

**AUDITORÍA DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ, EN EL AÑO 2024.**

**INTEGRANTES:**

Mildrey Carolina Aristizábal García  
Estefanía García Salazar  
Luis Miguel Carrero Saldarriaga

**ASESOR:**

ABELARDO GUZMAN HURTADO

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD

**GRUPO:**

OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

CALIDAD EN SALUD

MEDELLÍN, 2024

**AUDITORÍA DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ, EN EL AÑO 2024.**

**INTEGRANTES:**

Mildrey Carolina Aristizábal García  
Estefanía García Salazar  
Luis Miguel Carrero Saldarriaga

**ASESOR:**

ABELARDO GUZMAN HURTADO

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD

**GRUPO:**

OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

CALIDAD EN SALUD

MEDELLÍN, 2024

## ÍNDICE DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	5
2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
1.1 ANALISIS DE LA SITUACIÓN.....	6
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	8
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
3.2. MARCO TEÓRICO.....	11
4.3. OBJETIVOS .....	19
5.4. METODOLOGÍA.....	20
6.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
7.6. RESULTADOS.....	23
6.1 Primer momento.....	23
6.2 Segundo momento.....	24
6.3 Tercer momento.....	32
6.4 Cuarto momento.....	34
6.5 Quinto momento.....	61
8. 7. CONCLUSIONES.....	63
9.8. RECOMENDACIONES.....	65
10.9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: .....	67

## LISTA DE ANEXOS

## 1. RESUMEN

Las prácticas seguras se convirtieron en una herramienta fundamental no sólo para disminuir eventos adversos en la atención, sino para el mismo sostenimiento de los diferentes sistemas de salud. No sólo comprometen la seguridad y la calidad de la atención en salud, sino que afectan la confianza de la comunidad en el sistema, sobrecostos adicionales institucionales y gubernamentales. La revisión, evaluación, comparación e implementación de las buenas prácticas garantizarán la correcta y segura atención al paciente, disminución de eventos prevenibles y adecuada acción frente a los no prevenibles; generando una optimización del talento humano en salud y de recursos financieros. Identificar las deficiencias y áreas de mejora, permite diseñar e implementar intervenciones específicas, fortalecer la seguridad del paciente y reducir la incidencia de eventos adversos, mejorando los resultados clínicos y la calidad de la atención, y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud reduciendo los costos asociados a los eventos adversos.

El objetivo principal del proyecto se basó en auditar las prácticas seguras en los servicios de cuidados intensivos y especiales en un Hospital de mediana complejidad en el área metropolitana del valle de Aburrá, con el fin de intervenir las brechas identificadas. Se utilizó un método cuantitativo y cualitativo encontrándose la presencia de eventos adversos en gran magnitud; las valoraciones demostraron que el 91% eran prevenibles y clasificados como leves; se encontraron grandes diferencias en la percepción del personal de salud frente a las prácticas seguras y las capacitaciones sobre éstas. Se concluyó que la reestructuración organizacional y la implementación de protocolos y adhesión a estos logró una evolución a la mejora continua y cumplimiento de los indicadores. Se estableció la necesidad de implementar un plan de choque que comprenda el reforzamiento e implementación de protocolos en las lesiones por presión dado que son la principal causa de eventos adversos.

La auditoría realizada permitió obtener una visión integral sobre las prácticas seguras en los servicios de la institución evaluada. Se obtuvo información del cumplimiento normativo, la efectividad de los protocolos implementados y las posibles oportunidades de mejor. Se evidenciaron patrones clave en los eventos adversos, la percepción del personal involucrado y de su desempeño. Permitió una valoración del impacto de las estrategias adoptadas por la institución y las posibles áreas críticas que podrían requerir mayor atención para fortalecer la seguridad del paciente.

## **2. 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1 ANALISIS DE LA SITUACIÓN**

Los sistemas de salud a nivel mundial se enfrentan constantemente a una problemática en cuanto a su financiación. Las necesidades han incrementado conforme la población ha envejecido; se tienen ahora mayor número de personas con patologías crónicas y sus consecuencias correspondientes, se han implementado nuevas tecnologías con su respectivo incremento en los costos; se han implementado rutas de atención (protocolos y guías) que han ayudado a mejorar la atención de los pacientes y una mejora en el desenlace. Todo esto, ha generado un mayor estrés financiero en los diferentes sistemas de salud, ya que es bien sabido que las necesidades son infinitas pero los recursos son limitados.

Existen diferentes enfoques para la atención en salud direccionados a mejorar lo que se puede entender como rentabilidad. Las diferentes entidades supervisoras han dirigido sus esfuerzos y, por separado, han logrado mejorar la optimización de los recursos.

Se determinó con el tiempo que uno de los puntos primordiales para una optimización de recursos es determinada por la atención segura y adecuada de los pacientes. No se trata de clientes, ya que son personas enfermas con necesidad de atención en salud; la atención segura, eficaz, eficiente y de calidad es uno de los pilares que ha impactado en los desenlaces de la atención.(1,2)

Una atención segura permite la disminución de riesgos, disminución de complicaciones y mejoría de los posibles desenlaces de los pacientes (todo ello conlleva a un menor consumo de recursos, por ende, menor costo de la atención). Por ello, los diferentes sistemas de salud han proporcionado un rol importante a la atención de calidad y seguridad.

Durante el 2020, en medio de la pandemia por SARS COV 2, en el valle de Aburrá se presentó la necesidad de la creación de unidades de cuidados intensivos COVID (UCI COVID). A partir de entonces su funcionamiento se basó en la atención por contingencia, con un nivel importante de flexibilidad normativa. Sin embargo, posterior a la pandemia algunas de estas unidades continuaron su funcionamiento y derivaron en Unidades de Cuidados Intensivos y/o Especiales.

En un hospital de mediana complejidad en el área metropolitana del Valle de Aburrá, se realizó la transición de la unidad de cuidados intensivos COVID hacia la habilitación de unidad de cuidados intensivos y especiales, para atención de patologías generales.

Durante su funcionamiento por parte de observadores se vienen presentando casos de eventos adversos y acciones inseguras durante la atención de pacientes. Se han propuesto como detonantes posibles factores tanto administrativos como asistenciales; por lo que se ha interrogado si dichos factores (como falta de insumos (biomédicos y de medicamentos), no realización de ronda interdisciplinaria, no adherencia a protocolos (de aislamiento, lavado de manos), no adherencia al uso de elementos de protección personal, fallas en la comunicación

entre los diferentes servicios intrahospitalarios, fallas en la comunicación entre el personal asistencial, fallas en la comunicación de la información a pacientes y familiares, entre otros). (3)

Se utilizó la matriz de Hanlon como herramienta para la evaluación e identificación de los problemas relacionados con las prácticas inseguras en la atención en salud de la institución en la cual se desarrolla el proyecto en cuestión; abarcando magnitud, gravedad, eficacia de la solución del problema y factibilidad de la intervención.

Los problemas se establecieron según la prioridad, detectando los puntajes más altos para intervención; se identificaron diferentes problemas que se pueden solucionar con intervenciones como: estancias prolongadas en el servicio de hospitalización, aumento de acciones inseguras en la atención del paciente en el servicio de cuidados intensivos e intermedios, aumento de acciones inseguras en la atención del paciente en el servicio de cuidados intensivos e intermedios, falta de supervisión a personal asistencial en proceso de adaptación a la atención.

Cada problema tiene varios niveles de complejidad al realizar una intervención. Tras el análisis se concluyó que la mayoría de los problemas gira en torno a la atención insegura, eventos adversos y relacionados, por lo que se toma la decisión de intervenir el problema desde la seguridad del paciente en los servicios de cuidados intensivos e intermedios (Anexo 1).

Complementando lo anterior, se realiza un análisis para identificar a los involucrados o a las partes interesadas con los resultados de la auditoría, para determinar las posibles alteraciones en el desarrollo del proyecto, considerando si el interés es positivo o negativo y cuál es el nivel jerárquico de los involucrados y así se contemplan posibles problemas y soluciones a las mismas (Anexo 2 y 3).

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Los eventos adversos no solo comprometen la seguridad y la calidad de la atención en salud, sino que afectan la confianza de la comunidad en el sistema de salud; generan costos adicionales institucionales como gubernamentales.

Se reconocen como lesiones o complicaciones y se catalogan de dos tipos: los llamados prevenibles, que pudieron haberse evitado con estándares institucionales, y los no prevenibles, que ocurren pese a cumplir con los protocolos establecidos. Ambos ocurren durante la atención en salud y pueden terminar en incapacidad, deterioro del estado de salud o muerte. Por los desenlaces que se pueden presentar, son un reto importante para los programas de seguridad del paciente por su alta frecuencia y prevalencia (estimándose entre el 3 % y el 16 % de los hospitalizados en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE), lo que impacta considerablemente la morbilidad y mortalidad de la población. (4)

Dados los hallazgos en retrospectiva de los eventos prevenibles, se determinó la necesidad de intervención para disminuir la inaceptable tasa de incidencia de errores en la atención en salud.

Las buenas prácticas constituyeron un punto de partida para la seguridad del paciente, determinaron una estandarización, guía y reporte de los eventos presentados, evitables y no evitables en la atención, generando una reducción de la tasa de eventos prevenibles por parte del personal asistencial.

Con la demostración de reducción en tasa de eventos prevenibles tras la implementación de las prácticas en seguridad del paciente, los procesos asistenciales y las prácticas seguras se convirtieron en los pilares fundamentales en una atención segura y de calidad para los pacientes.

Por ello, la implementación, adherencia, seguimiento, y revisión de los procesos asistenciales son fundamentales para la atención segura de los pacientes. Entre más crítico se encuentra un paciente, mayor cuidado requiere, por ende, se presentan dos situaciones: 1. Mayor necesidad de cuidados por parte del talento en salud. 2. Mayor riesgo de eventos adversos en la atención del paciente.

Es entonces fundamental la revisión de las buenas prácticas en la atención de pacientes en los servicios de Cuidados Intensivos (UCI) y Especiales (UCE), ya que pueden ser determinantes en los desenlaces de dicha atención.

La seguridad del paciente y las buenas prácticas son fundamentales para cualquier sistema de salud; pero en unidades de cuidados intensivos y especiales, por su naturaleza, son áreas

donde la implementación y adherencia a estas son de vital importancia. Un aumento en la frecuencia de eventos adversos indica la existencia de debilidades en la aplicación de prácticas seguras y/o protocolos; los cuales deben identificarse para realizar las respectivas correcciones; condiciones que permiten mejor atención a los pacientes, mejores desenlaces y cuidado del talento humano en salud.

Es cierto que la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) es fundamental en los servicios sanitarios para mitigar los errores relacionados con los Eventos Adversos (EA). Ésta, promueve un ambiente donde se prioriza la seguridad del paciente mediante la identificación, análisis y la prevención. Reportar los eventos adversos es crucial dentro de esta práctica, ya que facilita la identificación de áreas problemáticas, el análisis de las causas subyacentes y la implementación de medidas correctivas para evitar que dichos errores se repitan en el futuro. Esto no solo mejora la calidad de la atención prestada, sino que también contribuye a reducir costos adicionales al sistema de salud y, lo más importante, proteger la salud y el bienestar de los pacientes.(5)

Dado lo anterior, el presente proyecto de auditoría se justifica por la necesidad de evaluar de manera sistemática y rigurosa las prácticas seguras actualmente implementadas en estos servicios, así como la adherencia a los protocolos establecidos. A través de esta auditoría, se pretende identificar las deficiencias y áreas de mejora, permitiendo diseñar e implementar intervenciones específicas con el fin de fortalecer la seguridad del paciente y reducir la incidencia de eventos adversos. Dicha implementación no solo mejorará los resultados clínicos y la calidad de la atención, sino que contribuirá a la sostenibilidad del sistema de salud reduciendo los costos asociados a los eventos adversos.

La auditoría de las practicas seguras en los servicios de cuidados intensivos y especiales es uno de los pasos fundamentales hacia la identificación y eliminación de los posibles riesgos; por lo que se pretende garantizar el cumplimiento de los estándares nacionales de seguridad del paciente, promoviendo la cultura de mejora continua y excelencia en la atención.

Teniendo en cuenta lo anterior, la revisión, evaluación, comparación e implementación de las buenas prácticas garantizarán la correcta y segura atención al paciente, con la consecuente disminución de eventos prevenibles y adecuada acción frente a los no prevenibles; generando paralelamente una optimización del talento humano en salud y de recursos financieros.

### 1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diferentes estudios han demostrado que hasta un 12% de los pacientes hospitalizados presentan un evento adverso, de los cuales hasta el 50% pudieron ser prevenibles. Solo hasta mediados de los 80 se empezó a hablar del error médico y se empezó a estudiar por las posibles complicaciones en la atención en salud. Posteriormente, se agregó el término de eventos adversos prevenibles enmarcando así el error del personal de salud.(6–8)

Para Colombia, la reglamentación de habilitación y calidad para la atención en salud específica de forma clara las necesidades mínimas para ello. De allí, se adaptan o adoptan guías de manejo, protocolos y prácticas para la atención en salud.(3,7)

Los hospitales de mediana complejidad enfrentan desafíos en la implementación de prácticas seguras en la Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidades de Cuidados Especiales (UCE), debido a múltiples factores (limitación de los recursos, problemas en la capacitación del personal involucrado, la no estandarización de los protocolos, la no adherencia a protocolos), por lo que surge la necesidad de evaluar la efectividad de las prácticas actuales y proponer mejoras basadas en la evidencia.

Este estudio se enfoca en realizar una revisión de las prácticas seguras en dichos servicios.

La base de datos Institucional de los 2.5 años previos a la auditoría realizada, muestra la dinámica de eventos adversos de las unidades de cuidados intensivos y especiales, donde se reportaron un total de 311 reportes, los cuales fueron clasificados como moderados en un 50.8% (158 eventos), leves en un 42.44% (132 eventos), graves 6.11% (19 eventos) y 2 eventos no fueron clasificados.

En su gran mayoría, con un 90.6% los eventos, eran prevenibles y el evento más frecuente corresponde a lesiones por presión (65.6%) seguido de flebitis (10%), retiro no programado de dispositivos (7.72%), auto extubación del paciente crítico (5,47%) errores en la administración de medicamentos (1.93%); éstos como los eventos con mayor relevancia.

Los hallazgos encontrados determinan que los eventos adversos reportados en las unidades evaluadas corresponden probablemente a problemas en la implementación de las prácticas seguras, lo que finalmente involucra a todo el personal asistencial y que, al ser prevenibles, el seguimiento a los controles, implementación de protocolos y enfoque en capacitación de todo el personal, son la clave para la corrección de los hallazgos.

### 3. 2. MARCO TEÓRICO

La unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área de acceso restringido donde se brinda asistencia intensiva integral al paciente con condiciones médicas graves; la cual se define como aquel paciente que presenta alteraciones fisiopatológicas con un nivel de gravedad que representa una amenaza vital.(9)

El servicio está conformado por personal asistencial como médicos especialistas, médicos generales, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, nutricionistas, terapeutas físicos y respiratorios, con experiencia en el manejo de pacientes críticos; además debe tener el equipamiento necesario para dar soporte a estos pacientes durante el proceso de monitorización, diagnóstico y tratamiento.(9)

Al ser un servicio crítico, la seguridad del paciente es un área innegociable y fundamental. Se debe garantizar para minimizar la materialización de los riesgos que rodean al paciente mientras está internado.(9)

Por otro lado, la unidad de Cuidado Especiales (UCE) es un servicio destinado a la atención de pacientes críticamente enfermos que no precisan medidas de soporte vital, pero que aún requieren vigilancia y atención más allá de lo que se puede proporcionar en una hospitalización general; y aunque cuente de igual forma con un personal especializado la intensidad del monitoreo y de los recursos pueden ser menores en comparación con una unidad de Cuidados Intensivos.

Por lo tanto, la principal diferencia entre los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Especiales radica en el nivel de gravedad de los pacientes.

En ambas unidades, los pacientes suelen ser más vulnerables por su condición clínica y la necesidad de cuidados especializados, aumentando el grado de presentar eventos adversos relacionados con la atención; por eso, en estos contextos las prácticas seguras ayudan a prevenir complicaciones que agraven las condiciones de salud y que puedan estropear la estabilización y recuperación del paciente.

*“El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud del mundo”* menciona el ministerio de salud de Colombia, como una de las premisas de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente.(10) Se resalta entonces la relevancia y pertinencia de un buen proceso en seguridad del paciente. Cabe mencionar que existen diversos factores propios (inherentes al paciente) como su condición clínica, comorbilidades, antecedentes familiares entre otros; y factores institucionales tales como la rotación constante de personal asistencial, cambio de procesos

internos de la institución, complejidad de un procedimiento a realizar, entre otros; que en últimas aumentan las probabilidades de que se materialice un evento adverso.(10)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS (Organización Mundial de la Salud)) el evento adverso se define como el *“perjuicio relacionado con la atención médica, derivado de decisiones o medidas tomadas durante la provisión de servicios de salud, o relacionado con dichas decisiones o medidas”*. Los incidentes desfavorables engloban lesiones o situaciones no intencionadas que ocurren durante la prestación de atención médica. Estas situaciones son más atribuibles a la atención médica en sí que a la enfermedad subyacente, y tienen el potencial de resultar en fallecimiento, discapacidad o empeoramiento del estado de salud del paciente. Además, pueden ocasionar retrasos en el alta, prolongar el tiempo de hospitalización y generar un incremento significativo en los costos relacionados con la falta de calidad.

Entre las subcategorías importantes de eventos adversos se incluyen:

- **Eventos adversos prevenibles:** aquellos que ocurren debido a un error o a la falta de aplicación de una estrategia aceptada para la prevención.
- **Eventos adversos mejorables:** eventos que, si bien no se pueden prevenir, podrían haber sido menos dañinos si la atención hubiera sido diferente.
- **Eventos adversos debidos a negligencia:** aquellos que ocurrieron debido a una atención que está por debajo de los estándares esperados de los médicos en la comunidad.

Otros dos términos definen los riesgos para los pacientes que no resultan en daño:

- **Casi accidente:** situación peligrosa que no se puede distinguir de un evento adverso evitable, salvo por el resultado. Un paciente se ve expuesto a una situación peligrosa, pero no sufre daño ni por suerte ni por detección temprana. Es decir; aunque el paciente este expuesto al riesgo, el desenlace no es un daño para el mismo. También se denominan incidentes.
- **Error:** término más amplio que se refiere a cualquier acto de comisión (hacer algo mal) u omisión (no hacer lo correcto) que expone a los pacientes a una situación potencialmente peligrosa.”(11)

El evento adverso y sus consecuencias son un indicador significativo en la calidad de la atención de una institución prestadora de servicios de salud. Para reducir su ocurrencia es vital implementar practicas seguras y cumplir el contenido de las guías de buenas prácticas clínicas, para de esta forma cumplir con la política de seguridad del paciente.(10)

En Colombia la política nacional de seguridad del paciente se define como *“el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación*

*permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias”.*(12)

Para dar cumplimiento a la política de seguridad del paciente, se debe promover la *“cultura de seguridad”*; que se basa en un conjunto de acciones individuales y grupales que van encaminadas a dar atención segura al paciente con la mínima materialización posible de eventos adversos, determinando el compromiso y desempeño de la institución. Se caracteriza por la comunicación asertiva, consciencia de la importancia de la seguridad, promoción del reporte de incidentes y eventos adversos, existencia de un plan de capacitación entre otros. (10)

El resultado de estas acciones es que el personal asistencial no sienta temor a la hora de cometer un error, por el contrario, que se fortalezca la cultura del auto reporte de incidentes y eventos adversos para de esta manera encontrar las atenciones inseguras y realizar planes de acción para mitigarlas.(10)

Así, para garantizar la seguridad de los pacientes durante el tratamiento médico se crearon las prácticas seguras; que no son más que las medidas y protocolos diseñados para la atención segura. Su importancia se basa en prevenir errores, mejorar la calidad, cumplimiento normativo y confianza pública, son herramientas indispensables para asegurar una atención médica segura y efectiva, protegiendo así a los pacientes y al personal; promoviendo hábitos de responsabilidad profesional y normatividad ética y legal. Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud), una práctica segura se define como *“aquella intervención concreta implantada en un servicio de salud que se dirige a los principales problemas de seguridad de la atención, basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva y pueda ser transferible.”*(13)

Existen dos terminologías que se deben diferenciar por su alcance y su implementación pero que en conjunto son la base de la atención médica segura:

- **Procesos asistenciales seguros:** diseñados, implementados y gestionados para minimizar los riesgos y errores en la atención del paciente. Son aquellas actividades y procedimientos realizados durante la atención. Se basan en una gestión integral de todos los aspectos de la atención del paciente. Involucran a toda la organización para su implementación.
- **Prácticas seguras:** son acciones específicas (comportamientos y técnicas individuales) que los profesionales de la salud deben realizar para garantizar la seguridad del paciente. Son acciones específicas y técnicas puntuales realizadas por los profesionales de la salud. Su implementación es sobre la práctica diaria del personal de salud.

