

PLAN DE MEJORA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

PLAN DE MEJORA PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE EVENTOS CLÍNICOS
ASOCIADOS A FLEBITIS, CAÍDAS Y LESIONES POR PRESIÓN, EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CUARTO NIVEL DE CALI

MARTHA CECILIA AGUIRRE VARGAS

ÁNGELA MARÍA CARDONA BLANDÓN

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD

SANTIAGO DE CALI

2023

PLAN DE MEJORA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

**PLAN DE MEJORA PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE EVENTOS CLÍNICOS
ASOCIADOS A FLEBITIS, CAÍDAS Y LESIONES POR PRESIÓN, EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CUARTO NIVEL DE CALI**

MARTHA CECILIA AGUIRRE VARGAS

ÁNGELA MARÍA CARDONA BLANDÓN

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Magister
en: Gerencia de Organizaciones de Salud**

Director del trabajo de grado: Pedro José Villamizar Beltrán

Profesión: Médico Cirujano Pediatra

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD

SANTIAGO DE CALI

2023

Santiago de Cali, 31 de mayo de 2023

Doctor

Fabián Fernando Osorio Tinoco

Decano

Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas

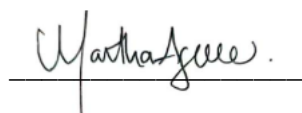
Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

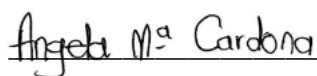
Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “Plan de mejora para disminuir la incidencia de eventos clínicos asociados a flebitis, caídas y lesiones por presión, en el servicio de hospitalización de una institución de salud de cuarto nivel de Cali”.

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



Martha Cecilia Aguirre Vargas
C.c.: 1.144.139.220



Ángela María Cardona Blandón
C.c.: 1.130.621.295



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali

Facultad de Ciencias de la Salud

Santiago de Cali, 31 de mayo de 2023

Doctor

Fabián Fernando Osorio Tinoco

Decano

Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “Plan de mejora para disminuir la incidencia de eventos clínicos asociados a flebitis, caídas y lesiones por presión, en el servicio de hospitalización de una institución de salud de cuarto nivel de Cali”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana Martha Cecilia Aguirre Vargas, CC.: 1.144.139.220 y Ángela María Cardona Blandón CC.:1.130.621.295, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente,

Pedro José Villamizar Beltrán **M.D MBA**

Director de Posgrados – Director de Trabajo de Grado

Facultad de Ciencias de la salud

Pontificia Universidad Javeriana

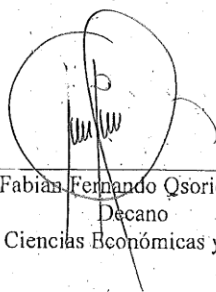
ARTÍCULO 23 DE LA RESOLUCIÓN N° 13 DE JULIO 6 DE 1946

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

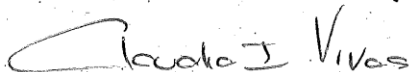
PAGINA DE ACEPTACIÓN

**“PLAN DE MEJORA PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE
EVENTOS CLÍNICOS ASOCIADOS A FLEBITIS, CAÍDAS Y
LESIONES POR PRESIÓN, EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE
CUARTO NIVEL DE CALI”.** Aprobado por el Comité de Trabajos de
Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia
Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de
Organizaciones en Salud.

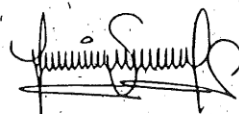


Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano

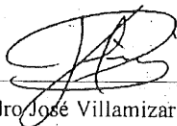
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Directora Maestría en Gerencia
de Organizaciones en Salud.



Jaime Sabogal Sanchez
Jurado



Pedro José Villamizar Beltrán
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 13 junio de 2023

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	15
ABSTRACT	16
1. INTRODUCCIÓN	17
2. MARCO DE REFERENCIA	22
2.1 Marco Conceptual	22
2.2 Marco Regulatorio o Legal	28
3. OBJETIVOS	34
3.1 Objetivo General	34
3.2 Objetivos Específicos	34
4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD	35
4.1 Desempeño, evolución histórica, situación actual	35
4.2 Direccionamiento estratégico	37
4.3 Análisis del entorno y del sector	40
4.4 Análisis interno y externo.....	41
4.5 Accionistas o socios	42
5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN VIGENTE EN LA IPS.....	43
5.1 Descripción del Modelo en la IPS	43

	9
5.1.1 Análisis de la demanda (Usuarios)	43
5.2 Características de la oferta de la IPS	45
5.3 Análisis de la relación oferta – demanda	46
6. PLAN DE MEJORA DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA LA IPS	47
6.1 Metodología.....	47
6.2 Definición de estrategias de atención para usuarios según grupo(s) de riesgos seleccionado.....	48
6.2.1 Caracterización de la Población y Factores de Riesgo Asociados a Eventos Clínicos por Caídas	48
6.2.2 Análisis de causas y factores de riesgo asociados a caídas.....	53
6.2.3 Caracterización de la Población y Factores de Riesgo Asociados a Eventos Clínicos por Flebitis	56
6.2.4 Análisis de causas y factores de riesgo asociados a flebitis.....	61
6.2.5 Caracterización de la Población y Factores de Riesgo Asociados a Eventos Clínicos por Lesiones por Presión	64
6.2.6 Análisis de causas y factores de riesgo asociados a lesiones por presión.....	70
6.3 Gestión Clínica, de calidad, de la humanización y del talento humano.....	72
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	90
8. CONCLUSIONES	91
9. RECOMENDACIONES	93

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
---------------------------------------------	-----------

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Matriz DOFA de la organización	41
Tabla 2. Grupos de riesgo - caracterización de la población de la IPS a estudio	44
Tabla 3. Características de la población que presentó caídas (sexo - edad)	48
Tabla 4. Riesgo clínico de la población que presentó caídas.....	49
Tabla 5. Factores de riesgo externos de la población que presentó caídas	51
Tabla 6. Impacto del evento en la población que presentó caídas	52
Tabla 7. Características de la población que presentó flebitis (sexo - edad)	56
Tabla 8. Riesgo clínico de la población que presentó flebitis	57
Tabla 9. Factores de riesgo externos de la población que presentó flebitis	59
Tabla 10. Impacto del evento en la población que presentó flebitis	61
Tabla 11. Características de la población que presentó lesiones por presión (sexo - edad) ...	64
Tabla 12. Riesgo clínico de la población que presentó lesiones por presión	65
Tabla 13. Factores de riesgo externos de la población que presentó lesiones por presión.....	68
Tabla 14. Impacto del evento en la población que presentó lesiones por presión	69

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 15. Listado de medicamentos flebíticos	104

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Indicadores de eficiencia hospitalaria (Número de Egresos - % Ocupacional - Días cama ocupada)	46
Cuadro 2. Plan de mejora para disminuir incidencia de flebitis	74
Cuadro 3. Plan de mejora para disminuir incidencia de caídas	79
Cuadro 4. Plan de mejora para disminuir incidencia de lesiones por presión	84
Cuadro 5. Escala de riesgo de caídas Downton	106
Cuadro 6. Escala de Braden	107
Cuadro 7. Escala de Barthel	108
Cuadro 8. Evaluación del estado afectivo PHQ4	109
Cuadro 9. Operacionalización de variables relacionadas con caídas	110
Cuadro 10. Operacionalización de variables relacionadas con flebitis	114
Cuadro 11. Operacionalización de variables relacionadas con lesiones por presión	118
Cuadro 12. Resumen de artículos consultados	122

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Organigrama de la institución	135
Anexo B. Mapa de procesos	136
Anexo C. Escala visual de valoración de flebitis: Maddox	137
Anexo D. Carta de aceptación del Comité de Ética de Investigación.....	138

RESUMEN

La seguridad del paciente es un pilar clave para garantizar la calidad asistencial y de procesos, para alcanzar una atención con altos estándares, disminuir y mitigar los riesgos a los que están expuestos los pacientes. Uno de los enfoques principales de esta política es trabajar en reducir los eventos clínicos que se presentan en la atención de salud, no ocurren intencionalmente, y son prevenibles. Dentro de los eventos que más suceden, se encuentran las flebitis, caídas y lesiones por presión; existen barreras de seguridad para disminuir la ocurrencia de este tipo de eventos. Sin embargo, a pesar de los programas implementados para tal fin, se siguen presentando. El objetivo de realizar este trabajo es diseñar un plan de mejora por medio de la caracterización de la población e identificación de los factores de riesgo asociados a los eventos, con el fin de estructurar un plan de acción que disminuya la incidencia de los mismos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de los pacientes que se encontraron en el servicio de hospitalización desde enero del 2021 hasta julio del 2022 en los que ocurrió alguno de estos tipos de eventos. El análisis de la información se realizó a través de software de análisis de datos R versión 3.6.3. Los resultados se presentan en tablas de frecuencia para las categorías clínicas de los eventos clínicos, lo que permitió realizar comparaciones y evaluaciones de las guías y protocolos de los eventos clínicos analizados para establecer y definir las recomendaciones de mejora por medio de la metodología 5W1H y posterior realización de indicadores para el monitoreo y seguimiento de estas actividades propuestas.

Palabras clave: seguridad del paciente, evento clínico, flebitis, caída, lesión por presión, calidad, factores de riesgo, plan de mejora.

ABSTRACT

Patient safety is a key pillar to guarantee the quality of care and processes, for achieve care with high standards, reduce and minimize the risks to which patients are exposed. One of the main focuses of this policy is to work to reduce clinical events that occur in health care, do not occur intentionally, and are preventable. Among the events that happen the most are phlebitis, falls and pressure injuries. There are security barriers to reduce the occurrence of this type of event. However, despite the programs implemented for this purpose, they continue to occur. The objective of carrying out this work is to design an improvement plan through the characterization of the population and identification of the risk factors associated with the events, in order to structure an action plan that already reduced their incidence. An observational, descriptive and retrospective study of the patients who were in the hospitalization service from January 2021 to July 2022 in which any of these types of events occurred was carried out. The analysis of the information was carried out through the data analysis software R version 3.6.3. The results are presented in frequency tables for the clinical categories of the clinical events, which allowed comparisons and evaluations of the guidelines and protocols of the clinical events analyzed to establish and define the recommendations for improvement through the 5W1H and subsequent methodology. realization of indicators for the monitoring and follow-up of these proposed activities.

Keywords: patient safety, clinical event, phlebitis, fall, pressure injury, quality, risk factors, improvement plan.

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una disciplina que actualmente se implementa en todas las instituciones que prestan servicios de salud. Es un punto clave para garantizar la calidad asistencial y de procesos, para alcanzar una atención con altos estándares, disminuir y mitigar los riesgos a los que están expuestos los pacientes desde el momento en que ingresan, hasta que egresan de la institución (1). Uno de los enfoques principales de la política de seguridad del paciente es trabajar en acciones orientadas a reducir los eventos adversos que se presentan como consecuencia de la prestación de la atención en salud. No ocurren intencionalmente, son cometidos por error humano o falla de una tecnología y son prevenibles. Esta política ha promovido las prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que incentiva el cambio en la cultura organizacional del reporte oportuno del trabajador, que elimina todo indicio de sentido de culpa (no punitivo) a los profesionales de salud por las fallas ocurridas en el proceso (1-2). Por otra parte, para las instituciones de salud es importante conocer la ocurrencia de eventos adversos como indicador significativo de calidad y seguridad de los servicios; su análisis permite estudiar las posibles causas que los generan y así mismo, establecer barreras de seguridad que contribuyan a disminuir su incidencia.

El estudio latinoamericano de eventos adversos IBEAS, fue realizado en el 2007, incluyó a 11.555 pacientes, en 58 hospitales de Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina; en donde se encontró una prevalencia global de pacientes con algún evento adverso del 10,5%, el 13.27% fueron eventos relacionados con los cuidados. El 60% de los eventos adversos fueron considerados prevenibles. En cuanto a la incidencia, dentro de los 5 eventos más frecuentes, se encuentran las úlceras por presión con un porcentaje de 8,92% y las flebitis con 5,3%. Para Colombia, este estudio mostró una prevalencia global de pacientes con algún evento adverso del 13,1% y una prevalencia

de eventos adversos del 15,2% (3). Adicionalmente, en cuanto a la severidad de los eventos adversos, para Colombia, el 83,3% se clasificaron como leves y moderados y el 15,8% fueron graves. De estos eventos adversos el 6,7% corresponde a flebitis y el 6,4% a úlceras por presión (4). Las instituciones de salud del país, han venido trabajando y realizado avances en la promoción de la Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, que tiene cuatro componentes de obligatorio cumplimiento por parte de las instituciones prestadoras de salud: sistema único de habilitación, sistema de información, auditoría para el mejoramiento de la calidad y el sistema único de acreditación. Estos componentes dentro de sus procesos orientan a proporcionar un cuidado más seguro para prevenir la ocurrencia de eventos que afectan directamente la seguridad del paciente.

Quintero, Quiroga y Sánchez realizaron un estudio de investigación descriptivo en una Clínica al Oeste de Cali en el 2014 para determinar los Costos de la no calidad en la prestación de la salud relacionados con los eventos adversos; el estudio concluyó que *“de los 56 eventos adversos que se estudiaron se generaron \$141.363.516 de costos de NO calidad en la prestación de servicios de Salud en el área de hospitalización de la Clínica en el Oeste de Cali durante los meses de Enero a Junio del 2014”* (5). Por su parte, un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga Colombia en el 2012, explicó la percepción de las condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes hospitalizados: *“la literatura muestra una alta incidencia de flebitis, caídas y úlceras por presión, en este se describió un estudio de cohorte concurrente sobre eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería en una institución de salud de tercer nivel de atención en la ciudad, a una población de 198 pacientes muestra que el 65.63% de la población presentó un evento adverso, de los cuales el 8.6% corresponde a flebitis, 8.1% a úlceras por presión y el 1.01% a las caídas”* (6).

Respecto a las flebitis, “según *los reportes epidemiológicos del Hospital de San José Sociedad de Cirugía de Bogotá, la flebitis ocupa el quinto lugar en nivel de importancia de eventos adversos con una incidencia del 8.9% para el año 2016*” (7). Las tasas de complicaciones asociadas a flebitis, es un tema que se debe de profundizar, porque estos eventos pueden aumentar la estancia hospitalaria y generar más costos al sistema de salud. Adicionalmente, las flebitis, como evento adverso, son consideradas indicadores de calidad de la atención, particularmente del cuidado propio de enfermería. De allí, que la identificación oportuna de los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos de los pacientes, permite acciones correctivas oportunas para disminuir el riesgo de ocurrencia de este tipo de eventos, a la vez que mejora la calidad de la atención (8). Las caídas pueden ocasionar lesiones superficiales, fracturas e incluso la muerte. Si bien, en la institución de salud en la que se desarrolla el estudio, existen medidas preventivas para disminuir el riesgo de caída en pacientes hospitalizados, su incidencia demuestra que hay oportunidades de mejora. De acuerdo a lo anterior, se encontró un estudio sobre la estrategia de mejora para disminuir la incidencia de caídas hospitalarias en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, España 2015 que concluye “*la valoración al ingreso sobre el riesgo de caídas ha servido para identificar los factores de riesgo de forma individualizada, así como el recordatorio y las alertas que ayudan al personal de enfermería a considerar la prevención de las caídas como un acto rutinario y que se tomen medidas en los pacientes más vulnerables*” (9). Por lo tanto, es importante actuar de manera preventiva y oportuna sobre la identificación del riesgo y los cambios que el paciente puede presentar desde su ingreso.

En cuanto a las lesiones por presión, a través de un estudio, se demostró que la valoración del riesgo individual de los pacientes y las medidas preventivas contribuyen a mejorar los indicadores de calidad y disminuir la incidencia de lesiones por presión, en este caso, en un 14,54% y, las valoraciones del riesgo de lesiones por presión a las 24

horas de ingreso aumentaron un 2,90% (10). Las lesiones por presión pueden ocasionar alteraciones de la calidad de vida, aumento de estancia hospitalaria, requerir tratamiento quirúrgico; lo cual se traduce en un aumento de los recursos en salud. De allí que las medidas preventivas adicionales que se lleven a cabo, pueden conducir a la disminución de la incidencia de este tipo de eventos.

Las flebitis, caídas y lesiones por presión, son eventos clínicos prevenibles, pero ocurren frecuentemente durante el proceso de atención de los pacientes. Así mismo, en la institución de salud de Cali que se abordará para este plan de mejora, también se presentan dichos eventos. En cuanto a las flebitis, a pesar de que existe un instructivo de cuidados de enfermería sobre la inserción, mantenimiento y retiro de catéter venoso periférico, un grupo asistencial de acceso venoso seguro y criterios para activar el llamado a este equipo, se continúan presentado este tipo de eventos. Por tal motivo, se propone diseñar un plan de mejora que permita al personal (equipo multidisciplinario) establecer las medidas preventivas y la identificación individual del riesgo. Del mismo modo, para las lesiones por presión, se cuenta con un instructivo de prevención y tratamiento de lesiones de piel relacionados con la dependencia (presión, fricción, cizalla); el cual es liderado por el programa de cuidado integral de piel, heridas y ostomías, quienes tienen un valor importante en la organización y contribuyen al mejoramiento del proceso de atención de los pacientes. No obstante, y a pesar de la existencia de este equipo, se siguen presentando lesiones por presión, cuyo abordaje y prevención, no debe ser responsabilidad exclusiva del personal de enfermería, por lo tanto; se debe manejar desde un enfoque multidisciplinario, actuando de manera preventiva (10). Y, en cuanto a las caídas, existe una política para minimizar el riesgo de daño por caídas en los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios. Adicionalmente, se cuentan con instructivos propios del servicio de hospitalización sobre cuidados de enfermería para evitar caídas en pacientes hospitalizados, los cuales

se deben aplicar a los pacientes que cumplan con los criterios establecidos. Sin embargo, se presenta el evento y en algunos casos daño al paciente.

Desde la experiencia en el ámbito tanto asistencial como administrativo que se adquiere como enfermeras profesionales, se identifica que, a pesar de las barreras de seguridad, los eventos clínicos se siguen presentando. Por tanto, se decidió realizar este trabajo, con el fin de analizar y conocer cuáles son los posibles factores de riesgo asociados, identificar el contexto actual, caracterizar los pacientes del servicio de hospitalización en los que ocurren los eventos para estructurar un plan de mejora que conlleve a disminuir la ocurrencia de los mismos. Adicionalmente, es fundamental no solo tener una mayor adherencia por parte del personal a las guías y protocolos, sino también, motivar a los colaboradores y fortalecer la educación continua. Proponer nuevas estrategias pueden contribuir a reducir la ocurrencia de eventos clínicos en los pacientes. Igualmente, se plantean indicadores que permitan realizar una medición y seguimiento más exacto del comportamiento de los eventos y con base a estos resultados establecer metas.

Finalmente, la prevención y la educación impactarán positivamente la seguridad del paciente, brindando una atención con altos estándares de calidad, pensando en la satisfacción del usuario y su familia, promoviendo cuidados centrados en la persona que conlleve a un estado de bienestar total, mejorando la experiencia del paciente y fortaleciendo el modelo de atención propuesto por la institución.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco conceptual

Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente se centra en cumplir con las medidas que se deben implementar de forma consciente para evitar daños o errores durante la atención en salud de los pacientes. Es un componente necesario para brindar seguridad, calidad asistencial y realizar actividades clínicas con los mejores estándares, los cuales están dirigidos por las políticas estratégicas y por consiguiente generan una cultura de seguridad en las instituciones de salud (11-12).

Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente

Establece como mandatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, la vigilancia de los eventos adversos. Por tanto, la política de seguridad del paciente plantea que las instituciones de salud, deben contar con un sistema de reporte intrainstitucional de los eventos clínicos, que permita establecer un análisis claro de las causas e identificar los factores asociados del evento. Adicionalmente, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia tiene dentro de sus estándares, la evaluación del cumplimiento del sistema de reporte y el análisis de eventos (11).

Evento Adverso

Son sucesos que ocurren durante la atención de un paciente, el cual es un error causado de manera no intencionada, prevenible, generando una lesión o daño grave que puede requerir cuidados adicionales, prolongar la estancia hospitalaria, aumentar tratamientos, utilizar ayudas diagnósticas y en algunos casos, conducir hasta la muerte o la discapacidad temporal o permanente (13).

Taxonomía de Eventos Clínicos según la Joint Commission International

Con base a la taxonomía de eventos clínicos, de acuerdo con la Joint Commission International en su séptima edición, los eventos clínicos se clasifican de la siguiente manera: condición insegura: circunstancia en la atención del paciente, diferente de su condición clínica o su enfermedad, que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso. Near miss: falla en la atención, que no alcanza al paciente y está asociada a su tratamiento clínico. Evento sin daño: falla en la atención que sí alcanza al paciente y que no le produce daño. Evento adverso: falla en la atención que resulta en daño al paciente, no es intencional, y es prevenible. Evento centinela: falla en la atención, no es intencional, es prevenible y como resultado causa la muerte, un daño permanente o un daño temporal severo al paciente, entendiendo daño temporal severo como aquel daño que amenaza la vida del paciente por un tiempo limitado, sin daño permanente residual, pero que requiere transferir al paciente a un nivel superior de cuidado, monitorearlo por un periodo prolongado de tiempo, una cirugía o procedimiento adicional mayor o un tratamiento para resolver la condición (14).

Flebitis

Existen definiciones muy similares de flebitis, pero todas estas la describen como inflamación de una vena causada por alteraciones en el endotelio. En la flebitis se pueden presentar uno o varios de los siguientes síntomas y síntomas como dolor, edema, eritema alrededor del punto de inserción o en el trayecto de la vena, calor local, endurecimiento del área, cordón venoso y en algunas ocasiones se puede presentar fiebre y/o salida de material purulento. De acuerdo a la etiología, las flebitis se pueden clasificar en: flebitis química, la cual se produce por el paso de medicamentos irritantes debido al pH y osmolaridad de estos y la forma de administración de los mismos. La flebitis mecánica es debida al movimiento del catéter dentro de la vena ocasionada por

el tipo y fijación del catéter y/o el sitio anatómico de punción y, la flebitis bacteriana es ocasionada por la migración de agentes patógenos desde la piel hasta el interior del vaso sanguíneo debido a la técnica aséptica al momento de inserción o durante el mantenimiento del acceso venoso (15, 16, 17).

Debido a que la flebitis, ocasiona daño en los pacientes, estas se consideran evento adverso y, como en todo evento, existen factores multicausales para el desarrollo de la misma. Dentro de estos, se encuentran factores de riesgo relacionados con el paciente como edad, diagnóstico y condiciones especiales o asociadas; factores de riesgo asociados con el catéter como el sitio anatómico de inserción, el calibre y la fijación; factores de riesgo relacionados con los medicamentos como la frecuencia, osmolaridad, pH, tiempo de administración, cantidad, velocidad y duración del tratamiento endovenoso; factores de riesgo asociados al cuidado de enfermería como la manipulación, mantenimiento, educación brindada al paciente y familia, capacitación y reentrenamiento del personal (8, 16, 18, 19).

Caídas

Según la Organización Mundial de la Salud, las caídas se definen como la consecuencia de *“cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”* (20). Las caídas pueden ocasionar daño leve, severo o incluso la muerte del paciente. Es por esto, que la identificación oportuna de los factores de riesgo es indispensable para establecer las medidas preventivas. Las caídas tienen factores multicausales, dentro de estos factores de riesgos se encuentran los relacionados con el paciente como la edad, sexo, diagnóstico, antecedentes y factores adicionales como delirium; existen factores extrínsecos como sitio y hora en que ocurre el evento, educación previa brindada al paciente, familiar y/o acompañante. Las caídas hacen parte de una de las metas internacionales de seguridad del paciente. Aunque no todas

las caídas que ocurren en las instituciones de salud producen daño en el paciente, las consecuencias de este tipo de eventos en un gran porcentaje van a requerir solicitud de algún examen diagnóstico adicional (21, 22, 23,24).

Lesión por presión

Según el Consenso de la Academia Nacional de Medicina (ANM) las definió como: *“lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él, o contrapuestos del mismo paciente”* (25). El desarrollo de la lesión por presión tiene múltiples causas, es un proceso progresivo de factores de riesgo variables en los cuales se encuentran tanto factores intrínsecos como factores extrínsecos. Entre los factores de riesgo intrínsecos se encuentran la edad, diagnóstico, antecedentes o comorbilidades asociadas, estado de conciencia, estado afectivo, dependencia, dolor, estado nutricional; y de los factores de riesgo extrínsecos se destacan inmovilidad prolongada, no inicio oportuno de medidas preventivas, educación e información previas brindadas al paciente y familia, y el desconocimiento por parte del personal asistencial. De acuerdo a la clasificación de la lesión y sitio anatómico, así se derivarán los cuidados posteriores al evento, los cuales pueden ir desde mejora de la lesión con cambios de posición o aplicación de ácidos hiperoxigenados, hasta intervención quirúrgica, lo cual prolonga la estancia hospitalaria, aumenta los costos en salud, repercute en la recuperación y la calidad de vida del paciente (25, 26, 27)

Complicación

Se puede definir como aquel evento clínico no prevenible, en el cual se produce un daño, no esperado, no es consecuencia de la atención en salud, ya que se presenta

a pesar del cumplimiento de los estándares, sino que se debe a condiciones propias del paciente o a la enfermedad en sí (11 - 28).

