular, considerando que la probabilidad de que se originen eventos adversos es más elevada a causa del precario estado de las infraestructuras y la deficiente gestión institucional, todo lo anterior sumado a la profunda insolvencia de recursos para financiamiento del funcionamiento esencial de los servicios de salud generan un panorama sumamente preocupante, sobre todo si se estima que uno de cada diez pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales altamente desarrollados en el ámbito económico y tecnológico (2, 6).

Esto ve reflejado en los resultados obtenidos en el estudio IBEAS, donde se analizó la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, Colombia demostró un nivel de prevalencia de eventos adversos del 13,1%, 27,3% de estos eventos sucedieron en menores de 15 años y el 27,7% se presentaron durante la realización de un procedimiento, es necesario recalcar que los hospitales del país participantes del estudio son instituciones acreditadas. Además, en esta

investigación se evidencia que en promedio 10,5% de los pacientes hospitalizados sufren al menos un evento adverso durante su atención y aproximadamente en el 50% de los casos se pueden evitar (4, 7).

En el informe “Errar es humano”, publicado en 1999, se analizaron 30.000 historias clínicas en donde se encontró un 3.7% de eventos adversos, de los cuales se consideró que el 58% eran evitables y 13.6% resultaron en muerte, por lo tanto, se declaró que estos datos no son aceptables y no se puede tolerar por más tiempo. Lamentablemente esta afirmación sigue siendo vigente en la actualidad, pese a los esfuerzos por parte de las entidades y los avances tecnológicos; lo que demuestra la necesidad de trabajar más en el tema con el objetivo de evaluar de forma permanente y proactiva los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar planes de gestión y fortalecimiento (1).

En los servicios de urgencias suelen presentarse distintos eventos adversos como errores en la medicación, esto debido a que no se realiza la verificación de los 15 correctos para la administración de medicamentos; infecciones relacionadas con la atención sanitaria las cuales afectan a 10 de cada 100 pacientes hospitalizados países de ingresos bajos y medios, lo anterior debido a prácticas inseguras que afectan negativamente la salud del paciente, prácticas como no adherencia a los 5 momentos del lavado de manos, sumado a esto una mala técnica aséptica que pueden resultar en mayor daño al paciente.

Adicional a esto también existen otros factores que favorecen la aparición de eventos adversos en el área de urgencias como la presión del tiempo, existen patologías que ameritan una atención inmediata por lo que puede llevar a fallas por parte del personal de salud; problemas de comunicación, este factor es un gran contribuyente para los fallos y más en el servicio de

urgencias pediátricas, niños que no hablan para expresar lo que les aqueja y padres que por nerviosismo no comunican acertadamente los sucesos padecidos por el paciente, por otro lado, el no comunicarse adecuadamente entre el personal de salud ya sea de forma oral y escrita favorece la aparición de errores debido a confusión de pacientes, patologías, no registro de medicamentos y demás.

En base a lo anterior, es necesario plantearse que se deben fortalecer los procesos de atención de seguridad del paciente en el área de urgencias pediátricas del HUEM.

#### **1.4 Justificación**

La seguridad del paciente constituye un componente crucial en la calidad asistencial, que ha adquirido una relevancia exponencial en los últimos años, estableciéndose como una prioridad para los sistemas sanitarios; por tal motivo las instituciones han enfocado sus acciones en implantar servicios estandarizados en base a la literatura científica, no obstante, sigue existiendo una gran variabilidad en las prácticas asistenciales. Lo que representa un enorme desafío para el sistema de salud puesto que esto beneficia la aparición de eventos adversos o fallas en la atención (8).

La OMS estima que para cada año se generan 134 millones de eventos adversos a raíz de una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, provocando 2,6 millones de muertes; de igual forma, en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se reporta que el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalarios es un resultado directo de eventos adversos. Estos indicadores reflejan el impacto de la seguridad del paciente sobre los costos y la eficiencia de los sistemas de atención en salud, además la prestación de los servicios seguros contribuye a tranquilizar las comunidades y

restaurar la confianza en los sistemas de salud (3).

El trabajo de la OMS en materia de seguridad del paciente comenzó para el año 2004 con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y ha evolucionado durante el tiempo; por consiguiente, estableció el 17 de septiembre como el día mundial de la seguridad del paciente, con la finalidad de promover la concienciación e implicación de la población, en busca de mejorar la comprensión y acciones mundiales. De igual manera, la OMS ha sido un principal actor en la producción de orientaciones técnicas y recursos tales como como la lista de verificación de la seguridad del parto, la lista de verificación de la seguridad quirúrgica y los cinco momentos para la seguridad de los medicamentos, todos estos formatos se encuentran disponibles en versión impresa y en aplicación informática (3).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), colabora con la OMS y organiza la investigación epidemiológica de prevalencia de efectos adversos en hospitales del Instituto Nacional de la Salud Británico, por medio de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA), dando como resultado el proyecto “Seven Steps”, donde se describen las siete áreas primordiales de actividad en las que las organizaciones y equipos de atención deben enfocar sus esfuerzos para salvaguardar la seguridad de los pacientes que atienden y por ende lograr organizaciones sanitarias más seguras (8, 9).

Es importante acotar que Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, cuyo fin es la prevención de la ocurrencia de situaciones que perjudiquen la seguridad del paciente, reducir, y de ser viable, eliminar la prevalencia de eventos adversos orientados a la construcción de instituciones seguras y altamente competitivas a nivel mundial. Convirtiendo a la seguridad del paciente en una prioridad de las instituciones nacionales, los incidentes y eventos

adversos son las principales advertencias sobre la existencia de una atención insegura (4).

Lo que exige a las altas gerencias de las instituciones demostrar y ser explícito en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro; por ello resulta congruente que en la resolución 256 del 2016 la cual tiene por objeto dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema, siendo más efectiva si se adopta junto a un sistema de reporte de lo encontrado, puesto que lo importante es no permitir que se presente el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin formular acciones para evitar que continúe presentándose (4, 10).

Así mismo, la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, establece una forma en la cual se ejecutan los procesos en las diversas dimensiones y alineado al actual modelo de atención: “SER MEJOR”, lo cual permite tanto a usuarios internos como externos, conocer el enfoque adoptado por la institución con el fin de brindar un servicio humanizado y una atención en salud integral, oportuna, continua y segura (11).

Para el año 2019, en el informe de gestión anual, la institución buscó fortalecer su programa de seguridad al paciente a través de capacitaciones dirigidas al personal asistencial, estas actividades se lideraron por la referente de seguridad del paciente donde se socializó las Guías Técnicas de Seguridad del paciente así como la conformación de distintos grupos focales por cada unidades de negocio y servicios de la institución con el objetivo de realizar despliegue,

seguimiento, control, monitoreo y adherencia a las Buenas prácticas y fortalecimiento de la cultura organizacional de Seguridad del Paciente (12).

Por lo tanto, el proyecto desarrollado por la estudiante enfermería permite abarcar la problemática que se presenta en el servicio de urgencias pediátricas como lo es la aparición de eventos adversos; por tanto, es de suma importancia fortalecer los procesos existentes de seguridad del paciente promoviendo la cultura de seguridad del paciente por parte del personal y el sujeto de cuidado mismo, para abordar con mayor precisión aquellos procesos específicos que requieren atención y realizar las mejoras necesarias, enfocados a la alta calidad en la atención del servicio.

### **1.5 Resultados Esperados y Potenciales a Desarrollar**

En el contexto social; se espera durante la pasantía que a través del fortalecimiento de los procesos acerca de la seguridad del paciente, cada usuario que reciba asistencia sanitaria; perciba y evidencie seguridad en cada uno de los procedimientos realizados con buenas prácticas, contribuyendo a una perspectiva positiva de la atención y al aumento del nivel de confianza en los servicios de salud.

En el ámbito organizacional; se espera fortalecer las actividades administrativas y asistenciales en función a la seguridad del paciente, a través de la gestión y optimización de procesos, para que posteriormente dé respuesta a las necesidades identificadas mediante la implementación de planes de mejora; con lo que permita al servicio de urgencias pediátricas establecerse como un referente institucional en el programa de seguridad del paciente.



**Figura 1. Representación esquemática de los aspectos que agrega valor a un proyecto de Impacto en una organización**

Fuente: Vanclay (13).

Si tomamos en cuenta la anterior ilustración tendríamos que los impactos en las organizaciones, que estaríamos en condiciones de intervenir, se ubican dentro de las esferas siguientes:

Mejora en la Reputación o Imagen de la entidad:

Por estudios de satisfacción que muestran la preferencia de los usuarios por sus servicios, o la entidad es reconocida por algún ente externo por la implementación de una buena práctica que genera valor agregado a sus procesos básicamente en el tema de calidad.

#### En capital Humano:

Se incrementa la cualificación de sus colaboradores mediante procesos de capacitación continua y generación de conocimiento útil para el desarrollo de las funciones misionales de la entidad.

#### Gestión del riesgo:

Al realizar acciones de mejora y promoción de la cultura de seguridad del paciente se disminuye notablemente la aparición de eventos adversos; al trabajar continuamente en este proceso se espera que no se vuelvan a presentar dichos eventos o fallas en la atención.

#### Ahorro de costos y productividad:

Se ha demostrado que la presencia de eventos adversos tiene un elevado gasto para la institución, por ende, al disminuir la cantidad de eventos también los hacen los costos para la entidad.

A nivel investigativo, se desea realizar una actividad de intervención que utiliza herramientas investigativas, basadas en un diagnóstico situacional, para determinar los aspectos sensibles y que pueden ser intervenidos desde el ámbito de intervención del pasante, y así contribuir al desarrollo de estrategias enfocadas a la orientación de los procesos, beneficiando la calidad en la atención de los pacientes y el trabajo del equipo interdisciplinar.



Los resultados obtenidos en este proyecto serán convenientes para que la Universidad Francisco de Paula Santander, porque esta modalidad de pasantía permite y abre un escenario propicio para que el profesional de enfermería use y demuestre sus competencias integrales adquiridas durante su plan de estudios.

A nivel personal se espera fortalecer y adquirir conocimientos y destrezas ineludibles, a través del desempeño de labores de un enfermero capaz de cumplir con las demandas del ámbito profesional en donde se desarrolla.

## **1.6 Objetivos**

**1.6.1 Objetivo general.** Fortalecer los procesos de atención de seguridad del paciente en el área de urgencias pediátricas del HUEM en el primer semestre del 2022.

**1.6.2 Objetivos específicos.** Los objetivos específicos se muestran a continuación:

Identificar las necesidades y oportunidades de mejora respecto a la seguridad del paciente presentes en el servicio de urgencias pediátricas del HUEM durante el primer semestre del 2022.

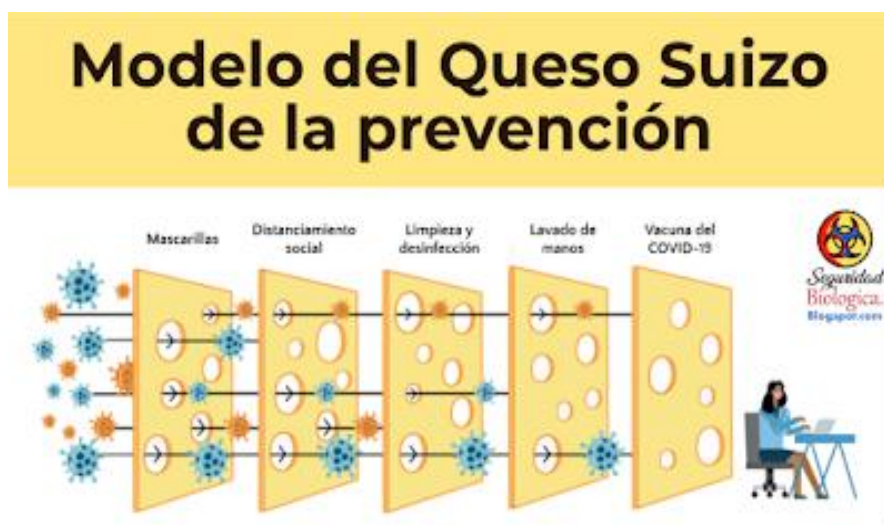
Diseñar acciones de mejora para posterior ejecución de acuerdo a las falencias respecto a la seguridad del paciente, identificadas en el servicio de urgencias pediátricas del HUEM durante el primer semestre del 2022.

Promover el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente por parte de personal de salud y cuidadores en el servicio de urgencias pediátricas del HUEM durante el primer semestre del 2022.

## 2. Marco Referencial

### 2.1 Referentes Teóricos

**2.1.1 Modelo de James Reason.** A continuación se visualiza el Modelo de James Reason:



**Figura 2. Modelo de Queso Suizo**

Fuente: Torres (14).

El modelo del Queso Suizo es una teoría para realizar el análisis de riesgo y evitar en lo posible accidentes o catástrofes. Fue elaborada por James Reason, un psicólogo inglés en 1990, este modelo menciona que, en diferentes segmentos, existen agujeros (áreas de oportunidad) que pueden propiciar fallas y que una alineación de estos agujeros en los diferentes segmentos, conducirán a una catástrofe, en cuanto exista un detonador.

De acuerdo a este modelo, los accidentes se producen cuando cierto número de factores permiten que ocurran siendo cada uno de ellos necesario, pero en sí no suficiente para quebrar las defensas del sistema. Las fallas de equipo o los errores operacionales nunca son la causa del

quiebre de las defensas de seguridad operacional, sino más bien los elementos activadores. Los quiebres de las defensas de seguridad operacional son una consecuencia tardía de decisiones tomadas a los más altos niveles del sistema, que permanecen latentes hasta que sus efectos o posibilidades perjudiciales se ven activadas por conjuntos específicos de circunstancias operacionales.

En tales circunstancias específicas, las fallas humanas o las fallas activas a nivel operacional actúan de desencadenantes de las condiciones latentes que llevan a facilitar la quiebra de las defensas de seguridad operacional inherentes del sistema. En el concepto presentado por el modelo de Reason, todos los accidentes comprenden una combinación de condiciones activas y latentes:

Las fallas activas son acciones u omisiones, incluyendo errores y violaciones, que tienen consecuencias adversas inmediatas. En general y en retrospectiva se les considera actos inseguros. El modelo de Reason reconoce que en el lugar de trabajo hay muchas condiciones que conducen a errores o violaciones y que pueden afectar al comportamiento individual o de equipo.

Las condiciones latentes son condiciones presentes en el sistema mucho antes de que se experimente un resultado perjudicial y que llegan a ser evidentes cuando actúan factores de activación locales. Sus consecuencias pueden permanecer latentes durante mucho tiempo. Individualmente, estas condiciones latentes generalmente no se perciben como perjudiciales, puesto que, en primer lugar, no se perciben como fallas.

Las condiciones latentes solo pueden llegar a ser evidentes una vez que se han quebrado las defensas del sistema. Estas condiciones son creadas generalmente por personas que están muy lejos, en tiempo y espacio, del accidente. El personal que ejecuta las operaciones hereda

condiciones latentes del sistema, como las creadas por un diseño deficiente del equipo o de las tareas; objetivos incompatibles (p. ej., servicio a tiempo o bien seguridad operacional); defectos de organización (p. ej., comunicaciones internas deficientes); o malas decisiones de la administración (p. ej., postergación de una cuestión de mantenimiento). La perspectiva subyacente del tratamiento de accidentes de organización procura identificar y mitigar estas condiciones latentes en todo el sistema, en vez de realizar actividades localizadas para minimizar las fallas activas de los individuos. Las fallas activas son solo síntomas, y no causas, de los problemas de seguridad operacional (15).

## 2.2 Marco Contextual

La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, es una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia, ubicada en Cúcuta, Norte de Santander (16).



**Figura 3. Fotografía de la institución**






**Plataforma estratégica:**

**Misión.** Somos una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia.

**Visión.** Ser la institución Norte Santandereana prestadora de servicios de salud, posicionada y preferida por su atención humana, segura, alto enfoque investigativo, con rentabilidad social y económica.

**Propuesta de valor.** Satisfacer las necesidades en salud, con talento humano multidisciplinario presencial las 24 horas del día.

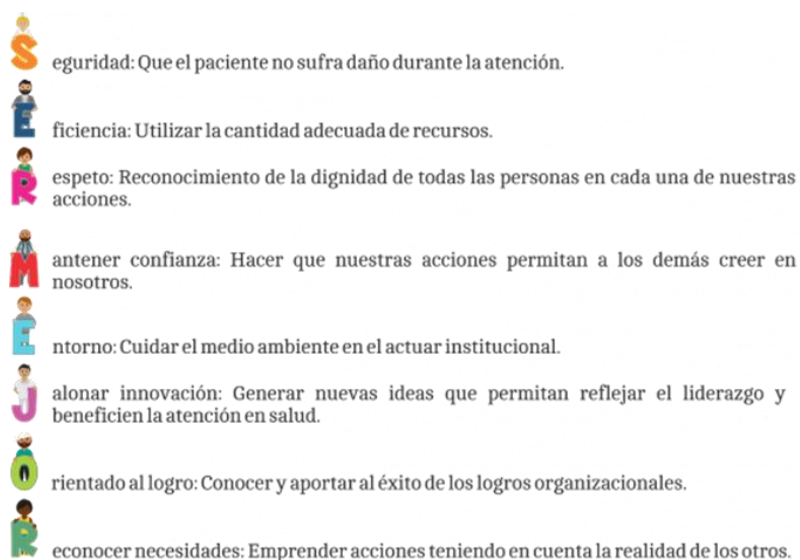
**Valores del servidor público.** La institución adopta oficialmente la Cuarta versión del Código de Integridad para los empleados y trabajadores de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, involucrando a todas las personas que trabajan en la entidad, en los procesos de socialización y apropiación de este Código, independiente de su tipo de vinculación y así dar cumplimiento con las políticas y directrices establecidas en vigencia por la función pública. El Código de Integridad es el principal instrumento técnico de la Política de Integridad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG II, la cual hace parte de la Dimensión de Talento Humano, que, bajo el lineamiento de la ya nombrada política de integridad, por medio de la función pública se elabora el código de integridad para los servidores públicos en Colombia. En la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, se ha identificado y asumido como valores del servidor público:

	<p><b>RESPETO:</b> Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.</p>
	<p><b>HONESTIDAD:</b> Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.</p>
	<p><b>COMPROMISO:</b> Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.</p>
	<p><b>DILIGENCIA:</b> Cumpro con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.</p>
	<p><b>JUSTICIA:</b> Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.</p>

**Figura 4. Valores del servidor público**

Fuente: Hospital Universitario Erasmo Meoz (16).

En concordancia con los compromisos estratégicos, la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, establece una forma en la cual se ejecutan los procesos, en las siguientes dimensiones:



## Figura 5. Dimensiones

Fuente: Hospital Universitario Erasmo Meoz (16).

### Objetivos estratégicos:

- **Posicionamiento**

**a. Posicionamiento:** Posicionar a la E.S.E. como la mejor I.P.S. del Departamento Norte de Santander.



## Figura 6. Posicionamiento

Fuente: Hospital Universitario Erasmo Meoz (16).

- **Solidez y sostenibilidad financiera – rentabilidad social .**

**a. Solidez y sostenibilidad financiera:** Mantener para la E.S.E. H.U.E.M., el índice de riesgo dentro de la clasificación “Sin riesgo”, acorde a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social.

**b. Rentabilidad social:** Fortalecer espacios de participación, educación y acercamiento con la comunidad del Departamento.



**Figura 7. Rentabilidad social**

Fuente: Hospital Universitario Erasmo Meoz (16).

- **Atención Humana – Seguridad del Paciente – Docencia e Investigación**

**a. Atención humana:** Brindar una experiencia hospitalaria acogedora que favorezca el bienestar integral del ser humano.

**b. Seguridad del paciente:** Garantizar los procesos institucionales y asistenciales seguros mediante la aplicación de prácticas que mejoren la actuación de los profesionales y el involucramiento de pacientes y allegados en su seguridad, en el marco de una cultura de gestión del riesgo.



**c. Docencia e investigación:** Desarrollar espacios de formación, educación e investigación que permitan mantener el status universitario.



**Figura 8. Atención humana**

Fuente: Hospital Universitario Erasmo Meoz (16).

**Política de calidad (Resolución 001187 del 14 de agosto de 2020):**

La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz se compromete a prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad con elevados estándares de calidad, orientados a la satisfacción de nuestros clientes internos y externos promoviendo el mejoramiento continuo que permita garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y efectividad del servicio de la salud, cumpliendo la normatividad vigente y generando valor para todos sus grupos de interés, como se aprecia la política institucional mejora continuamente para garantizar la seguridad de sus pacientes y trabajadores.

La pasantía se llevará a cabo en el servicio de urgencias pediátricas de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, la actividad de atención en el servicio es de carácter permanente durante las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana; actualmente no hay horario de visitas debido a la pandemia de Covid-19 (16).

## 2.3 Marco Legal

Para el 2004, en la 57<sup>a</sup> asamblea mundial de la salud propone crear la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creada con el propósito de acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. A nivel nacional, se crea la ley 100 de 1993 donde se crea el Sistema de Seguridad Social Integral SGSSS, esta ley reforma el sector salud estableciendo un modelo de cobertura universal, el cual contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población, teniendo por principios la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (17).

Respecto al SGSSS la resolución 256 del 2016 dicta las disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema (10).

La Resolución 2082 de 2014, dicta las disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud; despertando el interés en la seguridad del paciente centradas en calidad de estándares con las que se evalúa las acciones en la seguridad del paciente por parte de las instituciones con interés de acreditarse puesto que uno de los ejes trazadores del sistema es Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultado e impacto en términos de la contribución a la salud y al bienestar de la sociedad (18).

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible eliminar la ocurrencia de evento adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente (19).

Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales; actualmente se encuentra vigente la versión 2.0 de la Guía técnica, buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y paquetes instruccionales, expedida por el ministerio de salud, cada uno de los paquetes busca propiciar un espacio de reflexión, actualización y diálogo de saberes en seguridad del paciente, siguiendo el modelo de aprendizaje basado en problemas ABP, con el fin de que, en el desempeño laboral cotidiano, los profesionales de la salud cumplan con las disposiciones establecidas en la Política Nacional de Seguridad del Paciente y la Guía Técnica No. 1 de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente (19, 21).

A su vez la institución cuenta con la Política de calidad (Resolución 001187 del 14 de Agosto de 2020) donde estipula que la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz se compromete a prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad con elevados estándares de calidad, orientados a la satisfacción de nuestros clientes internos y externos promoviendo el mejoramiento

continuo que permita garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y efectividad del servicio de la salud, cumpliendo la normatividad vigente y generando valor para todos sus grupos de interés (22).