Para Colombia, el Ministerio de Salud y la Protección Social definió las prácticas seguras en estándares de seguridad del paciente, los cuales tienen a su vez protocolos específicos que se convierten en programas para las instituciones prestadoras de salud. Para una comprensión de dichos estándares se clasificaron de la siguiente manera:(10)

### **Procesos institucionales seguros.**

Estos procesos se enfocan en la seguridad al paciente.

1. Seguridad del paciente y la atención segura.
  - 1.i. **Política de seguridad del paciente:** es el compromiso que las instituciones prestadoras y el personal de dichas instituciones tienen con los pacientes.
  - 1.ii. **Programa de seguridad del paciente:** es el despliegue del compromiso adquirido, es el qué y el cómo se realizará la política de seguridad del paciente y se convierte en norma para la institución una vez se define.
  - 1.iii. **Promoción de la cultura de seguridad:** es el resultado de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales dentro de la organización. Es la divulgación de los errores con el fin de conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en la institución.
  - 1.iv. **Sistema de reporte de eventos adversos:** contempla los mecanismos necesarios para la identificación de los eventos adversos, se debe conocer las metodologías necesarias para entender el qué hacer y el qué no hacer en la atención en salud. Contiene la forma del reporte (definiciones) y el análisis y gestión de lo reportado (Protocolo de Londres).
  - 1.v. **Capacitación del cliente interno:** es la demostración, a través de ejemplos los riesgos que existen al realizar una atención en salud, los cuales deben ser sencillos y concretos.
  - 1.vi. **Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador:** se basa en la atención al paciente y comprende la referencia de los pacientes para su atención, la autorización de servicios, análisis y medición de tiempos de espera, seguridad en entrega de medicamentos, continuidad y seguridad en la atención.
  - 1.vii. **Estandarización de procedimientos de atención:** se basa en el aseguramiento de la atención al paciente de forma oportuna y de acuerdo a su gravedad, garantizando la continuidad de la atención (remisiones necesarias) evitando dilaciones.
  - 1.viii. **Desarrollar y adoptar las guías de práctica clínica:** es la estandarización de los procesos de atención.
  - 1.ix. **Definir los procedimientos que puede desarrollar un profesional:** se basa en la experticia de los profesionales contratados, asegurando las competencias del personal en salud.

- 1.x. **Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente:** es la determinación de procesos como seguridad en neonatos, entrega de suministros a las áreas y protocolo de atención a pacientes motivados por razones administrativas y no clínicas.
2. Evaluación de los eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
  - 2.i. **Evaluación de la frecuencia de eventos adversos:** son el insumo para el análisis y gestión de la seguridad del paciente.
  - 2.ii. **Medición de indicadores:** se basa en el principio de eficiencia y se realiza por medio de indicadores, los cuales hay unos por norma y los demás que desee la institución implementar en busca de mejorar la calidad de la atención en salud.
  - 2.iii. **Utilización y/o desarrolló de software:** se busca una reducción en la frecuencia de errores en medicación, y se deben incluir aplicativos de atención, y planes de contingencia.
  - 2.iv. **Seguridad del ambiente físico y tecnología en salud:** debe asegurarse un entorno físico seguro, determinando condiciones de vulnerabilidad con el fin de realizar una mejoría de éstos. Adicionalmente los equipos biomédicos usados deben de tener una evaluación previa, protección y mantenimiento y una verificación de cubrimiento de necesidad de usuarios y entidad.
3. Modelo pedagógico.
  - 3.i. Las evaluaciones no son de carácter punitivo, se busca es educar al personal de salud de la necesidad de reporte de eventos con el fin de mejorar la calidad del servicio.

### **Procesos asistenciales seguros.**

Estos procesos se encuentran de cada al paciente, a la atención en sí.

1. **Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud:** las acciones tomadas no sólo se enfocan en la evaluación, se deben tomar medidas para la prevención de cualquier infección asociada a la atención en salud. Se deben determinar los protocolos de profilaxis antibiótica para cada institución. Uno de los procesos más importante es el lavado de manos (los 5 momentos) el cual se debe cumplir por parte de la institución prestadora de salud.
2. **Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos:** comprende desde la elección de proveedor del medicamento hasta el seguimiento para posibles efectos adversos. Para ello se implementan diferentes estrategias como “los 10 correctos para la administración de medicamentos”; conciliación de medicamentos e implementación de dosis unitarias de los medicamentos. Es importante tener en cuenta las alergias a medicamentos y su correcta identificación.

3. **Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas:** se debe realizar clasificación del riesgo de caídas de los pacientes, minimizar los riesgos derivados de la condición del paciente e implementar procesos de mejora.
4. **Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos:** se debe realizar por parte de las instituciones prestadoras listas de chequeo con el fin de realizar los procedimientos adecuados al paciente adecuado. Adicionalmente se deben prevenir incidentes estructurales en los ambientes quirúrgicos.
5. **Prevenir lesiones por presión:** las instituciones deben de tener un proceso para la identificación, control y prevención de lesiones en piel. Deben tener procesos estandarizados para ello.
6. **Prevenir las complicaciones anestésicas:** aunque algunas complicaciones no pueden ser prevenibles, se deben desarrollar estrategias para la reducción de complicaciones, pueden aplicarse listas de chequeo que ayuden a la identificación de riesgo de complicaciones.
7. **Asegurar la correcta identificación del paciente en procesos asistenciales:** la correcta identificación se obtiene desde el momento del ingreso del usuario a las instituciones y debe comprender todos los datos posibles y corroborados por el personal asistencial en cada uno de los procedimientos realizados.
8. **Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio:** es crítica la correcta identificación del paciente en este punto, ya que los procesos per, analíticos y post analíticos dependen de ello.
9. **Implementar equipos de respuesta rápida:** su implementación se basa en que las alertas generadas por los pacientes sean escuchadas y tenidas en cuenta con oportunidad. Se puede realizar con semaforización o rondas cortas de seguridad.
10. **Reducir el riesgo de atención en pacientes cardiovasculares:** las entidades prestadoras deben tener adopción de guías de práctica clínica para la atención de los pacientes cardiovasculares con la aplicación y adherencia por parte del personal asistencial con el fin de tener una reducción en la morbimortalidad de estos pacientes.
11. **Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea:** la seguridad transfusional depende de la disponibilidad y oportunidad de la sangre o sus componentes y de la seguridad de éstos. Se deben tener procesos específicos para la conservación, seguridad y confidencialidad de los componentes de transfusión sanguínea.
12. **Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico:** la detección y manejo específico de pacientes críticos es primordial para disminuir el riesgo de malos desenlaces en este tipo de pacientes.
13. **Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas:** para las ayudas diagnósticas se deben implementar procedimientos seguros y con el fin de reducir las complicaciones y eventos adversos sea o no relacionados con uso de dispositivos o medios ionizantes. Adicionalmente se deben implementar procesos para la evaluación y entrega de los resultados de forma correcta.

14. **Reducir el riesgo de atención de paciente con enfermedad mental:** se basa en identificación y prevención de enfermedad mentales o abuso sexual o de sustancias psicoactivas.

15. **Prevención de la malnutrición o desnutrición:** se deben evitar, de forma intrahospitalaria o extrahospitalaria, usando los recursos necesarios para evitar aparición de éstas. (nutrición parenteral por ejemplo para pacientes hospitalizados; dietas específicas para ambientes ambulatorios).

16. **Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo:** toda institución que atienda mujeres gestantes debe contar con el personal idóneo, las instalaciones y recursos necesarios para la atención y en caso de no ser posible, los recursos para su remisión oportuna.

### **Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.**

Esencialmente se basa en la comunicación interpersonal entre el personal de salud como la comunicación con el paciente y sus familiares. Adicionalmente se enfoca en el estado de salud del personal de salud.

1. **Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan los pacientes:** se basa en la educación a los cuidadores del paciente en ausencia del personal de salud.

2. **Prevenir el cansancio del personal de salud:** está basado en la identificación que el cansancio del personal de salud es uno de los factores que afectan la seguridad del paciente. Se debe asegurar una adecuada proporción de paciente en relación con el personal de salud, asignación de horas laboradas, prevención de jornadas continuas y propiciar espacios y tiempos de descanso del personal

3. **Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado:** debe de promocionarse la cultura del consentimiento informado, asegurar su adecuado registro en la historia clínica y garantizar el entendimiento por parte del paciente.

4. **Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial:** para este punto se deben precisar las responsabilidades éticas y legales de las atenciones docente – asistencial.

### **Participación de los pacientes y sus allegados en su seguridad.**

Este proceso es de vital importancia porque implica el entendimiento del paciente de su enfermedad y necesidad de tratamiento. Se debe realizar:

1. **Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad:** se debe enseñar e interrogar al paciente por su enfermedad, pronóstico y evolución. Ilustrando la importancia del autocuidado y enfocar esfuerzos en reducción de dudas, errores o eventos adversos asociados.

2. **Facilitar acciones colaborativas de pacientes y sus familias:** en esencia es involucrar a familiares y cuidadores en la importancia del conocimiento de las

enfermedades y las acciones necesarias para su tratamiento (farmacológico como no farmacológico).

En resumen, mientras los procesos asistenciales seguros se centran en la gestión integral y continua de la atención en salud, las prácticas seguras se enfocan en acciones y técnicas específicas que los profesionales de la salud deben seguir para garantizar la seguridad del paciente. Ambos conceptos son esenciales y complementarios en la normativa de Colombia para asegurar la calidad y seguridad en la atención sanitaria. Por otro lado, los procesos para mejorar la actuación del personal se centran en mejorar la comunicación del personal de salud y evitar su fatiga; por último, se comprende que la atención en salud no es particular al paciente, y que es necesario tener un entorno alrededor de éste, que debe involucrarse en todo el proceso para obtener adecuados cuidados en ausencia del personal de salud.

#### **4. 3. OBJETIVOS**

##### **GENERAL**

Auditar las prácticas seguras en los servicios de cuidados intensivos y especiales de un Hospital de mediana complejidad en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, con el fin de intervenir las probables brechas identificadas en dicho proceso.

##### **ESPECIFICOS**

- Identificar las practicas seguras que se aplican actualmente en la Unidad de Cuidados Intensivos y especiales.
- Evaluar la adherencia a los protocolos existentes relacionados con las practicas seguras.
- Analizar los eventos adversos y su gestión, relacionados con la seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos y Especiales.

## 5. 4. METODOLOGÍA

La auditoría se efectuó para la comprensión en profundidad de las prácticas inseguras en la atención en salud; se realizó en las unidades de cuidados intensivos y especiales, ya que son escenarios críticos y conllevan a riesgo de que haya prácticas inseguras.

Se utilizaron diferentes instrumentos y técnicas de auditoría para la recolección de datos como:

- Se realizó un análisis y revisión documental para el funcionamiento de los servicios seleccionados para el proyecto.
- Se revisó la información de interés proporcionada por la institución (protocolos establecidos por la institución aplicables a los servicios y relacionados con las prácticas seguras, teniendo en cuenta su vigencia, pertinencia, socialización y adherencia).
- Se evaluaron los registros de eventos adversos (se estimó la cultura de reporte, gravedad de los eventos adversos, intervenciones y seguimiento).

Se evaluaron los indicadores con el propósito de evidenciar la adherencia a los protocolos institucionales, se identificaron las brechas de desempeño y sus acciones correctivas. Se realizó observación en diferentes horarios para obtener una mayor captación de información.

Adicionalmente se examinaron los procesos asistenciales, las guías y protocolos necesarios para su funcionamiento; la implementación, adopción y/o adaptación de éstos, la adherencia a dichas guías y se determinaron los procesos de mejora para garantizar la seguridad en la atención médica.

Se aplicaron cuestionarios anónimos al personal asistencial por medio de Google Forms (acerca de la percepción dentro de los servicios sobre las prácticas seguras). Conforme con esto, se realizó una priorización de problemas potencialmente intervenibles y de interés para la institución.

El cuestionario hacia el personal se enfocó en 4 ejes fundamentales: protocolos de seguridad, prevención y control de infecciones, capacitación al personal, comunicación y registro. Se implementó por medio de Google Forms para asegurar las respuestas de forma anónima y con un adecuado nivel de confianza.

Con la información que fue recolectada se analizó la relación entre las prácticas inseguras encontradas, los protocolos establecidos y eventos adversos reportados, donde se identificaron las prácticas inseguras para ofrecer una base sólida de mejoras que permitan fortalecer la atención y seguridad del paciente.

Dicha auditoría se realizó mediante un instrumento diseñado por el equipo auditor y trabajo de observación directa de los procedimientos y prácticas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) y especiales (UCE).

Dado lo anterior, el estudio realizado se basó en 5 momentos: un momento inicial en el que se evaluó la información documental obtenida y un comparativo con la normatividad nacional. Posteriormente en un segundo momento se evaluaron los indicadores que por norma se deben reportar por parte de la institución y que son de libre verificación, realizando un comparativo con los indicadores entregados por la institución en estudio. Para el tercer momento, se efectuó un análisis estadístico y comparativo de las bases de datos y los indicadores reportados. Finalmente, en el cuarto y quinto momento se llegó directamente al personal asistencial donde inicialmente se elaboró una evaluación observacional y de percepción del personal asistencial y finalmente se realizaron observaciones en campo como último proceso de análisis. Dichos procedimientos permitieron determinar el conocimiento, adherencia y aplicación de las buenas prácticas en la institución.

## **6. 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993, y según lo mencionado en su artículo 11, el presente proyecto de investigación se considera sin riesgo.

En la institución prestadora de servicios de salud en la cual se realizó el presente proyecto, uno de los miembros investigadores laboró como profesional asistencial, sin embargo, el proceso observacional directo no fue realizado por dicho investigador, con el fin de evitar sesgos de interpretación o conflicto de interés. Adicionalmente el presente proyecto de investigación solo tiene fines académicos y el despliegue de las posibles acciones correctivas secundarias a los resultados es una decisión exclusiva de las instancias directivas de la institución.

## **7. 6. RESULTADOS**

La auditoría de las prácticas seguras es primordial para determinar la eficiencia de los protocolos de seguridad en la atención en salud y adicionalmente son parte fundamental en la seguridad del paciente.

A lo largo del proyecto, se analizaron las buenas prácticas realizadas en los servicios de unidad de cuidados intensivos (UCI) y unidad de cuidados especiales (UCE). Es importante recordar que ambas unidades surgieron en el año 2020 como respuesta a la pandemia por SARS-COV2 en el área metropolitana y que durante los primeros 2 años se desempeñaron como tal. Posterior a esto se realizó el paso para continuar como Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio, y desde entonces vienen operando con normalidad, por lo que los análisis comparativos podrían realizarse a partir del año 2021 o 2022 de acuerdo con las bases de datos con las que cuenta la institución.

Los servicios auditados presentan cumplimiento de los indicadores normativos a la fecha; sin embargo, persisten oportunidades de mejora, dado que consistentemente en algunos meses se presentan picos de incidencia lo que genera irregularidades en los reportes institucionales sin afectar el consolidado general. Es importante detectar dichos períodos, con el fin de determinar los factores influyentes y tomar las acciones correctivas necesarias para evitar dichas variaciones.

Tal como se describió en la metodología, el análisis realizado en los cinco (5) momentos arrojó los siguientes resultados:

### **6.1 Primer momento**

Para la documentación normativa se realizó la búsqueda en el Ministerio de Salud de donde se obtuvieron todos los protocolos necesarios para la atención en salud enmarcados en las guías de prácticas seguras, las cuales se distribuyen en cuatro grupos principales (Procesos institucionales seguros – Procesos asistenciales seguros – Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales – Participación de los pacientes y sus allegados en su seguridad).

Dado que el enfoque de esta auditoría son los procesos asistenciales seguros, se realizó una revisión documental dentro de la institución con la finalidad de constatar con cuales de estos protocolos cuenta; se encontró que, a pesar de contar con los protocolos institucionales, éstos no son de fácil acceso para todo el personal ya que existe conocimiento de la ruta de acceso para los protocolos, sin embargo, no se encuentran en todos los equipos de cómputo de la institución.

Se identificó, de acuerdo a los protocolos existentes, que son adoptados y adaptados de forma correcta con las respectivas aclaraciones y actualizaciones. Finalmente, con los protocolos evaluados se tomaron los criterios necesarios para la elaboración de listas de chequeo para la evaluación de adherencia a éstos.

## 6.2 Segundo momento

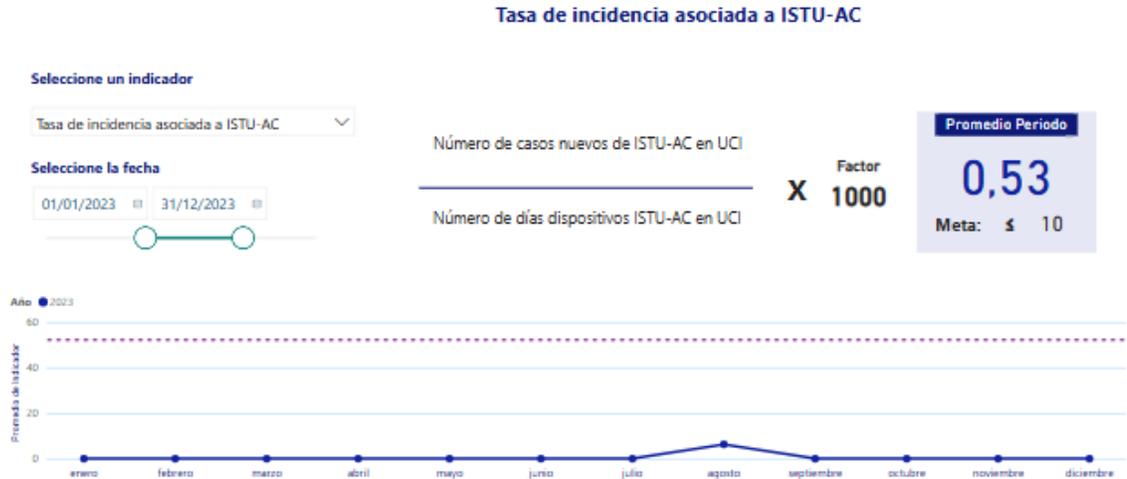
En este aparte, se decidió realizar dos evaluaciones por separado y finalmente realizar un comparativo de cada uno de los indicadores reportados. Como paso inicial se indagó sobre los indicadores reportados como institución al Ministerio de Salud y se encontró que los reportes únicamente están desde el 2022 a la fecha presente. Para la normatividad se requieren de 3 indicadores de reporte obligatorio que corresponden a las unidades auditadas y dichas unidades en la institución tienen únicamente los indicadores normativos. Con la base de datos suministrada por la institución se decidió realizar un análisis segmentado para cada uno de los indicadores, posteriormente se realizó un comparativo con el reporte al Ministerio de Salud y se realizó un análisis de los eventos reportados; este análisis se encuentra posteriormente, en el apartado tercer momento. Descrita esta dinámica, se encuentra que:

- **Tasa de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC).**

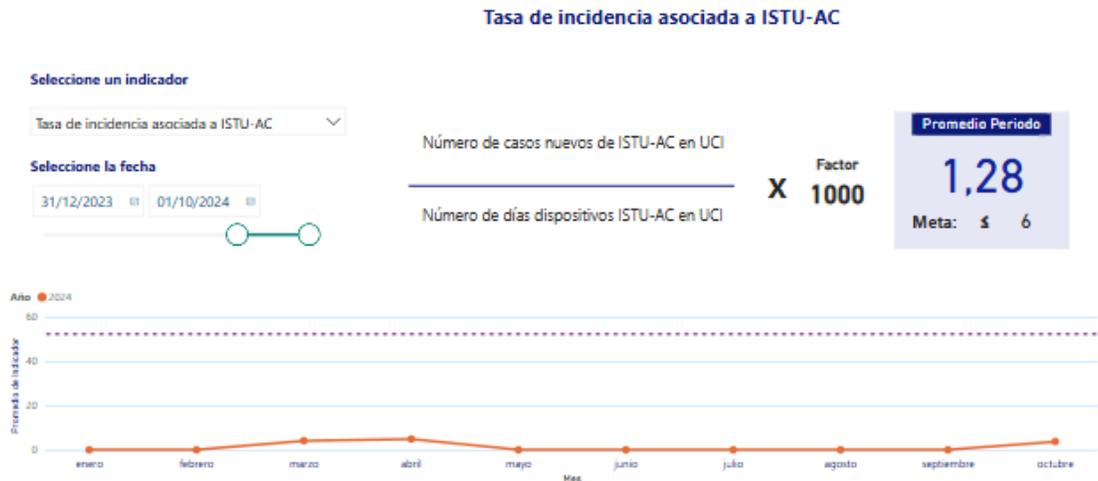
Luego de la búsqueda inicial se evidencia que para el año 2021 no existen reportes realizados y para el año 2022 las infecciones urinarias asociadas a dispositivo médico se encontraban muy por encima de la meta del Ministerio de Salud, llegando a tener un pico de infección con una tasa de hasta 43,48 en el mes de marzo de ese año, con una franca disminución en el segundo trimestre de dicho año, pero por fuera de las metas del indicador. Para el segundo semestre del año 2022 sólo hay reporte en el primer mes (Julio) y en el resto del año no hay reporte de estos eventos. En el consolidado anual se logró alcanzar la meta del año con un 9.41 sobre 10. (figura 1).