Mejoramiento Continuo de la Calidad

Es una dirección que orienta los procesos que deben de ser mejorados, para obtener resultados satisfactorios al momento de brindar una atención de alta calidad. Este seguimiento, se hace por medio de indicadores que se enfocan para alcanzar los mejores resultados en salud, al fortalecimiento de la gestión del riesgo, a una atención más segura y a las mejores experiencias en el proceso de atención. Las guías técnicas para la supervisión del monitoreo de la calidad se desarrollan dentro de un enfoque integral de gestión de resultados. Para el cumplimiento de este, se debe realizar una serie de pasos que incluye planeación, ejecución y seguimiento, los cuales permiten alcanzar la calidad de la atención al momento de implementarlos adecuadamente (29). Por otra parte, hay instituciones de salud que además de tener la Acreditación Nacional con excelencia, quieren mejorar más en todos sus procesos, por lo que cumplen con la Joint Commision International, que da un reconocimiento a nivel internacional por el cumplimiento de los más altos estándares calidad y seguridad.

Gestión Clínica

Hace parte de la gerencia de los procesos de atención en salud. Parte de la gestión clínica es trabajar en seguridad del paciente, para esto utiliza las Guías de Práctica Clínica (GPC) de acuerdo a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) para lograr los mejores resultados en salud posibles para el paciente, implementar procesos eficientes y de calidad (30-31).

Atención centrada en la persona

Como lo describe Planetree, según (Academia Nacional de Medicina, 2017), atención centrada en la persona (ACP) es *“Un cuidado planificado, manejado, entregado y mejorado de forma continua con la activa participación de los pacientes, familias y/o cuidadores y en coordinación con el equipo de salud, para asegurar que se integre sus objetivos, preferencias y valores respecto a su salud y su cuidado médico. Requiere una evaluación continua para asegurar que el cuidado esté alineado con los objetivos del paciente”* (32).

Humanización de la Atención

La humanización de la atención en salud hace parte de uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación; se ha convertido en uno de los pilares más importantes en la prestación de servicios de salud con el fin de brindar atención centrada en la persona, en su familia e incluye también al profesional de salud. La humanización es un asunto ético, en donde se ven implicados los valores y principios que conducen las acciones en el ámbito de cuidar y brindar servicios de salud. Dar un trato humanizado hace que el paciente y su familia se sientan más cómodos, que su atención cumpla con condiciones de privacidad, confidencialidad, que se suplan sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social y finalmente se pueda brindar una atención de manera oportuna, respetuosa, pero sobre todo amable, empática y con calidad. Es muy importante también que las instituciones de salud, las universidades y organizaciones formadoras del personal de salud capaciten en humanización de la atención, de cómo debe ser el cuidado que brindan al paciente, familia y comunidad. Este tema es fundamental para la formación como personas y como profesionales, para poder lograr que, al momento de atender a los pacientes y sus familias, los vean de manera integral, como seres humanos vulnerables y sensibles (33).

2.2 Marco regulatorio o legal

Ley 100 de 1993

De acuerdo a lo establecido en la ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y se inicia el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, este contribuyó no sólo al desarrollo integral de las instituciones de salud, sino también al beneficio de los usuarios. El SGSS tiene por objeto *“garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida”*, mediante la protección de las necesidades, principalmente la salud y la capacidad económica, del ciudadano colombiano con el fin de lograr el bienestar individual y de la comunidad. Esta ley fue el inicio trascendental para pensar en seguridad y calidad en la prestación de servicios de salud (34).

Ley 1751 del 2015

Siendo la reforma más actual de la Ley 100 de 1993, la Ley Estatutaria 1751, tiene como principal objetivo garantizar la salud como un derecho fundamental, regula y establece sus mecanismos de protección; comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Con esta ley, el sistema de salud actual ha girado en torno a la equidad, ya que toda la población del país, sin importar su estatus socioeconómico y el régimen de salud, tiene derecho a acceder a los servicios. También ha contribuido a que la población esté más informada y conozcan todos sus derechos (35).

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - SOGC

Con la implementación del decreto 1011 del 2006 se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, junto con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que hace relevante la calidad como atributo

fundamental para brindar los mejores resultados en salud, a través de la provisión de los servicios de manera accesible y equitativa, contando con profesionales idóneos, pensando principalmente en los beneficios del paciente, en disminuir riesgos, costos en salud y brindar siempre atención con calidad y seguridad. El SOGC tiene 4 componentes: el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud y el Sistema de Información para la Calidad (36).

Resolución 0112 de 2012

Establece los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, en la cual se define los Sistemas de Gestión de Eventos Adversos como *“el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias”* (37).

Resolución 0256 de 2016

Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. En esta resolución, el archivo de Reporte de Información es de manera obligatoria, está compuesto por un único registro de control utilizado para identificar la entidad fuente de la información y varios tipos de registros de detalle. En estos se incluye el correcto registro del Evento Adverso, en donde las entidades reportan en detalle la información de los eventos, clasificados como Incidentes o Eventos Adversos (38).

Sistema Único de Acreditación Nacional - Decreto 0903 de 2014

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema Obligatorio para Garantía de la Calidad, es un proceso voluntario y periódico, que pueden adoptar las instituciones que prestan servicios de salud, los cuales están destinados a

comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud (39). Uno de los estándares del Manual de Acreditación a evaluar es el de Seguridad del Paciente, que fomenta a que la organización debe contar con una política implementada y evaluada que se cumpla en toda la institución mediante varios criterios, uno de ellos la Monitorización de los Eventos Adversos, los cuales deben evitarse o mitigarse al máximo, esto exige el cumplimiento de altos estándares, con el fin del mejoramiento continuo de las instituciones que se acrediten (39).

Política de Atención Integral en Salud - PAIS

El objetivo de esta política es guiar el Sistema a generar las mejores condiciones de salud de la población, por medio de la regulación de los agentes que intervienen en cómo las personas *“acceden a los servicios de salud de forma oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”* así como lo menciona la Ley Estatutaria de Salud, de esta forma garantizar el derecho a la salud. La Integralidad que define esta política hace comprender que la igualdad de trato, mejorar la oportunidad del acceso, brindar una atención de salud integral y un buen manejo de la enfermedad, hacen parte del principio equidad para todos, conformado por todas las acciones de promoción, prevención diagnóstica, tratamiento, rehabilitación y paliación del proceso Salud - Enfermedad (40).

Los determinantes de la Política PAIS son cuatro estrategias centrales: la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud, el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) tiene como objetivo el logro de un mejor nivel de salud en la población, que los usuarios puedan tener una mejor experiencia

durante el proceso de atención, y los costos estén acorde a los resultados obtenidos. La GIRS incluye acciones para minimizar el riesgo de ocurrencia de enfermedad y para reducir la severidad de sus consecuencias (40).

Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS

A partir de la Ley Estatutaria y la política PAIS mencionada anteriormente, se implementó un modelo con estrategias y herramientas que garantizan la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, así mismo con equidad y comprendiendo un proceso de priorización, intervención y mejoras institucionales que direccionan a los agentes del sistema, que tiene como objetivo que sea centrada en las personas. El propósito del MIAS es la integralidad para el cuidado de la salud y el bienestar, tanto de la comunidad como de los territorios en que se desarrollan, lo que requiere del cumplimiento de los objetivos y estrategias del sistema en pro del ciudadano. El Modelo Integral de Atención en Salud fortalece la organización de los servicios de salud, pretende acercarlos a la comunidad y desarrollar capacidades como la promoción y prevención; su implementación requiere de acciones de cuidado, detección temprana, protección específica y educación en salud (41).

Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS

Son una herramienta, regulatoria básica para la atención de las prioridades en salud, las cuales definen a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) *“las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en que vive, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diversos grupos poblacionales”*. Los objetivos

sociales de la RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad; junto con la legitimidad del sistema a través de la confianza del ciudadano, teniendo pertinencia, aceptabilidad y oportunidad de la atención, para garantizar el derecho a la salud (42).

Resolución 2626 de 2019 - MAITE

Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, modelo vigente que tiene como objetivos *“lograr mejores resultados en salud, trabajar en la atención primaria en salud, en la salud familiar y comunitaria, con gestión integral del riesgo en salud, el autocuidado y un enfoque diferencial”*. El MAITE también incluye el MIAS, ya que este tenía unas brechas para su pleno desarrollo entre territorios, así como integrar los diferentes componentes de SGSSS para mejorar el impacto de bienestar en la población, se adoptó el MAITE porque complementa las acciones territoriales de dos maneras: la primera, territorial con la participación social y comunitaria priorizando las situaciones en salud, y la segunda, con la participación activa y el acompañamiento, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (43).

Resolución 1995 de 1999

Esta resolución establece las normas para el manejo de la Historia Clínica, la cual es un documento de vital importancia para los servicios de salud y para su desarrollo científico. En esta resolución se expiden las normas para su correcto diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad, de acuerdo a los parámetros del Ministerio de Salud y al Archivo General de la Nación. La historia clínica es diligenciada por todo el personal de salud que ha intervenido en el proceso de atención del paciente. Este documento es de carácter privado, obligatorio y de reserva o confidencialidad, en el cual se escribe de manera cronológica las condiciones del

paciente, tanto los actos médicos como los procedimientos y exámenes a los que es sometido (44).

Derechos y Deberes

De acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 del 2015 se establecen los Derechos y Deberes de los pacientes, para que se cumplan en todo momento y en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud. Según el Manual de la Acreditación, las organizaciones de Salud deben contar con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico, que se aplica al proceso de atención al paciente. El personal de salud debe entrenarse en el contenido de esta declaración, deben contar con herramientas para evaluar que los pacientes y su familia, conocen, comprenden y siguen estas directrices (45-46).

Circular 000012 - Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud - PAMEC

Por medio de esta circular la Superintendencia de Salud instruye a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para que dentro de sus estrategias contenga y se desarrollen las acciones de mejora frente al PAMEC, conociendo que el alcance puede ser la Acreditación, el fortalecimiento de la gestión del riesgo, mejoras sobre el programa de seguridad del paciente y el mejoramiento de resultados de indicadores del Sistema de Información para la Calidad, todo esto aportando a las acciones de mejora continua que se hacen a través de planes de mejoramiento de las EPS (47).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Diseñar un plan de mejora para reducir la incidencia de eventos clínicos asociados a flebitis, caídas y lesiones por presión en un servicio de hospitalización de una institución de salud de cuarto nivel de Cali

3.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población que presenta los eventos clínicos: flebitis, caídas y lesiones por presión en el servicio de hospitalización durante el periodo de enero del 2021 hasta julio del 2022.
- Identificar los factores de riesgo asociados a los eventos clínicos: flebitis, caídas y lesiones por presión.
- Estructurar un plan de mejora para disminuir la incidencia de eventos clínicos relacionados con flebitis, caídas y lesiones por presión y, recomendar su implementación.

4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD

Con el fin de realizar una amplia descripción general de la institución prestadora de salud que se escogió para la elaboración de este proyecto, y analizar la situación del modelo de atención vigente de la misma, se tomó información y referenciación de sitios como: la página de internet de la organización, documentos de DARUMA (software para la gestión de la calidad y mejoramiento) inmersos en el sistema de información de la clínica y base de datos propia del servicio de hospitalización. Sin embargo, para abarcar completamente este informe era necesario obtener datos altamente sensibles, que se solicitaron por medio de correos tanto a Gestión Comercial, Gestión Financiera y Gestión Humana sin tener respuesta hasta el momento, por lo cual, puede presentarse algunos faltantes en la información.

4.1. Desempeño, evolución histórica, situación actual

Historia

“En agosto de 1976, un grupo de médicos de la escuela de Medicina de la Universidad del Valle, creó un centro de especialistas, con unos cuantos consultorios; se adiciona posteriormente, un laboratorio clínico y un equipo de rayos x. En los 80, se abren los servicios de urgencias 24 horas, cirugía y hospitalización, y se destacó a nivel nacional el modelo de cirugía ambulatoria. A finales de esta década, la institución fortalece su modelo gerencial y el aprendizaje organizacional para escuchar la voz de sus clientes, formular el direccionamiento estratégico y brindar capacitación a su personal. En 1993, se construyeron dos torres nuevas con servicios de alta complejidad. Se continuó trabajando en el fortalecimiento de un modelo de gestión integral para lograr procesos más eficientes, eficaces y efectivos. Así mismo, se inició trabajando en la transformación cultural para alinear a sus colaboradores hacia el cumplimiento de los

grandes propósitos. La institución ha implementado el Programa de Seguridad del Paciente, que busca minimizar los riesgos y los eventos adversos. Ha desarrollado muchos proyectos para fortalecer su Sistema Integrado de Gestión, obteniendo importantes reconocimientos a nivel nacional e internacional que la destacan como una de las mejores. La Nueva Sede Principal, con 351 camas, distribuidas entre hospitalización, unidades de cuidados intensivos (Recién nacidos, pediatría, adultos, coronarios y alto riesgo obstétrico) y trasplante, fue inaugurada en marzo de 2016. En abril de 2017, recibe el sello dorado de la acreditación internacional Joint Commission (JCI), que es la máxima distinción en calidad en salud en el mundo, siendo la primera institución en salud del sur occidente colombiano en obtenerla y la quinta a nivel nacional; se logró la recertificación de la JCI en el 2021. Finalmente, en el año 2019 se cerró la negociación con una empresa europea, modificando el nombre de la institución y su imagen, sin cambiar su esencia, pero con el fin de mejorar el servicio centrado en el paciente y su familia” (48).

Gobierno Corporativo

Está implementado por medio de políticas aprobadas por la junta directiva. Dentro de ellas se encuentran: Código de Buen Gobierno Corporativo, Código de Ética, Conducta y Régimen Sancionatorio y Política de Control Interno. Con lo anterior, se busca, por medio de principios, políticas y prácticas, la actuación y el control de los órganos de gobierno de la institución y su relación con sus accionistas y proveedores, y con todas las partes con que se vincula (49).

Estructura organizacional

La organización tiene como dirección, administración y representación, la siguiente estructura: inician por la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, y el Gerente General. Debajo se encuentran: El Equipo Asistencial y el Equipo

administrativo; el primero está conformado por las direcciones, las cuales se encargan de toda la parte asistencial para brindar atención al paciente. Estas son: Dirección Médica, Dirección de Garantía de Calidad en la Atención Médica, Dirección Científica, Dirección de Servicios Ambulatorios y Dirección de Enfermería. Por su parte, el Equipo Administrativo está conformado por las gerencias, las cuales son: Gerencia de Operaciones, Gerencia de Sistemas y Telecomunicaciones, Gerencia Financiera, Gerencia de Gestión Humana, Gerencia de Mercadeo y Gerencia Comercial (ver anexo A) (50).

Esta IPS privada brinda servicios de alto nivel de complejidad, ofreciendo atención a EPS con las que tiene convenio, tanto del régimen subsidiado como contributivo, dentro de ellas se pueden destacar las siguientes: SURA, Sanitas, Comfenalco, Emsanar, Coosalud, Salud total, Asociación Indígena del Cauca, ASMET salud. Medicina Prepagada o Póliza como: Suramericana, Colsanitas, Coomeva Medicina prepagada, Allianz, Seguros Bolívar, Axa Colpatria, Planes Complementarios, Medplus, Colmédica entre otros. Atiene también pacientes particulares y convenios con aseguradoras internacionales aliadas por medio de la Oficina Internacional.

4.2 Direccionamiento estratégico

La gerencia actual ha establecido los siguientes componentes del direccionamiento estratégico: (51)

Componentes de la Visión

- *“Propósito Superior: Preservar la salud y la vida entregando una atención humanizada y de excelencia”.*
- *“MEGA (Meta Estratégica Grande y Ambiciosa): Para el 2023 ser una de las tres instituciones de prestación de salud más importantes del país”.*

Valores Corporativos: “Vocación de servicio, Excelencia, Integridad, Trabajo en Equipo” (51)

Portafolio de Servicios

Esta institución brinda los siguientes servicios: angiografía, cardiología, cirugía cardiovascular, chequeo médico preventivo, consulta externa, cirugía, cuidado integral de la mujer: urgencias gineco obstétricas y cuidado especial obstétrico, densitometría ósea, unidad de epilepsia y sueño, fortalecimiento de piso pélvico, hospitalización, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico y banco de sangre, neurocirugía, medicina nuclear, medicina reproductiva, odontología general y especializada, oftalmología diagnóstica y quirúrgica, oncología radioterápica, otología centro de audición y del equilibrio, rehabilitación y medicina física, servicio de cáncer, unidad de cuidado intensivo adulto, pediátrico y del recién nacido, unidad de endoscopia, urgencias, unidad de urología, vacunación, unidad de medicina genómica y genética, unidad de trasplante de órganos y tejidos, unidad de trasplante de médula ósea, oficina Internacional, quimioterapia ambulatoria, programa de hemofilia, centro de experiencia de las personas (CEP) (52).

Cuenta con los siguientes centros de Excelencia certificados por la Joint Commission International: programa de depresión crónica, programa de adulto mayor fracturado de cadera, programa de reemplazo articular de rodilla, programa de ataque cerebro vascular.

Principales logros

Los reconocimientos más importantes son: “*certificación integral con la norma ISO 9001:2008 para Calidad, ISO 14001:2004 para Sistema de Gestión Ambiental y OSHAS 18001:2007 para el Sistema de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional. En el 2006 recibió el Premio Salud Colombia, categoría Plata y en el mismo año el ICONTEC le concedió el certificado de Acreditación en Salud, constituyéndose en la octava institución*

en Colombia en recibirla y la primera del Suroccidente Colombiano. En 2007 recibió el Premio Colombiano a la Calidad de la Gestión; en el 2009 recibió el certificado de Acreditación Internacional en Salud otorgado por la Sociedad Internacional para la Calidad ISQUA; en el 2010 el Primer Galardón Nacional Hospital Seguro. Con miras a la acreditación internacional con la JCI (Joint Commission International), inició en 2011 la capacitación en los estándares y metodologías requeridas. En el 2014 obtuvo el Tercer Galardón Nacional Hospital Seguro y el puesto 13 en el Ranking de Hospitales y Clínicas, entre los 42 mejores de Latinoamérica, en el 2015 el puesto 12 y en 2016 en el puesto 13 en el Ranking publicado por la revista América Economía” (48).

De acuerdo al Ranking más reciente de la revista América Economía para el año 2021, esta institución se posiciona en el puesto número 7, como uno de los mejores hospitales de Colombia (53).

Este plan de mejora se articula con el direccionamiento estratégico ya que se relaciona con el propósito superior y los valores de la institución, debido a que se quiere crear más estrategias que permitan actuar preventivamente ante un riesgo asociado a la atención en salud, brindando al paciente cuidados de manera individualizada, mejorando la experiencia de él y su familia; contribuyendo además a mejorar la seguridad y la calidad de la atención, permitiendo usar los recursos en salud de manera adecuada y que el paciente dentro de su proceso de atención, no presente eventos adicionales que requieran aumentar los costos debido a cuidados o exámenes adicionales que se necesiten. Con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la institución, este plan se puede alinear para sugerir nuevas estrategias que mejoren los procesos analizados.

4.3 Análisis del entorno y del sector

Esta institución de salud de alta complejidad se encuentra ubicada en la ciudad de Cali, tiene un importante reconocimiento a nivel nacional, y en los últimos años también se ha convertido en uno de los mejores hospitales y clínicas de Latinoamérica. Cuenta con una sede principal que tiene una capacidad instalada de 351 camas, y 7 sedes más que brindan servicios ambulatorios. Además de lo mencionado anteriormente en el portafolio de servicios, la institución se destaca también por la innovación y la gestión de la tecnología que ésta posee.

El modelo de atención de la clínica tiene como uno de los principales enfoques la mejora de la calidad de todos los procesos, por consiguiente; el modelo actual, sumado a la alta complejidad se ha centrado en 5 especialidades foco: oncología, ortopedia, cardiología, neurocirugía y trasplantes; con el fin de diferenciarse y ser una de las 3 mejores a nivel nacional. Esta institución se ha destacado por la vocación de servicio, la seguridad del paciente y la humanización de la atención. Actualmente se trabaja en la obtención de la certificación de Planetree que se basa en brindar atención centrada en la persona para el bienestar del paciente, su familia y colaboradores.

Debido a los nuevos convenios o alianzas que se han creado con las entidades, hay un gran aumento en el volumen de pacientes que ingresan a la institución y sumado a esto, la complejidad de los pacientes también ha aumentado, lo cual se traduce en largas esperas en el servicio de urgencias para la atención o para la asignación de camas en servicios de internación. En algunos casos, los pacientes que son atendidos por patologías de alta complejidad las EPS no autorizan la continuidad de la atención, solicitando remisión o el seguimiento del médico especialista tratante en consulta externa en esta institución tampoco es aprobado por algunas entidades, probablemente debido a los costos adicionales que estos puedan generar. Adicionalmente, a raíz de los

cambios del gobierno actual, hay gran incertidumbre en el sector debido a la reforma a la salud y la institución no está ajena al tema, debe estar preparada para los posibles cambios que puedan presentarse o desencadenarse en este proceso.

4.4 Análisis interno y externo.

Tabla 1

Matriz DOFA de la organización.

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Presta servicios de alta complejidad con énfasis en especialidades foco • Cuenta con acreditaciones nacionales e internacionales (JCI) • Programa de seguridad del paciente altamente consolidado • Posee 4 centros de excelencia acreditados por JCI • Innovación y tecnología • Utiliza el Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral para hacer seguimiento de indicadores. • La nueva estructura organizacional con la que cuenta la clínica está alineada de manera vertical. • Tiene convenios con entidades internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mayor parte del tiempo los servicios se encuentran con la ocupación al 100% lo que implica retrasos principalmente en urgencias, en la disponibilidad de camas en otros servicios y en la realización de algunos procedimientos. • El plan de capacitaciones actual que se brinda al personal de enfermería de la organización, no asegura que el 100% quede cubierto. • Falta de sensibilización a la adherencia a algunas guías, protocolos, instructivos y/o registros de la institución • Rotación del personal auxiliar de enfermería debido a renuncias, lo cual implica que en algunas ocasiones haya aumento en la relación paciente y personal de salud, adicionalmente implica tiempo en capacitación y alinear al personal nuevo hacia el direccionamiento estratégico de la organización.
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Ser una de las 3 mejores clínicas a nivel nacional. • Ser reconocida como una de las mejores organizaciones de salud en Latinoamérica. • Posibilidad de aumentar su capacidad instalada. 	<ul style="list-style-type: none"> • En términos de capacidad resolutive, en la ciudad de Cali existen otras instituciones de alta complejidad que brinda algunos servicios con los que no cuenta esta clínica. • Crisis del sistema de salud e incertidumbre por una nueva reforma.

Fuente: Elaboración propia (2023).

4.5 Accionistas o socios

Desde el año 2019 esta institución forma parte de un grupo extranjero, el cual es una compañía líder en servicios de salud en España y tiene presencia en varios países a nivel mundial. Esta organización se encuentra constituida por una asamblea de accionistas, seguido por la junta directiva y el gerente general. De la gerencia general se desprenden dos equipos: uno asistencial y el otro administrativo. La Junta Directiva es el máximo órgano de dirección, los cuales están encargados de dirigir y controlar la organización, en función de los intereses de los propietarios con el fin de asegurar el crecimiento del patrimonio y la sostenibilidad de la empresa. La junta debe llevar una autoevaluación anual para determinar si están funcionando adecuadamente. El Gerente General está encargado de la administración inmediata, la representación legal y la gestión de los negocios sociales. El gerente y sus suplentes son designados por la Junta Directiva (49).

Las fuentes de los recursos financieros provienen inicialmente de los tipos de contratos que se tienen convenidos o negociados con las entidades. Actualmente con un 60% privado medicinas prepagadas y particulares y un 40% público.

5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN VIGENTE EN LA IPS

5.1 Descripción del modelo en la IPS

El modelo de atención que implementa actualmente la institución se centra en 3 pilares fundamentales: Centrado en la persona, Alta Confiabilidad e Integralidad. A continuación, se describe cada uno de ellos.

Centrado en la Persona: Abarca aspectos claves relacionados con la humanización de la atención y la experiencia del paciente y la familia.

Alta Confiabilidad: Se relaciona principalmente con brindar calidad y seguridad al paciente, abarcando: Metas Internacionales de seguridad del paciente, adherencia a Guías de Práctica, privilegios asignados adecuadamente, Índice de Riesgo Prevenible, Near Miss, pertinencia.

Integralidad: Es una articulación de todos los cuidados y servicios que el paciente requiere de acuerdo a las necesidades individuales.

Estos 3 pilares se integran de manera articulada con el fin de lograr brindar al paciente y su familiar la mejor atención posible y alcanzar óptimos resultados de salud.

Aplicado al plan de mejora que se propone, el pilar al que más se integra es Alta Confiabilidad ya que incluye todo lo relacionado con calidad, seguridad del paciente y prevención de eventos clínicos.

5.1.1 Análisis de la demanda (Usuarios)

La IPS a estudio, ofrece servicios principalmente de alta complejidad, los usuarios, en su mayoría, tienen las siguientes características: brinda atención a usuarios tanto adultos como pediátricos, que en una gran parte son del sur occidente

colombiano, sin embargo, se incluye también pacientes provenientes de las diferentes regiones del país e incluso pacientes internacionales.

Los grupos de riesgos que más atiende la institución son:

Tabla 2

Grupos de riesgo - Caracterización de la población de la IPS a estudio.