A su vez La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, mediante resolución 001287 de 02 de Septiembre de 2020, adopta la política de seguridad del paciente acorde con la normatividad vigente, la cual se expresa a continuación: “La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz se compromete a implementar herramientas esenciales para el mejoramiento continuo fundamentado en una cultura justa de seguridad del paciente con un enfoque preventivo, en alianza con los profesionales de la salud, los pacientes, su familia y acompañantes y una activa gestión del riesgo, del suceso de seguridad, un seguimiento y monitoreo constante de sus avances y resultados” (22).

### **3. Diseño Metodológico**

#### **3.1 Descripción del Programa a Desarrollar**

La actividad fundamental a ejecutar es el fortalecimiento de procesos administrativos de seguridad del paciente, la cual se entiende como el conjunto de elementos estructurales, instrumentos y metodologías basadas en la literatura científica que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias; en el servicio de urgencias pediátricas se espera ampliar las perspectivas y de esta manera lograr un mayor análisis de los servicios ofrecidos. Dicho acompañamiento y fortalecimiento está planteado con el propósito de generar beneficio institucional, así como para el de la sociedad, por medio del establecimiento de objetivos claros y actividades específicas (15).

El primero de los objetivos es la identificación de las necesidades y oportunidades de mejora, este se ejecutará a través de la aplicación de herramientas de gestión y administración que permiten evaluar la carencia o fallas de las prácticas seguras del servicio, enfatizando en la eficacia y el cumplimiento de los criterios de seguridad del paciente en la distintas intervenciones, tales como la venopunción, curación de heridas, etc.; por lo que para la selección de estas herramientas de administración para su posterior aplicación se realizara según las necesidades planteadas por los coordinadores del servicio, en base a los indicadores de calidad que se encuentren más bajos.

Posterior a la identificación de las necesidades de mejora, se diseñará un plan de mejoramiento que se origina del diagnóstico, diseño e implementación de las herramientas de gestión y administración que conduzcan al fortalecimiento de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias pediátricas. Consecutivamente a esto, se comenzará con la sensibilización

frente a la adherencia al personal de salud y se instaurará un paquete educativo dirigido al personal y usuario referente a la prestación y uso de los servicios de salud, en el marco de la política de seguridad del paciente, empleando ayudas audiovisuales para facilitar el aprendizaje.

En el presente trabajo se ejecutará un proyecto de extensión – modalidad pasantía propuesto para el cumplimiento en un tiempo estimado de 40 horas semanales, con una intensidad horaria de 8 horas diarias lunes y martes; 6 horas diarias de miércoles a sábado; la pasantía se desarrollará en el servicio de urgencias pediátricas del E.S.E. HUEM durante 8 semanas.

### 3.2 Plan Operativo

**Tabla 1. Plan operativo**

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
Fortalecer los procesos de atención de seguridad del paciente en el área de urgencias pediátricas del HUEM en el primer semestre del 2022	Identificar las necesidades y oportunidades de mejora respecto a la seguridad del paciente presentes en el servicio de urgencias pediátricas del HUEM durante el primer semestre del 2022.	Gestionar y aplicar listas de chequeo y procesos relacionados con prácticas clínicas seguras: Administración de medicamentos inyectables, nutrición parenteral, así como evitar errores de medicación en la atención a pacientes pediátricos.	A 30 de abril de (2022), en los servicios de urgencias pediátrica de la ESE HUEM se habrá aplicado la lista de chequeo al 80% del personal de salud, en procesos clínicos seguros: Administración de medicamentos inyectables, nutrición parenteral, así como evitar errores de medicación en la atención a pacientes	# de auditorías realizadas a procesos clínicos seguros: administración de medicamentos inyectables- nutrición parenteral - errores de medicación / # de auditorías planeadas x 100  # de participantes en auditoría / # Total del personal del servicio x100	Humanos: Pasante de enfermería.  Materiales: Listas de chequeo institucionales	Semana 1 y 2. No. Horas 80

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
		Aplicación de encuesta acerca de participación de familiares y cuidadores, en la seguridad del paciente.	de pediátricos. A 30 de abril de (2022), en los servicios de urgencias de la pediatría de la ESE HUEM se habrá encuestado al 100% de familiares y cuidadores, de los niños hospitalizados en observación sobre su percepción en la participación en la seguridad del paciente.	# de participantes de la encuesta / # total de cuidadores de los niños del servicio de observación x 100		
	Diseñar acciones de mejora para posterior ejecución de acuerdo a las falencias respecto a la seguridad del paciente identificadas en el servicio de urgencias	Estandarizar las acciones de seguridad que apoyen los procesos que la entidad tiene en torno al uso de medicamentos inyectables y de nutrición parenteral, mediante Cuatro estrategias:	A 21 de mayo de (2022), se Habrán desarrollado Cuatro estrategias de estandarización de acciones de seguridad que apoyen los procesos que la	# de comunicativas elaboradas (memo ficha) / # de comunicativas planeadas x100 # de audiovisuales diseñados / # de audiovisuales planeados x 100	Humanos: Pasante de enfermería. Materiales: Papelería	Semanas 3, 4 y 5. No. Horas 120



Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
	pediátricas del HUEM durante el primer semestre del 2022.	<p>1. Comunicativa sobre las acciones seguras al usar inyectables (diseño de memo ficha)</p> <p>2. Diseño de un audiovisual (video sobre la seguridad al usar inyectables).</p> <p>3. Educativa, socializando al personal los resultados obtenidos en la auditoría y las acciones de mejora que se deben trabajar.</p> <p>4. Académica: Apoyo a las acciones institucionales en los componentes de asistencia, gestión, investigación, extensión y educación mediante intervenciones directas que responden a los requerimientos de la</p>	<p>entidad tiene en torno a la preparación y administración de los medicamentos inyectables y de la nutrición parenteral, así como evitar errores de medicación en la atención a pacientes pediátricos.</p> <p>A 04 de junio se habrán desarrollado en el servicio de urgencias pediátricas de la ESE HUEM mínimo: 2 acciones de investigación</p>	<p># de socializaciones realizadas / # de socializaciones planeadas x100</p> <p># de acciones de investigación desarrolladas / # de acciones de investigación planeadas x100</p> <p># de acciones de gestión desarrolladas / # de</p>		

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
		entidad en el marco de la propuesta.	acciones de gestión, acciones de educación pedido de entidad.	de 2 de a la	acciones de gestión planeadas x100 # de acciones de educación desarrolladas / # de acciones de educación planeadas x100	
Promover el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente por parte de personal de salud y cuidadores en el servicio de urgencias pediátricas del HUEM durante el primer semestre del 2022.	Se realizarán acciones encaminadas a promover dialogo en cada turno sobre la Seguridad del Paciente en un entorno de confidencialidad y de confianza entre los diferentes actores. (Rondas de seguridad, conversatorio de los hallazgos en las rondas.)	A 04 de junio de (2022), en los servicios de urgencias de la pediatría de la ESE HUEM se habrá participado en 10 rondas de seguridad a los pacientes junto con el personal de salud.	Nº de personal asistencial que participa en las rondas de seguridad.	Nº de rodas de seguridad realizadas.	Humanos: Pasante de enfermería. Materiales: Papelería Formatos lapiceros Recursos Institucionales: Personal de la entidad Tecnológicos página web	Semanas 6 y 7. No. Horas 80
	Desarrollar e implementar acciones de mejora que generen una cultura organizacional	A 04 de junio de (2022), en los servicios de urgencias de la pediatría de la	Nº de acciones de mejora implementadas.			

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
		<p>mediante:</p> <p>a. Reportar los casos de seguridad cuándo se presenten. Reflejado en una acción de Monitoreo (verificación reporte de casos)</p> <p>b. Mitigar los efectos de los casos de seguridad presentados. Reflejado en una acción de implementación de una barrera de seguridad en el servicio para pacientes y cuidadores relacionada con (la estrategia preguntame por alergias de mis hijos)</p> <p>c. Promover la búsqueda y reporte activo de riesgos. Reflejado en una acción preventiva (instauración de un</p>	<p>ESE HUEM se habrán implementado tres tipos de acciones de mejora que generen una cultura organizacional del servicio:</p> <p>Una de Monitoreo (verificación reporte de casos)</p> <p>Una correctiva (implementación de una barrera de seguridad en el servicio para pacientes y cuidadores relacionada con (la estrategia preguntame por alergias de mis</p>	<p># de casos de seguridad reportados / # de casos de seguridad presentados x 100</p> <p># de estrategias implementadas / # de estrategias planeadas x 100</p> <p>Nº de beneficiarios de la implementación de la estrategia</p> <p>Nº de días de</p>		

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades	Metas	Indicadores	Recursos	Tiempo
		termómetro de medición semanal de reporte de eventos y su seguimiento)	hijos))	duración de la estrategia		
			Y otra preventiva (instauración de un termómetro de medición semanal de reporte de eventos y su seguimiento)	# de reportes de eventos semanales realizados mediante el termómetro / # de eventos semanales presentados x100 # de seguimientos a reportes realizados / # de reportes realizados x 100		

## 4. Resultados

### 4.1 Identificación de las Necesidades y Oportunidades de Mejora Presentes en el Servicio de Urgencias Pediátricas del HUEM Durante el Primer Semestre del 2022

**Tabla 2. Descripción del desarrollo del primer objetivo**

<b>Primer objetivo</b>	
Identificar las necesidades y oportunidades de mejora presentes en el servicio de urgencias pediátricas del HUEM durante el primer semestre del 2022.	
<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar y aplicar listas de chequeo procesos relacionados con prácticas clínicas seguras: administración de medicamentos inyectables, nutrición parenteral, así como evitar errores de medicación en la atención a pacientes pediátricos.</li> <li>• Aplicación de encuesta acerca participación de familiares y cuidadores, en la seguridad del paciente.</li> </ul>	
<b>Meta planteada</b>	<b>Cumplimiento de la meta</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A 30 de abril de (2022), en los servicios de urgencias pediatría de la ESE HUEM se habrá aplicado la lista de chequeo al 80% del personal de salud, en procesos clínicos seguros: administración de medicamentos inyectables, nutrición parenteral, así como evitar errores de medicación en la atención a pacientes pediátricos.</li> <li>• A 30 de abril de (2022), en los servicios de urgencias pediatría de la ESE HUEM se habrá encuestado al 100% de familiares y cuidadores, de los niños hospitalizados en observación sobre su percepción en la participación en la seguridad del paciente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Indicadores:</p> <p># de auditorías realizadas a procesos clínicos seguros: administración de medicamentos inyectables- nutrición parenteral - errores de medicación / # de auditorías planeadas x 100  <math>1/1 \times 100 = 100\%</math>, se realizó una auditoría al 80% del personal de salud, en procesos clínicos seguros: administración de medicamentos inyectables, nutrición parenteral.</p> <p># de participantes en auditoría / # total del personal del servicio x100  <math>22/27 * 100 = 81,48\%</math>, se realizó una auditoría a personal de salud del servicio de urgencias pediátricas sobre administración segura de medicamentos donde participaron 22 personas, siendo 27 el total del personal del servicio, cumpliendo con la meta inicial del 80%.</p> <p># de participantes de la encuesta / # total de cuidadores de los niños del servicio de observación x 100  <math>31/31 \times 100 = 100\%</math>, se aplicó una encuesta de percepción de seguridad en la estancia hospitalaria a 31 cuidadores de pacientes del servicio de urgencias pediátricas.</p>

**4.1.1 Resultados obtenidos de la actividad 1.** No se suministra lista chequeo de administración parenteral debido a que este procedimiento no se realiza en el servicio de urgencias pediátricas.

Se gestionó con la institución y se obtuvo la lista de chequeo de administración segura de medicamentos, la cual se aplicó al 81,45 % del personal del servicio de urgencias pediátricas, correspondientes a 22 personas; la lista fue gestionada en la semana 1 de pasantía y aplicada en el periodo de la semana 2 entre el 25/04/2022 y el 27/04/2022.

La lista de chequeo tiene una clasificación de cumplimiento que se divide en 4; óptimo, adecuada, deficiente e inaceptable.

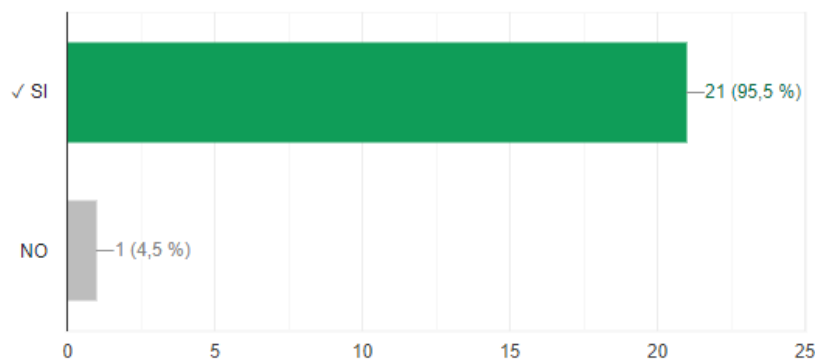
Los resultados según clasificación anterior se observan del siguiente modo:

**Tabla 3. Resultados obtenidos de la lista de chequeo**

<b>Resultados obtenidos de la lista de chequeo</b>		
Optimo	100 %	6
Adecuada	85 a 99%	9
Deficiente	70 a 84 %	8
Inaceptable	69 % o menor	0
Total		22

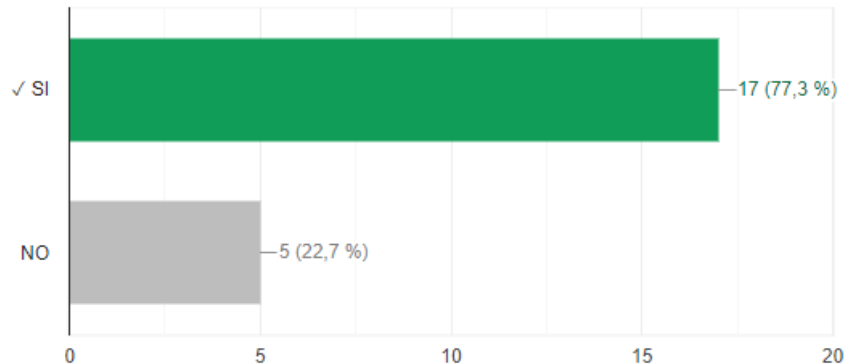
Por lo que es necesario hacer un plan de mejora para las personas ubicadas en el rango de deficiente y fortalecer los conceptos de las personas ubicadas en el rango de adecuadas.

Se evidenció que algunos correctos eran omitidos por parte del personal, a continuación, se presentan los resultados negativos por ítems de preguntas.



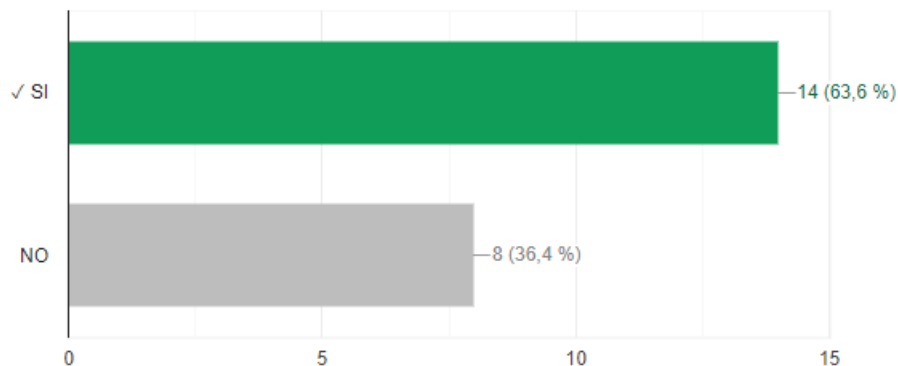
**Figura 9. Fecha correcta: verifique que se comprueba el aspecto de/los medicamentos antes de administrar y verificar fecha de vencimiento**

**Análisis.** Se evidenció que el 95,5 % del personal de enfermería verificó la fecha de vencimiento del medicamento, sin embargo, solamente un 4,5 % no realizó la verificación del aspecto ni fecha de vencimiento antes de su administración.



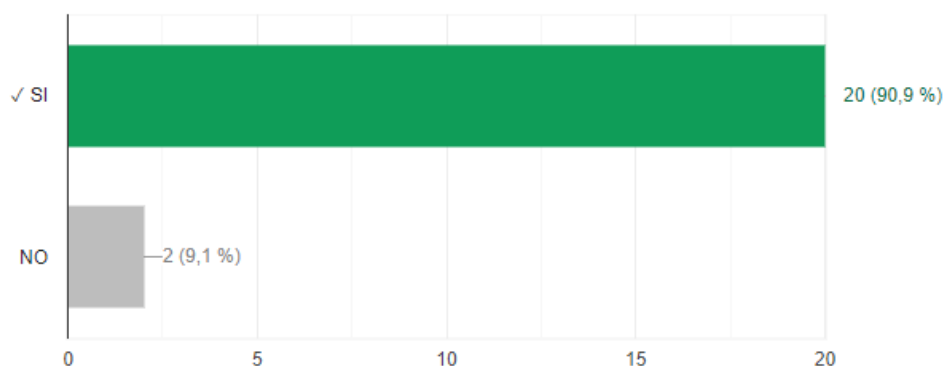
**Figura 10. Dilución correcta: verifique que se constató que los líquidos y la cantidad de los mismos sean correctos para la dilución del medicamento**

**Análisis.** El 77,3 % del personal constató que los líquidos y la cantidad de los mismos sean correctos para la dilución del medicamento; mientras que el 22,7 % no lo hizo.



**Figura 11. Goteo correcto: verifique que se controle que el goteo sea correcto para una buena administración del medicamento**

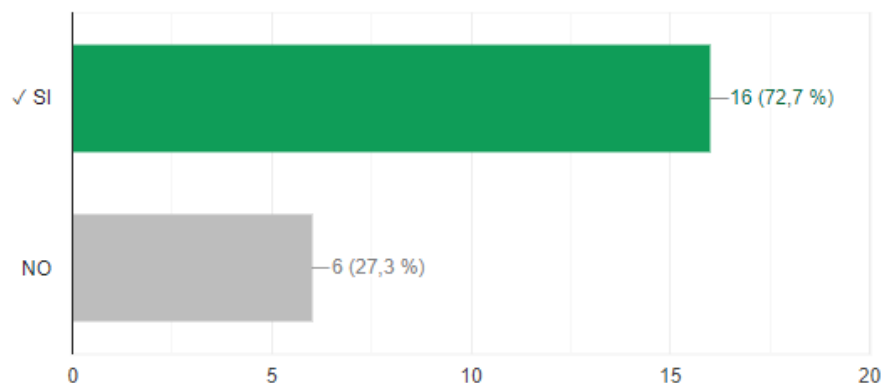
**Análisis.** El 36,4 % del personal no establece un goteo concreto a la hora de administrar medicamentos, lo que puede generar efectos adversos en los pacientes, en cambio, la mayoría de personal si realiza esta verificación, que corresponde al 63,6%.



**Figura 12. Equipo correcto: Verifique que el personal se asegura que el equipo para la administración de medicamentos sea el correcto para cada paciente**

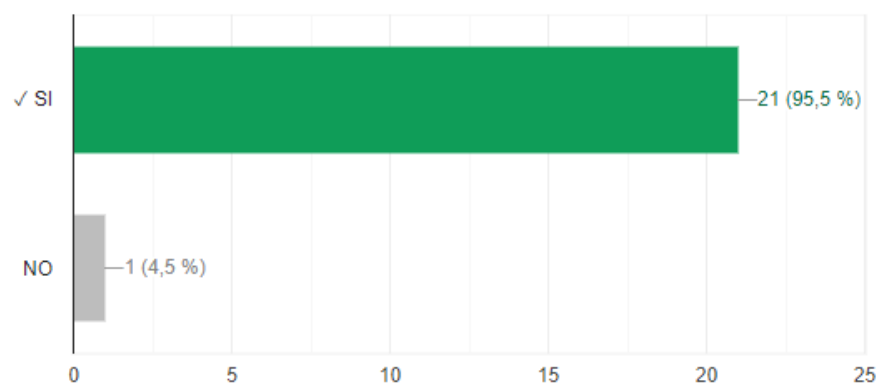
**Análisis.** En su mayoría, representado con el 90,9% el personal se asegura que el equipo para la administración de medicamentos sea el correcto para cada paciente; sin embargo, el 9,1 % no lo hace, no se fija que el equipo sea el adecuado y por ende pone en riesgo la seguridad de los pacientes.





**Figura 13. Verificar que, si por alguna razón no se administra un medicamento, se registra en notas de enfermería especificando el motivo por el cual no se administró**

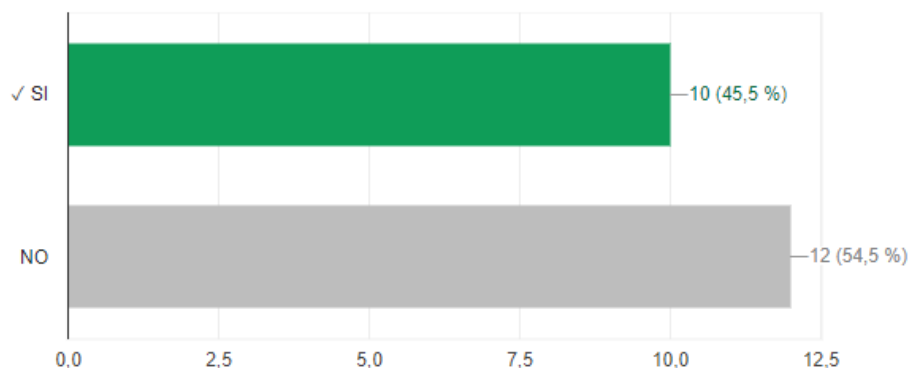
**Análisis.** En el ítem anterior 6 se encontró que, si por alguna razón no se administra un medicamento, solamente el 72,7% del personal registra en notas de enfermería especificando el motivo por el cual no se administró, y el (27,3 %) restante, no tenía conocimientos acerca del registro que se debe realizar.



