

DISEÑO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL  
PACIENTE Y SU FAMILIA

IPS INSTITUTO DEL RIÑÓN DE CÓRDOBA S.A.S.

JAIME ALFONSO GONZÁLEZ PORRAS

EDGARDO MAURICIO IMBETT RODRÍGUEZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DELA CALIDAD Y  
AUDITORIA EN SALUD  
SINCELEJO  
2015

DISEÑO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL  
PACIENTE Y SU FAMILIA

IPS INSTITUTO DEL RIÑÓN DE CÓRDOBA S.A.S.

JAIME ALFONSO GONZÁLEZ PORRAS  
EDGARDO MAURICIO IMBETT RODRÍGUEZ  
JORGE EDUARDO CURY DIAZ

Trabajo presentado para requisito para optar al título de especialista en  
Gerencia De La Calidad Y Auditoria En Salud

Director  
GERMAN ARRIETA  
Magister

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DELA CALIDAD Y  
AUDITORIA EN SALUD  
SINCELEJO  
2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

Director

---

Evaluador 1

---

Evaluador 2

Sincelejo, Sucre, 2 de agosto del 2014

## DEDICATORIA

A Dios, mi familia  
Con todo mi amor, a mis compañeros, a mis  
Padres  
JAIME GONZALES PORRAS

A Dios, mi esposa e hija, a mi familia por  
el apoyo constante.  
EDGARDO IMBETT RODRIGUEZ

## AGRADECIMIENTOS

Al Ips Instituto Del Riñón De Córdoba S.A.S.

A todo el personal de asistencia y administrativa

A los pacientes.

## **RESUMEN**

El presente trabajo de grado busca diseñar por medio de la plataforma estratégica institucional la política de seguridad del paciente, promoviendo la importancia en la atención segura en salud, disminuir el riesgo, prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud en la prestación del servicio, promoviendo la conciencia de detección y corrección de incidentes durante todo el proceso de la atención en salud.

Palabras clave: seguridad del paciente, familia, diseño de programa, eventos adversos.

## **ABSTRACT**

This paper seeks to design grade through institutional policy patient safety strategic platform, promoting the importance in safe health care, reduce risk, prevent the occurrence of adverse events in health care processes in service delivery, promoting awareness of detection and correction of incidents throughout the process of health care.

Keywords: patient safety, family, program design, adverse events.

## ÍNDICE

	Página
0. INTRODUCCIÓN.....	9
1. RESEÑA HISTÓRICA.....	11
1.1 NUESTROS SERVICIOS.....	11
1.2 MARCO LEGAL.....	13
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVOS GENERALES.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
3. MARCO CONCEPTUAL.....	17
4. POLÍTICA INTEGRAL.....	22
5. ESTRATEGIAS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL.....	25
5.1. CULTURA DE SEGURIDAD.....	26
6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	28
7. MATRIZ DE ACTIVIDADES INSTITUCIONAL.....	42
7.1. CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE ATENCIÓN EN SALUD INSEGURA QUE PUEDEN CAUSAR.....	45
7.2. ADOPCIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD.....	49
7.3. ESTRATEGIAS DE GESTIÓN AL RIESGO INSTITUCIONAL BASADO EN LAS BPS.....	49
ANEXOS.....	77
BIBLIOGRAFIA.....	97

## INTRODUCCIÓN

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

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo radica en prevención de la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar la ocurrencia de Eventos adversos e incidentes para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles.

Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones.

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

**EI INSTITUTO DEL RIÑÓN DE CORDOBA S.A.S.**, diseña el presente programa de SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SU FAMILIA, teniendo como objetivo principal integrar la prevención efectiva y corrección temprana en la práctica diaria, por medio de los controles de presentación de eventos adversos e incidentes y la minimización de riesgos .Se busca involucrar al profesional en salud, trabajadores de la institución asistencial, pacientes y familiares, con la finalidad de establecer estrategias para promover y difundir la cultura de seguridad asimismo, la búsqueda de instrumentos de participación, comunicación y debate que faciliten la transmisión del conocimiento e impulsen la aplicación de soluciones a los problemas reales, mejorando la calidad de atención al usuario y su familia.