GRUPOS DE RIESGO	CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN
-Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas	<u>POBLACIÓN URBANA:</u>
-Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	Se atienden personas tanto del régimen subsidiado como contributivo de acuerdo con las entidades con las que se tiene convenio. Las personas del régimen subsidiado, según sus determinantes sociales, en algunas ocasiones se ven afectados en aspectos económicos, clases sociales, culturales, psicosociales, estilos de vida, etnia, vivienda y trabajo. Todas estas condiciones de vida en general pueden estar más presentes para el régimen contributivo. Sin embargo, en esta ciudad se ve la desigualdad social, por lo que en el régimen subsidiado está más afectado. Dependiendo del asegurador o EPS se pueden presentar problemas en cuanto a la continuidad de la atención, tratamiento y rehabilitación.
-Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Por su parte, la población del mercado privado que también se atiende en esta institución, pueden gozar de mejores condiciones de vida, disponibilidad de alimentos, trabajo, educación, accesibilidad a los servicios de salud, aunque también manifiestan riesgos, se ven afectados otros factores conductuales, psicosociales o propios de la salud.
-Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones	
- Población con riesgo o trastornos psicosociales o del comportamiento	
-Población con riesgo o presencia de cáncer	
-Población en condición materno perinatal	
-Población con riesgo o infecciones	<u>POBLACIÓN RURAL:</u>
-Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	En esta población también se encuentran personas del régimen contributivo y subsidiado, pero los determinantes sociales antes mencionados pueden estar afectados en una mayor proporción, en algunos casos. Sin embargo, en muchas ocasiones es más notorio la desigualdad en salud y bienestar debido a la dificultad que se pueda presentar en la accesibilidad a los servicios de salud, en trámites administrativos y en la continuidad del tratamiento.
-Población con riesgo o enfermedades raras	
-Población con riesgo o trastornos visuales o auditivo	
-Población con riesgo o trastornos degenerativos neuropatías y autoinmunes.	Todo esto también depende de la EAPBS que tenga el usuario.

Fuente: política de atención integral en salud, Ministerio de salud y protección social (40).

Modificación propia (2023).

5.2 Características de la oferta de la IPS

El portafolio de servicios que se mencionó anteriormente en el direccionamiento estratégico de esta organización, está ligado a los grupos interdisciplinarios, conocidos actualmente como grupos de excelencia, estos en la institución han sumado grandes logros en tratamientos para el Parkinson y tumores cerebrales, la neurocirugía mínimamente invasiva y de base de cráneo; patologías de corazón, del cerebro y arteriales, entre otros, a través de la innovación en tecnología que se utiliza y del talento humano altamente capacitado. También se resalta el tratamiento, cuidado y rehabilitación de problemas ortopédicos complejos, problemas importantes de visión, problemas de infertilidad; todo esto es posible por ser una institución de alta complejidad. Sin embargo, cabe resaltar que también se prestan servicios de nivel de complejidad media y baja.

Una de las brechas identificadas en el servicio de hospitalización es la promoción y la prevención, la cual se debería enrutar y fortalecer dentro de la misma atención, brindando educación al paciente sobre el autocuidado y el conocimiento de su enfermedad.

El servicio de hospitalización, área donde se pretende desarrollar el plan de mejora, cuenta con 4 pisos, habilitados con capacidad para 212 camas y 2 habitaciones para yodo terapia.

Número de personal misional por servicio: cuenta con 61 jefes de enfermería, 198 auxiliares de enfermería, 20 médicos generales, 19 secretarías. Adicionalmente, cada paciente cuenta con 1 médico especialista tratante y es valorado por diferentes subespecialidades y equipos multidisciplinarios de acuerdo al requerimiento.

Cuadro 1

Indicadores de eficiencia hospitalaria (Número de Egresos - % Ocupacional - Días cama ocupada).

N° Egresos	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2019	957	1001	1111	1082	1122	1013	918	1009	1037	1039	1028	1127
2020	1121	1194	980	303	548	687	931	815	972	1018	1040	1097
2021	929	960	1096	1011	879	1024	1088	1032	1145	1054	1141	1101
2022	951	1006	1057	1069	1187	1082	1047	1046	1175	1165	1053	1204
% ocupacion	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2019	82.2%	89.4%	87.7%	87.8%	86.4%	73.9%	69.4%	77.2%	88.2%	78.3%	75.0%	81.0%
2020	84.2%	84.1%	72.6%	23.2%	38.3%	54.5%	65.7%	55.7%	76.8%	76.1%	83.3%	83.1%
2021	79.9%	85.7%	86.0%	87.0%	74.5%	85.6%	85.8%	91.6%	91.2%	94.6%	95.2%	89%
2022	89.0%	93.0%	100.0%	94.8%	95.6%	96.5%	91.0%	94.0%	93.8%	93.5%	95.1%	89%
Días cama ocupada	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2019	5149	5059	5493	5323	4926	4479	4350	4837	5349	4909	4549	5124
2020	5273	4929	4568	1463	2473	3372	4198	3560	4746	4861	5148	5310
2021	5104	5097	5653	5539	4897	5448	5641	5733	5802	5982	6920	5630
2022	5828	5501	6264	5998	6204	6001	6012	6004	5995	6147	6052	5840

Fuente: Información suministrada por Coordinador de Enfermería de Hospitalización. Base de datos

Indicadores de hospitalización, Clínica en estudio (2022). Modificación propia.

5.3 Análisis de la relación oferta – demanda

El mapa de procesos de la Clínica Imbanaco, está claramente definido y estructurado porque se basa en las necesidades, expectativas, satisfacción del cliente y grupos de interés de manera que se da cumplimiento a la propuesta valor. Todos los procesos tanto administrativos, asistenciales y de apoyo se relacionan entre sí para obtener los mejores resultados. Este mapa de procesos (ver anexo B) se alinea con el plan de mejora propuesto ya que dentro de las brechas a enfrentar se encuentran el análisis de las causas o los factores que contribuyen a la ocurrencia de eventos clínicos lo cual se relaciona con la seguridad del paciente y la humanización de la atención, ambos incluidos en los ejes de acreditación que son fundamentales para el desarrollo de este plan de mejora.

6. PLAN DE MEJORA DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA LA IPS

El desarrollo del plan de mejora que se elabora en este punto, se hizo con la siguiente metodología:

6.1 Metodología

Diseño de estudio: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Población de estudio: Pacientes pediátricos y adultos del servicio de hospitalización de la institución de salud, que presentaron algún evento clínico relacionado con flebitis, caídas y lesiones por presión durante su estancia hospitalaria.

Tamaño de la muestra: la muestra de estudio se conformó por 19859 pacientes hospitalizados en el servicio, de las cuales 299 presentaron algún evento clínico relacionado con flebitis, caídas y lesiones por presión, entre el 01 de enero del 2021 hasta el 30 de julio del 2022. Se incluyeron pacientes desde 30 días de nacidos de cualquier sexo y que estuvieron hospitalizados por cualquier diagnóstico durante el periodo de tiempo establecido para el estudio.

Recolección y análisis de la información: La información se recolectó a partir de la base de datos del servicio de hospitalización la cual contenía la información de los eventos clínicos identificados durante la estancia hospitalaria en el periodo de tiempo definido por el estudio. De igual manera, para complementar la información necesaria, de acuerdo al cuadro de variables por cada tipo de evento a analizar (ver cuadro 9-10-11) se revisó la base de datos y se comparó con las historias clínicas de los pacientes a estudio. Los datos obtenidos fueron estructurados de acuerdo con los tipos de eventos: flebitis, caídas y lesiones por presión; para cada uno se describieron las características sociodemográficas, los riesgos clínicos, los factores de riesgos externos asociados al evento y el impacto que se ocasionó. El análisis de la información se realizó a través de

software de análisis de datos R versión 3.6.3. (59). Los resultados se presentan en tablas de frecuencia para las categorías clínicas de los eventos clínicos, lo que permitió realizar comparaciones y evaluaciones de las guías y protocolos de los eventos clínicos analizados para establecer y definir las recomendaciones de mejora por medio de la metodología 5W1H y posterior realización de indicadores para el monitoreo y seguimiento de estas actividades propuestas.

6.2 Definición de estrategias de atención para usuarios según grupo(s) de riesgos seleccionado.

Las estrategias de atención que se proponen para la realización de este plan de mejora van dirigidas a todos los usuarios del servicio de hospitalización. Para desarrollar estas estrategias inicialmente se caracterizó la población y se analizaron los factores de riesgo asociados a los eventos clínicos de caídas, flebitis y lesiones por presión, y por consiguiente se estructuró un plan que incluye acciones de mejoramiento continuo, orientadas a la seguridad del paciente y la calidad del proceso de atención.

6.2.1 Caracterización de la población y factores de riesgo asociados a eventos clínicos por caídas.

De acuerdo al análisis de la base de datos por medio de tablas de frecuencias, durante el periodo de estudio, se reportaron 76 pacientes en los cuales ocurrieron caídas. Con esta información se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 3

Características de la población que presentó caídas (sexo - edad).

Características	Total pacientes, N= 76 (%)	NA*
Sexo		

Masculino	51 (67)
Femenino	25 (33)
Edad**	59 (44, 77)

*Dato faltante

**Mediana (P25, P75)

Fuente: elaboración propia (2023).

Los pacientes que presentaron caídas en su mayoría fueron del sexo masculino (n=51, 67%) comparado al femenino (n=25, 33%), dichos pacientes, cuentan con una edad mediana de 59 años (44 años – 77 años).

Tabla 4

Riesgo clínico de la población que presentó caídas.

Riesgo clínico	Total pacientes, N=76 (%)	NA*
Categoría del diagnóstico por sistema		1 (1.3)
Sistema Nervioso central	19 (25)	
Sistema Hematooncológico	12 (16)	
Sistema Respiratorio	12 (16)	
Sistema Óseo	11 (15)	
Sistema Cardiovascular	8 (11)	
Sistema Urinario	7 (9.3)	
Sistema Digestivo	5 (6.7)	
Sistema Endocrino	1 (1.3)	
Estado de conciencia		
Alerta – orientado	59 (78)	
Alerta – desorientado	11 (14)	
Somnoliento	6 (7.9)	

Estado de riesgo delirium registrado	
No	61 (80)
Si	15 (20)
Escala Downton registrada	
Alto	74 (97)
Bajo	1 (1.3)
Medio	1 (1.3)
Post QX	
	60 (79)
Post Qx Tardío	7 (9.2)
Post Qx Mediato	6 (7.9)
Post Qx Inmediato	3 (3.9)
Dispositivos Ortopédicos	
No	69 (91)
Si	7 (9.2)
Medicamentos (Listado de Escala de Downton)	
Entre 2 y 3 dentro del listado	38 (50)
Psicotrópicos	14 (18)
Antihipertensivos	10 (13)
Ninguno dentro del listado	7 (9.2)
Entre 4 y 5 dentro del listado	3 (3.9)
Laxantes	2 (2.6)
Diuréticos	1 (1.3)
Sedantes	1 (1.3)
*Datos faltantes	

Fuente: elaboración propia (2023).

De acuerdo a la tabla anterior, en la categoría diagnóstica por sistemas muestra una proporción relacionada con el sistema nervioso central (25%, n=19), sistema

hematooncológico (16%, n=12) y sistema respiratorio (16%, n=12), resultando como el menos frecuente el sistema endocrino (1.3%, n=1). Los sujetos de estudios en su mayoría presentaron un estado de alerta – orientado (78%, n=59), que, además, no registraron un riesgo de delirium (80%, n=61), la escala Downton registrada con riesgo alto fue del 97% (n=74) y el 50% tuvo medicamentos entre 2 y 3 del listado (listado: Sedantes, Diuréticos, Laxantes, Antihipertensivos, Psicotrópicos).

Tabla 5

Factores de riesgo externos de la población que presentó caídas.

Factores de riesgo externos	Total pacientes, NA*	Total N=76 (%)
Sitio de caída		
Al lado de la cama	30 (39)	
Baño	25 (33)	
Otro sitio de la Habitación	20 (26)	
Fuera de la habitación	1 (1.3)	
Hora de caída		
Mañana	24 (32)	
Madrugada	18 (24)	
Tarde	18 (24)	
Noche	16 (21)	
Paciente acompañado		
Si	56 (74)	
No	20 (26)	
Nota de Educación previo a Caída		
Si	73 (96)	
No		3 (3.9)

*Datos faltantes

Fuente: elaboración propia (2023).

Dentro de los factores de riesgo externos se encuentran el sitio del evento, en ellos se identifica que se presentan más caídas al lado de la cama (39%, n=30), seguido del baño (33%, n=25), otro sitio de la habitación (26%, n=20), siendo fuera de la habitación como el lugar menor (1.3%, n=1). Los tiempos de la hora de caída fueron muy similares entre sí, presentándose con mayor frecuencia en la mañana (32%, n=24), seguida de la madrugada (24%, n=18) y la tarde (24%, n=18). Los pacientes que presentan caídas, se encuentran acompañados (74%, n=56). En gran mayoría contaban con nota de educación previo a la caída (96%, n=73).

Tabla 6

Impacto del evento en la población que presentó caídas.

Impacto del evento	Total pacientes, N=76 (%)	NA*
Clasificación de evento clínico		
Evento adverso	41 (54)	
Evento sin daño	34 (45)	
Evento centinela	1 (1.3)	
Ayuda Dx Adicional		
No	46 (61)	
Rayos X	15 (20)	
TAC	13 (17)	
Rayos X, TAC y RMN	1 (1.3)	
Valoración por cirugía plástica	1 (1.3)	
Prolongación de estancia hospitalaria		

No	74 (97)
Si	2 (2.6)

*Dato faltante

Fuente: elaboración propia (2023).

De los 76 pacientes que presentaron caídas, el 54% (n=41) se clasifican como evento adverso, mientras que el 45% (n=34) como evento sin daño. Cabe resaltar que un solo caso (1,3%, n=1) quedó clasificado como evento centinela. El 46% (n=61) no requirió ayuda diagnóstica adicional, a un 20% (n=15) se le realizó rayos X, y un 17% (n=13) TAC. En la mayoría de pacientes no se prolongó la estancia hospitalaria por esta causa (97%, n=74).

6.2.2 Análisis de causas y factores de riesgo asociados a caídas.

Durante el periodo de estudio, se reportaron 76 casos de caídas. Respecto a las características de la población, el 67% corresponde al sexo masculino y el 33% al femenino; la edad mediana es de 59 años (44 años – 77 años). Se identifica entonces que, los hombres son más susceptibles de presentar caídas y, respecto a la edad en el presente estudio, se reconoce que este es un resultado no esperado debido a que la literatura menciona, que de acuerdo a la escala de Downton, los pacientes menores de 6 años y mayores de 70 presentan mayor riesgo de sufrir caídas, esto se puede relacionar con un estudio que indica resultados similares (54).

Dentro del riesgo clínico de la población estudiada, para la clasificación de diagnósticos por sistemas, entre los cuatro más prevalentes se encontraron: diagnósticos relacionados con el SNC (25%), con el sistema hematológico y respiratorio (16% respectivamente) y enfermedades relacionadas con el sistema óseo (15%). Se resalta también que, de acuerdo a la escala de Downton registrada, el 97% presentaba riesgo alto de caídas, el 78% de los pacientes se encontraban alertas y

orientados, el 80% no presentaba delirium y el 50% de los pacientes recibía entre 2 y 3 medicamentos del listado de la escala de Downton. Con base a lo anterior, se puede identificar que dentro de las posibles causas para sufrir caídas se relacionan 3 diagnósticos de las especialidades foco que se atienden en la institución (neurocirugía, inmerso en las alteraciones del SNC, oncología y ortopedia). Lo anterior es coherente ya que obedece a pacientes de alta complejidad tanto por el diagnóstico, comorbilidades, procedimientos, sumado a posibles alteraciones sensoriales, de la marcha, vértigo, disminución de fuerza muscular, etc. Adicionalmente, la polimedicación se relaciona también como un factor predisponente. Sin embargo, se resalta que, pese a que la mayoría de los pacientes se encontraban alerta y no presentaban delirium, se considera que son más independientes y conscientes del estado clínico en el que se encuentran, por tanto, deberían seguir más las recomendaciones y orientaciones brindadas por el personal de salud, por lo que, identificar esto no implica que presenten menor riesgo y se deben tener en cuenta otros factores asociados.

Así mismo, se reconoce que los factores de riesgo externos contribuyen a la ocurrencia de caídas. Por tanto, el sitio y hora de ocurrencia del evento, entre otros, se debe analizar. Para este caso, se encontró que el 39% de los pacientes se cae al lado de la cama, seguido del baño con 33%. Frente a la hora en que frecuentemente se presentan las caídas se identifica que ocurren en un 32% en la mañana, seguido de la madrugada con 24%, estos datos se pueden relacionar con resultados en estudios semejantes (55). Adicionalmente, el 74% de los pacientes se encontraban acompañados al momento de ocurrir el evento y el 26% estaban solos, por tanto, sigue siendo un factor de riesgo asociado, como se expone también en algunas investigaciones (9-22) y el 96% de la población contaba con nota de educación registrada en historia clínica, previo al suceso. Si bien, se identifican factores

protectores, como tener acompañante y educación, se debe revisar y analizar la calidad de la información suministrada, ya que realizarlo de manera clara, oportuna y entendible contribuye a involucrar al paciente, familiar y/o acompañante en el autocuidado. Sin embargo, no implica esto por sí solo que se mitigue el riesgo ya que pueden existir otros factores que lo aumentan, como el momento en que el paciente intenta bajarse de la cama y estar en el baño, posiblemente las causas pueden relacionarse a que el paciente se moviliza sin ayuda, prefiere tener mayor privacidad, podría estar el piso húmedo, el calzado no es el adecuado, el inodoro es muy bajo y factores propios del paciente como la inestabilidad para la marcha. De igual manera, la hora de ocurrencia del evento llama la atención, puesto que se presentan en la mañana y la madrugada, posiblemente esto se relaciona con el turno, ya que en la mañana usualmente se presenta mayor concentración de actividades por parte del personal de enfermería, lo cual puede traducirse en prolongación del tiempo de atención hacia los pacientes, y esto conduce a que el paciente intente resolver la necesidad requerida por sí mismo. A su vez en la madrugada se presenta con mayor frecuencia el evento, posiblemente se relaciona a que el paciente, pese a estar con acompañante, no solicita ayuda y se para solo estando la habitación con iluminación disminuida por la hora.

Frente al impacto del evento en la población estudiada se identifica que, aunque el 61% de los pacientes no requirió ayuda diagnóstica adicional y en el 97% no se prolongó la estancia hospitalaria, llama la atención que, como consecuencia del evento, en más de la mitad de los pacientes se produjo daño (54%) y por lo tanto se clasifican como evento adverso. Cabe resaltar que 1 paciente presentó evento centinela. Pese a que 76 caídas pueden considerarse o representar un número bajo frente al número de egresos y días cama ocupada en el servicio, disminuir el daño sufrido por caídas en los

pacientes es una de las metas internacionales de seguridad, por tanto, debido a que las caídas son multicausales, pero son prevenibles deben evitarse y trabajar más en ello.

6.2.3 Caracterización de la población y factores de riesgo asociados a eventos clínicos por flebitis

De acuerdo al análisis de la base de datos por medio de tablas de frecuencia, durante el periodo de estudio, se reportaron 161 casos de flebitis. A partir de esta información se caracterizó la población de la siguiente manera:

Tabla 7

Características de la población que presentó flebitis (sexo-edad).

Características	Total pacientes, N=161	NA*
Sexo		
Masculino	85 (53)	
Femenino	76 (47)	
Edad**		
	60 (38, 76)	
Mayores de 65 años		
	65 (40)	

*Dato faltante

**Mediana (P25, P75)

Fuente: elaboración propia (2023).

La proporción en el sexo en la población de pacientes que presentaron eventos por flebitis, resulta similar con un 53% (n=85) para el sexo masculino y un 47% (76) para el sexo femenino, estos pacientes cuentan con una edad mediana de 60 años (38 años – 76 años).

Tabla 8

Riesgo clínico de la población que presentó flebitis.

Riesgo clínico		Total pacientes, n= 161 (%)	NA*
Categoría diagnóstico sistemas	de por		
Sistema Digestivo		34 (21)	
Sistema Urinario		29 (18)	
Sistema Respiratorio		25 (16)	
Sistema Nervioso central		18 (11)	
Sistema hematooncológico		16 (9.9)	
Sistema Cardiovascular		14 (8.7)	
Sistema Óseo		12 (7.5)	
Sistema Tegumentario		9 (5.6)	
Sistema Auditivo		1 (0.6)	
Sistema Linfático		1 (0.6)	
Sistema Muscular		1 (0.6)	
Sistema Visual		1 (0.6)	
Comorbilidad asociada			104 (65)
Inmunosupresión		27 (17)	
DM		15 (9.3)	
ERC		8 (5)	
Hematológicas		5 (3.1)	
DM-Inmunosupresión		1 (0.6)	
Hematooncológicas		1 (0.6)	
Estado de conciencia			
Alerta		154 (96)	
Somnoliento		7 (4.3)	

Escala de MADDIX de acuerdo a signos y síntomas registrados

2	103 (64)
3	36 (22)
1	20 (12)
0	2 (1.2)

Sistema anatómico de inserción del catéter

Antebrazo derecho	65 (40)
Antebrazo izquierdo	57 (35)
Dorso Mano derecha	15 (9.3)
Dorso Mano izquierda	12 (7.5)
Brazo derecho	4 (2.5)
Brazo izquierdo	3 (1.9)
Radial izquierda	3 (1.9)
Dorso de pie	2 (1.2)

Situación especial

No	129 (80)
Antecedentes de tratamiento con QMT EV	14 (8.7)
Obesidad	8 (5)
Vaciamiento Ganglionar	4 (2.5)
Hemiparesia	3 (1.9)
Fístula Arteriovenosa	2 (1.2)
Hemiplejia	1 (0.6)

*Dato faltante

Fuente: elaboración propia (2023).

Los diagnósticos por sistemas más frecuentes en los pacientes son el sistema digestivo (21%, n=34), sistema urinario (18%, n=29) y el sistema respiratorio (16%, n=25), mientras que el sistema auditivo (0.6%, n=1), sistema linfático (0.6%, n=1),

sistema muscular (0.6%, n=1) y sistema visual (0.6%, n=1) fueron los menos frecuentes en los pacientes. También, la mayoría presenta un estado de conciencia de alerta (96%, n=154). Dentro de los n=161 casos, se identificó que el 65% (n=104) no tenían ninguna comorbilidad asociada (Inmunosupresión, DM, enfermedad renal crónica, hematológicas), mientras que el 17% (n=27) inmunosupresión, seguido de diabetes mellitus con 9.3% (n=15) y un 5% (n=8) de enfermedad renal crónica. Al momento identificar la flebitis se aplicó la escala de valoración visual de Maddox (ver anexo C) con una puntuación de 2 (64%, n=103), seguido de (22%, n=36) con una puntuación de 3 y en 1 (12% n=20). De acuerdo al sitio anatómico de inserción del catéter el 40% (n=65) de los pacientes estaban canalizados en el antebrazo derecho, valor muy similar al antebrazo izquierdo con un 35% (n=57). En el dorso de la mano derecha 9.3% (n=15) y en el dorso de la mano izquierda 7.5% (n=12). Dentro de los casos que se presentaron con alguna situación especial o factores que aumentan el riesgo de flebitis (antecedente de tratamiento con quimioterapia endovenosa, obesidad, vaciamiento ganglionar, hemiparesia, fístula arteriovenosa, hemiplejia) el 80% (n=129) no tenían ninguno de estos factores. Sin embargo, con antecedente de tratamiento con quimioterapia endovenosa se presentó un 8.7% (n=14) y obesidad con un 5% (n=5).

Tabla 9

Factores de riesgo externos a la población que presentó flebitis.

Factores de riesgo externos	de riesgo	Total pacientes, n= 161 (%)	NA*
Calibre utilizado	de catéter		
Calibre No. 22		145 (90)	
Calibre No. 24		10 (6.2)	
Calibre No. 20		4 (2.5)	

Calibre No. 18	1 (0.6)
No se describe	1 (0.6)
Tipo de flebitis	
Química	147 (91)
Mecánica	11 (6.8)
Infecciosa	3 (1.9)
Paciente con polimedicación EV	
No	88 (55)
Si	73 (45)
Medicamentos flebíticos	
Omeprazol	84 (52)
Meropenem	28 (17.3)
Dipirona	24 (15)
Vancomicina	16 (10)
Registro irrigación en hospitalización	13 (8.1)
Si	140 (87)
No	8 (5)

*Datos faltantes

Fuente: elaboración propia (2023).

Se utilizó un catéter de calibre No. 22 en la mayoría de los pacientes (90%, n=145), además, el tipo de flebitis más común en los pacientes es Química (91%, n=147). Respecto a los 161 casos que ocurrieron el 55% (n=88) fueron pacientes que no se encontraban con polimedicación endovenosa, es decir que tenían entre 1 y 2 medicamentos endovenosos, dato similar a los pacientes que sí tenían polimedicación con un 45% (n=73) a los cuales se les administraba más de 3 medicamentos. En cuanto a medicamentos con riesgo de producir flebitis el omeprazol se encuentra en primer lugar con un 52% (n=84), seguido del meropenem con 17.3% (n=28), dipirona con el 15%

(n=24) y vancomicina con un 10% (n=16). El 87% (n=140) de los pacientes sí presentaron registro de irrigación con SSN 0.9% en el servicio de hospitalización.

Tabla 10

Impacto del evento en la población que presentó flebitis.

Impacto del evento	Total pacientes, n= 161 (%)	NA*
Tratamiento adicional		
Paños con sulfato de magnesio	151 (94)	2 (1.2)
Paños con sulfato de MG y ecografía	4 (2.5)	
Paños con sulfato de MG y ATB	4 (2.5)	
Prolongación estancia hospitalaria		
No	159 (99)	
Si	2 (2.1)	
Clasificación de evento clínico		
Evento adverso	161 (100)	

*Dato faltante

Fuente: elaboración propia (2023).

Al 94% (n=151) de los pacientes se les realizó tratamiento adicional con paños con sulfato de magnesio, además, la mayoría (99%, n=159) no presentaron prolongación en la estancia hospitalaria. El 100% de los pacientes tuvieron una clasificación como evento adverso.