**Figura 14. Verificar que en los registros clínicos y de forma verbal se informa e instruye al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo**

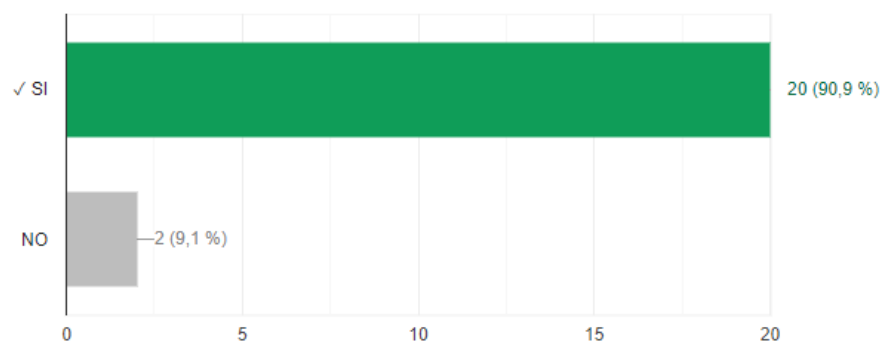
**Análisis.** Se evidenció que la mayoría del personal que corresponde al 95,5% al momento de administrar medicamentos informa e instruye al paciente sobre los medicamentos que está

recibiendo, y solamente el 4,5% no realiza este proceso.



**Figura 15. Verificar que en los registros clínicos y de forma verbal se comprueba que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito**

**Análisis.** Se halló que solo el 45,5 % del personal preguntó a familiares o cuidadores si el paciente tomaba algún medicamento diferente al prescrito, mientras que la mayoría (54,5 %) no lo hizo.



**Figura 16. Verificar que en los registros clínicos y de forma verbal se investiga si el paciente padece alergias y descartar interacciones farmacológicas**

**Análisis.** Del personal de enfermería al cual se le aplicó la lista de chequeo, se encontró que 9,1 % no preguntaron al cuidador del paciente si padecía alergias a medicamentos; la omisión de este paso podría desencadenar una reacción adversa al medicamento en caso de existir alergias y

una reacción adversa afecta de forma directa al bienestar integral del paciente, e involucra la participación de toda la institución para combatir la reacción, por su parte, el 90.9% si realizó este proceso.

**4.1.2 Resultados obtenidos de la actividad 2.** Se consultó con la institución si existía un formato para medir la percepción de seguridad en la estancia hospitalaria, al ser negativa la respuesta se procede en la creación de una, en base a los protocolos de programa de seguridad del paciente como son: Identificación correcta del paciente, prevención de caídas y administración de medicamentos, de la ESE HUEM, la institución no realiza proceso de validación para encuestas por lo que se presenta directamente el día 20/04/2022 a la enfermera coordinadora de urgencias pediátricas Gregoria Martínez quien da su aprobación de la misma para posterior aplicación.

Esta encuesta permite conocer la percepción que tienen familiares y/o cuidadores sobre la seguridad del paciente; además permite conocer opiniones de los mismos.

La encuesta fue aplicada a 31 familiares o cuidadores de pacientes que se encontraban en observación en el servicio de urgencias pediátricas, los encuestados respondían verbalmente a las preguntas y hacían observaciones en algunos casos y luego se registraba en la encuesta; el periodo de aplicación comprende la las semanas 1 y 2, desde el 23/04/2022 al 30/04/2011.

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FD-028	
		VERSION: 2	
		FECHA: SEP 2017	
		PAGINA 1 de 2	
ACTA			
<b>LUGAR:</b> URGENCIAS PEDIATRICAS <b>ACTIVIDAD:</b> APROBACION DE ENCUESTA DE PERCEPCION DE SEGURIDAD EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA			
	<b>CAPACITACION</b>	<b>REUNION</b> X	
<b>FECHA:</b> 20 ABRIL 2022		<b>HORA:</b> 09:00 A.M	
<b>Asistentes:</b>			
<b>NOMBRES</b>	<b>ROL</b>	<b>AREA O SERVICIO</b>	<b>FIRMA</b>
GREGORIA E. MARTINEZ ZABALA	ENFERMERA COORDINADORA	URGENCIAS PEDIATRICAS	<i>[Firma]</i>
CAROLINA TORRES GUERRERO	ESTUDIANTE DE ENFERMERIA	URGENCIAS PEDIATRICAS	<i>[Firma]</i>
<b>Orden del Dia:</b> 1. Presentación de la encuesta de percepción de seguridad. 2. Revisión de encuesta. 3. Aprobación de encuesta.			
<b>Resumen de los temas tratados y conclusiones:</b>  Siendo las 9:00 a.m. la estudiante de enfermería que realiza el proyecto "FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ (HUEM) EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2022" como parte de sus actividades presenta la encuesta de percepción denominada "Encuesta de percepción de seguridad en la estancia hospitalaria" la cual es aprobada para aplicar a familiares o cuidadores de los pacientes en observación del servicio de urgencias pediátricas.			

**Figura 17. Aprobación de encuesta de percepción de seguridad**

A continuación, se aprecian los resultados obtenidos.

**Tabla 4. Resultados obtenidos de la encuesta a cuidadores**

No.	Pregunta	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Las instalaciones donde es atendido (a) reflejan: limpieza, orden, aseo.	0	0	1	30
2.	Al ingresar se diligenció escala de riesgo y usted la firmó una vez leída.	0	0	0	31
3.	Recibió educación por parte del personal de salud para evitar caídas.	0	0	0	31
4.	Al ingreso del servicio recibió manilla de identificación con información correcta.	0	0	1	30
5.	Recibió educación sobre la forma de conservar la manilla en todo momento.	0	0	0	31
6.	El personal de salud le preguntó sobre alergias existentes.	1	0	1	29
7.	Antes de administrar un medicamento el personal de enfermería informa cual es, su función y sus efectos.	1	1	5	23
8.	El personal del servicio se dirige al paciente por su nombre.	0	0	0	31
9.	Cuenta con acompañamiento del personal del servicio cuando es necesario (traslados a otras áreas, cambios de medicamentos, procedimientos, etc)	0	0	1	30
10.	El personal de enfermería responde sus preguntas en lenguaje claro y sencillo y comprensible para usted.	0	0	3	28

Cada opción de respuesta tiene un rango asignado: Nunca (Inaceptable), Algunas veces (Deficiente), Casi siempre (Adecuado), Siempre (Excelente) sin embargo, si se presentan fallas reiteradas en la opción “casi siempre” se tomará como deficiente; se clasificarán los resultados de

la siguiente manera:

**Tabla 5. Clasificación de resultados de la encuesta**

<b>Clasificación de resultados de la encuesta</b>			
Inaceptable	Deficiente	Adecuado	Excelente
Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

**Tabla 6. Observaciones realizadas por el cuidador en el instrumento**

<b>Observaciones realizadas por el cuidador en el instrumento</b>	
1	No explican los medicamentos que administran ni dicen su función.
2	Al ingreso no preguntaron por alergias.
3	El personal al ingreso no preguntó por alergias, pero aún no ha recibido medicamentos.
4	Madre refiere que no preguntaron por alergias al ingreso, mientras que en otras instituciones si lo han hecho.
5	No le explican de forma clara los medicamentos administrados ni responden sus dudas.
6	Personal de la noche anterior no explicó medicamento administrado, al preguntar la madre por el medicamento personal responde “eso lo sabe el médico”; en cambio los demás auxiliares si son amables y explican los medicamentos a administrar.
7	Le avisan que están poniendo antibiótico, pero no dicen cual o sus efectos.
8	“no me explican que medicamentos le ponen”
9	Algunas veces no explican que medicamento van a administrar al paciente.



**Análisis.** La principal falla que refieren los cuidadores es que algunos de los encargados de la administración de medicamentos no indican que es, su función y sus efectos; también se evidencia que parte del personal no responde las preguntas de los cuidadores o lo hace de vaga manera. En un estudio realizado en un hospital pediátrico en Cartagena, 2019 para identificar la percepción de los cuidadores sobre condiciones de seguridad en la atención en un hospital pediátrico encontraron que un 8.6% presentaron reacción a la administración de medicamentos en los niños. Respecto a la administración de medicamentos para el 13,5% de cuidadores encontró la ocurrencia en horarios no establecidos.

Otra falla evidenciada en la encuesta es que el personal antes de administrar medicamentos o al ingreso al servicio no se dio a la tarea de preguntar si existían alergias a algún medicamento. De acuerdo a los hallazgos del estudio de Romero Massa, los cuidadores percibieron siempre en un 60.2% y casi siempre el 19,6% la explicación sobre reglas y procedimientos de seguridad ofrecida por el equipo de salud durante la hospitalización del niño (23).

#### 4.1.3 Desarrollo. El desarrollo se muestra a continuación:

FYI Hospital Universitario HERASMO MEOZ		MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD		CODIGO: MC-FO-038																								
		LISTAS DE CHEQUEO ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS <td colspan="2">VERSION 02 </td>		VERSION 02																								
				FECHA: MAY 2021																								
				PAGINA 1 de 1																								
IPS O SERVICIO	ESE AUCM	Fecha	25	04	2021																							
		Hora	12:00		PM																							
NOMBRE DE VERIFICADO																												
NOMBRE	CARGO	SERVICIO	NOMBRE	CARGO	SERVICIO																							
Yudelmira Ruiz	Aux. enfermería	Unidad de Admisión																										
CRITERIO DE VERIFICACION																												
No	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLIMIENTO																										
		SI	NO	NA																								
1	Conocimiento del colaborador de los correctos de la ESE HUEM	<input checked="" type="checkbox"/>																										
2	FECHA CORRECTA: Verifique que se comprueba el aspecto de los medicamentos antes de administrar y verificar fecha de vencimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
3	HORA CORRECTA: Verifique que se comprueba en la tarjeta de medicamentos, que sea la hora indicada de la administración del medicamento.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
4	PACIENTE CORRECTO: Verifique que se comprueba el nombre y la identificación del paciente revisando la manita, antes de administrar el medicamento.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
5	MEDICAMENTO CORRECTO: Verifique que se comprueba la forma farmacéutica del medicamento al prepararlo, al administrarlo.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
6	VIA CORRECTA: Verifique que se asegura que la vía de administración es la correcta. Si la vía de administración no aparece en la prescripción, se consulta.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
7	DILUCION CORRECTA: Verifique que se constató que los líquidos y la cantidad de los mismos sean los correctos para la dilución del medicamento.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
8	GOTEO CORRECTO: Verifique que se controló que el goteo sea correcto para una buena administración del medicamento.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
9	EQUIPO CORRECTO: Verifique que el personal asegura que el equipo para la administración de medicamentos sea el correcto para cada paciente.			<input checked="" type="checkbox"/>																								
10	DOSIS CORRECTA: Verifique que el personal comprueba cuando la dosis prescrita parezca adecuada.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
11	REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS: Verificar que se registra y firma lo antes posible la administración del medicamento.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
12	Verificar que si por alguna razón no se administra un medicamento, se registra en notas de Enfermería especificando el motivo por el cual no se administró.		<input checked="" type="checkbox"/>																									
13	Verificar que en los registros clínicos y de manera verbal se INFORMA E INSTRUYE AL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ RECIBIENDO.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
14	Verificar que en los registros clínicos y de manera verbal se COMPROBABA QUE EL PACIENTE NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO AJENO AL PRESCRITO.	<input checked="" type="checkbox"/>																										
15	Verificar que en los registros clínicos y de manera verbal se INVESTIGAR SI EL PACIENTE PADECE ALERGIAS Y DESCARTAR INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS		<input checked="" type="checkbox"/>																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">TOTALES</th> <th>TOTAL CUMPLE / NO CUMPLE</th> <th>% CUMPLIMIENTO</th> </tr> <tr> <th>C</th> <th>NC</th> <th>SUBTOTAL</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td> <td>5</td> <td>-</td> <td>12 / 13</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>		TOTALES			TOTAL CUMPLE / NO CUMPLE	% CUMPLIMIENTO	C	NC	SUBTOTAL			12	5	-	12 / 13	80	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>OPTIMO</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>ADECUADA</td> <td>85 a 99%</td> </tr> <tr> <td>DEFICIENTE</td> <td>70% a 84%</td> </tr> <tr> <td>INACEPTABLE</td> <td>60% y menor</td> </tr> </tbody> </table>				OPTIMO	100%	ADECUADA	85 a 99%	DEFICIENTE	70% a 84%	INACEPTABLE	60% y menor
TOTALES			TOTAL CUMPLE / NO CUMPLE	% CUMPLIMIENTO																								
C	NC	SUBTOTAL																										
12	5	-	12 / 13	80																								
OPTIMO	100%																											
ADECUADA	85 a 99%																											
DEFICIENTE	70% a 84%																											
INACEPTABLE	60% y menor																											
OBSERVACIONES																												
Firma Evaluador: <u>Carolina Torres</u>																												
Firma Evaluado: <u>Yudelmira Ruiz</u>																												

Figura 18. Lista de chequeo de administración segura de medicamentos aplicada al personal

	ENCUESTA DE SATISFACCION	
	PERCEPCION DE SEGURIDAD EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA	

**PERCEPCION DE SEGURIDAD EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA**

FECHA: 23/04/2022 SERVICIO: Urgencias pediátricas  
SEXO: M:  F:  EDAD DEL PACIENTE: 15 meses  
NOMBRE DEL CUIDADOR: Nicol Mejia

Apreciado usuario queremos conocer cuál es su percepción de seguridad respecto a la atención brindada por el personal de enfermería. A continuación, encontrará una serie de preguntas en frente de cada una de estas se encuentran las respuestas, marque con una X en el espacio correspondiente.

No.	PREGUNTA	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Las instalaciones donde es atendido (a) reflejan: limpieza, orden, aseo.				<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Al ingresar se realizó diligenció escala de riesgo con su firma.				<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Recibió educación por parte del personal de salud para evitar caídas.				<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Al ingreso del servicio recibió manilla de identificación con información correcta.				<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Recibió educación a cerca de conservar la manilla en todo momento.				<input checked="" type="checkbox"/>
6.	El personal de salud preguntó sobre alergias existentes.				<input checked="" type="checkbox"/>
7.	Antes de administrar un medicamento el personal de enfermería informa cual es, su función y sus efectos.		<input checked="" type="checkbox"/>		
8.	El personal del servicio se dirige al paciente por su nombre.				<input checked="" type="checkbox"/>
9.	Cuenta con acompañamiento del personal del servicio cuando es necesario				<input checked="" type="checkbox"/>
10.	El personal de enfermería responde sus preguntas en lenguaje claro y sencillo.				<input checked="" type="checkbox"/>

Observaciones: No le explican los medicamentos administrados ni la función.

Figura 19. Encuesta de percepción de seguridad en la estancia hospitalaria aplicada a cuidadores de pacientes de urgencias pediátricas



**4.1.4 Plan de mejora institucional.** A continuación el plan de mejora institucional:

**Tabla 7. Plan de mejora institucional**

Acciones de mejora	Actividades	Fechas		Recursos	Indicador seguimiento	Responsable del seguimiento
		Inicio	Fin			
Realizar despliegue de protocolo de administración segura de medicamentos al personal asistencial del servicio por medio de capacitaciones cada mes, permitiendo la apropiación del mismo y evitando así la aparición de sucesos de seguridad.	Educativa	1 de julio del 2022	1 de enero del 2023	Profesional de enfermería y auxiliares del servicio.	# de capacitaciones al personal de enfermería sobre la administración segura de medicamentos / # de personal de enfermería del servicio x100	Profesional de enfermería encargado del servicio
Ejecutar rondas de seguridad mensuales en las que se evalúe la adherencia al protocolo de administración segura de medicamentos institucional, para verificar el cumplimiento del mismo.	Gestión	1 de julio del 2022	1 de enero del 2023	Profesional de enfermería y auxiliares del servicio.	Nº de rondas de seguridad realizadas mensualmente	Profesional de enfermería encargado de seguridad del paciente.

## 4.2 Acciones de Mejora para Posterior Ejecución de Acuerdo a las Falencias Respecto a la Seguridad del Paciente Identificadas en el Servicio de Urgencias Pediátricas del HUEM Durante el Primer Semestre del 2022

**Tabla 8. Descripción del desarrollo del segundo objetivo**

<b>Segundo objetivo</b>	
Diseñar acciones de mejora para posterior ejecución de acuerdo a las falencias respecto a la seguridad del paciente identificadas en el servicio de urgencias pediátricas del HUEM durante el primer semestre del 2022.	
<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estandarizar las acciones de seguridad que apoyen los procesos que la entidad tiene en torno al uso de medicamentos inyectables y de nutrición parenteral, mediante tres estrategias               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicativa sobre las acciones seguras al usar inyectables (diseño de memo ficha)</li> <li>2. Diseño de un audiovisual (video sobre la seguridad al usar inyectables).</li> <li>3. Educativa, presentando al personal los resultados obtenidos en la auditoría y las acciones de mejora que se deben trabajar.</li> </ol> </li> <li>• Apoyo a las acciones institucionales en los componentes de asistencia, gestión, investigación, extensión y educación mediante intervenciones directas que responden a los requerimientos de la entidad en el marco de la propuesta.</li> </ul>	
<b>Meta planteada</b>	<b>Cumplimiento de la meta</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A 21 de mayo de (2022), se habrán desarrollado cuatro estrategias de estandarización de acciones de seguridad (1 comunicativa, 1 educativa, 1 audiovisual y 1 academica) que apoyen los procesos que la entidad tiene en torno a la preparación y administración de los medicamentos inyectables y de la nutrición parenteral, así como evitar errores de medicación en la atención a pacientes pediátricos.</li> <li>• A 04 de junio se habrán desarrollado en el servicio de urgencias pediátricas del ESE HUEM mínimo: 2 acciones de investigación, 2 acciones de gestión, 2 acciones de educación a pedido de la entidad.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Indicadores:</p> <p># de comunicativas elaboradas (memo ficha) / # de comunicativas planeadas x100 1/1x100=100%, se ha desarrollado 1 estrategia comunicativa sobre las acciones seguras al usar inyectables con el diseño de una ficha sobre administración segura de medicamentos.</p> <p># de audiovisuales diseñados / # de audiovisuales planeados x 100 1/1x100=100%, se diseñó video sobre administración segura de medicamentos inyectables.</p> <p># de socializaciones realizadas / # de socializaciones planeadas x100 1/1x100=100%, se elaboró una matriz educativa dirigida a personal para presentar los resultados obtenidos en la auditoría y las acciones de mejora que se deben trabajar, así como refuerzo de la administración segura de medicamentos.</p> <p># de acciones de investigación desarrolladas / #</p>

---

### Segundo objetivo

---

de acciones de investigación planeadas x100  
 $2/2 \times 100 = 100\%$ , 2 acciones de investigación:  
 aplicación de listas de adherencia del programa  
 de seguridad del paciente, e identificación de  
 pacientes y prevención de caídas en el mes de  
 marzo y abril.

# de acciones de gestión desarrolladas / # de  
 acciones de gestión planeadas x100

$2/2 \times 100 = 100\%$ , a la fecha se han elaborado 2  
 acciones de gestión: análisis eventos adversos  
 del servicio en el mes de marzo y análisis  
 eventos adversos del servicio en el mes de  
 abril.

# de acciones de educación desarrolladas / # de  
 acciones de educación planeadas x100

$2/2 \times 100 = 100\%$ , 2 acciones educativas:  
 educación sobre lavado de manos y despliegue  
 de la gestión clínica excelente y segura.

---

**4.2.1 Resultados obtenidos de la actividad 1.** A continuación se evidencia los resultados de la actividad 1:

**4.2.1.1 Estrategia 1. Comunicativa.** Se diseñó una infografía como estrategia comunicativa sobre las acciones seguras al usar inyectables.

La infografía se diseñó en base a los correctos de administración de medicamentos vigente y se socializó con el personal del servicio; además se dejó instaurada en puntos visibles del servicio para fácil acceso permitiendo el fortalecimiento de prácticas seguras en el personal de enfermería al momento de administrar medicamentos inyectables.



**Figura 20. Infografía, administración segura de medicamentos**

**4.2.1.2 Estrategia 2. Audiovisual.** Se diseñó un video sobre administración segura de medicamentos inyectables, el cual contiene información de la administración segura de medicamentos, los 15 correctos y los 4 “yo” dicho video se compartió con el personal de enfermería de urgencias pediátricas por medio del grupo de whatsapp del servicio para garantizar

que llegase a todos y se recolectaron las firmas de quienes lo vieron; este video se realizó con el fin de mejorar la seguridad al administrar medicamentos inyectables lo cual es una barrera de protección contra IAAS y eventos adversos relacionados a reacciones alérgicas a medicamentos, siendo así los pacientes los más beneficiados.



**Figura 21. Video, administración segura de medicamentos inyectables**



**Figura 22. Envío de video, administración segura de medicamentos inyectables**

**4.2.1.3 Estrategia 3. Educativa.** En base a los resultados obtenidos en las listas de chequeo aplicadas al personal de salud, así como las encuestas de percepción de seguridad aplicadas a cuidadores de usuarios en observación de urgencias pediátricas del Hospital Universitario Erasmo Meoz, se elabora matriz educativa con el fin de fortalecer el conocimiento de los correctos de administración de medicamentos supliendo las necesidades identificadas en las listas ya mencionadas.

Se realizó socialización de los hallazgos realizados en las listas de chequeo simultáneamente la sesión educativa personalizada desde el día 17/05/2022 hasta alcanzar la totalidad del personal con la información de la matriz.



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

**MATRIZ INSTRUCCIONAL**

**TEMA:** Administración segura de medicamentos.

**FECHA:** 17/05/2022

**LUGAR:** Urgencias pediátricas, Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM)

**TIEMPO:** 15 minutos

**DIRIGIDO A:** Personal de enfermería del servicio de urgencias pediátricas de la ESE HUEM

**RESPONSABLES:** Carolina Torres Guerrero

**OBJETIVO GENERAL:** Fortalecer los conocimientos sobre la administración segura de medicamentos en el personal de enfermería de urgencias pediátricas de la ESE HUEM favoreciendo la prevención de eventos adversos asociados a medicación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA	TECNICAS EDUCATIVAS O AYUDAS A-V	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION
Definir el concepto de administración segura de medicamentos en el personal de enfermería por medio de la sesión educativa.	Administración segura de medicamentos	<b>A P R E N D E R</b>	-Folleto	<b>Materiales humanos:</b> -Pasante de enfermería UFPS. -Personal de salud.  <b>Materiales tecnológico:</b> -Ayuda audiovisual	5 minutos.	El personal en la actividad educativa manifestara lo aprendido mediante participación voluntaria respondiendo las siguientes preguntas:
Especificar los 15 correctos en el personal de enfermería de urgencias pediátricas mediante la información suministrada para su apropiación y prevención de eventos adversos relacionados a la administración de medicamentos.	15 correctos en la administración de los medicamentos.	<b>A</b>			5 minutos	1. ¿Qué es la administración segura de medicamentos?  2. Mencione al menos 5 correctos  3. ¿Mencione que se revisa en el "medicamento correcto"
Enunciar la regla de los "4 yo" que permita el fortalecimiento de sentido de responsabilidad en el personal de enfermería en la administración de medicamentos.	Regla de los 4 yo	<b>E N S E Ñ A R</b>			5 minutos	4. Como se verifica el "paciente correcto"  5. Enuncie los "4 yo" de la administración de medicamentos.