## 1. RESEÑA HISTÓRICA

El 22 de Octubre de 2002 surge el Instituto del Riñón de Sucre por iniciativa del Dr. Alfredo Porras Romero Medico Nefrólogo de la región, quien proyecta la idea de crear una unidad renal que tuviera como principio contribuir con el bienestar de toda la comunidad sucreña y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales.

Para poder llevar a cabo este proyecto se conformó una sociedad con el apoyo de laboratorios Baxter y otros Socios, quienes creyeron en su viabilidad y contribución con el desarrollo del sector salud en el departamento de Sucre.

El Instituto del Riñón de Sucre es hoy una entidad reconocida en el sector salud por el mejoramiento continuo de sus procesos y la atención humanizada.

El día 8 de Octubre de 2012 la empresa ICONTEC le otorga al Instituto del Riñón de Sucre la certificación ISO 9001:2008 de su SGC en los servicios de consulta externa especializada de Nefrología, Hemodiálisis y Diálisis peritoneal.

Como proyecto de crecimiento, queriendo ofrecer una atención Integral, nace el firme propósito de mejorar la SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, la protección de los recursos naturales, cuidado del MEDIO AMBIENTE y realizar los ajustes en acciones de mejora a nuestro ya certificado SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, la institución ha iniciado la implementación del SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de las normas, ISO 9001:2008, ISO 14001 y OSHAS 18001.

### 1.1 NUESTROS SERVICIOS

#### CONSULTA EXTERNA EN LAS ESPECIALIDADES DE

Nefrología ( Adultos y Pediátrica)

Nutrición y Dietética

Psicología

Trabajo social

Química y farmacia

## EXÁMENES Y TRATAMIENTO DE NEFROLOGÍA

Biopsia Renal en Adultos

Biopsia Renal Pediátrica

Implante y Retiro de catéter venoso central y Tunelizado.

Implante y Retiro de Catéter peritoneal.

Tratamiento inmunosupresor

Servicio transfuncional

## DIÁLISIS ADULTOS – PEDIATRÍA

Hemodiálisis

Diálisis peritoneal Manual

Diálisis peritoneal automatizada

## INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

SERVICIO DE CIRUGÍA

IMAGENOLOGÍA

LABORATORIO CLÍNICO

BANCO DE SANGRE TIPO A

## ESTERILIZACIÓN

## TRANSPORTE ASISTENCIAL DE PACIENTES

### 1.2 MARCO LEGAL

En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud normado por el Decreto 1011 de 2006 se hace énfasis en los resultados que se consiguen en el paciente; lo cual se destaca en el artículo n° 3 donde se habla que las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo son prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados; dichas acciones deben contar con las siguientes características:

- **ACCESIBILIDAD**

Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **OPORTUNIDAD.**

Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

- **SEGURIDAD.**

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

- **PERTINENCIA.**

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- **CONTINUIDAD.**

Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El despliegue de la estrategia de vigilancia y gestión de eventos adversos normada por la Resolución 1446 de 2006 y que se ha traducido en el reporte; clasifica y organiza en varios dominios de calidad técnica y gerencia del riesgo del sistema de información para la calidad que nos dan una idea del estado de la seguridad del paciente en la institución.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un programa para la seguridad del paciente en el Instituto del Riñón de Sucre.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Diseñar por medio de la plataforma estratégica institucional la política de seguridad del paciente, promoviendo la importancia en la atención segura en salud.
- Proponer un plan de mejoramiento al programa de seguridad del paciente de la IPS Instituto del Riñón de Sucre, derivado de los hallazgos encontrados durante la evaluación y la naturaleza de los eventos adversos reportados.
- Disminuir el riesgo en la prestación del servicio, promoviendo la conciencia de detección y corrección de incidentes durante todo el proceso de la atención en salud.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar y promover el conocimiento para aplicación de estrategias de atención segura entre los diferentes actores de la prestación del servicio de la institución, trabajando con el enfoque de la confidencialidad, reporte no punitivo, comunicación asertiva e incentivos a los reportantes.

- Promover la educación y participación de pacientes y familiares en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de en salud.
- Difundir la política y estrategias de atención segura entre las diferentes partes interesadas en la prestación del servicio en salud.

