

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

MENCIÓN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PROYECTO DE DESARROLLO

TÍTULO: PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE MICRO GESTIÓN EN LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE  
CALDERÓN

AUTOR: ANA YADIRA PUNINA CHIMBORAZO

DIRECTOR: DRA. CRISTINA YÁNEZ CORRALES

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD Y GRUPOS VULNERABLES.

QUITO, SEPTIEMBRE DEL 2022

**DIRECTOR**

**Dra. Cristina Yáñez Corrales**

**LECTORES**

## **DEDICATORIA**

*Le dedico el resultado de este trabajo a todos los pacientes quienes son la razón de ser de mi profesión, al personal de salud del hospital docente de calderón quienes hicieron posible la realización del presente estudio. Gracias por permitir ser parte de esta gran institución.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios, por los dones y bendiciones recibidas en mi vida.*

*A Paúl, mi esposo quien me ha brindado su amor, tiempo, paciencia y, sobre todo, me ha enseñado que hay algo más importante que el trabajo, que es el cuidado de mi hogar.*

*A mis padres y hermanos por ser mi inspiración y guía en el camino para poder llegar a este punto de mi carrera.*

*Gracias por enseñarme a afrontar las dificultades y no darme por vencida.*

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
ÍNDICE GENERAL .....	V
LISTA DE TABLAS .....	VIII
LISTA DE FIGURAS.....	XI
RESUMEN EJECUTIVO.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	14
1. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA Y DEL PROBLEMA .....	16
1.1. Análisis macroeconómico .....	16
1.1.1. Análisis político.....	16
1.1.2. Análisis económico.....	17
1.1.3. Análisis social.....	17
1.2. Descripción de la empresa .....	18
1.2.1. Antecedentes.....	18
1.2.2. Ubicación geográfica.....	19
1.2.3. Tecnología.....	20
1.2.4. Estructura organizacional.....	21
1.2.5. Cartera de servicios.....	22
1.2.6. Situación financiera.....	23
1.3. Diagnóstico del problema y objetivo del proyecto .....	24
1.4. Formulación del problema .....	32
1.4.1. Sistematización del problema.....	32
1.5. Objetivos .....	32

1.5.1.	Objetivo General.....	32
1.5.2.	Objetivos Específicos.....	32
1.6.	Justificación.....	33
2.	MARCO CONCEPTUAL.....	35
2.1.	Gestión de la salud .....	35
2.2.	Micro gestión o Gestión clínica .....	35
2.3.	Bioética y seguridad del Paciente .....	37
2.4.	Gestión de la Calidad de la atención .....	37
2.5.	Eventos adversos.....	39
2.6.	Seguridad del paciente .....	41
2.7.	Gestión clínica y seguridad del paciente.....	42
2.8.	Prácticas seguras .....	44
2.8.1.	Listado de prácticas seguras según el Manual Seguridad del Paciente- Usuario.....	44
3.	DESARROLLO METODOLÓGICO .....	46
3.1.	Contexto .....	46
3.2.	Participantes .....	47
3.3.	Materiales .....	48
3.4.	Procedimiento .....	51
4.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	52
4.1.	Resultados .....	52
4.1.1.	Caracterización de la población.....	52
4.1.2.	Prácticas seguras en la UCI del Hospital General Docente de Calderón.....	52
4.1.3.	Agrupación de variables de encuesta aplicada.....	65

4.1.4. Análisis Check List.....	66
4.2. Propuesta.....	68
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	108
5.1. Conclusiones .....	108
5.2. Recomendaciones.....	109
REFERENCIAS .....	110

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Población de investigación .....	47
<b>Tabla 2</b> Muestra de investigación .....	48
<b>Tabla 3</b> Características de la muestra de estudio .....	52
<b>Tabla 4</b> Conoce qué y cuáles son las prácticas seguras .....	53
<b>Tabla 5</b> Conoce en cuántos sub tópicos se divide las prácticas seguras .....	53
<b>Tabla 6</b> A visibilizado errores en la identificación del paciente .....	53
<b>Tabla 7</b> Usted realiza la verificación cruzada del paciente en toda acción que ejecuta.....	54
<b>Tabla 8</b> Identifican de forma inmediata los datos del paciente que ingresa a la unidad con tarjeta en la cabecera, pie de cama o habitación .....	54
<b>Tabla 9</b> Registro de pacientes sin brazaletes de identificación .....	55
<b>Tabla 10</b> El estado de los equipos biomédicos de la unidad que usa para brindar el cuidado es adecuado y está en óptimas condiciones .....	55
<b>Tabla 11</b> Identifica cuáles son los medicamentos de alto riesgo con total claridad.....	55
<b>Tabla 12</b> Ha tenido dificultad en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo.....	56
<b>Tabla 13</b> Administra medicamentos si observan abreviaturas en la prescripción médica, en su etiquetado o Kardex .....	56
<b>Tabla 14</b> Uso de abreviaturas para la redacción de reportes.....	57
<b>Tabla 15</b> Identifica los medicamentos de alto riesgo con etiqueta de color rojo .....	57
<b>Tabla 16</b> Usted realiza doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados.....	58
<b>Tabla 17</b> Identificación de reacciones adversas a los medicamentos .....	58
<b>Tabla 18</b> Utilización de bomba de infusión para la administración de electrolitos .....	59

<b>Tabla 19</b> Aplica los 10 correctos en la administración de medicamentos .....	59
<b>Tabla 20</b> Conoce cuáles son las medidas profilácticas para la prevención de las úlceras por presión.....	59
<b>Tabla 21</b> Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente .....	60
<b>Tabla 22</b> Identifica riesgos de úlceras por presión mediante la aplicación de las diferentes escalas de valoración .....	60
<b>Tabla 23</b> Educa a la familia o cuidadores del paciente sobre las medidas profilácticas.....	61
<b>Tabla 24</b> Conoce las categorías generales de acuerdo a su causa raíz los eventos a ser reportados.....	61
<b>Tabla 25</b> Identificación de un cuasi evento, evento adverso o evento centinela .....	61
<b>Tabla 26</b> Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente .....	62
<b>Tabla 27</b> La comunicación con sus pares es .....	62
<b>Tabla 28</b> Nivel de conformidad con el ambiente laboral .....	62
<b>Tabla 29</b> Indique su nivel de conformidad con la carga laboral .....	63
<b>Tabla 30</b> Se informa a los familiares sobre el traslado de pacientes .....	63
<b>Tabla 31</b> Ha recibido capacitación sobre el funcionamiento de las bombas de infusión ....	64
<b>Tabla 32</b> Reportar inmediata y oportunamente daños de los equipos biomédicos .....	64
<b>Tabla 33</b> Su disposición para ayudar al paciente cuando lo requiere es .....	64
<b>Tabla 34</b> El tiempo para atender las solicitudes del paciente o de un familiar es.....	65
<b>Tabla 35</b> Prácticas seguras .....	65
<b>Tabla 36</b> Identificación del paciente .....	65
<b>Tabla 37</b> Manejo de medicamentos .....	66
<b>Tabla 38</b> Ambiente laboral.....	66
<b>Tabla 39</b> Matriz de macro lógico .....	70

<b>Tabla 40</b> Plan de acción .....	71
<b>Tabla 41</b> Instructivo de identificación del paciente .....	75
<b>Tabla 42</b> Medicamentos de alto riesgo .....	77
<b>Tabla 43</b> Listado de medicamentos LASA .....	91
<b>Tabla 44</b> Plan de capacitación sobre el protocolo de electrolitos concentrados .....	93
<b>Tabla 45</b> Protocolo de trombo profilaxis en los pacientes con factores de riesgo ingresados .....	94
<b>Tabla 46</b> Plan de acción para control de eventos adversos .....	96
<b>Tabla 47</b> Instructivo para transferir la información .....	98
<b>Tabla 48</b> Matriz de cumplimiento de entrega de información .....	100
<b>Tabla 49</b> Formato evaluación general.....	101
<b>Tabla 50</b> Formato evaluación de aprendizaje de capacitación.....	102
<b>Tabla 51</b> Campaña interna sobre el lavado de manos .....	103
<b>Tabla 52</b> Plan de acción sobre la capacitación inclusiva (personal, paciente y su familia) .....	105
<b>Tabla 53</b> Cronograma de ejecución del plan de acción .....	106
<b>Tabla 54</b> Presupuesto de ejecución .....	107

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Ubicación geográfica del Hospital General Docente de Calderón.....	20
<b>Figura 2.</b> Organigrama matricial El Hospital General Docente de Calderón .....	22
<b>Figura 3.</b> Ejecución presupuestaria HGDC .....	24
<b>Figura 4.</b> Árbol de problemas Hospital General Docente de Calderón. ....	31
<b>Figura 5.</b> Árbol de objetivos .....	33

## RESUMEN EJECUTIVO

El Hospital General Docente de Calderón, es una entidad pública de salud que tiene como objetivo proporcionar atención médica segura, protegida y de alta calidad, fomentar excelentes profesionales de la salud que liderarán hacia el futuro. Apoyar y desarrollar servicios médicos y de salud comunitarios y promover la atención médica avanzada y difundirla al mundo.

Actualmente, el hospital presenta deficiencias en los procesos que influyen en la seguridad de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital, por lo que la presente investigación busca desarrollar una propuesta de programa de micro gestión basándose en el análisis del nivel de cumplimiento de todas las practicas seguras en la atención de salud, la forma de gestión de la seguridad del paciente y el conocimiento de herramientas de micro gestión utilizadas en el cuidado de Enfermería en la UCI del Hospital General Docente de Calderón, con la finalidad de implementar mecanismos que permitan disminuir los eventos adversos que afecten a los pacientes críticamente enfermos.

Es así, que en el primer capítulo se describe de manera completa los factores internos y externos de la entidad de estudio; además, de plasmar de manera precisa la situación problemática a la cual se pretende dar solución. El segundo capítulo contiene la recopilación y análisis de la literatura existente sobre la micro gestión y prácticas seguras. El tercer capítulo, plasma el desarrollo metodológico, en donde se identifican las técnicas, instrumentos de recolección de información y los procedimientos de análisis e interpretación de la información recopilada. El cuarto capítulo inicia con la presentación de los resultados descriptivos de la muestra y su apreciación con respecto a las prácticas de seguridad, detectando así las deficiencias existentes para posteriormente elaborar la propuesta de programa de micro gestión, que plasme acciones de mejora.

Entre las principales conclusiones se tiene que mediante el análisis al cumplimiento de las practicas seguras en el profesional de enfermería de la UCI, se han detectado varias deficiencias en el uso de formularios, en el reporte de los eventos adversos y traslado de información; la segunda conclusión es que a través del diagnóstico se detectan falencias en la identificación de pacientes, reconocimiento de medicamentos de alto riesgo, desconocimiento del protocolo de trombo profilaxis y manejo de electrolitos concentrados;

para finalmente concluir que es necesario diseñar un plan de micro gestión que establezca los lineamientos de ejecución, evaluación y control de procesos y actividades que ejecuta el personal de enfermería de la UCI.

Y por último, la recomendación esencial es que una vez que el programa de micro gestión que garantiza la seguridad del paciente para cuidado de Enfermería en la UCI del Hospital General Docente de Calderón, sea aprobado por la entidad, se recomienda socializar el plan con la finalidad de que el personal de enfermería se sienta conectado y comprendido, garantizando que comprenda las oportunidades y los cambios que se necesitan. Una vez que se hayan comprendido los objetivos y lineamientos, se puede proceder a su aplicación con la finalidad de solucionar las deficiencias y potencializar el cuidado seguro del paciente. Además, cabe señalar que se debe realizar un seguimiento del progreso del personal de enfermería regularmente, propiciando que el personal de enfermería se mantenga motivado en sus esfuerzos de mejora.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital General Docente de Calderón, actualmente presenta una serie de deficiencias relacionadas directamente con la competencia profesional de enfermería en especial con el profesional de nuevo ingreso, entre otras como son: elevada tasa de infecciones asociadas a la atención en salud lesiones por presión, caídas y golpes accidentales, administración de fármacos en dosis erradas, infección o contagio de un paciente a otro por manipulación incorrecta de muestras o fluidos corporales, carencia de guías clínicas, razonamiento clínico inadecuado, criterios clínicos incorrectos, desconocimiento del manejo de medicamentos peligrosos, además, de factores inherentes al paciente, como: falta de comunicación, desconocimiento de sus problemas, participación insuficiente del paciente y la familia, idiosincrasia a medicamentos y negativa a colaborar en su atención (Hospital General Docente de Calderón, 2021).

Tomando como referencia lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo: “Proponer un programa de micro gestión con la finalidad de disminuir los eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital General Docente de Calderón”. La propuesta parte del diagnóstico situacional de la seguridad del paciente en la que se analiza la identificación el tipo y frecuencia de los incidentes y eventos adversos derivados del cuidado de enfermería en la UCI, a partir de estos elementos se pretende a través de la propuesta del programa de micro gestión prevenir y notificar de forma oportuna eventos que ponen en juego la seguridad del paciente.

Para la consecución del objetivo se aplicaron dos instrumentos de recolección de información. El primero fue un cuestionario de diferencial semántico dirigido al personal de enfermería de la UCI, con el cual se identificaron los eventos adversos de la unidad de análisis. El segundo instrumento fue la lista de chequeo que permitió obtener un diagnóstico de la gestión en seguridad del paciente desde el enfoque administrativo, constatar la existencia de protocolos; información que sirvió de base para la propuesta de intervención.

Para el análisis de la información recopilada se utilizó Excel para crear la base de datos inicial y del programa estadístico SPSS que permite un análisis más complejo de la información e incluye información de frecuencias, estadísticas y la aplicación de coeficientes y significancias.

Las principales fuentes de información fueron de tipo primarias, los instrumentos usados corresponden a un cuestionario con un total de 32 preguntas, de selección múltiple; dicho cuestionario está sustentado en el Manual de seguridad del paciente emitido por Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016) que regula las actividades del personal sanitario en todo el país. Y la lista de chequeo aplicado al líder de enfermería con un total de 25 afirmaciones con opciones de respuesta Si y No; dichas afirmaciones están basadas en los tres tipos de prácticas seguras (Administrativas, asistenciales y administrativas / asistenciales) detalladas en el Manual de seguridad del paciente emitido por Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016).

## 1. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA Y DEL PROBLEMA

### 1.1. Análisis macroeconómico

#### 1.1.1. Análisis político

En Ecuador se ha agudizado la crisis del sistema de salud por falta de medicamentos e insumos. Además, el país tiene deudas millonarias con proveedores de servicios privados, y la comisión anticorrupción ha denunciado la existencia de "mafias" que operan en los hospitales, según un informe elaborado por el Ministerio de Salud, los hospitales públicos del país aún necesitan alrededor de un 52% medicamentos y un 65% de los insumos necesarios para el funcionamiento óptimo de las unidades de salud (Orozco, 2022).

Los hospitales ubicados en la zona 8 (Guayaquil, Samborondón y Durán) y en la zona 5 (Santa Elena, Guayas, Bolívar, Los Ríos y Galápagos), apenas cuentan con el 30% de abastecimiento de medicamentos (Machado, 2021). Un estudio del Ministerio de Salud Pública (MSP) examina algunas causas que propician la actual crisis que afecta al sistema hospitalario: la pandemia de la Covid-19, este factor ha obligado a todos los países a declarar estado de emergencia en el sistema de salud, lo que afectó la oferta de medicamentos y aumento su demanda. También se han establecido nuevos principios de gestión. Varios procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos han sido declarados desiertos. La asignación presupuestaria ha sido limitada para la compra de medicamentos y equipos médicos (Oñate, 2021). Según el MSP, el presupuesto asignado ha presentado una disminución de \$595 millones en 2018 a \$327 millones en 2021, una disminución del 45% (Orozco, 2022).

La principal excusa utilizada para explicar el desabastecimiento se debe principalmente a la dificultad de gestionar el Servicio Nacional de Contratación Pública (SERCOP). Los responsables de compras del SERCOP no hacen bien los procesos y fallan. También pasa que no encuentran proveedores y cuando lo encuentran no quieren abastecer al hospital con la cantidad necesaria de medicamentos. Además, de la falta de capacidad de gestión de algunos administradores de hospitales. Para solucionar ese problema, se ha dicho que en los próximos meses el ministerio pretende hacer una adquisición centralizada a través del Sercop. Así, a finales de 2022 promete abastecer al 85% de los hospitales públicos (Machado, 2021).

### ***1.1.2. Análisis económico***

Para salud, el Ministerio de Finanzas tenía previsto invertir 273,8 millones de dólares en salud para todo el año 2022. Sin embargo, el gobierno apenas pagó 49 millones de dólares de enero al 26 de agosto que corresponde al 17%. El programa más invertido en salud es la llamada Reforma Institucional de la Gestión, las transferencias de este plan totalizaron \$24,9 millones en enero-agosto de 2022 e incluyen: capacitación de empleados, certificación de calidad y planes de retiro de empleados (Tapia, 2022).

El plan de vacunación contra el Covid-19, aun continua, y se ha presupuestado \$18 millones para el plan 2022 y ya se han gastado \$17 millones. Por otro lado, el costo del Programa de Desnutrición Infantil de Ecuador es de \$2 millones del total proyectado al 2022 de \$30,5 millones (Ministerio de Finanzas [MEF], 2022).

Tras el final de la crisis sanitaria de dos meses, que tuvo inicio el 22 de junio, la infraestructura y el equipamiento hospitalario se han utilizado mínimamente. De los \$62 millones previstos para 2022 para estos trabajos y suministros, el Departamento de Salud gastó \$878.453, o el 1,4%, entre enero y agosto (Tapia, 2022).

Igualmente, se evidencia que el IESS tampoco cuenta con recursos suficientes para cubrir todos los gastos para 2022. Los gastos del fondo de salud, que cubre la atención médica de los jubilados y afiliados, ascienden a \$2.172 millones, pero la expectativa de ingresos es de \$1.613 millones. Para cubrir la brecha, el IESS planea tomar \$90 millones en ahorros de su banco Biess (Oñate, 2021). El IESS también espera que se le transfiera \$73 millones para cubrir parte de la millonaria deuda del estado con el instituto por \$ 4.625 millones. Esta deuda nacional corresponde a las asignaciones que el gobierno debe hacer al IESS para cubrir la atención médica de los afiliados jubilados y con enfermedades catastróficas. La deuda de salud con el IESS data de 2001 y recién fue reconocida por el Estado en junio de 2022 cuando pagó 140 millones de dólares (Orozco, 2022).

### ***1.1.3. Análisis social***

Varios pacientes han denunciado que no reciben la medicación necesaria, y solo les indican que deben volver, pero cuando vuelven tampoco las reciben y como no pueden esperar les toca comprar los medicamentos en farmacias privadas. Estos problemas se vienen presentando desde al menos dos años en los cuales no reciben la medicación completa o les toca adquirirla con su dinero (Cóndor, 2022).

Y el panorama no es diferente para pacientes cuyas enfermedades son raras o catastróficas y la medicación requerida es más costosa, por lo cual, la situación es aún más grave (Orozco, 2022).

A estas denuncias se han sumado las de los médicos quienes indican que no cuentan con los recursos ni personal necesarios para brindar un cuidado de calidad. Indicando que los centros de salud se encuentran en emergencia porque no se presta la atención adecuada del paciente. Además, de la falta de medicamentos, mencionaron que existe problemas con equipos que no funcionan, falta de insumos e incluso complicaciones en la infraestructura de las instalaciones (Oñate, 2021)

## **1.2.Descripción de la empresa**

### ***1.2.1. Antecedentes***

En septiembre de 2010, el MSP, la Municipalidad de Quito, el Fondo de Rescate y la Universidad Central del Ecuador (UCE) firmaron un convenio de cooperación para la construcción y operación del Hospital General Universitario de Calderón.

El MSP preparo una propuesta para el establecimiento de un nuevo hospital el 7 de diciembre de 2010 y presentó un plan médico funcional con un plan de espacio correspondiente. Así la obra dio inicio el 19 de septiembre de 2012 y fue entregada al MSP, luego de más de 2 años de construcción, paso a funcionar el 15 de julio del 2015.

Las parroquias beneficiarias del hospital están ubicadas al norte de Quito, principalmente Calderón, Guayllabamba y Llano Chico, con una población estimada de 510.000 habitantes, pero el HGDC forma parte de la Microred de Salud del Norte, que también incluye distritos 17D03 el Condado y 17D09 Tumbaco, Tababela y cantones rurales del norte de Pichincha, cubriendo así el tratamiento de pacientes, incluyendo regiones del noroeste como Calacalí, Nanegal, Nanegalito, Nono, Alianza, Pomasqui, San Antonio, Cayambe y Tabacundo entre otras regiones.

Actualmente, el HGDC incluso ha ofrecido tratamiento gratuito de calidad a pacientes en las provincias de Imbabura y Esmeraldas, entre otras. El HGDC comenzó con un servicio de consultoría externa y gradualmente se abrieron áreas de emergencia, laboratorio, imagen y hospitalización. Este Centro de Salud cuenta con 157 camas hospitalarias en las áreas de pediatría, ginecología, obstetricia, medicina interna y cirugía, además, el hospital

cuenta con 16 quirófanos, 4 salas de maternidad y rehabilitación, 13 centros de hemodiálisis, 2 de hemodiafiltración, 48 consultorios médicos y 52 oficinas.

Como un hospital docente pone énfasis en formación e investigación, integra hasta julio de 2018 a 90 internos de pregrado en la práctica médica, en sus turnos: pediatría, medicina interna, clínica y cirugía, y atención comunitaria en salud; 24 estudiantes de pregrado en obstetricia y 45 estudiantes de pregrado en enfermería. A ellos se suman 67 maestrías en los siguientes departamentos: Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Traumatología, Dermatología, Psiquiatría, Endocrinología, Fisiatría y Primeros Auxilios, lo que fortalece la preparación de especialistas avanzados en servicios hospitalarios.

**Misión:**

“Proveemos atención integral especializada a la comunidad, complementando la atención en red a través de nuestra cartera de servicios, garantizando accesibilidad y calidad, con talento humano capacitado y motivado, apoyados en la docencia e investigación”.

**Visión:**

“El Hospital General Docente de Calderón, hasta el año 2020, será un referente nacional y de los países de la región, en atención especializada de segundo nivel con cuarto grado de complejidad, formando profesionales competentes y generando conocimiento a través de la investigación, manteniendo altos estándares de calidad”.

**1.2.2. Ubicación geográfica**

Las instalaciones del Hospital General Docente de Calderón se encuentran ubicadas en WH57+583, Capitán Giovanni Calles y Dery, Quito 170201 (Véase Figura 1).