**Figura 23. Matriz instruccional, administración segura de medicamentos**

## LOS 4 YO

**YO PREPARO  
YO ADMINISTRO  
YO REGISTRO  
YO RESPONDO**



- 10** Velocidad de infusión correcta.
- 11** Verificar la fecha de caducidad (Fecha correcta)
- 12** Preparare y administre usted mismo el medicamento.
- 13** Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos.
- 14** No administrar medicamentos bajo órdenes verbales.
- 15** Informar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra.



## ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS



**RESPONSABLE:**

**ESTUDIANTE DE ENFERMERIA  
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE  
PAULA SANTANDER**



## ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

El uso seguro de medicamentos es una premisa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien desde el año 2017 se encuentra trabajando para reducir a la mitad los daños graves relacionados con medicación.

El uso seguro de los medicamentos es una actividad que involucra a pacientes, cuidadores, profesionales de salud, instituciones de salud, droguerías y demás integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud



## 15 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

- 1 Higiene de manos antes de cualquier procedimiento.
- 2 Preguntar siempre al paciente o cuidador sobre antecedentes alérgicos del paciente.
- 3 Tomar los signos vitales antes de la administración del medicamento.
- 4 Medicamento correcto.
- 5 Dosis correcta.
- 6 Vía de administración correcta.
- 7 Hora correcta.
- 8 Paciente correcto.
- 9 Técnica de administración correcta.



Figura 24. Folleto Administración segura de medicamentos

**4.2.2 Resultados obtenidos de la actividad 2.** Las actividades de gestión y educación fueron concertadas con la coordinadora de urgencias pediátricas, la enfermera Gregoria Martínez Zabala como apoyo a necesidades del servicio; las actividades de investigación fueron asignadas por los referentes de seguridad del paciente Alejandra Avellaneda, referente médico y Yoeric H. Prada H. referente enfermero para el mes de abril y las asignaciones del mes de mayo fueron realizadas por el referente enfermero Yoeric H. Prada H, mediante acta N 386.

### Acción 1 de gestión:

Se analizaron los eventos adversos de caída del paciente reportados en el mes de marzo, se elabora el acta No 16 “Análisis e investigación de eventos adversos de caídas en el servicio de urgencias pediatría” acta que contiene análisis y acciones de mejora para el caso.

Logo Hospital Erasmo Meoz		GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		CODIGO: IC-FD-029
		ACTA		VERSION: 2
				FECHA: SEP 2017
				PAGINA 1 de 6
<b>LUGAR: URGENCIAS PEDIATRIA</b>				
<b>ACTIVIDAD:</b> Análisis e investigación de eventos adversos de caídas en el servicio de urgencias pediatría.				
			<b>CAPACITACION</b>	<b>REUNION</b> x
<b>ACTA NO : 16</b>		<b>FECHA: 20 DE ABRIL 2022</b>	<b>HORA: 9:00 A.M</b>	
<b>Asistentes:</b>				
NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA	
GREGORIA EUGENIA MARTINEZ ZABALA	ENFERMERA	URGENCIAS PEDIATRIA	<i>Gregoria E. Martínez</i>	
MARCO TULLIO GOMEZ	AUDITOR	URGENCIAS PEDIATRIA	<i>Marco Gómez P.</i>	
<b>Orden del Día:</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>Datos de identificación del evento adversos Caídas en el servicio de urgencias pediatría</li> <li>Información de la Investigación de eventos adversos</li> <li>Análisis de eventos adversos e incidentes – identificación de factores contributivos</li> <li>Registro de los factores en la espina de pescado</li> <li>Prorización de los factores contributivos</li> <li>Definición de plan de mejoramiento/ barreras a implementar:</li> </ol>				
<b>Resumen de los temas tratados y conclusiones:</b>				
1. Datos de identificación del evento adversos e incidente.				
Reporte suceso de seguridad:				
<b>CASO N° 1 EVENTO ADVERSO LEVE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Paquete/ vigilancia: Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.</li> <li>Servicio de ocurrencia: Urgencias pediatría.</li> <li>Fecha: 14 de Marzo 2022</li> <li>Hora: 8:12:32 p.m.</li> <li>Descripción del suceso:</li> </ul>				
Ingreso menor de 14 años sexo femenino, remitida del Hospital de villa del Rosario por TCE, refiere la madre de cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por accidente de tránsito en calidad de pasajero de automóvil la cual fue colisionado por otro carro por la parte trasera. Refiere que se golpeó con el vidrio de puerta trasera en región parietal derecha, posterior náuseas, cefalea, cuando ingresa al hospital del primer nivel se encontraba				

**Figura 25. Acta No.16. Análisis e investigación de eventos adversos de caídas en el servicio de urgencias pediatría**

Se analizaron los eventos e incidentes y se elaboró Acta No. 17 “análisis e investigación de incidentes y eventos adversos en el servicio de urgencias pediátricas mes de marzo 2022” acta que incluye todos los incidentes y eventos adversos reportados en el mes de marzo al servicio de urgencias pediátricas, así como análisis de cada caso y sus respectivos planes de mejora; con el fin de mitigar riesgos y reducir la aparición de los eventos reportados.

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION		CODIGO: IC-FO-020	
	ACTA		VERSION: 2	
			FECHA: SEP 2017	
			PAGINA 1 de 37	
<b>LUGAR: URGENCIAS PEDIATRIA</b>				
ACTIVIDAD: Análisis e investigación de incidentes y eventos adversos en el servicio de urgencias pediatría mes de Marzo 2022.			CAPACITACION	REUNION x
ACTA NO : 17	FECHA: 20 DE ABRIL 2022	HORA: 9:00 A.M		
Asistentes:				
<b>NOMBRES</b>	<b>ROL</b>	<b>AREA O SERVICIO</b>	<b>FIRMA</b>	
GREGORIA EUGENIA MARTINEZ ZABALA	ENFERMERA	URGENCIAS PEDIATRIA	<i>Gregoria E. Martinez Z</i>	
MARCO TULIO GOMEZ	AUDITOR	URGENCIAS PEDIATRIA	<i>Marco Gomez D.</i>	
Orden del Día:				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Datos de identificación de incidentes y eventos adversos en el servicio de urgencias pediatría.</li> <li>2. Información de la Investigación de incidentes y eventos adversos.</li> <li>3. Análisis de eventos adversos e incidentes – identificación de factores contributivos</li> <li>4. Registro de los factores en la espina de pescado</li> <li>5. Priorización de los factores contributivos</li> <li>6. Definición de plan de mejoramiento/ barreras a implementar:</li> </ol>				

**Figura 26. Acta No. 17 Análisis e investigación de incidentes y eventos adversos en el servicio de urgencias pediátricas mes de marzo 2022**

### **Acción 1 de educación:**

Se realizó educación individualizada que abarcó al 100% del personal del servicio de urgencias pediátricas sobre el programa de seguridad del paciente con énfasis en “Gestión del

riesgo” y eje de gestión clínica excelente y segura, dicha educación se llevó a cabo en diferentes días de la semana 3 de pasantía (02/05/2022 - 07/05/2022) para abarcar la totalidad del personal, se realizó para mejorar el conocimiento del personal en el tema, contribuyendo a procesos de acreditación institucional.



**Figura 27. Evidencia fotográfica, sesión educativa**

Se realizó matriz educativa para el evento de higiene y lavado de manos organizado por la institución, se realizó folleto de la temática que fue presentado ante oficina de prensa para posterior aprobación.

Se participó activamente en la actividad realizada el día 05/05/2022, evento de higiene y lavado de manos que se llevó a cabo en diferentes servicios de la ESE HUEM.



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

#### MATRIZ INSTRUCCIONAL

**TEMA:** Lavado de manos.

**FECHA:** 05/05/2022

**LUGAR:** Urgencias adulto, urgencias pediátricas, Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM)

**TIEMPO:** 30 minutos

**DIRIGIDO A:** Personal de salud de los servicios de urgencias adulto y urgencias pediátricas de la ESE HUEM

**RESPONSABLES:** Paula Daniela Rojas, Carolina Torres Guerrero

**OBJETIVO GENERAL:** Fortalecer los conocimientos sobre el lavado de manos para su correcta y eficaz realización, favoreciendo la disminución de infecciones asociadas a la atención en salud.



OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA	TECNICAS EDUCATIVAS O AYUDAS A-V	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION
Socializar el ¿Por qué? Se aplica el lavado de manos, llevando al reconocimiento de la importancia de esta práctica mediante la sesión educativa.	¿Por qué realizar el lavado de manos?	A P R E N D E R	-Folleto	<b>Materiales humanos:</b> -Pasantes de enfermería UFPS. -Personal de salud.  <b>Materiales tecnológicos:</b> -Ayuda audiovisual	5 minutos.	El personal en la actividad educativa manifestara lo aprendido mediante participación voluntaria respondiendo las siguientes preguntas:  ¿Por qué se debe realizar el

**Figura 28. Matriz instruccional**

## LAVADO DE MANOS

Este lavado lo realiza el personal con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, microbiana transitoria y parte de la microbiana residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana.

La duración total del procedimiento es de 40-60 segundos.



**INDICACIÓN**

- Hay que lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales.
- Cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas
- Al inicio y al final de la jornada laboral
- Después de usar los servicios sanitarios



# "LAS MANOS LIMPIAS SON GUARDIANES DE LA SALUD"

**¿Cómo lavarse las manos?**

**4 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos**

**1** Moja las manos con agua.



**2** Frota el dorso de la mano con el pulgar de la otra mano para cubrir todo el espacio de la mano.



**3** Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.



**4** Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



**5** Frota el dorso de las manos de una mano con la palma de la mano opuesta, apretando los dedos.



**6** Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, rodeando los dedos y viceversa.



**7** Frota la palma de las manos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, rodeando los dedos y viceversa.



**8** Frota la palma de las manos de la mano izquierda contra la palma de la mano derecha, rodeando los dedos y viceversa.



**9** Limpia con una frotada alternada.



**10** Evita de la mano para cerrar el grifo.



**11** Seque las manos con agua.



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

SAVE LIVES  
Clean Your Hands

Fuente: DMS. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos







**HIGIENE Y LAVADO DE MANOS**

ÚNETE A LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA  
LÍMPIATE LAS MANOS

## HIGIENE DE MANOS

Es la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre paciente, personal hospitalario, y visitantes.

Se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos.

Se considera el procedimiento más importante para la prevención de la infección.

### PRECAUCIONES

Las acciones de higiene de las manos tienen más eficacia cuando la piel de las manos se encuentra libre de cortes, las uñas son naturales, cortas y sin esmalte y las manos y los antebrazos no tienen joyas y están al descubierto.

## para la Higiene de las Manos

Fuente: DMS. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos

- La manga debe recogerse a la altura del codo.
- En el espacio interdígital y en las uñas se encuentra el mayor número de microorganismos.
- Las manos agrietadas favorecen a la colonización de flora microbiana transitoria.
- Mantenga las manos en alto por encima del nivel de la cintura.
- Tenga en cuenta las indicaciones de higiene de manos según los 5 momentos.
- El primer lavado al inicia la jornada laboral debe realizarse hasta el codo utilizando agua y jabón.

RECUERDE: EL USO DE GUANTES NO REEMPLAZA EL LAVADO DE MANOS.


**Figura 29. Folleto “Higiene y lavado de manos”**



**Figura 30. Evidencia fotográfica participación en el evento**

**Acción 1 de investigación:**

Se analizó evento adverso “apendicitis que no es atendida después de 12 horas de diagnóstico” en presencia de referente enfermero de seguridad del paciente, médico general involucrado, cirujano pediatra y enfermera administrativa de urgencias pediátricas, y se elaboró Acta No. 22 “Despliegue sobre evento adverso, apendicitis que no es atendida después de 12 horas de diagnóstico” acta que incluye el análisis del evento, así como testimonio de los involucrados, y sus respectivos planes de mejora.

	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN	CODIGO: IC-FG-IC-030
	ACTA	VERSION 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 1 de 1

LUGAR: URGENCIAS PEDIATRIA			
ACTIVIDAD: DESPLIEGUE SOBRE EVENTO ADVERSO APENDICITIS QUE NO ES ATENDIDA DESPUES DE 12 HORAS DE DIAGNOSTICO.		CAPACITACIÓN	REUNIÓN X
ACTA N° : 22	FECHA: 28 DE ABRIL DE 2022	HORA DE INICIO: 11:30 A.M	
ASISTENTES:			
NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
GREGORIA E. MARTÍNEZ ZABALA	ENFERMERA	URGENCIAS PEDIATRIA	<i>Gregoria E. Martínez</i>
CAROLINA TORRES GUERRERO	ESTUDIANTE DE ENFERMERIA	URGENCIAS PEDIATRIA	<i>Carli</i>

**ORDEN DEL DÍA:**

- Listado de asistencia
- Despliegue del evento adverso al equipo de análisis.
- Análisis del evento adverso "apendicitis que no es atendida después de 12 horas de diagnóstico".
- Conclusiones.

- Listado de asistencia**  
Siendo las 11:30 a.m. se reúnen referentes de seguridad, Yoeric Prada Fernández y Paula Montero Arévalo; Gloria Díaz, médico general; Dr. Santiago Rodríguez, Cirujano pediatra; Gregoria Martínez, enfermera administrativa.
- Despliegue del evento adverso al equipo de análisis**

**EVENTO ADVERSO APENDICITIS QUE NO ES ATENDIDA DESPUES DE 12 HORAS DE DIAGNOSTICO.**

Mence Gineth Yelitray Zapara Lozada identificada con documento 1092534522, ingresa a las 12:05 p.m. remitida del policlínico de Atalaya como urgencia vital por sospecha de apendicitis, se realiza Triage prioridad II, valora el médico general a las 12:33 p.m. y ordena paracelínicos: Cuadro hemático, Parcial de orina, Prueba de embarazo, Rx de abdomen y revalorar. LEV, Dipirona ampolla.

**Figura 31. Acta No. 22**

### **Acción 2 de investigación:**

Se aplicaron listas de adherencia correspondientes al mes de abril en las fechas comprendidas desde el 21/04/2022 al 30/04/2022 y se realizó asignación de listas de adherencia institucionales de seguridad del paciente con las listas de “MC-FO-036 Programa de seguridad del paciente”, “MC-FO-037 Protocolo de identificación correcta del paciente” y “MC-FO-038 Protocolo de prevención de caídas” para aplicación durante el mes de mayo.


Estas listas de adherencia se realizan mensualmente en la institución por el programa de seguridad del paciente, lo que permite medir la adherencia a política de calidad y seguridad de la



ESE HUEM y crear acciones de mejora en base a los resultados.

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FD-020
	ACTA	VERSION: 2,
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 1 de 4

<b>LUGAR:</b> Oficina seguridad del paciente.			
<b>ACTIVIDAD:</b> Asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS		<b>CAPACITACION</b>	<b>REUNION</b> x
<b>ACTA NO. :</b> 386	<b>FECHA:</b> 05 de Mayo del 2022	<b>HORA:</b> 8:30 am	
<b>Asistentes:</b>			
<b>NOMBRES</b>	<b>ROL</b>	<b>AREA O SERVICIO</b>	<b>FIRMA</b>
Yoeric Hernando Prada Fernández	Enfermero Referente seguridad del paciente.	Planeación y calidad.	
Alejandra Avellaneda Morales	Medico Referente Seguridad del paciente	Planeación y calidad.	
Carolina Torres	Estudiante de Enfermería UFPS	Docencia servicio	
Paula Rojas	Estudiante de Enfermería UFPS	Docencia servicio	
<b>Orden del Día:</b> /			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de asignación de rondas de adherencia a efectuar por parte de los estudiantes de enfermería en los servicios de urgencias adultos y urgencias pediatría.</li> <li>• Retroalimentación sobre la importancia del cumplimiento con la cantidad rondas de adherencia a efectuar.</li> <li>• Socialización de cuadro con la cantidad de listas de adherencia a efectuar por cada servicio.</li> </ul>			
<b>Resumen de los temas tratados y conclusiones:</b>			
Se da inicio a la reunión en la oficina de seguridad del paciente con la finalidad de asignar la cantidad de rondas de adherencias a realizar por cada servicios y cada estudiante:			

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION		CODIGO: IC-FO-429
			VERSION: 2
			FECHA: SEP 2017
			PAGINA 3 de 4
ACTA			
Servicio.	No. De listas por aplicar.	Lista de chequeo por aplicar.	Responsable.
Urgencias pediatría	27	MC-FO-038 Lista de chequeo protocolo de prevención de caídas	Carolina Torres – Estudiante de enfermería UFPS.
Urgencias pediatría	27	MC-FO-037 Lista de chequeo protocolo de identificación correcta de paciente	Carolina Torres – Estudiante de enfermería UFPS.
Urgencias pediatría	11	MC-FO-036 Lista de chequeo política – programa seguridad del paciente – procedimiento detección, notificación y análisis de sucesos de seguridad	Carolina Torres – Estudiante de enfermería UFPS.
<p>Así mismo se recalca la entrega semanal de las listas de chequeo al personal de seguridad del paciente con la finalidad de ir alimentando el consolidado de Excel, antes del último día del mes deben haber realizado todas las listas de chequeo anteriormente relacionadas puesto que se debe consolidar y enviar a los diferentes servicios de la institución.</p> <p>Un mes antes de terminar su práctica en la institución, deben notificar a esta oficina su finalización para que desde esta dependencia asigne a otra persona y se lleve continuidad en la realización de las rondas de adherencia.</p>			
<b>Compromisos</b>			

**Figura 32. Acta No. 386 “Asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS”**

Tal como se acordó en el Acta No. 386 “Asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS”, se realizó carta de notificación de terminación de pasantía un mes antes la cual fue recibida el día 10/05/2022 por la Doctora Alejandra Avellaneda, referente médico de seguridad del paciente ESE HUEM, esto con el fin de que los referentes tengan tiempo

para asignar a tiempo a la persona que continuará aplicando las listas de adherencia.

10 Mayo 2022  
Cúcuta, Norte de Santander

Señor:  
Yoeric Hernando Prada Hernández, referente enfermero de seguridad del paciente,  
Hospital Universitario Erasmo Meoz

Cordial Saludo,

Por medio de la presente notificamos que llevamos el corte de aplicación de listas de adherencia de seguridad del paciente hasta el mes de mayo, debido a que el periodo de la pasantía termina el día 10 de junio del 2022; se reafirma el compromiso para realizar la entrega de listas de adherencia asignadas para el mes de mayo.

Cordialmente,

  
\_\_\_\_\_  
Carolina Torres Guerrero  
Pasante de enfermería

  
\_\_\_\_\_  
Paula Daniela Rojas Zambrano  
Pasante de enfermería UFPS

Recibi.  
Alejandra Duclanado M.  
10/05/2022.

### Figura 33. Notificación terminación de la pasantía


Se aplicaron 11 listas de adherencia institucionales de seguridad del paciente de “MC-FO-036 Programa de seguridad del paciente”, 27 “MC-FO-037 Protocolo de identificación correcta del paciente” y 27 “MC-FO-038 Protocolo de prevención de caídas” correspondientes al mes de abril, y del mes de mayo se aplicaron 11 de “MC-FO-036 Programa de seguridad del paciente”,

27 “MC-FO-037 Protocolo de identificación correcta del paciente” y 27 “MC-FO-038 Protocolo de prevención de caídas” cumpliendo con la meta establecida por referente del programa de seguridad del paciente.