Para el año 2023 se evidencia que en la mayoría de los meses no se presentaron reportes de eventos; tan solo en el mes de agosto se presentó una tasa de incidencia del 6.33 para un consolidado del 0.53 en el año. (figura 2).



Finalmente, para el año 2024 (existe reporte a la fecha de la evaluación de los datos hasta octubre 2024) se presenta una estabilidad marcada en el indicador, con algunos meses que reportan una tasa de hasta 4,9 como máximo, dando como resultado consolidado del 1,28 anual. (figura 3).



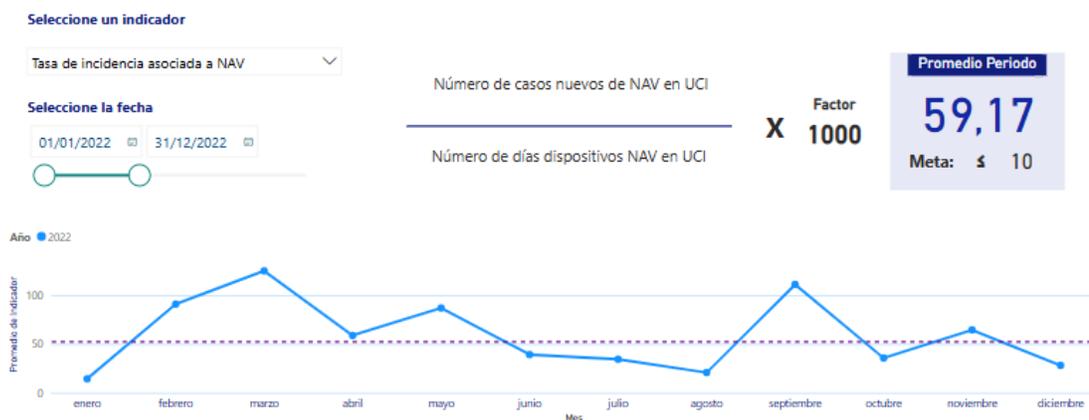
En el indicador de ISTU-AC desarrollado por la institución y aportado para su valoración, en el año 2021 existe reporte de un total de 3 eventos; para el 2022 se encuentra que se presentó un pico de eventos en el primer trimestre, pero con disminución de eventos en el segundo semestre del mismo año con un total de 13 eventos. En el 2023 y en lo corrido del 2024 se observa una importante disminución de eventos presentando 1 evento en el 2023 y 2 eventos en el 2024 con corte hasta septiembre. (figura 4).

REGISTRO DE RESULTADOS												
Fórmula del indicador	Numerador				Número de pacientes reportados con infección (ISTU-AC)							
	Denominador				Número de días cateter urinario en UCI en el periodo							
REGISTROS DE RESULTADOS												
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Numerador	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Denominador	178	93	136	275	274	156	186	151	0	172	180	105
Año 2021	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.02
Numerador	4	1	3	2	1	0	2	0	0	0	0	0
Denominador	209	106	69	97	70	96	95	84	31	44	66	141
Año 2022	0.02	0.01	0.04	0.02	0.01	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Numerador	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Denominador	156	156	169	212	171	179	218	158	164	198	345	353
Año 2023	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00
Numerador	0	0	0	1	1	0	0	0	0			
Denominador	292	213	240	204	226	255	319	267	292			
Año 2024	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Lo anterior demuestra que hay una disminución de la tasa de eventos reportados para la infección urinaria asociada a catéter desde el inicio de reporte, llamando la atención en el año 2022 el aumento importante con respecto al año anterior en el primer trimestre, pero con un adecuado control de eventos desde entonces.

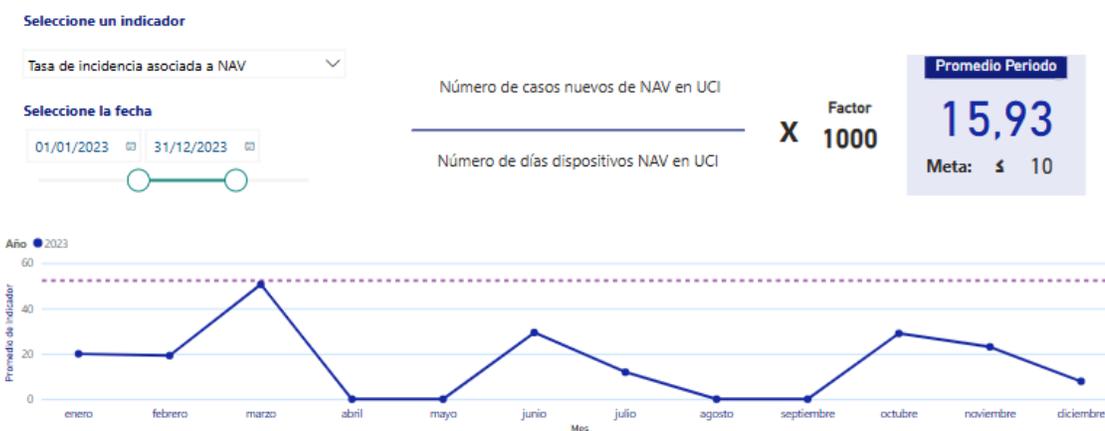
- **Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV).**

En la búsqueda del reporte obligatorio se encuentra que para el año 2022 se presentó una tasa de incidencia del 59.17 en promedio anual, con picos de eventos en los meses de marzo y septiembre del mismo año (tasa de 125 y 111,11 respectivamente), con un pico intermedio en el mes de mayo con resultado de 86,96. Resultados muy por encima de la meta de igual o menor a 10 pactado por la institución. (figura 5).

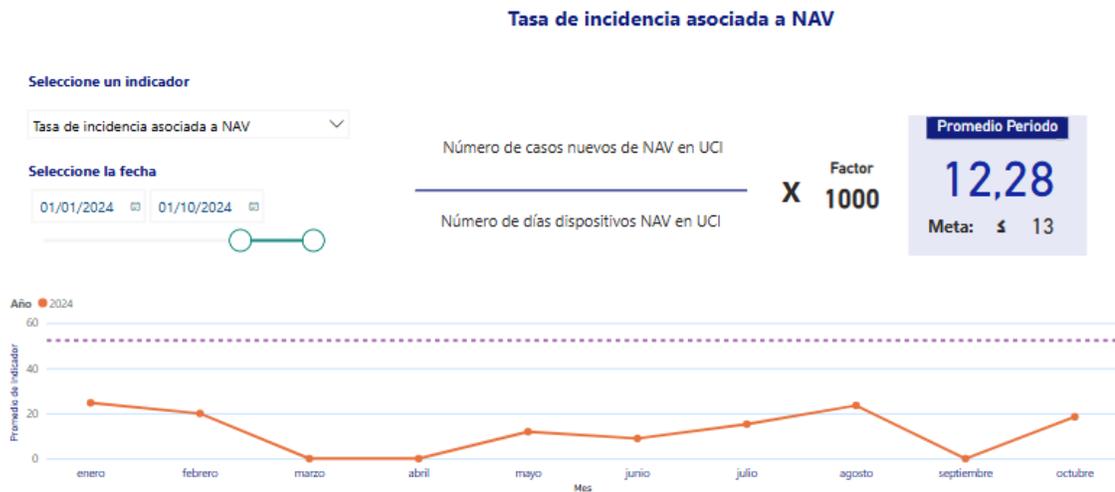


Para el año 2023 se reportó la tasa de incidencia más elevada del año en el mes de marzo llegando al 50,63, con un pico nuevamente en el mes de junio y en el mes de octubre con tasas de 29,41 y 28,99 respectivamente. La meta fue pactada igual al año inmediatamente anterior de ser menor o igual a 10, sin embargo, se obtuvo un resultado anual del 15,93. Mostrando una disminución notable con respecto al año anterior, pero conservando por lo menos 3 picos de incidencia en el año. (figura 6).

### Tasa de incidencia asociada a NAV



Para el año en curso hasta lo reportado en el momento, se determina que existe una reducción de la tasa de incidencia del 22,9% con respecto al año 2024, llegando a una tasa acumulada al mes de septiembre del 12.28 y se observan 2 periodos de mayor incidencia, enero y agosto que presentan una tasa del 24,69 y 23,53 respectivamente. (figura 7).



Finalmente, en el indicador desarrollado por la institución se observa que para el año 2021 se reportaron 3 eventos asociados a la infección pulmonar asociada a ventilador mecánico, con un incremento de los eventos para el año 2022 del 1000% con un total de 30 casos en el año consolidado con predominio en primer semestre con tendencia a la baja en el segundo semestre. Adicionalmente para el año 2023 se produjo una reducción significativa del 47% reportando 16 casos al año. Para el año en curso y hasta lo reportado se han presentado 6 casos, demostrando una tendencia a la estabilización de los casos con respecto al año inmediatamente anterior. (Figura 8).

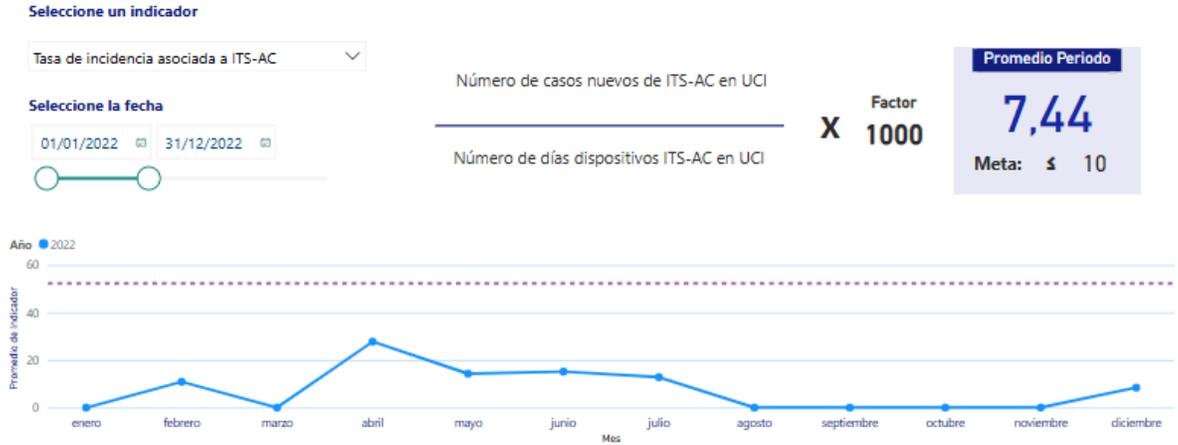
La evaluación de los datos muestra que durante el período evaluado se ha presentado una significativa reducción de los eventos reportados con respecto a los años inmediatamente anteriores, llamando significativamente la atención el aumento de casos durante el año 2022, pero igualmente con una franca reducción posterior a este año y con tendencia a la mejoría.

REGISTRO DE RESULTADOS												
Fórmula del indicador	Numerador		Número de pacientes con infección por neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV)									
	Denominador		Número de días ventilador mecánico en la UCI en el periodo									
REGISTROS DE RESULTADOS												
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Numerador	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Denominador	178	93	136	275	274	156	186	151	0	172	180	105
Año 2021	0.00	1.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	1.90
Numerador	3	6	2	5	2	2	3	1	1	1	2	2
Denominador	209	88	16	68	23	51	58	48	9	28	31	71
Año 2022	1.44	6.82	12.50	7.35	8.70	3.92	5.17	2.08	11.11	3.57	6.45	2.82
Numerador	2	1	4	0	0	2	1	0	0	2	3	1
Denominador	50	52	79	62	46	68	84	69	95	69	130	127
Año 2023	4.00	1.92	5.06	0.00	0.00	2.94	1.19	0.00	0.00	2.90	2.31	0.79
Numerador	2	1	0	0	1	0	0	2	0			
Denominador	81	50	82	45	84	112	131	85	95			
Año 2024	2.47	2.00	0.00	0.00	1.19	0.00	0.00	2.35	0.00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

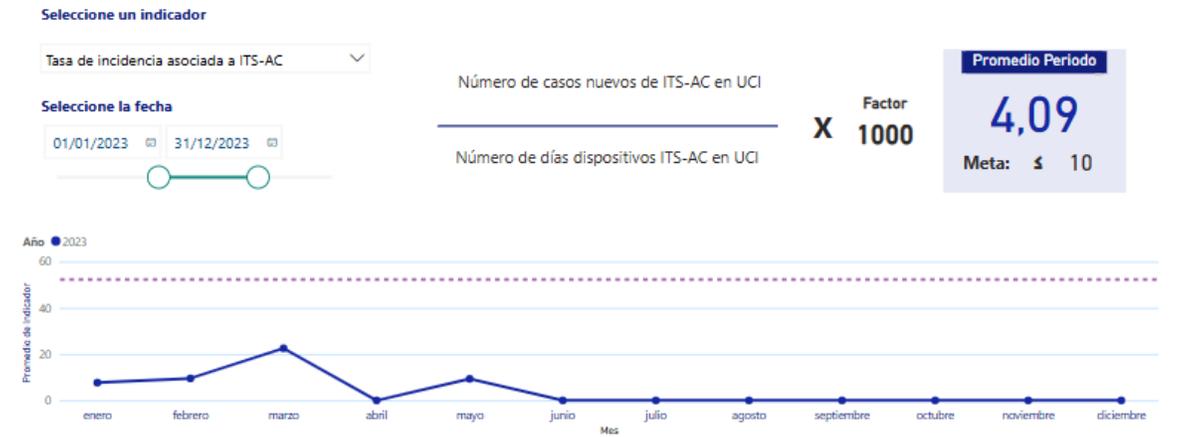
- **Tasa de incidencia de infección asociada a catéter venoso central, PICC, catéter Mahurkar (ISTU-AC).**

En el año 2022 la tasa de infección por catéter fue de 7,44 y presentó un pico de eventos en el mes de abril con una tasa de 27,78 con una posterior disminución paulatina hasta el final del período (figura 9). En el año 2023 se observó que la tasa de infecciones disminuyó un 45% con respecto al año anterior, a pesar de un pico en el mes de marzo el cual igualmente fue menor con respecto al mayor pico del 2022 (figura 10).

### Tasa de incidencia asociada a ITS-AC



### Tasa de incidencia asociada a ITS-AC



En el año 2024 se observa que hay poca presencia de infecciones asociadas a catéter y es consistente durante todo el año, continuando con la disminución con respecto a los años anteriores, cumpliendo las metas propuestas por la misma institución incluso a pesar de mejorar la meta en el año presente (figura 11).

### Tasa de incidencia asociada a ITS-AC

Seleccione un indicador

Tasa de incidencia asociada a ITS-AC

Seleccione la fecha

01/01/2024 01/10/2024

Número de casos nuevos de ITS-AC en UCI

Número de días dispositivos ITS-AC en UCI

X Factor 1000

Promedio Periodo

0,61

Meta: ≤ 7



Con respecto al indicador, para el año 2021 se reportaron 3 eventos, para el 2022 se reportaron 7 eventos; en el 2022 se presentaron 5 y para el presente año hasta lo reportado no hay eventos (figura 12).

REGISTRO DE RESULTADOS												
Fórmula del indicador	Numerador		Número de pacientes con infección asociada a catéter venoso central (ITS-AC)									
	Denominador		Número de pacientes hospitalizados en UCI en el periodo									
Título del gráfico	REGISTROS DE RESULTADOS											
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Numerador	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Denominador	178	93	136	275	274	156	186	151	0	172	180	105
Año 2021	0.00	1.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	1.90
Numerador	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0
Denominador	209	92	18	72	34	66	78	73	16	35	59	119
Año 2022	0.48	1.09	0.00	1.39	2.94	1.52	1.28	0.00	0.00	0.00	1.69	0.00
Numerador	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Denominador	130	105	133	168	107	184	180	195	263	155	231	298
Año 2023	0.00	0.95	2.26	0.00	0.93	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Denominador	161	137	165	116	137	163	223	216	213			
Año 2021	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Los datos obtenidos y aportados por la institución se evaluaron por separado, sin embargo, es posible realizar una conjunción de estos hallazgos. Para el 2021, se evidencia que se presentaron eventos de infecciones asociadas a la atención en salud a pesar de no ser reportados al ministerio; sin embargo, no fueron representativos y consistentemente estuvieron por debajo de los reportes realizados en el año 2022. En este año encontramos que se presentaron la mayor cantidad de eventos infecciosos asociados a la atención en salud y los tres tipos de eventos en su mayoría se presentaron en los meses de marzo - abril y septiembre - octubre. El 2022 muestra que, a pesar de presentar el mayor número de casos, es el punto de partida para correcciones pues al final del año, se observa que hay disminución de eventos, por lo que se puede concluir que se realizaron medidas (descritas en el quinto momento) que ayudaron a contener los eventos adversos. Los años subsiguientes, si bien cumplen con la meta y tienen una disminución en la aparición de eventos, continúan presentándose infecciones asociadas a la atención en salud en las unidades auditadas, lo que puede dar cabida a posibles fallos en los controles propuestos y establecidos por la institución.

Luego de la revisión de los datos se determina que los valores numéricos de eventos en la base tienen correlación directa con los hallazgos en los indicadores reportados; esto se da porque los indicadores se expresan en tasa y dependen del tiempo de exposición de los pacientes a la atención en salud, lo que expresa que en los tiempos de mayor prevalencia de eventos no necesariamente se relacionan con la cantidad de pacientes con infecciones, sino con el tiempo de exposición; y en los picos de prevalencia se determina que la anterior afirmación se cumple para los períodos de mayor reporte de eventos (eventos presentados con poco tiempo de exposición).

### **6.3 Tercer momento**

Para este proceso evaluativo se obtuvo la base de datos entregada por la institución, la cual se evaluó por medio de tablas dinámicas con el fin de revisar los eventos específicos para las prácticas seguras. La institución cuenta con múltiples bases de datos las cuales se encuentran por separado. Se solicitó la información desde su inicio como UCI – UCE a la actualidad. Las bases de datos de la institución se tienen desde el año 2022, momento en el cual se iniciaron los registros en el actual sistema de información, sin embargo, para el año 2021 a pesar de tener metas de indicadores no se cuenta con información en las bases de datos actuales.

Cada base de datos presenta información centralizada; como se describió anteriormente el objetivo radica en la evaluación de prácticas seguras por lo que el estudio de bases de datos es sobre los eventos adversos; se requirió el nombramiento de los eventos, dado que los datos no tenían un nombre específico para su evaluación e interferían en la agrupación de los eventos, ya que es dependiente de la persona que lo reporta. La base de datos fue nombrada

como “**eventos adversos en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM)**”.