**Figura 1.** Ubicación geográfica del Hospital General Docente de Calderón



*Nota.* La figura muestra la ubicación geográfica de las instalaciones del hospital. **Fuente:** Hospital General Docente de Calderón

### **1.2.3. Tecnología**

Para el Hospital General Docente de Calderón, es esencial contar con equipos tecnológicos modernos que faciliten el desarrollo de las actividades y fortalezcan el cuidado de los pacientes, para lo cual se consideran las siguientes:

- **Tecnologías amigables para el paciente:** Son la programación central, los sistemas de operador automatizado asistido por voz, el índice maestro de pacientes, los quioscos de auto registro, la conectividad inalámbrica, los terminales de computadora junto a la cama, la verificación de medicamentos junto a la cama y el pago de facturas en línea.
- **Tecnología de gestión de personal:** Los costos de personal y mano de obra pueden consumir más del 50 por ciento de los gastos en la mayoría de los hospitales. Con el fin de mantener esos costos bajo control, los hospitales pueden implementar tecnología de gestión de personal para mantener la programación en un estado óptimo sin sacrificar la atención al paciente.
- **Tecnologías de detección de infecciones:** Son la prueba de procalcitonina, o PCT, para el programa de sepsis del hospital. La prueba es una herramienta que detecta la sepsis antes, evitando así la sobreutilización de antibióticos. Es rentable

a largo plazo porque permite al hospital diagnosticar y manejar infecciones con más éxito y reducir la necesidad del hospital de pagar por antibióticos costosos.

- **Quirófanos:** Es un entorno que permite a un cirujano o a un especialista intervencionista realizar intervenciones mínimamente invasivas basadas en catéteres, así como cirugía abierta.
- **Teléfonos inteligentes y tabletas:** Proporcionan una gran cantidad de información para médicos y otro personal médico, y todo al alcance de la mano. Si bien es posible que el hospital no proporcione directamente teléfonos inteligentes y tabletas a sus médicos y personal clínico, el hospital aún debe estar al tanto de ellos.
- **Herramientas de telesalud:** Los equipos de cómputo, las cámaras, los televisores y la infraestructura inalámbrica son algunos de los elementos que el hospital está adoptando para seguir siendo competitivo en el ámbito de la telesalud.
- **Equipo quirúrgico:** La cirugía ha permitido el cambio a gran escala a procedimientos mínimamente invasivos y el aspecto tecnológico de los equipos quirúrgicos ha sido el sistema quirúrgico robótico.
- **Historias clínicas electrónicas:** Los registros electrónicos de salud, también conocidos como EHR, se han vuelto cada vez más prominentes en el hospital durante los últimos años, especialmente a medida que la industria pone un mayor énfasis en la atención preventiva y la salud de la población.

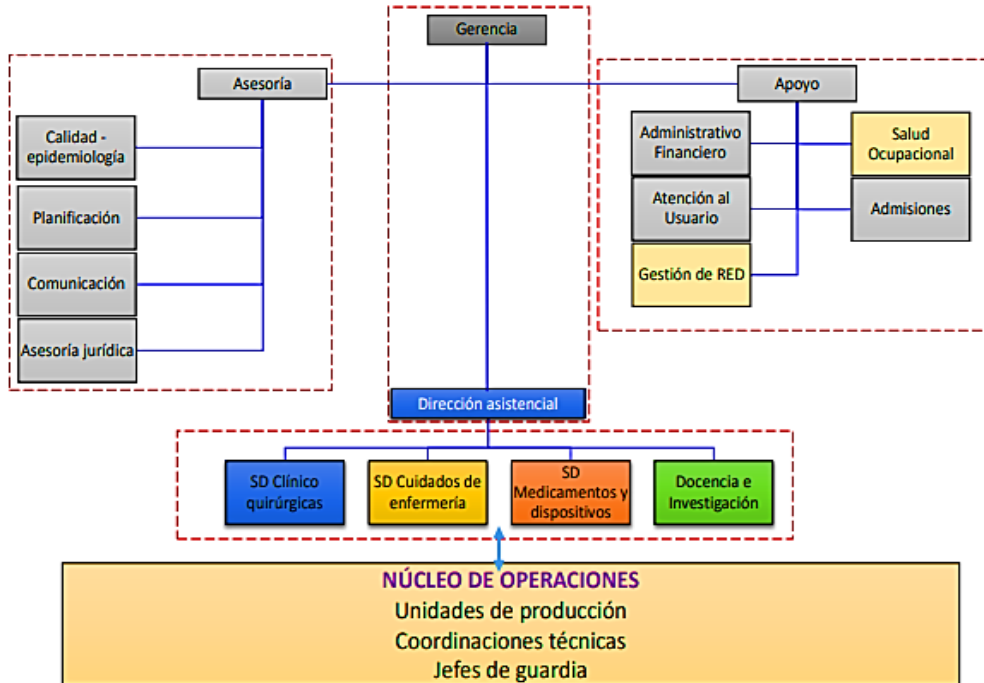
#### ***1.2.4. Estructura organizacional***

El Hospital General Docente de Calderón, cuenta con 1083 empleados y presenta una estructura organizativa matricial denominado también sistema de comando múltiple porque tiene dos tipos de estructura al mismo tiempo; es decir, el personal trabaja con dos cadenas de mando. Una cadena de mando es un diagrama de funciones o departamentos dibujados verticalmente, donde especialistas controlan diferentes grupos funcionales, otra cadena de mando es un arreglo horizontal que conecta empleados de diferentes departamentos para formar funciones.

Esta estructura matricial suele ser una forma eficaz de reunir las habilidades especializadas necesarias para resolver un problema hospitalario complejo; además, este tipo de estructura permite ahorrar costos, asignar el número exacto de personas necesarias

para cada área y evitar así duplicidades innecesarias. A continuación, se presenta el organigrama del hospital (Véase Figura 2).

**Figura 2.** Organigrama matricial El Hospital General Docente de Calderón



*Nota.* La figura muestra la organización interna y niveles jerárquicos del Hospital.

**Fuente:** Tomado de “Plan Estratégico 2018-2022” Hospital General Docente de Calderón (2018)

### 1.2.5. Cartera de servicios

Las principales actividades productivas del Hospital General Docente de Calderón son:

**Consulta externa:** Este servicio incluye cardiología, cirugía cardio torácica, general, y digestiva, maxilofacial, pediatría, cirugía plástica, vascular, dermatología / fototerapia, endocrinología, fisioterapia, gastroenterología, genética, ginecología, obstetricia, hematología, medicina interna, nefrología, neurología, neurocirugía, neonatología, nutrición y dietética, oftalmología, otorrinolaringología, periodoncia, pie diabético, psicología, psiquiatría, traumatología y urología.

**Emergencia:** Es la atención de urgencias y emergencias médicas.

**Hospitalización:** Es la estancia prolongada de pacientes de diferentes áreas.

**Imagenología:** Que incluye tomografía axial computarizada, rayos por digital, ecosonografía y mamografía.

**Hospital del día:** Se realizan endoscopía, procedimientos de ORL, procedimientos quirúrgicos menores de cirugía vascular, procedimientos quirúrgicos menores de cirugía general, procedimientos quirúrgicos menores de cirugía reconstructiva, procedimientos de oftalmología, procedimientos de dermatología, procedimientos de urología, procedimientos de ginecología y diálisis peritoneal.

**Nefrología:** Se realizan procedimientos en hemodiálisis y diálisis peritoneal.

**Centro obstétrico:** Se realizan procedimientos de parto normal, con riesgo moderado y severo, cesáreas programadas y emergentes.

**Unidad de cuidados intensivos:** Aquí se prestan servicios de cuidados intensivos a pacientes adultos y pediátrico.

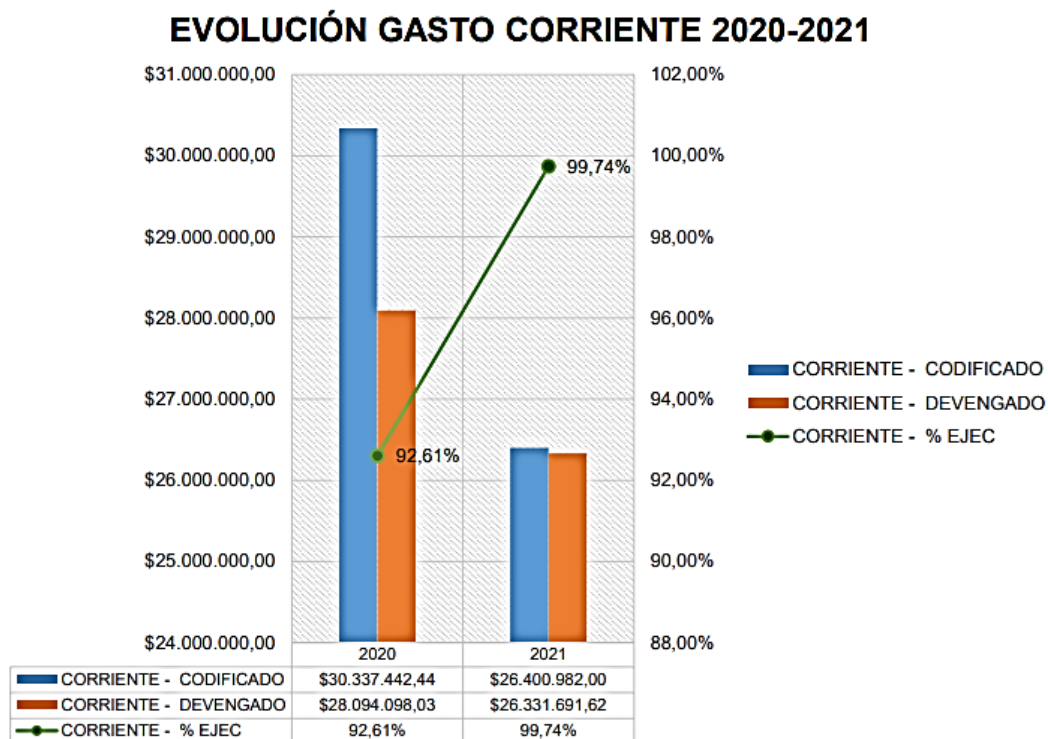
**Laboratorio:** Se incluyen servicios de laboratorio clínico, medicina transnacional y patología.

**Banco de leche:** Recolección de leche humana.

#### ***1.2.6. Situación financiera***

El Hospital General Docente de Calderón al ser una institución pública depende de una subvención anual otorgada por el Estado, por lo tanto, el análisis financiero se relaciona directamente con la ejecución presupuestaria.

**Figura 3.** Ejecución presupuestaria del HGDC



*Nota.* La figura muestra la ejecución presupuestaria del hospital.

**Fuente:** Tomado de “Rendición de Cuentas 2021” por Hospital General Docente de Calderón (2021, p. 32)

La Figura 3 muestra un ingreso corriente codificado en el presupuesto de \$ 30.337.442,44 millones y un gasto devengado de \$ 28.094.098,03 millones para el año 2020, indicando un nivel de cumplimiento de 92,61%. Para el año 2021 la subvención disminuyó un 3.936.460,44, presentando un ingreso corriente de \$ 26.400.982,00 millones y un gasto devengado de \$ 26.331.691,62 indicando un nivel de cumplimiento del 99,74%.

Estos márgenes de cumplimiento indican una utilización óptima del talento humano y recursos materiales y financieros, a fin de cumplir con los objetivos institucionales y proporcionar servicios de salud de calidad a la sociedad.

### 1.3. Diagnóstico del problema y objetivo del proyecto

Los sistemas de salud a nivel mundial tienen como propósito el beneficio del paciente a través de la oferta de servicios cada vez más actualizada y con tecnología de punta, sin embargo, este propósito puede conllevar a riesgos inevitables para los pacientes tras su aplicación, representando un riesgo que puede derivar en daño físico, psicológico, social, económico, e incluso la muerte (Zárate et al., 2015) a este tipo de riesgos se los denomina eventos adversos (EA), los cuales en esta última década han aumentado y se presentan en todos los hospitales (MSP, 2016).

Según Paranaguá et al. (2014) en Estados Unidos, se estima que 100.000 personas mueren en hospitales cada año, víctimas de incidentes o EA, generando un costo entre 17 y 29 billones de dólares. En Brasil, estudios comparan las proporciones de incidentes atribuidos a negligencia en diferentes sectores hospitalarios, entre el 50% al 70% de los eventos detectados, estimando que el 60% de los incidentes relacionados con la asistencia sanitaria son evitables. La ocurrencia de EA son originados de una atención poco segura y constituyen una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad de los pacientes en los hospitales en el mundo, en los países altamente industrializados, aproximadamente uno de cada 10 pacientes sufre daños al recibir atención hospitalaria, el daño puede ser causado por una serie de EA, siendo el 50% prevenibles, ya que los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos (Terol & Agra, 2018). Además, se producen 134 millones de EA por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, provocando 2,6 millones de muertes, asimismo de un elevado número de años perdidos por discapacidad y muerte (Terol & Agra, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (2009) afirma que las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), es decir las infecciones contraídas en el hospital son el EA más frecuente durante la prestación de atención sanitaria y ninguna institución, ni país, puede afirmar que ha resuelto el problema, según los datos de varios países se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IAAS” (Fabry et al., 2009). Por otra parte, en las instituciones de salud se reporta EA, como: lesiones por presión, caídas y golpes accidentales; administración de fármacos en dosis erradas; infección o contagio de un paciente a otro, por manipulación incorrecta de muestras o flujos, siendo el personal de salud un agente vector de tal transmisión, infección o contagio por no aplicar apropiadamente las medidas de bioseguridad (Terol & Agra, 2018).

A nivel regional, en el Ecuador el Subsistema SIVE-Hospital/IAAS recoge información de las infecciones asociadas a la atención en salud en forma selectiva, integrada y oportuna, generada en las unidades de salud con servicio de internación, es decir un grupo seleccionado de fuentes de notificación del Sistema Nacional de Salud denominadas unidades centinela (MSP, 2019). El Ecuador actualmente ha establecido la vigilancia de trece eventos relacionadas a las IAAS, enmarcados en tres componentes principales, y al

realizar el comparativo con países vecinos el Ecuador presenta tasas elevadas en la neumonía asociada a ventilación mecánica 8.40/1000, seguido de un 2.40/1000 de Infección del Torrente sanguíneo asociado a vía central y 1,80/1000 de Infección del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente, lo que representa un gran reto para nuestro país en seguir fortaleciendo este subsistema y acciones para la prevención y control de EA (MSP, 2019).

Los eventos de IAAS vigilados y comparativo de densidad de incidencia del Hospital General Docente de Calderón en la UCI adultos presenta tasas elevadas: de 2.50/1000 de infección del Torrente sanguíneo asociado a vía central en el año 2019 y una tasa de 2.30/1000 en el año 2020, seguido de un 11.20/1000 en neumonía asociada a ventilación mecánica en el año 2019 y una tasa de 6.20/1000 en el año del 2020, para la Infección del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente un 2.00/1000 para el año 2019 y una tasa de 1.10/1000 para el año 2020, (HGDC, 2018).

Según Aguirre & Vázquez (2006) algunas de las causas de los EA con frecuencia se sitúan en procesos deficientes de la micro gestión o gestión clínica, que representan daño para la salud del paciente, que pueden tener consecuencias graves para la salud, la integridad o la vida del paciente. Este estudio hace énfasis en que los EA pueden presentarse sin que esté de por medio un error médico, sino por fallas en la estructura y en los sistemas, incluyendo recursos físicos y tecnológicos, en el mantenimiento, organización, comunicación, personal y su competencia, capacitación, procesos no estandarizados, falta de supervisión y otros, tales como (pág. 199):

### **Fallas en la estructura**

- Deficiencias en el entorno: factores ambientales.
- Diseño arquitectónico inadecuado.
- Diseño de servicios inseguros.
- Equipo insuficiente.
- Fallas en el equipo.
- Mantenimiento insuficiente.
- Personal insuficiente.
- Deficiente capacitación del personal.
- Medicamentos insuficientes o de mala calidad.

## **Fallas en el proceso**

- Cultura de la organización:
- Diseño organizacional inadecuado.
- Deficiencias en los sistemas.
- Procesos no estandarizados.
- Carencia de sistemas de alarma.
- Deficiencias en la coordinación del personal.
- Deficiencias en la comunicación entre el personal.
- Deficiente comunicación con la familia.
- Deficiente comunicación con el paciente.
- Falta de supervisión.
- Vigilancia no profesional o insuficiente.
- Presencia de personal extraño.

## **Proceso de la atención médica:**

- Identificación deficiente del paciente.
- Relación médico-paciente deficiente.
- Registros deficientes en el expediente clínico.
- Disponibilidad de información insuficiente.
- Riesgos del procedimiento.
- Medidas de seguridad insuficientes.
- Protección insuficiente en traslados.

## **Competencia profesional insuficiente:**

- Carencia de guías clínicas.
- Razonamiento clínico inadecuado.
- Criterios clínicos incorrectos.
- Desatender a la medicina basada en evidencias.
- Conocimientos médicos no actualizados.
- Falta de experiencia.
- Fatiga.
- Prisa.
- Exceso de confianza.

- Falta de conciencia de los riesgos.
- Falta de aceptación de las limitaciones propias.

**Factores inherentes al paciente:**

- Falta de información.
- Desconocimiento de sus problemas.
- Participación insuficiente del paciente y la familia.
- Intolerancia a medicamentos o material de curación.
- Alergia no conocida a medicamentos.
- Idiosincrasia a medicamentos.
- Negativa a colaborar en su atención.

Por otra parte, en un estudio multicéntrico realizado en siete UCI en la ciudad de México se resalta los factores causantes de los EA, el evento identificado con mayor frecuencia fue el relacionado con el cuidado (30.7%). Dentro de este destacan los que no son realizados correctamente (19.7%) y las úlceras por presión (13.9%); el segundo lugar los referentes a la vía área (22.6%), principalmente la extubación no programada; le siguen los procedimientos (16.1%), de manera específica los que estuvieron realizados inadecuadamente (28.0%) y la falta de monitorización (18.0%); los incidentes con catéteres, sondas y tubos (13.9%) están en cuarto lugar, dentro de estos la retirada accidental de catéter venoso central ocupa el 40.7%; finalmente se identifica que el 11.7% de los EA estaban asociados con la medicación y las soluciones parenterales, observándose que más del 50% estuvo ligado a la administración (vía, hora, paciente, dosis, entre otros), el 15% a la prescripción y el 8% a la preparación, transcripción y administración. De acuerdo con la percepción del profesional de enfermería relacionada con la evitabilidad del EA, se reporta que en el 75% de los casos se pudo haber evitado. Entre los factores que están más ponderados está la falta de supervisión (62.8%), no adhesión a protocolos (57.7%), falta de habilidades en el personal (36.5%), presión por el tiempo y la falta de atención, distracción, preocupación, sobrecarga, aburrimiento de los profesionales de salud, tales como la fatiga y el estrés el (35%). Finalmente, cuando se observa la severidad de los EA, provocó daño en el (51.1%) y estuvieron vinculados con invalidez temporal o permanente, o con la muerte del paciente (Zárate et al., 2015).

Por otra parte, según Rodríguez et al. (2016) tenemos los factores que influyen en la omisión del reporte de los incidentes y EA: “El formulario es demasiado complicado y requiere mucho detalle” (28 %); “nunca recibo información sobre las medidas que se tomaron sobre el evento o si se retroalimenta al personal” (25 %); “Estoy preocupado por las medidas disciplinarias” (23%); “Estoy preocupado por los problemas que se puedan generar si reporto”(23 %); “Si se discute el caso con la persona involucrada, implica más trabajo” (22 %) y “Mis compañeros de trabajo pueden ser poco solidarios” (21 %). Sumado a lo anterior se argumenta las causas del no reporte de los eventos adversos, según Burbano et al. (2013) se identifica, “el temor a las consecuencias después del reporte”, admiten que una acción aplicada después de un reporte es la búsqueda de culpables. De la muestra el 72% cree que no se realiza reporte de EA por temor; el factor “creencias” repercute en gran medida para tomar la decisión de reportar. Además, todos los grupos focales coincidieron en que la institución promueve el reporte como una actividad por cumplir, sin resaltar los beneficios de hacerlo; planteando que tras la palabra evento adverso, está el rótulo de “quién tuvo la culpa”. El nivel de resistencia al reporte de los E.A fue mucho más notable en el grupo de profesionales médicos que en el grupo de enfermería; exponen “el reportar en ocasiones, hace que nuestros posteriores manejos se cuestionen incluso por nuestros propios colegas”, “para nadie es nuevo el pensar que los eventos adversos son errores y a veces pone en tela de juicio el profesionalismo”, “reportar es como gritar que cometimos un error”, y que no existe confidencialidad al momento de reportar un EA (Burbano et al., 2013).