6.2.4 Análisis de causas y factores de riesgo asociados a flebitis.

Para los eventos clínicos relacionados con flebitis, durante el periodo de estudio, se reportaron 161 casos. Respecto a las características de la población se destaca que

el 53% de los casos corresponde al sexo masculino, mientras que el 47% al femenino, la edad mediana es de 60 años (38 años – 76 años), es un dato que llama la atención, ya que algunos autores plantean que mayor edad aumenta el riesgo de flebitis. Por consiguiente, en el análisis de este evento clínico se identifica que se presentaron 65 casos (40%) en pacientes mayores de 65 años, lo cual es porcentaje significativo y se convierte a su vez en una posible causa. Para este estudio, se identifica que los hombres son más susceptibles de presentar flebitis y, respecto a la edad, aunque algunos autores describen que la edad avanzada es un factor de riesgo, otros autores no describen relación entre la edad y la ocurrencia de flebitis. Sin embargo, fisiopatológicamente, a mayor edad se puede presentar mayor fragilidad capilar (16).

Frente al análisis del riesgo clínico de la población estudiada, para la clasificación de diagnósticos por sistemas, entre los tres más prevalentes se encontraron: enfermedades relacionadas con el sistema digestivo (21%), con el sistema urinario (18%) y con el sistema respiratorio (16%), los cuales hacen parte de los principales diagnósticos de ingreso en el servicio de hospitalización de esta institución, y que en su gran mayoría tienen tratamiento farmacológico endovenoso (antibióticos, analgésicos, protectores gástricos) que adicionalmente son medicamentos con riesgo de producir flebitis química. En cuanto a las comorbilidades asociadas de los pacientes, el 17% presentaba inmunosupresión y el 9,3% diabetes mellitus; el 96% se encontraba alerta, el 90% no presentaba alguna condición especial adicional, solo el 8,7% tenía como antecedentes tratamiento con quimioterapia endovenosa. En cuanto al sitio anatómico de inserción del catéter venoso periférico corto, se destaca el antebrazo derecho (40%), seguido del antebrazo izquierdo (35%) y dorso de mano derecha 15 casos (9,3%). Se identifica también que, de acuerdo a los registros en las historias clínicas de los pacientes, en el 64% de los casos el acceso venoso fue retirado al

momento de identificar puntuación de 2 en la escala de valoración visual de Maddox. Por consiguiente, se observa entonces, que las comorbilidades relacionadas con alteraciones del sistema inmune y antecedentes de diabetes mellitus se encuentran presentes como posibles causas o factores condicionantes a la aparición de flebitis (8,16, 56), ya que pueden contribuir a que el paciente sea más vulnerable y tenga una condición especial de manejo desde el inicio del proceso de atención. Sin embargo, llama la atención que se identifican prácticas correctas como la selección del sitio anatómico en antebrazos, no obstante el evento se presenta, podría relacionarse con que los antebrazos al ser el sitio de mayor elección, se puede generar multipunciones lo cual provoca alteraciones del lecho capilar y aumenta el riesgo de flebitis, sumado a esto, el antebrazo derecho es el más utilizado (16), podría ocurrir también que al ser usualmente el miembro dominante y presentar mayor movilidad, se contribuye a la aparición de flebitis.

De igual importancia, al analizar los factores de riesgo externos presentes en la población estudiada, se identifica que en el 90% se utilizó calibre de catéter número 22, este dato coincide como los describe la literatura (16-17), el 55% de los pacientes no se encontraban recibiendo polimedicación endovenosa; pese a esto, el 91% de las flebitis reportadas se clasificaron como químicas, lo cual concuerda con otros autores (16-56). Para este estudio se observa también que el 52% de los pacientes recibió omeprazol endovenoso, el 17,3% meronem y el 15% dipirona, estos 3 son considerados medicamentos con riesgo de producir flebitis química y, en cuanto a registros de irrigación del acceso venoso en el servicio de hospitalización posterior al paso de medicamentos endovenosos, se observa que en el 87% de los casos se realizó esta actividad. De este modo, se resalta como posible causa de flebitis química los

medicamentos endovenosos infundidos, posiblemente se deba a la dilución, al tiempo de infusión, cantidad de medicamentos que recibe por la misma vía, osmolaridad.

Así mismo, frente al impacto del evento en la población estudiada se identifica que en el 100% de los casos, el evento clínico se clasificó como adverso, lo cual se traduce a que ocurre daño en el paciente, este daño requirió tratamiento adicional que en el 94% de los pacientes se manejó con la utilización de medios físicos con paños de sulfato de magnesio como medida para disminuir los signos y síntomas, logrando así que en el 99% de los casos no se prolongó la estancia hospitalaria por esta causa pero, sí causa molestias, dolor e insatisfacción en el paciente.

Es importante analizar y seguir investigando en este tema teniendo en cuenta otros factores no planteados en este estudio, como tiempo de permanencia del catéter, dilución de los medicamentos y tiempo en que se infunden los mismos, número de catéteres simultáneos en el mismo paciente, llamado oportuno a grupo de acceso venoso seguro, cantidad de medicamentos flebíticos que pasan en el mismo horario, el estado de la fijación.

6.2.5 Caracterización de la población y factores de riesgo asociados a eventos clínicos por lesiones por presión

De acuerdo al análisis de la base de datos por medio de tablas de frecuencia, durante el periodo de estudio, se reportaron 62 pacientes con lesiones por presión. A partir de esta información se caracterizó la población de la siguiente manera

Tabla 11

Características de la población que presentó lesiones por presión (edad-sexo).

<i>Características</i>	<i>Total pacientes, N= 62 (%)</i>	<i>NA*</i>
------------------------	-----------------------------------	------------

Sexo	
Masculino	32 (52)
Femenino	30 (48)
Edad**	
	72 (54, 83)

*Dato faltante

**Mediana
(P25,P75)

Fuente: elaboración propia (2023).

Como se evidencia en los resultados, el sexo masculino (n=32, 52%) y femenino (n=30, 48%) se encuentran en proporciones semejantes respecto a la población de base, con una edad mediana de 72 años (54 – 83 años).

Tabla 12

Riesgo clínico de la población que presentó lesiones por presión.

Riesgo clínico	Total pacientes, NA* N= 62 (%)
Categoría de diagnóstico por sistemas	
Sistema Hematooncológico	13 (21)
Sistema Urinario	10 (16)
Sistema Óseo	9 (15)
Sistema Respiratorio	8 (13)
Sistema Cardiovascular	7 (11)
Sistema Nervioso central	6 (9.7)
Sistema Digestivo	5 (8.1)
Sistema Endocrino	2 (3.2)
Sistema Tegumentario	2 (3.2)
Comorbilidad asociada	
Hematooncológico	17 (27)
DM	13 (21)
Ninguno	9 (15)

Neurológicos	5 (8.1)
DM y Hematooncológico	4 (6.5)
DM y Obesidad	3 (4.8)
Autoinmune	2 (3.2)
DM – ERC con TRR	2 (3.2)
ERC con TRR	2 (3.2)
ERC con TRR – Hematooncológico	2 (3.2)
DM – Neurológico	1 (1.6)
Obesidad	1 (1.6)
Osteomuscular	1 (1.6)
<hr/>	
<i>Estado de conciencia</i>	
Alerta – Orientado	43 (69)
Alerta – Desorientado	9 (15)
Somnoliento	9 (15)
Estupor	1 (1.6)
<hr/>	
<i>Escala PHQ4 registrada</i>	
Normal	56 (90)
Leve	6 (9.7)
<hr/>	
<i>Escala de Braden registrada</i>	
Medio	28 (45)
Bajo	21 (34)
Alto	13 (21)
<hr/>	
<i>Escala de Barthel registrada</i>	
	2 (3.2)
Dependencia leve	21 (34)
Dependencia total	19 (31)
Dependencia grave	10 (16)
Dependencia moderada	9 (15)
Independencia	1 (1.6)
<hr/>	
<i>Sitio anatómico de la lesión</i>	
Sacra	24 (39)

Talón	8 (13)
Glúteo Bilateral	7 (11)
Sacro y Glúteo	6 (9.7)
Glúteo Derecho	5 (8.1)
Interglúteo	5 (8.1)
Glúteo Izquierdo	3 (4.8)
Pabellón Auricular	2 (3.2)
Mentón	1 (1.6)
OCCIPITAL	1 (1.6)
<hr/>	
<i>Registro de escala del dolor mayor a 4</i>	
No	48 (77)
Si	14 (23)
<hr/>	

*Dato faltante

Fuente: elaboración propia (2023).

De acuerdo al riesgo clínico que presentan los pacientes en el servicio de hospitalización, se evidencia que más de la mitad de los sujetos de estudio, se encuentran en la categoría de diagnóstico por sistema hematooncológico (n=13, 21%), urinario (n=10, 16%) y óseo (n=9, 15%), además, los menos frecuentes se presentan en el sistema endocrino (n=2, 3.2%) y sistema tegumentario (n=2, 3.2%). Se destaca que, entre los pacientes, las comorbilidades asociadas que frecuentan más, están entre hematooncológico (n=17, 27%) y diabetes mellitus (n=13, 21%), y sin comorbilidades asociadas un (n=9, 15%). Respecto al estado de conciencia, la mayoría de los pacientes (n= 43, 69%) presentaron un estado de alerta – orientados, también, se cuenta con una escala PHQ4 registrada normal del 90% (n=56), escala de Braden medio de 45% (n=28) y bajo 34% (n=21) y una escala Barthel contando con dependencia leve, total y grave de 34%, 31% y 16% (n= 21, n=19 y n=10) respectivamente. Por último, 39% (n= 24) de los pacientes el sitio anatómico más frecuente de la lesión se presentó en la región sacra, seguido de talón con un 13%

(n=8) y glúteo bilateral 11% (n=7); además, se registró que el 77% (n=48) no presentaron una escala del dolor mayor a 4.

Tabla 13

Factores de riesgo externos de la población que presentó lesiones por presión.

Factores de Riesgo externos	Total pacientes, NA* N= 62 (%)
<i>Inicio oportuno de medidas preventivas registradas</i>	
No	37 (60)
Si	25 (40)
<i>Manejo del dolor</i>	
	37 (60)
Si	22 (35)
No	3 (4.8)
<i>Uso de colchón anti escaras</i>	
	1 (1.6)
No	58 (94)
Si	3 (4.8)
<i>Valoración por nutrición o soporte nutricional</i>	
Si	43 (69)
No	19 (31)
<i>Nota de educación registrada previo a la lesión</i>	
No	41 (66)
Si	21 (34)
<i>Uso de pañal</i>	
Si	50 (81)
No	12 (19)
<i>Cambio de posición cada 2 horas</i>	
Si	42 (68)
No	20 (32)

*Dato faltante

Fuente: elaboración propia (2023).

En los pacientes, uno de los factores de riesgo externo se asocia al no inicio oportuno de medidas preventivas, evidenciando que el 60% (n=37) registra que no fue realizado este procedimiento de manera oportuna. La mayoría utilizó el colchón anti escaras (n= 58, 94%). Adicional a esto, 69% (n=43) tuvieron una valoración por nutrición o soporte nutricional, 66% (n=41) no tuvieron una nota de educación previo a la lesión, 81% (n=50) usaron pañal y a 68% (n=42) de los pacientes se les realizó cambio de posición cada 2 horas.

Tabla 14

Impacto del evento en la población que presentó lesiones por presión.

<i>Impacto del evento</i>	<i>Total pacientes, NA* N= 62 (%)</i>
<i>Clasificación de la lesión</i>	
Lesión por presión categoría II	38 (61)
Lesión por presión categoría 0, Sospecha de Daño profundo	12 (19)
Lesión por presión categoría I	10 (16)
Lesión por presión Categoría IV	1 (1.6)
Lesión por presión categoría III	1 (1.6)
<i>Se requirió tratamiento adicional</i>	
Manejo por Cipro y cuidados por enfermería	46 (74)
Cuidados básicos por enfermería	10 (16)
Todos los anteriores	5 (8.1)
Intervención Quirúrgica	1 (1.6)
<i>Se requirió prolongación Estancia Hospitalaria</i>	
No	57 (92)
Si	5 (8.1)

Clasificación definitiva del evento	
Evento adverso	54 (87)
Complicación	7 (11)
Evento centinela	1 (1.6)

*Dato faltante

Fuente: elaboración propia (2023).

En cuanto a este evento se presentó con más frecuencia en los pacientes la lesión por presión categoría II con un 61% (n=38) seguida de la lesión por presión categoría 0 con 19% (n=12). El manejo por Cipro y cuidados por enfermería se realizó en un 74% (n=46) de los sujetos de estudio. También, en su mayoría (n=57, 92%) no requirió prolongación de la estancia hospitalaria por esta causa y el 87% de los casos n=54 se clasificaron como eventos adversos.

6.2.6 Análisis de causas y factores de riesgo asociados a lesiones por presión.

Para los eventos clínicos relacionados por lesiones por presión, durante el periodo de estudio, se reportaron 62 casos. Respecto a las características de la población el 52% corresponde a hombres y el 48% a mujeres, con una edad mediana de 72 años (54 – 83 años). Se observa entonces que, frente al sexo, el riesgo es similar y los adultos mayores presentan mayor vulnerabilidad y predisposición debido a diversos factores tanto intrínsecos como extrínsecos (27).

Debido a que las lesiones por presión son multicausales, es necesario identificar los factores de riesgo clínicos o intrínsecos que contribuyen a la ocurrencia de este tipo de eventos. Para la clasificación de diagnósticos por sistemas, en este estudio se observó que entre los tres más prevalentes se encontraron: diagnósticos relacionados con alteraciones hematooncológicas (21%), del sistema urinario (16%) y del sistema óseo (15%). Frente a las comorbilidades asociadas, continúan las alteraciones hematooncológicas en primer lugar con el 27% de los casos, seguido de antecedentes

de diabetes mellitus (21%), esto puede indicar que en esta población las condiciones fisiopatológicas de estas enfermedades aumentan el riesgo de la piel esté más sensible, se lesione fácilmente o su recuperación sea más lenta, pero no solo existe este factor, sino que múltiples causas pueden adicionarse y contribuir a su desarrollo (26). Pese a que el 69% de los pacientes se encontraban con un estado de conciencia alerta y orientados, el evento ocurrió. Respecto al sitio anatómico de la lesión, como lo indican otros estudios (27), el 39% se presentó en la región sacra, 13% a nivel de talones y 11% a nivel glúteo. Al revisar registros en las historias clínicas de los pacientes, en cuanto a la escala de Braden se observa que el 45% de los casos se clasificó con riesgo medio, el 34% bajo y el 21% restante riesgo alto; frente a la escala de Barthel el 34% de los pacientes se clasificó con dependencia leve, 31% dependencia total y 16% dependencia grave. Se tuvo en cuenta también el estado de ánimo de los pacientes por medio del PHQ 4, encontrando que el 90% de los casos se encontraba registrado como normal. De igual importancia, se tuvo en cuenta el dolor por medio de la escala EVA, observando en los registros clínicos que solo el 23% de los casos presentaba dolor con una puntuación mayor a 4. Con base a los resultados anteriores, en este estudio llama la atención que, de acuerdo al riesgo identificado por medio de las escalas (braden, barthel, EVA, PHQ 4), los pacientes que no tenían el riesgo más alto, fueron precisamente en los que ocurrió el evento, puede deberse a que no se identificó o valoró el riesgo de la manera adecuada o, que debido a la condición clínica aparentemente no crítica y al no ser dependientes del cuidador, las medidas preventivas no se instauraron oportunamente, datos similares en otros estudios (26).

Entre tanto, los resultados obtenidos de los factores de riesgo externos de la población estudiada destacan que en el 60% de los casos, no se evidencia registros de inicio oportuno de medidas preventivas, en el 94% de los casos no se contaba con

medidas libres de presión como colchón antiescaras, en el 66% de los pacientes no se evidencia registros de educación al paciente, familiar y/o acompañante frente a las medidas preventivas, el 81% de los pacientes usaba pañal y en el 68% de los casos se realizaban cambios de posición cada 2 horas. Llama entonces la atención, que las posibles causas se relacionan con el no inicio oportuno de medidas preventivas.

Finalmente, en cuanto al impacto del evento en la población estudiada se identifica que el 61% de los casos se clasificó como Lesión por presión categoría II, el 19% Lesión por presión categoría 0, Sospecha de Daño profundo y el 16% Lesión por presión categoría I; el tratamiento adicional requerido incluyó en el 74% de los casos manejo por CIPHO y cuidados de enfermería de acuerdo a las recomendaciones dadas por dicha especialidad y el 16% cuidados básicos por enfermería. Pese a que en el 92% de los casos no se prolongó la estancia hospitalaria por el evento, en todos los casos ocurrió daño en los pacientes, siendo el 87% de los casos clasificados como evento adverso, 11% complicaciones y, 1,6% como evento centinela, esto genera en el paciente dolor, alteraciones en su calidad de vida, e insatisfacción del proceso de atención.

6.3 Gestión clínica, de calidad, de la humanización y del talento humano

La gestión clínica se basa en organizar y administrar de manera eficiente los recursos en salud, con el fin de lograr los mejores resultados, se debe conocer el entorno, optimizar las herramientas disponibles e identificar las necesidades que tenga el paciente y la familia, previniendo posibles riesgos o complicaciones y de esta manera brindar seguridad, calidad del servicio y el mejoramiento continuo de los procesos de atención en salud. Además, se deben integrar las funciones asistenciales y logísticas, incluidas en la gestión de la calidad, en la humanización, gestión del talento humano, entre otras, que articuladamente se complementan para alcanzar los objetivos del

direccionamiento estratégico de la organización y permiten cumplir con el modelo de atención. De acuerdo a lo anterior, se plantea y propone el desarrollo de los siguientes planes de mejora para reducir la incidencia de eventos clínicos asociados a flebitis, caídas y lesiones por presión, en el servicio de hospitalización.

Cuadro 2

Plan de mejora para disminuir incidencia de flebitis.

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR INCIDENCIA DE FLEBITIS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
¿QUÉ?	¿POR QUÉ?	¿CÓMO?	¿DÓNDE?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?
<p>1. Asegurar la socialización instructivo de inserción, mantenimiento y retiro de catéter venoso periférico (I-GCL -115) al 100% del personal de enfermería del servicio de hospitalización.</p>	<p>En la institución existe una GPC de accesos venosos seguros e instructivos, las cuales se encuentran disponibles para todo el personal de la organización en DARUMA (software para la gestión de la calidad y mejoramiento). Sin embargo, la guía y los instructivos no son conocidos y/o aplicados de forma correcta por todo el personal de salud que ejerce atención clínica directa al paciente; por ende, existe variabilidad de la atención no solo al momento de la identificación del riesgo individual, sino también al momento de la inserción, mantenimiento, manejo de terapia intravenosa y retiro del acceso venoso periférico. Asegurar el cumplimiento de este instructivo en toda la institución, contribuye a reducir la variabilidad del proceso entre el personal y entre servicios, así como tomar decisiones basadas en la evidencia científica disponible lo cual conduce a mejorar la atención, la calidad y la experiencia de los pacientes.</p>	<p>1. Realizar capacitaciones a todo el personal de enfermería para que conozcan y apliquen el instructivo de inserción, mantenimiento y retiro de catéter venoso periférico de la institución; socializando los puntos claves a tener en cuenta. Se desarrollará de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar inicialmente pretest para identificar brechas y desviaciones previas. - Identificar la percepción que tiene el personal de enfermería respecto a qué factores creen que contribuyen a la ocurrencia de flebitis y mostrar posteriormente casos reales ocurridos en el servicio, donde se dé a conocer las brechas, factores asociados, fallas en el proceso y las lecciones aprendidas con el fin de lograr mayor sensibilización. - Realizar postest con el fin de evaluar los conocimientos aprendidos. <p>2. Asegurar que todo el personal de enfermería realice rotación con el grupo de acceso venoso seguro.</p> <p>3. Realizar rondas de seguridad para evaluar adherencia a los momentos de verdad (inserción, mantenimiento, y retiro de accesos venosos periféricos) identificando, además, pacientes con riesgo y la aplicación oportuna de medidas preventivas.</p>	<p>Servicio de Hospitalización</p>	<p>-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería servicio de hospitalización.</p> <p>-Apoyo del grupo de catéter venoso seguro</p> <p>-Apoyo al programa de seguridad del paciente.</p>	<p>Entre agosto y diciembre del 2023.</p>

<p>2. Identificar oportunamente los pacientes con riesgo de presentar flebitis.</p>	<p>La mayoría de los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización van a requerir terapia intravenosa o contar con acceso venoso periférico. Por tanto, brindar atención de manera integral e identificar los riesgos individuales de los pacientes oportunamente, permiten actuar con seguridad y calidad para prevenir complicaciones y mejorar la experiencia.</p>	<p>1. En la capacitación planteada anteriormente se incluyen los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer puntos claves de la guía y del instructivo respecto al tipo de dispositivo que se debe seleccionar, de acuerdo a las necesidades del paciente y a su estado clínico, teniendo en cuenta condiciones asociadas del paciente como la edad (alertarse si son mayores de 60 años), sexo, diagnóstico de ingreso, comorbilidades relacionadas con inmunosupresión y/o diabetes mellitus. - Procurar en la medida de lo posible, que la canalización del acceso venoso periférico del paciente se realice en el miembro superior no dominante, y adicionalmente verificar el estado de la piel (multipunciones, lesiones previas, equimosis) antes de realizar el procedimiento y durante el mantenimiento del acceso venoso. <p>2. Contar con un visualizador de venas en cada piso del servicio de hospitalización, para facilitar el procedimiento, identificando el mejor sitio a puncionar de acuerdo al calibre de la vena y evitar multipunciones.</p> <p>3. Reforzar la importancia del llamado oportuno al grupo de acceso venoso seguro, por parte del profesional de enfermería.</p>	<p>Servicio de Hospitalización</p>	<p>-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería servicio de hospitalización. - Apoyo del grupo de catéter venoso seguro</p>	<p>Entre agosto y diciembre del 2023.</p>
<p>3. Establecer acuerdos relacionados con la terapia intravenosa, en conjunto con el líder de farmacovigilancia y calidad y seguridad del paciente.</p>	<p>La organización cuenta con el programa de calidad y seguridad del paciente, el cual dispone de un líder de farmacovigilancia cuyo rol es fundamental para la institución, por tanto, involucrar más a los químicos farmacéuticos de los servicios, desde su quehacer y conocimiento científico puede contribuir en la</p>	<p>1. Realizar reuniones con el líder de farmacovigilancia de la institución para dar a conocer los resultados de este trabajo y establecer acuerdos que contribuyan a mejorar la seguridad de los pacientes como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprovechamiento de la nueva tecnología con la librería de medicamentos de las bombas de infusión de fresenius para asegurar la adherencia de esta al 100%, 	<p>Servicio de Hospitalización</p>	<p>-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería servicio de hospitalización. - Apoyo del líder de farmacovigilancia</p> <p>-Apoyo del programa de</p>	<p>Entre agosto y diciembre del 2023.</p>

	<p>prevención de flebitis químicas, y en cuanto al uso seguro, supervisión y evaluación de los riesgos asociados a medicamentos endovenosos que pueden causar flebitis.</p>	<p>con el fin de administrar la terapia intravenosa en la velocidad y tiempo adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer en los químicos farmacéuticos de los servicios de hospitalización, las intervenciones farmacológicas en pacientes que requieran administración de medicamentos con riesgo de flebitis (interacciones, diluciones, horarios más adecuados, concentraciones, osmolaridad) manteniendo comunicación constante con el personal médico, para que en la medida de lo posible y de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente, el ordenamiento de medicamentos se pueda administrar por vía oral. - Aumentar la disponibilidad de químico farmacéutico para el servicio de hospitalización las 24 horas. - Asegurar la estandarización de la irrigación del catéter periférico siempre después de cada uso, en todos los servicios, de acuerdo a las indicaciones del instructivo. - Proponer actualización del documento: <i>"Recomendaciones para la administración de medicamentos en pacientes adultos y pediátricos"</i>; y asegurar que se encuentre disponible en todo el servicio de hospitalización, se refuerce el uso adecuado y pertinente. <p>2. Fortalecer la correcta administración de medicamentos flebíticos, con mayor supervisión en fármacos como: Omeprazol, Meronem, Dipirona y Vancomicina.</p>		<p>calidad y seguridad del paciente.</p>	
<p>4.Fortalecer la educación al paciente, familia y/o cuidador respecto a los cuidados</p>	<p>La educación continua y clara es esencial para involucrar y empoderar al paciente, familia y/o cuidador en el autocuidado; esta se debe direccionar de acuerdo a las</p>	<p>1. Realizar un comité educativo, conformado por personal experto en habilidades de comunicación, manejo de estilos de aprendizaje y realización de actividades lúdicas que faciliten la</p>	<p>Servicio de Hospitalización</p>	<p>-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería</p>	<p>Entre agosto y diciembre del 2023.</p>

<p>de los accesos venosos periféricos.</p>	<p>necesidades específicas de cada paciente, con el fin de contribuir a mejorar la seguridad en el proceso de atención. Proporcionar herramientas para el autocuidado al paciente y familiar permite promover el cuidado de su salud, disminuir los riesgos y complicaciones debidas al uso de catéter venoso periférico.</p>	<p>transmisión de la información, con el fin de sensibilizar en el personal de enfermería la importancia de brindar educación clara al paciente y familiar identificando las posibles barreras para el aprendizaje que puedan tener: creencias, valores, idioma, nivel educativo.</p> <p>2. Tener en cuenta el estado de conciencia, ya que así el paciente se encuentre alerta y orientado el riesgo existe, por tanto, se debe brindar y reforzar la educación en todo momento.</p> <p>3. Al finalizar la educación, validar con el paciente y/o familiar la calidad de la información suministrada por medio de preguntas, dejando constancia en la historia clínica de la educación brindada y la comprensión de la misma.</p>		<p>servicio de hospitalización.</p> <p>-Apoyo de la Dirección de Enfermería.</p>	
---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------	--

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

1. Nombre del indicador: Cumplimiento del plan de capacitaciones para disminuir eventos clínicos relacionados con flebitis
Fórmula: Número de colaboradores capacitados / número de colaboradores programados * 100
Unidad: Porcentaje

2. Nombre del indicador: Adherencia al instructivo de inserción, mantenimiento y retiro de acceso venoso periférico
Fórmula: Número de observaciones en las que se cumple lo descrito en el instructivo / Número de observaciones trimestrales *100
Unidad: Porcentaje

3. Nombre del indicador: Tasa de flebitis en el servicio de hospitalización
Fórmula: Número de flebitis en el mes / Número de días de catéter periférico *1000
Unidad: Tasa

4. Nombre del indicador: Tasa de flebitis en el servicio de hospitalización
Fórmula: Número de flebitis en el mes / Número total de pacientes atendidos en el mes *1000
Unidad: Tasa

5. Nombre del indicador: Razón de eventos adversos asociados a flebitis
Fórmula: Número de eventos adversos relacionados con flebitis en el mes / Número total de pacientes atendidos en el mes *1000
Unidad: Razón

6. Nombre del indicador: Proporción de pacientes hospitalizados a quienes se les brinda educación respecto a riesgos de flebitis
Fórmula: Número de pacientes hospitalizados a quienes se les brinda educación respecto a riesgos de flebitis en el mes / Número total de pacientes hospitalizados susceptibles a educación en el mes *100
Unidad: Porcentaje

Fuente: elaboración propia (2023).