El análisis arrojó los siguientes resultados:

- Se recibió la base de datos por parte de la institución, la cual se revisó encontrando que no existía un nombre específico para el evento que se desea reportar, por lo tanto, se decidió evaluar cada evento reportado y renombrarlo con el fin de realizar una evaluación centralizada de dichos reportes.
- Se decidió enfocar el análisis en el tipo de evento, su clasificación de severidad y su condición de evitabilidad. Se identificó, según el reporte realizado, que se presentaron 311 eventos agrupados en 16 tipos de eventos donde el más común de todos fueron las lesiones por presión, seguido de flebitis y retiros no programados de dispositivos médicos y extubación (Tabla 1). Dicha información corresponde a los años 2022, 2023 y 31 de octubre del presente año.
- Adicionalmente se encontró que el 91% de los eventos presentados eran prevenibles, y el 51% fueron clasificados como moderados; y de los eventos prevenibles fueron caracterizados como moderados la mitad de éstos. La minoría de los eventos fueron graves, tanto prevenibles como no prevenibles. (figura13, figura 14, figura 15).

<b>Etiquetas de fila</b>	<b>TIPO DE EVENTO</b>
BIOMEDICO	2
ERROR DE IDENTIFICACIÓN	1
ERROR DE MEDICAMENTO	6
EXTUBACION	17
FLEBITIS	32
HEMATOMA POR PUNCION	5
HEMATURIA	1
HERIDA	1
INFECCION EN PIEL	2
LESION DE PIEL	204
NACS	9
NEUMOTÓRAX	3
PARACLINICOS	1
PERFORACION ABDOMINAL	1
PUNCION	1
RETIRO NO PROGRAMADO	24
TRANSFUSION	1
<b>Total general</b>	<b>311</b>

Se encontró entonces que los eventos adversos reportados en su mayoría eran prevenibles y que su impacto fue moderado para el paciente.

#### **6.4 Cuarto momento**

Para esta sección de la evaluación se realizaron varios procedimientos con el fin de obtener una completa información de forma confiable y con la menor variabilidad posible.

Para determinar el tamaño óptimo de la muestra se usó la herramienta proporcionada por la Universidad de Granada, donde se determinaron los valores a evaluar de acuerdo con el personal asistencial de los servicios evaluados. (Anexo 4).

La información suministrada sobre el personal asistencial fue la siguiente para ambos servicios:

- Enfermeras: 10.
- Auxiliares: 26
- Médicos Generales: 4
- Médicos Especialistas: 8
- Terapia respiratoria 7
- Terapia física: 2
- Personal de aseo: 4.
- Estudiantes - Residentes: 6.

Con base en dicha información se implementó el cálculo de la muestra a evaluar. La cual corresponde a un total de personal de la salud para los servicios de 67; con una proyección de intervalo de confianza del 95% se debieron evaluar un total de 40 personas, por lo que se realizó y se estratificó el muestreo de forma aleatoria con una necesidad específica para la evaluación.

Se dividió en varias secciones:

### **Encuesta generada por el grupo investigador al personal asistencial.**

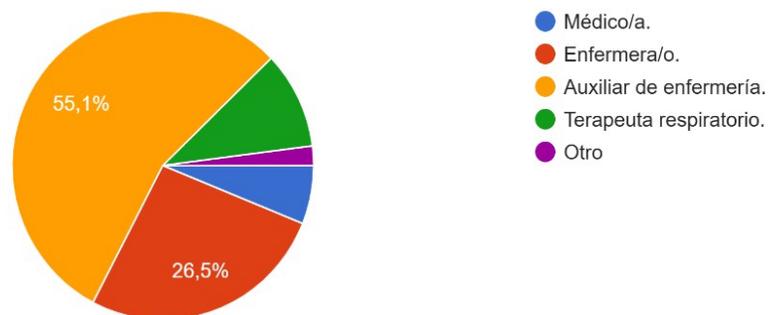
La cual se realizó por medio de Google Forms (Anexo 4). Se logró obtener un total de 49 respuestas de las cuales se realizó análisis estadístico de cada una de las preguntas obtenidas.

El 81.6% del personal asistencial corresponde al grupo de enfermería y auxiliares de enfermería, por lo que determina una carga estadística en la evaluación de las prácticas seguras en dichos servicios, seguido del personal de terapia respiratoria. (figura 16).

Se encontró que aproximadamente 3 de cada 4 personas tiene una percepción negativa frente a las prácticas seguras en los servicios evaluados a pesar de aceptar que existen protocolos establecidos en la institución (93.9% de los evaluados dicen conocerlos). (figura 17 y 18).

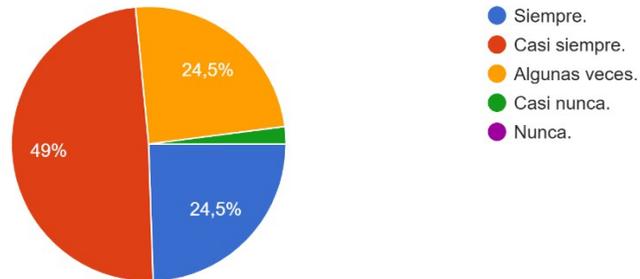
¿Cuál es su cargo dentro de los servicios?

49 respuestas



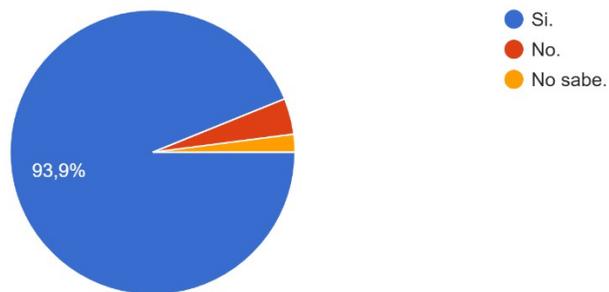
¿Considera usted, que en su servicio se siguen los protocolos de seguridad en la administración de medicamentos?

49 respuestas



¿Existe protocolos escritos para identificación correcta de pacientes antes de procedimientos o administración de medicamentos?

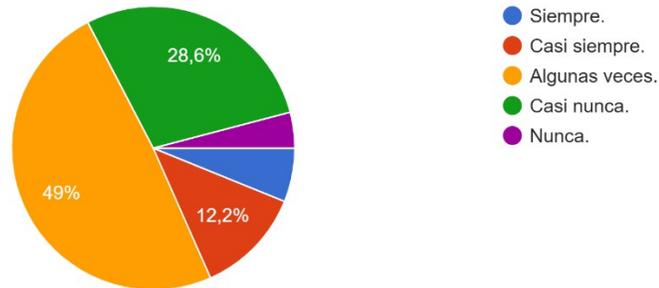
49 respuestas



Adicionalmente es consistente la percepción de fallas en la aplicación de los protocolos establecidos, evidenciando problemas en la actuación del personal, ya que aceptan que se realizan capacitaciones, pero consideran que no siempre se aplican todos los protocolos. (figura 19).

¿Qué tan frecuente observa prácticas inseguras en la atención de los pacientes en su servicio?

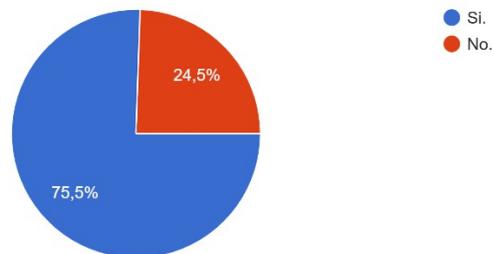
49 respuestas



En cuanto a las capacitaciones y entrenamiento el personal considera que recibe información acerca de las medidas y protocolos para las prácticas seguras, sin embargo, consideran que las mismas son insuficientes. (figura 20 y 21).

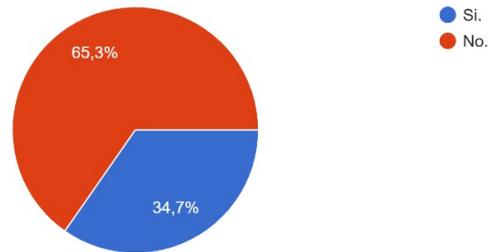
¿El personal recibe información periódica sobre prácticas seguras en Unidad de cuidados intensivos y Unidad de Cuidados intermedios?

49 respuestas



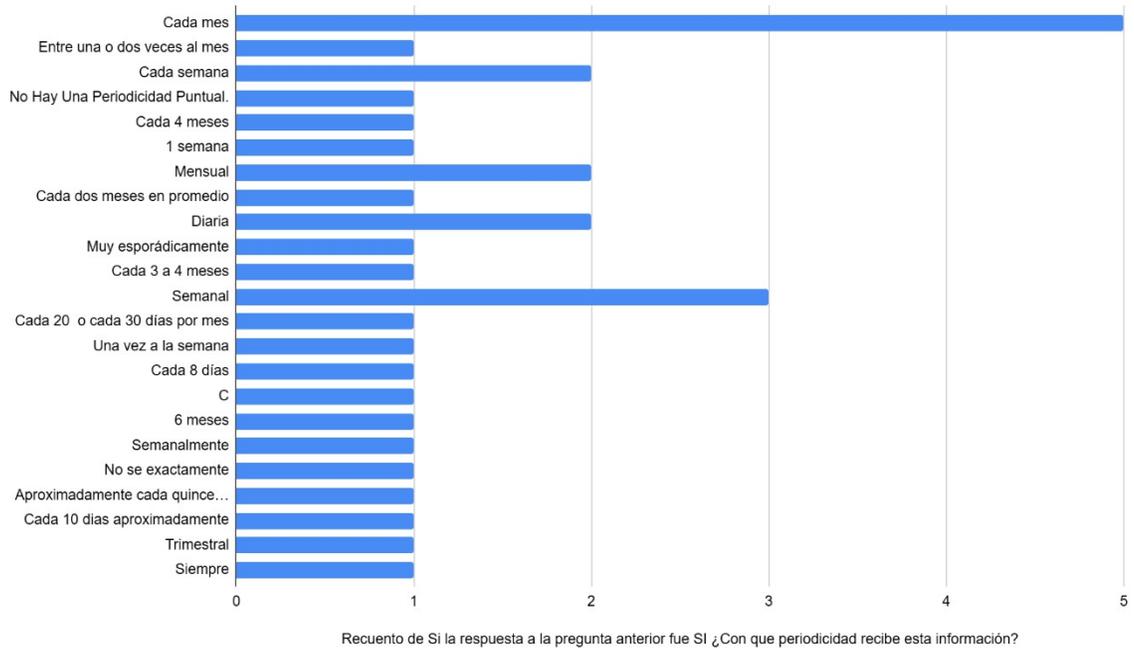
¿Se realizan entrenamientos periódicos sobre emergencias médicas?(código azul, shock séptico, falla ventilatoria, entre otros).

49 respuestas



Dentro de los hallazgos encontrados, se identifica que el personal percibe información sobre prácticas seguras, sin embargo, no es consistente en la periodicidad de las capacitaciones realizadas sobre emergencias médicas, con variaciones significativas que se explican por la rotación del personal en los últimos 2 años, donde la periodicidad establecida varía según el tiempo que labora en la institución. Se reitera que parece ser una percepción del personal, ya que existe un programa de capacitaciones establecido. (figura 21 y 22)

### ¿Con que periodicidad recibe información sobre prácticas seguras?



### Valoración observacional del personal asistencial en su rutina de atención en los servicios auditados.

Con el fin de realizar una evaluación observacional objetiva y minimizar la subjetividad de los observadores, se creó una herramienta observacional con el fin de determinar los puntos a evaluar de las prácticas seguras. (anexo 5).

Durante las observaciones se logró la estratificación aleatoria, ya que se realizó en horarios diferentes y por dos auditores, pero se utilizó el mismo procedimiento para ello. Fue una evaluación presencial observacional sin encuestas ni preguntas directas, con el fin de evitar sesgos de interpretación por parte de los observadores.

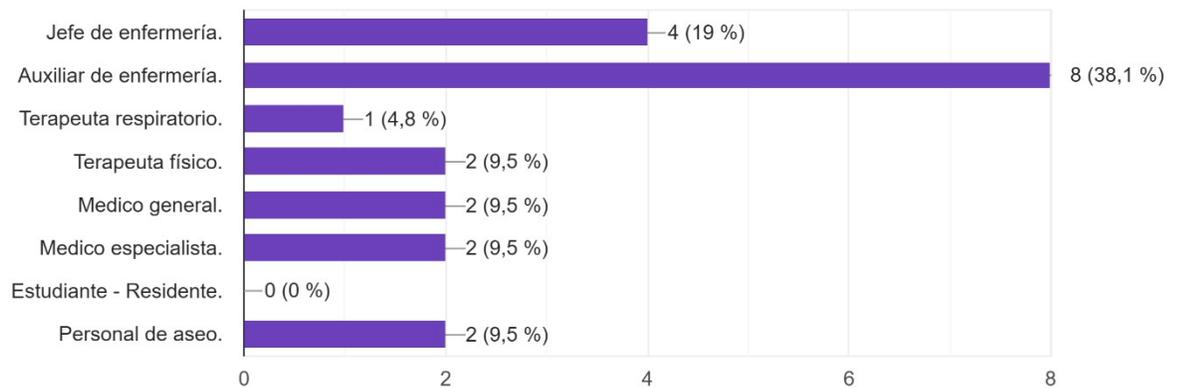
Adicionalmente los datos obtenidos se ingresaron al formulario creado por medio de Google Forms (Anexo 6) donde se realizaron preguntas específicas que evalúan las prácticas seguras.

Se obtuvo un total de 19 evaluaciones de las cuales se realizó el análisis estadístico correspondiente.

El 57,1% corresponde al grupo de enfermería y el 19% corresponde al personal médico y la participación de terapia respiratoria y física corresponde al 14,3%, para un total del 90,4% del personal que interviene directamente sobre el paciente y un 9,6% que no interviene directamente en la atención al paciente como el personal de aseo. (figura 23).

#### Personal evaluado.

21 respuestas



La evaluación permitió identificar áreas de fortaleza en los procesos y prácticas implementadas para garantizar la seguridad del paciente, la calidad de la atención y el cumplimiento de los protocolos establecidos, entre los que se destacan:

- Se visualizó en cada puerta de entrada al cubículo la correcta identificación del paciente como la marcación visible de las alergias. Este hallazgo refleja una buena práctica en la implementación de protocolos de seguridad que permiten al personal de salud tomar decisiones informadas y actuar de manera segura antes de interactuar con el paciente. Este hallazgo refleja una excelente práctica en la implementación de protocolos de seguridad que permiten al personal de salud tomar decisiones informadas y actuar de manera segura, minimizando así el riesgo de errores médicos y mejorando la seguridad general.
- Se evidencia una gestión eficiente y segura de las visitas familiares en la UCI, con un enfoque en la seguridad del paciente. Las buenas prácticas observadas incluyen el lavado de manos adecuado, el registro detallado de visitantes y el uso correcto de elementos de protección personal (EPP). Estas medidas no solo contribuyen a un ambiente más seguro para los pacientes, sino que también mejoran la comunicación entre el personal de salud y

los familiares, promoviendo un entorno clínico controlado y respetuoso de los protocolos de higiene y seguridad. Este hallazgo nos muestra que dichas medidas contribuyen a un ambiente más seguro para los pacientes y facilitan una comunicación eficaz entre el personal de salud y los familiares, promoviendo un entorno clínico controlado y respetuoso de los protocolos de higiene y seguridad.

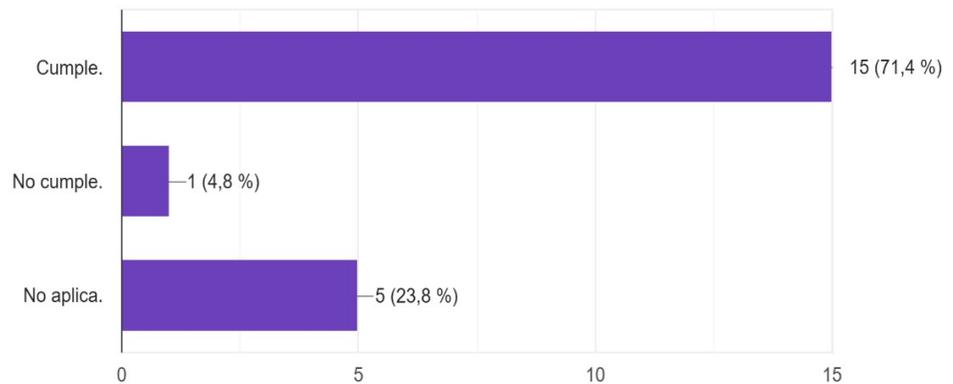
Teniendo en cuenta lo anterior, y de acuerdo a la herramienta utilizada se dividió la evaluación en 7 criterios:

### **Identificación segura:**

En las preguntas evaluadas para la identificación segura se encontró que se presenta un cumplimiento del 71.4% sobre la verificación de la identidad, utilizando por lo menos 2 identificadores. (figuras 24 y 25); igualmente para la verificación para la administración de medicamentos LASA (figura 26).

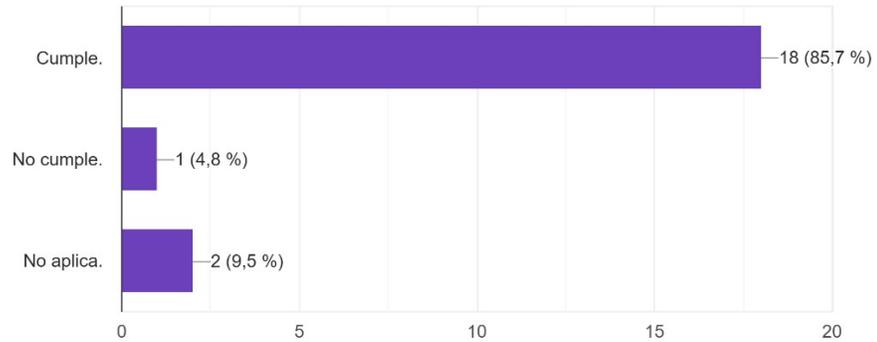
¿Realiza verificación de la identidad del paciente antes de realizar procedimientos, administración de medicamentos o transfusiones?

21 respuestas



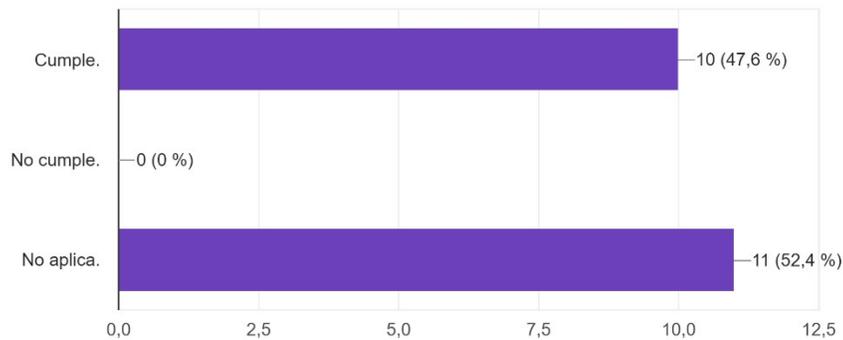
¿Utiliza al menos dos identificadores (nombre completo, número de identificación, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de p...según sea posible) para verificación del paciente?