Las listas de adherencia aplicadas se entregan a referente del programa donde son analizadas y los resultados se envían a los servicios involucrados donde se generan acciones de mejora para los aspectos donde se presentan fallas.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD		CODIGO: MC-FO-037		
LISTAS DE CHEQUEO PROTOCOLO DE IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE		VERSION: 1		
		FECHA: JUN 2021		
		Página 1 de 1		
IPS O SERVICIO	Urgencias Pediátricas	Fecha	06/05/2021	
		Hora	11:40	
			X	
No	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLIMIENTO		
		SI	NO	NA
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA.</b>				
1	Se realiza la correcta creación del paciente en el sistema de información institucional en el momento de la admisión con revisión previa del documento de identidad que incluye la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombres y apellidos completos tal como están registrados en el documento de identidad.</li> <li>• N° de Documento de identidad.</li> <li>• Edad en años cumplidos.</li> <li>• Sexo.</li> <li>• Fecha de nacimiento registrando en su orden día/mes/año.</li> <li>• Dirección y teléfono celular que deben ser verificados con el paciente o persona responsable.</li> <li>• Los datos de identificación del paciente siempre deben ser verificados con el documento de identidad.</li> </ul>	X		
2	En caso de que el paciente llegue solo o no esté en condición de verificar los datos con él y además no cuente con ningún tipo de documento que lo identifique, se registra de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>A.S.I: Adulto sin identificación.</li> <li>M.S.I: Menor sin identificación.</li> </ul>			X
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE POR MEDIO DE MANILLAS</b>				
3	La manilla de identificación impresa en admisión cuenta con la información descrita en el protocolo para identificación correcta de pacientes.	X		
4	En caso de parto con recién nacido único, los datos contenidos en la manilla corresponden a los descritos en el protocolo para identificación correcta de pacientes.			X
5	En caso de parto múltiple, los datos contenidos en la manilla son los descritos en el protocolo para identificación correcta de pacientes, agregando el campo "Número de recién nacido por orden de nacimiento".			X
6	Se identifica riesgo con la colocación de virutas en la manilla de acuerdo a lo descrito en el protocolo para identificación correcta de pacientes.	X		
7	El paciente cuenta con ubicación adecuada de la manilla de acuerdo al protocolo institucional.	X		
8	Registro en historia clínica de educación al paciente y cuidador sobre permanencia en la institución con manilla de identificación, en caso de pérdida o daño informar a personal de salud a cargo.	X		
<b>IDENTIFICACION DE LA UNIDAD</b>				
9	Unidad asignada al paciente debidamente identificada y contiene los datos de acuerdo al protocolo de identificación correcta del paciente.	X		
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>				
10	Se identifica correctamente, verifica y actualiza los datos de los usuarios por parte del personal de facturación.			X
11	El personal asistencial realiza el llamado del usuario en forma verbal por nombres y apellidos completos con verificación del número de documento de identidad, edad y fecha de nacimiento previo a la atención.			X
<b>IDENTIFICACION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA</b>				
12	Su identificación será cruzada en la base de datos del software ari del acelerador lineal, respondiendo a los ítems definidos en el protocolo de identificación correcta de pacientes.			X
<b>OBSERVACIONES</b>				
Firma Evaluador: Carlos Torres S. Firma Evaluado: Luis Ponce				

Figura 34. Aplicación de rondas de adherencia servicio urgencias pediátricas

		GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN						CÓDIGO: IC-FG-021 VERSIÓN: 2 FECHA: JUN 2018 PÁGINA 1 de 1											
AÑO: 2021 MES: 05 DIA:		LISTA DE ASISTENCIA																	
		REUNIÓN: <i>Aplicación Lista de chequeo pediátrica - Programa de seguridad del paciente.</i>																	
NOMBRE COMPLETO	INGRESOS FARMACIA TUBERÍA (T)	DESEÑO NUMERO DE IDENTIFICACION	CATEGORIZACION <small> <input type="checkbox"/> En evaluación de los servicios  <input type="checkbox"/> Atención al paciente  <input type="checkbox"/> Atención al personal  <input type="checkbox"/> Atención al medio ambiente  <input type="checkbox"/> Atención al sistema de información  <input type="checkbox"/> Atención al sistema de gestión de la calidad  <input type="checkbox"/> Atención al sistema de gestión de riesgos  <input type="checkbox"/> Atención al sistema de gestión de recursos humanos  <input type="checkbox"/> Atención al sistema de gestión de recursos financieros  <input type="checkbox"/> Atención al sistema de gestión de recursos tecnológicos  <input type="checkbox"/> Atención al sistema de gestión de recursos legales  <input type="checkbox"/> Atención al sistema de gestión de recursos sociales         </small>										ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	ROL / CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMAS		
<i>Gregorio E. Martín</i>	<i>X</i>	<i>60.334.209</i>												<i>X</i>	<i>ACTSALD</i>	<i>Enfermera</i>	<i>3188278572</i>	<i>---</i>	<i>Gregorio M</i>
<i>Yamirén Quintana</i>	<i>X</i>	<i>37399329</i>												<i>X</i>	<i>HUGM</i>	<i>AUX GNF</i>	<i>3112265677</i>	<i>---</i>	<i>Yamirén Q</i>
<i>Johanna Díaz</i>	<i>X</i>	<i>23600800</i>												<i>X</i>	<i>HUGM</i>	<i>AUX ENF</i>	<i>3142824</i>	<i>---</i>	<i>Johanna D</i>
<i>Mikaelin Pérez</i>	<i>X</i>	<i>3750322</i>												<i>X</i>	<i>HUGM</i>	<i>Enfermera</i>	<i>311528875</i>	<i>---</i>	<i>Mikaelin P</i>
<i>Yulany Blanguires</i>	<i>X</i>	<i>100009124</i>												<i>X</i>	<i>ACTSALD</i>	<i>Enf. enf.</i>	<i>3109366275</i>	<i>---</i>	<i>Yulany B</i>
<i>Katherine Gomez L</i>	<i>X</i>	<i>24490985</i>												<i>X</i>	<i>HUGM</i>	<i>enfermera</i>	<i>312227287</i>	<i>---</i>	<i>Katherine G</i>
<i>Nidia Ochoa M</i>	<i>X</i>	<i>60325705</i>													<i>H.U. EUL</i>	<i>Aux Eje</i>	<i>3128209727</i>	<i>---</i>	<i>Nidia O</i>

**Figura 35. Lista de asistencia aplicación de rondas de adherencia servicio urgencias pediátricas**

### Acción 2 de educación:

Se realizó educación individualizada a personal del servicio de urgencias pediátricas sobre el despliegue de “tabla de estabilidad de medicamentos” que se encuentra en todos los computadores del servicio, debido a evento de reacción adversa a medicamentos reportado en el mes de marzo.

La tabla fue elaborada por la institución e incluye, nombre de diferentes medicamentos, presentación, soluciones compatibles para dilución, temperatura del diluyente, estabilidad del fármaco, concentración máxima para administración en población pediátrica.



Figura 36. Evidencia fotográfica, despliegue de tabla de estabilidad de medicamentos

Y Hospital Universitario ERASMO MEOZ		GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN										CODIGO: IC.FO.021							
		LISTA DE ASISTENCIA										VERSIÓN: 2							
												FECHA: JUN 2018							
												PÁGINA 1 de 1							
AÑO MES DÍA												REFLEXIÓN							
2018												Despliegue de tabla de estabilidad de medicamentos							
NOMBRE COMPLETO	GÉNERO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARACTERIZACIÓN										ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	ROL / CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA	
	Masculino	Femenino		ESTADO CIVIL	ESTADO LABORAL	ESTADO DE SALUD	ESTADO DE VACACIONES	ESTADO DE LICENCIAMIENTO	ESTADO DE INSCRIPCIÓN	ESTADO DE REGISTRO	ESTADO DE CANCELACIÓN	ESTADO DE SUSPENSIÓN	ESTADO DE RESERVA						
Diana Nieto	X		60439898												X	Act	Act	3224809176	Diana N
Johana Ballew		X	302912401												X	Act	Act	3103386607	Johana
Dyan Pelaez		X	100918689												X	Act	Act	31032998	Dyan
Ken Jon Ken		X	109377980												X	Act	Act	31037010	Ken
Willy Rodríguez		X	109591627												X	Act	Act	31220049	Willy
Ileana Álvarez		X	109239905												X	Act	Act	32500045	Ileana
Dora Fernanda López		X	08231347												X	Act	Act	31337001	Dora
Sandra Catalina Ramos		X	112421123												X	Act	Act	32001032	Sandra
Amir Paucua Estru		X	14.5.22												X	Act	Act	32001032	Amir

Figura 37. Lista de asistencia despliegue de tabla de estabilidad de medicamentos

## Acción 2 de gestión:

Se elaboró el acta No. 24 Análisis e investigación de incidentes y eventos adversos en el servicio de Urgencias pediátrica mes de abril 2022.

El acta contiene análisis de todos los eventos adversos e incidentes reportados en el mes de abril en el servicio de urgencias pediátricas, registra testimonios de los involucrados, y acciones de mejora para reducir el riesgo de reaparición de los eventos y fortalecer la seguridad de los pacientes en el servicio.

GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		CODIGO: IC-FD-029	
ACTA		VERSION: 2	
		FECHA: SEP 2017	
		PAGINA: 1 de 29	
LUGAR: URGENCIAS PEDIATRIA			
ACTIVIDAD: Análisis e investigación de incidentes y eventos adversos en el servicio de urgencias pediatria mes de Abril de 2022.		CAPACITACION	REUNION x
ACTA NO : 24	FECHA: 2 MAYO 2022	HORA: 9:00 A.M	
Asistentes:			
NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
GREGORIA EUGENIA MARTINEZ ZABALA	ENFERMERA	URGENCIAS PEDIATRIA	<i>Gregoria E. Martinez Zabala</i>
MARCO TULIO GOMEZ	AUDITOR	URGENCIAS PEDIATRIA	<i>Marco Gomez</i>
Orden del Día:			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Datos de identificación de incidentes y eventos adversos en el servicio de urgencias pediatria.</li> <li>2. Información de la Investigación de incidentes y eventos adversos.</li> <li>3. Análisis de eventos adversos e incidentes – identificación de factores contributivos</li> <li>4. Registro de los factores en la espina de pescado</li> <li>5. Priorización de los factores contributivos</li> <li>6. Definición de plan de mejoramiento/ barreras a implementar.</li> </ol>			

Figura 38. Acta No. 24

Se realizó diseño de folleto “Limpieza y desinfección de áreas asistenciales” en base al protocolo institucional VE-PT-001 Protocolo de limpieza y desinfección de equipos hospitalarios a pedido de la coordinadora del servicio.

### RÓTULOS

Todos los elementos para limpieza y desinfección deben estar debidamente rotulados.

**Dispensadores de jabón y alcohol:**  
 Datos a diligenciar:

- Fecha de envase.
- Lote.
- Vencimiento.
- Envasado por.

**DETERGENTES:**  
 Datos a diligenciar:

- Nombre: DETERGINE, QUINEUTRIM, ENZIDINA.
- Fecha de envase.
- Hora de envase.
- Duración: DETERGINE y QUINEUTRIM 8 horas, ENZIDINA 12 horas.
- Responsable.

**DESINFECTANTES:**  
 Datos a diligenciar:

- Nombre: INSTRUCIDAL, QUIRUGER PLUS.
- Fecha de envase.
- Hora de envase.
- Duración: INSTRUCIDAL 90 días desde que se abre la garrafa; QUIRUGER PLUS 30 días desde que se abre la garrafa.
- Responsable.



## LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS ASISTENCIALES



### URGENCIAS PEDIÁTRICAS



**Detergentes Catiónicos Y No Iónicos:**  
 Es un detergente concentrado, lubricante y antioxidante para instrumental predescontaminante.

**Detergente neutro:**  
 Detergente líquido concentrado biodegradable para superficies y elementos de uso hospitalario.

**Modo de uso:** Mida en la tapa dosificadora el volumen requerido para preparar la dilución.

VOLUMEN CONCENTRADO POR ml	COMPLETE CON AGUA HASTA EL (L)
12.5	1
25	2
50	4 (1 galón)
125 (2 tapas y media)	10
250 (5 tapas)	20

**Desinfección**

El método de desinfección se elige de acuerdo con el nivel de desinfección deseado, ya sea alto, intermedio o bajo. Es importante tener en cuenta las características del elementos a desinfectar para no dañarlo.



## LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN ÁREAS ASISTENCIALES

Cada espacio y cada elemento que se pone en contacto con los pacientes y el personal de salud merecen especial atención en lo que se refiere al procedimiento de limpieza y desinfección o esterilización requerido.

### Clasificación De Áreas Hospitalarias

- Áreas críticas
- Áreas semicríticas
- Áreas no críticas o generales



### Áreas críticas

Se consideran áreas críticas aquellas donde se realizan procedimientos invasivos, donde los pacientes por su condición están más expuestos a contraer una infección, y donde se realiza el lavado del material contaminado.

### Áreas semicríticas

En estas áreas los pacientes pueden permanecer largos períodos o bien estar de manera transitoria. Durante su estancia pueden tener contacto con elementos y mobiliario a través de la piel intacta.

### Áreas críticas

En estas áreas las personas están de paso y no tienen contacto directo con los elementos hospitalarios.



## LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN EQUIPOS DE USO CLÍNICO

### Limpieza

La limpieza o descontaminación de los equipos e instrumentos, se realiza para remover organismos y suciedad, garantizando la efectividad de los procesos de esterilización y desinfección.

### Tipos de detergentes

**Detergentes enzimáticos:** Les denomina detergentes enzimáticos ya que poseen la capacidad de eliminar residuos del material necrótico.

Figura 39. Folleto limpieza y desinfección de áreas asistenciales

### 4.3 Promoción del Fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente por Parte de Personal de Salud y Cuidadores en el Servicio de Urgencias Pediátricas del HUEM durante el Primer Semestre del 2022

**Tabla 9. Descripción del desarrollo del tercer objetivo**

<b>Objetivo</b>	
Promover el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente por parte de personal de salud y cuidadores en el servicio de urgencias pediátricas del HUEM durante el primer semestre del 2022.	
<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de un ambiente en la entidad donde se generen acciones encaminadas promover dialogo en cada turno sobre la seguridad del paciente en un entorno de confidencialidad y de confianza entre los diferentes actores. (rondas de seguridad, conversatorio de los hallazgos en las rondas.)</li> <li>• Desarrollar e implementar acciones de mejora que generen una cultura organizacional mediante:               <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Reportar los casos de seguridad cuándo se presenten. Reflejado en una acción de monitoreo (verificación reporte de casos)-</li> <li>B. Mitigar los efectos de los casos de seguridad presentados. Reflejado en una acción de implementación de una barrera de seguridad en el servicio para pacientes y cuidadores relacionada con (la estrategia pregúntame por alergias de mis hijos)</li> <li>C. Promover la búsqueda y reporte activo de riesgos. Reflejado en una acción preventiva (instauración de un termómetro de medición semanal de reporte de eventos y su seguimiento)</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Meta planteada</b>	<b>Cumplimiento de la meta</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A 04 de junio de (2022), en los servicios de urgencias pediatría de la ESE HUEM se habrán realizado 10 rondas de seguridad a los pacientes por parte del personal de salud.</li> <li>• A 04 de junio de (2022), en los servicios de urgencias pediatría de la ESE HUEM habrán implementado tres tipos de acciones de mejora que generen una cultura organizacional del servicio: una de monitoreo (verificación reporte de casos)- una correctiva (implementación de una barrera de seguridad en el servicio para pacientes y cuidadores relacionada con (la estrategia pregúntame por alergias de mis hijos) y otra preventiva (instauración de un termómetro de medición semanal de reporte de eventos y su seguimiento)</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Indicadores:</p> <p>Nº de rodas de seguridad realizadas= 10, a la fecha se realizaron 10 rondas de seguridad en el servicio de urgencias pediátricas, en el que participan la pasante; enfermera coordinadora de urgencias pediátricas y personal de turno.</p> <p>Nº de acciones de mejora implementadas= 3, respecto a las acciones de mejora, se realizó 1 acción de monitoreo (verificación reporte de casos), 1 acción de barrera, relacionada con la estrategia “pregúntame por las alergias de mis hijos” y 1 preventiva, en la cual se diseñó un termómetro de medición semanal de reporte de eventos y su seguimiento,</p> <p># de casos de seguridad reportados / # de casos de seguridad presentados x 100</p> <p>4/4x100=100%, a la fecha se han presentado 4 casos de seguridad y se ha reportado el 100% de ellos.</p>

**4.3.1 Resultados obtenidos de la actividad 1.** El desarrollo de esta actividad se evidencia a continuación:

**4.3.1.1 Desarrollo.** Se han realizado 10 rondas de seguridad en el servicio de urgencias pediátricas, en el que participan la pasante; enfermera coordinadora de urgencias pediátricas y personal de turno.

Las rondas de seguridad se realizan con el propósito de identificar riesgos que pueden producir un evento o incidente adverso que lleve al deterioro del paciente.

Los aspectos revisados en las rondas de seguridad fueron:

- Limpieza de la unidad: que se encontrara ordenada, sin suciedad, sin líquidos en el piso u objetos que contribuyan a una caída.
- Barandas de camillas: Se revisa que estén las barandas arriba y además se comprueba funcionen correctamente.
- Camas y camillas: Los pacientes deben estar en camillas o camas de acuerdo a la edad y deben estar en buenas condiciones (barandas que suban y bajen, frenos en buen estado, camas ordenadas y tendidas).
- Equipos: Las bombas e infusores deben funcionar correctamente, además los equipos para líquidos deben estar correctamente marcados y realizar el cambio de acuerdo a protocolo institucional.
- Vías de acceso: Catéter venoso periférico en buen estado, marcado adecuadamente, sin signos de eritema o flebitis y comprobación de cambio en fechas establecidas según protocolo institucional.

- Identificación del paciente: Presencia de manilla ubicada según protocolo institucional, con datos correctos e identificación de riesgos; cabecera con identificación correcta.
- Identificación de riesgo de caídas: Escalas de riesgo de caídas (Morse) diligenciadas adecuadamente.

A continuación, se presentan los resultados de cada ronda de seguridad, así como sus acciones:

**Tabla 10. Ronda de seguridad N1**

<b>Ronda de seguridad no. 1</b>	
<b>Fecha</b>	<b>21/04/2022</b>
Hallazgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante la ronda de seguridad al servicio, se encuentra paciente quien tiene error en la escritura del nombre ya que le falta una letra. En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo.</li> <li>• Se observa la unidad de 1 paciente con fallas en los procesos de limpieza general: con piso sucio por residuos líquidos, lo cual es un factor de riesgo para la aparición de IAAS</li> </ul>
Acciones tomadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza reporte del suceso y se notifica al área de facturación para realizar el cambio tanto en tablero de identificación de la unidad, así como en manilla de identificación del paciente. Se realizó una capacitación individualizada al facturador responsable del ingreso del paciente.</li> <li>• Se le informa a personal encargado para realizar la limpieza de la unidad y se le instruye acerca de la importancia de esta práctica en la prevención de infecciones.</li> </ul>

**Tabla 11. Ronda de seguridad N2**

<b>Ronda de seguridad no. 2</b>	
<b>Fecha</b>	<b>22/04/2022</b>
Hallazgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante la ronda de seguridad al servicio, se halla paciente femenina que tanto en manilla como en historia clínica se encuentra registrada con sexo masculino. En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo.</li> </ul>
Acciones tomadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se notifica a enfermera de turno quien realiza el reporte del incidente mediante dinámica gerencial; se informa a facturación y se realiza de inmediato cambio en historia clínica, así como reemplazo de manilla con la identificación correcta.</li> <li>• Se realizó una capacitación individualizada al facturador responsable del ingreso del paciente.</li> <li>• Una acción a mejorar es la sensibilización al personal acerca de la correcta identificación del paciente y el uso adecuado de las manillas mediante una socialización.</li> </ul>

**Tabla 12. Ronda de seguridad N3**

<b>Ronda de seguridad no. 3</b>	
<b>Fecha</b>	<b>27/04/2022</b>
Hallazgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encuentran varias unidades con barandas de camilla abajo, lo cual puede conducir a la presencia de un evento adverso como lo es las caídas en los pacientes.</li> </ul>
Acciones tomadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se informa a familiares y cuidadores sobre el riesgo de caídas del paciente, y se educa acerca de la importancia de mantener siempre las barandas arriba y permanecer acompañando al paciente en todo momento, además de si necesita ayuda para un traslado pedir ayuda del personal asignado.</li> <li>• Se realizó sensibilización al personal responsable del paciente en el servicio sobre la prevención de caídas.</li> <li>• Otro aspecto a mejorar es realizar capacitación al personal del servicio sobre el riesgo de caídas en los pacientes y las intervenciones necesarias para minimizarlo así como ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.</li> </ul>

**Tabla 13. Ronda de seguridad N4**

<b>Ronda de seguridad no. 4</b>	
<b>Fecha</b>	<b>29/04/2022</b>
Hallazgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza revisión y se encuentra un paciente alérgico a un medicamento, tiene el sticker correspondiente (amarillo) en la manilla, pero no está ubicado en tablero de la unidad, además de tener las barandas abajo. El paciente presenta doble riesgo.</li> <li>• Se encuentra paciente femenina registrada como sexo masculino. En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo.</li> <li>• Se evidencia manilla de un paciente sin sticker rojo de riesgo de caídas. Lo cual puede inducir a la no aplicación de medidas de prevención de caídas en el paciente y, por ende, la posible presencia de un evento adverso.</li> </ul>
Acciones tomadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se informa a enfermero de turno y se realiza inmediatamente la marcación adecuada en la unidad del paciente; se educa sobre el riesgo de caídas y la importancia de mantener las barandas arriba.</li> <li>• Se realiza reporte en historia clínica de la paciente y se notifica a facturación donde se realiza el cambio a sexo femenino y se reemplaza manilla de la paciente.</li> <li>• Se informa a enfermero de turno y se realiza inmediatamente la marcación adecuada en la manilla del paciente.</li> <li>• Otra acción a mejorar es ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad para que pueda identificar los riesgos y manifestarlos al personal.</li> <li>• Además de realizar socialización a todo el personal de salud del servicio sobre prevención de caídas e identificación correcta de los pacientes.</li> </ul>

**Tabla 14. Ronda de seguridad N5**

<b>Ronda de seguridad no. 5</b>	
<b>Fecha</b>	<b>02/05/2022</b>
<b>Hallazgos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evidencia manilla de un paciente sin sticker rojo de riesgo de caídas, lo cual puede conducir a la presencia de un evento adverso.</li> <li>• A la revisión de la manilla, se encuentra paciente femenina registrada como sexo masculino. En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo.</li> </ul>
<b>Acciones tomadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se informa a enfermero de turno y se realiza inmediatamente la marcación adecuada en la manilla del paciente.</li> <li>• Se realiza reporte por medio del formato “mc-fo-006 reporte individual de incidente o evento adverso” y se lleva a oficina del referente enfermero de seguridad del paciente; se notifica a facturación y se realiza el cambio en historia clínica, se reemplaza manilla por una con los datos correctos.</li> <li>• Se realiza reunión grupal con el equipo de facturación, se solicita a gerencia la asignación de un facturador más.</li> <li>• Otra acción a mejorar es ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad para que pueda identificar los riesgos y manifestarlos al personal.</li> </ul>

**Tabla 15. Ronda de seguridad N6**

<b>Ronda de seguridad no. 6</b>	
<b>Fecha</b>	<b>06/05/2022</b>
<b>Hallazgos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evidencia manilla de un paciente sin sticker rojo de riesgo de caídas, lo cual puede conducir a la presencia de un evento adverso.</li> <li>• Al revisar los datos del paciente se encuentra que el nombre el paciente está mal escrito. En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo.</li> <li>• Paciente psiquiátrico con sticker azul en manilla, pero no visible en tablero de la unidad, lo que puede conducir a la omisión de acciones preventivas de atención en salud mental al paciente o la administración de medicamentos que puedan generar efectos no deseados.</li> </ul>
<b>Acciones tomadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza marcación adecuada en la manilla del paciente.</li> </ul>

<b>Ronda de seguridad no. 6</b>	
<b>Fecha</b>	<b>06/05/2022</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se notifica a facturación y se realiza el cambio en historia clínica, tablero de unidad y manilla de identificación.</li> <li>• Se realiza reunión grupal con el equipo de facturación, se solicita a gerencia la asignación de un facturador más.</li> <li>• Otra acción a mejorar es ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad para que pueda identificar los riesgos y manifestarlos al personal.</li> </ul>

**Tabla 16. Ronda de seguridad N7**

<b>Ronda de seguridad no. 7</b>	
<b>Fecha</b>	<b>09/05/2022</b>
Hallazgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante la ronda de seguridad al servicio, se encuentran dos pacientes con errores en la identificación, uno con una letra mal en el nombre y otro al cual le faltaba una letra. En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo.</li> </ul>
Acciones tomadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza notificación al área de facturación donde se realiza el cambio correspondiente y se reemplaza tablero de identificación, así como manillas.</li> <li>• Se realiza reunión grupal con el equipo de facturación, se solicita a gerencia la asignación de un facturador más.</li> <li>• Otra acción a mejorar es ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad para que pueda identificar los riesgos y manifestarlos al personal.</li> </ul>