En el Hospital Docente de Calderón, en la UCI, la micro gestión en salud o gestión clínica en enfermería no se encuentra establecida, si bien el determinante de acción como el manual de seguridad del paciente, es de aplicación obligatoria en todo el Ecuador, de acuerdo a entrevistas realizadas al personal de enfermería no se aplica en la atención al paciente, lo que pone en vulnerabilidad al paciente crítico. Respecto al estado situacional referente a la seguridad del paciente de la UCI en una entrevista a la Jefa de la Subdirección de Enfermería y al líder de proceso de la UCI, coinciden en la importancia de contar con mejoras en la gestión de enfermería con el fin de disminuir los EA, reconociendo un alto índice de estos, registrados como son las IAAS, y otros que no son registrados pero tiene incidencia en la unidad de terapia intensiva como son, retiro accidental de drenajes y catéteres, la administración y manejo errado de medicación, un manejo erróneo de las bombas de infusión, transporte de pacientes críticos sin

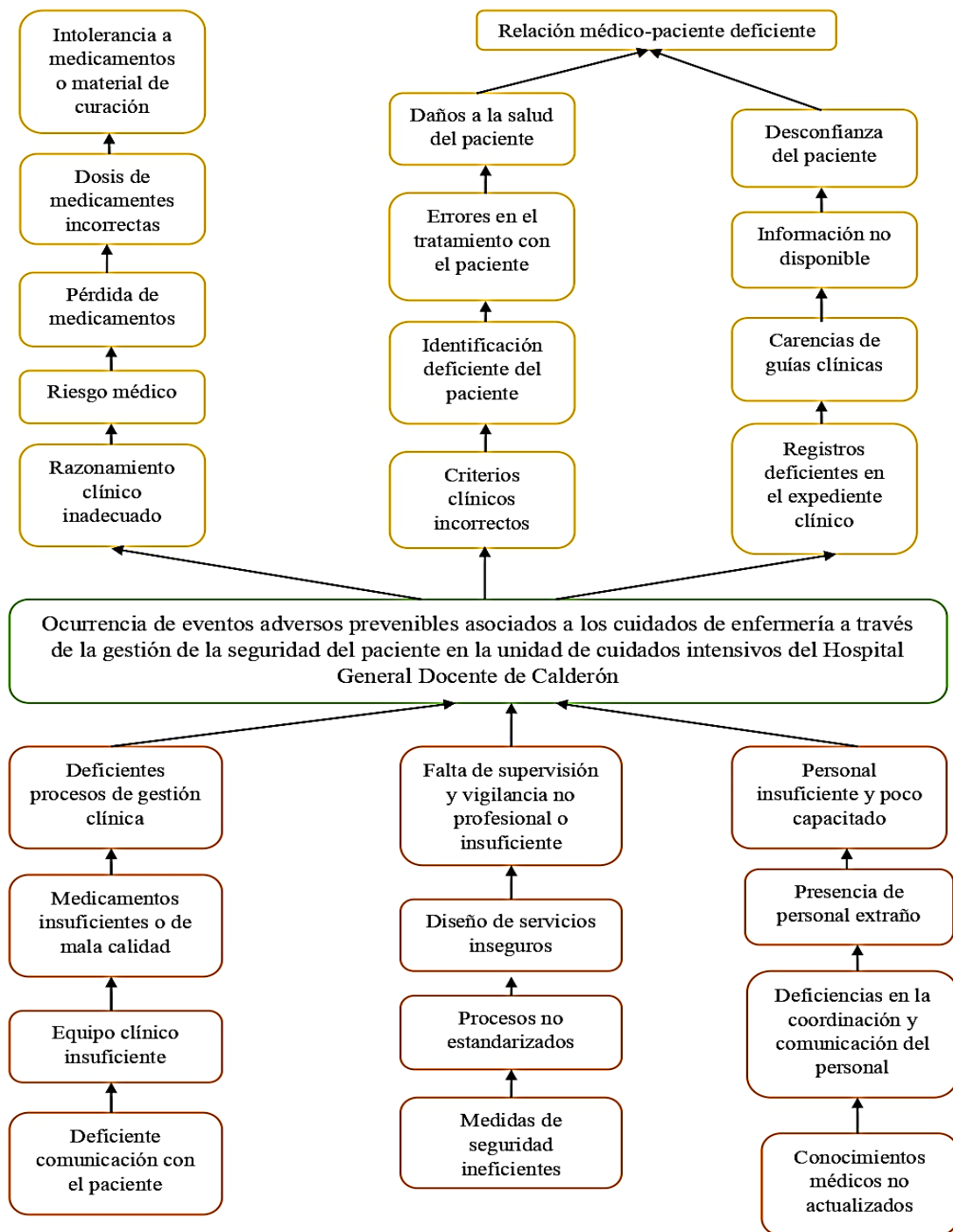
monitorización, caídas, lesiones por presión, entre otros EA, siendo muy importante su prevención y reporte oportuno así también la mejora en el ámbito de la gestión clínica y la seguridad del paciente enfocados desde el cuidado.

La resolución del problema de gestión clínica en el cuidado de enfermería determina un impacto en costos económicos, de recursos humanos, tecnológicos y costos personales. Según Schmunis et al. (2008) los EA retrasan el alta de los pacientes, aumentan los costos de su atención, resultan en un mayor número de exámenes de laboratorio y diagnóstico, aumentan los costos de la prevención y control de infecciones, tanto en términos de investigaciones epidemiológicas como de tiempos médico, de enfermería y administración. Los EA repercuten significativamente en los costes asistenciales. En América latina, los EA en específico las IAAS generan un aumento importante de los costos de la atención médica. Por ejemplo, los costos de la atención en las UCI por concepto de día cama atribuibles a infecciones nosocomiales se estimaron en \$1.233.751 y \$1.741.872 en dos hospitales de Argentina (2006); \$40.500, \$51.678 y \$147.600 en tres hospitales de Ecuador (2006); \$1.090.255 en un hospital de Guatemala (2005); para el año indicado entre paréntesis (Schmunis et al., 2008).

Estos datos evidencian que existe un problema que puede ser abordado desde la gestión clínica en el cuidado de enfermería y de la seguridad del paciente, representa un desafío de mejora continua para la organización de la UCI, cuya intervención permite reducir los costes asistenciales y facilita contar con importante ahorro financiero a la institución, se reduce el daño al paciente, se incrementa de la satisfacción de la atención del paciente y su familia reduciendo quejas y denuncias, de esta manera lograr resultados positivos para la institución y los pacientes.

Una parte de los EA se puede prevenir al instaurar un programa de gestión clínica; por consiguiente, un programa de mejora y prevención puede reducir sustancialmente los costos de la atención sanitaria y lo que es más importante, la morbilidad y mortalidad asociada a los EA.

**Figura 4.** Árbol de problemas Hospital General Docente de Calderón.



*Nota.* La figura muestra la relación entre las causas, el problema principal y sus efectos.

**Fuente:** Hospital General Docente de Calderón 2020

## **1.4. Formulación del problema**

Ante esta problemática parte la pregunta de investigación que guía el desarrollo de la investigación.

¿Cómo disminuir los eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería a través de la gestión de la seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Docente de Calderón?

### ***1.4.1. Sistematización del problema***

- ¿Qué prácticas seguras cumple el profesional de enfermería al momento de brindar el cuidado en la UCI del hospital docente de Calderón?
- ¿De qué forma se desarrolla la gestión de la seguridad del paciente para el cuidado de enfermería en la UCI del hospital docente de Calderón?
- ¿Qué herramientas de micro gestión garantizan la seguridad del paciente para el cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente de Calderón?

## **1.5. Objetivos**

### ***1.5.1. Objetivo General***

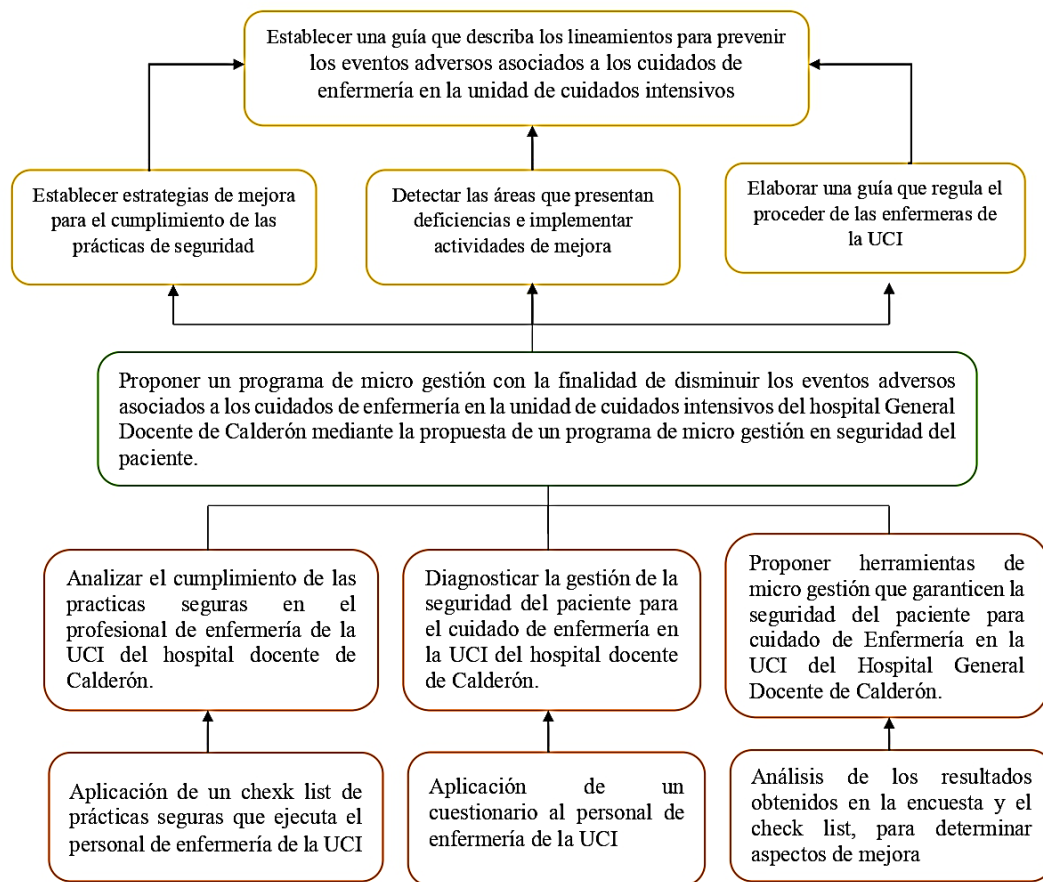
Proponer un programa de micro gestión con la finalidad de disminuir los eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital General Docente de Calderón mediante la propuesta de un programa de micro gestión en seguridad del paciente.

### ***1.5.2. Objetivos Específicos***

- Analizar el cumplimiento de las prácticas seguras en el profesional de enfermería de la UCI del hospital docente de Calderón.
- Diagnosticar la gestión de la seguridad del paciente para el cuidado de enfermería en la UCI del hospital docente de Calderón.
- Proponer herramientas de micro gestión que garanticen la seguridad del paciente para cuidado de Enfermería en la UCI del Hospital General Docente de Calderón.

A continuación, se presenta el árbol de objetivos para una mejor comprensión de los resultados a alcanzar.

**Figura 5.** Árbol de objetivos



*Nota.* La figura muestra la relación entre el objetivo general, específicos, los medio y resultados.  
Fuente: Hospital General Docente de Calderón

## 1.6. Justificación

Una dimensión esencial de la calidad en la gestión hospitalaria es la seguridad, lo que implica desarrollar estrategias para reducir el daño por comisión u omisión al paciente, en relación con la asistencia sanitaria.

La competencia del profesional de enfermería en UCI tiene gran magnitud en la prevención de la ocurrencia de los EA, la responsabilidad con la atención al enfermo crítico y en la protección a los pacientes, con acciones que garanticen prácticas seguras, a partir de la concepción de la seguridad del paciente como garantía de los individuos de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño cuando transitan por la UCI o por cualquier área de la asistencia sanitaria.

En este contexto y ante la búsqueda de una cultura de seguridad del paciente y la calidad de atención, esta investigación permite la identificación el tipo y frecuencia de los incidentes y eventos adversos derivados del cuidado de enfermería en la UCI, con el fin de prevenirlos y notificarlos de forma oportuna. Además, se logra identificar elementos claves de la seguridad del paciente que minimicen el riesgo para los pacientes, asegurando su protección e integridad física, así también evitando la prolongación de su estadía y disminuyendo los índices de la morbimortalidad de los pacientes una vez ingresados en la UCI del Hospital General Docente de Calderón.

En cuanto a la institución, esta se ve favorecida tanto al lograr la evolución satisfactoria de los pacientes, así como la mejora de su imagen corporativa ante la sociedad. En paralelo, se disminuyen los gastos emergentes (organizativos, sociales, económicos y familiares) de la atención a los pacientes que sufran EA.

Asimismo, los conocimientos que genere este estudio pueden ser utilizados en otras investigaciones similares, y sus resultados permiten identificar otros factores de riesgo que en este momento resulten desconocidos.

En cuanto a la factibilidad la institución demuestra interés en el desarrollo de la temática en vista que existe experiencia de otros países los cuales han logrado trabajar en el área temática determinando beneficios de intervenciones.

## **2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1. Gestión de la salud**

Gestión en Salud es el conjunto de métodos y estrategias que facilita el trabajo en los diferentes niveles de los servicios sanitarios para la promoción, prevención y recuperación de la salud. La gestión de la salud abarca tres niveles: macro gestión, meso gestión y micro gestión. De un adecuado funcionamiento de cada uno de estos niveles, así como de su correcta interacción, dependen la calidad de las prestaciones y los resultados sanitarios (Servicio Andaluz de Salud, 2003).

La macro gestión compete a los gobiernos, definiendo las políticas de salud, impactan sobre la salud regulando acerca del ambiente (espacios verdes, ciclovías, iluminación pública) y otras variables (alimentos saludables, actividad física, espacios libres de humo de tabaco), con lo que es posible prevenir la aparición de las enfermedades crónicas (Servicio Andaluz de Salud, 2003).

La meso gestión se desarrolla por las instituciones sanitarias públicas y privadas. Es coordinar y motivar a las personas y hacer el mejor uso de los recursos de que se dispone, asumiendo la responsabilidad de lo que se gasta y de los resultados que se consiguen (Servicio Andaluz de Salud, 2003).

### **2.2. Micro gestión o Gestión clínica**

La micro gestión o gestión clínica, vinculada directamente con los pacientes, siendo su disciplina fundamental la medicina, es la gestión que se desarrolla en la práctica clínica cotidiana. La gestión clínica, parte de que los profesionales de la salud asignan el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, tomadas en condiciones de incertidumbre, aspirando recuperar la salud de los pacientes, dentro de lo posible. Las decisiones directas sobre cada paciente las adopta el médico, la enfermera, trabajando por separado o en equipo (Ortún, 1999). Así el Servicio Andaluz de Salud (2003) define a la gestión clínica como “Todas las actuaciones conscientes de mejora que emprende un equipo clínico sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con sus pacientes” (p. 9).

Por su parte Sandoya (2008) define a la gestión clínica como una

Estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención médica, sustentados en la mejor evidencia científica del momento, con la participación del equipo de salud en la toma de decisiones. El fin es procurar atención médica efectiva, eficiente y de alta calidad con miras a lograr resultados positivos desde la perspectiva individual y social, así como procurar una mayor equidad y accesibilidad a los servicios de salud (p. 51).

A la vez Contreras (2005) afirma que “La gestión clínica es el uso más adecuado de los recursos humanos, profesionales, materiales, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de las y los usuarios” (p. 25).

Con el paso del tiempo, el profesional en Enfermería ha ido construyendo una serie de objetivos que dirigen el quehacer diario de la gestión clínica como: mejorar la calidad de la práctica clínica, mediante la incorporación de la evidencia científica disponible, que asegura el mejoramiento de la calidad global en los procesos; orientar el proceso en la toma de decisiones clínicas oportunas, en beneficio del paciente y propiciar el empleo adecuado de las tecnologías médicas (Contreras, 2005). Frecuentemente, el uso de las tecnologías es excesivo, por consiguiente, se expone a los pacientes a procedimientos, diagnósticos y terapias que no implica beneficio idóneo ni un trato personalizado. La gestión en Enfermería debe garantizar una atención integral con las mejores condiciones, dentro del menor tiempo posible.

Los objetivos de la gestión clínica según Contreras (2005)

Abarcan tres aspectos fundamentales; el primero es ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad), acordes con la mejor evidencia científica del momento, que haya demostrado capacidad para cambiar, de modo favorable, el curso clínico de la enfermedad y la calidad de vida (eficacia), considerando los menores inconvenientes y costos tanto para el paciente como para el conjunto social (eficiencia) (p. 25).

### **2.3.Bioética y seguridad del Paciente**

Según Ferro et al., (2009) la gestión clínica se basa en tres principios conceptuales:

- Beneficencia: procurar el bien de los pacientes, no hacer daño, ni obtener el beneficio propio.
- El principio de Autonomía: exige el respeto a la capacidad de decisión de los pacientes, y el derecho a que se respete su voluntad, individuo, dueño absoluto de sus decisiones, con la capacidad y la información adecuada que se adoptan con respecto a su propio cuidado.
- Equidad o Justicia: asociado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual surgen múltiples responsabilidades, como llevar a cabo una oportuna asignación de los recursos, brindar a cada paciente el nivel de atención pertinente, y dotar de los recursos esenciales para garantizar una o adecuada atención de salud (p. 26).

Estos principios conceptuales de la gestión clínica se vinculan con los cuatro ejes de acción del ejercicio del profesional de enfermería: atención directa, administración, investigación y educación, fundamentos para alcanzar la excelencia en enfermería y obtener los mejores cuidados posibles de salud para los pacientes. El profesional en enfermería procede como oferente y demandante de servicio. Es una figura clave en el proceso de gestión, toma todas las decisiones, en momentos diversos, con el paciente o en su nombre, incide en forma directa en el proceso de mejorar la calidad de vida y en la seguridad de paciente (Contreras, 2005).

### **2.4.Gestión de la Calidad de la atención**

La gestión de calidad, es una totalidad de acciones y herramientas que tienen como objetivo prevenir posibles errores o desviaciones en el proceso de producción, en los productos o servicios. Así que, no se quiere identificar los errores cuando ya se han producido, sino que se deben evitar antes de que ocurra (ISO:9001, 2015).

En salud, la gestión de la calidad conlleva una serie de procesos correlacionados, que se efectúa mediante un trabajo en equipo, de corte multidisciplinario: desde la función directiva de planificación estratégica y toma de decisiones oportunas, hasta la función operativa encargada de realizar los procesos organizativos o logísticos, todo bajo una misma consigna: la satisfacción del usuario. Los pacientes son el eje hacia quienes se

debe dirigir todos los esfuerzos, pues ellos son la razón de ser, el núcleo del personal que se desempeña en el área de salud. Fomentar la calidad denota hacer las cosas bien. Dentro de esta noción se integra, la seguridad del paciente, entendida como la toma de conciencia de la necesidad de seguir procedimientos que prevengan el daño en el paciente que, en ocasiones, puede ser irreversible (Mina, 2019).

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos demostrativos. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades (OMS, 2020).

Por su parte la Organización Mundial de Salud\_(2020) define:

"La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que cualquier persona desee, aunque, por lo general, es un reflejo de los valores y objetivos actuales en el sistema de atención médica y en la sociedad en general de la que forma parte (Donabedian, 1966). La calidad de atención tiene su mayor exponente en la seguridad del paciente ante los EA. La presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas del cuidado de enfermería y constituyen elementos esenciales de la atención de salud, a través de la cual es posible proveer protección, confort y apoyo libres de amenazas a la integridad de los pacientes. La seguridad del paciente posee en su *ethos* analítico la prevención y la reducción y/o ausencia de riesgo o daño a la vida (Ramirez et al., 2013).

La gestión de la calidad en salud, es la aplicación de los estándares que regulan los procesos de dirección y control en lo referente a la calidad de atención, e incluye diversos procesos interrelacionados: desde la función directiva de planificación estratégica y toma de decisiones oportunas, hasta la función operativa, responsable por los procesos organizativos o logísticos. Todo esto se ejecuta desarrollando un trabajo en equipo, buscando la satisfacción del cliente (Mina, 2019). Por otra parte, la calidad de la atención en salud se puede medir en términos de resultados, medidos como las mejorías esperadas en el estado de salud del paciente. Esto se traduce no solo en la recuperación plena de la dolencia o malestar por el que ingresara a un servicio de salud, sino, también, en que su estadía sea una experiencia grata y satisfactoria (Donabedian, 1966).

## **2.5.Eventos adversos**

Un evento adverso (EA) son lesiones o complicaciones no intencionales que ocurren durante la atención en salud, estas no se encuentran relacionadas con la enfermedad de fondo; es decir el daño causado es el resultado de las condiciones generales del sistema, de infraestructura o del manejo del personal sanitario y no de una enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y al incremento de los costos (Parra et al., 2012).

Además, los EA no solo tiene impacto en el paciente y su familia, dado por las lesiones físicas o el daño psicológico que producen, sino que además provocan “estrés postraumático, depresión, inicio de ejercicio profesional a la defensiva, costos en el patrimonio y en el buen nombre” en los profesionales de la salud responsables de estas situaciones, asimismo inciden en el factor económico y financiero del sistema de salud por los costos que representan la atención de los mismos (entre 17 y 29 billones de dólares al año) y por último influye en la pérdida en la credibilidad de la sociedad en la calidad de los servicios de salud cuando estas situaciones se hacen públicas (Bartlett et al., 2008).

Un evento adverso es la parte visible del iceberg de los problemas de seguridad del paciente. A la vez, un resultado negativo es la última fase de un proceso que ha comenzado con la interacción de múltiples factores. Tomando como referencia el modelo del queso suizo de Reason (2000), detrás de los EA pueden existir fallos del sistema o condiciones latentes que favorecen su ocurrencia; características personales del paciente tales como la edad, gravedad, comorbilidad; y también, posibles errores del equipo

asistencial como; comunicación deficiente, falta de supervisión, formación inadecuada, técnica inapropiada, monitorización deficiente.

En la historia natural de un evento adverso pueden diferenciarse una serie de momentos y etapas determinantes (Reason, 2000):

- Antes y después de que las personas cometan errores.
- Antes y después de que actúen las barreras del sistema.

Por su parte, la prevención de los eventos adversos, tiene una triple finalidad:

- Disminuir el riesgo de que aparezcan.
- Abordarlos precozmente para disminuir su evolución y mitigar las consecuencias.
- Evitar su reaparición y reducir su impacto.

Un EA, en pocas palabras, es el resultado de una atención en salud que produce un daño sin intención de causarlo. Los EA tiene cinco categorías principales: 1) características de los eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales, 2) implicaciones de la ocurrencia de eventos adversos, 3) medidas para la prevención de eventos adversos, 4) notificaciones de los eventos adversos, y, 5) los factores intervinientes y el conocimiento y la cultura de la seguridad. Ante este panorama general, el conjunto de eventos adversos, a su vez, pueden ser prevenibles o no prevenibles. Un EA prevenible es el resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. El EA no prevenible, en cambio, es el resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (Minsalud Colombia, 2014).

En tanto, los EA en unidades de terapia intensiva son las lesiones sufridas por los pacientes durante su permanencia en la unidad referida, que pueden afectar más que las complicaciones de la propia enfermedad, y que puede prolongar la estancia hospitalaria, y forzar diagnósticos o precisar tratamientos a los originalmente requeridos, derivando en secuelas al alta o relacionarse con el fallecimiento del paciente (Terol & Agra, 2018). Los EA más notificados en las UCI adultos son los que suceden cuando hay una mayor intervención en el paciente. Un personal de salud con déficit de conocimientos e insuficiente preparación condiciona la ocurrencia de EA. La aparición de estos EA pone

en peligro la vida de los pacientes, ya que agrava su estado, produce sobre costo asistencial y ocasiona sobrecarga laboral y afectiva en el profesional. En el 2012 se reportan 130 (25 %) casos de EA; siendo la UCI el segundo servicio con mayor número de eventos, después de Hospitalización. Las tres primeras causas de EA fueron: la infección nosocomial, con un 25 %; las lesiones por presión, con un 18 %, y la neumonía asociada a ventilación mecánica, con un 16 % (Villarreal et al., 2014).

En Europa, se incide bastante en la capacitación continua del personal sanitario, así como la actualización constante de los directivos en la medición de satisfacción del paciente y su familia, especialmente en los hospitales de segundo y tercer nivel. Con estas y otras medidas, los EA en los diferentes centros de salud tienden a reducirse en el tiempo, siendo la meta común su desaparición (Agra et al., 2015).