21 respuestas



¿Realiza verificación doble de la identidad del paciente previo a la administración de los medicamentos de alto riesgo? (sedantes, medicamen...und Alike – se ven y suenan parecido), insulina)

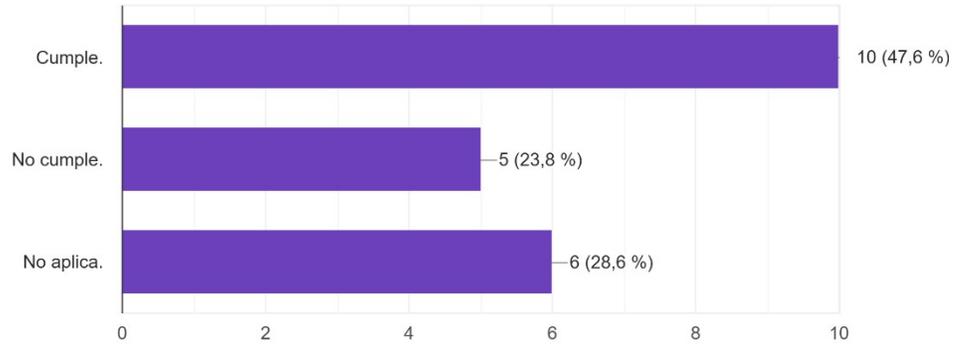
21 respuestas



Sin embargo, para la identificación del paciente por medio del brazalete el cumplimiento baja ostensiblemente hasta el 47,6% y asociado a esto los incumplimientos son significativos en la identificación del paciente por brazalete de identificación llegando al 23.8%, donde el factor predominante fue el mal estado del brazalete por estancias prolongadas. (figura 27)

¿El brazalete de identificación del paciente es legible y verifica la correcta información?

21 respuestas



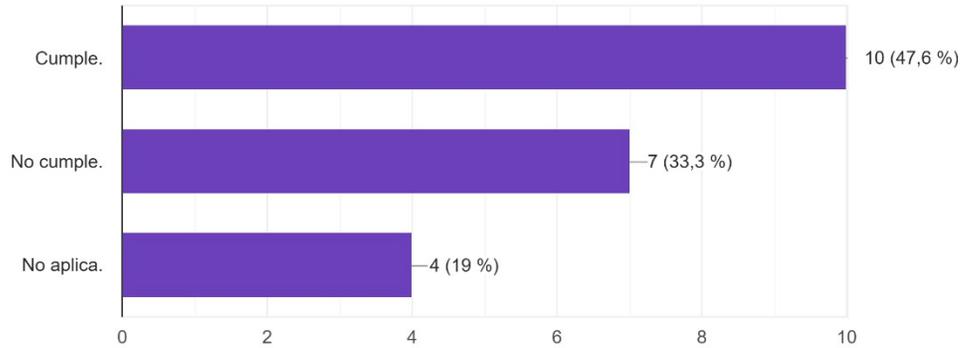
#### **Comunicación segura:**

En la comunicación segura se enfocó la evaluación en la comunicación no verbal predominantemente del equipo de salud y se indagó por situaciones de emergencia y sobre los pacientes críticos.

Se encontró que el cumplimiento de los protocolos establecidos para la transmisión de información tiene un cumplimiento bajo llegando al 47,6% (figura 28), con un cumplimiento en la verificación de la información clínica del 66.7% (figura 29).

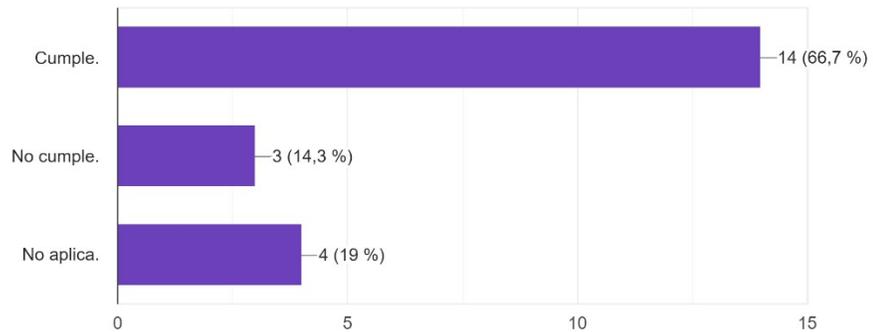
¿Existe y utiliza un protocolo estructurado para la transmisión de la información? (estrategia SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation...es, Antecedentes, Evaluación, Recomendaciones)

21 respuestas



¿Realiza verificación y/o revisión de la información clínica crítica del paciente (medicación, alergias, intervenciones previas) al inicio del turno?

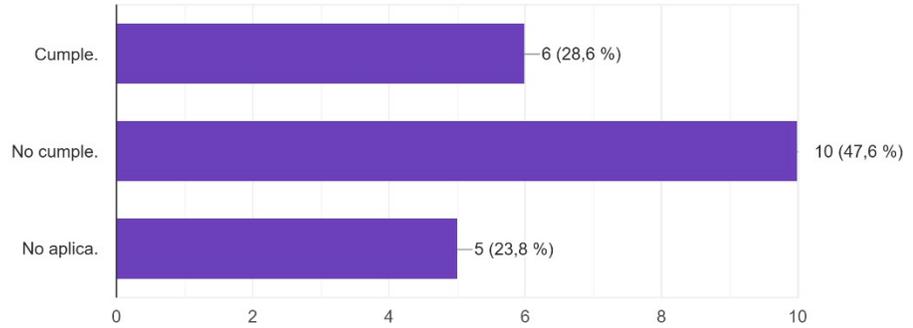
21 respuestas



Sin embargo, la documentación verificable presenta incumplimientos (47,6%) por la no verificación de ordenes escritas (figura 29) y por no presentar revisión conjunta de los casos críticos con un 61,9% (figura 30); se determinó que se realizan órdenes verbales sin doble verificación, y se cumplen, a pesar de no estar en una situación crítica. Un hallazgo adicional, es que prácticamente no se realizan rondas conjuntas del personal de salud.

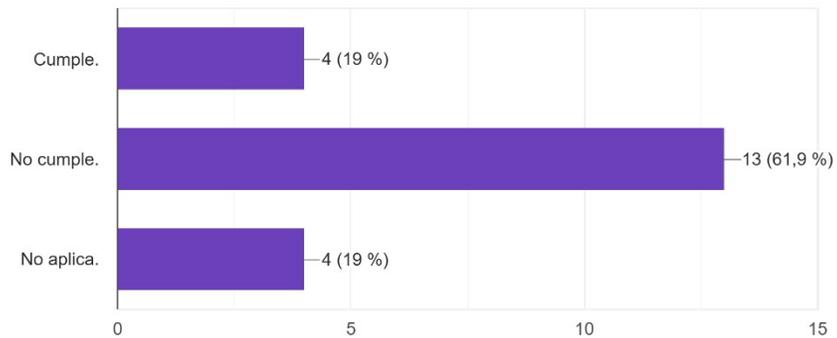
¿Realiza documentación y verificación de las órdenes médicas de manera clara, legible y sin ambigüedades?

21 respuestas



¿Se realiza una revisión conjunta de los casos críticos entre los equipos de enfermería, personal médico, personal de apoyo y demás profesionales, previo a la toma de decisiones en el tratamiento?

21 respuestas



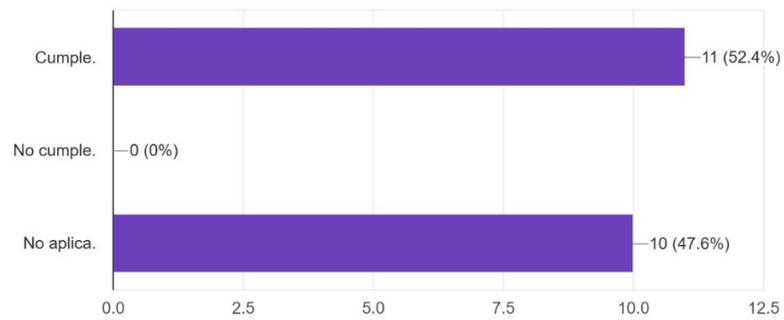
### **Medicación segura:**

La correcta administración de medicamentos no solo previene errores en el tratamiento, sino que también protege la vida del paciente. Cuando las prácticas de medicación no cumplen con los estándares de seguridad, las consecuencias pueden ser graves, tanto para la salud del paciente como para la efectividad general del sistema de atención médica. Se evidencia que los medicamentos de alto riesgo se encuentran debidamente etiquetados y se almacenan de forma correcta (figura 31), dado que hay personal que no se encuentra involucrado en la administración y manipulación de medicamentos. El gráfico muestra un valor de 52.4%, que al

ser llevado al personal involucrado corresponde al 100% del etiquetado y almacenamiento de dicha medicación.

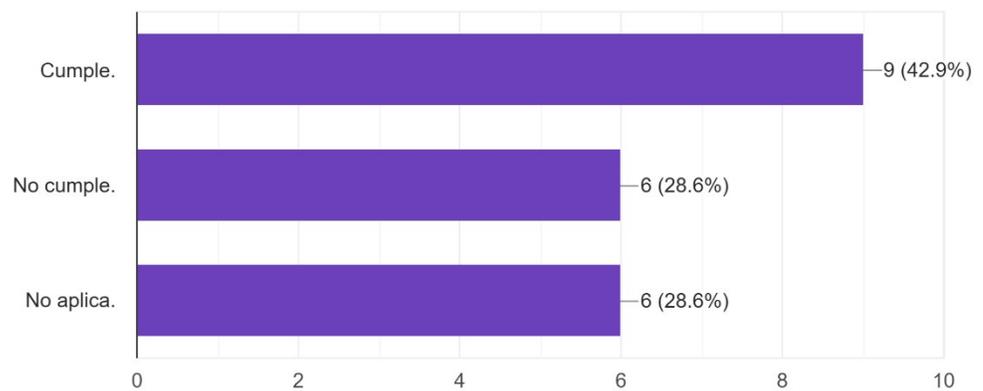
¿Los medicamentos de alto riesgo están etiquetados de manera evidente y se almacenan de forma segura?

21 respuestas



¿Realiza revisión a las órdenes médicas para el aseguramiento de la dosis y frecuencia de administración de medicamentos y su correcta formulación?

21 respuestas

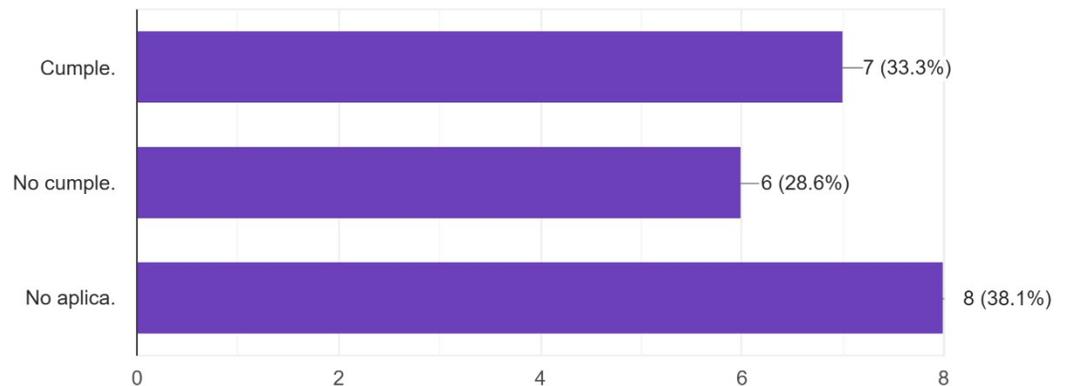


Se evidencia un margen considerable de mejora en la revisión de las órdenes médicas. Aunque casi  $\frac{3}{4}$  partes (71.4%) de las órdenes cumplen o son irrelevantes (no aplica), cerca del 28.6% no cumplen con los estándares necesarios. Esta proporción refleja riesgos para la

seguridad del paciente, como la administración incorrecta de dosis, horarios o medicamentos inadecuados. (figura 32)

En caso de inconsistencias o dudas en la formulación de medicamentos, ¿el personal tiene acceso a herramientas de apoyo para la verificación, y ha...ías de dosis, software de gestión de medicamentos)

21 respuestas

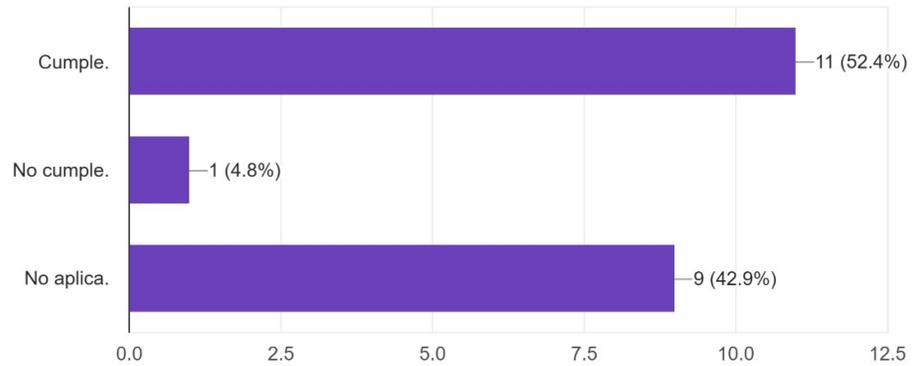


En cuanto al uso de herramientas de apoyo (figura 33), el personal tiene acceso y utiliza herramientas de apoyo en un poco más de un tercio de éstos (33.3%). Sin embargo, el 28.6% del personal asistencial no tiene acceso adecuado o no utiliza correctamente las herramientas de apoyo, lo que puede comprometer la seguridad y precisión en la formulación, dosis y administración de medicamentos. Finalmente, en un 38.1% esta situación no es evaluable, dado que el personal de aseo (el cual es personal de apoyo) y el personal de fisioterapia no cumplen la función evaluada en esta sección.

Para el uso de dispositivos médicos, se muestra que la mayoría de los profesionales (52.4%) parecen utilizar adecuadamente los dispositivos (bombas de infusión) para asegurar la dosificación correcta de los medicamentos en infusión continua. Sin embargo, el 42.9% de los casos no se consideran aplicables, lo que podría implicar una falta de situaciones en las que se necesite hacer uso de estos dispositivos. Solo un pequeño porcentaje (4.8%) no cumple con los requisitos, lo que es positivo en términos de seguridad, pero es importante intervenir las causas por las cuales este pequeño porcentaje no cumple. (figura 34).

¿Conoce y realiza un adecuado uso de dispositivos biomédicos para asegurar la dosificación correcta de los medicamentos en infusión continua? (bombas de infusión)

21 respuestas



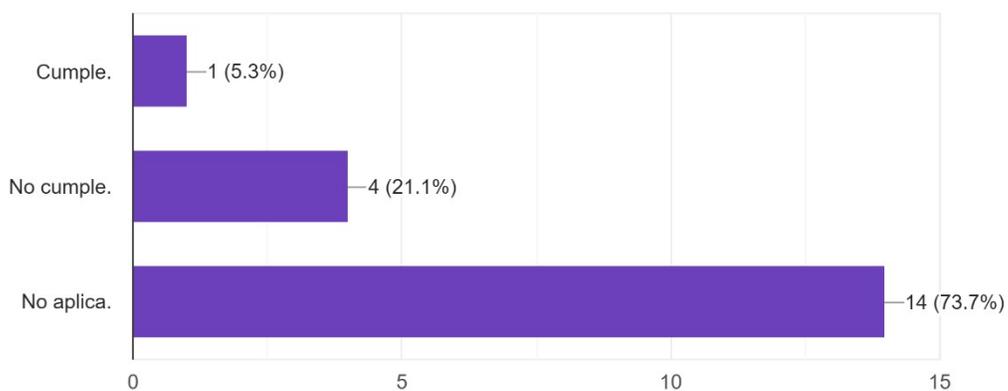
### **Cirugía segura:**

Con respecto a la evaluación del cumplimiento correspondiente a cirugía segura, se aclara que la observación se pudo realizar en las fechas en las que los pacientes de los servicios evaluados tenían programadas cirugías.

Con respecto a la realización de listas de chequeo previo a una intervención quirúrgica se evidenció que sólo en una ocasión (5,3%) se realizó una lista de chequeo previo a egresar el paciente hacia el servicio de cirugía. Se observó también que, en 4 ocasiones, correspondientes al 21,1%, no se realiza una revisión de la lista de chequeo previo al egreso del paciente. El porcentaje restante correspondiente al 73,7%, que no aplica ya que hace referencia a personal que no participa en el traslado de los pacientes o que directamente el día de la evaluación no fue posible evidenciar. (figura 35)

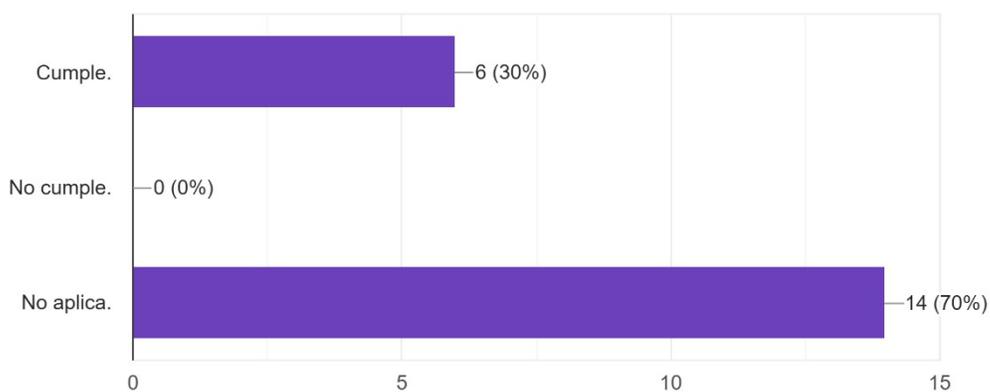
¿Realiza lista de chequeo de cirugía segura (checklist) antes de realizar una intervención?

19 respuestas



¿Realiza revisión de los antecedentes prequirúrgicos relevantes del paciente? (alergias, problemas previos con anestesia, infecciones)

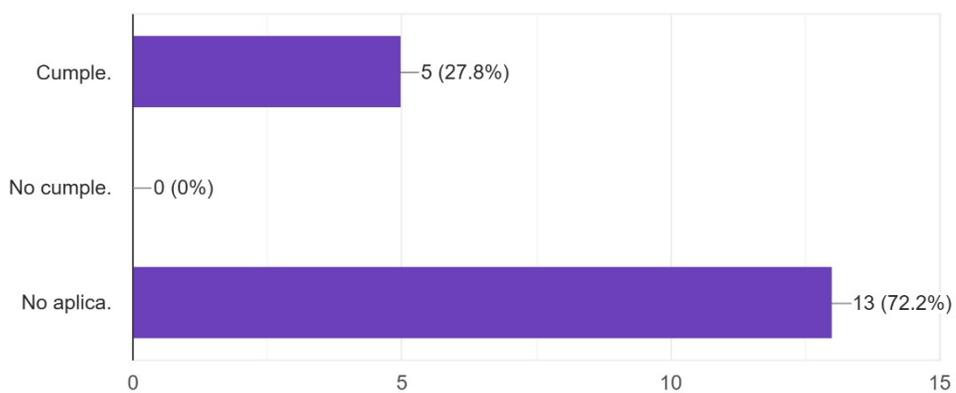
20 respuestas



Para la revisión de los antecedentes quirúrgicos previos a una cirugía, se evaluaron 6 pacientes con dicha indicación. Se encontró que la revisión se realizó en el 100% de éstos. (figura 36)

¿Realiza una correcta comunicación con el equipo en general, y previo a la cirugía, acerca de posibles complicaciones o cambios en el plan quirúrgico?

18 respuestas



El 27.8% de las intervenciones quirúrgicas incluyen una comunicación adecuada con el equipo quirúrgico sobre posibles complicaciones o cambios en el plan quirúrgico previo a la cirugía. El porcentaje restante (72.2%) corresponde a evaluaciones que no se pudieron realizar por falta de intervenciones quirúrgicas los días establecidos para la evaluación o hacen referencia a personal a quien no le corresponde esta función; debido a esto el porcentaje de cumplimiento asciende a un 100%. (figura 37)

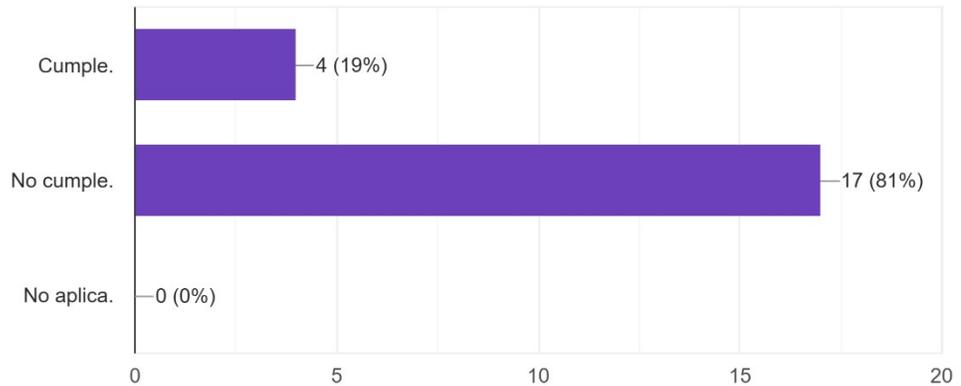
#### **Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud:**

La prevención de infecciones asociadas a la atención en salud es deber de todos aquellos que participan en la atención del paciente ya sea de manera directa o indirecta, esta observación aplica a todo el personal evaluado.