**Tabla 17. Ronda de seguridad N8**

<b>Ronda de seguridad no. 8</b>	
<b>Fecha</b>	<b>10/05/2022</b>
Hallazgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al revisar manilla de la paciente de sexo femenino se encuentra registrado como sexo masculino. En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo.</li> </ul>
Acciones tomadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza reporte de incidente en historia clínica de la paciente; se notifica a facturación para realizar el cambio correspondiente y reemplazo de manilla</li> </ul>



<b>Ronda de seguridad no. 8</b>	
<b>Fecha</b>	<b>10/05/2022</b>
	de identificación.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza reunión grupal con el equipo de facturación, se solicita a gerencia la asignación de un facturador más.</li> <li>• Otra acción a mejorar es ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad para que pueda identificar los riesgos y manifestarlos al personal.</li> </ul>

**Tabla 18. Ronda de seguridad N9**

<b>Ronda de seguridad no. 9</b>	
<b>Fecha</b>	<b>11/05/2022</b>
<b>Hallazgos</b>	<p>Al realizar ronda al servicio se encuentran errores en la identificación del paciente tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor sin manilla, debido a que se había despegado.</li> <li>• Paciente con manilla en mal estado.</li> <li>• Paciente sin identificación de unidad.</li> <li>• Paciente con error de escritura en apellido.</li> <li>• En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo.</li> </ul>
<b>Acciones tomadas</b>	<p>Se notifica a facturación y se toman medidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprimir nueva manilla y ponerla a los pacientes correspondientes.</li> <li>• Imprimir hoja de identificación de la unidad y dejarla debidamente ubicada.</li> <li>• Corrección del error y reemplazo de identificación en manilla y tablero de la unidad.</li> <li>• Se realiza reunión grupal con el equipo de facturación, se solicita a gerencia la asignación de un facturador más.</li> <li>• Otra acción a mejorar es ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad para que pueda identificar los riesgos y manifestarlos al personal</li> </ul>

**Tabla 19. Ronda de seguridad N10**

<b>Ronda de seguridad no. 10</b>	
<b>Fecha</b>	<b>14/05/2022</b>
	Se encuentran errores de identificación como:
<b>Hallazgos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con manilla deteriorada, no se ven las letras.</li> <li>• Nombre de paciente al que le falta una letra.</li> <li>• Paciente con fecha de nacimiento incorrecta.</li> <li>• Paciente de 1 año de edad que por protocolo institucional no tiene la manilla bien ubicada (ubicada en MSI), madre refiere que el personal no le puso la manilla, sino que se la entregó a ella.</li> <li>• En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo.</li> </ul>
<b>Acciones tomadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pide a facturador una manilla nueva con datos legibles y se realiza el reemplazo correspondiente.</li> <li>• Se notifica a facturación y se realiza el cambio en el registro, así como reemplazo de identificación en la unidad y manilla.</li> <li>• Se notifica a facturación y se realiza el cambio a la fecha correcta, se reemplaza tablero de unidad y manilla del paciente.</li> <li>• Se hace llamado de atención a personal encargado, se informa del error, se enseña a familiar la ubicación correcta y se pide a facturación una manilla nueva para dejar ubicada según protocolo institucional en mid.</li> <li>• Una acción a mejorar es la capacitación a todo el personal del servicio y facturación sobre el protocolo de identificación correcta de pacientes.</li> </ul>

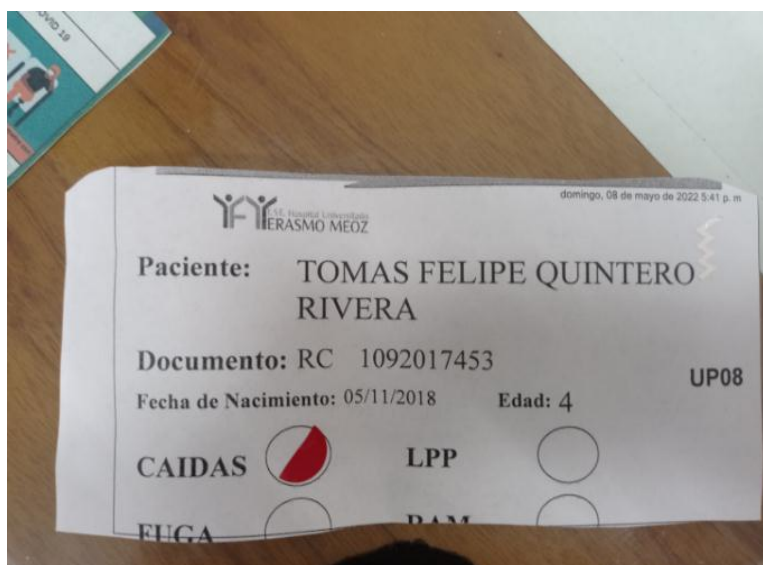
**Tabla 20. Resumen hallazgos rondas de seguridad**

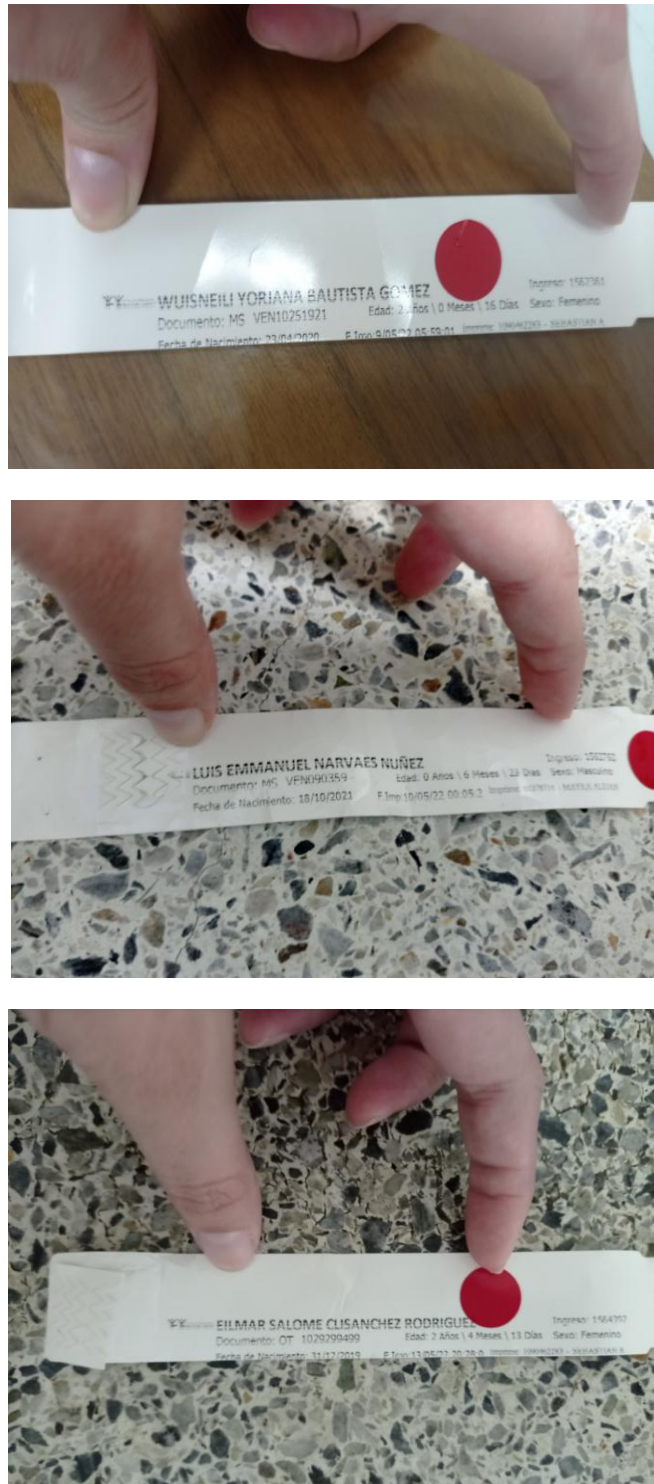
<b>Resumen rondas de seguridad</b>	
<b>Hallazgos</b>	<b>Acciones tomadas</b>
Durante la ronda de seguridad al servicio, se encuentran paciente s con errores en la escritura del nombre ya que le falta una letra. En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo.	Se realiza reporte del suceso y se notifica al área de facturación para realizar el cambio tanto en tablero de identificación de la unidad, así como en manilla de identificación del paciente. Se realizó una capacitación individualizada al facturador responsable del ingreso del paciente.
Se observa la unidad de 1 paciente con fallas en	Se le informa a personal encargado para realizar

<b>Resumen rondas de seguridad</b>	
<b>Hallazgos</b>	<b>Acciones tomadas</b>
<p>los procesos de limpieza general: con piso sucio por residuos líquidos, lo cual es un factor de riesgo para la aparición de IAAS</p>	<p>la limpieza de la unidad y se le instruye acerca de la importancia de esta práctica en la prevención de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se notifica a enfermera de turno quien realiza el reporte del incidente mediante dinámica gerencial; se informa a facturación y se realiza de inmediato cambio en historia clínica, así como reemplazo de manilla con la identificación correcta.</li> <li>• Se realizó una capacitación individualizada al facturador responsable del ingreso del paciente.</li> <li>• Por la repetición excesiva de errores se realiza reunión grupal con el equipo de facturación, se solicita a gerencia la asignación de un facturador más.</li> <li>• Una acción a mejorar es la sensibilización al personal acerca de la correcta identificación del paciente y el uso adecuado de las manillas mediante una socialización, además se enseña a familiares la importancia de revisar todos los datos al ingreso de cualquier servicio y notificar a personal encargado en caso de existir errores.</li> </ul>
<p>Se hallaron múltiples pacientes femeninas que tanto en manilla como en historia clínica se encontraban registradas con sexo masculino, así como fechas de nacimiento diferentes. En los procesos de atención segura esta situación puede contribuir a la identificación incorrecta del paciente y posteriormente a la práctica de un cuidado en el paciente erróneo o demoras en las ayudas diagnósticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se informo a familiares y cuidadores sobre el riesgo de caídas del paciente, y se educa acerca de la importancia de mantener siempre las barandas arriba y permanecer acompañando al paciente en todo momento, además de si necesita ayuda para un traslado pedir ayuda del personal asignado.</li> <li>• Se realizó sensibilización al personal responsable del paciente en el servicio sobre la prevención de caídas.</li> <li>• Otro aspecto es realizar capacitación al personal del servicio sobre el riesgo de caídas en los pacientes y las intervenciones necesarias para minimizarlo, así como ilustrar al paciente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encuentran varias unidades con barandas de camilla abajo, lo cual puede conducir a la presencia de un evento adverso como lo es las caídas en los pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se informo a familiares y cuidadores sobre el riesgo de caídas del paciente, y se educa acerca de la importancia de mantener siempre las barandas arriba y permanecer acompañando al paciente en todo momento, además de si necesita ayuda para un traslado pedir ayuda del personal asignado.</li> <li>• Se realizó sensibilización al personal responsable del paciente en el servicio sobre la prevención de caídas.</li> <li>• Otro aspecto es realizar capacitación al personal del servicio sobre el riesgo de caídas en los pacientes y las intervenciones necesarias para minimizarlo, así como ilustrar al paciente</li> </ul>

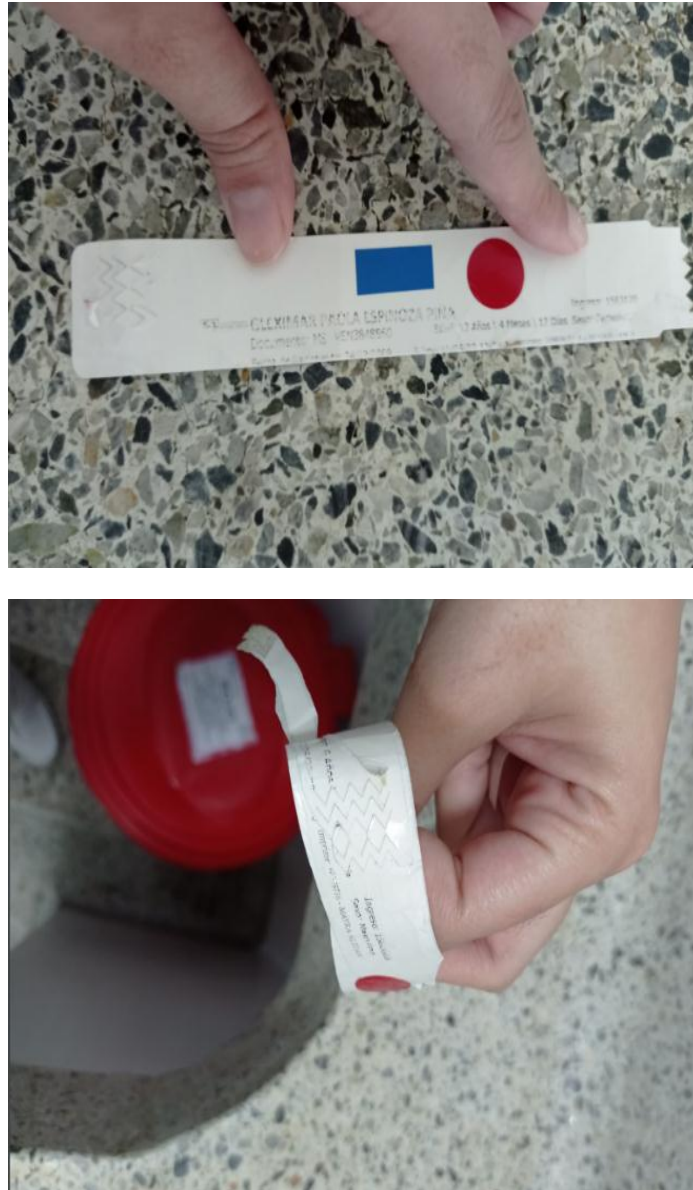
<b>Resumen rondas de seguridad</b>	
<b>Hallazgos</b>	<b>Acciones tomadas</b>
<p>Se encuentran errores de identificación como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con manilla deteriorada, no se ven las letras.</li> <li>• Paciente sin manilla por caída o auto retiro.</li> <li>• Manillas o tableros de unidades con marcación de stickers inadecuada.</li> <li>• Paciente de 1 año de edad que por protocolo institucional no tiene la manilla bien ubicada (ubicada en MSI), madre refiere que el personal no le puso la manilla, sino que se la entregó a ella.</li> </ul>	<p>y familiar desde el ingreso al servicio autocuidado de su seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se notifica a personal encargado del paciente y se pide a facturador una manilla nueva con datos legibles y se realiza el reemplazo correspondiente.</li> <li>• Se realiza marcación adecuada en la manilla del paciente o tablero de unidad.</li> <li>• Se sensibiliza a personal del servicio sobre protocolo de identificación del paciente y revisión al recibir al paciente.</li> <li>• Se hace llamado de atención a personal encargado, se informa del error, se enseña a familiar la ubicación correcta y se pide a facturación una manilla nueva para dejar ubicada según protocolo institucional en MID.</li> </ul>

### **Evidencias hallazgos realizados en rondas de seguridad:**





**Figura 40. Evidencia fotográfica hallazgos realizados en rondas de seguridad, errores en el nombre**



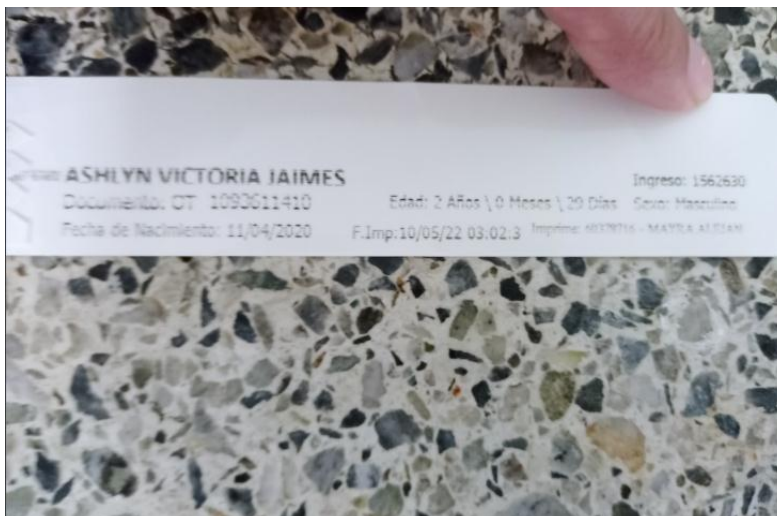
**Figura 41. Evidencia fotográfica hallazgos realizados en rondas de seguridad, manilla en mal estado**



**Figura 42. Evidencia fotográfica hallazgos realizados en rondas de seguridad, manilla caída**



**Figura 43. Evidencia fotográfica hallazgos realizados en rondas de seguridad, unidad sin identificación**



**Figura 44. Evidencia fotográfica hallazgos realizados en rondas de seguridad, sexo masculino**

**4.3.2 Resultados obtenidos de la actividad 2.1.** Los resultados obtenidos de la actividad 2.1 se aprecia de la siguiente manera:

**4.3.2.1 Acción de monitoreo y reporte de casos.** Desde que inició la pasantía (19/04/2022) se han evidenciado casos en los que se encuentran múltiples errores en la identificación del paciente los cuales podrían causar accidentes al paciente; se encuentran pacientes femeninas registradas como masculino, lo cual es un error recurrente en el servicio, errores al registrar los nombres donde faltan letras o tienen letras erróneas (aunque en el momento de facturar se solicita el documento del paciente) o incluso error en la fecha de nacimiento por una totalmente diferente, por lo que desde la administración del servicio de urgencias pediátricas se realizó una reunión con personal y coordinación del área de facturación donde se expuso que los errores se debían a la sobrecarga de trabajo, los facturadores por llenar rápido los datos ponían sexo masculino a las pacientes; por tanto, se llegó a un consenso para incorporar un facturador más y reducir la carga, así mismo, se comprometieron a estar más atentos para no repetir los mismos errores.




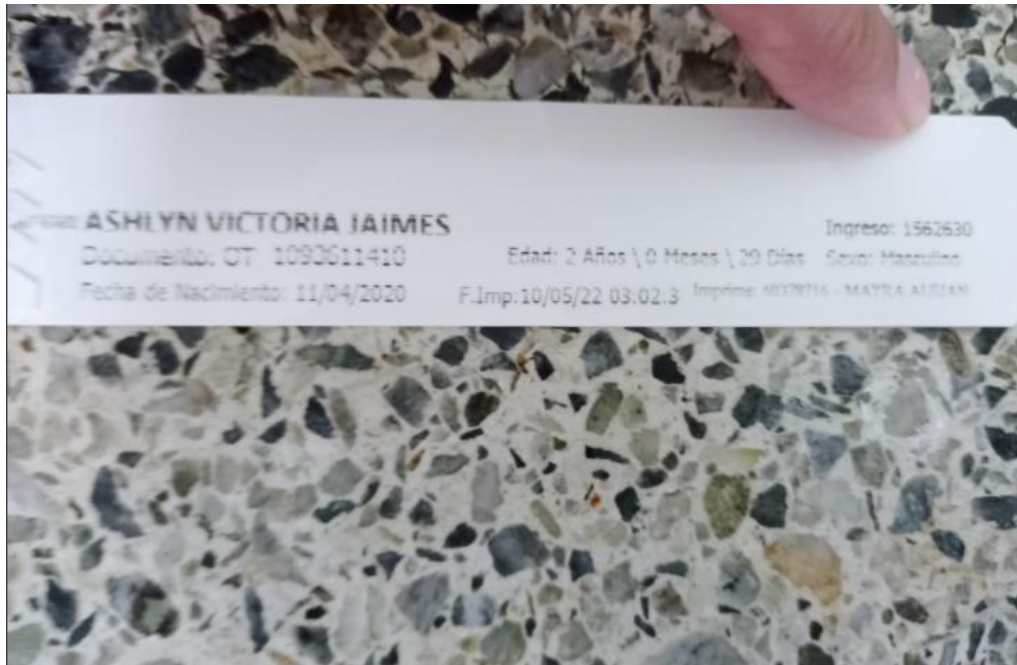
		MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD REPORTE INDIVIDUAL DE INCIDENTE O EVENTO ADVERSO			CODIGO: MC-FO-006 VERSION: 1 FECHA: AGO 2013 PAGINA 1 DE 1			
NOMBRE DEL EVENTO: <i>Falla en la identificación del paciente</i>		FECHA DE OCURRENCIA DIA: 02 MES: 05 AÑO: 2022 HORA: 7:30 am			FECHA DE REPORTE DIA: 02 MES: 05 AÑO: 2022 HORA: 7:40 am			
SERVICIO DE OCURRENCIA: <i>Origenes pediátricos</i>								
A. DATOS DEL PACIENTE NOMBRE DEL PACIENTE: <i>Chiquiquiri de los Angeles Pedraza Quintana</i>		No. DE HISTORIA CLINICA:		<i>VEN789562</i>				
B. DESCRIPCION DE LOS HECHOS <i>Al realizar ronda de seguridad se evidencio que hubo en mano la cama en historia clinica se encuentra como sexo masculino siendo femenino; se avisa en facturación y se hace el cambio de inmediato.</i>								
En caso de que el reporte se encuentre relacionado con un dispositivo medico continúe en esta sección Nombre generico del dispositivo: _____ Marca: _____ Nombre comercial del dispositivo: _____ Modelo: _____ Fabricante del dispositivo: _____ Serie: _____ Proveedor del dispositivo: _____ Lote: _____ Registro INVIMA: _____ El dispositivo habia sido utilizado previamente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
En caso de que el reporte se encuentre relacionado con un medicamento continúe en esta sección								
SICA	MEDICAMENTO (genérico)	INDICACIÓN (para qué está indicado?)	DOSIS	UNIDAD DE MEDIDA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	FECHA PRIMERA DOSIS	FECHA ULTIMA DOSIS
TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO		REGISTRO SANITARIO	NOMBRE COMERCIAL		LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO		
Definiciones: Evento Adverso: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error. Incidente: Falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o complicación. Ambos eventos se deben notificar en este formato.								
LA SEGURIDAD DE MI PACIENTE, ES MI SEGURIDAD ¡¡Nuestro Servicio esta Comprometido con la Construcción de un Hospital Seguro!!								