## **2.6. Seguridad del paciente**

La Seguridad del Paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia sanitaria, es un componente esencial de la calidad en la atención en salud, de hecho, no se puede hablar de calidad de la atención sin un enfoque centrado en la seguridad del paciente, mismo que en la actualidad se considerarse una temática primordial en la práctica sanitaria (MSP, 2016). La calidad y seguridad en la atención de los pacientes instauran una obligación técnica y ética de quienes proveen el servicio de salud, mediante la transparencia de los procesos y resultados de las acciones que aplican los sistemas de salud.

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que aparece con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la asistencia sanitaria (OMS, 2019). La seguridad del paciente es un principio fundamental, dentro de la atención en salud. Existe cierto grado de riesgo característico de cada paso en el proceso de atención sanitaria. Los EA pueden estar relacionados con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema (Sally & Charles, 2004).

Como primer punto, se tienen los factores contributivos, es decir, las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son (Minsalud Colombia, 2014):

- **Paciente:** un paciente que, con su actitud o su personalidad, contribuye al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** el equipo de salud que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones del MSP, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

## 2.7. Gestión clínica y seguridad del paciente

Así como se ha señalado la calidad es el grado de aproximación entre lo que un cliente espera, en función de sus expectativas y necesidades con la atención que recibe, mediante el conocimiento, tecnología y recursos disponibles (Agra et al., 2016). En este sentido, la gestión clínica comprende en tomar las mejores decisiones en el día a día de la atención en salud. Es decir, entre otros aspectos realizar una “buena medicina” caracterizada por los siguientes rasgos:

- Estar científicamente fundada, lo que significa realizar una práctica fundamentada en la mejor evidencia y los mejores resultados tanto en cuanto a eficacia como a efectividad clínica y seguridad.
- Estar centrada en el paciente, lo que implica un trato personalizado, adecuado a sus valores y con la meta de lograr decisiones compartidas.
- Desarrollarse de acuerdo a los principios de la política sanitaria, entre los que destacan de equidad, eficiencia y accesibilidad.
- Adecuarla a las necesidades del paciente evitando tanto la omisión de acciones necesarias como la sobreutilización de técnicas diagnósticas y tratamientos de escaso o nulo valor para el paciente.

De acuerdo con la estrategia de la seguridad del paciente del sistema nacional de salud (Agra & Remón, 2016), entre las labores dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, se puede destacar la implementación y evaluación de la gama de actuaciones consideradas como prácticas seguras tales como las siguientes:

- Procedimientos de identificación inequívoca del paciente.
- Comunicación efectiva entre profesionales.
- Conciliación de medicación.
- Higiene de manos.
- Mantenimiento de los niveles de competencia profesional a través de la formación y una actitud dirigida a aprovechar los errores como oportunidades de mejora.
- Supervisión de tareas complejas por profesionales especializados y con experiencia.
- Utilización de soluciones tecnológicas sencillas como listados de verificación, bundles, dispositivos a prueba de errores, alarmas.

En este aspecto cabe resaltar las contribuciones conceptuales e inspiradoras que han realizado (Vítolo, 2016) y (Delgado, 2012) con los conceptos de la triple meta en la atención de la salud que hace referencia a la búsqueda simultánea, en todos los sistemas de salud, de tres grandes objetivos:

- La mejor salud posible de la población.
- La mejor asistencia para los pacientes, es decir, una prestación de servicios en atención en salud orientados a mejorar la experiencia de los pacientes y los mejores resultados clínicos y preventivos.
- A un coste justo y sostenible mediante la optimización de la gestión de los recursos.

Dicho de otro modo: "la mejor asistencia para los pacientes, la mejor salud de la población a un coste sostenible" (Delgado, 2012).

## **2.8.Prácticas seguras**

Evidenciando la dimensión y la trascendencia de los daños vinculados con la atención de salud se ha generado múltiples estudios para dar soluciones a los problemas de seguridad, fundamentadas en la mejor evidencia científica y la viabilidad de las mismas. Siendo prioridad para diferentes organizaciones e instituciones la seguridad del paciente, surge el concepto de prácticas segura también llamadas buenas prácticas. “Se entiende por prácticas seguras aquellas intervenciones o estrategias de actuación orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente” (Remon & Aranz).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016) publicó el Manual Seguridad del Paciente- Usuario que es de aplicación obligatoria en todo el Ecuador. En este manual se describe cuáles son los requerimientos que deben cumplir todas las instituciones de servicio de salud para mejorar la seguridad del paciente, siendo su objetivo principal establecer y estandarizar lineamientos, procedimientos y herramientas técnicas, que permitan garantizar la seguridad del paciente en los procesos de atención en todos los establecimientos de salud del Ecuador.

### ***2.8.1. Listado de prácticas seguras según el Manual Seguridad del Paciente-Usuario***

- Prácticas seguras administrativas
  - Identificación correcta del paciente
  - Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos
- Prácticas seguras asistenciales
  - Control de abreviaturas peligrosas
  - Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo

- Control de electrolitos concentrados
- Conciliación de medicamentos
- Administración correcta de medicamentos
- Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos
- Profilaxis de tromboembolismo venoso
- Prevención de úlceras por presión.
- Prácticas seguras administrativas/asistenciales
  - Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente
  - Prácticas quirúrgicas seguras
  - Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición
  - Manejo correcto de las bombas de infusión
  - Higiene de manos
  - Prevención de caídas
  - Educación en seguridad del paciente

### **3. DESARROLLO METODOLÓGICO**

#### **3.1.Contexto**

La presente investigación es de tipo descriptivo; que según Baena (2017) enfatiza la explicación de las características y atributos del fenómeno proporcionando información objetiva y precisa, pero no discute las variables responsables de una situación. Además, no se puede medir el efecto de una variable en particular; solo se puede describir. Por lo tanto, no se puede utilizar para describir la relación de causa y efecto entre las variables. Es así, que este estudio se ajusta a este tipo de investigación, puesto que mediante el análisis de los resultados se pretende dar una explicación lógica de las características necesarias para la elaboración del programa de micro gestión, tales como los procedimientos, las acciones, los responsables y los recursos necesarios.

De igual manera, este estudio corresponde a un diseño no experimental-transversal, que es utilizado cuando no se requiere determinar la causa y efecto en particular de un tema, pero se quiere comprender el tema a profundidad en un solo punto en el tiempo. Los participantes en este tipo de estudio se seleccionan en función de factores particulares de interés (Cohén & Gómez, 2019). Es decir, el programa de micro gestión se aborda de manera que el investigador no modifica de ninguna manera la situación actual del hospital, sino por el contrario observa esa situación y recopila información con la finalidad de diseñar un programa de micro gestión que permita disminuir los eventos adversos que se puedan presentar en los cuidados de enfermería.

Cabe resaltar que la investigación tiene un enfoque mixto; que según Carhuancho et al. (2019) es la combinación de los métodos cualitativos y cuantitativos, puesto que se tabulará información numérica que se interpretará de forma cualitativa.

Puesto que el programa de micro gestión tiene que proporcionar las instrucciones necesarias, sino que también debe emplear diferentes técnicas y estilos de gestión para impulsar a su equipo hacia la realización del objetivo establecido. Estas técnicas incluyen la planificación efectiva, la creación de una visión, la instrucción y la dirección de las partes involucradas. Además, con la implementación del programa de micro gestión se busca la inclusión de la experiencia de los niveles de conocimientos especializados impartiendo un sentido de dirección a sus subordinados de forma continua. También, se puede brindar un mejor apoyo y retroalimentación constante al personal de enfermería y

se garantiza una mejor sinceridad en el equipo al impulsar interrelaciones efectivas entre el personal.

Tomando en cuenta lo anterior la ejecución de una investigación mixta cobra sentido al analizar información numérica obtenida de las encuestas realizadas a las enfermeras de la UCI del Hospital General Docente de Calderón, y se presenta un análisis cualitativo que da como resultado la propuesta de micro gestión, que toma en consideración el cuidado integral del paciente y el cumplimiento de los objetivos del área de enfermería.

La ética en la investigación es importante para la integridad científica, los derechos humanos y la dignidad, y la colaboración entre la ciencia y la sociedad. Estos principios aseguran que la participación en los estudios sea voluntaria, informada y segura para los sujetos de investigación. Además, equilibra la búsqueda de objetivos de investigación importantes con el uso de métodos y procedimientos de investigación ética.

Para lo cual se han aplicado los siguientes aspectos éticos: la participación voluntaria que significa que todos los sujetos de investigación son libres de elegir participar sin ninguna presión, el consentimiento informado que se refiere a una situación en la que todos los participantes potenciales reciben y entienden toda la información que necesitan para decidir si desean participar, el anonimato que es el respeto a que los participantes no revelen su identidad, la confidencialidad que es toda la información de identificación del participante en el informe, luego está la comunicación de resultados haciendo que estos sean lo más transparentes posible y evitar el plagio que busca evadir copiar el trabajo de otra persona sin el crédito adecuado equivale a robar.

### 3.2.Participantes

Según Quinteros y Velázquez (2020) la población de estudio es la totalidad de elementos que califican para su inclusión en la investigación. Por lo mismo, la población de esta investigación está compuesta por 282 enfermeros que laboran en el HGDC, tal como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1.** Población de investigación

<b>Cargo</b>	<b>Cantidad</b>
Enfermero/a 3	237
Enfermero/a 4	35
Enfermero/a 4	10
<b>Total</b>	<b>282</b>

*Nota.* Adaptado de “Plan Estratégico 2018-2022”. **Fuente:** Hospital General Docente de Calderón (2018).

Para la selección de la muestra se aplicó un muestreo por conveniencia con el criterio de inclusión de encontrarse en el área de UCI del HGDC, siendo la muestra de esta investigación 37 profesionales de enfermería. A esta muestra se aplicaron las técnicas de investigación, a fin de analizar la situación de los participantes, conocer las deficiencias en las prácticas de seguridad y cuidado del paciente, tal como se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 2.** Muestra de investigación

<b>Cargo</b>	<b>Cantidad</b>
Enfermero/a 4	3
Enfermero/a 3	34
<b>Total</b>	<b>37</b>

**Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

Entre las características de la muestra se incluyen:

- Que sean enfermeros o enfermeras
- Que laboren en el Hospital General Docente de Calderón
- Que actualmente pertenezcan en la UCI del hospital

En el proceso de recolección de información una de las mayores preocupaciones fue las no respuestas, para lo cual se les solicito a los enfermeros su apoyo y colaboración al contestar todas las preguntas. Teniendo como resultado final que la totalidad de encuestas presentaron un 100% de contestación.

### **3.3.Materiales**

Para la recolección de información se utilizó un cuestionario que es un conjunto formalizado de preguntas diseñadas para obtener información de los encuestados o de los sujetos seleccionados para un estudio (La Madriz, 2019). Y la lista de chequeo que se define como una herramienta que garantiza la coherencia y la integridad en la realización de una tarea (Cohén & Gómez, 2019).

El cuestionario cuenta con un total de 32 preguntas de diferencial semántico, de selección múltiple; dicho cuestionario se basa en el Manual de Seguridad del Paciente emitido por Ministerio de Salud Pública (2016) y estuvo dirigido al personal operativo de la unidad de cuidados intensivos, específicamente profesionales de Enfermería.

Con la aplicación del cuestionario se identificó si los EA son derivados del cuidado de enfermería de la UCI del HGDC. Además, se valoró el nivel de seguimiento y aplicación de las prácticas seguras, por parte del personal de enfermería de la UCI del HGDC, es decir, se determina el nivel de cumplimiento de las 17 prácticas seguras detalladas en el Manual de Seguridad del Paciente – Usuario, mismo que es de aplicación obligatoria para todos los procesos de atención de salud, por todos los actores del Sistema de Salud Nacional.

La lista de chequeo permite identificar la existencia y las deficiencias de instrumentos y herramientas existentes en la unidad de salud. Fue aplicado al líder de enfermería con un total de 25 afirmaciones con opciones de respuesta Si y No; dichas afirmaciones están basadas en los tres tipos de prácticas seguras (Administrativas, asistenciales y administrativas/asistenciales) detalladas en el Manual de Seguridad del Paciente – Usuario emitido por MSP (2016).

Mediante este instrumento se realiza el diagnóstico de gestión en seguridad del paciente desde el enfoque administrativo y se verifica el cumplimiento de los diversos requisitos de cada una de las prácticas de seguridad, además de recopilar datos de forma sistemática y organizada con la finalidad de no omitir información que pueda comprometer los resultados.

Cabe resaltar que estas dos técnicas se complementan entre sí, y permiten obtener un diagnóstico basado en resultados confiables que dan respuesta a los objetivos de investigación planteados.

Este diagnóstico permite identificar la situación problemática, especificar las causas y efectos subyacentes, determinar cada facción involucrada para obtener información objetiva y se identifican las políticas de seguridad que se incumplen en los cuidados de enfermería de la UCI del HGDC.

Los resultados del diagnóstico permiten diseñar una propuesta orientada a las necesidades de los cuidados de enfermería de la UCI del HGDC, considerando múltiples alternativas puede mejorar significativamente las deficiencias encontradas, con la finalidad de que resolver el problema sin causar otros problemas imprevistos, todas las personas involucradas aceptan la alternativa, la implementación de la propuesta es viable y esta encaja dentro de las limitaciones del Hospital.

Para estos instrumentos no se realiza una evaluación de la validez, puesto que las afirmaciones se basaron en las 17 prácticas seguras detalladas en el Manual de Seguridad del Paciente – Usuario del MSP, mismo que es de aplicación obligatoria para todos los procesos de atención de salud, por todos los actores del Sistema de Salud Nacional. A fin de establecer la confiabilidad de la información recopilada se ha aplicado el alfa de Cronbach, que evalúa la magnitud en que los elementos o ítems de un instrumento están correlacionados, además, de identificar la fiabilidad se refiere a la consistencia de una medida, presentando un coeficiente de 0,891, es decir, un nivel de confiabilidad considerable. El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,70, considerando por debajo de este valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja, por otra parte el valor máximo esperado es 0,90; por encima de este valor se considera redundancia o duplicación.

Las instrucciones dadas a los participantes fueron, primero saludo y agradecimiento a los participantes, se les explica la finalidad de la investigación, se indica la Universidad a la cual pertenece, se les indica con de cuantas preguntas está conformado el cuestionario, que no existen respuestas correctas o incorrectas y que lo que interesa es saber cómo se siente, para finalmente, informarles que su participación es anónima.

Para la ejecución de la encuesta se entregó el formulario a los participantes y se les indico que respondieran de lo más sinceramente posible, se efectuaron 37 encuestas; mientras que la lista de chequeo fue efectuada directamente por el investigador para verificar de primera mano las diferentes actividades y la duración de las encuestas tuvo un promedio de 40 minutos. Finalmente, la ejecución de las encuestas y la lista de chequeo se realizó en las instalaciones del Hospital General Docente de Calderón.

Una vez que se concluyó el proceso de recolección de información, se procedió a la organización, tabulación y análisis de la información, que es presentada en forma de tablas y figuras, con su posterior interpretación. Este análisis de la información se ha realizado en Excel para crear la base de datos inicial y del programa estadístico SPSS que permite un análisis más complejo de la información e incluye un análisis de frecuencias que ha permitido establecer el número de ocurrencias de cada respuesta elegida por los encuestados, el análisis estadístico que facilitó la recopilación e interpretación de datos para descubrir patrones y tendencias.

### **3.4.Procedimiento**

El análisis que se va a aplicar es el prescriptivo, puesto que permite analizar lo que ha sucedido, por qué sucede y lo que puede suceder para determinar qué se debe hacer a continuación. En otras palabras, el análisis prescriptivo muestra cómo puede aprovechar mejor los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario y la lista de chequeo para diseñar una propuesta de programa de micro gestión.

El análisis prescriptivo es, sin duda, el tipo de análisis más completo, puesto que involucra un análisis descriptivo, aprendizaje automático, aplicación de métodos estadísticos y procedimientos inferenciales. Estos resultados se plasman en tablas, gráficas e interpretación y análisis de las frecuencias y porcentajes de datos.

El puente entre el diagnóstico y la propuesta es que el diagnóstico sirve como un primer paso en un proceso sistemático para identificar, evaluar un problema y explorar posibles soluciones. Mientras que la propuesta es un conjunto organizado de estas soluciones basándose en los hallazgos encontrados en el diagnóstico.

Además, la propuesta incluye los mecanismos de control y canales de retroalimentación que deben integrarse en la etapa de implementación de la propuesta. Esto permite el monitoreo continuo y las pruebas de eventos reales contra las expectativas. La resolución de problemas, y las técnicas utilizadas para obtener claridad, son más efectivas si la solución permanece en su lugar y se actualiza para responder a los cambios futuros.

## 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 4.1.Resultados

#### 4.1.1. Caracterización de la población

La muestra presenta las siguientes características: existe una predominancia del género femenino con un 81% y un 19% que representa al género masculino. En cuanto el intervalo de edad prevalece la edad de 31 a 38 años con un 43%, seguida por 23 a 30 años con un 41%. Finalmente, entre este conjunto se presenta una antigüedad en el trabajo de 5-6 años con un 41%, de 3 a 4 años con un 32%, mientras que de 1 a 2 años y de 7 años en adelante con un 14% Véase (Tabla 3).

**Tabla 2.** Características de la muestra de estudio

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
<b>Género</b>		
Hombres	7	19%
Mujeres	30	81%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>
<b>Edad</b>		
23-30 años	15	41%
31- 38 años	16	43%
39-46 años	2	5%
47- 54 años	3	8%
Más de 55 años	1	3%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>
<b>Antigüedad en el hospital</b>		
1- 2 años	5	14%
3- 4 años	12	32%
5-6 años	15	41%
7 años en adelante	5	14%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, en primer lugar, el género, luego la edad y por último los años de antigüedad. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

#### 4.1.2. Prácticas seguras en la UCI del Hospital General Docente de Calderón

La Tabla 4 muestra que el 62,2% de enfermeros conocen que, y cuáles son las prácticas seguras, pero existe un 37,8% que no; porcentaje que debe ser mucho más bajo, puesto que todo el personal debe conocer estas prácticas para mejorar el cuidado de la población.

**Tabla 3.** Conoce qué y cuáles son las prácticas seguras

<b>Conoce qué y cuáles son las prácticas seguras</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	23	62,2
No	14	37,8
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón(2022)..

La Tabla 5 muestra que el 89,2% de la muestra encuestada conoce cuántos son los sub tópicos en los cuáles se divide las prácticas seguras, pero existe un 10,8% que los conoce de manera general, lo cual se torna incongruente puesto que en la tabla anterior el 37,8% no las conocía.

**Tabla 4.** Conoce en cuántos sub tópicos se divide las prácticas seguras

<b>Conoce en cuántos sub tópicos se divide las prácticas seguras</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	33	89,2
No	4	10,8
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. Fuente: Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón.

La Tabla 6 presenta que el 62,2% de enfermeros no ha visibilizado errores en la identificación del paciente, mientras que el 37,8% si ha presenciado errores siendo un margen muy elevado tomando en consideración que los errores pueden perjudicar gravemente a los pacientes.

**Tabla 5.** Ha visibilizado errores en la identificación del paciente

<b>Ha visibilizado errores en la identificación del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	14	37,8
No	23	62,2
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 7 muestra que el 21,6% siempre y el 54,1% casi siempre realiza la verificación cruzada del paciente en toda acción que ejecuta; mientras que el 18,9% a veces y el 5,4% nunca realiza este proceso.

**Tabla 6.** Usted realiza la verificación cruzada del paciente en toda acción que ejecuta

<b>Realiza la verificación cruzada del paciente en toda acción que ejecuta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	8	21,6
Casi siempre	20	54,1
A veces	7	18,9
Nunca	2	5,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 8 muestra que el 73% siempre y el 13,5% casi siempre de los enfermeros identifican de forma inmediata los datos del paciente que ingresa a la unidad con tarjeta en la cabecera, pie de cama o habitación, existiendo un pequeño margen que no lo hace.

**Tabla 7.** Identifican de forma inmediata los datos del paciente que ingresa a la unidad con tarjeta en la cabecera, pie de cama o habitación

<b>Identifican de forma inmediata los datos del paciente que ingresa a la unidad con tarjeta en la cabecera, pie de cama o habitación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	27	73,0
Casi siempre	5	13,5
A veces	3	8,1
Nunca	2	5,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 9 muestra que el 35,1% siempre y el 18,9% casi siempre nota que, si el paciente no cuenta con el brazalete de identificación o existe algún error en los datos, lo registra en el formulario de “Registro de Pacientes sin Brazalete de Identificación”, mientras que el 27% casi nunca y el 18,9% nunca ejecuta este proceso, por lo cual, este reporte no contiene la totalidad de registros.

**Tabla 8.** Registro de pacientes sin brazaletes de identificación

<b>Si el paciente no cuenta con el brazaletes de identificación o existe algún error en los datos, usted lo registra en el formulario de “Registro de Pacientes sin Brazaletes de Identificación”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	13	35,1
Casi siempre	7	18,9
A veces	10	27,0
Nunca	7	18,9
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 10 muestra que el 51,4% de los enfermeros consideran que el estado de los equipos biomédicos de la unidad que usa para brindar el cuidado no es adecuado y tampoco está en óptimas condiciones, lo cual es muy grave, ya que no cuentan con las herramientas necesarias para realizar sus actividades; mientras que el 48,6% cree que si están en condiciones óptimas.

**Tabla 9.** El estado de los equipos biomédicos de la unidad que usa para brindar el cuidado es adecuado y está en óptimas condiciones

<b>El estado de los equipos biomédicos de la unidad que usa para brindar el cuidado es adecuado y está en óptimas condiciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	18	48,6
No	19	51,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 11 muestra que el 51,4% de enfermeros no identifica con claridad los medicamentos de alto riesgo con total claridad, situación que puede resultar en un grave peligro para los pacientes; mientras que el 48,6% si lo hace.

**Tabla 10.** Identifica cuáles son los medicamentos de alto riesgo con total claridad

<b>Identifica cuáles son los medicamentos de alto riesgo con total claridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	18	48,6
No	19	51,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 12 muestra que el 78,4% de los enfermeros ha tenido dificultad en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo, lo cual puede dificultar el tratamiento de los pacientes; mientras que el 21,6% no ha presentado ningún tipo de dificultad.

**Tabla 11.** Ha tenido dificultad en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo

<b>Ha tenido dificultad en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	29	78,4
No	8	21,6
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 13 muestra que el 51,1% administra medicamentos si observan abreviaturas en la prescripción médica, en su etiquetado o Kardex; mientras que el 45,9% no lo hace; lo cual, puede afectar la salud del paciente.