Se observa un bajo porcentaje de adherencia al protocolo de higiene de manos, con un cumplimiento de solo el 19% correspondiente a 4 personas, lo que deja una amplia brecha con respecto al personal no adherente que corresponde a un 81% del personal evaluado. (figura 38)

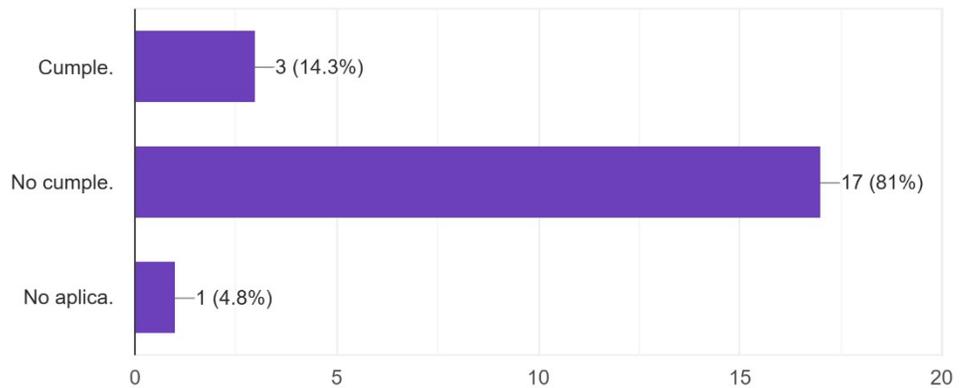
¿Realiza el protocolo de higiene de manos en todos los momentos de contacto con el paciente?  
(antes de tocar al paciente, antes de realizar una t...y después del contacto con el entorno del paciente)

21 respuestas



¿Realiza uso adecuado de los elementos de protección personal en paciente con aislamientos especiales?

21 respuestas

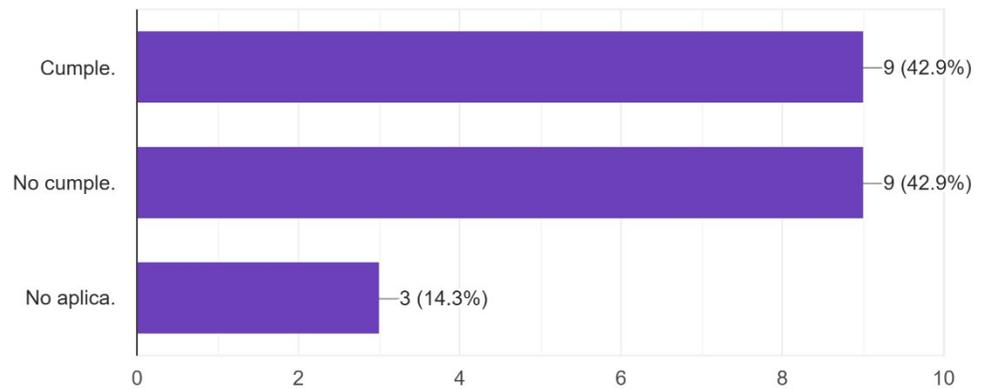


Con respecto al uso adecuado de elementos de protección personal en pacientes con aislamientos especiales se observa un cumplimiento de sólo el 14,3%, el porcentaje restante (81%) corresponde a incumplimientos o cumplimientos parciales, es decir, se hacía uso de los

elementos de protección personal solo en ocasiones, o se hace mal uso de los mismos principalmente en los aislamientos por contacto. (figura 39)

¿Realiza uso adecuado de elementos de protección personal para la realización de procedimientos?

21 respuestas

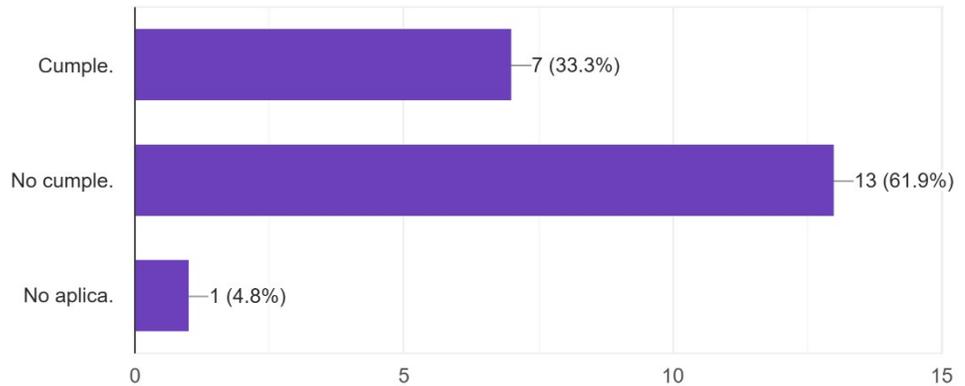


Al evaluar el uso adecuado de elementos de protección personal a la hora de realizar un procedimiento, se observa similitud exacta en los resultados, siendo un 42.9% adherente y un 42.9% no adherente, este incumplimiento es debido en su mayoría al uso incompleto o inadecuado de los elementos de protección personal. (figura 40)

Con respecto al uso adecuado de elementos de protección personal en pacientes con infecciones transmitidas por contacto, gotas o aerosoles, se observa un cumplimiento del 33,3%, el porcentaje restante (61.9%) corresponde a incumplimientos o cumplimientos parciales, es decir, se hacía uso de los elementos de protección personal solo en ocasiones, o se hacía mal uso de los mismos principalmente en los aislamientos por contacto. (figura 41)

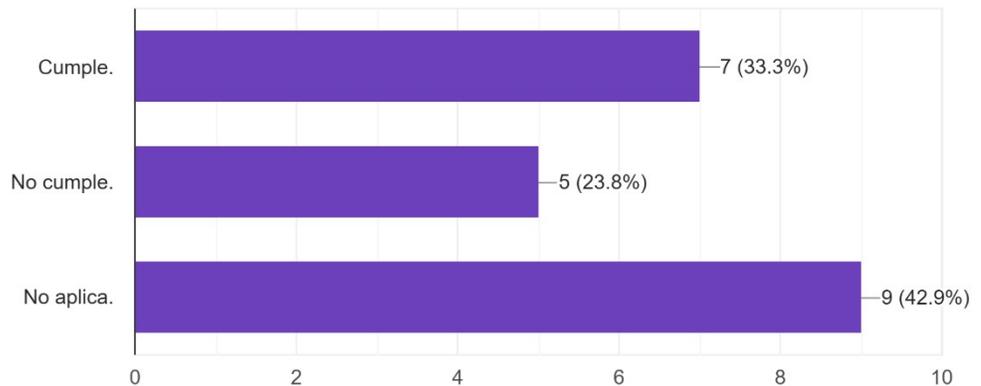
¿Realiza el completo cumplimiento de aislamiento en paciente por infecciones transmitidas por contacto, gotas o aerosoles?

21 respuestas



¿Realiza el correcto seguimiento de protocolos para los procedimientos invasivos en el paciente? (asepsia y antisepsia, uso de dispositivos de barrer...la, correcto cubrimiento y aislamiento de la zona)

21 respuestas



En la observación correspondiente al seguimiento de protocolos para procedimientos invasivos, se logró realizar evaluación en 12 pacientes. La adherencia del personal a los

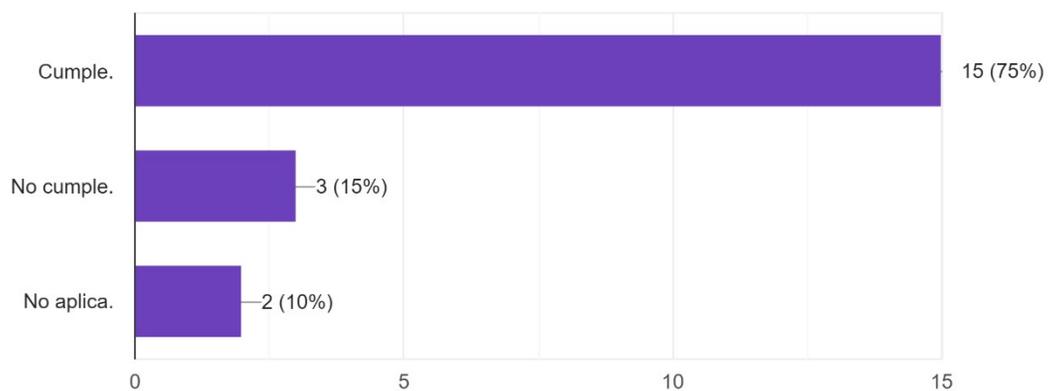
protocolos se presentó en un 58.33% y un incumplimiento (completo o parcial) del 41.67%. (figura 42)

**Prevención de caídas:**

Con respecto a la evaluación del riesgo de caídas al ingreso de los pacientes se observa una adherencia importante; de las 18 observaciones realizadas se determinó una adherencia completa del 83.33% y un 16.67% restante con una adherencia incompleta. (figura 43)

¿Realiza evaluación y verificación del riesgo de caídas de los pacientes admitidos en el servicio?

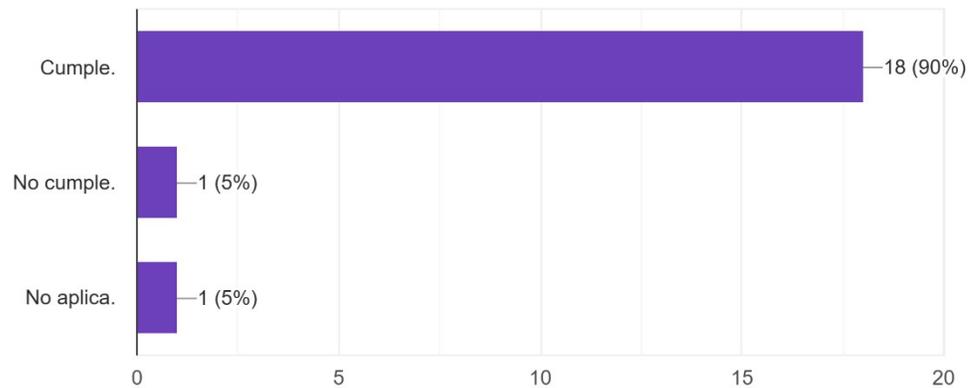
20 respuestas



Frente a la verificación de prevención activa para el paciente con alto riesgo de caídas eventualmente durante el turno se observa una fortaleza con un porcentaje de adherencia del 94.73%, solo un 5.3% no es adherente a esta medida. (figura 44)

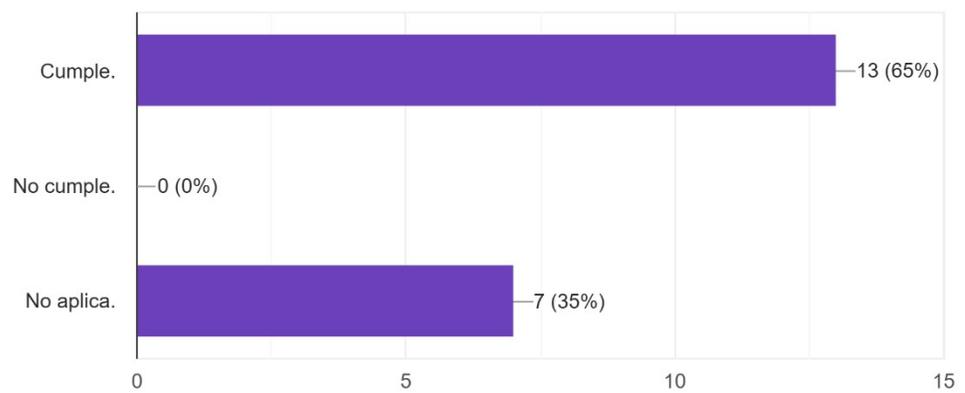
¿Verifica las medidas de prevención activas para paciente con alto riesgo de caídas eventualmente durante el turno?

20 respuestas



¿Realiza una adecuación del entorno para los pacientes con alto riesgo de caídas?

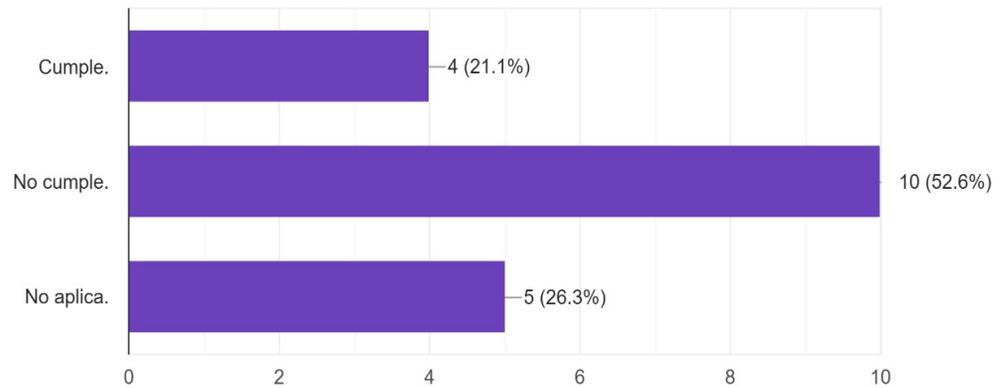
20 respuestas



La realización de un adecuado entorno para los pacientes con alto riesgo de caídas también demostró que en un 100% de las observaciones se realiza por parte del personal asistencial. (figura 45)

¿Realiza un plan de movilización personalizado para los pacientes?

19 respuestas

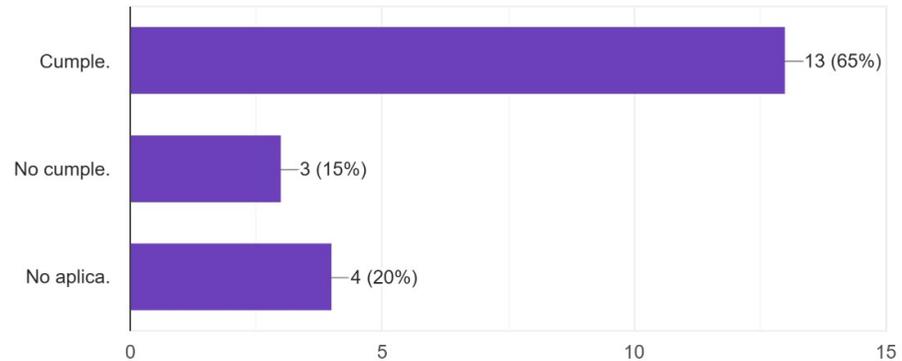


A pesar de que la prevención de caídas parece ser una de las fortalezas del servicio, a la hora de realizar un plan de movilización personalizado para los pacientes, la predominancia se encuentra en el incumplimiento, representando este un 71.43% y el porcentaje de adherencia corresponde a un 28.57% lo que deja ver una oportunidad de mejora en este ítem. (figura 46)

**Prevención de lesiones por presión:**

¿Se realiza una evaluación de riesgo para lesiones por presión al momento de la admisión del paciente? (escala de Braden)

20 respuestas

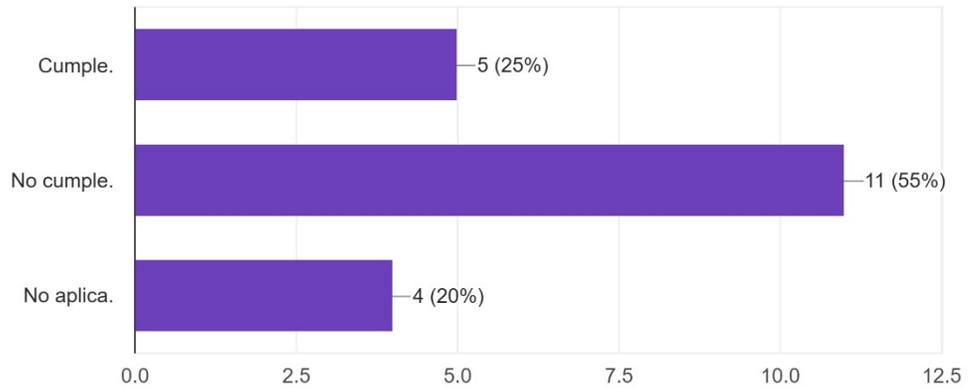


Se muestra que el 62.5% de los pacientes son evaluados adecuadamente para el riesgo de lesiones por presión al momento de su admisión, utilizando herramientas como la escala de Braden. Sin embargo, un 37.5%% de los casos no cumplen con esta evaluación. (figura 47)

Se evidencia una adherencia del 31.25% a la actualización de la evaluación de lesiones por presión durante la estancia del paciente en el servicio, sin embargo, un 68.75% correspondió a la no adherencia por incumplimiento completo o parcial. (figura 48)

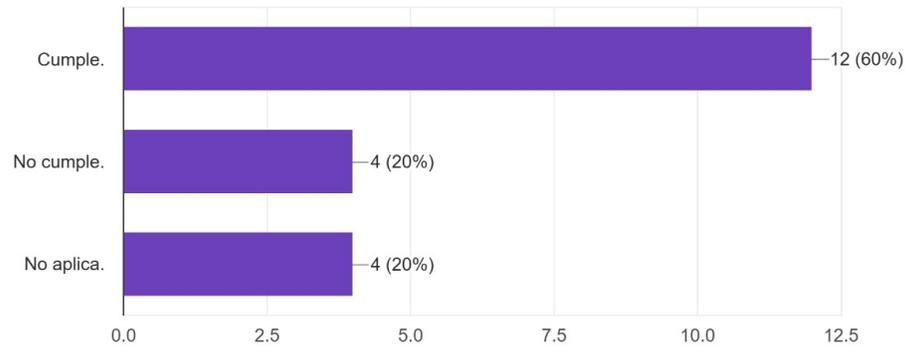
¿Realiza actualización de la evaluación de lesiones por presión durante la estancia del paciente en el servicio?

20 respuestas



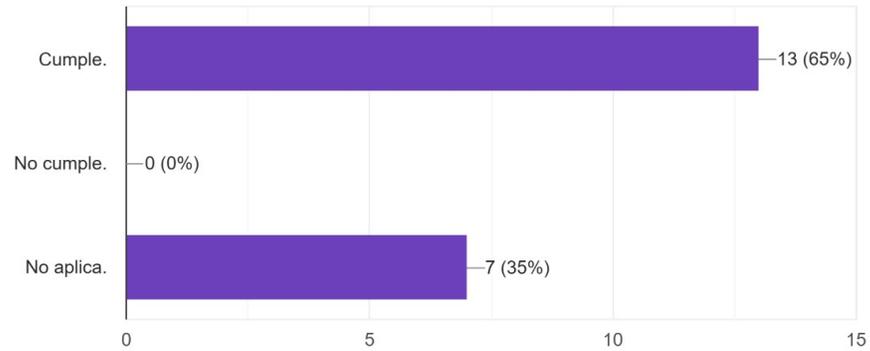
¿Identifica e inicia medidas preventivas en paciente que presentan alto riesgo de lesiones por presión?