Cuadro 3

Plan de mejora para disminuir incidencia de caídas.

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR INCIDENCIA DE LAS CAÍDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
¿QUÉ?	¿POR QUÉ?	¿CÓMO?	¿DÓNDE?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?
1.Fortalecer el cumplimiento de la política para minimizar el riesgo de daño por caídas (IPSG.6) por parte del personal asistencial.	En la institución existe una política (IPSG.6) para minimizar el riesgo de daño por caídas a los pacientes, la cual hace parte de una de las metas internacionales de seguridad de la JCI. Sin embargo, esta no es conocida a profundidad por el personal asistencial. Por tanto, asegurar que todo el personal la conozca permite como primera medida estandarizar el proceso para identificar el riesgo, alertar y establecer acciones oportunas, de manera individualizada, encaminadas; en la medida de lo posible, a prevenir la ocurrencia del evento o evitar daño en el paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar al personal de enfermería sobre los puntos claves de la política IPSG.7 para sensibilizar la importancia de esta, la identificación oportuna del riesgo y las medidas preventivas para disminuir riesgos de caídas. 2. Realizar rondas de seguridad, evaluando el cumplimiento de la política. 3. Revisión de historias clínicas aleatorias, para evaluar la condición clínica del paciente vs el riesgo registrado en la escala de Downton, realizando realimentación al personal en caso de identificar variabilidad. 	Servicio de Hospitalización	-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería servicio de hospitalización.	Entre agosto y diciembre del 2023.
2.Identificar oportunamente el riesgo individual del paciente de acuerdo a la condición clínica.	La identificación oportuna del riesgo individual, facilita la realización de intervenciones tanto generales como específicas, de acuerdo a la condición clínica del paciente; estas acciones contribuyen a disminuir el evento y/o mitigar sus consecuencias. Adicionalmente, permite identificar riesgos tanto intrínsecos como extrínsecos que se puedan presentar, lo que facilita desarrollar estrategias orientadas a crear un plan de cuidados integral e individual.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la condición clínica de cada paciente teniendo en cuenta: edad (si bien existen edades con mayor riesgo, al ser un evento multicausal, el riesgo se encuentra inmerso), sexo, diagnóstico de ingreso (con énfasis en enfermedades del sistema nervioso central, hematooncológicas y respiratorias), y comorbilidades relacionadas, con el fin de identificar oportunamente las necesidades específicas, riesgos y establecer los cuidados individuales. 2. Fortalecer la importancia de la escala de Downton y que esta sea diligenciada por el profesional de enfermería e incluir las intervenciones en el plan de cuidados 	Servicio de Hospitalización	-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería servicio de hospitalización.	Entre agosto y diciembre del 2023.

		<p>integrales del paciente, orientando los mismos a las necesidades individuales.</p> <p>3. Dar a conocer al personal, de acuerdo a los resultados obtenidos, el lugar y hora en que ocurren más frecuentemente las caídas: al momento de bajarse de la cama, en el baño, en la mañana y en la noche, con el fin de asegurar mayor supervisión, no dejar solo al paciente en el baño, orientando los cuidados de acuerdo a los protocolos.</p> <p>4. Realizar rondas de enfermería de manera más periódica (cada hora) y/o retomar la asignación de asistencia al llamado de enfermería, principalmente en la mañana, con el fin de identificar y satisfacer oportunamente las necesidades que tenga el paciente en el momento, permitiendo expresar sus requerimientos, que no se abstengan de solicitar ayuda por "pena", logrando que de esta manera se sientan más seguros, se disminuyan los riesgos extrínsecos y se mejore la experiencia del paciente y familiar.</p>			
<p>3. Evaluar las condiciones del ambiente físico, de infraestructura, equipos biomédicos y talento humano.</p>	<p>Existen condiciones externas que pueden contribuir al riesgo de caídas. Por tanto, el ambiente físico e infraestructura juegan un papel importante a la hora de prevenirlas. Es por esto que las instituciones de salud deben velar por la seguridad en las instalaciones físicas, mantenimiento preventivo y correctivo, idoneidad y suficiencia del talento humano, con el fin de disminuir el riesgo al momento de la movilización de los pacientes.</p>	<p>1. Realizar inspección por todas las habitaciones del servicio, con el fin de verificar el estado en que se encuentran: camas hospitalarias, iluminación y baño (suelo, pasamanos, antideslizantes, inodoro, timbre de emergencia, silla de ducha).</p> <p>2. Reunión para socializar hallazgos al personal encargado (tecnovigilancia, infraestructura, arquitectura, compras), teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambiar los inodoros de manera gradual, debido a que los actuales son muy bajos y puede ser un factor de riesgo externo para el paciente. Adicionalmente, en caso necesario, cambiar los antideslizantes que no se encuentren en óptimas condiciones, al lado del inodoro y en la ducha y, cambio de la silla de ducha de acuerdo a su condición. 	Servicio de Hospitalización	<p>-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería de servicio de hospitalización.</p> <p>Apoyo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Líder de Tecnovigilancia -Jefe de Arquitectura -Jefe de Compras - Gestión Humana - Líder médico y coordinador de 	Entre agosto y diciembre del 2023.

		<p>- Renovar o sustituir las camas hospitalarias, en caso de obsolescencia, para garantizar una mejor tecnología.</p> <p>3. Aumentar la disponibilidad de sillas pato, en todo el servicio de hospitalización, para mejorar la movilidad durante el baño del paciente.</p> <p>4. Realizar, desde gestión humana y salud ocupacional, verificación de funciones y actividades de auxiliares de enfermería, con el fin de determinar si se requiere más personal, debido al aumento de complejidad de los pacientes en los últimos años.</p>		enfermería de hospitalización.	
<p>4. Fortalecer la educación al paciente, familia y/o cuidador referente a las medidas preventivas para evitar caídas.</p>	<p>El personal de salud debe acompañar al paciente, familia y/o cuidador, brindándoles educación clara y continua sobre las instrucciones y orientaciones que tiene la organización para la prevención de caídas, de tal forma que se involucren en el autocuidado, puedan sentirse más seguros, se disminuyan los daños, mejore la calidad y la experiencia durante la atención.</p>	<p>1. Realizar un comité educativo, conformado por personal experto en habilidades de comunicación que capacite al 100% del personal de enfermería, por medio de actividades lúdicas que faciliten la transmisión de la información relacionada con la educación brindada al paciente y familiar de acuerdo al estilo de aprendizaje de cada uno, sobre las medidas preventivas que tiene la organización para minimizar el riesgo de daño por caídas.</p> <p>2. Tener en cuenta el estado de conciencia del paciente, y aunque se encuentre alerta y orientado se debe tener presente el fortalecimiento de la educación en todo caso, asegurando una información clara y oportuna respecto a las medidas preventivas y el riesgo de caída.</p> <p>3. Educar al paciente, familiar y/o cuidador, acerca de la importancia del llamado oportuno al personal de enfermería, resaltando tanto en el paciente como en el familiar, la no movilización sin asistencia del personal de enfermería, se encuentre o no el paciente con acompañante.</p> <p>4. Fortalecer la estrategia SUMATE ya implementada en la institución, que trata sobre la importancia de trabajar en conjunto entre el</p>	Servicio de Hospitalización	-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería servicio de hospitalización.	Entre agosto y diciembre del 2023.

personal de salud y el paciente, familiar y/o cuidador, para que se involucren en el autocuidado y sigan las orientaciones frente a las medidas preventivas para disminuir el riesgo de caídas, validando posteriormente la calidad de la información brindada.

5. Dejar constancia de la educación brindada en la historia clínica, de manera individualizada, diariamente, siendo esta acorde a los cuidados y medidas preventivas realizadas (no plantillas que permitan copiar y pegar).

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

1. Nombre del indicador: Cumplimiento del plan de capacitaciones para disminuir eventos clínicos relacionados con caídas
Fórmula: Número de colaboradores capacitados / número de colaboradores programados * 100
Unidad: Porcentaje
2. Nombre del indicador: Adherencia a la política de minimizar el riesgo de daño por caídas.
Fórmula: Número de observaciones en las que se cumple lo descrito en la política / Número de observaciones trimestrales *100
Unidad: Porcentaje
3. Nombre del indicador: Tasa de caídas en el servicio de hospitalización
Fórmula: Número de pacientes que sufren caídas en un mes / sumatoria de días de estancia de los pacientes en el servicio *1000
Unidad: Tasa
4. Nombre del indicador: Razón de eventos adversos relacionados con caídas
Fórmula: Número de eventos adversos relacionados con caídas en el mes / Número total de pacientes atendidos en el mes *1000
Unidad: Razón
5. Nombre del indicador: Proporción de caídas
Fórmula: Número de caídas en el servicio por mes / Número de pacientes hospitalizados en el mismo periodo * 100
Unidad: Porcentaje
6. Nombre del indicador: Proporción de pacientes identificados con riesgo de caída
Fórmula: Número de pacientes con identificación de riesgo de caída en el servicio por mes/ Total pacientes hospitalizados en el mismo mes * 100
Unidad: Porcentaje

7. Nombre del indicador: Proporción de pacientes hospitalizados a quienes se les brinda información sobre prevención de caídas
Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes hospitalizados quienes refieren que se le brinda educación respecto a prevención de caídas en el mes}}{\text{Número total de pacientes hospitalizados susceptibles a educación en el mes}} * 100$
Unidad: Porcentaje

Fuente: elaboración propia (2023).

Cuadro 4

Plan de mejora para disminuir incidencia de lesiones por presión.

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR INCIDENCIA DE LAS LESIONES POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

¿QUÉ?	¿POR QUÉ?	¿CÓMO?	¿DÓNDE?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?
<p>1.Fortalecer el cumplimiento de la política (POL-GCAM-107) prevención de lesiones de piel, en el personal de enfermería del servicio de hospitalización.</p>	<p>Al contar con una política, se establecen lineamientos institucionales para la prevención de lesiones de piel que se presentan en el proceso de atención de salud. A la vez, de esta política se desprenden instructivos, registros, procedimientos, los cuales sirven para orientar aún más el cuidado. Sin embargo, no todos estos documentos y protocolos son conocidos y/o practicados adecuadamente. Por tanto, fortalecer en el personal de enfermería; que es el principal responsable del cuidado, la política y documentos existentes relacionados, para este caso con lesiones por presión, permite estandarizar la valoración adecuada del paciente, la identificación oportuna del riesgo, establecer medidas preventivas adecuadas de manera oportuna y realizar en caso de ya existencia, el tratamiento requerido, con el fin de mitigar el riesgo de ocurrencia de lesiones por presión, prevenir complicaciones, mejorar la seguridad y experiencia de los pacientes, familiares y/o cuidadores.</p>	<p>1. Realizar capacitación a todo el personal de enfermería tanto jefes como auxiliares del servicio de hospitalización que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicialmente pretest para identificar conocimiento actual y previo. - Hacer stands con casos y juegos, socializando la política, instructivos y registros, con posterior práctica de las medidas preventivas que obligatoriamente se deben aplicar de manera oportuna para prevenir el riesgo de lesiones por presión. Así como los cuidados adecuados de acuerdo a la clasificación de las lesiones. - Sensibilizar al personal mostrando casos reales de pacientes que presentaron lesiones por presión ocurridos en el servicio, donde se dé a conocer las brechas, factores asociados, fallas en el proceso y las lecciones aprendidas. - Realizar pos test para identificar nuevos aprendizajes realmente aprendidos y claridad de los mismos <p>2. Realizar reunión con dirección de enfermería y expertos en el tema (CIPHO), para mostrar resultados e involucrarlos, si están de acuerdo, en las actividades.</p>	<p>Servicio de Hospitalización</p>	<p>-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería servicio de hospitalización.</p> <p>Apoyo de:</p> <p>-CIPHO</p> <p>-Dirección de Enfermería</p>	<p>Entre agosto y diciembre del 2023.</p>

<p>2.Fortalecer la identificación oportuna del riesgo individual del paciente de presentar lesiones por presión, de acuerdo a los factores intrínsecos y extrínsecos e iniciar medidas preventivas oportunamente.</p>	<p>La valoración adecuada y oportuna por parte del equipo de salud que atiende directamente al paciente, fortalece la implementación preventiva de prácticas seguras de acuerdo al riesgo individual, permitiendo a su vez, ser más eficaces en la aplicación de estrategias y medidas pertinentes y apropiadas que contribuyan a la prevención de ocurrencia de lesiones por presión.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aclarar en el personal dudas respecto al diligenciamiento de la escala de Braden, debido a que se encuentra variabilidad en los registros y ésta tiene alta confiabilidad y predicción correcta de riesgo de lesiones de piel. Además, incluir las acciones de cuidado que se obtuvieron en la escala, en el plan de cuidados integrales orientando las intervenciones de manera individual. 2. Asegurar una estricta valoración cefalocaudal adecuada y seguimiento continuo del estado de la piel, desde el ingreso del paciente, no solo en los que se identifica riesgo alto, sino en todos, dejando registro de la actividad y las acciones preventivas realizadas según el caso. 3. Tener en cuenta que, aunque los adultos mayores son más vulnerables; la valoración, identificación del riesgo y cambios en la condición clínica del paciente, se deben tener presentes para establecer las estrategias preventivas, independientemente de la edad y sexo. 4. Sensibilizar al personal sobre las medidas preventivas que se deben instaurar desde el ingreso, de acuerdo al riesgo individual, teniendo en cuenta que, aunque el paciente esté alerta, consciente, orientado, no se exime del riesgo. Adicionalmente, los pacientes con diagnósticos o comorbilidades relacionadas con alteraciones hematoncológicas y diabetes mellitus, suponen mayor riesgo y predisposición, por tanto, se debe fortalecer la evaluación, seguimiento e inicio oportuno de medidas preventivas. 5. Fortalecer el adecuado posicionamiento de los pacientes al realizar los cambios de posición cada 2 horas, con especial 	<p>Servicio de Hospitalización</p>	<p>-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería servicio de hospitalización.</p>	<p>Entre agosto y diciembre del 2023.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

		<p>énfasis en dejar libres de presión sacro y talones, asegurando que cada paciente cuente con superficie libre de apoyo o para manejo de presión (colchón antiescaras) además, usar el reloj de cambios posturales en la habitación como medio visual de ayuda.</p> <p>6. Asegurar que los colaboradores realicen rotación con el grupo de CIPHO, 1 vez al año.</p> <p>7. Contar con diferentes medios para que el personal consulte rápidamente los cuidados de acuerdo al riesgo del paciente.</p> <p>8. Solicitar oportunamente apoyo por el equipo multidisciplinario: psicología, psiquiatría, trabajo social, recreación, hospital sin dolor, nutrición, fisioterapia, con el fin de crear un plan individualizado de acuerdo a los riesgos intrínsecos y extrínsecos de los pacientes.</p> <p>9. Realizar observación del cuidado, estrategias utilizadas y medidas preventivas, de acuerdo al riesgo, por medio de rondas y resaltar las prácticas positivas y retroalimentar en caso de identificar desviaciones.</p> <p>10. Fortalecer los registros de enfermería, de manera individualizada, en cada turno, siendo este acorde a los cuidados y medidas preventivas realizadas (no plantillas que permitan copiar y pegar).</p>			
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

<p>3. Evaluar las condiciones de equipos biomédicos y talento humano.</p>	<p>Las instituciones de salud deben velar por la seguridad en las instalaciones físicas, mantenimiento preventivo y correctivo, idoneidad y suficiencia del talento humano, con el fin de proporcionar seguridad en los pacientes. Los equipos biomédicos son un componente vital para brindar una atención de salud segura y más precisa. Tener disponible este tipo de equipos en las instituciones ayudan al personal asistencial en todo el proceso de atención, aseguran un mejor desarrollo de las actividades, como en la movilización y el confort de los pacientes.</p>	<p>1. Realizar inventario de colchón antiescaras disponibles actualmente, verificando el estado del mismo y en caso necesario aumentar la disponibilidad de estos en todo el servicio de hospitalización, con el fin de suplir la necesidad del uso del insumo en todo paciente que tenga riesgo de lesiones por presión</p> <p>2. Realizar, desde gestión humana y salud ocupacional, verificación de funciones y actividades de auxiliares de enfermería, con el fin de determinar si se requiere más personal, debido al aumento de complejidad de los pacientes en los últimos años.</p> <p>3. Renovar o sustituir las camas hospitalarias, en caso de obsolescencia, para garantizar una mejor tecnología y facilitar los cambios de posición de los pacientes.</p>	<p>Servicio de Hospitalización</p>	<p>-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería servicio de hospitalización.</p> <p>Apoyo de:</p> <p>-Líder de Tecnovigilancia</p> <p>- Gestión Humana</p> <p>- Líder médico y coordinador de enfermería de hospitalización.</p>	<p>Entre agosto y diciembre del 2023.</p>
<p>4. Fortalecer la información y educación que se brinda al paciente, familiar y/o cuidador acerca de las medidas preventivas para evitar lesiones por presión.</p>	<p>El involucramiento del paciente, familiar y/o cuidador en el proceso de atención y recuperación de la salud contribuye a fomentar el autocuidado. Sin embargo, para abordarlo es necesario fortalecer la información y la calidad de la misma que se brinda, con el fin de permitir que tanto el paciente como familiar y/o cuidador sean partícipes del cuidado y tengan la posibilidad de tomar decisiones que a la vez sirvan para alertar al personal y contribuyan a generar estrategias preventivas tempranas, encaminadas a disminuir el riesgo de presentarse</p>	<p>1. Realizar talleres al personal asistencial de comunicación asertiva y técnicas para brindar información y educación clara y precisa al paciente y/o familiares, de acuerdo al estilo de aprendizaje de cada uno.</p> <p>2. Destinar tiempo suficiente para orientar la información, educación y cuidados de acuerdo a los riesgos intrínsecos y extrínsecos del paciente, el nivel educativo e impacto emocional, proporcionando material educativo que permita visualizar las medidas preventivas</p>	<p>Servicio de Hospitalización</p>	<p>-Martha Aguirre y Ángela Cardona: jefes de enfermería servicio de hospitalización.</p>	<p>Entre agosto y diciembre del 2023.</p>

lesiones en piel por presión tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario.

para mitigar el riesgo de lesiones por presión.

3. Verificar la comprensión de la información de las actividades generales y específicas que se deben adoptar de acuerdo a la condición individual del paciente, incentivando a realizar preguntas y aclarar dudas que surjan en el proceso de atención y recuperación por medio de demostraciones.

4. Realizar seguimiento a pacientes en los cuales se presente dificultad para la aceptación de los cuidados, mostrándoles los riesgos y registros fotográficos de las complicaciones que se podrían llegar a presentar.

5. Evaluar de forma continua durante la hospitalización el proceso de involucramiento y autocuidado.

6. Asegurar que el plan de cuidados al egreso del paciente incluya recomendaciones y cuidados propios según corresponda de acuerdo a los riesgos internos y externos.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

1. **Nombre del indicador:** Cumplimiento del plan de capacitaciones para disminuir eventos clínicos relacionados con lesiones por presión
Fórmula: Número de colaboradores capacitados / número de colaboradores programados * 100
Unidad: Porcentaje
2. **Nombre del indicador:** Tasa de lesiones por presión en el servicio de hospitalización.
Fórmula: Número de pacientes que desarrollan lesiones por presión en un mes / días de estancia de los pacientes en el servicio de hospitalización*1000
Unidad: Tasa
3. **Nombre del indicador:** Proporción de eventos adversos asociados con lesiones por presión.
Fórmula: Número de eventos adversos asociados con lesiones por presión en el mes / Número total de pacientes atendidos en el mes *100
Unidad: Porcentaje

4. Nombre del indicador: Proporción de pacientes que desarrollan lesiones por presión.
Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes que sufren lesiones por presión en el mes}}{\text{Número de pacientes hospitalizados en el mismo periodo}} * 100$
Unidad: Porcentaje

5. Nombre del indicador: Proporción de pacientes hospitalizados a quienes se les brinda educación sobre prevención de lesiones por presión
Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes hospitalizados quienes refieren que se les brinda educación respecto prevención de lesiones por presión en el mes}}{\text{Número total de pacientes hospitalizados susceptibles a educación en el mes}} * 100$
Unidad: Porcentaje

Fuente: elaboración propia (2023).

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó autorización en esta institución de salud (Clínica Imbanaco), para la realización de este plan de mejora, inicialmente al médico coordinador del servicio de hospitalización y al jefe de enfermería coordinador del área, quienes están de acuerdo con el tema a tratar. También se presentó al director científico quien indicó que no hay dificultades para el desarrollo y el análisis de la información de los datos brindados por la institución. Posteriormente se presentó ante el comité de ética para poder realizar la revisión de historias clínicas, el cual aprobó el desarrollo del proyecto (ver anexo D).

De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993, la realización de este plan de mejora comprende un estudio sin riesgo, debido a que solo se hará revisión de datos de historia clínica y no se tendrá contacto directo con pacientes; teniendo en cuenta lo reglamentado en la resolución 1995 de 1999, la cual establece las normas para manejo de las historias clínicas, manteniendo a su vez la reserva legal y confidencialidad del paciente.

Los resultados obtenidos en este plan de mejora, guardarán a su vez confidencialidad de la institución y se socializarán solo para la universidad.

8. CONCLUSIONES

Para instituciones de salud acreditadas nacional e internacionalmente, asegurar la excelencia en la atención, la calidad y la seguridad del paciente es fundamental; trabajar de manera continua y proactiva en mejorar los procesos tanto asistenciales como administrativos, permite disminuir los riesgos asociados a la atención en salud, además la implementación de barreras de seguridad establecidas por la organizaciones orientadas a reducir los eventos clínicos, conllevan a brindar una atención más segura.

La política de seguridad del paciente, tiene como principal estrategia generar acciones para disminuir los eventos clínicos, estas acciones están basadas en evidencia científica. Pese a que existen muchos estudios e investigaciones acerca de flebitis, caídas y lesiones por presión y los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos son conocidos, no siempre se evalúa el conocimiento del personal asistencial o el cumplimiento de las guías. Si bien, este tipo de eventos clínicos no son los más graves que se puedan presentar en el proceso de atención de los pacientes, sí son de los más frecuentes y todos estos son prevenibles; por tanto, no es un tema menor y se debe seguir fortaleciendo. Por consiguiente, es indispensable asegurar el entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencial, la educación e información de calidad suministrada al paciente y familia, el seguimiento y registros adecuados en la historia clínica del paciente para contribuir al análisis del caso, identificar brechas y proporcionar medidas de seguridad. Es necesario identificar oportunamente el riesgo individual de los pacientes desde el ingreso, hacer seguimiento a los cambios en el estado de salud, para de esta manera controlarlos adecuadamente durante la estancia en la institución. De igual importancia, el seguimiento y valoración más constante a los pacientes que aparentemente no tienen tantos riesgos es fundamental; por lo que, en estos, es claro que también se presentan eventos.

Finalmente, diseñar e implementar un plan de mejora en donde se continúe fortaleciendo constantemente a todos los actores que hacen parte del proceso de atención y recuperación de los pacientes, prácticas y acciones más seguras, contribuye a disminuir la ocurrencia de este tipo de eventos o en su defecto, disminuir el daño que estos puedan causar en el paciente, lo cual, mejora la calidad de la atención, proporciona cuidados centrados en la persona, humanizados, con mayor satisfacción y mejorando la experiencia del paciente.

9. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, la elaboración del plan de mejora y teniendo en cuenta que en la clínica existen grandes controles de seguridad y calidad, la ocurrencia de flebitis, caídas y lesiones por presión se presentan, no solo en pacientes con alto riesgo; por lo tanto, se sugieren las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda la implementación del plan de mejora diseñado en este estudio para cada evento clínico, realizando seguimiento y evaluación a las actividades e indicadores propuestos.
2. Estandarizar el tiempo de inducción del personal de enfermería, con el objetivo de lograr un entrenamiento acorde a los requerimientos del servicio.
3. Asegurar la lectura de las guías, instructivos y registros existentes, los cuales contienen toda la información relacionada para brindar prácticas seguras y disminuir la ocurrencia de este tipo de eventos.
4. Asegurar la estandarización de la guía de práctica clínica, instructivos y políticas de los eventos clínicos, sobre el uso correcto y oportuno de las medidas preventivas, en toda la institución.
5. Reentrenamiento por el grupo experto, de manera anual y obligatoria a todo el personal asistencial frente a flebitis, caídas y lesiones por presión, ya sea por medio de capacitaciones presenciales o cursos virtuales.
6. Contar con disponibilidad del personal del grupo de catéter venoso seguro las 24 horas.
7. Continuar con la realización de estudios de investigación en la institución en donde se incluyan más variables y sea observacional directamente con el personal y los pacientes para caracterizar de manera más específica tanto la población, como los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos.