Figura 45. Evidencia fotográfica reportes de casos formato MC-FO-006



(Nuevo) Historia Clínica - Dinámica Gerencial .NET

Dashboard Principal | Dashboard Principal de Historia Clínica | Consulta de Historia Clínica | (Nuevo) Historia Clínica

Historia Clínica

Info General | Historia Clínica

PACIENTE: 1093611410 - ASHBY VICTORIA JAIHUS | SEXO: F | EDAD: 2 Años ( 0 Meses ) 29 Días | INGRESO: 156763B | TIPO: Anestesiología | INGRESO POR: Urgencias | CAMA: UPE1

LA SEGURIDAD DE MI PACIENTE, ES MI SEGURIDAD  
 Mi Servicio está Comprometido con la Construcción de un Hospital Seguro

### REPORTE INDIVIDUAL DE SUCESO DE SEGURIDAD

TIPO DE SUCESO DE SEGURIDAD

- 000 Exposición A Radiación (Embarazadas, Respetado De Placas)
- 001 Extracción De Medio De Contraste
- 002 Fallo De Identificación Al Ingreso Del Paciente
- 003 Fallo De Identificación Del Paciente
- 004 Fallo De Identificación Del Paciente
- 005 Fallo En La Información De Preparación Para Ayuda/Unidad/Procedimiento
- 006 Fallo En La Entrega De Medicamentos/Equipos A Los Servicios
- 007 Fallos De Comunicación Personal Asistencial Con El Paciente
- 008 Fallos De Información Directivos, Bus Informados, Clusters O Pruebas No Realizadas

FECHA OCURRENCIA: 2017/05/23 09:41 a. m.

DIRECCIONES DE SEGURIDAD

¿EL REPORTE CORRESPONDE A UNA ENTIDAD EXTERNA A LA INSTITUCIÓN, INDICAR CUAL:

SERVICIO DE OCURRENCIA: 00131 | SERVICIO QUE REPORTA: 0014

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

Paciente que al realizar ronda de seguridad al servicio se evidenció variación e historia clínica registrada como sexo masculino, se realizó inmediatamente a facturación y se realizó el cambio correspondiente.

**TECNOVIGILANCIA: En caso que el reporte se encuentre relacionado con un dispositivo médico continúe en esta sección:**

Número genérico del dispositivo:  Marca:   
 Número comercial del dispositivo:  Modelo:   
 Fabricante del dispositivo:  Serie:   
 Proveedor del dispositivo:  lote:   
 Registro INVIMA:

El dispositivo había sido utilizado previamente:  Sí  No

**FARMACOVIGILANCIA: En caso de que el reporte se encuentre relacionado con un medicamento continúe en esta sección:**

Observaciones Generales:

MARTINEZ ZABALA GREGORIA EUGENIA

**Figura 46. Evidencia fotográfica reporte de casos por dinámica gerencial**

**4.3.3 Resultados obtenidos de la actividad 2.2.** Los resultados obtenidos de la actividad 2.2 se evidencia a continuación:

**4.3.3.1 Estrategia “pregúntame por las alergias de mis hijos”.** Se desarrolló una estrategia para mitigar los efectos de los casos de seguridad presentados. Reflejado en una acción de implementación de una barrera de seguridad en el servicio para pacientes y cuidadores llamada “pregúntame por las alergias de mis hijos” la estrategia se desarrolló en la semana 7 entre el 23 y el 28 de mayo, consistió en que a los familiares y/o cuidadores se les repartió una paleta con el eslogan de la estrategia y se les enseñó la importancia de manifestar al ingreso y cuando se van a administrar medicamentos la existencia de alergias, también se fomentó verbalizar las alergias a alimentos para no incluirlos en la dieta y así reducir el riesgo de que se produzcan eventos adversos asociados a reacciones alérgicas que agraven la condición del paciente.



**Figura 47. Evidencia fotográfica despliegue de la estrategia “pregúntame por las alergias de mis hijos”**

**4.3.4 Resultados obtenidos de la actividad 2.3.** Los resultados obtenidos de la actividad 2.3 se aprecia de la siguiente manera:

**4.3.4.1 Termómetro de reporte de casos.** Se diseñó estrategia preventiva de un termómetro de medición semanal de reporte de eventos y su seguimiento donde se escriban los sucesos presentados, así como su seguimiento y acciones tomadas; la instauración de la estrategia se realizó durante la semana 7 de pasantía, entre el 31 de mayo y el 4 de junio en su instauración se socializó con el personal del servicio el funcionamiento del mismo.

Se instauró en sitios visibles y accesibles del servicio para su uso.



Figura 48. Socialización termómetro de medición semanal de reporte de eventos

**REPORTE DE CASOS SEMANALES**




*Paciente al término al ingreso con "identificación" correspondiente.*

*Paciente para la historia es la "Historia".*

*Paciente con nombre "Código" y "Fecha".*

**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

*Se reporta en OCU y se marca con "identificación" correspondiente.*

*Se reporta en OCU y se marca con "Fecha".*

*Se reporta en OCU y se marca con "Fecha".*

**SEGUIMIENTO DEL CASO**



Universidad Francisco de Paula Santander

**INSTRUCCIONES DE USO**

COLOR	DESCRIPCIÓN
	Corresponde a incidentes leves y moderados.
	Corresponde a incidentes graves y eventos adversos leves.
	Corresponde a eventos adversos moderados.
	Corresponde a eventos adversos graves.

Figura 49. Casos reportados con termómetro de medición semanal de reporte de eventos



## 4.5 Presupuesto

**Tabla 22. Presupuesto**

Nombre de la IPS o comunidad	Hospital Universitario Erasmo Meoz	Nombre de la comunidad o población:	Personal de enfermería y usuarios	Cantidad de beneficiarios:	Fecha de inicio:	Fecha de terminación:			
Nombre del proyecto o evento educativo	Fortalecimiento de los procesos de seguridad del paciente en el área de urgencias pediátricas del hospital universitario Erasmo Meoz	Estudiante	Carolina Torres Guerrero	Código:	1801007	Semestre académico: I semestre del 2022			
Docente supervisor	Gloria bautista	Asignatura	Proyecto de grado	Financiado por:					
Descripción del recurso	Unidad de medida	Cantidad		Valor unitario	Costo total (\$)		Universidad		Contrapartida: entidad
		Planeado	Ejecutado		Planeado	Ejecutado	Planeado	Ejecutado	
<b>Recurso humano</b>									
Docente catedrática planta	Hora	50		\$80.000	\$ 4.000.000	\$		\$ 0	
Estudiante en formación	Hora	300		\$ 20.000	\$ 6.000.000	\$		\$ 0	
<b>Recursos materiales</b>									
Papelería - útiles de oficina	Unidad	70		\$ 3.000	\$210.000	\$		\$ 0	
Impresos- fotocopias	Unidad	200		\$ 100	\$ 20.000	\$		\$ 0	
Transporte	Unidad	90		\$ 2.200	\$ 198.000	\$		\$ 0	Aporte directo IPS en especie
<b>Total:</b>					<b>\$ 10.428.000</b>	<b>\$ 0.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$</b>	<b>\$ 0</b>

## 5. Conclusiones

Se da cumplimiento al objetivo N1, ya que se gestión con la ESE HUEM la lista de chequeo de administración segura de medicamentos la cual se aplicó al 81,45 % del personal del servicio de urgencias pediátricas, correspondientes a 22 personas; posteriormente se socializaron los resultados y se realizó un plan de mejora para la institución; respecto a la encuesta de percepción de seguridad durante la estancia hospitalaria, se creó en base a los protocolos de programa de seguridad del paciente como son: Identificación correcta del paciente, prevención de caídas y administración de medicamentos, de la ESE HUEM, que se presentó directamente el día 20/04/2022 a la enfermera coordinadora de urgencias pediátricas Gregoria Martínez quien da su aprobación de la misma para posterior aplicación.

Así mismo se da cumple al 100% el objetivo 2; en el que se estandarizaron acciones de seguridad que apoyan los procesos que la entidad tiene en torno al uso de medicamentos inyectables y de nutrición parenteral, como son: se diseñó una estrategia comunicativa sobre las acciones seguras al usar inyectables como son los 15 correctos, dicha ficha se socializó al personal y dejó visible en el servicio; se diseñó un video sobre la seguridad al usar inyectables que se envió al grupo de Whatsapp del servicio y se realizó una acción educativa, presentando al personal los resultados obtenidos en la auditoria y las acciones de mejora que se deben trabajar; además se realizaron acciones de gestión y educación las cuales fueron concertadas con la coordinadora de urgencias pediátricas, la enfermera Gregoria Martínez Zabala como apoyo a necesidades del servicio; se llevaron a cabo actividades de investigación que fueron asignadas por los referentes de seguridad del paciente Alejandra Avellaneda, referente médico y Yoeric H. Prada H. referente enfermero para el mes de abril y las asignaciones del mes de mayo fueron realizadas por el referente enfermero Yoeric H. Prada H.

El tercer objetivo también se cumple a cabalidad, puesto que se realizaron acciones encaminadas a promover dialogo en cada turno sobre la Seguridad del Paciente mediante rondas de seguridad y conversatorio de los hallazgos en las rondas, cabe resaltar que a medida que avanzó la acción los errores se redujeron significativamente.

Se desarrollaron e implementaron acciones de mejora que generen una cultura organizacional como: reporte de casos cuando se presentaron; se desarrolló estrategia para mitigar los efectos de los casos de seguridad presentados. Reflejado en una acción de implementación de una barrera de seguridad en el servicio para pacientes y cuidadores relacionada con la estrategia pregúntame por alergias de mis hijos, la cual se desplegó en la sexta semana a 38 familiares de pacientes en observación de urgencias pediátricas; además se instauró un termómetro de medición semanal de reporte de eventos y su seguimiento y se socializó con el personal correspondiente.



## **6. Recomendaciones**

Se recomienda llevar a cabo el plan de mejora elaborado para fortalecer los procesos de administración segura de medicamentos.

Expandir las acciones contenidas en el proyecto a otros servicios del Hospital Universitario Erasmo Meoz, promoviendo el fortalecimiento de la seguridad del paciente lo cual afiance las bases para el proceso de acreditación que se adelanta en la institución.

Realizar capacitaciones de forma periódica sobre lo referente a programa de seguridad del paciente y acciones encaminadas a mitigar los riesgos que puedan presentarse durante la atención o estancia hospitalaria de los pacientes.

## Referencias Bibliográficas

1. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Méd Clín Cond [revista en Internet]. 2017 [acceso 19 de marzo de 2022]; 28(5): 785-795. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
2. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y seguridad de los pacientes [Base de datos en línea]. Ginebra: OPS; 2011 [acceso 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547>
3. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Base de datos en línea]. Ginebra: OMS; 2019 [acceso 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2015 [acceso 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2021 [acceso 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/seguridad-del-paciente/>
6. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la Investigación en Seguridad del Paciente (Mayor conocimiento para una atención más segura)

[Base de datos en línea]. Ginebra: OMS; 2008 [acceso 19 de marzo de 2022]. Disponible en:

[https://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)

7. Organización Panamericana de la Salud. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Base de datos en línea]. Ginebra: OMS; 2010 [acceso 19 de marzo de 2022]. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>

8. Servicio Navarro de Salud. Estrategia de seguridad de pacientes 2014-2020. [Base de datos en línea]. 2020 [acceso 19 de marzo de 2022]. Disponible en:

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AD6D0089-5A03-46F0-9AF3-6DEE5427F379/453329/ESTRATEGIADESEGURIDADSNSO20142020.pdf>

9. National Patient Safety Agency. Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria [Base de datos en línea]. 2005 [acceso 19 de marzo de 2022]. Disponible en:

[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete\\_pasos\\_seguridad\\_paciente.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf)

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256 de 2016 “Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2016 [acceso 30 de marzo de 2022]. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf)

11. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Modelo de prestación de servicios de la ESE HUEM [Base de datos en línea]. Cúcuta: HUEM; 2021 [acceso 20 de marzo de 2022]. Disponible en:

[http://herasmomeoz.gov.co/wp-content/uploads/2022/02/PE-MO-001-MODELO-DE-PRESTACION-DE-SERVICIOS-DE-SALUD-DE-LA-ESE-HUEM-SER-MEJOR-VS-03\\_compressed.pdf](http://herasmomeoz.gov.co/wp-content/uploads/2022/02/PE-MO-001-MODELO-DE-PRESTACION-DE-SERVICIOS-DE-SALUD-DE-LA-ESE-HUEM-SER-MEJOR-VS-03_compressed.pdf)

12. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Informe de Gestión (Principales avances), Vigencia 2019. [Base de datos en línea]. Cúcuta: HUEM; 2020 [acceso 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://herasmomeoz.gov.co/wp-content/uploads/2021/07/INFORME%20DE%20GESTION%202019.pdf>

13. Vanclay F. Esteves A., Aucamp, I. y Franks, D. “Social impact assessment: The state of the art”. Impact Assessment & Project Appraisal [revista en Internet] 2015 [acceso 10 de octubre de 2020]; 30(1): 35-44. Disponible en: <https://www.iaia.org/pdf/Evaluacion-Impacto-Social-Lineamientos.pdf>

14. Torres K. El modelo del queso suizo de la prevención. [Base de datos en línea]. 2021 [acceso 14 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://seguridadbiologica.blogspot.com/2021/06/el-modelo-del-queso-suizo-de-la.html>

15. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2022 [acceso 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

16. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Plataforma Institucional. [Base de datos en línea]. Cúcuta: HUEM; 2021 [acceso 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://herasmomeoz.gov.co/>

17. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, diciembre 23. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [Base de datos en línea].

Santa Fe de Bogotá: El Congreso; 1993 [acceso 21 de marzo de 2022]. Disponible en:

[https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia\\_-\\_ley\\_100.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf)

18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014 [Base de datos en línea].

Bogotá: MINSALUD; 2014 [acceso 30 de marzo de 2022]. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202082%20de%202014.PDF](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202082%20de%202014.PDF)

19. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la Atención segura

Paquetes instruccionales: Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la

atención en salud” [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2015 [acceso 30 de marzo de 2022]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

20. Ministerio de Salud y Protección Social. Versión 2.0 de la guía técnica, buenas prácticas para

la seguridad del paciente en la atención en salud y paquetes instruccionales, expedida por el

ministerio de salud [Base de datos en línea]. Bogotá: MINSALUD; 2015 [acceso 30 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://acreditacionensalud.org.co/noticias/version-2-0-de-la-guia-tecnica-](https://acreditacionensalud.org.co/noticias/version-2-0-de-la-guia-tecnica-buenas-practicas-para-la-seguridad-del-paciente-en-la-atencion-en-salud-y-paquetes-intruccionales-expedida-por-el-ministerio-de-salud/)

[buenas-practicas-para-la-seguridad-del-paciente-en-la-atencion-en-salud-y-paquetes-intruccionales-expedida-por-el-ministerio-de-salud/](https://acreditacionensalud.org.co/noticias/version-2-0-de-la-guia-tecnica-buenas-practicas-para-la-seguridad-del-paciente-en-la-atencion-en-salud-y-paquetes-intruccionales-expedida-por-el-ministerio-de-salud/)

21. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Resolución 1187 de 2020 "Por la cual se deroga la

Resolución No. 000932 del 13 de agosto de 2007, y se adopta la Política de calidad de la

Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz". [Base de datos en línea].

Cúcuta: HUEM; 2020 [acceso 31 de marzo de 2022]. Disponible en:

<https://herasmomeoz.gov.co/wpcontent/uploads/2021/07/RESOLUCION%20001187%20DE%2014%20DE%20AGOSTO%20DEL%202020%20POLITICA%20DE%20CALIDAD.pdf>

22. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Resolución 1287 de 2020 "Por la cual se deroga la Resolución N° 001024 del 30 de Julio del 2013, la cual adopto la Política de Seguridad del paciente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz". [Base de datos en línea]. Cúcuta: HUEM; 2020 [acceso 31 de marzo de 2022]. Disponible en:


<https://herasmomeoz.gov.co/wp-content/uploads/2021/07/RESOLUCION%20001287%20DE%2002%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202020%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20UNIFICADA.pdf>

23. Romero Massa E, Carrera Hooker A, García Martínez D. Condiciones de seguridad percibidas por cuidadores familiares en atención pediátrica. Rev Cienc Cuid [Base de datos en línea] 2019 [acceso 24 de mayo de 2022]; 16(3): 80-92. Disponible en:

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1574/1759>

**Anexos**

Anexo 1. Lista de chequeo de administración segura de medicamentos aplicada al personal

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD		CODIGO MC-FQ-035		
	LISTAS DE CHEQUEO ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS		VERSION 02		
			FECHA MAY 2021		
			PAGINA 1 de 1		

IPS O SERVICIO	ESE AUCM	Fecha	25	04	2021	Hora	12:30
----------------	----------	-------	----	----	------	------	-------

NOMBRE DE VERIFICADO					
NOMBRE	CARGO	SERVICIO	NOMBRE	CARGO	SERVICIO
Judith RUIZ	Ases. Enfermería	Urgencias			

No	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLIMIENTO		
		SI	NO	NA
1	Conocimiento del colaborador de los correctos de la ESE HUEN	✓		
2	FECHA CORRECTA: Verifique que se comprueba el aspecto de los medicamentos antes de administrar y verificar fecha de vencimiento.	✓		
3	HORA CORRECTA: Verifique que se comprueba en la tarjeta de medicamentos, que sea la hora indicada de la administración del medicamento.	✓		
4	PACIENTE CORRECTO: Verifique que se comprueba el nombre y la identificación del paciente revisando la manifa, antes de administrar el medicamento.	✗		
5	MEDICAMENTO CORRECTO: Verifique que se comprueba la forma farmacéutica del medicamento al prepararlo, al administrarlo.	✗		
6	VIA CORRECTA: Verifique que se asegura que la vía de administración es la correcta. Si la vía de administración no aparece en la prescripción, se consulta.	✗		
7	DILUCION CORRECTA: Verifique que se constató que los líquidos y la cantidad de los mismos sean los correctos para la dilución del medicamento.	✗		
8	GOTEO CORRECTO: Verifique que se controle que el goteo sea correcto para una buena administración del medicamento.	✗		
9	EQUIPO CORRECTO: Verifique que el personal asegura que el equipo para la administración de medicamentos sea el correcto para cada paciente.		✓	
10	DOSIS CORRECTA: Verifique que el personal comprueba cuando la dosis prescrita parezca inadecuada.	✓		
11	REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS: Verificar que se registra y firma lo antes posible la administración del medicamento.	✗		
12	Verificar que si por alguna razón no se administra un medicamento, se registra en notas de Enfermería especificando el motivo por el cual no se administró.		✓	
13	Verificar que en los registros clínicos y de manera verbal se INFORMA E INSTRUYE AL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ RECIBIENDO.	✓		
14	Verificar que en los registros clínicos y de manera verbal se COMPRUEBA QUE EL PACIENTE NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO AJENO AL PRESCRITO.	✗		
15	Verificar que en los registros clínicos y de manera verbal se INVESTIGAR SI EL PACIENTE PADECE ALERGIAS Y DESCARTAR INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS		✓	

TOTALES			TOTAL CUMPLE / NO CUMPLE	% CUMPLIMIENTO
C	NC	SUBTOTAL		
12	3	-	12 / 13	80

OPTIMO	100%
ADECUADA	85 a 99%
DEFICIENTE	70% a 84%
INACEPTABLE	60% a 69%

OBSERVACIONES



  

Firma Evaluador: Carlina Torres

Firma Evaluado: Judith Ruiz



**Anexo 2. Encuesta de percepción de seguridad en la estancia hospitalaria aplicada a cuidadores de pacientes de urgencias pediátricas**

 <b>Francisco de Paula Santander</b>	ENCUESTA DE SATISFACCION	
	PERCEPCION DE SEGURIDAD EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA	

**PERCEPCION DE SEGURIDAD EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA**

FECHA: 23/04/2022 SERVICIO: Urgencias pediátricas  
 SEXO: M  F:  EDAD DEL PACIENTE: 15 meses  
 NOMBRE DEL CUIDADOR: Nicol Mejía

Apreciado usuario queremos conocer cuál es su percepción de seguridad respecto a la atención brindada por el personal de enfermería. A continuación, encontrará una serie de preguntas en frente de cada una de estas se encuentran las respuestas, marque con una X en el espacio correspondiente.

No.	PREGUNTA	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Las instalaciones donde es atendido (a) reflejan: limpieza, orden, aseo.				<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Al ingresar se realizó diligenció escala de riesgo con su firma.				<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Recibió educación por parte del personal de salud para evitar caídas.				<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Al ingreso del servicio recibió manilla de identificación con información correcta.				<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Recibió educación a cerca de conservar la manilla en todo momento.				<input checked="" type="checkbox"/>
6.	El personal de salud preguntó sobre alergias existentes.				<input checked="" type="checkbox"/>
7.	Antes de administrar un medicamento el personal de enfermería informa cual es su función y sus efectos.		<input checked="" type="checkbox"/>		
8.	El personal del servicio se dirige al paciente por su nombre.				<input checked="" type="checkbox"/>
9.	Cuenta con acompañamiento del personal del servicio cuando es necesario				<input checked="" type="checkbox"/>
10.	El personal de enfermería responde sus preguntas en lenguaje claro y sencillo.				<input checked="" type="checkbox"/>

Observaciones: No le explican la medicaciones administradas ni la función.

### Anexo 3. Aprobación de encuesta de percepción de seguridad

	GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	CODIGO: IC-FG-028
		VERSION 2
		FECHA: SEP 2017
		PAGINA 1 de 2
ACTA		

LUGAR: URGENCIAS PEDIÁTRICAS

ACTIVIDAD: APROBACION DE ENCUESTA DE PERCEPCION DE SEGURIDAD EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA

CAPACITACION	REUNION	X
--------------	---------	---

FECHA: 20 ABRIL 2022      HORA: 09:00 A.M

**Asistentes:**

NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
GREGORIA E. MARTINEZ ZABALA	ENFERMERA COORDINADORA	URGENCIAS PEDIÁTRICAS	<i>Gregoria E. Martinez</i>
CAROLINA TORRES GUERRERO	ESTUDIANTE DE ENFERMERIA	URGENCIAS PEDIÁTRICAS	<i>Carla</i>

Orden del Día:

1. Presentación de la encuesta de percepción de seguridad.
2. Revisión de encuesta.
3. Aprobación de encuesta.

Resumen de los temas tratados y conclusiones:

Siendo las 9:00 a.m. la estudiante de enfermería que realiza el proyecto "FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ (HUEM) EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2022" como parte de sus actividades presenta la encuesta de percepción denominada "Encuesta de percepción de seguridad en la estancia hospitalaria" la cual es aprobada para aplicar a familiares o cuidadores de los pacientes en observación del servicio de urgencias pediátricas.