20 respuestas



¿Realiza valoración de factores específicos que aumenten el riesgo de lesiones por presión?  
(movilidad, nutrición, humedad, perfusión, actividad y fricción)

20 respuestas

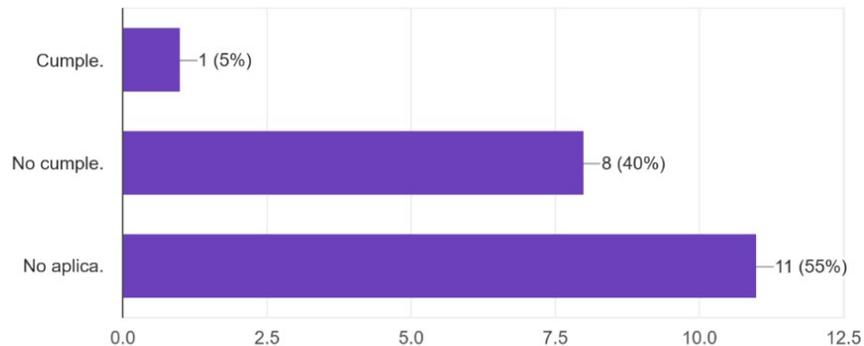


Con respecto a la valoración de factores específicos de aumento de riesgo de lesiones por presión, se observa un cumplimiento del 100% en las 13 evaluaciones realizadas. (figura 50)

Al 11.11% de los pacientes se les realiza los cambios de posición según el protocolo institucional, el 88.89% restante corresponde a incumplimiento que va arraigado a que los cambios de posición no se realizan en los tiempos estipulados o directamente no se llevan a cabo. En este ítem se encuentra que un 55% de los casos no aplican los cambios de posición, lo que sugiere que en más de la mitad de los pacientes no se considera necesario o no se implementa esta intervención, debido a la falta de indicación o el tipo de paciente. (figura 51)

¿Realiza cambios de posición según el protocolo de la institución?

20 respuestas



Los hallazgos observacionales reflejaron oportunidades de mejora para los procesos y prácticas dentro del entorno hospitalario, con el fin de garantizar una atención de calidad y seguridad para los pacientes. Se observó:

- Insuficiencia en el cumplimiento del protocolo de higiene de manos:

Se observó que un porcentaje significativo del personal no realizó adecuadamente la higienización de las manos antes y después del contacto con los pacientes y su entorno o después de tocar superficies potencialmente contaminadas, a pesar de contar con dispensadores en la entrada de cada cubículo.

- Uso inapropiado de guantes:

En algunas ocasiones, el personal utilizó los mismos guantes entre procedimientos dentro de una misma unidad, aumentando el riesgo de IAAS.

- Falta de evidencia de una herramienta estandarizada para uso de medicamentos:

No se evidenció una herramienta estandarizada (tarjeta de medicamentos o un registro de verificación), que permita corroborar los aspectos clave del proceso de medicación, tales como: paciente correcto, medicamento correspondiente, dosis correcta, horario correcto.

- Falta de comunicación de la información a familiares:

Durante la visita no se evidenció el momento en el que el especialista brindará la información correspondiente a los familiares sobre la condición clínica de los pacientes.

Adicionalmente, en el trabajo observacional realizado se determinaron hallazgos importantes que al ser evaluados pueden representar fallas en la atención y contribuir a eventos adversos en la atención de los usuarios:

- No se observa una revisión adecuada de las condiciones generales del paciente al momento de su ingreso a la Unidad de Cuidados Especiales. A pesar de que la evaluación inicial es crucial para garantizar una atención adecuada y oportuna, se ha observado que,

el paciente no es evaluado de manera exhaustiva al momento de su ingreso a la unidad, lo que compromete el inicio del manejo clínico adecuado. El incumplimiento de esta práctica puede comprometer la efectividad del tratamiento inicial y retrasar intervenciones críticas.

- En múltiples ocasiones, se observó que las puertas de las habitaciones de aislamiento por aerosol no se mantienen cerradas completamente, permitiendo la circulación de aire no controlado hacia otras áreas de la unidad. Pudiendo ser causado por falta de supervisión, desconocimiento, o falta de formación continua, que genere poca conciencia de la importancia de mantener las puertas cerradas en habitaciones con aislamiento por aerosol. Hallazgo que pone en manifiesto la no supervisión o la falta de conciencia sobre el protocolo poniendo en peligro la seguridad sanitaria.
- Se observa desorganización en el cuarto de equipos biomédicos que pone de manifiesto un riesgo importante para la seguridad del paciente, ya que dificulta el acceso rápido y eficiente a los equipos necesarios en situaciones de emergencia. Hallazgo que puede generar retrasos en la respuesta ante emergencias, lo que pone en riesgo la seguridad del paciente.

## **6.5 Quinto momento**

Para este último momento se evaluaron en los resultados obtenidos los puntos de interés que generaron cambios significativos en los eventos adversos.

Se definió como metodología para ello realizar análisis anual de los resultados para posteriormente realizar comparativos entre ellos y fue así como se determinaron puntos clave para enfocar en estudio de causas e intervenciones realizadas.

Para el 2021, a pesar de no tener información basada en indicadores, por medio de la base de datos se logró determinar que, con respecto al 2022, presenta mejor control de los eventos adversos. Sin embargo, durante el 2021, las unidades funcionaban como unidades COVID, por lo que el enfoque era inicialmente para el control de la contingencia, y no era prioritaria la cultura de reporte de eventos adversos ni su supervisión, por lo que puede existir subregistro y por ello tener un adecuado control irreal.

Para el año 2022, al realizar el cambio a unidades de atención general, se realizaron las actividades necesarias para la habilitación, con la consecuente adopción de guías de manejo y protocolos, su socialización, implementación y evaluación periódica de los indicadores establecidos por ley.

Se estableció una coordinación general que fue el punto de partida para la evaluación y seguimiento; por ende, en el 2022 se aumentó el reporte de eventos adversos lo que implicó un empeoramiento en los indicadores con respecto al año inmediatamente anterior. Sin

embargo, se inició el proceso de capacitación, inducción a personal nuevo, evaluación de capacitaciones y seguimiento de indicadores.

Desde entonces, se observa una evolución a la mejoría de forma continua. Se establece entonces la correlación entre la implementación de los protocolos y aplicación de éstos (adherencia del personal asistencial) y los resultados obtenidos para el año 2023, que muestran una mejoría clara de los indicadores, incluso se evidencia que las metas para la institución se mejoraron con respecto a los años anteriores.

Al profundizar sobre las causas, se encontró que luego de pasar de unidades para la contingencia de COVID 19 a unidades de cuidados intensivos y especiales generales, se adoptaron los protocolos necesarios para la habilitación; se inició una autoevaluación de los indicadores de norma, aplicación de acciones de mejora, capacitaciones al ingreso de personal nuevo en la institución y un programa establecido de capacitaciones en seguridad del paciente y entrenamientos periódicos.

Al realizar el comparativo, tomando como referencia el año 2022, se demuestra que el empeoramiento con respecto al año 2021 contrasta con los resultados obtenidos en el 2023, año en el cual se logró el cumplimiento de las metas de los indicadores y adicionalmente se observa que con respecto al año 2022 se fijó una meta de indicadores mejorada, evidenciando así, un programa de mejoramiento continuo que permitió establecer áreas de mejora y evidenciar resultados de la implementación de herramientas para ello. Lo anteriormente descrito demuestra que los correctivos y acciones tomadas en los servicios permitieron mejorar la seguridad del paciente en los servicios auditados.

Por último, al momento de realizar el comparativo entre el año 2023 y lo evaluado del 2024 (hasta octubre), se evidencia una continuidad en la mejoría de los indicadores, sin embargo, se continúa presencia de eventos adversos. Estos datos mencionados se correlacionan con los hallazgos del cuarto momento que muestra los incumplimientos por parte del personal asistencial, factores contribuyentes para la presencia de eventos adversos. Por ende, se debe continuar la evaluación, verificación, evaluación del cumplimiento de los protocolos con el fin de continuar el mejoramiento en la seguridad del paciente.

## **8. 7. CONCLUSIONES**

1. La auditoría de las prácticas seguras es una de las herramientas fundamentales que actúa como determinante para la atención de calidad de los servicios de salud; en los servicios de Cuidados Intensivos (UCI) y Cuidados Especiales (UCE), servicios que se caracterizan por ser servicios de alta complejidad. Es fundamental no solo el ejercicio, sino la evaluación de las prácticas seguras para tener un continuo mejoramiento en la calidad del servicio y disminuir los riesgos para los pacientes, familiares y personal de salud.

2. Para dar respuesta a la contingencia por COVID 19 se crearon unidades especiales, algunas de ellas migraron a una atención general, las cuales aún presentan falencias tanto administrativas como asistenciales, afectando la seguridad de los pacientes. Sin embargo, en la auditoría realizada se evidencian mejoras sustanciales producto de las intervenciones realizadas.

3. La reestructuración organizacional desde la parte administrativa, la adopción e implementación de protocolos y la adhesión a estos, generó una cultura del reporte, logró determinar las brechas iniciales y se generó concientización del personal asistencial, determinantes fundamentales para la evolución hacia la mejoría continua, llevando al cumplimiento de los indicadores, cumplimiento de metas e incluso mejoría de estas.

4. La implementación y aplicación de los protocolos por parte del personal asistencial son claves para la continuidad de la mejora y es un punto de partida para reforzar la formación continua del personal.

5. Las recomendaciones cuando se implementan de manera adecuada y sostenida, pueden reducir significativamente los eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios. La clave está en desarrollar un enfoque integral que involucre a todo el equipo de salud, que utilice tecnologías avanzadas, que promueva la educación continua y que fortalezca los procesos de comunicación y de cuidados. A través de estas estrategias, se puede crear un entorno de atención más seguro y de calidad para los pacientes en estado crítico.

6. Los hallazgos observacionales reflejan diversas actividades en las que se pueden mejorar los procesos y prácticas dentro del entorno hospitalario para garantizar una atención de calidad y seguridad para los pacientes. Observándose:

- Bajo cumplimiento en la higiene de manos.
- Uso inapropiado de guantes.

- Falta de una herramienta estandarizada que permita corroborar los aspectos clave del proceso de medicación.
- Falta de comunicación de la información a familiares.

## **9. 8. RECOMENDACIONES**

1. Diseñar un plan de formación o capacitación con el fin de impactar en la aplicación efectiva de los protocolos establecidos, con la consecuente prevención de los eventos adversos.
2. Reforzar la práctica diaria de los protocolos institucionales, dado que son clave para la disminución de eventos adversos prevenibles, hallazgos que explican la continuidad de eventos adversos reportados en la institución.
3. Implementar un plan de choque para las lesiones por presión, que representan el 65% de los eventos adversos, con el fin de impactar en la seguridad del paciente, y disminuir las complicaciones asociadas a dichas lesiones.
4. Implementar estrategias para consolidar una cultura de seguridad centrada en el paciente, abordando tanto las percepciones negativas del personal como las fallas observadas en la aplicación de protocolos.
5. Mejorar el registro en las bases de datos de eventos adversos, así mismo, reforzar la estrategia acerca de la cultura del reporte, para facilitar análisis más robustos y oportunos que guíen la toma de decisiones en la institución.
6. Resocializar protocolos y establecer una periodicidad clara acerca de la capacitación y recapitación del personal, con el fin de mantener una adecuada adherencia a los protocolos.
7. Implementar una ronda interdisciplinaria de seguridad, en la que participe todo el personal a cargo de la atención directa del paciente, con la finalidad de que todos cuenten con la misma información acerca de conducta a tomar con el paciente y aporten a la misma, mejorando así la seguridad en la atención.
8. Elaborar informes derivados del análisis de los eventos adversos que sean compartidos con toda la institución de forma periódica.
9. Implementar un enfoque en el que los errores sean tratados como oportunidades de aprendizaje, para evitar la cultura de lo punitivo y en su lugar se enfoquen en la mejora continua. Esto implica un sistema que permita el reporte anónimo de eventos adversos, que contribuya a la identificación de causas y a la implementación de medidas correctivas.

10. Involucrar a todos los profesionales de la salud, incluidos médicos, personal de enfermería, terapeutas respiratorios, en la creación y actualización de los protocolos cada 3 a 5 años. Esto garantiza que las guías sean viables en la práctica clínica cotidiana y que cubran todas las necesidades del equipo multidisciplinario.
  
11. Adoptar un enfoque sistemático para investigar la causa raíz de los incidentes, especialmente aquellos que resultan en daños al paciente. Los análisis deben ir más allá de los factores inmediatos y considerar fallos en los sistemas, la comunicación, la capacitación y los procesos organizacionales, con la respectiva inclusión de los actores institucionales involucrados.
  
12. Establecer reuniones rutinarias, de preferencia diarias, entre el personal de la UCI-UCE para discutir el estado de los pacientes, las intervenciones planificadas y cualquier cambio en el plan de tratamiento. Estas reuniones deben ser cortas y estructuradas, pero deben promover la participación activa de todos los miembros del equipo.
  
13. Realizar auditorías internas en la UCI, centradas en temas críticos como el manejo de medicamentos, la prevención de infecciones y el cumplimiento de los protocolos de manejo de pacientes. Se sugiere que estas auditorías que sean realizadas por personal externo al proceso para garantizar objetividad. Se proponen instrumentos evaluativos (Anexo 8).

## 10. 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Lh H, Mc de B, C W, M Z, R W, P S, et al. Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2009 Sep 2 [cited 2024 Jul 10];9. Available from: <https://pubmed.cesproxy.elogim.com/19203365/>
2. M D, C C, C RM, Jm K, G LB. Evaluating the costs of adverse drug events in hospitalized patients: a systematic review. *Health Econ Rev* [Internet]. 2024 Aug 2 [cited 2024 Jul 10];14(1). Available from: <https://pubmed.cesproxy.elogim.com/38329561/>
3. Vista de Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas [Internet]. [cited 2024 Jul 17]. Available from: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/etc/PortalMedellin/archivos/salud/EVENTOS%202020.pdf>
4. Gonzalez CE, Restrepo LDG. Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. *Rev Cuba Salud Pública*.
5. Wagner A, Rieger MA, Manser T, Sturm H, Hardt J, Martus P, et al. Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 Jan 21 [cited 2024 Jul 17];19(1):53. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3862-7>
6. Measurement of Patient Safety. 2019 Sep 7 [cited 2024 Jul 10]; Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primer/measurement-patient-safety>
7. Read "To Err Is Human: Building a Safer Health System" at NAP.edu [Internet]. [cited 2024 Jul 10]. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/read/9728/chapter/1>
8. Patient Safety 101. 2015 Dec 16 [cited 2024 Jul 8]; Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primer/patient-safety-101>
9. Aguilar García CR, Martínez Torres C, Aguilar García CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crítica Col Mex Med Crítica* [Internet]. 2017 Jun [cited 2024 Jul 12];31(3):171–3. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2448-89092017000300171&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-89092017000300171&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
10. Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf.
11. Adverse Events, Near Misses, and Errors. 2022 Mar 30 [cited 2024 Jul 8]; Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primer/adverse-events-near-misses-and-errors>
12. Seguridad del paciente [Internet]. [cited 2024 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
13. Reconocimiento a las buenas prácticas en seguridad de pacientes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2024 Jul 12]. Available from: <https://www.paho.org/es/argentina/calidad-salud/reconocimiento-buenas-practicas-seguridad-pacientes>

## 10. ANEXOS

### Anexo 1 Matriz de Hanlon.

Inventario de problemas	Magnitud (0-10)	Severidad (0-10)	Efectividad (0.5-1.5)	Factibilidad					TOTAL
				Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad (0-1)	
Estancias prolongadas en el servicio de hospitalización	2	8	0.5	1	1	1	1	1	5
Aumento de acciones inseguras en la atención del paciente en el servicio de Cuidados Intensivos y Especiales	10	9	0.5	1	1	1	1	1	9.5
Aumento de acciones inseguras en la atención del paciente en el servicio de Hospitalización	10	8	0.5	1	1	1	1	1	9
Aumento de eventos adversos en la atención del paciente en el servicio de Cuidados Intensivos y Especiales	10	8	1	1	1	1	1	1	18
Insuficiencia de personal asistencial en el servicio de Cuidados Intensivos y Especiales	10	6	1.5	1	0	1	1	0	0
Falta de supervisión a personal asistencial en proceso de adaptación al servicio de Cuidados Intensivos y Especiales	6	8	1	1	1	1	1	1	14

**Anexo 2 Matriz de Involucrados – Análisis cualitativo.**

<b>MATRIZ DE INVOLUCRADOS</b>				
<b>Análisis CUALITATIVO</b>				
<b>GRUPO</b>	<b>INTERÉS</b>	<b>POSICIÓN</b>	<b>PROBLEMAS PERCIBIDOS</b>	<b>MANDATOS Y RECURSOS</b>
Área administrativa.	* Disminuir costos. * Eficiencia en el uso de recursos.	+	Pobre optimización de los recursos humanos, técnicos y financieros.	ALTO, mandato administrativo.
Área de seguridad del paciente.	Disminución de eventos adversos.	+	Aumento de eventos adversos relacionados a la atención en salud.	MEDIO, mandato de liderazgo.
Área de calidad.	* Cumplimiento de la normatividad vigente. * Garantizar la alta calidad de la prestación del servicio a los usuarios.	+	Incumplimiento de la ley 1446 del 2006.	ALTO, mandato de liderazgo.
Coordinación del servicio (médico y de enfermería)	Alcance de objetivos propuestos.	+	No alcanzar los objetivos trazados en un tiempo determinado.	ALTO, mandato de liderazgo.
Personal médico asistencial	Brindar una atención de calidad.	+	Incumplimiento de protocolos institucionales.	BAJO, mandato operativo.
Personal de enfermería asistencial	Brindar una atención de calidad.	+	Incumplimiento de protocolos institucionales.	BAJO, mandato operativo.
Grupo de trabajo de proyecto de intervención	Desarrollar un programa de auditoría.	+	Realizar revisión y retroalimentación justa del proceso de atención segura	ALTO, mandato operativo.

**Anexo 3 Matriz de Involucrados – Análisis cuantitativo.**

<b>MATRIZ DE INVOLUCRADOS</b>				
<b>Análisis CUANTITATIVO</b>				
<b>INVOLUCRADOS</b>	<b>POSICIÓN</b>	<b>PODER</b>	<b>INTERÉS</b>	<b>RESULTADO</b>
Área administrativa.	+	5	5	25
Área de seguridad del paciente.	+	3	5	15
Área de calidad.	+	4	5	10
Coordinación del servicio (médico y de enfermería)	+	4	4	16
Personal médico asistencial.	+	1	3	3
Personal de enfermería asistencial.	+	1	3	3
Grupo de trabajo de proyecto de intervención.	+	5	5	25

**Anexo 4 Muestreo aleatorio estratificado.**

<b>MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO CON AFIJACIÓN PROPORCIONAL</b>					
Tamaño de la población objetivo.....				65	0,584615
Tamaño de la muestra que se desea obtener.....				38	
Número de estratos a considerar.....				8	
Afijación simple: elegir de cada estrato			4,75	sujetos	
<b>Estrato</b>	<b>Identificación</b>	<b>Nº sujetos en el estrato</b>	<b>Proporción</b>	<b>Muestra del estrato</b>	
1	Enfermeras	11	16,9%	6	
2	Auxiliares	24	36,9%	14	
3	Terapeuta respiratorio	7	10,8%	4	
4	Médicos Generales	4	6,2%	2	
5	Médicos Especialistas	8	12,3%	5	
6	Personal de Aseo	5	7,7%	3	
7	Terapeuta físico	2	3,1%	1	
8	Estudiantes de terapia física	4	6,2%	2	
		Correcto	100,0%	38	

## Anexo 5 Cuestionario personal asistencial.

### Cuestionario para el personal asistencial.

El siguiente cuestionario busca determinar la percepción del personal asistencial sobre las prácticas seguras en los servicios de Unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios. Será de carácter anónimo y no implicará ningún seguimiento, ya que se trata de un cuestionario únicamente de percepción.

1. **¿Cuál es su cargo dentro de los servicios?**
  - a. Médico/a.
  - b. Enfermera/o.
  - c. Auxiliar de enfermería.
  - d. Terapeuta respiratorio.
  - e. Otro. \_\_\_\_\_
  
2. **¿Cuánto tiempo lleva trabajando en estos servicios?**
  - a. Menos de 1 año.
  - b. Entre 1 año y menos de 2 años.
  - c. Entre 2 años y 3 años.
  - d. Mas de 3 años.
  
3. **¿Considera usted, que en su servicio se siguen los protocolos de seguridad en la administración de medicamentos?**
  - a. Siempre.
  - b. Casi siempre.
  - c. Algunas veces.
  - d. Casi nunca.
  - e. Nunca.
  
4. **¿Existen protocolos escritos para la identificación correcta de paciente antes de procedimientos o administración de medicamentos?**
  - a. Si.
  - b. No.
  - c. No sabe.
  