8. Continuar fortaleciendo en el personal la importancia del reporte de incidentes y eventos clínicos.
9. Reconocer las estaciones de enfermería en las cuales se presenten menos eventos clínicos.
10. Sugerir la modificación del documento de valoración de riesgo de flebitis medidas preventivas (R-GCL-168) en donde se registre, identifique y alerten los riesgos del paciente, y oriente a realizar intervenciones específicas de acuerdo a su puntuación. Y posteriormente socializar con el personal de enfermería.
11. Contar con disponibilidad de central de mezclas y químico farmacéutico 24 horas.
12. Diseñar un modelo de atención de enfermería para que se estandarice de manera transversal todos los procesos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795.
2. Aranaz J.M, Moya C. (2011). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Revista de calidad asistencial*.
3. Ministerio de la sanidad y política social, E. (2009). Estudio IBEAS, prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos En Hospitales de Latinoamérica INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009.
4. Ministerio de la Protección Social. Informe IBEAS. Boletín #2 de Seguridad del Paciente. Sistema de Información para la Calidad. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Bolet%C3%ADn%20%20Observatorio%20de%20Calidad%20en%20Salud.pdf>
5. Quintero, B., Quiroga, F., & Sánchez, M. (2015). Costos de la no calidad en la prestación de la salud relacionados con los eventos adversos
6. Parra, D., Camargo Figeroa, F., & Rey Gomez, R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis. *Enfermería Global*, 159-169. Recuperado el 25 de Noviembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es&tlng=es.
7. Moreno, C. D. L. V., Castillo, G. M. P., Moreno, M. A. M., & Alvarado, D. E. P. (2020). Factores de riesgo de flebitis en un hospital de cuarto nivel en Bogotá-Colombia: estudio de casos y controles. *Revista Neuronum*, 6(2), 74-85.

8. Joaquin-Apaza, A., Vásquez, M. C., & Díaz, S. P. O. (2021). Intrinsic and extrinsic factors associated with phlebitis in hospitalized patients: Systematic Review [Factores intrínsecos y extrínsecos asociados a flebitis en pacientes hospitalizados: Revisión Sistemática]. *Journal of Global Health and Medicine*, 5(2), 26-30.
9. García-Huete, M. E., Sebastián-Viana, T., Lema-Lorenzo, I., Granados-Martín, M., Buitrago-Lobo, N., del Pilar Heredia-Reina, M., & Mota-Boada, M. L. (2016). Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia. *Enfermería Clínica*, 26(2), 96-101.
10. Monsonís-Filella, B., Gea-Sánchez, M., García-Martínez, E., Folguera-Arnau, M., Vilaplana, J. M. G., & Blanco-Blanco, J. (2021). Mejora de la valoración del riesgo y la prevención de las lesiones por presión durante la implantación de una Guía de buenas prácticas clínicas. *Enfermería Clínica*, 31(2), 114-119.
11. Ministerio de la Protección Social 2008. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
12. Santiago-González, N., Morales-García, D., Ibarra-Cerón, M., & López-Jacinto, E. (2019). Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad. *Revista de Enfermería Neurológica*, 18(3), 115-123.
13. Resolución 1446 de 2006. Ministerio de la Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf

14. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Séptima Edición. Octubre del 2020.
15. Hadaway, L. (2012). Short peripheral intravenous catheters and infections. *Journal of Infusion Nursing*, 35(4), 230-240.
16. Alcalde Berganza, M. (2017). Flebitis en el catéter venoso periférico: factores de riesgo y prevención. https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22537/ALCALDE_MAR%C3%8DA_FLEBITIS_TFG.pdf?sequence=1
17. Arias-Fernández, L., Suárez-Mier, B., del Carmen Martínez-Ortega, M., & Lana, A. (2017). Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a catéteres venosos periféricos. *Enfermería Clínica*, 27(2), 79-86.
18. Munive Vera, S. (2021). Revisión sistemática sobre el cuidado de enfermería en paciente con catéter venoso periférico en el servicio de emergencia entre 2010 al 2020.
19. Ferrete-Morales, C., Vázquez-Pérez, M. A., Sánchez-Berna, M., Gilabert-Cerro, I., Corzo-Delgado, J. E., Pineda-Vergara, J. A., ... & Gómez-Mateos, J. (2010). Incidencia de flebitis secundaria por catéter venoso de acceso periférico e impacto de un protocolo de manejo. *Enfermería clínica*, 20(1), 3-9.
20. OMS (2012). Caídas. Suiza: OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>.
21. Fuentes Méndez, A. (2021). Caída del paciente adulto mayor hospitalizado. *Vive Revista de Salud*, 4(12), 239-249.

22. Barbosa, A. D. S., Chaves, E. H. B., Ribeiro, R. G., Quadros, D. V. D., Suzuki, L. M., & Magalhães, A. M. M. D. (2019). Caracterização dos incidentes de quedas de pacientes adultos internados em um hospital universitário. *Revista gaucha de enfermagem*, 40.
23. Ft, R. I., Fernando, L., Ft, G. A., Daniel, A., Esp, Q. A. E., Jazmín, Y., & Molina Eslava, M. D. (2021). Caracterización y factores de riesgo de caídas en un hospital de alta complejidad de Bogotá (Colombia). *Revista ciencias de la salud*, 19(3), 4-18.
24. 23. Alert, S. E. (2015). Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. *The Joint Commission*, 55, 1-55.
25. Patiño, O. J., Aguilar, H. A., & Belatti, A. L. (2018). Úlceras por presión: cómo prevenirlas. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 38(1), 40-46.
26. Hurtado Montoya, D. C. (2016). *Prevalencia de punto de úlceras por presión y nivel de riesgo en el hospital universitario Fundación Santa Fé de Bogotá* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
27. Castiblanco-Montañez, R. A., Agudelo-Turriago, A. M., Salas-Pérez, J. Y., Pérez-Pérez, M. M., & Guzmán-Ruiz, M. Y. (2022). Caracterización de lesiones de piel en una institución de salud en Bogotá. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19(2), 50-60.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes Instruccionales, Guia Técnica "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD".
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.

29. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión del mejoramiento continuo de la calidad. Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad. Colombia, 2016.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>
30. Organización para la Excelencia de la Salud (OES). Gestión Clínica.
<https://oes.org.co/gestion-clinica/>
31. Arango, P. (2012). Gestión clínica no deshumanizada. *Acta Médica Colombiana*, 37(1), 38-40.
32. Planetree International, Inc. Manual de certificación de atención centrada en la persona. Derby, CT: Planetree International, 2020.
http://planetreeamericalatina.org/wp-content/uploads/2021/08/Programa-para-la-Certificacioin-en-Atencioin-Centrada-en-la-Persona-2020-v19-agosto_compressed.pdf
33. Acosta, C. A. A. (2018). La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 13(2).
34. Ley 100 de 1993, Congreso de la República de Colombia.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
35. ANGULO, L. C. S., & EAFIT, U. (2021). EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO: UNA REVISIÓN EN EL MARCO DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD DE 2015.

36. Decreto 1011 de 2006. Ministerio de la Protección Social.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
37. Resolución 0112 del 2012. Ministerio de la Protección Social.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200112%20de%202012.pdf
38. Resolución 0256 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf
39. Decreto 0903 de 2014. Ministerio de Salud y Protección social.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0903-de-2014.pdf>
40. Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección Social.
Bogotá D.C., Enero de 2016.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
41. Modelo Integral de Atención en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>
42. Resolución 3202 de 2016. Rutas Integrales de Atención en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

- 43.** Resolución 2626 de 2019. Modelo de Acción Integral Territorial. Ministerio de Salud y Protección Social.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- 44.** Resolución 1995 de 1999. Ministerio de Salud.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
- 45.** Ley 1751 de 2015. Estatutaria en Salud. Congreso de Colombia.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- 46.** Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
- 47.** Circular externa 000012 de 2016. Superintendencia Nacional de Salud Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad.
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXT%20000012.pdf>
- 48.** Clínica Imbanaco Grupo Quirónsalud. 2021. Nuestra Historia.
<https://www.imbanaco.com/especialidades-y-centro-medico/acerca-de-centro-medico-imbanaco/nuestra-historia/>

49. Clínica Imbanaco Grupo Quirónsalud. 2021. Código de Ética y Buen Gobierno Corporativo. <https://www.imbanaco.com/especialidades-y-centro-medico/acerca-de-centro-medico-imbanaco/codigo-buen-gobierno-corporativo/>
50. Clínica Imbanaco Grupo Quirónsalud. 2021. Organigrama Clínica Imbanaco. <https://www.imbanaco.com/wp-content/uploads/2022/10/Organigrama-Clinica-Imbanaco.pdf>
51. Clínica Imbanaco. 2021. Formulación Estratégica. <https://www.imbanaco.com/especialidades-y-centro-medico/acerca-de-centro-medico-imbanaco/valores-mision-vision/>.
52. Clínica Imbanaco Grupo Quirónsalud. 2021. Servicios a pacientes. <https://www.imbanaco.com/servicios-y-programas/servicios-a-pacientes/>
53. Los 5 mejores hospitales de Colombia según 'América Economía'. (2022, abril 21). El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/hospitales-estos-son-los-5-mejores-de-colombia-segun-america-economia-666846>
54. Gutiérrez Pérez, E. T., Meneses Foyo, A. L., Andrés Bermúdez, P., Gutiérrez Díaz, A., & Padilla Moreira, A. (2022). Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria de salud. *Acta Médica del Centro*, 16(1), 127-140.
55. García-Hedraera, F. J., Noguera-Quijada, C., Sanz-Márquez, S., Pérez-Fernández, E., Acevedo-García, M., Domínguez-Rincón, R., ... & Camacho-Pastor, J. L. (2021). Incidencia y características de las caídas de pacientes hospitalizados: estudio de cohortes. *Enfermería Clínica*, 31(6), 381-389.
56. Rubio, F. E. R. (2020). Eficacia de medidas preventivas para disminuir flebitis química en pacientes de servicio de medicina Hospital público nivel 3. *Revista Científica De Enfermería (Lima, En Línea)[Internet]*, 9(4), 48-64.

57. Morales Guijarro, A. M., Arribas Sancho, P., Díaz Díaz, R., & Guadarrama Ortega, D. (2021). Impacto de la implantación de la guía de buenas prácticas: valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión en ámbito hospitalario. *Gerokomos*, 32(3), 187-192.
58. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. 2015. Proyecto Piloto Multicéntrico. Estrategia Multifactorial “Flebitis Zero”. <https://flebitiszero.com/app/formacion/formacionPdf/Introducci%C3%B3n%20al%20Proyecto%20Flebitis%20Zero.pdf>.
59. R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
60. García Fernández, F. P., Pancorbo Hidalgo, P. L., Soldevilla Ágreda, J. J., & Blasco García, C. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*, 19(3), 136-144.
61. Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71, 127-137.
62. Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Moriana, J. A., ... & Dongil-Collado, E. (2017). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y estrés*, 23(2-3), 124-129.
63. Clínica Imbanaco Grupo Quirónsalud. Mapa de procesos (2021). <https://www.imbanaco.com/wp-content/uploads/2022/10/Mapa-de-procesos-Cli%CC%81nica-Imbanaco.pdf>

TABLAS Y CUADROS

Tabla 15

Listado de medicamentos flebíticos.

<ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir • Ácido Valproico • Adrenalina • Alprostadil • Amiodarona • Anfotericina B • Aztreonam • Ampicilina + Sulbactam 	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrocortisona • Hierro parenteral • Haloperidol • Hidromorfona
<ul style="list-style-type: none"> • Bicarbonato de Sodio 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketoprofeno
<ul style="list-style-type: none"> • Caspofungina • Cefazolina • Cefotaxime • Ceftazidima • Ceftriaxona • Cefuroxima • Ciprofloxacino • Claritromicina • Clindamicina • Cloruro de potasio • Cloruro de sodio >3% • Ceftazidima + avibactam • Ceftarolina • Ceftolozano + tazobactam 	<ul style="list-style-type: none"> • Levosimendan
	<ul style="list-style-type: none"> • Manitol • Medio de contraste • Meropenem • Metilprednisolona • Metocarbamol • Metronidazol
	<ul style="list-style-type: none"> • Nitroprusiato • Norepinefrina • Nutrición parenteral
<ul style="list-style-type: none"> • Dextrosa al 50% • Diazepam • Dipirona • Dobutamina • Dopamina • Doripenem • Daptomicina 	<ul style="list-style-type: none"> • Oncológicos • Oxacilina • Omeprazol
<ul style="list-style-type: none"> • Ertapenem • Esmolol 	<ul style="list-style-type: none"> • Cloruro de Sodio >1.5% • Sulfato de magnesio

- Fenitoína
- Fenobarbital
- Fosfato de potasio
- Furosemida
- Tigeciclina
- Tiopental

-
- Ganciclovir
 - Gentamicina
 - Glicerofosfato de sodio
 - Gluconato de calcio
 - Vancomicina
 - Vasopresina

Fuente: Programa institucional de farmacovigilancia, servicio farmacéutico. Modificación propia (2023).

Cuadro 5

Escala de riesgo de caídas Downton.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DOWNTON – RIESGO DE CAÍDA >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	SI	1
	NO	0
MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTE – SEDANTES	1
	DIURÉTICOS	1
	HIPOTENSORES - NO DIURÉTICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DÉFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	ALTERACIONES VISUALES	1
	ALTERACIONES AUDITIVAS	1
	EXTREMIDADES (ICTUS)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACIÓN	NORMAL	0
	SEGURO CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
CONDICIONES ESPECIALES	NINGUNO	0
	PACIENTE MENOR 6 O MAYOR DE 70 AÑOS	1
	DIAGNOSTICO: VERTIGO, POSTQUIRURGICO EN SUS PRIMERAS 24 HORAS, PATOLOGÍA CORONARIA, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA O PROBLEMAS DE NEUROLOGICOS, SANGRADO DIGESTIVO, NICTURIA, INCONTINENCIA URINARIA, U OTRA QUE FAVOREZCA CAÍDA	1
	PACIENTE HOSPITALIZADO EN UCI	1

Fuente: Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria de salud (54). Modificación propia (2023).

Cuadro 6*Escala de Braden.*

ESCALA DE BRADEN		
MOVILIDAD	COMPLETAMENTE INMOVIL	1
	MUY LIMITADA	2
	LIGERAMENTE LIMITADA	3
	SIN LIMITACIONES	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	COMPLETAMENTE INMOVIL	1
	MUY LIMITADA	2
	LIGERAMENTE LIMITADA	3
	SIN LIMITACIONES	4
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	PROBLEMA SIGNIFICATIVO	1
	PROBLEMA	2
	PROBLEMA POTENCIAL	3
	SIN PROBLEMA APARENTE	4
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	MUY COMPROMETIDO	1
	COMPROMETIDA	2
	ADECUADA	3
	EXCELENTE	4
ACTIVIDAD	ENCAMADO	1
	EN SILLA	2
	CAMINA OCASIONALMENTE	3
	DEMASIADO JOVEN PARA	4
HUMEDAD	PIEL CONSTANTEMENTE HÚMEDA	1
	PIEL MUY HÚMEDA	2
	PIEL OCASIONALMENTE HÚMEDA	3
	PIEL RARAMENTE HÚMEDA	4
NUTRICIÓN	MUY POBRE	1
	INADECUADA	2
	ADECUADA	3
	EXCELENTE	4

Fuente: Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (60). Modificación propia (2023).

Cuadro 7*Escala de Barthel.*

ESCALA DE BARTHEL		
COMIDA	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
LAVADO (BAÑO)	Independiente	5
	Dependiente	0
VESTIDO	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
ARREGLO	Independiente	5
	Dependiente	0
DEPOSICIÓN	Continente	10
	Accidente ocasional	5
	Incontinente	0
MICCIÓN	Continente	10
	Accidente ocasional	5
	Incontinente	0
IR AL RETRETE	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
TRANSFERENCIA (TRASLADO CAMA/SILLÓN)	Independiente	15
	Mínima ayuda	10
	Gran ayuda	5
	Dependiente	0
DEAMBULACIÓN	Independiente	15
	Necesita ayuda	10
	Independiente en silla de ruedas	5
	Dependiente	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0

Fuente: Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel (61). Modificación propia (2023).

Cuadro 8

Evaluación del estado afectivo PHQ 4.

EVALUACIÓN DEL ESTADO AFECTIVO – PHQ4		
SENTIRSE NERVIOSO, ANSIOSO O CON LOS NERVIOS DE PUNTA	PARA NADA	0
	VARIOS DÍAS	1
	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	2
	CASI TODOS LOS DÍAS	3
NO PODER DEJAR DE PREOCUPARSE O NO PODER CONTROLAR LA PREOCUPACIÓN	PARA NADA	0
	VARIOS DÍAS	1
	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	2
	CASI TODOS LOS DÍAS	3
SE HA SENTIDO DECAÍDO, DEPRIMIDO O SIN ESPERANZAS	PARA NADA	0
	VARIOS DÍAS	1
	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	2
	CASI TODOS LOS DÍAS	3
POCO INTERÉS O PLACER EN HACER LAS COSAS	PARA NADA	0
	VARIOS DÍAS	1
	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	2
	CASI TODOS LOS DÍAS	3

Fuente: Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP (62). Modificación propia (2023).

Cuadro 9

Operacionalización de variables relacionadas con caídas.

VARIABLES RELACIONADAS CON CAÍDAS					
Nombre de la Variable	Definición	Tipo de variable	Nivel Operativo	Medida Resumen	Fuente variable
MÓDULO SOCIO DEMOGRÁFICO					
1. Edad	Tiempo en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de hospitalización	Cuantitativa continua	Valores ≥ 1 mes 0: de 1 mes hasta 1 año 1: de 1 a 5 años 2: de 5 a 18 años 3: de 18 a 64 años 4. > a 65 años	Tendencia central y dispersión	Historia clínica
2. Sexo	Sexo indicado en historia clínica	Cualitativa Nominal	0: Femenino 1: Masculino	Porcentaje (%)	Historia clínica
MÓDULO CLÍNICO					
3. Diagnóstico	Diagnóstico descrito en la historia clínica al momento del evento	Cualitativa Nominal	Texto	Nominal	Historia clínica
4. Categoría del Diagnóstico por Sistemas	De acuerdo al diagnóstico, se clasifica según el sistema afectado.	Categorica o Cualitativa	Sistema: 0.Óseo 1.Nervioso Central 2.Cardiovascular 3.Respiratorio 4.Digestivo 5.Urinario 6.Endocrino 7.Hematológico	Porcentaje (%)	Historia clínica

<p>5. Comorbilidad (ANTECEDENTES)</p>	<p>Presencia de una o más enfermedades que concomitan con la enfermedad actual o proceso patológico.</p>	<p>Categórica o cualitativa</p>	<p>Texto</p>	<p>Porcentaje (%)</p>	<p>Historia clínica</p>
<p>6. Estado de conciencia</p>	<p>Estado de conciencia en que se encuentra el paciente durante el evento, según la evaluación diaria en la Nota de Enfermería.</p>	<p>Cualitativa Categórica</p>	<p>0.Alerta-Orientado 1.Alerta-Desorientado 2.Somnoliento 3.Estupor</p>	<p>Porcentaje (%)</p>	<p>Historia clínica</p>
<p>7. Estado de Delirium</p>	<p>Estado mental en el que un paciente está desorientado o tiene una percepción diferente de su entorno, el cual tiene el riesgo de estar expuesto durante la hospitalización y el día del evento.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>0: No 1: Si</p>	<p>Porcentaje (%)</p>	<p>Historia clínica</p>
<p>8. Escala Downton</p>	<p>Escala que se utiliza para valorar el motivo de riesgo mediante un sistema de puntos sobre cinco dimensiones: caídas previas, déficits sensoriales, estado mental,</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>0.Alto 1.Medio 2.Bajo</p>	<p>Tendencia central y dispersión</p>	<p>Historia clínica</p>

	deambulaci3n y medicamentos.				
9. Estado Posoperatorio	Paciente que durante la hospitalizaci3n es llevado a cirugía y posterior a esto ocurre el evento durante un tiempo determinado.	Cualitativa	0.POP INMEDIATO 1. POP MEDIATO 2.POP TARDÍO 3.NA	Porcentaje (%)	Historia clínica
10. Dispositivo ortopédico de ayuda para la movilidad	Paciente que usa dispositivos ortopédicos para la movilidad, traídos de la casa o brindados por la instituci3n, que usa durante el evento (muletas, bast3n)	Cualitativa	0: No 1: Si	Porcentaje (%)	Historia clínica
OTROS					
11. Sitio de Caída	Lugar exacto en donde ocurri3 el evento.	Cualitativa Categ3rica	0: Baño 1: Cerca a la cama 2: Habitación 3: Fuera de la Habitación	Porcentaje (%)	Historia clínica
12. Hora de Caída	Hora en la que ocurri3 el evento.	Cualitativa	0.Madrugada 1.Mañana 2.Tarde 3.Noche	Porcentaje (%)	Historia clínica

13. Acompañante	Tiene acompañante durante el evento.	Cualitativa	0.Si 1.No	Porcentaje (%)	Historia clínica
14. Nota de Educación	Se encuentra registro de nota de educación al ingreso, diaria y el día del evento.	Cualitativa	0.Si 1.No	Porcentaje (%)	Historia clínica
15. Ayuda Diagnóstica Adicional	Se toma ayuda diagnóstica adicional al manejo de base, para verificar lesión o daño ocasionado.	Cualitativa	0.Rayos X 1.TAC 2.RMN 3.Rayos X + TAC 4.TAC + RMN 5.Todas las Ayudas 6.Ninguna	Porcentaje (%)	Historia clínica
16. Clasificación del Evento -	Clasificación de acuerdo al evento sucedido.	Cualitativa	0.Evento sin Daño 1.Evento Adverso 2.Evento Centinela	Porcentaje (%)	Historia clínica

Fuente: Elaboración propia (2023).

Cuadro 10

Operacionalización de variables relacionadas con flebitis.

VARIABLES RELACIONADAS CON FLEBITIS					
Nombre de la Variable	Definición	Tipo de variable	Nivel Operativo	Medida Resumen	Fuente variable
MÓDULO SOCIO DEMOGRÁFICO					
1. Edad	Tiempo en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de hospitalización	Cuantitativa continua	Valores ≥ 1 mes 0: de 1 mes hasta 1 año 1: de 1 a 2 años 2: de 2 a 6 años 3: de 7 a 10 años 4. de 11 a 18 años 5. De 18 a 65 años 6. > a 65 años	Tendencia central y dispersión	Historia clínica
2. Sexo	Sexo indicado en historia clínica	Cualitativa Nominal	0: Femenino 1: Masculino 2: Indiferenciado	Porcentaje (%)	Historia clínica
MÓDULO CLÍNICO					
3. Diagnóstico	Diagnóstico descrito en la historia clínica al momento del evento	Cualitativa Nominal	Texto	Nominal	Historia clínica
4. Categoría del Diagnóstico por Sistemas	De acuerdo al Diagnóstico, se clasifica según el sistema afectado.	Categorica o Cualitativa	Sistema: 0.Óseo 1.Nervioso Central 2.Cardiovascular 3.Respiratorio 4.Digestivo 5.Urinario 6.Endocrino	Porcentaje (%)	Historia clínica

			7.Hematológico		
5. Comorbilidad Asociada	Presencia de una o más enfermedades que concommitan con la enfermedad actual o proceso patológico.	Categorica o cualitativa	0.Diabetes 1.Inmunosupresión 2.Hematoncológica 3.ERC 4.Diabetes-Imunosupresión 5.Ninguna	Porcentaje (%)	Historia clínica
6. Estado de Conciencia	Estado de conciencia en que se encuentra el paciente durante el evento, según la evaluación diaria en la Nota de Enfermería.	Cualitativa Categorica	0.Alerta-Orientado 1.Alerta-Desorientado 2.Somnoliento 3.Estupor	Porcentaje (%)	Historia clínica
7. Escala de Maddox	Escala visual que orienta la severidad de la flebitis, de acuerdo con el número de signos y/o síntomas presentes, intensidad y extensión, evaluada al momento del evento.	Cuantitativa	0: 0 1: 1 2: 2 3: 3 4: 4 5: 5	Porcentaje (%)	Historia clínica

8. Sitio Anatómico de inserción del catéter	Sitio anatómico donde está canalizado el paciente y ocurrió el evento.	Cualitativa	0: Antebrazo Derecho 1: Antebrazo Izquierdo 2: Brazo Derecho 3: Brazo Izquierdo 4: Dorso de Mano Derecha 5: Dorso de Mano Izquierda	Porcentaje (%)	Historia clínica
9. Polimedición Endovenosa	Paciente que se encuentra con más de dos medicamentos flebiticos, administrados por la misma vena antes y durante el evento.	Cuantitativa	1: Si 2: No	Porcentaje (%)	Historia clínica
10. Medicamentos flebiticos	Uso de medicamentos con riesgo de flebitis por su composición o su osmolaridad.	Cualitativa	0: No 1: Si	Porcentaje (%)	Historia clínica
11. Tipo de Flebitis	De acuerdo a su etiología se clasifican en 3 tipos.	Cualitativa	0: Química 1: Mecánica 2: Infecciosa	Porcentaje (%)	Historia clínica
OTROS					
12. Calibre del Catéter	Tamaño del catéter que tiene el paciente en el sitio de la flebitis.	Cualitativa	0: 14 1: 16 2: 18 3: 20 4: 22 5: 24	Porcentaje (%)	Historia clínica
13. Irrigación después de cada Medicamento Endovenoso	Administración de 25 cc de Solución Salina después de cada medicamento endovenoso con	Cualitativa	0: SI 1: NO	Porcentaje (%)	Historia clínica

	riesgo de causar flebitis.				
14. Situación Especial	Paciente que tiene una condición especial, en su anatomía o en su clínica, que lo hace más vulnerable.	Cualitativa	0: Vaciamiento Ganglionar 1: Hemiplejia 2: Fístula Arteriovenosa 3: Tratamiento con QMT endovenosa 4: Hemiparesia 5: Obesidad 6: Ninguno	Porcentaje (%)	Historia clínica
15. Tratamiento Adicional	Uso adicional de tratamiento para mejorar la condición, tratar el evento o diagnosticar posibles daños.	Cualitativa	0: Paños con Sulfato de Magnesio 1: Administración de Antibiótico 2: Ecografía 3: Paños con Sulfato de Magnesio y Antibiótico 4: Paños con Sulfato de Magnesio y Ecografía 5: Paños con Sulfato de Magnesio y Ecografía 6: Todos	Porcentaje (%)	Historia clínica
16. Clasificación del Evento -	Clasificación de acuerdo al evento sucedido.	Cualitativa	0: Evento sin Daño 1: Evento Adverso 2: Evento Centinela	Porcentaje (%)	Historia clínica

Fuente: Elaboración propia (2023).