## **RESPONSABLES**

Todos los actores en los procesos de atención. (Cliente interno, Cliente externo, proveedores y demás colaboradores)

## **ALCANCE**

El programa de seguridad del paciente y su familia, Inicia desde los procesos de contratación, planeación, atención en salud de los servicios ofrecidos y seguimiento posterior a tratamiento. Esto con la finalidad de involucrar todas las áreas asistenciales, administrativas y de apoyo en la importancia de la gestión al riesgo oportuno, humanizando el servicio, promoviendo dentro y fuera de la organización las practicas seguras en la atención asistencial.

### **3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

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

#### **ATENCIÓN EN SALUD:**

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

#### **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA**

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

#### **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

#### **RIESGO**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

## **EVENTO ADVERSO**

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

### **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE**

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el Cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

### **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**

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

## **INCIDENTE**

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

## **COMPLICACIÓN**

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

## **VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

## **BARRERA DE SEGURIDAD**

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

## **SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO**

Se define 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.

## **ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO**

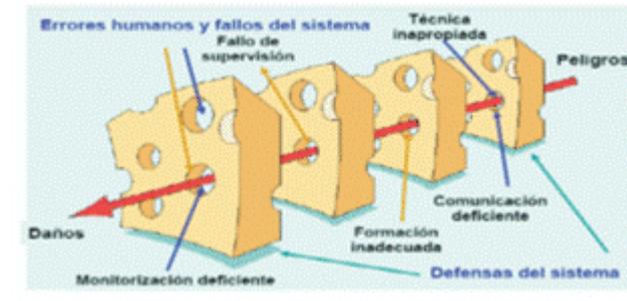
Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causa

## **EVENTO CENTINELA**

Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, según tipo de incapacidad transitoria o permanente, o la muerte y que requiere de intervención inmediata para evitar su recurrencia.

## MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

### Modelo explicativo



La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido. El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es el del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

### BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO E INCIDENTES

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos e incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas para garantizar una atención limpia en salud.
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas farmacéuticas, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.

- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

## COMPONENTES ESTRATÉGICOS DE GESTIÓN MODELO DE GESTIÓN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



#### **4. POLÍTICA INTEGRAL**

##### **EL INSTITUTO DEL RIÑÓN DE CÓRDOBA S.A.S., SE COMPROMETE A:**

Mantener y mejorar continuamente los servicios ofrecidos a nuestros clientes a través de una atención integral.

Proteger el medio ambiente previniendo y mitigando los impactos negativos asociados al uso de los recursos y la generación de residuos, vertimientos y emisiones.

Promover y mantener condiciones y factores ocupacionales seguros, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestras partes interesadas.

Dar cumplimiento a los requisitos legales aplicables al producto, medio ambiente y salud y seguridad en el trabajo; así como a los demás requisitos establecidos por la organización.

##### **POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SU FAMILIA**

EL INSTITUTO DEL RIÑÓN DE CÓRDOBA S.A.S., está comprometido con la promoción en la atención asistencial segura para los pacientes y su familia, a través de una cultura de seguridad y auto cuidado del paciente que estimule el reporte, análisis y seguimiento de los eventos adversos e incidentes, por medio de la formación continua de todos los actores involucrados. Este programa esta articulado con los programas de farmacovigilancia y técnovigilancia de la institución, enfocándonos hacia la gestión de los riesgos potenciales, siendo oportunos en la identificación, análisis, valoración y mitigación de los mismos, de acuerdo a la normatividad vigente.

##### **3.1.2. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE POLÍTICA**

Como principios orientadores de las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente y su familia, se retoman los lineamientos dados por la Política Nacional de Prestación de Servicios

## **I. ENFOQUE DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL USUARIO**

Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

## **II. CULTURA DE SEGURIDAD**

El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

## **III. INTEGRACIÓN CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos sus componentes.

## **IV. MULTICAUSALIDAD**

El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

## **V. VALIDEZ**

Para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

## **VI. ALIANZA CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA**

La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

## **VII. ALIANZA CON EL PROFESIONAL DE LA SALUD – DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos; por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

## **VII. ENFOQUE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SU FAMILIA**

Este programa gestión para la Seguridad del Paciente y su familia, tiene como propósito lograr una atención segura, por medio de los procesos seguros y cultura de seguridad; Debe promover la implementación de acciones mejoras específicas, utilizando herramientas prácticas y obteniendo resultados demostrables.