5. **¿Con qué frecuencia se realizan verificaciones *DOBLES* antes de realizar procedimientos críticos (*intubación, administración de medicamentos endovenosos, transfusiones*)?**
  - a. Siempre.
  - b. Casi siempre.
  - c. Algunas veces.
  - d. Casi nunca.
  - e. Nunca.
  
6. **¿Considera que el personal asistencial o involucrado en su servicio, sigue las recomendaciones de higiene de manos en momentos críticos?**
  - a. Siempre.
  - b. Casi siempre.
  - c. Algunas veces.
  - d. Casi nunca.
  - e. Nunca.
  
7. **¿Se utilizan las medidas de aislamiento adecuadas para paciente con sospecha de infección?**
  - a. Siempre.
  - b. Casi siempre.

- c. Algunas veces.
- d. Casi nunca.
- e. Nunca.

8. **¿Considera que se realiza una correcta limpieza y desinfección de los equipos biomédicos reutilizables?**

- a. Si.
- b. No.
- c. No sabe.

9. **¿El personal recibe información periódica sobre prácticas seguras en Unidad de cuidados intensivos y Unidad de Cuidados intermedios?**

- a. Si.
  - b. No.
- ¿Con que periodicidad? \_\_\_\_\_

10. **¿Se realizan entrenamientos periódicos sobre emergencias médicas? (código azul, shock séptico, falla ventilatoria, entre otros).**

- a. Si.
  - b. No.
- ¿Con qué periodicidad? \_\_\_\_\_

11. **¿Se utilizan listas de verificación (checklist) durante los procedimientos críticos?**

- a. Siempre.
- b. Casi siempre.
- c. Algunas veces.
- d. Casi nunca.
- e. Nunca.

12. **¿Se realiza registro completo de las intervenciones y cuidados realizados en los registros clínicos y/o historia clínica?**

- a. Siempre.
- b. Casi siempre.
- c. Algunas veces.
- d. Casi nunca.
- e. Nunca.

13. **¿Considera que las prácticas seguras implementadas para los servicios de su institución (Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedios) son suficientes para garantizar la seguridad del paciente?**

- a. Si.
- b. No.
- c. No sabe.

14. **¿Qué tan frecuente observa prácticas inseguras en la atención de los pacientes en su servicio?**

- a. Siempre.
- b. Casi siempre.
- c. Algunas veces.
- d. Casi nunca.
- e. Nunca.

15. **¿Siente tranquilidad al reportar los incidentes o eventos adversos?**

- a. Si.
- b. No.
- c. No sabe.

## Anexo 6 Herramienta de evaluación de prácticas seguras.

Sección	ITEM	Descripción	Si	No
<b>Protocolo de higiene.</b>	Lavado de manos.	El personal realiza el lavado de manos antes y después de cada contacto con el paciente.		
	Técnica de lavado de manos.	Se cumple el protocolo de lavado de manos.		
	Los 5 momentos de lavado de manos.	El personal conoce y aplica los 5 momentos de lavado de manos. <ul style="list-style-type: none"> <li>● Antes de tocar al paciente.</li> <li>● Antes de realizar una tarea limpia / aséptica.</li> <li>● Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.</li> <li>● Después de tocar al paciente.</li> <li>● Después del contacto con el entorno del paciente.</li> </ul>		
<b>Uso de dispositivos de barrera.</b>	Uso de guantes	El personal usa guantes de manera correcta y según las indicaciones.		
	Uso de mascarilla	El personal usa mascarilla de manera correcta y según las indicaciones.		
	Uso de gafas	El personal usa gafas de protección de manera correcta y según las indicaciones.		
<b>Identificación del paciente.</b>	Verificación del paciente	Se verifica la identidad del paciente antes de realizar cualquier procedimiento.		
	Uso de identificación doble.	El personal utiliza dos identificadores del paciente para confirmar su identidad.		
	Uso de listas de verificación (checklist),	El personal usa listas de verificación con el fin de asegurar la identificación correcta del paciente antes de iniciar un procedimiento invasivo en un paciente		
<b>Uso de medicamentos.</b>	Uso de doble verificación	El personal verifica la medicación antes de administrarla (doble verificación).		
	Documentación de aplicación de medicamentos.	Se documenta siempre la administración de medicamentos.		
	Los 11 correctos.	El personal aplica los 11 correctos para la aplicación de medicamentos. 1. Paciente correcto.		

		2. Medicamento correcto. 3. Hora correcta. 5. Dosis correcta. 6. Vía de administración correcta. 8. Fecha de vencimiento. 7. Previa orden médica. 8. Preguntar al usuario sobre sus alergias. 9. Informar al usuario cuál es el medicamento por aplicar. 10. Me protejo y protejo al usuario cumpliendo con las normas de bioseguridad. 11. Registrar el medicamento.		
<b>Comunicación en el servicio.</b>	Asertividad en la comunicación.	El personal comunica de manera efectiva con otros miembros del equipo sobre el estado del paciente y las intervenciones realizadas.		
	Comunicación del equipo multidisciplinario	El equipo realiza reuniones diarias y confirmación de roles y responsabilidades.		
	Verificación de la información.	El personal realiza repetición de la información, clarificación de la información y aclaración de dudas.		
Comentarios: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Fecha de la evaluación: _____				

## Anexo 7 Instrumento para evaluación observacional

INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN OBSERVACIONAL		
<b>Personal evaluado:</b>		
Jefe de enfermería	Terapeuta físico	Médico general
Auxiliar de enfermería	Terapeuta respiratorio	Médico Especialista
Personal de aseo	Estudiante - Residente	Otro
<b>IDENTIFICACIÓN SEGURA</b>		
1. ¿Realiza verificación de la identidad del paciente antes de realizar procedimientos, administración de medicamentos o transfusiones?		
Cumple	No Cumple	No aplica
2. ¿Utiliza al menos dos identificadores (nombre completo, número de identificación, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de pasaporte o documento de extranjería, verificación verbal según sea posible) para verificación del paciente?		
Cumple	No Cumple	No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

3. ¿El brazalete de identificación del paciente es legible y verifica la correcta información?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

4. ¿Realiza verificación doble de la identidad del paciente previo a la administración de los medicamentos de alto riesgo? (sedantes, medicamentos LASA (Look Alike, Sound Alike – se ven y suenan parecido), insulina)

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

**COMUNICACIÓN SEGURA**

1. ¿Existe y utiliza un protocolo estructurado para la transmisión de la información?  
(estrategia SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation – Situaciones,  
Antecedentes, Evaluación, Recomendaciones)

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

2. ¿Realiza verificación y/o revisión de la información clínica crítica del paciente  
(medicación, alergias, intervenciones previas) al inicio del turno?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

3. ¿Realiza documentación y verificación de las órdenes médicas de manera clara, legible  
y sin ambigüedades?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

4. ¿Existen registros de comunicación efectiva durante las situaciones de emergencia?  
(código azul, paro respiratorio, hipotensión severa, otros).

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

5. ¿Se realiza una revisión conjunta de los casos críticos entre los equipos de enfermería,  
personal médico, personal de apoyo y demás profesionales, previo a la toma de decisiones  
en el tratamiento?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

**MEDICACIÓN SEGURA**

1. ¿Realiza doble comprobación para la administración de medicamentos de alto riesgo?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

2. ¿Realiza revisión de las alergias e interacciones medicamentosas antes de administrar cualquier tratamiento?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

3. ¿Los medicamentos de alto riesgo están etiquetados de manera evidente y se almacenan de forma segura?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

4. ¿Realiza revisión a las órdenes médicas para el aseguramiento de la dosis y frecuencia de administración de medicamentos y su correcta formulación?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

5. En caso de inconsistencias o dudas en la formulación de medicamentos, ¿el personal tiene acceso a herramientas de apoyo para la verificación, y hace uso de ellos? (guías de dosis, software de gestión de medicamentos)

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

6. ¿Conoce y realiza un adecuado uso de dispositivos biomédicos para asegurar la dosificación correcta de los medicamentos en infusión continua? (bombas de infusión)

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

## **CIRUGÍA SEGURA**

1. ¿Realiza lista de chequeo de cirugía segura (checklist) antes de realizar una intervención?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

2. ¿Realiza revisión de los antecedentes prequirúrgicos relevantes del paciente? (alergias, problemas previos con anestesia, infecciones)

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

\_\_\_\_\_

3. ¿Realiza una correcta comunicación con el equipo en general, y previo a la cirugía, acerca de posibles complicaciones o cambios en el plan quirúrgico?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD**

1. ¿Realiza el protocolo de higiene de manos en todos los momentos de contacto con el paciente? (antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del riesgo de exposición a fluidos corporales, después de tocar al paciente y después del contacto con el entorno del paciente)

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Realiza uso adecuado de los elementos de protección personal en paciente con aislamientos especiales?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

3. ¿Realiza uso adecuado de elementos de protección personal para la realización de procedimientos?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

4. ¿Realiza el completo cumplimiento de aislamiento en paciente por infecciones transmitidas por contacto, gotas o aerosoles?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

5. ¿Realiza el correcto seguimiento de protocolos para los procedimientos invasivos en el paciente? (asepsia y antisepsia, uso de dispositivos de barrera como guantes, gafas y mascarilla, correcto cubrimiento y aislamiento de la zona)

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

### **PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

1. ¿Realiza evaluación y verificación del riesgo de caídas de los pacientes admitidos en el servicio?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

2. ¿Verifica las medidas de prevención activas para paciente con alto riesgo de caídas eventualmente durante el turno?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

3. ¿Realiza una adecuación del entorno para los pacientes con alto riesgo de caídas?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

4. ¿Realiza un plan de movilización personalizado para los pacientes?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

_____
<b>PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN</b>
<p>1. ¿Se realiza una evaluación de riesgo para lesiones por presión al momento de la admisión del paciente? (escala de Braden)</p> <p>Cumple                  No Cumple                  No aplica</p> <p>Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. ¿Realiza actualización de la evaluación de lesiones por presión durante la estancia del paciente en el servicio?</p> <p>Cumple                  No Cumple                  No aplica</p> <p>Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3. ¿Identifica e inicia medidas preventivas en paciente que presentan alto riesgo de</p>

lesiones por presión?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

4. ¿Realiza valoración de factores específicos que aumenten el riesgo de lesiones por presión? (movilidad, nutrición, humedad, perfusión, actividad y fricción)

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---

5. ¿Realiza cambios de posición según el protocolo de la institución?

Cumple

No Cumple

No aplica

Si la respuesta es No Cumple o No aplica indique por qué:

---

---

---

---



**Anexo 8 Instrumentos para el seguimiento de prácticas seguras.**

<b>MEDICACIÓN SEGURA</b>			
<b>Objetivo:</b> Prevención de errores en la medicación	<b>FORMATO</b>		
<b>Cargo en el servicio</b>		<b>MÉDICO / A</b>	
		<b>ENFERMERO / A</b>	
		<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	
		<b>TERAPEUTA RESPIRATORIO</b>	
		<b>OTRO</b>	
<b>Servicio al que pertenece</b>		<b>Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)</b>	
		<b>Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM)</b>	
<b>Concepto para evaluar</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>	<b>No Aplica</b>
Se realiza verificación del área de preparación, almacenamiento de medicamentos e insumos (dispositivos médicos), registros de temperatura y humedad, correcta identificación, aseo, limpieza.			
Se realiza una correcta rotulación de infusiones (Equipos bomba).			
Se realiza verificación de la administración correcta de medicamentos en pacientes (10 correctos).			
Se realiza verificación del estado físico del carro de paro al inicio del turno (Limpieza externa, estado de las ruedas).			
Se realiza revisión del estado del carro de paro: sellado, con candado y debidamente rotulado.			
Se realiza revisión del estado de la batería del carro de paro y se registra la descarga diaria del desfibrilador.			
Se realiza registro completo de temperatura y humedad de carro de paro.			
Se realiza la verificación del conteo mensual de carro de paro o posterior a su uso.			
Se realiza la doble verificación en la administración de medicamentos LASA.			

Se realiza verificación de la concordancia entre Kardex, tarjeta de medicamentos y prescripción de medicamentos del paciente.			
Se observa adherencia al protocolo para la reconstitución, dilución, almacenamiento y administración de medicamentos. (Según protocolo institucional).			
Se realiza correcto diligenciamiento de alergias a medicamentos en la historia clínica, Kárdex, tablero de paciente, manilla.			
Se realiza una correcta rotulación del acceso venoso y del medicamento durante su administración.			
Presenta conocimiento sobre los medicamentos a administrar (uso, dosis, efectos adversos).			
Realiza la verificación correcta para la administración de sedantes.			

<b>CIRUGÍA SEGURA</b>			
<b>Objetivo:</b> Prevención de errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, procedimiento y paciente incorrectos.	<b>FORMATO</b>		
<b>Cargo en el servicio</b>		<b>MÉDICO / A</b>	
		<b>ENFERMERO / A</b>	
		<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	
		<b>TERAPEUTA RESPIRATORIO</b>	
		<b>OTRO</b>	
<b>Servicio al que pertenece</b>		<b>Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)</b>	
		<b>Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM)</b>	
<b>Concepto para evaluar</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>	<b>No Aplica</b>
Se realiza la identificación del paciente que será llevado a cirugía.			
Se realiza señalización del paciente que va para cirugía según el protocolo en el tablero de paciente.			

Se realiza el diligenciamiento y aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.			
Se realiza el correcto diligenciamiento del consentimiento informado en paciente programado para cirugía.			
Se verifica el conocimiento del paciente y/o familiar sobre cirugía segura (procedimiento que le van a realizar, riesgos, beneficios y alternativas).			
Se realiza la valoración de los riesgos a tener en cuenta en paciente que será llevado a cirugía.			
Presenta conocimientos sobre los correctos para procedimientos quirúrgicos.			
Realiza verificación sobre el diligenciamiento del consentimiento informado del paciente que será llevado a cirugía.			

<b>COMUNICACIÓN SEGURA</b>			
<b>Objetivo:</b> Prevención de errores por órdenes verbales y telefónicas	<b>FORMATO</b>		
<b>Cargo en el servicio</b>		<b>MÉDICO / A</b>	
		<b>ENFERMERO / A</b>	
		<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	
		<b>TERAPEUTA RESPIRATORIO</b>	
		<b>OTRO</b>	
<b>Servicio al que pertenece</b>		<b>Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)</b>	
		<b>Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM)</b>	
<b>Concepto para evaluar</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>	<b>No Aplica</b>
Presenta conocimiento sobre las estrategias de comunicación para la prevención de eventos adversos (chequeo cruzado, información redundante, código azul, intubación, entrega de turno, traslados).			

Presenta conocimiento sobre la directriz de órdenes verbales (Trasfusión masiva de sangre, inducción anestésica, código azul, código lila).			
Presenta conocimiento sobre protocolo para informar resultados críticos de laboratorio, imagenología, procedimientos invasivos).			
Presenta conocimiento de la estrategia SBAR (Situación, antecedentes, evaluación, recomendación).			
Existe claridad en los roles asignados en cada cambio de turno, con estructuración y verificación de información crítica.			

<b>IDENTIFICACIÓN SEGURA</b>			
<b>Objetivo:</b> Prevención de errores en la identificación de los pacientes	<b>FORMATO</b>		
<b>Cargo en el servicio</b>		<b>MÉDICO / A</b>	
		<b>ENFERMERO / A</b>	
		<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	
		<b>TERAPEUTA RESPIRATORIO</b>	
		<b>OTRO</b>	
<b>Servicio al que pertenece</b>		<b>Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)</b>	
		<b>Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM)</b>	
<b>Concepto para evaluar</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>	<b>No Aplica</b>
Verifica el conocimiento de forma verbal del paciente y/o su acompañante sobre las manillas de identificación y los círculos de colores (tablero).			
Realiza una adecuada identificación del riesgo y clasificación del paciente con manilla de identificación y círculos de colores (tablero).			
Realiza diligenciamiento oportuno y completo del tablero de identificación segura.			

Realiza y verifica la señalización de forma oportuna y completa de la manilla sobre los riesgos del paciente.			
Verifica en cada procedimiento la correcta identificación del paciente.			
Verifica la identificación segura en registros clínicos físicos (Registro Clínico Físico).			
Verifica la identificación segura en rotulación de catéteres.			
Presenta conocimiento sobre la correcta identificación de pacientes con nombres homónimos.			
Realiza procedimientos adecuados para evitar riesgos en la identificación de pacientes homónimos.			
Realiza verificación de los stickers de riesgo en manilla y tablero (Fucsia: lesiones por presión, amarillo: caídas, verde: aislamiento, morado: dolor, rojo: alergias).			
Conoce los 2 identificadores seguros y estándar que NUNCA pueden faltar en una identificación segura.			

<b>PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN</b>			
<b>Objetivo:</b> Mantener la integridad de la piel, evitando la aparición de lesiones por presión	<b>FORMATO</b>		
<b>Cargo en el servicio</b>		<b>MÉDICO / A</b>	
		<b>ENFERMERO / A</b>	
		<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	
		<b>TERAPEUTA RESPIRATORIO</b>	
		<b>OTRO</b>	
<b>Servicio al que pertenece</b>		<b>Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)</b>	
		<b>Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM)</b>	
<b>Concepto para evaluar</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>	<b>No Aplica</b>

Verifica el tablero de identificación señalado con el riesgo de LPP y concuerda con demás registros.			
Realiza el correcto diligenciamiento del tablero de riesgo de LPP.			
Realiza el diligenciamiento completo y correcto de escalas de LPP.			
Realiza verificación de la descripción de la piel al ingreso de los pacientes con riesgo. (en historia de enfermería).			
Presenta conocimiento y correcta interpretación de la escala para detectar el riesgo de LPP.			
Presenta conocimiento de las medidas para evitar la aparición de LPP.			
Presenta adecuado conocimiento del círculo fucsia del tablero que identifica el riesgo de LPP.			

<b>PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD</b>			
<b>Objetivo:</b> Evitar las infecciones relacionadas con la atención en salud	<b>FORMATO</b>		
<b>Cargo en el servicio</b>		<b>MÉDICO / A</b>	
		<b>ENFERMERO / A</b>	
		<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	
		<b>TERAPEUTA RESPIRATORIO</b>	
		<b>OTRO</b>	
<b>Servicio al que pertenece</b>		<b>Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)</b>	
		<b>Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM)</b>	
<b>Concepto para evaluar</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>	<b>No Aplica</b>
Presenta conocimiento en la técnica de lavado de manos (Según la OMS).			

Presenta conocimiento de los 5 momentos de la higiene de manos (Según la OMS).			
Presenta conocimiento de la definición de IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención en Salud).			
Realiza un uso correcto de guantes.			
Presenta conocimiento sobre limpieza y desinfección de dispositivos médicos.			
Presenta conocimiento sobre medidas de prevención para infección asociada a catéter central, mahurkar, periférico y línea arterial.			
Presenta conocimiento sobre las medidas de prevención para infección de sitio quirúrgico.			
Presenta conocimiento sobre las medidas de prevención para neumonía intrahospitalaria y asociada al ventilador.			
Presenta conocimiento sobre las medidas de prevención para la infección de tracto urinario asociada a sonda vesical.			

<b>PREVENCIÓN DE CAÍDAS</b>		
<b>Objetivo:</b> Identificar, evaluar y reevaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes.	<b>FORMATO</b>	
<b>Cargo en el servicio</b>		<b>MÉDICO / A</b>
		<b>ENFERMERO / A</b>
		<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>
		<b>TERAPEUTA RESPIRATORIO</b>
		<b>OTRO</b>
<b>Servicio al que pertenece</b>		<b>Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)</b>
		<b>Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM)</b>

<b>Concepto para evaluar</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>	<b>No Aplica</b>
Verifica el tablero de identificación señalado con el riesgo de caída y concuerda con los demás registros.			
Diligencia en el kárdex el registro de riesgo de caída del paciente.			
Realiza diligenciamiento completo y correcto de las escalas de riesgo de caída.			
Verifica el uso y estado de barandas de la cama.			
Presenta conocimiento y correcta interpretación de la escala para detectar riesgo de caída (Escala Downton).			
Verifica el estado de conciencia del paciente y su correcta supervisión.			
Realiza un adecuad posicionamiento de dispositivos de inmovilización.			