Cuadro 11

Operacionalización de variables relacionadas con lesiones por presión.

VARIABLES RELACIONADAS CON LESIONES POR PRESIÓN					
Nombre de la Variable	Definición	Tipo de variable	Nivel Operativo	Medida Resumen	Fuente variable
MÓDULO SOCIO DEMOGRÁFICO					
1. Edad	Tiempo en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de hospitalización	Cuantitativa continua	Valores ≥ 1 mes 0: de 1 mes hasta 1 año 1: de 1 a 5 años 2: de 5 a 18 años 3: de 18 a 64 años 4. > a 65 años	Tendencia central y dispersión	Historia clínica
2. Sexo	Sexo indicado en aplicativo de incidentes y eventos adversos e historia clínica	Cualitativa Nominal	0: Femenino 1: Masculino 2: Indiferenciado	Porcentaje (%)	Historia clínica
MÓDULO CLÍNICO					
3. Diagnóstico	Diagnóstico descrito en la historia clínica al momento del evento	Cualitativa Nominal	Texto	Nominal	Historia clínica
4. Categoría del Diagnóstico por Sistemas	De acuerdo al Diagnóstico, se clasifica según el sistema afectado.	Categorica o Cualitativa	Sistema: 1: Óseo 2: Nervioso Central 3. Cardiovascular 4. Respiratorio 5. Digestivo 6. Urinario 7. Endocrino	Porcentaje (%)	Historia clínica

			8.Hematológico		
5. Comorbilidad Asociada	Presencia de una o más enfermedades que concomitan con la enfermedad actual o proceso patológico.	Categoría o cualitativa	0.Diabetes 1.Neurológico 2.Hematológico 3.Osteomuscular 4.Ninguna	Porcentaje (%)	Historia clínica
6. Estado de conciencia	Estado de conciencia en que se encuentra el paciente durante el evento, según la evaluación ítem en la Nota de Enfermería.	Cualitativa Categoría	0: Alerta-Orientado 1: Alerta-Desorientado 2: Somnoliento 3:Estupor	Porcentaje (%)	Historia clínica
7. Evaluación del Estado afectivo PHQ4	Estado de depresión que tiene el paciente durante el proceso del evento. Evaluado según el psiquiatra.	Cualitativa Categoría	0: Leve 1: Moderado 2: Severo 3:No Tiene	Porcentaje (%)	Historia clínica
8. Escala de Braden	Escala que se usa para evaluar el riesgo que tiene el paciente de desarrollar una úlcera por presión. Se aplica diariamente.	Cualitativa	0: Alto 1:Bajo	Porcentaje (%)	Historia clínica
9. Escala de Barthel	Escala usada para realizar la valoración funcional de un paciente y determinar el grado de dependencia.	Cualitativa	0: Independencia 1: Dependencia Leve	Porcentaje (%)	Historia clínica

	Se aplica diariamente.		2: Dependencia Moderada 3: Dependencia Severa 4:Dependencia Total		
10. Escala del Dolor	Paciente que tiene Dolor con EVA >4/10 que pese a tratamiento no se controla.	Cualitativa	0: Si 1:No	Porcentaje (%)	Historia clínica
11. Sitio Anatómico	Parte anatómica del paciente, en donde ocurre el evento durante la hospitalización.	Cualitativa	0: Sacra 1: Trocantérica 2: Talón 3: Pabellón Auricular 4:Glúteo	Porcentaje (%)	Historia clínica
12. Valoración por Nutrición	Paciente que es valorado por la Nutricionista durante la hospitalización, previo al evento.	Cualitativa	0: Si 1:No	Porcentaje (%)	Historia clínica
OTROS					
13. Uso de Pañal -	Paciente que usa pañal durante la hospitalización y previo al evento.	Cualitativa	0: Si 1:No	Porcentaje (%)	Historia clínica
14. Registro de Inicio de Medidas Preventivas	Al detectar el riesgo se inician medidas preventivas al paciente. Se diligencia en la nota de enfermería.	Cualitativa	0: Si 1: No	Porcentaje (%)	Historia clínica

15. Cambios de Posición cada 2 horas	Registro en nota de enfermería de la realización de los cambios de posición al paciente cada dos horas, previo al evento.	Cualitativa	0: Si 1:No	Porcentaje (%)	Historia clínica
16. Nota de Educación	Registro en la historia clínica de nota de educación al ingreso y diaria de cuidados de la piel.	Cualitativa	0: Si 1:No	Porcentaje (%)	Historia clínica
17. Tratamiento Adicional	Uso adicional de tratamiento para mejorar la condición, tratar el evento o disminuir posibles daños.	Cualitativa	0: Valoración por CIPHO 1: Cuidados Básicos de Enfermería 2: Manejo por CIPHO y por Enfermería 3: Intervención Quirúrgica 4:Todas	Porcentaje (%)	Historia clínica
18. Clasificación del Evento -	Clasificación de acuerdo al evento sucedido.	Cualitativa	0: Evento sin Daño 1: Evento Adverso 2:Evento Centinela	Porcentaje (%)	Historia clínica

Fuente: Elaboración propia (2023).

Cuadro 12

Resumen de artículos consultados.

NOMBRE DEL ARTÍCULO	AUTOR – AÑO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA/MÉTODO	RESULTADOS
1. Costos de la no calidad en la prestación de la salud relacionados con los eventos adversos	Quintero, Bárbara Quiroga, Francisco Sánchez, Melisa. Cali- Colombia, 2015	Determinar los costos generados por la No calidad en los servicios de hospitalización asociado a los reportes de eventos adversos.	Investigación es de tipo descriptivo de corte transversal, el período comprendido entre el mes de Enero a Junio 2014	En este periodo se reportaron 245 eventos adversos, para los cuales nuestro universo poblacional y muestra estuvo constituido por 56 eventos adversos, generados en el servicio de hospitalización	El 3% de la facturación global de la Institución se debe a la ocurrencia de los eventos adversos, siendo las mujeres las más propensas de ocurrencia de eventos adversos con un 77% de incidencia, el grupo etáreo de mayor número (45%) fueron los mayores de 65 años y el evento adverso que mayor número de reportes se genero fue relacionado a la atención de salud (37%), el de mayor impacto económico fueron los eventos relacionados a reintervenciones quirúrgicas.
2. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas	Parra, D.I; Camargo-Figuera, F.A; Rey Gómez, R. Bucaramanga- Colombia, 2012.	Describir la incidencia de algunos eventos adversos relacionados con las acciones de Enfermería en una institución de salud de tercer nivel de atención.	Prueba piloto de un estudio de cohorte	Fueron incluidos 198 pacientes que habían ingresado por urgencias, con permanencia entre 6 hasta 24 horas y mayores de 18 años de edad. Fue aplicado al ingreso y durante toda la hospitalización un instrumento general que evaluaba posibles factores de riesgo y la ocurrencia para cada evento adverso: úlceras por presión, caídas, flebitis y retiros de dispositivos terapéuticos.	La incidencia de eventos adversos durante la prueba piloto del estudio fue de 16.16% (n=32, IC95%= 11.32-22.04). De los pacientes que realizaron eventos adversos el 65.63% (n=21) presentó un evento; el 25% (n=8) dos eventos y el 9.38% (n=3) tres eventos. Entre todos los eventos adversos presentados el evento más frecuente fueron las úlceras por presión.
3. Factores de riesgo de flebitis en un hospital de cuarto nivel en Bogotá-Colombia: estudio de casos y controles	Constanza Dennys Lintsay Villalba Moreno, Ginna Marcela Prieto Castillo, Mauricio Andrés Murillo Moreno, Diego Enrique Prieto Alvarado. Colombia, 2020	Establecer los factores asociados al desarrollo de flebitis en pacientes adultos atendidos en una institución hospitalaria de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá-Colombia, en el año 2017.	Estudio de casos y controles	Entre los meses de enero y agosto de 2017, se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes mayores de 18 años hospitalizados en los pabellones del Hospital San José, Sociedad de Cirugía de Bogotá, que tuvieran al menos un acceso venoso periférico. Se incluyeron 405	Los casos reportaron una edad promedio de 55.9 años y los controles de 54.1 años. El 52% de los pacientes (211/405) de sexo masculino, las edades oscilaron entre 18 y 96 años con una mediana de 57. El tiempo de estancia hospitalaria osciló entre 1 y

				<p>sujetos, de los cuales 201 fueron clasificados como casos y 204 como controle</p>	<p>139 días, y su mediana fue de 7 días. En cuanto a los días de catéter estos tiempos variaron entre 1 y 11 días, y su mediana fue de 2 días. Los calibres del catéter venoso periférico (CVP) estaban entre el número 14 y el número 24, con una mediana, tanto en los casos como en los controles, de 20. El análisis bivariado permitió establecer asociaciones significativas para el uso de antibióticos (OR: 2,36; IC 95%: 1,55-3,61) y específicamente se documentaron asociaciones con cefepime (OR: 5.9; IC95%: 1.99-17.49) claritromicina (OR: 1.74; IC 95%: 0.38-8.02) y vancomicina (OR: 2.87; IC 95%: 0.99-8.34). Adicionalmente, se estableció un mayor riesgo para los pacientes con antecedente de diabetes mellitus (OR: 1,89; IC 95%:1,10-3,27) el esparadrappo se considera un factor de riesgo (OR: 2,37; IC 95% 1.08-5.53) y se identificaron dos factores protectores: curación (OR: 0.33; IC95%: 0.20-0.56), uso de lámina transparente (OR: 0.26; IC95%: 0.10-0.62). Los estimadores para cada variable, con su respectivo intervalo de confianza y valor p.</p>
<p>4. Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia</p>	<p>García-Huete, M. E., Sebastián-Viana, T., Lema-Lorenzo, I., Granados-Martín, M., Buitrago-Lobo, N., del Pilar Heredia-Reina, M., & Mota-Boada, M. L.</p>	<p>Evaluar la evolución de las caídas con las medidas implementadas para mejorar la atención de los pacientes de riesgo y disminuir el número de caídas. Conocer las características de los pacientes que han sufrido.</p>	<p>Estudio de mejora de la calidad</p>	<p>Se realizó un análisis de todas las caídas registradas entre 2008-2013 para determinar la evolución de estas y describir las medidas implantadas a partir de la historia clínica electrónica. Se estimó la incidencia de caídas en pacientes hospitalizados y se estudió la evolución con el test de chi</p>	<p>Se produjeron 445 caídas registradas en total. El 2009 es el año en el que se producen más caídas con 86 caídas en 15.819 pacientes dados de alta (0,55%) descendiendo hasta el 2013 a 55 caídas en los 15.052 pacientes dados de alta</p>

	España, 2016			cuadrado. Se presentaron las frecuencias de las características de los pacientes que sufren caídas.	(0,37%). Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa.
5. Mejora de la valoración del riesgo y la prevención de las lesiones por presión durante la implantación de una Guía de buenas prácticas clínicas	Benjamí Monsonís-Filella a, Montserrat Gea-Sánchez b c d, Ester García-Martínez b, Mercè Folguera-Arnau a b c, Josep Maria Gutiérrez Vilaplana b c e, Joan Blanco-Blanco b c d España, 2020	Evaluar los indicadores de calidad asistencial en lesiones por presión (LPP) antes y tras 6 meses de la implantación de la Guía de buenas prácticas clínicas de la <i>Registered Nurses Association of Ontario</i> en la unidad geriátrica del Hospital Universitario Santa María de Lleida.	Estudio observacional descriptivo longitudinal a lo largo de la implantación de 12 de las recomendaciones de la GBPC Valoración del riesgo y la prevención de lesiones por presión de la RNAO	El estudio incluyó a todos los pacientes ingresados en la unidad geriátrica del HUSM de Lleida durante el período de estudio, excluyendo aquellos que permanecieron ingresados un tiempo inferior a un día. Durante el año 2014, previo a la implantación de la guía, ingresaron en la unidad un total de 710 pacientes, de los cuales un 10% (n = 71) fueron incluidos en el estudio. Posteriormente a la implantación el número de ingresos disminuyó registrándose durante el año 2015 un total de 661 pacientes, incluyéndose en el estudio un 12,56% (n = 83).	Se incluyeron un total de 154 sujetos, siendo mayoritariamente mujeres (57%), edad media de 86 años y estancia media de 8 días. Con la implantación de la guía globalmente se consiguió mejorar los indicadores de calidad, aunque no en todos los casos con significación estadística. Los indicadores de calidad: la incidencia de LPP disminuyó un 14,54%, las valoraciones del riesgo de LPP a las 24 horas de ingreso aumentaron un 2,90% y las periódicas en función del riesgo un 280,35%, registrando un 48,19% frente al 12,67% de la situación basal, y el registro de superficies especiales en el manejo de la presión aumentó un 13,33%.
6. Flebitis en catéter venoso periférico: Factores de riesgo y prevención	María Alcalde Berganza. España, 2017	Identificar los factores de riesgo de la flebitis relacionados con el catéter venoso periférico descritos en la literatura y las principales medidas de prevención.	Diseño cercano a una revisión crítica de la literatura	La metodología llevada a cabo sigue un proceso planificado y estructurado con la pertinente búsqueda exhaustiva en la literatura. Se accedió a diversas bases de datos, organizaciones basadas en la evidencia y revistas de distinta índole para la selección y el análisis crítico de la información.	Se realizó análisis del 100% de los textos seleccionados en la muestra final, siendo el 25% guías de práctica clínica, y el 75% restante, artículos de revistas originales o revisiones. Dentro de este grupo, el 50% se corresponde con estudios prospectivos, el 16.67% con estudios descriptivos cuantitativos y el 5.56% con artículos de diversa índole. De los estudios prospectivos, el 66.67% se identifican como estudios de cohortes. La mayoría de textos están comprendidos del 2010 en adelante, no obstante encontramos 7 textos que

					abarcan del 2004 al 2009. Existen numerosos factores de riesgo capaces de influenciar el desarrollo de la flebitis, destacando los factores relacionados con el paciente, con el catéter, con la medicación y con la actuación enfermera
7. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica	Proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud. 2009	1.- Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los Efectos Adversos (EA) y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables. 2.- Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los efectos adversos. 3.- Incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente. 4.- Incorporar a la agenda de todos los países, en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.	Estudio observacional analítico de corte transversal. Complementariamente, estudio de seguimiento para estimar la incidencia de EA en una muestra de los sujetos del estudio.	La muestra seleccionada consistió en 11.555 pacientes censados como ingresados en un total de 58 hospitales incluidos en el estudio. El muestreo de los hospitales fue por conveniencia. Se solicitó a los países que pidieran la colaboración de al menos 5 hospitales de gran tamaño (más de 300 camas) para la realización del estudio, para asegurar un tamaño muestral de alrededor de 2000 pacientes por país. Se realizó un estudio de incidencia y un estudio de prevalencia.	La incidencia global de pacientes con algún EA fue de un 19,8%. La incidencia de EA fue de 28,9%. Los EA detectados estaban relacionados con los cuidados en un 16,24%, con el uso de la medicación en un 9,87%, con la infección nosocomial en un 35,99%, con algún procedimiento en un 26,75% y con el diagnóstico en un 5,10%. Los 5 EA más frecuentes fueron las úlceras por presión (8,92%), las infecciones de herida quirúrgica (7,96%), las neumonías nosocomiales (6,37%), sepsis o bacteriemia (6,37%) y las flebitis (5,73%), acumulando un total del 35,4% de los EA identificados. Al igual que en el estudio de prevalencia, es prioritario actuar sobre la infección nosocomial así como sobre EA relacionados con los cuidados. El 61,2% de los EA aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 10,4 días. Un 8,9% de los EA causaron un reingreso. Un 65% de los EA se consideraron evitables. El 61% de las infecciones nosocomiales y un 57% de los EA relacionados con un procedimiento se podrían haber evitado. Actuando sólo sobre estos dos problemas se

					podrían disminuir los EA en casi un 40%.
8. Factores intrínsecos y extrínsecos asociados a flebitis en pacientes hospitalizados: Revisión Sistemática	Abigail Joaquín-Apaza, Mónica Cárdenas Vásquez, Silvia Patricia Oyola Díaz. Perú, 2021	Analizar el desarrollo de la evidencia científica sobre los factores intrínsecos y extrínsecos asociados a la flebitis en pacientes hospitalizados	Revisión Sistemática	Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos de los últimos diez años. De un total de 64 artículos, se incluyeron 9 de los cuales 2 en inglés y 7 en portugués, cuyos resultados fueron que existen factores intrínsecos propios del paciente, factores extrínsecos que corresponden a factores que pueden ser evitables por el profesional de enfermería al ser identificados.	La flebitis es considerada un indicador de la calidad del servicio de enfermería. En el transcurso de la revisión del artículo se han identificado múltiples factores relacionados con la flebitis, por lo que se deben tomar medidas preventivas, correctivas y educativas en las áreas donde se manipulen los accesos venosos, impidiendo futuras complicaciones, así como mejorar la calidad de atención reflejada. En los indicadores de flebitis con un resultado cero como meta.
9. Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad	Santiago-González, N., Morales-García, D., Ibarra-Cerón, M., & López-Jacinto, E. México, 2019	Describir el grado de cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad.	Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con técnica de muestreo aleatorio simple.	Se aplicó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, de la Agency for Healthcare Research and Quality. Bajo las pautas SQUIRE para mejorar la atención médica.	El porcentaje general del grado de cultura de seguridad del paciente fue 45.1%, la percepción del personal sobre el grado de seguridad global del paciente 8.1/ 10. La fortaleza principal: Trabajo en equipo con 75.3%. Variables críticas: Personal, dotación, suficiencia y gestión (28.8%), Problemas en cambios de turno (34.8%) y Respuesta no punitiva a errores (21.5%).
10. Promoción de una cultura de seguridad como estrategia de seguridad del paciente.	Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013).	Identificar y evaluar las intervenciones utilizadas para promover la cultura de la seguridad o el clima en entornos de cuidados agudos.	Revisión sistemática.	Los autores buscaron en MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Cochrane y EMBASE para identificar estudios en lengua inglesa publicados desde enero de 2000 hasta octubre 2012. Seleccionaron estudios dirigidos a trabajadores de la salud que ejercen en entornos de pacientes hospitalizados e incluyeron datos sobre el cambio en la cultura o el clima de seguridad del paciente después de una intervención específica. Dos evaluadores	Ocho estudios incluyeron ejecutivos en rondas de caminata o rondas interdisciplinarias; 8 evaluaron intervenciones multicomponentes basadas en unidades; y 20 incluyeron entrenamiento en equipo o iniciativas de comunicación. Veintinueve estudios informaron alguna mejora en la cultura de seguridad o los resultados de los pacientes, pero midieron los resultados

				<p>examinaron de forma independiente 3679 resúmenes (que produjeron 33 estudios elegibles en 35 artículos), extrajo los datos del estudio y calificó la calidad del estudio y solidez de la evidencia.</p>	<p>fueron muy heterogéneos. La fuerza de la evidencia fue bajo, y la mayoría de los estudios fueron evaluaciones previas y posteriores de calidad baja a moderada. Dentro de estos límites, la evidencia sugiere que las intervenciones pueden mejorar las percepciones de la cultura de seguridad y potencialmente reducir el daño al paciente.</p>
<p>11. Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a catéteres venosos periféricos</p>	<p>Loreto Arias-Fernández, Belén Suárez-Mier, María del Carmen Martínez-Ortega, Alberto Lana. España, 2017.</p>	<p>Determinar la incidencia de flebitis y los factores de riesgo relacionados con el cuidado de los catéteres venosos periféricos (CVP).</p>	<p>Estudio de cohortes prospectivo</p>	<p>Se incluyeron 178 CVP que fueron observados diariamente hasta su retirada. La ocurrencia de flebitis fue medida con la escala visual de flebitis por infusión, que permite distinguir entre grado i (posible flebitis) y grado ii (flebitis). También se recogió el diagnóstico de flebitis que realizó de forma independiente el personal de enfermería de las unidades. Por último, se obtuvo información sobre la inserción y el cuidado del CVP. Se calculó la incidencia de flebitis y la validez de los diagnósticos realizados en la unidad y, mediante regresión logística, se identificaron los factores de riesgo de flebitis.</p>	<p>El 5,6% de los CVP presentaron flebitis, el 21,3% posibles flebitis y el 11,2% flebitis según el criterio del personal enfermero. La sensibilidad de los profesionales para diagnosticar flebitis fue del 100%, la especificidad, del 94%, y el valor predictivo positivo, del 50%. Después de controlar los potenciales confusores, la utilización de alargadera como accesorio del CVP incrementó el riesgo de flebitis (odds ratio: 4,8; p = 0,04) e insertar un catéter de calibre 22/24 gauges lo disminuyó (odds ratio: 0,2; p = 0,02).</p>
<p>12.Revisión sistemática sobre el cuidado de enfermería en paciente con catéter venoso periférico en el servicio de emergencia entre 2010 al 2020</p>	<p>Munive Vera, Selmira. Lima - Perú, 2021.</p>	<p>Analizar los estudios relacionados con los cuidados de enfermería en pacientes con catéter venoso periférico en el servicio de emergencia, 2010- 2020.</p>	<p>Revisión sistemática no experimental y prospectiva desde el año 2010 al 2020</p>	<p>Se identificaron 40 artículos revisados en las bases Google académico, Scielo, Dialnet, Elseiver, Ebsco, Proquest y Pubmed, utilizando el operador booleano "and" y ecuaciones de búsqueda; asimismo está constituido con un 30% en español, 45% en inglés y en portugués un 25%.</p>	<p>Los resultados evidenciaron la carencia de investigación a nivel nacional respecto a cuidados de enfermería en pacientes con catéter venoso periférico; así como la falta de aplicación de los protocolos a seguir por el personal de enfermería establecidos por algunos establecimientos de salud. En adición a ello, se refiere la existencia de</p>

					procedimientos del uso del CVP guiado por ultrasonido en otros países donde la tecnología e infraestructuras de los centros de salud son mejores a comparación con nuestros hospitales a nivel nacional, donde no contamos con las herramientas necesarias. Se concluye que es necesario que las autoridades de los centros de atención de salud brinden herramientas, capacitaciones y evaluaciones sobre el procedimiento de uso correcto del CVP y que a la vez se promueva un protocolo estandarizado a seguir por todo el personal de enfermería en los diferentes centros de atención de salud.
13 Incidencia de flebitis secundaria por catéter venoso de acceso periférico e impacto de un protocolo de manejo	Ferrete-Morales, C., Vázquez-Pérez, M. A., Sánchez-Berna, M., Gilabert-Cerro, I., Corzo-Delgado, J. E., Pineda-Vergara, J. A., & Gómez-Mateos, J. 2010	Evaluar el impacto de un protocolo de manejo de catéteres sobre la incidencia de flebitis causadas por catéteres venosos de acceso periférico (FCVAP) y analizar los factores relacionados con su desarrollo en pacientes hospitalizados.	Estudio descriptivo, retrospectivo	Desde septiembre de 2002 hasta diciembre de 2007 se incluyeron prospectivamente 3.978 episodios de canalizaciones venosas. Se implantó progresivamente un protocolo de manejo de catéteres, se determinó la incidencia de FCVAP y se analizaron las variables asociadas a su desarrollo.	La incidencia de FCVAP fue 4,8%;4,3%;3,6%;2,5%;1,3% y 1,8% desde 2002 hasta 2007 ($p<0,001$). Para vías periféricas, amiodarona (Odds ratio ajustada [ORA] 25,97; IC del 95%: 7,29 – 92,55, $p=0,0001$), cefotaxima (ORA 2,90; IC del 95%: 1,29 – 6,52, $p=0,01$) y el turno de colocación de la vía (ORA para turno de mañana vs. noche 0,60; IC del 95%: 0,35 – 1,02, $p=0,063$) se asociaron independientemente con FCVAP. Para las vías centrales de acceso periférico se asoció de manera independiente con FCVAP únicamente el antecedente de flebitis (ORA 3,24; IC del 95%: 1,05 – 9,98, $p=0,04$).
14. Caída del paciente adulto mayor hospitalizado	Alicia Fuentes Méndez. Bolivia, 2021.	Proponer un protocolo de atención de enfermería para contribuir a prevenir la caída	Investigación documental bajo el análisis mixto de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo,	Aplicación de las técnicas de encuesta, entrevista y revisión de historiales clínicos del primer semestre de la gestión 2020.	La revisión de historiales clínicos evidenció el 10% de caídas, la encuesta aplicada reveló el 40% de factores

		del adulto mayor durante su estadía hospitalaria.	a través del método empírico.		extrínsecos, el 60% factores intrínsecos presentes y latentes en el hospital que ocasionan la caída, a la entrevista a pacientes adultos mayores manifiestan que por la sobrecarga de actividades y demanda de pacientes el profesional de enfermería no coadyuva con las necesidades de salud que ellos requieren, se sienten solos y abandonados
15. Caracterización de incidentes de caídas en pacientes adultos ingresados en un hospital universitario	Amanda da Silveira Barbosa, Enaura Helena Brandão Chaves, Rubia Guimarães Ribeiro, Deise Vacario de Quadros, Lylam Midori, Ana Maria Müller de Magalhães. Brasil, 2019.	Evaluar las notificaciones y caracterizar los incidentes de caídas entre pacientes adultos hospitalizados en unidades clínicas y quirúrgicas de un hospital universitario de la región sur del país, de 2011 a 2014.	Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo con enfoque cuantitativo.	La población estuvo constituida por pacientes adultos ingresados en estas unidades entre enero de 2011 y diciembre de 2014. Formaron parte de la muestra todas las notificaciones de caídas en el período definido. El tamaño de la muestra se calculó considerando un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 3%, comprendiendo 1112 notificaciones durante el período de estudio. Los datos fueron recolectados en el Sistema de Información Gerencial (GI) y en la base de datos del Grupo Caídas de la institución desde diciembre de 2016 hasta diciembre de 2017, a través de un instrumento con las variables que componen el formulario estándar utilizado hasta ese momento en la institución.	La tasa de incidencia de caídas en el período estudiado fue de 1,61 caídas/1000 pacientes/día en 2011, 2,03 en 2012, 1,83 en 2013 y 1,62 en 2014, mostrando poca variación. Se identificaron un total de 1.112 informes de caídas en las unidades de hospitalización clínica y quirúrgica de adultos entre enero de 2011 y diciembre de 2014. Se encontró que el mayor número de informes de caídas ocurrió en 2012, 372 (33,5%). El grupo de edad predominante fue el de 60 a 69 años, con 251 (23,5%) notificaciones, seguido de 70 a 79 años con 220 (20,6%) notificaciones y 50 a 59 años con 217 (20,4%) notificaciones. Las pacientes del sexo femenino presentaron mayor número de reportes de caídas, 629 (54,9%). El número de caídas relatadas en el turno de noche fue de 423 (43,9%), significativamente mayor cuando comparado a los demás turnos ($p < 0,001$). La severidad de daño predominante fue "sin daño", con una frecuencia de 771