**Tabla 12.** Administra medicamentos si observan abreviaturas en la prescripción médica, en su etiquetado o Kardex

<b>Administra medicamentos si observan abreviaturas en la prescripción médica, en su etiquetado o Kardex</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	20	54,1
No	17	45,9
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 14 muestra que el 35,1% casi siempre y el 29,7% siempre utilizan abreviaturas para la redacción de: Reportes de enfermería, diagnósticos, escalas de valoración diagnóstico, procedimientos diagnósticos, medicamentos y dispositivos médicos; mientras que el 27% a veces y el 8,1% nunca lo hace.

**Tabla 13.** Uso de abreviaturas para la redacción de reportes

<b>Utiliza abreviaturas para la redacción de: Reportes de enfermería, diagnósticos, escalas de valoración diagnóstico, procedimientos diagnósticos, medicamentos y dispositivos médicos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	11	29,7
Casi siempre	13	35,1
A veces	10	27,0
Nunca	3	8,1
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 15 muestra que el 43,2% siempre y el 13,5% casi siempre identifica los medicamentos de alto riesgo con etiqueta de color rojo; mientras que el 21,6% casi nunca y el 13,5% nunca lo hace lo cual puede afectar a la integridad de los pacientes

**Tabla 14.** Identifica los medicamentos de alto riesgo con etiqueta de color rojo

<b>Utiliza abreviaturas para la redacción de: Reportes de enfermería, diagnósticos, escalas de valoración diagnóstico, procedimientos diagnósticos, medicamentos y dispositivos médicos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	16	43,2
Casi siempre	5	13,5
A veces	3	8,1
Casi nunca	8	21,6%
Nunca	5	13,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón.

La Tabla 16 muestra que el 67,6% siempre y el 21,6% casi siempre realizan doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados; mientras que el 10,8% a veces por lo cual, se pueden cometer errores en el cálculo y la posterior administración.

**Tabla 15.** Usted realiza doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados

<b>Usted realiza doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	25	67,6
Casi siempre	8	21,6
A veces	4	10,8
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 17 muestra que el 59,5% casi nunca y el 18,9% nunca en caso de identificar reacciones adversas a los medicamentos, registra el evento en el formulario “tarjeta amarilla” para activar las acciones en fármaco vigilancia; mientras que el 5,4% siempre y el 8,1% casi siempre siendo un margen muy reducido y que puede afectar o menguar la salud del paciente.

**Tabla 16.** Identificación de reacciones adversas a los medicamentos

<b>En caso de identificar reacciones adversas a los medicamentos, usted registra el evento en el formulario “tarjeta amarilla” para activar las acciones en fármaco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	2	5,4
Casi siempre	3	8,1
A veces	3	8,1
Casi nunca	22	59,5
Nunca	7	18,9
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 18 muestra que el 89,2% para la administración de electrolitos concentrados usted utiliza la bomba de infusión, mientras que el 8,1% a veces y el 2,7% casi nunca.

**Tabla 17.** Utilización de bomba de infusión para la administración de electrolitos

<b>Para la administración de electrolitos concentrados usted utiliza la bomba de infusión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	33	89,2
A veces	3	8,1
Casi nunca	1	2,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 19 muestra que el 62,2% siempre y el 8,1% a veces aplica los 10 correctos en la administración de medicamentos, mientras que el 27% nunca y el 2,7% casi nunca los aplica, lo cual puede provocar afectaciones a los pacientes.

**Tabla 18.** Aplica los 10 correctos en la administración de medicamentos

<b>Aplica los 10 correctos en la administración de medicamentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	23	62,2
A veces	3	8,1
Casi nunca	1	2,7
Nunca	10	27,0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 20 muestra que el 91,9% de los enfermeros conocen cuáles son las medidas profilácticas para la prevención de las úlceras por presión, mientras que el 8,1% no conoce este proceso por lo que su puede realizarlo de manera incorrecta.

**Tabla 19.** Conoce cuáles son las medidas profilácticas para la prevención de las úlceras por presión

<b>Conoce cuáles son las medidas profilácticas para la prevención de las úlceras por presión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	34	91,9
No	3	8,1
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 21 muestra que el 51,4% reporta en el formulario de “Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente” las lesiones por presión que ha identificado en su paciente; mientras que el 48,6% no lo hace por lo cual la información del paciente es incompleta.

**Tabla 20.** Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente

<b>Reporta en el formulario de “Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente” las lesiones por presión que ha identificado en su paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	18	48,6
No	19	51,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 22 muestra que el 94,6% de los enfermeros identifican riesgos de úlceras por presión mediante la aplicación de las diferentes escalas de valoración; mientras que el 5,4% no logra identificar estos riesgos.

**Tabla 21.** Identifica riesgos de úlceras por presión mediante la aplicación de las diferentes escalas de valoración

<b>Identifica riesgos de úlceras por presión mediante la aplicación de las diferentes escalas de valoración</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	35	94,6
No	2	5,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 23 muestra que el 40,5% siempre y el 27% casi siempre como profesional responsable del cuidado del paciente, educa a la familia o cuidadores del paciente sobre las medidas profilácticas de lesiones por presión a ejecutarse durante la estancia hospitalaria; mientras que el 29,7% a veces y el 2,7% casi nunca educa a los familiares o cuidadores de los pacientes.

**Tabla 22.** Educa a la familia o cuidadores del paciente sobre las medidas profilácticas

<b>Usted como profesional responsable del cuidado del paciente, educa a la familia o cuidadores del paciente sobre las medidas profilácticas de lesiones por presión a ejecutarse durante la estancia hospitalaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	15	40,5
Casi siempre	10	27,0
A veces	11	29,7
Casi nunca	1	2,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 24 muestra que el 64,9% de los enfermeros conoce las categorías generales de acuerdo a su causa raíz los eventos a ser reportados, mientras que el 35,1% no las conoce, por lo tanto, pueden existir errores en los reportes.

**Tabla 23.** Conoce las categorías generales de acuerdo a su causa raíz los eventos a ser reportados

<b>Conoce las categorías generales de acuerdo a su causa raíz los eventos a ser reportados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	24	64,9
No	13	35,1
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 25 muestra que el 86,5% de los enfermeros identifica y reconoce cuando ocurre un cuasi evento, evento adverso o evento centinela; mientras que el 13,5% no lo hace, esto perjudica el tratamiento que debe recibir el paciente.

**Tabla 24.** Identificación de un cuasi evento, evento adverso o evento centinela

<b>Identifica y reconoce cuando ocurre un cuasi evento, evento adverso o evento centinela</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	32	86,5
No	5	13,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 26 muestra que el 48,6% casi nunca y el 18,9% nunca notifican en caso de ocurrencia de un cuasi evento, evento adverso o el evento centinela en el formulario de “Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente; mientras que el 8,1%

siempre y el 13,5% si lo hacen, siendo un margen muy bajo tomando en cuenta que el personal debe reportar cualquier hallazgo encontrado en el paciente.

**Tabla 25.** Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente

<b>Notifica en caso de ocurrencia de un cuasi evento, evento adverso o el evento centinela en el formulario de “Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	3	3
Casi siempre	5	5
A veces	4	4
Casi nunca	7	18,9
Nunca	18	48,6
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 27 muestra que el 86,5% indica que existe una buena comunicación con sus pares, el 8,1% cree que es mala y el 5,4% se muestra indiferente ante la afirmación.

**Tabla 26.** La comunicación con sus pares es

<b>La comunicación con sus pares es</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Buena	32	86,5
Mala	3	8,1
Indiferente	2	5,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 28 muestra que el 48,6% indican que su nivel de conformidad con el ambiente laboral es bueno, el 32,4% muy bueno, el 10,8% bajo y solamente el 8,1% cree que es excelente.

**Tabla 27.** Nivel de conformidad con el ambiente laboral

<b>Indique su nivel de conformidad con el ambiente laboral (1 muy bajo al 5 excelente)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Bajo	4	10,8
Bueno	18	48,6
Muy bueno	12	32,4
Excelente	3	8,1
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 29 muestra que el 43,2% indica que su nivel de conformidad con la carga laboral es bueno, el 40,5% muy bueno; mientras que el 10,8% bajo y el 5,4% bajo.

**Tabla 28.** Indique su nivel de conformidad con la carga laboral

<b>Indique su nivel de conformidad con el ambiente laboral (1 muy bajo al 5 excelente)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Muy Bajo	2	5,4
Bajo	4	10,8
Bueno	16	43,2
Muy bueno	15	40,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 30 muestra que el 48,6% siempre y el 24,3% casi siempre informa a los pacientes y su familia acerca del traslado a otro servicio o establecimiento de salud, y como es llevado a cabo; mientras que el 4,5% nunca y el 2,7% casi nunca lo cual afecta y genera inconvenientes en los familiares de los pacientes.

**Tabla 29.** Se informa a los familiares sobre el traslado de pacientes

<b>Informa a los pacientes y su familia acerca del traslado a otro servicio o establecimiento de salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	18	48,6
Casi siempre	9	24,3
A veces	7	18,9
Casi nunca	1	2,7
Nunca	2	5,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 31 muestra que el 70,3% si ha recibido capacitación sobre el funcionamiento de las bombas de infusión en los últimos 6 meses; mientras que el 29,7% no lo ha hecho lo cual puede afectar su desempeño.

**Tabla 30.** Ha recibido capacitación sobre el funcionamiento de las bombas de infusión

<b>Ha recibido capacitación sobre el funcionamiento de las bombas de infusión en los últimos 6 meses</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Si	26	70,3
No	11	29,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 32 muestra que el 67,6% siempre y el 32,4% casi siempre reporta inmediata y oportunamente daños de los equipos biomédicos, lo cual sirve para darle mantenimiento o arreglo.

**Tabla 31.** Reportar inmediata y oportunamente daños de los equipos biomédicos

<b>Ha recibido capacitación sobre el funcionamiento de las bombas de infusión en los últimos 6 meses</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Siempre	25	67,6
Casi siempre	12	32,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 33 muestra que el 56,8% piensa que su disposición para ayudar al paciente cuando lo requiere es muy buena, el 32,4% es excelente y el 10,8% es bueno.

**Tabla 32.** Su disposición para ayudar al paciente cuando lo requiere es

<b>Su disposición para ayudar al paciente cuando lo requiere es</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Bueno	4	10,8
Muy bueno	21	56,8
Excelente	12	32,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 34 muestra que el 86,5% cree que el tiempo para atender las solicitudes del paciente o de un familiar es rápido y el 13,5% cree que es lento.

**Tabla 33.** El tiempo para atender las solicitudes del paciente o de un familiar es

<b>El tiempo para atender las solicitudes del paciente o de un familiar es</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Rápido	32	86,5
Lento	5	13,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

#### **4.1.3. Agrupación de variables de encuesta aplicada**

La Tabla 35 muestra que el 62,2% de enfermeros asegura que la ejecución de prácticas seguras es eficiente, el 27% indica que la ejecución de las prácticas es deficiente y el 10,8% cree que son muy deficientes.

**Tabla 34.** Prácticas seguras

<b>Prácticas seguras</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Eficiente	23	62,2
Deficiente	10	27,0
Muy deficiente	4	10,8
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 36 muestra que el 45,9% de los enfermeros cree que el proceso de identificación de los pacientes es eficiente, el 35,1% cree que es deficiente y el 18,9% cree que es muy eficiente.

**Tabla 35.** Identificación del paciente

<b>Prácticas seguras</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Eficiente	17	45,9
Deficiente	13	35,1
Muy deficiente	7	18,9
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 37 muestra que el 83,3% indica que el manejo de los medicamentos es eficiente, el 10,8% es muy eficiente y solamente el 5,4% cree que es deficiente.

**Tabla 36.** Manejo de medicamentos

<b>Prácticas seguras</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Eficiente	31	83,3
Deficiente	2	5,4
Muy deficiente	4	10,8
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

La Tabla 38 muestra que el 48,6% de los enfermeros indica que el ambiente laboral es muy bueno, el 40,5% indica que es excelente, mientras que el 5,4% afirman que es malo y regular.

**Tabla 37.** Ambiente laboral

<b>Prácticas seguras</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Malo	2	5,4
Regular	2	5,4
Muy bueno	18	48,6
Excelente	15	40,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

*Nota.* Esta tabla muestra la frecuencia y porcentajes de la muestra estudiada, con respecto a las prácticas seguras. **Fuente:** Información obtenida de la encuesta aplicada al personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón (2022).

#### **4.1.4. Análisis la lista de chequeo**

La lista de chequeo (Véase Anexo 1) permite identificar la existencia y las deficiencias de instrumentos y herramientas existentes en la unidad de salud, mediante este instrumento se realiza el diagnóstico de gestión en seguridad del paciente desde el enfoque administrativo y se verifica el cumplimiento de los diversos requisitos de cada una de las prácticas de seguridad.

Se observa que la unidad no cuenta con un instructivo para la identificación del paciente lo que coincide con el 37,8% que ha visualizado errores durante el proceso, el 5,4% que no pueden identificar inmediatamente los datos del paciente, y el 18,9% que no registran los errores en el registro de pacientes sin brazaletes. Otra deficiencia es la inexistencia de un listado de medicamentos de alto riesgo a la vista de todo el personal, lo cual concuerda

con el 51,4% del personal de la UCI que no identifica los medicamentos de alto riesgo, igualmente, no se identifica y dispone en la unidad y a la vista de todo el personal de salud, el listado de medicamentos LASA que corresponde a pares de nombres de medicamentos con similitud ortográfica o fonética y medicamentos de alto riesgo.

También, no se realiza capacitaciones sobre el cumplimiento del protocolo del control de electrolitos concentrados al personal de nuevo ingreso, concordando con el 10,8% de enfermeros que a veces no cumplen con el protocolo; asimismo, la UCI no cuenta con un protocolo de trombo profilaxis en los pacientes con factores de riesgo.

Otro inconveniente es que la unidad no cuenta con un protocolo documentado para transferir información de manera correcta de los pacientes durante los puntos de transición que se hayan definido, por lo tanto el 5,4% no informa a los pacientes y su familia acerca del traslado a otro servicio o establecimiento de salud; además, no se documentan las capacitaciones realizadas, mediante evaluaciones de conocimientos y destrezas posteriores al entrenamiento y registrar firmas del entrenado/a y entrenador/a; esto puesto a que el 29,7% no ha recibido capacitación.

Así mismo, dentro del UCI no se elaboran programas educativos regulares respecto a las técnicas más adecuadas para la higiene de manos y no se ejecutan jornadas de capacitación y educación en seguridad del paciente dirigido a los profesionales, trabajadores, administrativos y personal de salud en general, incluyendo al paciente y su familia.

## **4.2. Propuesta**

### **Título**

#### **PROGRAMA DE MICRO GESTIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN**

### **Propósito**

Este programa está diseñado para comunicar una visión compartida para la prestación y el suministro de cuidados de enfermería de calidad, compasivos, culturalmente competentes y rentables a las personas y sus familias que reciben cuidados, tratamiento y servicios en la UCI del Hospital General Docente de Calderón. Este programa define el alcance de la práctica de enfermería, dónde se prestan los cuidados de enfermería.

### **Autoridad**

El jefe de Enfermeros tiene la autoridad y la responsabilidad necesarias para el desarrollo y la implementación del Programa de Micro Gestión en la Seguridad del Paciente del Hospital en consulta con el Comité Ejecutivo de Enfermería, el Comité Ejecutivo del Personal Médico y el Órgano de Gobierno.

### **Objetivos**

- a. Hacer uso de todos los formularios para la identificación del paciente y transmisión de información, con la finalidad de estandarizar los procesos.
- b. Elaborar una lista de los principales medicamentos de alto riesgo más utilizados en el hospital y distribuirla al personal que maneja estos medicamentos, con la finalidad de que el personal de enfermería conozca su presentación, presentación y efectos adversos.
- c. Distribuir el listado de medicamentos LASA que pueden genera confusiones, con la finalidad de evitar errores en la prescripción.
- d. Diseñar un plan de capacitación para el personal de nuevo ingreso sobre los electrolitos concentrados a fin de que el personal conozco el protocolo.
- e. Establecer un protocolo de trombo profilaxis que se realiza en los pacientes con factores de alto riesgo, con la finalidad de evitar daños o riesgos al personal.
- f. Fomentar el uso de los formularios de transferencia de información, para que asegurar la información, dejar constancia y asegurar el estado del paciente.

- g. Elaborar una campaña de capacitación de cuidado del paciente para el personal de enfermería, y los familiares o tutores que se encargan directamente de sus cuidados.

### **Atención al paciente**

A través de una organización de la atención al paciente se planifica, se presta y se evalúa a nivel de la unidad bajo la supervisión clínica del área UCI con un enfoque de equipo interdisciplinario.

Los cuidados de enfermería son planificados y las asignaciones son realizadas por la Enfermera Titular en base a las necesidades del paciente de cuidado crítico y a la experiencia y competencias demostradas del personal.

La enfermera titular supervisa y coordina los cuidados prestados por otros miembros del personal de enfermería para garantizar que los cuidados sean coherentes con las normas de atención y prácticas seguras de enfermería del Hospital General Docente de Calderón.

Además, de evaluar las necesidades educativas de cada paciente como parte del plan de cuidados. Se realizan las derivaciones necesarias junto con el equipo interdisciplinario. Las respuestas del paciente/familia a la enseñanza se documentan en la historia clínica.

El personal de enfermería participa en la planificación del alta basándose en las necesidades identificadas durante la evaluación del ingreso o el proceso de reevaluación. Participa con el equipo interdisciplinario para ayudar al paciente y a la familia a explicar todas las opciones de alta y las necesidades de cuidados continuos.

**Tabla 38.** Matriz de macro lógico

<b>MATRIZ DE MARCO LÓGICO</b>			
	<b>Indicador</b>	<b>Medio de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
<p><b>Fin:</b> Proponer herramientas de micro gestión que garanticen la seguridad del paciente para cuidado de Enfermería en la UCI del Hospital General Docente de Calderón.</p>	Número de herramientas de micro gestión / Número de eventos adversos identificados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento de cumplimiento de planes</li> <li>• Evaluación de resultados y mejoras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existen herramientas de micro gestión de cuidados del paciente.</li> <li>• Se mejora el cuidado del paciente, y se reducen los eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería</li> </ul>
<p><b>Propósito:</b> Diagnosticar la gestión de la seguridad del paciente para el cuidado de enfermería en la UCI del hospital docente de Calderón.</p>	Número de eventos reportados/Numero de eventos detectados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes mensuales</li> <li>• Reportes mensuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existen controles adecuados para evaluar la seguridad del paciente.</li> <li>• Se identifican deficiencias y se mejora la seguridad del paciente para el cuidado de enfermería en la UCI</li> </ul>
<p><b>Objetivo general:</b> Proponer un programa de micro gestión con la finalidad de disminuir los eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital General Docente de Calderón mediante la propuesta de un programa de micro gestión en seguridad del paciente.</p>	Número de planes ejecutados / Número de planes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de reportes mensuales</li> <li>• Evaluación de matrices de control</li> <li>• Evaluación de matrices de seguimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe un programa de micro gestión de cuidados del paciente de la UCI.</li> <li>• Disminuye los eventos adversos asociados a los cuidados de enfermería.</li> </ul>

*Nota.* Esta tabla muestra las bases de la propuesta.

**Tabla 39.** Plan de acción

<b>PLAN DE ACCIÓN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN</b>				
<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Recursos</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
Diseñar un instructivo de identificación al paciente para el área UCI del Hospital General Docente de Calderón	Incrementar un 90% la identificación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de enfermería</li> <li>• Líder de enfermería</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Instructivo de identificación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cuenta con un instructivo de identificación del paciente.</li> <li>• Se mejora el proceso de identificación del paciente de UCI.</li> </ul>
Elaborar un listado de medicamentos de alto riesgo de la UCI del Hospital General Docente de Calderón	Disminuir un 10% los incidentes de mal uso y confusión en administración de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de enfermería</li> <li>• Personal de farmacia</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Listado de medicamentos de alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se ha elaborado un listado de medicamentos de alto riesgo de la UCI.</li> <li>• Se identifican los medicamentos de alto riesgo de la UCI, y se evitan problemas en la preparación y se reducen los efectos adversos.</li> </ul>
Elaborar y publicar un listado de medicamento LASA de alto riesgo	Disminuir un 10% los incidentes confusión en administración y prescripción de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de enfermería</li> <li>• Personal de farmacia</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Listado de medicamentos LAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se ha publicado un listado de medicamentos LASA.</li> <li>• Se publica el listado de medicamentos LASA en áreas visibles y disminuye los errores en la administración de los mismos.</li> </ul>
Planear y programar las acciones y actividades de capacitación al personal de nuevo ingreso solo el protocolo de control de electrolitos concentrados	Capacitar al 100% de personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de enfermería</li> <li>• Gerente del hospital</li> <li>• Recursos financieros</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Registro de capacitación y solicitud de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal no conoce sobre la preparación y administración de electrolitos concentrados.</li> <li>• El personal de enfermería conoce la</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitador</li> </ul>		preparación y administración de electrolitos concentrados y se disminuyen errores.
Diseñar un protocolo de trombo profilaxis en pacientes con factores de riesgo ingresados a la UCI del Hospital General Docente de Calderón	Disminuir en un 80% los errores producidos al aplicar un profilaxis en pacientes de la UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de enfermería</li> <li>• Personal médico</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Protocolo de trombo profilaxis en pacientes con factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal de enfermería de la UCI no conoce el procedimiento para realizar trombo profilaxis en pacientes con factores de riesgo.</li> <li>• Se disminuye el margen de error de los enfermeros al realizar una trombo profilaxis en pacientes con factores de riesgo.</li> </ul>
Planear y programar actividades para el Control Permanente de Eventos Adversos y a la vez hacer un seguimiento que permita lograr la continua notificación de eventos adversos por parte de todo el personal de enfermería de la UCI	Incrementar en un 90% la notificación de eventos adversos y disminuir 80% el riesgo de lesiones de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de enfermería</li> <li>• Líder de enfermería</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Planificación de actividades de control Permanente de Eventos Adversos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualmente el personal de enfermería no reporta eventos adversos.</li> <li>• Se incrementan los reportes de eventos adversos y se realizan controles continuos que permitan detectar estos eventos.</li> </ul>
Diseñar un instructivo para la transferencia de información que se maneja en el área de UCI del Hospital General Docente de Calderón	Mejorar en un 50% el procesos de transferencia de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de enfermería</li> <li>• Líder de enfermería</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Instructivo para la transferencia de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cuenta con un instructivo para la transferencia de información.</li> <li>• Se mejora la transferencia de información.</li> </ul>

Diseñar un mecanismo de control y seguimiento de la transferencia de información en el área de UCI del Hospital General Docente de Calderón	Incrementar en un 50% el uso de formularios de transferencia de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líder de enfermería</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Formulario de control y seguimiento de la transferencia de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se realizan controles y evaluaciones al proceso de transferencia de información.</li> <li>• Se mejora el proceso de transferencia de información, se pueden realizar constataciones de la documentación, y establecer responsabilidades, en el caso de presentarse algún evento adverso.</li> </ul>
Elaborar un cuestionario que permita evaluar el desempeño del personal de enfermería del área de UCI del Hospital General Docente de Calderón	Evaluar al 100% del personal para establecer deficiencias en el conocimiento e implementar mejoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líder de enfermería</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Cuestionario de evaluación de desempeño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El hospital no realiza evaluaciones al desempeño del personal de enfermería.</li> <li>• Se mejora el desempeño y rendimiento laboral y se disminuyen los errores en el tratamiento del paciente.</li> </ul>
Elaborar un cuestionario que permita evaluar el nivel de aprendizaje del personal de enfermería después de haber recibido la capacitación	Evaluar al 100% del personal capacitado para medir los niveles de asimilación y comprensión de conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líder de enfermería</li> <li>• Capacitador</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Cuestionario de evaluación de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El hospital no realiza evaluaciones sobre las capacitaciones recibidas.</li> <li>• Se actualizan conocimientos, se incrementa el desempeño y rendimiento laboral y se disminuyen los errores en el tratamiento del paciente.</li> </ul>
Diseñar e implementar una campaña interna sobre el lavado de manos en el personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón	Impulsar que el 100% del personal de enfermería realice un lavado de manos completo y constante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de enfermería</li> <li>• Gerente del hospital</li> <li>• Recursos financieros</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> </ul>	Cronograma de ejecución de campaña interna sobre el lavado de manos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal de enfermería no mantiene la asepsia adecuada.</li> <li>• Se impulsa la medida de lavado de manos constante.</li> </ul>

Diseñar e implementar un plan de capacitación sobre el cuidado de pacientes para el personal de enfermería, pacientes y familiares	Capacitar al 100% de personal de enfermería Capacitar al 50% de pacientes y familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de enfermería</li> <li>• Gerente del hospital</li> <li>• Recursos financieros</li> <li>• Computador</li> <li>• Papel</li> <li>• Capacitador</li> </ul>	Plan de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal, pacientes y familiares no conocen el cuidado íntegro del paciente.</li> <li>• El personal, los pacientes y familiares brindan un cuidado integral del paciente lo que aporta a su mejoría.</li> </ul>
--	---	--	----------------------	---

*Nota.* Esta tabla muestra las actividades, indicadores, recursos, verificación y supuestos del plan de acción.

## DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN

**Tabla 40.** Instructivo de identificación del paciente

<b>HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERON</b>	
<b>Tipo de Práctica Segura</b>	Administrativa
<b>Verificación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El personal de enfermería, verifica que el paciente ingrese a la unidad con el brazalete de identificación.</li> <li>2. Si el paciente no cuenta con el brazalete de identificación o existe algún error en los datos, el profesional de enfermería registrara el evento en el formulario de “Registro de Pacientes sin Brazalete de Identificación”.</li> <li>3. El profesional de enfermería solicita el brazalete de identificación en el área de estadística con el documento de historia clínica 001 previo a realizar la verificación cruzada.</li> <li>4. El paciente permanece con el brazalete de identificación todo el tiempo de su estancia hospitalaria.</li> </ol>
<b>Preguntas a realizar etapa de ingreso</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Solicitar documento de identificación (cédula de ciudadanía) familiar o cuidador.</li> <li>6. Preguntar al familiar o cuidador en casos que requiera ¿Cuál es el nombre del paciente?</li> <li>7. Preguntar ¿Cuál es el número de cédula de ciudadanía?</li> <li>8. Preguntar ¿Cuál es su fecha de nacimiento?</li> <li>9. Se verifica las respuestas a las preguntas 3,4 y5.</li> <li>10. Se procede al registro de información del paciente en el sistema</li> <li>11. Se coloca el brazalete.</li> <li>12. Se aplican los cuidados de enfermería pertinentes para salvaguardar su integridad y supervivencia del paciente.</li> </ol>
<b>Pacientes atendidos por emergencia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se aplican los cuidados pertinentes para salvaguardar su integridad y supervivencia, y la colocación del brazalete se realiza en cuanto sea posible o la condición del mismo sea estable.</li> <li>2. Se verifica si el paciente está acompañado de un familiar o guardan que pueda proporcionar información de identificación.</li> <li>3. Si no se puede reconocer al paciente el brazalete contiene la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombres y apellidos “NN” (No nombre)</li> <li>• Sexo</li> <li>• Hora de ingreso</li> <li>• Historia clínica</li> </ul> </li> <li>4. Si el paciente fallece, el cuerpo debe permanecer con el brazalete hasta la identificación y término de trámites legales.</li> </ol>
<b>Especificaciones del brazalete</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información básica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cédula de identidad</li> </ul> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos nombres y apellidos</li> <li>• Sexo</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fabricado con materiales hipo alergénico</li> <li>3. Resistente a tensión o ruptura</li> <li>4. Resistencia a calor o humedad</li> <li>5. Su llenado es con marcador de tinta indeleble</li> <li>6. Cierre que dificulte su desprendimiento</li> <li>7. Visibles y fáciles de colocar</li> </ol>
<b>Identificación por habitación, pie de cama o tarjeta de cabecera</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se debe realizar una confirmación de información con el familiar o guardián del paciente</li> <li>2. Se elabora la tarjeta de cabecera cuando el paciente haya sido asignado a una cama o habitación</li> <li>3. La tarjeta de cabecera debe contener los mismos datos que el brazalete</li> <li>4. Una vez que el paciente haya sido dado de alta se debe eliminar la tarjeta.</li> </ol>
<b>Notas importantes</b>	<p><i>*El documento de identidad es absolutamente necesario, pero su falta no limita la atención médica.</i></p> <p><i>*El brazalete por sí solo no es una identificación completa, por lo tanto, se debe realizar una identificación cruzada.</i></p> <p><i>*No se debe identificar al paciente por cama, habitación, o padecimiento.</i></p> <p><i>*Los brazaletes no son reutilizables</i></p>

*Nota.* Esta tabla muestra el proceso adecuado para la identificación del paciente.

**Tabla 41.** Medicamentos de alto riesgo

<b>Medicamentos de alto riesgo mas usados en uci del hospital general docente de calderón</b>						
<b>Grupo terapéutico</b>	<b>Nombre</b>	<b>Presentación</b>	<b>Preparación</b>	<b>Dosis / vía de administración</b>	<b>Efectos adversos</b>	<b>Precauciones</b>
<b>Anticoagulantes</b>	<b>Enoxaparina</b>  Antitrombótico anticoagulante	Jeringas precargadas en presentaciones de 20mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg,	N/A	<b>Dosis:</b> Peso dosis /según criterio medico  <b>Vía de administración:</b> subcutánea	Irritación, dolor, hematomas, inflamación o enrojecimiento en el sitio de la inyección.  Mayor propensión al sangrado o los hematomas.	Usar con Precaución Alteraciones de la hemostasis, Antecedentes de úlcera péptica, Ictus isquémico reciente, Hipertensión arterial grave, retinopatía diabética reciente, cirugía neuro u oftalmológica, Uso concomitante de medicamentos que afecte la hemostasis La heparina no debe inyectarse en el músculo.
	<b>Heparina</b>  Anticoagulante	Vial de 5 ml de contiene: 5.000 u.i. (50 mg.) Heparina sódica 1.000 ui/ml (10 mg) de heparina sódica/ml.	N/A	<b>Vía de administración:</b> Intravenosa o subcutánea profunda  <b>Dosis:</b> según criterio médico	Erupción cutánea o picazón.	
<b>Opiáceos</b>	<b>Morfina</b>  Analgésico (narcóticos). opiáceo	Ampolla morfina 10 mg/ml solución inyectable.  Morfina 20 mg/ml solución inyectable	Morfina 20 mg + 98 cc de ss 0.9% o dx/a 5 %  Concentración: 0,4mg/1cc	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> <b>Bolos:</b> 0,05 mg/kg <b>Infusión:</b> 0,03 – 0,15 mg/kg/h	Depresión respiratoria, broncoespasmo, Hipotensión, sedación profunda, depresión respiratoria, coma y la muerte	Administrar por bomba de infusión, proteger de la luz, precaución en pacientes con insuficiencia renal y hepática.

	<p><b>Fentanilo</b></p> <p>Agonista narcótico sintético opioide analgésico – anestésico</p>	<p>Fentanilo Ampolla 0,5mg /10ml (500mcg en 10 ml)</p>	<p>Sol.sal 0.9% o dx en agua al 5% 80ml+1000mc g de fentanilo = 10mcg/ml</p> <p>Concentración: 10mcg/1ml</p>	<p><b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> <b>Sedación:</b> 3/10mcg/kg <b>Bolos:</b> 1 – 2 mcg/kg <b>Infusión:</b> 0,6 – 6 mcg/kg/h <b>Inicio de efecto:</b> 1-2 min <b>Duración:</b> 30 – 40 min</p>	<p>Aletargamiento, náuseas, confusión, estreñimiento, sedación, tolerancia, adicción, depresión respiratoria o paro respiratorio, pérdida del conocimiento, coma y muerte.</p>	<p>Administrar por bomba de infusión Monitoreo continuo de signos vitales</p>
	<p><b>Buprenorfina</b></p> <p>Analgésico opioide</p>	<p>Un parche transdérmico contiene 20 mg de buprenorfina</p>	<p>N/A</p>	<p><b>Dosis:</b> según criterio médico</p> <p>Parche transdérmico 20 mg</p>	<p>eritema, y prurito en zona de colocación de parche</p>	<p>No administrar en: pacientes que padezcan miastenia grave. Pacientes que padezcan delirium tremens y embarazo</p>
	<p><b>Tramadol</b></p> <p>Analgésico opioide</p>	<p>tramadol ampolla 2ml/50 mg.  tramadol ampolla 2 ml/ 100 mg</p>	<p>Infusión continua: solución salina 0.9% o dextrosa en agua al 5% 96ml+200mg detramadol</p>	<p><b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> según prescripción medica <b>Infusión continua</b> tramadol: 0.1 – 0.2 mg/kg/h</p>	<p>Palpitaciones, taquicardia, mareo, nauseas, vomito, cefaleas, alucinaciones, confusión, alteraciones del sueño, delirio, ansiedad.</p>	<p>Administrar intravenoso diluido y lento</p>

<p><b>Insulinas</b></p> <p>Hormona producida por el páncreas, que se encarga de regular la cantidad de glucosa de la sangre</p>	<p><b>Insulina de acción rápida - regular</b></p> <p>Es una insulina humana de acción rápida</p>	<p>Insulina regular Frasco ampolla 10 ml Cada ml de solución inyectable contiene: Insulina humana regular 100 u.i. en 1ml.</p>	<p>Sol.sal 0.9% 99ml+ 1ml (100ui) insulina regular (cristalina)</p>	<p><b>Vía de administración:</b> subcutáneo <b>para infusión continua:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> <b>Bolo:</b> 0,1ui/kg <b>Infusión:</b> 0,1ui/kg/hora Se debe reducir entre 50- 75 md/dl/hora en infusión, sin no se logra, incrementar dosis hasta reducir estos niveles.</p>	<p>Hipoglicemia</p>	<p>Control glicémico cada hora. Mantener meta de glucosa: 140 - 180mg/dl o 150 – 200 mg/dl en manejo de cetoacidosis diabética, según prescripción médica. Cambio de preparación cada 6 horas Administrar por una única vía intravenosa</p> <p>Tras su inyección subcutánea, su acción se inicia a los 30 minutos, su pico máximo se produce entre las 2 y 4 horas y su duración máxima es de 6 horas.</p>
	<p><b>Insulina NPH</b></p> <p>Insulina humana con inicio gradual de la acción y larga duración</p>	<p>Frasco ampolla 10ml Cada ml de solución inyectable contiene: Insulina humana 100 u.i. en 1 ml.</p>	<p>N/A</p>	<p><b>Vía de administración:</b> subcutáneo <b>Dosis:</b> Según prescripción médica Entre 0,3 – 1,0 ui/kg/ día</p>	<p>Hipoglicemia Salpullido o picazón Dificultad para respirar Jadeo Mareos Visión borrosa</p>	<p>Control glicémico por horario La insulina de acción media comienza a actuar después de 1 a 2 horas. Su acción más potente es entre las 4 y 12 horas después de la</p>

					Ritmo cardiaco rápido Sudoración Dificultad para respirar o deglutir	inyección. Actúa durante 10 a 18 horas.
<b>Sedantes</b>	<b>Midazolam</b> Benzodiazepina, ansiolítico, tranquilizante, sedante, hipnótico, anticonvulsivante y relajante muscular.	Midazolam - Ampollas 50 mg en 10 ml de solución inyectable	Sol.sal 0.9% o dx en agua al 5% 80ml+100mg de midazolam	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> <b>Inducción:</b> 0.05-0.3mg/kg <b>Infusión:</b> 0,03 – 0.24 mg/kg/h <b>Inicio de efecto:</b> 1-2 min <b>duración:</b> 1– 4 h <b>Concentración:</b> 10mg/1ml	Depresión respiratoria e hipotensión.	Se procederá con especial precaución en la indicación de sedación consciente en pacientes con alteración de la función respiratoria.
	<b>Propofol</b> Agente anestésico, Sedante e hipnótico, pero sin efecto analgésico.	1 ml de emulsión contiene 10 mg de propofol.  Cada ampolla de 20 ml contiene 200 mg de propofol.  Cada vial de 50 ml contiene 500 mg de propofol.  Cada vial de 100 ml contiene 1000 mg de propofol.	Puede ser administrado sin diluir o diluido en soluciones de glucosa 5% o de cloruro sódico 0,9%	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> <b>Inducción:</b> 1.5 - 2 mg/kg <b>Infusión:</b> 0,5-5 mg/kg/h <b>Inicio de efecto:</b> 20-40 seg <b>Duración:</b> 8 a 15 min.	Depresión cardiorrespiratoria, hipotensión, apnea transitoria, amnesia, mioclonías, dolor en la zona de administración, náuseas, vómitos, cefalea, reacciones alérgicas en individuos sensibles a sus componentes.	Las perfusiones (equipos) de propofol deben ser cambiadas cada 12 horas y la emulsión extraída del frasco no debe utilizarse una vez hayan pasado 6 horas. Precisa una única luz de catéter para su administración, debido a la incompatibilidad

						cuando se administra con otros agentes
	<p><b>Alprazolam</b> Benzodiacepina usado en el tratamiento de los estados de ansiedad, especialmente en las crisis de angustia, agorafobia, ataques de pánico y estrés intenso</p>	<p>1 comprimido: alprazolam , 0.25 mg</p> <p>1 comprimido: alprazolam , 0.5 mg</p> <p>1 comprimido: alprazolam , 1.0 mg</p> <p>Alprazolam 0,75 mg/ml gotas orales en sol</p>	N/A	<p><b>Vía de administración:</b> VO</p> <p><b>Dosis:</b> Según criterio médico</p> <p><b>Dosis referencial:</b> 0,25 a 0,5 mg tres veces al día</p>	<p>Depresión, sedación, somnolencia, ataxia, alteración de la memoria, disartria, mareo, dolor de cabeza. Estreñimiento, boca seca. Fatiga, irritabilidad.</p>	Vigilar al paciente en busca de reacciones adversas, como somnolencia, boca seca, diarrea y estreñimiento. El fármaco no se recomienda para utilizarse a largo plazo. Con el uso prolongado se desarrolla dependencia.
	<p><b>Diazepam</b> Benzodiazepina - ansiolítico, miorrelajantes, anticonvulsivantes y sedantes.</p>	<p>Cada ampolla de 2 ml contiene 10 mg de diazepam, solución inyectable im o iv.</p> <p>Diazepam comprimidos de 2,5 mg, 5 mg, 10 mg y 25 mg</p> <p>Diazepam 2 mg/ml gotas orales en solución</p>	N/A	<p><b>Vía de administración:</b> VO, IV, IM</p> <p><b>Dosis:</b> Según criterio médico</p> <p><b>Dosis referencial:</b> La dosis para adultos es 2 a 10 mg vía intramuscular o vía intravenosa</p>	<p>Somnolencia, Mareos, Cansancio, Debilidad muscular, Dolor de cabeza, Boca seca, Náusea, Estreñimiento</p>	Intranquilidad, agitación, irritabilidad, agresividad, delirios, ataques de ira, pesadillas, alucinaciones, psicosis, comportamiento inadecuado y otros efectos adversos sobre la conducta.
	<p><b>Ketamina</b> Derivada de la fenciclidina. Sedante, analgésica y anestésica</p>	<p>Cada frasco ampula contiene:</p>	<p>Sol.sal 0.9% o dx en agua al 5%</p>	<p><b>Vía de administración:</b> Intravenosa</p> <p><b>Dosis:</b></p>	<p>aumento de la frecuencia cardíaca y un aumento de la presión arterial y</p>	<p>Se recomienda precaución de uso en pacientes con</p>

		Clorhidrato de ketamina equivalente a 500 mg/10 ml.		<b>Inducción anestesia:</b> 1-3 mg/kg <b>Mantenimiento anestesia:</b> 15-35 mg/kg/min <b>Sedación carga:</b> 0.2-1 mg/kg <b>mantenimiento:</b> 5-20 mcg/kg/min	resistencias vasculares tanto a nivel sistémico como pulmonar. El gasto cardíaco y la presión arterial aumentan hasta un 25%. Fenómenos de despertar: alucinaciones, sueños, delirio, psicosis, confusión grave, anorexia, náuseas, vómitos.	insuficiencia hepática, presión intracraneal o intraocular elevadas, trastornos psiquiátricos, porfiria aguda intermitente, antecedentes de convulsiones, hipertiroidismo o infección pulmonar o de las vías respiratorias altas.
	<b>Dexmedetominina – precedex</b> Sedante y analgésico, sin causar depresión respiratoria, e induce un nivel de sedación consciente	Frasco ampolla 0,2 mg en 2ml (200mcg en 2ml)	Sol.sal 0.9% 48ml+200 mcg de dexmedetomidina.	<b>Vía de administración:</b> Intravenosa <b>Dosis:</b> <b>Infusión:</b> 0,2-0,7mcg/kg/h <b>Inicio de efecto:</b> 3 min <b>duración:</b> 2 h <b>Concentración:</b> 4mcg/ml	Bradycardia e hipotensión mediante simpaticólisis central, pero en concentraciones más altas provoca vasoconstricción periférica que conduce a hipertensión.	Dexmedetomidina no se debe administrar con dosis de carga o en bolo, por lo que en caso de precisar un control agudo de la agitación se debe usar un sedante alternativo. Por ese motivo siempre administraremos este fármaco en perfusión continua y diluido.
<b>Potasio iv</b>	<b>Cloruro de potasio</b> Electrolito	Ampolla - cloruro de potasio al 20% en 10ml -20meq	Sol. Sal 0.9% o dx en agua al 5% 80ml s.s.0.9% + 40 meq de	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b>	flebitis, parestesias, arritmias, bloqueo, paro cardíaco.	I.v: no administrar sin diluir (vía periférica: cc. De potasio menor a 60

			kcl o 70ml s.s.0.9% + 60 meq de kcl (según indicación médica)	Según criterio médico  Infusión mínima de 3 horas administrar únicamente por CVC y bomba de infusión.		meq/litro por el riesgo de flebitis; vía central: 150-200 meq/litro). Velocidad de infusión: < a 0,25 meq/kg/hora. Inf. Máx: 20 meq/h. Realizar monitoreo cardíaco durante la infusión. Diluido permanece estable 24 h a tª ambiente
<b>Agentes adrenérgicos</b>	<b>Atropina</b> Anticolinérgico/parasimpatic olítico  La atropina es un alcaloide antimuscarínico que interacciona con los receptores muscarínicos de las células efectoras evitando la fijación del neurotransmisor, la acetilcolina, lo que atenúa las respuestas fisiológicas a los impulsos nerviosos parasimpáticos	Ampolla-Atropina 1mg en 1 ml	Se administra intravenoso directo	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> Según criterio médico Bradicardia vagal-inducida y bradicardia en la que la inhibición del tono vagal está indicada. <b>Adultos:</b> 0,5 - 1 mg (0,5 - 1 ml) <b>Antídoto de anticolinesterás icos</b> <b>Adultos:</b> 2 mg vía intravenosa.	Sequedad de mucosa oral, cicloplejia, midriasis, fotofobia, incremento de presión en glaucoma. Rubicundez, taquicardia, hipertermia, náuseas, vómitos, alucinaciones.	Las intoxicaciones con compuestos organofosforados pueden requerir dosis elevadas. Nunca discontinuar bruscamente. Administrar por vía IV a goteo continuo La sobredosificación produce taquicardia, taquipnea, hiperpirexia, confusión, alucinaciones, ataxia, reacciones psicóticas, alucinaciones y delirio, entre otros.

				<b>Antídoto de órgano-fosforados</b> <b>Adultos:</b> 2 mg, vía intravenosa.		En casos más graves puede producir depresión del sistema nervioso central (SNC) con insuficiencia respiratoria e hipertensión
<b>Adrenalina / epinefrina</b>  Hormona y un neurotransmisor. aumenta la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata las vías respiratorias	Ampollas - Epinefrina de 1mg en 1ml	Dx en agua al 5% 90ml+10mg de adrenalina Dx en agua al 5% 80ml+20mg de adrenalina	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> Según criterio médico <b>Inicio de efecto:</b> inmediato <b>duración:</b> Dosis: 0.1-1mcg/kg/min	En los pacientes críticos la adrenalina produce una disminución del flujo hepatoesplácnico, con disminución del clearance del lactato hepatoesplácnico	Administrar en vena de gran calibre o vía central por bomba infusora. Vigilar parámetros: ECG, FC, PA. Vigilar la presencia de extravasación (irritación hística, necrosis) Proteger de la luz Incompatible con solución alcalina (bicarbonato). Compatible con dopamina, dobutamina, y vecuronio.	
<b>Noradrenalina/ norepinefrina</b>  Fármaco vasoconstrictor por excelencia	1 ampolla de 4 ml contiene 4 mg de noradrenalina base	Dx en agua al 5% 92ml+8 mg de noradrenalina. Dx en agua al 5%	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> <b>Infusión intravenosa:</b> 0,05-0,1	Cardiovasculares: aumenta el consumo de oxígeno miocárdico, arritmias, palpitaciones,	necrosis tisular si existe extravasación Medir la presión venosa central, la presión arterial, la diuresis y el gasto cardiaco.	