## Anexo 4. Infografía, administración segura de medicamentos

# ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

Los errores relacionados con medicamentos constituyen la principal causa de eventos adversos en los hospitales, representando un 19,4% del total de lesiones que producen discapacidad o muerte.

### CORRECTOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. HIGIENE DE MANOS: Antes de cualquier procedimiento.
2. Preguntar alergias del paciente.
3. TOMAR SIGNOS VITALES: Antes de administrar el medicamento.
4. MEDICAMENTO CORRECTO: Verificar con tarjeta de medicamentos, indicación médica y con la etiqueta del empaque del fármaco.
5. DOSIS CORRECTA.
6. VÍA CORRECTA.
7. HORA CORRECTA.
8. PACIENTE CORRECTO: Verificar con manilla, unidad e historia clínica.
9. TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN CORRECTA.
10. VELOCIDAD DE INFUSIÓN CORRECTA.
11. FECHA CORRECTA: Verificar caducidad.
12. Preparare y administre usted mismo.
13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos.
14. No administrar medicamentos bajo órdenes verbales.
15. Informar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra.

**Los 4 "yo" de la administración de medicamentos**

**YO PREPARO**  
**YO ADMINISTRO**  
**YO REGISTRO**  
**YO RESPONDO**

  
 Universidad Francisco de Paula Santander  
1955

## Anexo 5. Video, administración segura de medicamentos inyectables



## Anexo 6. Envío de video, administración segura de medicamentos inyectables




## Anexo 7. Acta No. 386 “Asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS”

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FD-020
		VERSION: 2,
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 1 de 4

<b>LUGAR:</b> Oficina seguridad del paciente.			
<b>ACTIVIDAD:</b> Asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS		<b>CAPACITACION</b>	<b>REUNION</b> x
<b>ACTA NO. :</b> 386	<b>FECHA:</b> 05 de Mayo del 2022	<b>HORA:</b> 8:30 am	
<b>Asistentes:</b>			
<b>NOMBRES</b>	<b>ROL</b>	<b>AREA O SERVICIO</b>	<b>FIRMA</b>
Yoeric Hernando Prada Fernández	Enfermero Referente seguridad del paciente.	Planeación y calidad.	
Alejandra Avellaneda Morales	Medico Referente Seguridad del paciente	Planeación y calidad.	
Carolina Torres	Estudiante de Enfermería UFPS	Docencia servicio	
Paula Rojas	Estudiante de Enfermería UFPS	Docencia servicio	
<b>Orden del Día:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de asignación de rondas de adherencia a efectuar por parte de las estudiantes de enfermería en los servicios de urgencias adultos y urgencias pediatría.</li> <li>• Retroalimentación sobre la importancia del cumplimiento con la cantidad rondas de adherencia a efectuar.</li> <li>• Socialización de cuadro con la cantidad de listas de adherencia a efectuar por cada servicio.</li> </ul>			
<b>Resumen de los temas tratados y conclusiones:</b>			
Se da inicio a la reunión en la oficina de seguridad del paciente con la finalidad de asignar la cantidad de rondas de adherencias a realizar por cada servicios y cada estudiante:			

**Anexo 8. Acta No. 386 “Asignación número de rondas de adherencia estudiantes de enfermería UFPS”**

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-428
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 3 de 4

Servicio.	No. De listas por aplicar.	Lista de chequeo por aplicar.	Responsable.
Urgencias pediatría	27	MC-FO-038 Lista de chequeo protocolo de prevención de caídas	Carolina Torres – Estudiante de enfermería UFPS.
Urgencias pediatría	27	MC-FO-037 Lista de chequeo protocolo de identificación correcta de paciente	Carolina Torres – Estudiante de enfermería UFPS.
Urgencias pediatría	11	MC-FO-036 Lista de chequeo política – programa seguridad del paciente – procedimiento detección, notificación y análisis de sucesos de seguridad	Carolina Torres – Estudiante de enfermería UFPS.

Así mismo se recalca la entrega semanal de las listas de chequeo al personal de seguridad del paciente con la finalidad de ir alimentando el consolidado de Excel, antes del último día del mes deben haber realizado todas las listas de chequeo anteriormente relacionadas puesto que se debe consolidar y enviar a los diferentes servicios de la institución.

Un mes antes de terminar su práctica en la institución, deben notificar a esta oficina su finalización para que desde esta dependencia asigne a otra persona y se lleve a cabo la continuidad en la realización de las rondas de adherencia.

**Compromisos**

## Anexo 9. Notificación terminación de la pasantía

10 Mayo 2022

Cúcuta, Norte de Santander

Señor:

Yoeric Hernando Prada Hernández, referente enfermero de seguridad del paciente.

Hospital Universitario Erasmo Meoz

Cordial Saludo,

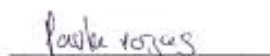
Por medio de la presente notificamos que llevamos el corte de aplicación de listas de adherencia de seguridad del paciente hasta el mes de mayo, debido a que el periodo de la pasantía termina el día 10 de junio del 2022; se reafirma el compromiso para realizar la entrega de listas de adherencia asignadas para el mes de mayo.

Cordialmente,



Carolina Torres Guerrero

Pasante de enfermería



Paula Daniela Rojas Zambrano

Pasante de enfermería UFPS

Recibí  
Dependio Duellaneda M.  
10/05/2022



## Anexo 10. Acta 464

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION		COOIGO: IC-FO-020
			VERSION: 2
	ACTA		FECHA: SEP 2017
			PAGINA 1 de 2

**LUGAR: OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

**ACTIVIDAD:** Verificación listas de chequeo política y programa de seguridad del paciente, caídas e identificación del paciente.

CAPACITACION	REUNION	x
--------------	---------	---

**ACTA NO. : 464      FECHA: 20-05-2022      HORA: 11:00 am**

**Asistentes:**

NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
Yoeric Hernando Prada	Enfermero referente/seguridad del paciente.	Planeación	
Carolina Torres Guerrero	Estudiante de enfermería ufps.	Docencia	

**Orden del Día:**

1. Verificación entrega de listas de chequeo política y programa de seguridad del paciente.
2. Verificación entrega de listas de chequeo protocolo de caídas.
3. Verificación entrega listas de chequeo identificación del paciente.
4. Revisión de compromisos anteriormente establecidos.

**Resumen de los temas tratados y conclusiones:**

En la oficina de seguridad del paciente se reúne el referente enfermero Yoeric Prada con la estudiante del programa de enfermería ufps Carolina Torres quien realiza sus pasantías en el servicio de urgencias pediatría, la cual durante las semanas 1 comprendida desde 19 al 23 de abril, segunda semana del 25 al 30 de abril, tercera del 2 al 7 de mayo y cuarta semana del 9 al 14 de mayo, así mismo se realiza la respectiva verificación la cual es correcta teniendo en cuenta lo establecido en cuanto la cantidad porcentual.

Así mismo confirmo que recibí los informes de pasantía correspondientes a las semanas ya mencionadas.

**Compromisos**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Continuar con la entrega de las listas de chequeo asignadas en el tiempo estipulado.	Carolina Torres Guerrero – estudiante de enfermería ufps	31-05-2022

## Anexo 11. Termómetro de reporte de casos elaborado



### REPORTE DE CASOS SEMANALES



Anexo 12. Lista de asistencia a prácticas

		<b>FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA</b>	Código Página	FO-DC-08/V0 1
<b>CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS</b>				
NOMBRE DEL ESTUDIANTE INSTITUCIÓN/SERVICIO ASIGNATURA DOCENTE		Cecilia Torres Guerrero Huem / Ujgenarun pediatras Proyecto de Guño Gloria Barbata Spinol		CÓDIGO ESTUDIANTE SEMESTRE ACADEMICO
				1801007 Pasantia
FECHA	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA JEFE DE SERVICIO
19/04/2012 7:00 am - 12:00 pm 2:00 pm - 6:00 pm	- Inaberon - Preanociamiento del Servicio	- Inducción - Presentación del Servicio - Asignación de actividades - Apoyo a actividades del Servicio		
20/04/2012 7:00 am - 12:00 pm 2:00 pm - 6:00 pm	- Actividades de la pasantia - Actividades de apoyo al Servicio	- Análisis incidentes y eventos adversos más de marzo - Planificación y ejecución de seguridad del paciente - Ejecución actividades de seguridad del paciente		
21/04/2012 7:00 am - 12:00 pm 2:00 pm - 6:00 pm	- Actividades de la pasantia - Actividades de apoyo al Servicio	- Análisis incidentes y eventos adversos más de marzo - Fondo de seguridad - Seguridad de chequeo institucional		
22/04/2012 7:00 am - 12:00 pm 2:00 pm - 6:00 pm	- Actividades de apoyo al Servicio - Apoyo	- Recepción de listas de chequeo - Aplicación de chequeo de ejecución de seguridad del paciente - Fondo de seguridad		
23/04/2012 7:00 am - 11:00 am	- Actividades de apoyo al Servicio - Aplicación lista de chequeo institucional	- Fondo de seguridad - Aplicación lista de chequeo institucional - Análisis eventos adversos e incidentes más de marzo		
Elabora GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 27-4-2010		Revisó PATRICIA PEÑALOZA GARCIA Fecha 2-9-2010	Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDOÑEZ Fecha 12-9-2010	

		<b>FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA</b>	Código Página	FO-DC-08/V0 1
<b>CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS</b>				
NOMBRE DEL ESTUDIANTE INSTITUCIÓN/SERVICIO ASIGNATURA DOCENTE		Cecilia Torres Guerrero Huem / Ujgenarun pediatras Proyecto de Guño Gloria Barbata Spinol		CÓDIGO ESTUDIANTE SEMESTRE ACADEMICO
				1801007 Pasantia
FECHA	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA JEFE DE SERVICIO
25/04/2012 7:00 am - 12:00 pm 2:00 pm - 5:00 pm	- Actividades de la pasantia - Actividades de apoyo	- Aplicación lista de chequeo de administración según de maestro - Aplicación lista de chequeo seguridad del paciente - Fondo de seguridad		
26/04/2012 8:00 am - 12:00 pm 1:00 pm - 5:00 pm	- Actividades de la pasantia - Actividades de apoyo	- Aplicación lista de chequeo de administración según de medicamentos - Aplicación lista de chequeo seguridad del paciente - Educación y gestión clínica en el servicio - Aplicación cuestionario de satisfacción		
27/04/2012 7:00 am - 12:00 pm	- Actividades de la pasantia - Actividades de apoyo	- Aplicación lista de chequeo de administración - Aplicación lista de chequeo seguridad del paciente - Educación y gestión clínica en el servicio - Aplicación cuestionario de satisfacción - Fondo de seguridad		
28/04/2012 7:00 am - 1:00 pm	- Actividades de la pasantia - Actividades de apoyo	- Aplicación lista de chequeo seguridad del paciente - Aplicación y gestión clínica en el servicio - Fondo de seguridad		
29/04/2012 7:00 am - 1:00 pm	- Actividades de la pasantia - Actividades de apoyo	- Aplicación cuestionario de satisfacción del servicio - Aplicación lista de chequeo seguridad del paciente - Educación y gestión clínica en el servicio - Fondo de seguridad del servicio - Aplicación cuestionario de satisfacción del servicio		
Elabora GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 27-4-2010		Revisó PATRICIA PEÑALOZA GARCIA Fecha 2-9-2010	Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDOÑEZ Fecha 12-9-2010	

	FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA	Código Página	FO-DC-08/V0 1
<b>CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS</b>			
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	Carolina Tena Guerrero		CÓDIGO ESTUDIANTE
INSTITUCION/ SERVICIO	HUGEN / Urgencias pediatricas		1801007
ASIGNATURA	Proyecto de grado		SEMESTRE ACADEMICO
DOCENTE	Gloria Baulista Giral		Pasantia

FECHA	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA JEFE DE SERVICIO
30/04/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantia Actividades de apoyo	- Aplicación lista de chequeo seguridad del paciente. - Educación que gestionamos etc y seg. - Fondo de seguridad al servicio - Aplicación lista de adherencia seguridad del paciente.		Gregorio G. Martínez / Espinosa Ury Pa
02/05/2022 7:00 am - 1:00 pm 1:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantia Actividades de apoyo	- Analisis eventos e incidentes mes de abril y chequeo seguridad del paciente aplicados - Fondo de seguridad al servicio		Gregorio G. Martínez / Espinosa Ury Pa
03/05/2022 7:00 am - 12:00 pm 1:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantia Actividades de apoyo	- Educación que gestionamos excelente y segura - Fondo de seguridad al servicio - Otras actividades del servicio.		Gregorio G. Martínez / Espinosa Ury Pa
04/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantia Actividades de apoyo	- Elaboración lista "quedo de manos" para evento institucional. - Analisis causas adversos e incidentes mes de abril - Fondo de seguridad al servicio - Educación que gestionamos etc y seg.		Gregorio G. Martínez / Espinosa Ury Pa
05/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantia Actividades de apoyo	- Participación en evento de adherencia y quedo de manos institucional - Fondo de seguridad al servicio - Aplicación lista de chequeo seguridad del paciente.		Gregorio G. Martínez / Espinosa Ury Pa

Elaboro GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 27-4-2010	Revisó MONICA PENALOZA GARCIA Fecha 28-4-2010	Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDONEZ Fecha 12-8-2010
---	---	---


	FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA	Código Página	FO-DC-08/V0 1
<b>CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS</b>			
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	Carolina Tena Guerrero		CÓDIGO ESTUDIANTE
INSTITUCION/ SERVICIO	HUGEN / Urgencias pediatricas		1801007
ASIGNATURA	Proyecto de grado		SEMESTRE ACADEMICO
DOCENTE	Gloria Baulista Giral		Pasantia

FECHA	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA JEFE DE SERVICIO
06/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantia Actividades apoyo al servicio	- Educación que gestionamos excelente y segura - Fondo de seguridad al servicio - Aplicación lista de adherencia seguridad del paciente - Aplicación lista de adherencia seguridad del paciente.		Gregorio G. Martínez / Espinosa Ury Pa
07/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantia Actividades apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio - Fertilización lista No. 06 - Aplicación lista de adherencia seguridad del paciente.		Diego López
09/05/2022 7:00 am - 11:00 pm 1:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantia Actividades de apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio. - Aplicación lista de adherencia seguridad del paciente. - Actividades de apoyo al servicio.		Gregorio G. Martínez / Espinosa Ury Pa
10/05/2022 7:00 am - 12:00 pm 1:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantia Actividades de apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio - Aplicación lista de adherencia seguridad del paciente. - Clasificación pacientes Sola etc.		Gregorio G. Martínez / Espinosa Ury Pa
11/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantia Actividades de apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio. - Aplicación lista de adherencia seguridad del paciente. - Analisis eventos e incidentes de abril.		Gregorio G. Martínez / Espinosa Ury Pa

Elaboró GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 27-4-2010	Revisó MONICA PENALOZA GARCIA Fecha 28-4-2010	Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDONEZ Fecha 12-8-2010
---	---	---


	<b>FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA</b>	Código Página	FO-DC-08/V0 1
<b>CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS</b>			
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	Carolina Torres Guerrero		CÓDIGO ESTUDIANTE
INSTITUCION/ SERVICIO	HUGM / Urgencias pediátricas		1801007
ASIGNATURA	Proyecto de grado		SEMESTRE ACADEMICO
DOCENTE	Gloria Bautista Espinel		Pasantías

FECHA	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA JEFE DE SERVICIO
12/05/2022 7:30 am - 1:30 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio. - Aplicación lista de adherencia a seguridad del paciente. - Análisis de eventos adversos en AM.		Gregorio Martínez Espinel
13/05/2022 7:30 am - 1:30 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio. - Aplicación lista de adherencia a seguridad del paciente. - Realizar este MCM, Análisis de eventos adversos en AM.		Gregorio Martínez Espinel
14/05/2022 7:30 am - 1:30 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio. - Elaboración de un "Impresos y descripción de organ pastoreales". - Popoje tabla de estabilidad de medicamentos.		Gregorio Martínez Espinel
16/05/2022 7:00 am - 12:00 pm 2:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio. - Popoje tabla de estabilidad de medicamentos. - Aplicación lista de adherencia a seguridad del paciente.		Gregorio Martínez Espinel
17/05/2022 7:00 am - 12:00 pm 2:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio.	- Fondo de seguridad al servicio. - Popoje tabla estabilidad de med. - Aplicación lista de adherencia a seguridad del paciente. - Formación de grupos del servicio.		Gregorio Martínez Espinel

Elaboró GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 27-4-2010	Revisó MONICA PEÑALOZA GARCIA Fecha 28-4-2010	Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDONEZ Fecha 12-8-2010
---	---	---


	<b>FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA</b>	Código Página	FO-DC-08/V0 1
<b>CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS</b>			
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	Carolina Torres Guerrero		CÓDIGO ESTUDIANTE
INSTITUCION/ SERVICIO	HUGM / Urgencias pediátricas		1801007
ASIGNATURA	Proyecto de grado		SEMESTRE ACADEMICO
DOCENTE	Gloria Bautista Espinel		Pasantías


  

FECHA	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA JEFE DE SERVICIO
18/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio. - Aplicación lista de adherencia a seguridad del paciente. - Popoje tabla estabilidad de medicamentos.		Gregorio Martínez Espinel
19/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio. - Aplicación lista de adherencia a seguridad del paciente.		Gregorio Martínez Espinel
20/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio. - Aplicación lista de chequeo a seguridad del paciente.		Gregorio Martínez Espinel
21/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al ser.	- Fondo de seguridad al servicio. - Socialización hallazgos en rondas de seguridad.		Gregorio Martínez Espinel
23/05/2022 7:00 am - 12:00 pm 2:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Fondo de seguridad al servicio. - Socialización hallazgos en rondas de seguridad. - Revisión del libro N° 30.		Gregorio Martínez Espinel

Elaboró GLORIA ZAMBRANO PLATA Fecha 27-4-2010	Revisó MONICA PEÑALOZA GARCIA Fecha 28-4-2010	Aprobó MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDONEZ Fecha 12-8-2010
---	---	---

		FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA		Código	FO-DC-08/v0
				Página	1
<b>CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS</b>					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE		Carolina Torres Guerrero		CÓDIGO ESTUDIANTE	
INSTITUCIÓN/SERVICIO		HUTM/ Vigilancia pediatría		1801007	
ASIGNATURA		Proyecto de grado		SEMESTRE ACADÉMICO	
DOCENTE		Gloria Buitrago Espinel		Pasantía	
FECHA	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA JEFE DE SERVICIO	
24/05/2022 7:00 am - 12:00 pm 1:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ronda de seguridad al servicio - Socialización hallazgos en rondas de seguridad.		Guevara & Morales? En pasantía vig. P.	
25/05/2022 7:00 am - 01:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ronda de seguridad al servicio - Socialización de hallazgos en rondas de seguridad.		Guevara & Morales? En pasantía vig. P.	
26/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ronda de seguridad al servicio. - Socialización de hallazgos en rondas de seguridad. - Despliegue de estrategia y preguntas por los allegados de sus hijos		Guevara & Morales? En pasantía vig. P.	
27/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ronda de seguridad al servicio - Despliegue de la estrategia "preguntame por los allegados de mis hijos" - Actividades de apoyo.		Guevara & Morales? En pasantía vig. P.	
28/05/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ronda de seguridad al servicio - Despliegue estrategia "preguntame por los allegados de mis hijos" - Actualización Hoja memoria apoyo de caso		Aránguez Pandoño.	
Elaboró Gloria Zambrano Plata Fecha 27-1-2010		Revisó Mónica Peñaloza García Fecha 27-1-2010	Aprobó María Mercedes Ramírez Ordoñez Fecha 22-8-2010		

		FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA		Código	FO-DC-08/v0
				Página	1
<b>CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS</b>					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE		Carolina Torres Guerrero		CÓDIGO ESTUDIANTE	
INSTITUCIÓN/SERVICIO		HUTM/ Vigilancia pediatría		1801007	
ASIGNATURA		Proyecto de grado		SEMESTRE ACADÉMICO	
DOCENTE		Gloria Buitrago Espinel		Pasantía	
FECHA	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA JEFE DE SERVICIO	
31/05/2022 7:00 am - 12:00 pm 1:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ronda de seguridad al servicio - Despliegue de estrategia "preguntame por los allegados de mis hijos" - Actualización Hoja memoria apoyo de caso		Guevara & Morales? En pasantía vig. P.	
01/06/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ronda de Seguridad al servicio. - Actividades de apoyo al servicio. - Socialización Hoja memoria apoyo de caso.		Aránguez Pandoño	
02/06/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ronda de seguridad al servicio - Actualización Hoja memoria apoyo de caso. - Apoyo en la comunicación.		Aránguez Pandoño	
03/06/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ronda de seguridad al servicio. - Socialización de datos pasantía en el despliegue.		Aránguez Pandoño	
04/06/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ronda de seguridad al servicio - Actividades de apoyo al servicio		Aránguez Pandoño	
Elaboró Gloria Zambrano Plata Fecha 27-1-2010		Revisó Mónica Peñaloza García Fecha 27-1-2010	Aprobó María Mercedes Ramírez Ordoñez Fecha 22-8-2010		



## FORMATO CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA

Código  
PáginaFO-DC-08/V0  
1

## CONTROL ASISTENCIA A PRACTICA-PASANTIAS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	Carolina Torres Guerrero	CÓDIGO ESTUDIANTE	1401007
INSTITUCION/ SERVICIO	HUERT / Uzuwara pedábrica	SEMESTRE ACADEMICO	Primer Semestre
ASIGNATURA	Proyecto de grado		
DOCENTE	Gloria Barcha Espinal		

FECHA	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA JEFE DE SERVICIO
06/06/2022 9:00 am - 12:00 pm 2:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo servicio	- Ponda de seguridad al servicio. - Actividades de apoyo al servicio.		<i>[Firma]</i>
07/06/2022 9:00 am - 12:00 pm 1:00 pm - 5:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ponda de seguridad al servicio. - Actividades de apoyo. - Seguimiento puentes Sala GEA.		<i>[Firma]</i>
08/06/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al Ser	- Ponda de seguridad al servicio. - Control de indicadores sala GEA.		<i>[Firma]</i>
09/06/2022 7:00 am - 1:00 pm	Actividades pasantía Actividades apoyo al servicio	- Ponda de seguridad al servicio. - Seguimiento de puentes Sala GEA.		<i>[Firma]</i>

Elaboró	Revisó	Aprobó
GLORIA ZAMBRANO PLATA	MONICA PEÑALOZA GARCIA	MARIA MERCEDES RAMIREZ ORDÓÑEZ
Fecha 27-4-2010	Fecha 2-11-2010	Fecha 17-11-2010