					(69,4%) notificaciones, y no se realizó notificación de grado cuatro (muerte)
16. Caracterización y factores de riesgo de caídas en un hospital de alta complejidad de Bogotá (Colombia)	Luis Fernando Rodríguez Ibagué, Andrés Daniel Gallego-Ardila, Yudy Jazmín Quiroga Ardila, Helga Idaly Molina Eslava. Colombia, Bogotá, 2021.	Caracterizar las caídas de pacientes ocurridas entre 2013 y 2016, y sus factores asociados en un hospital de alta complejidad de Bogotá (Colombia).	Estudio observacional retrospectivo	Se realizó basado en el registro de caídas que ocurrieron en el periodo de análisis en un hospital de alta complejidad. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de regresión logística binaria.	De 951 caídas que ocurrieron entre 2013 y 2016, el 63.1% se clasificó como eventos adversos. Según la gravedad, el 54.2% fue "moderado" y "severo". De la muestra de pacientes, el 53.0% fue hombres, el 65.5% tenía 65 o más años (mediana=71 años; mínimo=16 años y máximo=98 años), el 23.2% tenía alguna enfermedad del sistema circulatorio. Se asoció con un mayor riesgo para una caída que culmina en evento adverso: ser mujer (ic95%; or =1.08-1.87), el turno laboral noche (ic95%=1.09-2.03) y las especialidades clínicas (ic95%=1.36-4.84) y quirúrgicas (ic95%=1.14-4.46). Conclusión: las caídas de pacientes son un evento adverso importante de intervenir en las instituciones hospitalarias. Se identificaron elementos intrínsecos, principalmente la edad, y extrínsecos, el turno laboral y la especialidad médica, relacionados con la probabilidad de generar un daño en el paciente ante una caída.
17. Prevalencia de punto de úlceras por presión y nivel de riesgo en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.	Diana Carolina Hurtado Montoya, Sandra del Pilar Torres. Colombia, 2016.	Identificar la prevalencia de punto y cuál es la presencia de los factores de riesgo asociados a úlceras por presión en los pacientes hospitalizados del Hospital	Estudio epidemiológico cuantitativo, de tipo transversal, cross sectional (de prevalencia).	Tamaño de la muestra: 211 camas para pacientes adultos hospitalizados en total. Se tomó de forma aleatoria un número de 1 a 30 días que correspondía a un mes y se realizó la valoración de cada paciente hospitalizado	En cuanto al género de las 186 observaciones, el 50% corresponde a mujeres y el 50% corresponde a hombres. Dentro de los grupos de diagnósticos que presentaban mayor

		Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá		(recolección de datos) en un (1) día. El día valorado fue el 1 de diciembre de 2015. La información se recogerá a través de la aplicación de un instrumento que fue adaptado de la European Pressure Ulcer Advisory Panel que se aplicará a la totalidad de pacientes que se encuentren hospitalizados al momento de la medición.	frecuencia era los de tipo oncológico e inmunológico con el 27.96%, seguidos de los de tipo gastrointestinal con un 20.97%, y con 8.60% respectivamente para patologías de origen cardiovascular y respiratorio siendo los diagnósticos inmunológicos y neurológicos factores de riesgo importantes para el desarrollo de úlceras por presión. El nivel de riesgo de desarrollar úlceras por presión previa aplicación de la Escala de Braden, se observó que el 5.38% de los pacientes de las 186 observaciones presentaba riesgo Alto, el 86.56% riesgo Bajo, el 4.30% riesgo Moderado y el 3.76% riesgo muy alto. En el análisis bivariado de los 16 paciente que presentaron úlceras por presión tienen una mediana 69.5 años, con mínima de 30 años y máxima de 88 años. Aunque las edades parecen ser diferentes, es decir, que son mayores los del grupo de pacientes con úlceras contra los que no tuvieron úlceras pero no se ve una diferencia significativa estadísticamente ($p=0.0837$).
18. Caracterización de lesiones de piel en una institución de salud en Bogotá	Ruth Alexandra Castiblanco-Montañez, Ángela María Agudelo-Turriago, Jenny Yasmin Salas-Pérez, Margarita Pérez-Pérez, Melany Yailyn Guzmán-Ruiz. Colombia, 2022.	Describir las características de las lesiones de piel que ocurren como evento adverso al cuidado clínico en una institución de salud de IV nivel de complejidad.	Estudio descriptivo de corte transversal	Se tomaron 50 historias clínicas correspondientes a un periodo de 12 meses, de pacientes que estuvieron hospitalizados; en los que se valoró la historia desde la primera valoración y las siguientes a esta cada 7 días según protocolo institucional y por medio de la escala de Braden.	El tipo de lesión de piel más frecuente son las úlceras por presión con 24 casos (40%), el lugar anatómico de lesión más reportado fue la región sacra con un 40% seguido del 30% que tenían más de una localización. En el 94% ($n=47$) de los casos las consecuencias del evento ocasionaron a los pacientes tratamientos y

					procedimientos adicionales con un desenlace moderado. Las lesiones de piel más frecuentes fueron las úlceras por presión, puesto que este evento adverso representa un indicador de calidad del cuidado de enfermería.
19.Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria de salud	Gutiérrez Pérez, E. T., Meneses Foyo, A. L., Andrés Bermúdez, P., Gutiérrez Díaz, A., & Padilla Moreira, A. (2022).	Comparar las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída en el adulto mayor.	Estudio analítico y transversal.	Se seleccionaron por muestreo aleatorio simple 61 individuos del total de adultos mayores dispensarizados. Se recolectaron los datos procedentes de las historias clínicas en una guía elaborada con fines investigativos. En el análisis estadístico se emplearon las pruebas de independencia de Chi cuadrado y la V de Cramer; se modificó la escala de Tinetti mediante punto de corte óptimo por curva ROC y se comparó con la escala de Downton y con la prueba de Mc Nemar y el índice de Kappa.	El riesgo a caer aumenta con la edad y es mayor en el sexo femenino. Son factores de riesgo a caer la caída previa, la deambulacion dificultosa, el uso de medicamentos y el déficit sensorial. Hubo relación significativa de la edad y el sexo respecto a la clasificación a caer en ambas pruebas. La caída previa y la deambulacion no normal mostraron una correlación fuerte. Ambas pruebas resultaron ser significativamente iguales, con buena concordancia e índice de Kappa de 0,704.
20.Incidencia y características de las caídas de pacientes hospitalizados: estudio de cohortes.	García-Hedrerá, F. J., Noguera-Quijada, C., Sanz-Márquez, S., Pérez-Fernández, E., Acevedo-García, M., Domínguez-Rincón, R., ... & Camacho-Pastor, J. L. (2021).	Estimar la incidencia de caídas y conocer sus características en cuanto a localización, temporalidad y lesiones producidas, y analizar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que sufren caídas.	Estudio observacional de cohortes retrospectivo.	En un hospital de nivel 2 del Servicio Madrileño de Salud. Se estudiaron las caídas de pacientes hospitalizados entre el 1 de julio de 2018 y el 30 de junio de 2019. Se estimó la tasa de incidencia de caídas por 1.000 días de estancia considerando una distribución de Poisson. Se describen las características de las caídas: temporalidad, lesiones producidas, localización de las lesiones y pauta de fármacos. Se registraron características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que sufrieron una caída. Se realizó un análisis univariante para comparar los	Se estudiaron 132 caídas, que suponen una tasa de 1,61 caídas por 1.000 días de estancia. Hombres, edad avanzada e ingreso a cargo de una especialidad médica presentó una tasa de caída significativamente mayor. Los pacientes que sufrieron una caída tienen una edad media de 77,5 años (DE 11,7), y tuvieron pautados una mediana de 12,5 fármacos (RIC 9,25-15). El 63,6% de las caídas no presentan lesión alguna. Solo se encontró diferencia en cuanto

				resultados por sexos. Todos los datos se han obtenido de registros de la historia clínica electrónica.	al género en la situación en la que se produce la caída.
21. Eficacia de medidas preventivas para disminuir flebitis química en pacientes de servicio de medicina Hospital público nivel 3.	Rubio, F. E. R. (2020).	Determinar la eficacia de medidas preventivas en flebitis química de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina a y b del hospital Cayetano Heredia durante el periodo enero 2018 a Julio 2018.	Estudio Experimental.	Fue un Estudio experimental de comparación de resultados del grupo intervenido(X) y grupo control (Y), conformado por 104 pacientes mayores de 14 años, con catéter venoso periférico colocado en los servicios de medicina A y B del hospital Cayetano Heredia.	Los resultados fueron que el 84.9% de los pacientes adultos de los servicios de hospitalización de medicina A y B del hospital Cayetano Heredia, que participaron en el grupo control presentó Flebitis química, mientras que en el grupo experimental dicho porcentaje fue del 21.6%. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa (p=0.000). El grupo que presentó mayor casos de flebitis es el de 60 a más (adulto mayor) con 57 %, y el grupo de adulto maduro (30 a 59años) presento 33.7%, en cuanto al género se encuentra al sexo femenino con más incidencia de flebitis, las patologías asociadas a la flebitis química son diabetes, tumor sólido y patología hematológicas. S
22. Impacto de la implantación de la guía de buenas prácticas: valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión en ámbito hospitalario. Gerokomos, 32(3), 187-192.	Morales Guijarro, A. M., Arribas Sancho, P., Díaz Díaz, R., & Guadarrama Ortega, D. (2021).	Evaluar la implantación de la guía de buenas prácticas (GBP): Valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión (LPP) en el ámbito hospitalario, en la unidad de medicina interna del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) de la Comunidad de Madrid.	Estudio experimental.	Estudio cuasiexperimental pre-post donde se evalúan los indicadores de evaluación antes (2017) y después (2019) de la implantación de la GBP. Variables: LPP intrahospitalarias, valoración y revaloración del riesgo de LPP, aplicación de superficies de control de presión en pacientes con riesgo de LPP, momento de desarrollo de LPP y categorías de lesiones desarrolladas.	La muestra analizada fue de 764 pacientes. La incidencia de LPP en 2017 fue del 2,70%; en 2018, del 6,1%, y en 2019, del 4,1%. La valoración del riesgo de LPP en 2017 fue de 94,59% frente a un 98,57% en 2019. La revaloración del riesgo pasó de un 0% antes de la implantación de la guía a un 94,3% tras su implantación. La aplicación de superficies especiales de manejo de presión en 2017 fue del

					7,69%, y a finales de 2019 ascendió a un 70,67%.
--	--	--	--	--	--------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia (2023).

Anexo A

Organigrama de la institución.

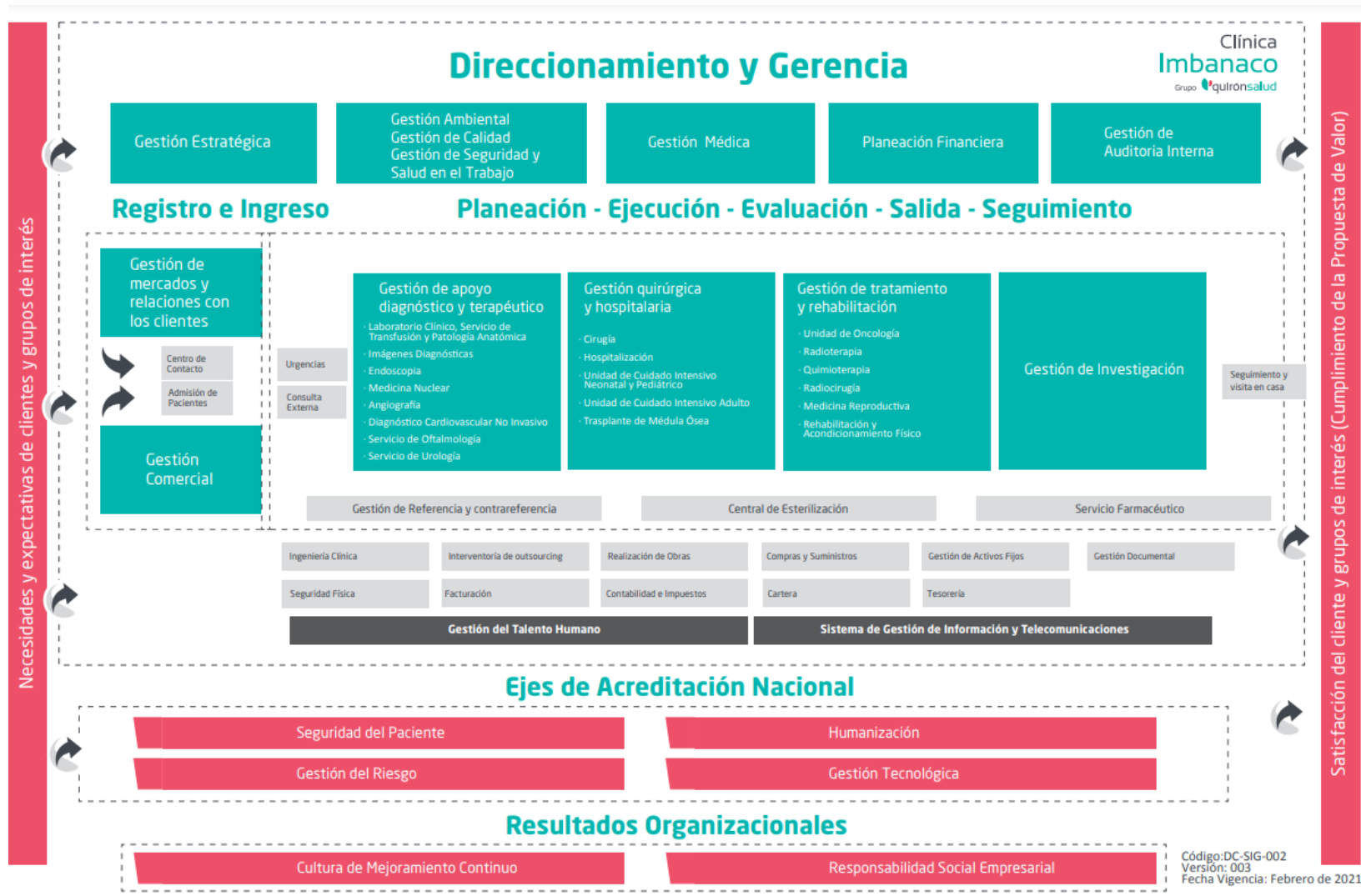
Organigrama



Fuente: Clínica Imbanaco. Organigrama Clínica Imbanaco (2021) (50)

Anexo B

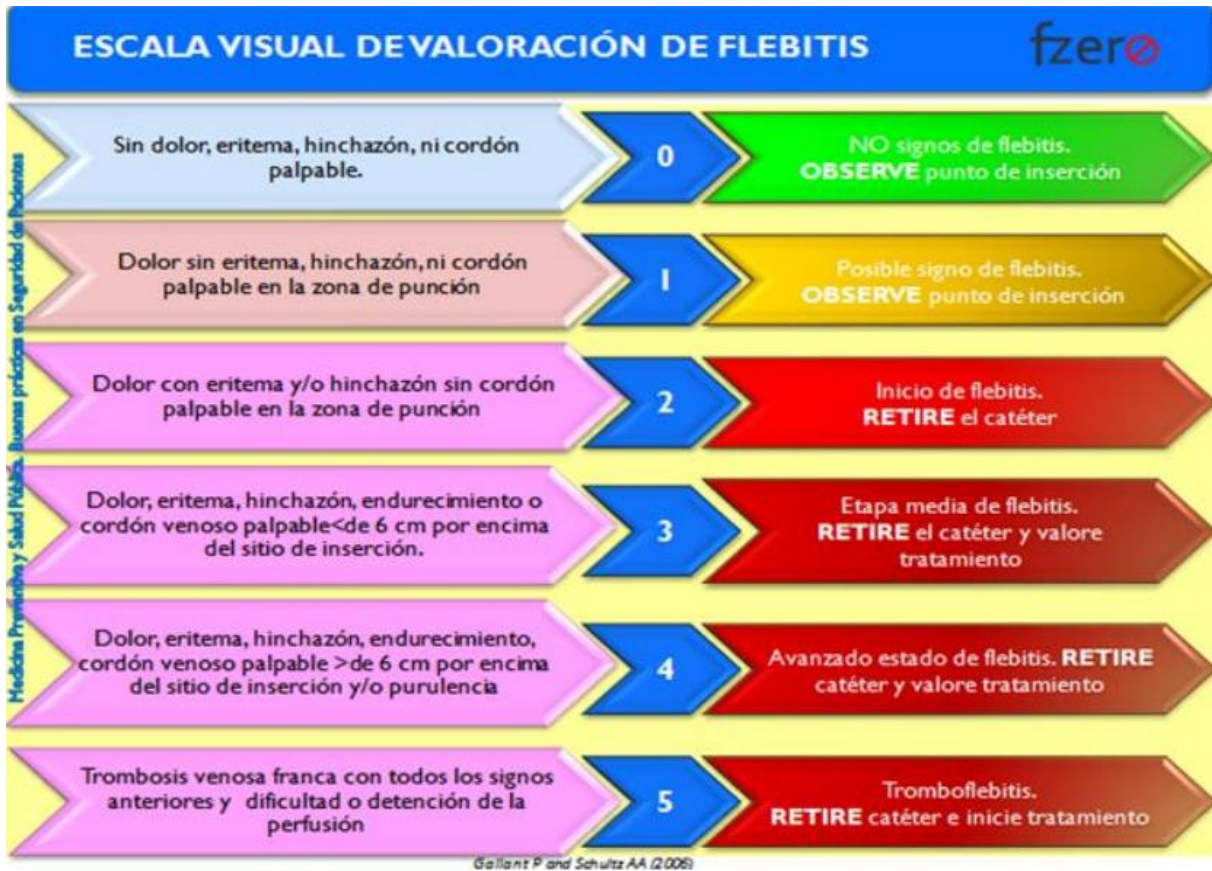
Mapa de procesos de la Institución.



Fuente: Clínica Imbanaco. Mapa de procesos (2021) (63).

Anexo C

Escala visual de valoración de flebitis: Maddox.



Fuente: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Proyecto Piloto Multicéntrico. Estrategia Multifactorial “Flebitis Zero” (2015) (58).

Anexo D

Santiago de Cali a 03 febrero 2023

Radicado: CEI-000002
 Protocolo: CEI-736
 Fecha de sesión: 31 enero 2023
 Sesión: Expedita

Martha Cecilia Aguirre Vargas

Investigador principal

Clínica Imbanaco S.A.S.

Carrera 38 BIS No. 5B2 - 04, Tequendama, Cali, Valle del Cauca, CP. 760042

P R E S E N T E

Asunto: **Revisión inicial de estudio clínico - ERPIC****CEI-736**

Plan de mejora para reducir la incidencia de eventos adversos asociados a flebitis, caídas y lesiones por presión, en el servicio de hospitalización de una institución de salud de cuarto nivel de Cali.

Respetado investigador(a):

El **Comité de Ética en Investigación de la Clínica Imbanaco S.A.S. (CEI)** garantiza que se rige por la normatividad local exigida para esta circunstancia Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, la Resolución No. 2378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social de Colombia, la Guía de Buenas Prácticas Clínicas (ICH-GCP E6), así como su adherencia a los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en la Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en Fortaleza - Brasil, octubre de 2013.

Como se registra en el **Acta No. CEI - 118 del 31 de enero de 2023**, el Comité ha evaluado los documentos del estudio de la referencia allegados el 31 de enero de 2023, y teniendo en cuenta la información contenida en los mismos, considera que este no involucra la participación directa de seres humanos y cumple con los principios éticos para su desarrollo.

En razón a lo anterior, el Comité **APRUEBA** el estudio de la referencia y los documentos indicados, para su desarrollo en la **Clínica Imbanaco S.A.S**

Acorde con la normatividad vigente y los lineamientos relacionados con la conducción de los estudios de investigación clínica, usted adquiere una serie de compromisos con el Comité de Ética en Investigación, entre los que se destacan:

- Llevar a cabo el estudio clínico de conformidad con la Declaración de Helsinki (AMM), las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (CIOMS-OMS) y la normatividad nacional vigente.
- Poseer todas las autorizaciones correspondientes al proceso de investigación de manera previa al inicio de las actividades del estudio clínico, incluyendo el aval de los servicios o áreas involucradas, acuerdos de confidencialidad, permisos de acceso a sistemas de información, y demás requisitos aplicables según los lineamientos establecidos por la institución.
- Desarrollar el estudio clínico con estricta adherencia a los documentos aprobados por el CEI.
- Proteger la privacidad y confidencialidad de la información recolectada durante el estudio clínico, de acuerdo a los lineamientos institucionales y la normatividad nacional vigente.
- Utilizar la plataforma digital EKOMITE para el realizar el sometimiento formal de documentos al CEI.
- Notificar las desviaciones al protocolo o incumplimientos a las Buenas Prácticas Clínicas, empleando el formato R-GINV-080.
- Someter al CEI las enmiendas al protocolo y cualquier otro cambio en los documentos previamente aprobados por el CEI.
- Asegurar que únicamente se implementen modificaciones al estudio clínico que hayan sido previamente aprobadas por el CEI.
- Solicitar la reaprobación anual del estudio clínico utilizando el formato R-GINV-078, antes del vencimiento del periodo en vigencia.
- Garantizar que el equipo de investigación cuenta con certificado válido de capacitación en Buenas Prácticas Clínicas durante todo el desarrollo del estudio clínico.
- Permitir la realización de auditorías al desarrollo del estudio clínico por parte de representantes del CEI, incluyendo el acceso directo a los documentos fuente y a las instalaciones del Centro de Investigación.
- Presentar el informe de cierre empleando el formato R-GINV-079 y allegar las posibles publicaciones académicas derivadas de la investigación una vez se encuentren disponibles.

Se **APRUEBA** la siguiente documentación:



- 1.- Formato Propuestas de Investigación V2.0.
- 2.- Hoja de vida Angela María Cardona Blandón - Investigadora Principal.
- 3.- Hoja de vida Martha Cecilia Aguirre Vargas - Investigadora Principal.

Siendo el quórum requerido para la validez de este Dictamen, cabe mencionar que los miembros que participaron en la revisión fueron:

Nombre	Profesión Disciplina	Puesto
Yuri Vanessa Valencia Ospina	Enfermera, Magíster en Epidemiología	Presidente
Carlos José Bello Gándara	Químico Farmacéutico, Magíster en Epidemiología (Candidato)	Miembro activo

Ingrid Rebolledo Briceño

Médica, Magister en
Epidemiología, Especialista en
Auditoría en Salud, Especialista
en Ginecología (en curso)

Miembro activo

Registro de Comité: **IRB00008539**Fecha de expedición: **24-jun-2021**Vigencia: **3 años**

Sin otro asunto en particular reciba un cordial saludo.

Atentamente



Yuri Vanessa Valencia Ospina
Presidente del Comité de Ética en Investigación de la
Clínica Imbanaco S.A.S.



imbanaconotice.authorization.1652.DmFDre
VTMULVvUj3030220231630yuri.cia

Imbanaco

Grupo  quirónsalud