			84ml+16mg de noradrenalina.	<p><math>\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}</math>, ajustar gradualmente la velocidad de administración para conseguir la presión arterial deseada, hasta 1 <math>\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}</math>.</p> <p><b>Dosis máxima habitual:</b> 2 <math>\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}</math>.</p>	bradicardia, taquicardia, hipertensión, dolor torácico y palidez. Puede causar acidosis metabólica, sobre todo en pacientes hipovolémicos.	Administrar únicamente en infusión continua por bomba de infusión, por catéter venoso central y lumen proximal Monitorización continua de TA invasiva Proteger de la luz
	<p><b>Dopamina</b></p> <p>Estimulante cardíaco que actúa aumentando la fuerza de contracción del músculo cardíaco, provocando un aumento del gasto cardíaco (volumen de sangre expulsado por el corazón por minuto)</p>	Dopamina - ampolla 200mg en 5ml	<p>Dx en agua al 5% 95ml+200 mg de dopamina</p> <p>Dx en agua al 5% 90ml+400 mg de dopamina.</p>	<p><b>Vía de administración:</b> Intravenoso</p> <p><b>Dosis:</b> 2.5-10 mcg/kg/min</p> <p><b>Dosis máxima:</b> 20 mcg/kg/min</p> <p><b>Inicio de efecto y duración:</b> 2 min</p>	Extrasístoles, náuseas, vómitos, taquicardia, angina de pecho, palpitaciones, disnea, cefalea, hipotensión y vasoconstricción.	
	<p><b>Dobutamina</b></p> <p>Inotrópico positivo</p>	Dobutamina - Ampolla 250 mg en 5ml	<p>Dx en agua al 5% 95ml+250 mg de dobutamina.</p> <p>Dx en agua al 5% 90ml+500 mg de dobutamina</p>	<p><b>Vía de administración:</b> Intravenoso</p> <p><b>Dosis:</b> <b>Dosis inicio:</b> 2,5 - 5mcg/kg/min</p> <p><b>Dosis máxima:</b> 20 mcg/kg/min</p>	Puede producir en ciertos casos un claro aumento de la presión arterial sistólica, o un aumento indeseable de la frecuencia cardíaca, o una	Monitorización continua de: volemia, aumento de la contractilidad miocárdica, ecg, frecuencia cardíaca, diuresis, gasto cardíaco, presión

				<b>Inicio de efecto y duración:</b> 2-3 min	arritmia con frecuencia acompañada de extrasístoles ventriculares como consecuencia de la estimulación de los receptores $\beta_1$ cardíacos por dobutamina.	sanguínea y distribución de la perfusión periférica. Administrar únicamente en infusión continua por bomba de infusión, por catéter venoso central y lumen proximal Monitorización continua de TA invasiva Proteger de la luz
	<b>Nitroprusiato</b> Vasodilatador arteriovenoso.	Nitroprusiato - ampolla 50mg en 2ml.	Dx en agua al 5% 98ml+50 mg de nitroprusiato.	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> 0.1- 4 mcg/kg/min <b>Dosis máxima:</b> 10 mcg/kg/min <b>Inicio de efecto:</b> 2-3 min <b>Duración:</b> 2-3 min	En presencia de insuficiencia renal y/o hepática, o cuando el tratamiento sea superior a los 3 días o las dosis superen los 4 $\mu$ g/kg/minuto, se controlarán los niveles sanguíneos de tiocianatos y cianuro ya que pueden producir intoxicación. La interrupción brusca de la infusión podría producir una hipertensión de	Utilizar en infusión con solución estéril de dextrosa al 5% en agua. No se debe utilizar en inyección directa. Monitorización continua de: volemia, aumento de la contractilidad miocárdica, ECG, frecuencia cardíaca, diuresis, gasto cardíaco, presión sanguínea y distribución de la perfusión periférica. Administrar únicamente en

					rebote. Interrumpirla de forma progresiva en 15-30 minutos.	infusión continua por bomba de infusión, por catéter venoso central y lumen proximal Monitorización continua de TA invasiva Proteger de la luz
<b>Electrolitos</b>  Los electrolitos son minerales con carga eléctrica que ayudan a controlar los niveles de líquidos y el balance de ácidos y bases. También ayuda a controlar la actividad de los músculos y los nervios.	<b>Cloruro de potasio</b>  Ampolla - cloruro de potasio al 20% en 10ml -20meq	Sol. Sal 0.9% o dx en agua al 5% 80ml s.s.0.9% + 40 meq de kcl o 70ml s.s.0.9% + 60 meq de kcl (según indicación médica)	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> según criterio médico  Infusión mínima de 3 horas administrar únicamente por cvc y bomba de infusión.	I.v.: flebitis, parestesias, arritmias, bloqueo, paro cardíaco.	I.v: no administrar sin diluir (vía periférica: cc. De potasio menor a 60 meq/litro por el riesgo de flebitis; vía central: 150-200 meq/litro). Velocidad de infusión: < a 0,25 meq/kg/hora. Inf. Máx: 20 meq/h. Realizar monitoreo cardíaco durante la infusión. Diluido permanece estable 24 h a tª ambiente	
	<b>Cloruro de sodio 20%</b>  Se utiliza como aporte de electrolitos en los casos en los que exista deshidratación con pérdidas de sales.	Cloruro de sodio 20% en 10 ml ampolla – 34 meq	Diluir en solución salina al 0.9%	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> según criterio médico	Las soluciones con un alto contenido de sal puede causar necrosis tisular.	Las soluciones salinas hipertónicas deben ser administrar por vía central debido a su alta osmolaridad.

				<p><b>Hipertónica al 3%:</b> 89ml s.s.0.9% + 11ml nacl 20%</p> <p><b>Hipertónica al 7%:</b> 70ml + 30ml nacl 20%</p> <p><b>Hipertónica al 7,5 %:</b> 65ml + 35 ml nacl 20%</p>		<p>Control periódico de sodio sérico</p> <p>Se deben evaluar signos de sobrecarga hídrica</p>
<p><b>Bicarbonato</b> Alcalinizante Usado en el tratamiento de Acidosis metabólica severa</p>	<p>Bicarbonato de sodio al 8,4% inyectable</p> <p>Bicarbonato: 10 mmol (10 meq) por ampolla de 10 ml</p>	<p>Administrar puro o diluido en agua estéril</p>	<p><b>Vía de administración:</b> Intravenoso</p> <p><b>Dosis:</b> según criterio médico</p>	<p>Alcalosis, hipopotasemia, hipernatremia, hiperosmolaridad, hipocalcemia, hipoglucemia, La administración incorrecta (intra-arterial, paravenosa) puede causar necrosis tisular.</p>	<p>Administrar únicamente en infusión continua por bomba de infusión, por catéter venoso central y lumen único debido a la incompatibilidad física e inestabilidad química. Realizar análisis de gases sanguíneos arteriales antes y durante el tratamiento para minimizar la posibilidad de sobredosificación y alcalosis resultante.</p>	
<p><b>Gluconato de calcio</b> Usado en el tratamiento de la hipocalcemia aguda</p>	<p>Gluconato de calcio Solución inyectable al 10%</p>	<p>Ampolla de 1 g (100 mg/ml, 10 ml; solución al</p>	<p><b>Vía de administración:</b> Intravenoso</p>	<p>Náuseas, vómitos, mareos, somnolencia, latidos cardiacos</p>	<p>No administrar en caso de patología renal severa y a pacientes en</p>	

	Restaurador electrolítico. Coadyuvante en reacciones alérgicas agudas y anafilácticas.  Antídoto del sulfato de magnesio	Ampolla de 1g/ 10 ml; 100 mg/ml	10%) para inyección iv lenta o perfusión en una solución de glucosa al 5% o de cloruro de sodio al 0,9% o de lactato de ringer	<b>Dosis:</b> según criterio médico	irregulares, bradicardia, vasodilatación periférica, hta, necrosis tisular, sudoración, enrojecimiento cutáneo, rash o escozor en punto de iny., sudoración, sensación de hormigueo.	tratamiento con digitálicos. No administrar por vía im o sc.  No administrar si la solución está turbia o si se observan partículas en suspensión (precipitado de gluconato de calcio).
	<b>Sulfato de magnesio</b> El magnesio, catión principalmente intracelular, disminuye la excitabilidad neuronal y la transmisión neuromuscular.	Sulfato de magnesio 2%  Solución inyectable 2 g/10 ml	Cloruro de sodio al 0,9%	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> según criterio médico	Pérdida de reflejos; hipotensión, rubor; sensación de calor, hipotermia y dolor en el punto de iny.; depresión respiratoria debido al bloqueo neuromuscular.	Controlar función renal, tensión arterial y magesemia; reducir posología en IR leve-moderada; no administrar con sales de CA; utilizar en situaciones de emergencia  Administrar bien diluido y en más de 1 hora
<b>Agentes bloqueadores neuromusculares.</b>	<b>Rocuronio</b> Bloqueador neuromuscular o relajante muscular	Frasco ampolla 50mg de rocuronio en 5ml	Sol.sal 0.9% 0 dx en agua al 5% 80ml+200 mg de rocuronio.	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> según criterio médico <b>Parálisis:</b> 1-1.2mg/kg	Hipotensión Colapso circulatorio y shock Cambios en las constantes vitales, bloqueo neuromuscular prolongado	La ventilación mecánica es necesaria en pacientes tratados con este medicamento hasta que se restablezca la

				<b>Infusión:</b> 0,3-0,6mg7kg/h <b>Inicio de efecto:</b> <1 min <b>duración de efecto:</b> > 20 min. <b>Concentración:</b> 2mg/ml	Miopatías	respiración espontánea adecuada Administrar únicamente en infusión continua por bomba de infusión, por catéter venoso único
<b>Otros</b>	<b>Furosemida</b> Diurético de ASA	Furosemida ampolla 20mg en 2ml	Sol.sal 0.9% 60ml+400mg de furosemida	<b>Vía de administración:</b> Intravenoso <b>Dosis:</b> <b>Bolo:</b> 0.4 mg/kg <b>Dosis de inicio:</b> 0,05 hasta 0,4 mg/kg/h	Ototoxicidad, depleción de volumen, alcalosis metabólica y alteraciones electrolíticas	Administrar por una única vía intravenosa por bomba de infusión Proteger de la luz Mantener objetivo de diuresis entre 1 a 2 ml/kg/h Dosis manejar bajo protocolo de bomba diurética.

*Nota.* Esta tabla muestra la presentación, preparación, efectos adversos y precauciones que se deben tener al manejar medicamentos de alto riesgo.

**Tabla 42.** Listado de medicamentos LASA

<b>HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN</b>	
Contiene los medicamentos con similitud ortográfica o fonética y medicamentos de alto riesgo.	
Ácido Fólico	—————> Ácido foLÍNico
AzaTIOprina	—————> AzTROMICIna
Alopurinol	—————> Haloperidol
ATROPina	—————> ADRENalina
Bucometasana	—————> Dexametasona
BUpivacaína	—————> MEpivacaína
BUpivacaína	—————> Ropivacaína
CarBAMazepina	—————> OXcarbazepina
CARBOplatino	—————> CISplatino
CefAZOLina	—————> CefOTAXima
CefAZOLina	—————> CefTAZIdima
CefOTAXima	—————> CefTAZIdima
CefOTAXima	—————> CefTRIAXona
CeftRIAXona	—————> CeftAZIdima
CicloFOSFAMIDA	—————> CiclosPORINA
Ciprofloxacino	—————> Moxifloxacino
CloTIApina	—————> CloZApina
CloTRIMAZOL	—————> ClotriMOXAZOL
DACTINomicina	—————> DAPTOmicina
DASAtinib	—————> LAPAtinib
DiazEPAM	—————> DiltiAZEM
DigoXINA	—————> DoxazoSINA
DOBUTamina	—————> DOPamina
DOCEtaxel	—————> PACLitaxel
DoxazoSINA	—————> DexametaSONA
DoxazoSINA	—————> DigoXINA
DULOxetina	—————> PARoxetina
EFEDrina	—————> EPINEFrina
EFEDrina	—————> FENILEFrina

<b>HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN</b>		
Contiene los medicamentos con similitud ortográfica o fonética y medicamentos de alto riesgo.		
EPINEFrina	—————>	FENILEFrina
FLUoxetina	—————>	PARoxetina
FLUoxetina	—————>	DULOxetina
FurOSEMIDA	—————>	FurANTOÍNA
HidrALAzina	—————>	HidroCLOROTIAZIDA
HidroLOROTIAZIDA	—————>	HidroCORTIZONA
HidroCLOROTIAZIDA	—————>	HidroXICLOROQUINA
Ketoprofeno	—————>	Ketoconazol
LevoFLOXACINO	—————>	LevoTIROXINA
LEVOfloxacino	—————>	NORfloxacino
LevomePROMAzina	—————>	LevoTIROxina
LoRAtidina	—————>	LoVAStatina
MetAMIZol	—————>	MetroNIDAzol
MetAMIZol	—————>	MetIMAzol
Metotrexate	—————>	Mitoxantrona
MetRONIDazol	—————>	MetIMAzol
MOXIfloxacino	—————>	NORfloxacimo
PaNTOPRAzol	—————>	PaRACETAMol
Piridoxina	—————>	PiridoSTIGMina
QUETlapina	—————>	CLOZapina
Prednisona	—————>	PrednisiLona
VeLACIclovir	—————>	ValGAnciclovir
VinBLAStina	—————>	VinCRIStina
<i>* Nota. No contiene los nombres comerciales</i>		

*Nota.* Esta tabla muestra el listado de medicamentos con similitud fonética y que se debe conocer para evitar riesgos en la presentación.

**Tabla 43.** Plan de capacitación sobre el protocolo de electrolitos concentrados

<b>PLAN DE CAPACITACIÓN HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN</b>				
<b>Tema:</b> Protocolo del control de electrolitos concentrados al personal de nuevo ingreso				
<b>Objetivos</b>	<b>Estrategias</b>	<b>Meta</b>	<b>Tipo de capacitación</b>	<b>Recursos</b>
Preparar al personal de nuevo ingreso sobre la adquisición, almacenamiento y disponibilidad de estos agentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar una evaluación previa para medir los conocimientos.</li> <li>Presentación del protocolo establecido en el Manual del MSP 2016.</li> </ul>	Capacitar al 100% de personal de nuevo ingreso y al personal de enfermería antiguo con la finalidad de afianzar sus conocimientos.	<p><b>Inductiva:</b> Se orienta a establecer mecanismos de integración del nuevo personal de enfermería.</p> <p><b>Correctiva:</b> Se orienta fortalecer el conocimiento del personal de enfermería actual del hospital, se aplica después de una evaluación de desempeño.</p> <p><b>Modalidades de capacitación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formativa</li> <li>Actualización</li> <li>Especialización</li> </ul> <p><b>Niveles de capacitación</b> Avanzado: Busca que el personal profundice sus conocimientos y perfeccionar habilidades.</p>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Participantes (Personal de enfermería)</li> <li>Facilitadores</li> <li>Personal médico</li> </ul> <p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Instalaciones del hospital</li> <li>Sillas, proyector, computador y apuntador</li> </ul> <p><b>Documentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Prácticas Seguras MSP 2016</li> </ul>
Proporcionar conocimientos sobre el acceso, prescripción, preparación y distribución de estos medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar un taller sobre cada etapa del protocolo de control de electrolitos concentrados.</li> <li>Desarrollo de casos prácticos sobre el acceso, prescripción, preparación y distribución.</li> </ul>			
Establecer mecanismos de control de administración de este tipo de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentar a los nuevos internos, guías, formularios y mecanismos de control para la administración de los electrolitos concentrados.</li> </ul>			
Implementar herramientas de seguimiento y supervisión del cumplimiento del protocolo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación escrita al personal sobre la capacitación recibida</li> <li>Entrega de información impresa y digital.</li> <li>Dar indicaciones sobre los procesos de seguimiento y supervisión.</li> </ul>			

*Nota.* Esta tabla muestra los objetivos, estrategias, meta, tipo y recursos necesarios para la capacitación sobre electrolitos concentrados.

**Tabla 44.** Protocolo de trombo profilaxis en los pacientes con factores de riesgo ingresados en UCI

<b>HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERON</b>	
<b>Tipo de Práctica Segura</b>	<b>Técnicas Asistenciales</b>
<b>Profilaxis de tromboembolismo venoso</b>	<p>El tromboembolismo venoso es el término colectivo para trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, es una complicación grave, las mismas pueden aparecer secundariamente a una intervención quirúrgica o una enfermedad médica Durante el ingreso hospitalario, complicando la evolución del paciente.</p> <p>La alta prevalencia de tromboembolismo venoso en pacientes ingresados, la clínica silente en la mayoría de ellos; y el elevado riesgo de morbi-mortalidad asociados con la no prevención, son causas esenciales que justifican su profilaxis. La evidencia muestra que la identificación de pacientes con factores de riesgo y aplicar acciones basadas en la evidencia, reducen o evitan sustancialmente la incidencia de tromboembolismo venoso.</p> <p>El objetivo es disminuir la incidencia de tromboembolismo venoso en los pacientes atendidos en los establecimientos de salud; para lo que se requiere aplicar medidas de profilaxis en pacientes con riesgo de Tromboembolismo Venoso en todos los establecimientos de salud.</p>
<b>Medidas profilácticas primarias, en pacientes con factores de riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Profilaxis de medicamentos dentro de las 48 horas.</li> <li>b) Mitigar el dolor relacionado con el edema tisular y obstrucción del flujo sanguíneo.</li> <li>c) Mantener elevada la zona afecta, (posición Trendelemburg)</li> <li>d) Educar al paciente sobre la importancia de la administración de los medicamentos prescritos.</li> <li>e) Uso de medias anti-embólicas o vendas elásticas.</li> <li>f) Vigilar signos de hemorragia.</li> <li>g) Mantener en reposo al paciente con las medidas adecuadas según su patología.</li> </ul>
<b>Medidas profilácticas secundarias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Administración de medicamentos prescritos por el médico.</li> <li>b) Vigilar signos de alarma de sangrado.</li> <li>c) Movilización del paciente tan pronto sea posible luego de la cirugía.</li> <li>d) Uso de botas de compresión secuencial en quirófano y sala de recuperación post quirúrgica.</li> <li>e) Uso de medias anti embólicas o vendas elásticas.</li> <li>f) Deambulacion precoz si cursa por el período post operatorio.</li> <li>g) Control de exámenes de laboratorio.</li> <li>h) Al egreso de los pacientes, se planificará su seguimiento en consulta externa.</li> </ul>

<p><b>Evaluación del riesgo y medidas preventivas</b></p>	<p>a) Identificar los pacientes con factores de riesgo relacionados con trombosis venosa profunda, tromboembolismo venoso y embolia pulmonar.</p> <p>b) Proporcionar los cuidados de profilaxis acorde a la mejor evidencia disponible.</p> <p>c) El profesional médico responsable del cuidado del paciente, verificará si está documentada la evaluación de riesgo según el protocolo definido por el establecimiento en la historia clínica previa a la intervención quirúrgica.</p> <p>d) Todo paciente sometido a cirugía con factores de riesgo de acuerdo a la evaluación previa, el profesional médico responsable del cuidado del paciente confirmará que están indicadas las medidas preventivas de acuerdo al protocolo local.</p> <p>e) El profesional médico responsable del cuidado del paciente verificará que se están realizando las medidas preventivas indicadas y si existe constancia de ello en la historia clínica del paciente.</p> <p>f) Identificar a los pacientes con cirugías ortopédicas mayores y asegurarse de proporcionar la adecuada profilaxis post-egreso.</p>
---	---

*Nota.* Esta tabla muestra los pasos que se deben realizar para ejecutar un proceso de trombo profilaxis de pacientes con factores de riesgos

**Tabla 45.** Plan de acción para control de eventos adversos

<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL CONTROL DE EVENTOS ADVERSOS</b>								
<b>Objetivo:</b> Planear y programar las acciones y actividades en tiempos para Control Permanente de Eventos Adversos y a la vez hacer un seguimiento que permita lograr la continua notificación de eventos adversos por parte de todo el personal de enfermería de la UCI.								
Acciones	Actividades	Responsable	Tiempo	Observaciones	Nivel de Cumplimiento			Recomendaciones
					No cumplida	Parcialmente cumplida	Cumplida	
<b>Alistamiento Institucional</b>	Convocar a una reunión al enfermera o enfermero titular de área UCI	Titular del área de enfermería	1 semana					
	Conformar y capacitar al equipo de control de eventos adversos		1 semana					
	Socializar con el equipo los lineamientos de control y formularios de notificación de eventos adversos		2 días					
	Presentar el equipo al personal de enfermería de la UCI		1 día					
<b>Sensibilización</b>	Realizar rondas frecuentes		Diariamente					
	Enviar información complementaria al personal de enfermería		Cuando lo soliciten					

	Solicitar cooperación de todo el personal e indicarles que no existen sanciones		En la presentación del equipo					
<b>Mecanismos de control</b>	Solicitar cada cambio de turno el informe de novedades		Diariamente					
	Recopilar y sistematizar todos los informes del día		Diariamente					
	Verificar cada uno de los informes (legibilidad)		Diariamente					
	Consolidar los informes recibidos y aprobados		Cada semana					
<b>Informe de resultados</b>	Elaborar un informe de seguimiento		Cada semana					
	Remitir el informe al ente de control		Mensual					
	Reportar cada tres meses las estadísticas de eventos encontradas en los informes		Trimestral					

*Nota.* Esta tabla muestra el formato para control y seguimiento de Eventos Adversos en la UCI

**Tabla 46.** Instructivo para transferir la información

<b>HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERON</b>	
<b>Tipo de Práctica Segura</b>	Administrativa / Asistencial
<b>La transferencia se produce cuando:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes requieren cuidados en otra área del hospital</li> <li>• Los pacientes son trasladados a otro especialista</li> <li>• Los pacientes requieren un traslado a otra institución hospitalaria</li> <li>• Cambio de turno del personal de enfermería</li> </ul>
<b>Proceso de transferencia del paciente entre servicios</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El personal recibe la orden de transferencia</li> <li>2. El personal de enfermería acompaña al paciente durante todo el proceso de transferencia.</li> <li>3. Al momento de la transferencia se notifica</li> <li>4. verbalmente y se entrega la documentación sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación actual del paciente y cambios que se han presentado.</li> <li>• Tratamiento actual que recibe</li> <li>• Posibles complicaciones</li> <li>• Alergias</li> <li>• Exámenes pendientes</li> <li>• Resultados de exámenes</li> </ul> </li> <li>5. El personal que entrega al paciente y su información incluye el formulario de transferencia de información, como constancia (se colocan nombres y firma de responsabilidad).</li> <li>6. El personal que recibe la información también llena y completa el formulario.</li> <li>7. Debe indicar la información recibida</li> <li>8. Colocar nombres y firma de responsabilidad.</li> </ol>
<b>Proceso de transferencia del paciente en entrega-recepción de turno</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La transferencia se basa en el reporte del personal que ha cumplido con su turno.</li> <li>2. La información sobre el paciente cuenta con la última observación directa.</li> <li>3. El personal de enfermería acompaña al paciente durante todo el proceso de transferencia.</li> <li>4. Para la entrega se utiliza el registro de novedades en el cual se detalla lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos</li> <li>• Egresos</li> <li>• Transferencias</li> <li>• Exámenes pendientes</li> <li>• Traslados de pacientes</li> <li>• Morgue cuando existan defunciones.</li> </ul> </li> <li>5. El personal que entrega al paciente y su información incluye el formulario de transferencia de información,</li> </ol>

	<p>como constancia (se coloca nombres y firma de responsabilidad).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. El personal que recibe la información también llena y completa el formulario.</li> <li>7. Debe indicar la información recibida</li> <li>8. Colocar nombres y firma de responsabilidad.</li> <li>9. El horario de entrega-recepción se realiza según los horarios.</li> </ol>
<p><b>Proceso de transferencia del paciente a otra institución</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El médico tratante es quien autoriza el traslado de hospital.</li> <li>2. La información sobre el paciente cuenta con la última observación directa.</li> <li>3. El personal de enfermería verifica la existencia de camas en el otro hospital.</li> <li>4. Para la entrega se realiza un reporte indicando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La condición de envío del paciente</li> <li>• Medicación prescrita</li> <li>• Pertenencias</li> </ul> </li> <li>5. El traslado se hace si la condición del paciente es estable y es acompañado por personal de salud.</li> <li>6. El personal cambia la información en el sistema.</li> <li>7. Firma de responsabilidad de quien entrega y recibe al paciente</li> <li>8. El personal de enfermería y auxiliares realizan la desinfección de la unidad.</li> </ol>
<p><b>Información que debe contener el registro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos ejecutados</li> <li>• Cambios significativos en el estado del paciente</li> <li>• Medicamentos suministrados</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Riesgos a los que está expuesto</li> <li>• Nueva ubicación</li> <li>• Firma, fecha y hora de la transferencia</li> <li>• Firma de responsabilidad de quien entrega y recibe al paciente</li> </ul>

*Nota.* Esta tabla muestra el instructivo para transferir información

**Tabla 47.** Matriz de cumplimiento de entrega de información

<b>HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN</b>						
<b>Objetivo:</b> Controlar y dar seguimiento a la entrega de documentación durante la transferencia de información.						
	Documentación	Responsable	Nivel de Cumplimiento			Recomendaciones
			No cumplida	Parcialmente cumplida	Cumplida	
Interno	Situación actual del paciente y cambios que se han presentado.					
	Tratamiento actual que recibe					
	Posibles complicaciones, tales como alergias					
	Listado de exámenes pendiente					
	Resultados de exámenes					
	Formulario de transferencia de información, como constancia (colocar nombres y firma de responsabilidad).					
	Registro de novedades					
Externo	Situación actual del paciente y cambios que se han presentado.					
	Tratamiento actual que recibe					
	Posibles complicaciones, tales como alergias					
	Listado de exámenes pendiente					
	Resultados de exámenes					
	Constancia final con firma de responsabilidad de quien entrega y recibe al paciente					

*Nota.* Esta tabla muestra la matriz de seguimiento control de transferencia de información.

**Tabla 48.** Formato evaluación general

EVALUACIÓN DE REACCIÓN					
TEMA:	<hr/>				
INSTRUCTOR:	<hr/>				
FECHA:	<hr/>				
NOMBRE PARTICIPANTE:	<hr/>				
ÁREA A LA QUE PERTENECE:	<hr/>				
Su opinión es importante, para mejorar estos procesos, por lo tanto, le solicitamos contestar con sinceridad					
<b>Escala</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>Calificación</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>1. FACILITADOR</b>					
La explicación fue clara y comprensible	<input type="text"/>				
Genero un ambiente de participación	<input type="text"/>				
Uso eficientemente el tiempo	<input type="text"/>				
Respondió adecuadamente las preguntas	<input type="text"/>				
Dominó el tema	<input type="text"/>				
Me gustaría que nos volviera a capacitar	<input type="text"/>				
<b>2. CONTENIDOS</b>					
Se cumplieron los objetivos de la capacitación	<input type="text"/>				
Se impartieron contenidos actualizados	<input type="text"/>				
Los contenidos son coherentes	<input type="text"/>				
<b>3. MATERIAL DE APOYO</b>					
El material tiene buena presentación y organización	<input type="text"/>				
Permite profundizar los conocimientos	<input type="text"/>				

Contiene información visual y práctica	
Se utilizaron ayudas audiovisuales	
<b>4. LOGÍSTICA</b>	
La organización era excelente	
Las condiciones físicas fueron las adecuadas	
La notificación fue notificada de manera oportuna	
<b>RECOMENDACIONES</b>	

*Nota.* Esta tabla muestra el formato para que el personal de enfermería califica la capacitación recibida.

**Tabla 49.** Formato evaluación de aprendizaje de capacitación

<b>HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN</b>			
<b>Tema:</b>		<b>Supervisor</b>	
<b>Nombre del participante:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Preguntas</b>		<b>Respuesta</b>	<b>Puntaje</b>
Pregunta 1			
Pregunta 2			
Pregunta 3			
Pregunta 4			
Pregunta 5			
Pregunta 6			
Pregunta 7			
Pregunta 8			
Pregunta 9			
Pregunta 10			
<b>TOTAL</b>			

*Nota.* Esta tabla muestra el formato para redactar una evaluación después de realizada la capacitación.

**Tabla 50.** Campaña interna sobre el lavado de manos

HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CADERÓN																																																				
2023																																																				
	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	#	4	1	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#				
<b>Elaboración de la campaña publicitaria</b>																																																				
<b>Comunicar propuesta y desarrollo de la campaña a la gerencia/dirección</b>																																																				
<b>Preparación de guía de la campaña y cronograma de trabajo</b>																																																				
<b>Organizar los preparativos de la campaña</b>																																																				



**Tabla 51.** Plan de acción sobre la capacitación inclusiva (personal, paciente y su familia)

<b>PLAN DE CAPACITACIÓN HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta planificación está dirigida al personal de enfermería, pacientes y familiares, a fin de otorgarles los conocimientos necesarios para proporcionar un cuidado de calidad al paciente.</li> <li>• Este plan contribuye al desarrollo de estrategias de educación al paciente y sus familiares.</li> </ul>						
<b>Objetivo General:</b> Fortalecer la aplicación de prácticas seguras en los pacientes ingresados en UCI						
<b>Objetivos Específico:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar el conocimiento necesario para el cuidado integral del paciente.</li> <li>• Fijar lineamientos para que los programas de capacitación, respondan a los problemas que presenta el hospital.</li> <li>• Apoyar al proceso de mejoramiento continuo</li> <li>• Fomentar el desarrollo del personal de enfermería</li> </ul>						
<b>N°</b>	<b>Actividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fecha</b>	<b>Responsable</b>	
1	Establecimiento de las necesidades de capacitación	Para mediados del 2023 se prevé capacitar por lo menos al 50% de familiares y pacientes sobre las prácticas seguras del paciente	Necesidades recibidas/Necesidades satisfechas	Enero 2023	Titular de enfermería	
2	Seleccionar al personal de capacitación			Todo el año	Titular de enfermería	
3	Seleccionar los horarios de capacitación en las salas de espera			Enero 2023	Titular de enfermería	
4	Elaboración de cronogramas de capacitación			Enero 2023	Titular de enfermería	
5	Aprobación y validación del plan de capacitación			Enero 2023	Titular de enfermería	
6	Ejecución del plan de capacitación			Todo el año	Titular de enfermería	
7	Evaluación del plan de capacitación			Capacitaciones planificadas/Capacitaciones ejecutadas	Diciembre 2023	Titular de enfermería
8	Seguimiento de los resultados			Total personal capacitado/Total personal	Todo el año	Titular de enfermería

*Nota.* Esta tabla muestra el plan de capacitación sobre cuidado al paciente dirigido al personal de enfermería, pacientes y familiares

**Tabla 52.** Cronograma de ejecución del plan de acción

<b>HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CADERÓN</b>																			
	<b>2023</b>																		
	<b>ENERO</b>				<b>FEBRERO</b>				<b>MARZO</b>				<b>ABRIL</b>				<b>MAYO</b>		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Diseñar un instructivo de identificación al paciente para el área UCI del Hospital General Docente de Calderón																			
Elaborar un listado de medicamentos de alto riesgo de la UCI del Hospital General Docente de Calderón																			
Elaborar y publicar un listado de medicamento LASA de alto riesgo																			
Planear y programar las acciones y actividades de capacitación al personal de nuevo ingreso solo el protocolo de control de electrolitos concentrados																			
Diseñar un protocolo de trombo profilaxis en pacientes con factores de riesgo ingresados a la UCI del Hospital General Docente de Calderón																			
Planear y programar actividades para el Control Permanente de Eventos Adversos y a la vez hacer un seguimiento que permita lograr la continua notificación de eventos adversos por parte de todo el personal de enfermería de la UCI																			
Diseñar un instructivo para la transferencia de información que se maneja en el área de UCI del Hospital General Docente de Calderón																			
Diseñar un mecanismo de control y seguimiento de la transferencia de información en el área de UCI del Hospital General Docente de Calderón																			
Elaborar un cuestionario que permita evaluar el desempeño del personal de enfermería del área de UCI del Hospital General Docente de Calderón																			
Elaborar un cuestionario que permita evaluar el nivel de aprendizaje del personal de enfermería después de haber recibido la capacitación																			
Diseñar e implementar una campaña interna sobre el lavado de manos en el personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón																			
Diseñar e implementar un plan de capacitación sobre el cuidado de pacientes para el personal de enfermería, pacientes y familiares																			

*Nota.* Esta tabla muestra el cronograma de ejecución del plan de acción

**Tabla 53.** Presupuesto de ejecución

<b>Cantidad</b>	<b>Recurso</b>	<b>Valor Unitario</b>	<b>Valor total</b>
5	Remas de papel	3,50	17,50
4	Caja de esferos	6,00	24,00
300	Fotocopias	0,05	15,00
4	Cartuchos de tinta	6,00	24,00
40	Capacitador	50,00	2000,00
6	Internet	50,00	300,00
1000	Volantes	0,50	500,00
300	Folletos	3,00	900,00
10	Adornos	1,00	10,00
	<b>TOTAL</b>		3790,50

*Nota.* Esta tabla muestra los costos financieros necesarios para la puesta en marcha del plan de acción.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

Con base en los análisis anteriores se concluye lo siguiente:

- El programa de micro gestión que se ha elaborado con base en los requerimientos específicos del personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente de Calderón, se encuentra enfocado en definir lineamientos de evaluación de procesos y personas de cerca. Este documento se utiliza para determinar el uso de la medicación, el actuar de las enfermeras, la intensidad de los servicios y la calidad de la atención proporcionada de acuerdo a la identificación del paciente; con la finalidad de salvaguardar la seguridad del mismo. Los datos de la documentación proporcionan información sobre las características del paciente y los resultados de la atención.
- Basándose en los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento se evidencia que el 62,2% asegura que el desarrollo de prácticas de seguridad es eficiente; pero existe un margen del 27% quienes no concuerdan con esta afirmación, indicando la existencia de una brecha en la ejecución de procedimientos seguros.
- Mediante la aplicación de la lista de verificación y del cuestionario se han detectado deficiencias en los procesos de identificación de pacientes, el personal de enfermería no realiza un adecuado manejo de los medicamentos de alto riesgo, existen errores e incongruencias en la administración de medicamentos, lo cual, significa un riesgo elevado para la salud del paciente, el manejo de la información no es continua y se comenten errores que molestan al paciente y los familiares, además que el proceso de prevención de caídas no está claramente definido.
- Tomando como base las deficiencias encontradas y presentadas en la conclusión anterior, se ha determinado la importancia y la necesidad de proponer y diseñar un programa de micro gestión que garanticen la seguridad del paciente para cuidado de Enfermería en la UCI del Hospital General Docente de Calderón.

## **5.2. Recomendaciones**

Con la finalidad de mejorar las situaciones presentadas en las conclusiones y hallazgos, se han establecido las siguientes recomendaciones:

- Una vez que el programa de micro gestión que garantiza la seguridad del paciente para cuidado de Enfermería en la UCI del Hospital General Docente de Calderón, se aprobado por la entidad, se recomienda su aplicación inmediata y en su totalidad, con la finalidad de solucionar las deficiencias y potencializar el cuidado seguro del paciente.
- Se recomienda actualizar el programa de micro gestión del cuidado seguro del paciente del hospital de manera anual, con la finalidad de implementar nuevos mecanismos de cuidado del paciente.
- Se recomienda capacitar al personal de enfermería de manera continua sobre el uso y administración de medicamentos peligrosos, con la finalidad de salvaguardar la integridad del paciente y de potencializar la capacidad del profesional de enfermería de educar al paciente sobre los beneficios y efectos secundarios.
- Se recomienda valorar el nivel de conocimiento del personal de enfermería que es asignado al UCI, con la finalidad de solventar cualquier deficiencia de conocimiento y asegurar la integridad de los pacientes.
- Cabe resaltar que mediante la aplicación del programa de micro gestión los resultados se van a visualizar inmediatamente, pero debe asegurarse que su aplicación sea permanente y continua.

## REFERENCIAS

- Agra, Y., & Remón, C. (2016). *Estrategia e seguridad del paciente del sistema nacional de salud*.  
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- Baena, G. (2017). *Metodología de la investigación: Serie integral por competencias*. México: Grupo Editorial Patria, S.A. de C.V.  
[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf)
- Carhuancho, I., Nolzco, F., Monteverde, L., Guerrero, M., & Casana, K. (2019). *Metodología para la investigación holística*. UIDE.
- Cohén, N., & Gómez, G. (2019). *Metodología de la investigación ¿Para qué?* Buenos Aires: Editorial Teseo.  
[http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190823024606/Metodologia\\_para\\_que.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190823024606/Metodologia_para_que.pdf)
- Cóndor, A. (8 de junio de 2022). Alerta por desabastecimiento de medicinas en centros de salud de Ecuador. *Radio Pichincha*.  
<https://www.pichinchacomunicaciones.com.ec/alerta-por-desabastecimiento-de-medicinas-en-centros-de-salud-de-ecuador/>
- Contreras, Z. (2005). Ensayo, Desarrollo e implementación e la gestión clínica de profesionales de enfermería.
- Delgado, P. (2012). En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta. *Vía SALUD*, 16.
- Donabedian, A. (1966). Evaluando la calidad de la atención médica. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166.
- HGDC. (2018). *Plan Estratégico Institucional 2018-2022*. Hospital General Docente de Calderon, Gestión de Calidad. Hospital General Docente de Calderón.  
<https://www.hgdc.gob.ec/index.php/servicios/sala-situacional>.
- Hospital General Docente de Calderón. (2018). *Plan Estratégico 2018-2022*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

- Hospital General Docente de Calderón. (2021). *Rendición de cuentas 2021*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- ISO:9001. (2015). *Nuevas normas ISO es una iniciativa de escuela Europea de excelencia*. (S. I. 9001, Productor). <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2018/10/gestion-de-calidad/>
- La Madriz, J. (2019). *Metodología de investigación. Actuación humana orientada al conocimiento de la realidad observable*. Guayaquil: CIDE Editorial.  
<http://repositorio.cidecuador.org/bitstream/123456789/75/1/Metodologia%20de%20la%20Investigacion.pdf>
- Machado, J. (21 de agosto de 2021). Hospitales de cuatro provincias enfrentan más problemas de abastecimiento. *Primicias*.  
<https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/hospitales-cuatro-provincias-problemas-abastecimiento/>
- Mina, A. (2019). Calidad en salud y seguridad del paciente, ¿entendemos lo que significa? *Revista PUCE*, 145–161. <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i109.249>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (29 de agosto de 2022). *Plan anual de inversiones 2022*. <https://www.finanzas.gob.ec/ejecucion-presupuestaria/>
- Minsalud Colombia. (2014). *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente*. Bogotá: Ministerio de La Protección Social.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Moitorear-aspectos-claves-seguridad-paciente.pdf>
- MSP. (2016). *Seguridad del paciente - usuario, Manual*. (Primera ed.). (D. N.-M. Dirección Nacional de Normatización, Ed.) Ecuador.
- MSP. (2019). *Subsistema de vigilancia epidemiológica para las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud*. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE).  
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/10/Gaceta-IAAS-2018-CORRECCIONES-SNVSPv2.pdf>
- OMS. (13 de Septiembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud* . Seguridad del paciente : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

- OMS. (11 de Agosto de 2020). Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud :  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Oñate, S. (31 de mayo de 2002). En hospitales hay escasez de medicinas. *El Comercio*.  
<https://www.elcomercio.com/tendencias/salud/hospitales-escasez-medicinas-iess-quito.html>
- Orozco, M. (6 de agosto de 2022). La escasez de medicinas es del 45% en las áreas de salud del IESS. *Primicias*. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/millones-atrasos-hospitales-iess-ecuador/>
- Ortún, V. (1999). ¿Conocimiento para gestionar ? *Departamento de Economía y Empresa, Centro de Investigación en Economía y Salud*.
- Paranaguá, Braga, Q., Bezerra, A., Silva, A., Azevedo, F., & Gomes, M. (2014). Eventos adversos: Instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. *Enfermería Global*, 13(2), 206–231.  
<https://doi.org/10.6018/eglobal.13.2.179201>
- Quinteros, C., & Velázquez, P. (2020). *Metodología de la Investigación*. Grupo de Servicios Gráficos del Centro, S.A. de C.V. [https://www.cobachsonora.edu.mx/-2020/metodologiadelainvestigacion\\_I.pdf](https://www.cobachsonora.edu.mx/-2020/metodologiadelainvestigacion_I.pdf)
- Reason, J. (2000). Human Horror: models and management . *British Medical Journal*, 768 - 770.
- Remon, C., & Aranaz, J. (s.f.). La prevención de Eventos relacionados con la Asistencia Sanitaria. Cultura de la seguridad del paciente. Prácticas Seguras. *Ministerio de sanidad y consumo*.
- Sally, A., & Charles, V. (2004). *Protocolo de Londres*.  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO\\_DE\\_LONDRES\\_INCIDENTES\\_CLINICOS.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES_CLINICOS.pdf)
- Servicio Andaluz de Salud. (2003). *Aciendo Gestión Clínica en Atención Primaria*.  
[https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2020/GESTION.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/GESTION.pdf)

- Tapia, E. (2 de julio de 2022). El gobierno gastó el 39% del presupuesto en salud hasta junio. *Primicias*. <https://www.primicias.ec/noticias/economia/gasto-salud-y-educacion-crecio-lento/>
- Tapia, E. (29 de agosto de 2022). La inversión en salud y educación cae 80% en 2022. *Primicias*. <https://www.primicias.ec/noticias/economia/inversion-estatal-salud-educacion-estancada-ecuador/>
- Terol, E., & Agra, Y. (2018). Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Medicina Clínica*, 1–3. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(08\)76454](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(08)76454)
- Vítolo, F. (2016). La triple meta en la atención de la salud. *Biblioteca virtual NOBLE*. <http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/October2017/ZpFisvOEFhadPSzTHzVz.pdf>

## Anexos

### Anexo 1. Lista de Chequeo

<b>CHECK LIST</b>			
N°	Ítem	Si	No
1	La unidad cuenta con un instructivo de identificación del paciente		<b>X</b>
2	Cuenta con el formulario de "Registro de Pacientes sin Brazaletes de Identificación" en la Unidad de Cuidados Intensivos	<b>X</b>	
3	La unidad cuenta con un programa anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos	<b>X</b>	
4	Dispone el protocolo sobre control de abreviaturas peligrosas	<b>X</b>	
5	Dispone a la vista del personal de salud el listado de abreviaturas aceptadas.	<b>X</b>	
6	Existe un listado de medicamentos de alto riesgo a la vista de todo el personal.		<b>X</b>
7	Identifica y dispone en la unidad y a la vista de todo el personal de salud, el listado de medicamentos LASA que corresponde a pares de nombres de medicamentos con similitud ortográfica o fonética y medicamentos de alto riesgo.		<b>X</b>
8	Cuenta y dispone con un protocolo de control de electrolitos concentrados en el servicio.	<b>X</b>	
9	Realiza capacitación sobre el cumplimiento del protocolo del control de electrolitos concentrados al personal de nuevo ingreso.		<b>X</b>
10	Cuenta y dispone para todo el personal el protocolo administración correcta de medicamentos en el servicio.	<b>X</b>	
11	Cuenta con un protocolo de trombo profilaxis en los pacientes con factores de riesgo ingresados en UCI.		<b>X</b>
12	Cuenta con un protocolo de prevención de úlceras por presión documentado en la mejor evidencia.	<b>X</b>	
13	Identifica los riesgos de úlceras por presión mediante la aplicación de las diferentes escalas de valoración.	<b>X</b>	
14	El formulario de notificación es remitido a la Unidad de Calidad del establecimiento.	<b>X</b>	
15	La/el Líder, Coordinador del servicio es el responsable de revisar los formularios los mismos que deben ser legibles, precisos y completos, valida la información, realiza la gestión del evento (conforma equipo de mejoramiento de la calidad, aplica metodología, elabora y ejecuta plan de acción), y, notifica al responsable designado por el establecimiento. Finalmente, el responsable del establecimiento es responsable de consolidar toda la información del establecimiento y entregar los resultados a las entidades correspondientes.		<b>X</b>

16	Cuenta con un protocolo documentado para transferir información de manera correcta de los pacientes durante los puntos de transición que se hayan definido.	X
17	Cuenta con un protocolo para el manejo de bombas de infusión.	X
18	Documenta las capacitaciones realizadas, mediante evaluaciones de conocimientos y destrezas posteriores al entrenamiento y registrar firmas del entrenado/a y entrenador/a	X
19	Institucionaliza la higiene de manos como política interna del establecimiento de salud sujeta a vigilancia y control por la entidad que corresponda.	X
20	Asegura la disponibilidad de dispositivos médicos e insumos para higiene de manos en el punto de atención, de preferencia uno por cada cama.	X
21	Elabora programas educativos regulares respecto a las técnicas más adecuadas para la higiene de manos.	X
22	Cuenta con un protocolo para reducir el riesgo de caídas, considerando las necesidades del establecimiento de salud.	X
23	Evalúa el riesgo de caídas en pacientes ingresados (Aplica escala de caída de Morse).	X
24	Identifica al paciente que presenta riesgo de caídas (por ejemplo: colocación de una señal de riesgo en el brazalete de identificación).	X
25	Realiza al menos una vez al año una jornada de capacitación y educación en seguridad del paciente dirigido a los profesionales, trabajadores, administrativos y personal de salud en general, incluyendo al paciente y su familia.	X