Para asegurar la efectividad del programa, deben desarrollarse metodologías estratégicas que promuevan el reporte y análisis de eventos adversos e incidentes, capacitaciones continuas a todos los colaboradores, rondas de seguridad, participación del paciente y familiares en la gestión de este programa.

## 5. ESTRATEGIAS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

El ambiente cultural al interior del INSTITUTO DEL RIÑÓN DE SUCRE S.A.S. debe favorecer.

- La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente y su familia.
- El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
- La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento.
- La información y análisis de lo ocurrido con el paciente y/o familia.
- El énfasis en los resultados que se obtienen antes que en las acciones formales que se desarrollan.

Concientizar a los trabajadores que el sistema de autoreporte trae beneficios tanto para el paciente como para el servicio, porque a partir de ello se aprende de la importancia de brindar cuidado con calidad; teniendo como resultado, excelentes relaciones entre paciente y trabajador.

Incentivar al personal trabajador en el trato amable con los pacientes y familiares, pues ello hace que este deposite su confianza en la institución y haga que su proceso de recuperación sea más efectivo y menos riesgoso, este será calificado por medio de las caritas felices.

Se comunicará a todo el personal de la institución acerca de los avances y resultados del programa de seguridad del paciente y su familia por medio de la intranet, carteleras o correo electrónico.

Todo el personal que labora en la institución podrá dar sugerencias para el desarrollo del programa de seguridad del paciente y su familia, logrando así que haya sentido de pertenencia.

## **5.1. CULTURA DE SEGURIDAD**

### **SENSIBILIZACIÓN, FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN**

Se realizarán jornadas de sensibilización, formación y capacitación en temáticas de gestión al riesgo y seguridad del paciente y su familia, según las necesidades detectadas en el plan de formación de la empresa. Esta gestión tiene la finalidad de dar a conocer al personal asistencia, administrativo y demás colaboradores los temas básicos como: reporte de eventos adversos e incidentes, cuales son los tipos de eventos adversos e incidentes, que son prácticas inseguras, que es la seguridad del paciente y su familia, que es la humanización del servicio, entre otras temáticas.

Aquí serán participes los pacientes, su familia y todos los colaboradores de la institución.

### **MEDICIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD**

La medición del clima de Seguridad se realizara, inicialmente como metodología de realizar diagnóstico de la percepción Seguridad de Pacientes, posteriormente se debe seguir evaluando anualmente o según lo amerite, para realizar un seguimiento comparativo del avance en la cultura organizacional de seguridad. Esta encuesta será tomada de la adaptación metodológica propuesta por la AHRQ, como herramienta sugerida por el Ministerio de la Protección Social en su libro, Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá D.C., Diciembre de 2007.

Es importante tomar una muestra significativa donde se puedan obtener resultados de cada uno de los procesos que intervienen directa o indirectamente en la gestión misional de la institución.

Así mismo se debe evaluar semestralmente, la percepción del paciente con relación a la seguridad y la gestión al riesgo que le brinda la empresa, en la prestación de los servicios en salud.

## 6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

### RONDAS DE SEGURIDAD



Son visitas planificadas que permiten establecer una interacción directa con el personal, los pacientes y sus familiares con tal fin de lograr consolidar y fortalecer la cultura de seguridad. Aquí se identifican las prácticas inseguras y la intervención in situ de las mismas, así mismo se trabaja la percepción de seguridad institucional del paciente con el objetivo de establecer y fomentar el compromiso de autocuidado y reporte de cualquier acto o condición insegura.

## **FORMACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD:**

### **1. RONDAS ASISTENCIALES**

Las rondas asistenciales deben iniciarse como prueba piloto con una periodicidad quincenal, en donde la metodología de visita o inspección de áreas se fundamenta en la observación y revisión de evidencias en el proceso documental de las áreas asistenciales, las observaciones en la ejecución de las rondas estarán centradas en la evaluación de prácticas inseguras e implementación adecuada de barreras de seguridad en la atención a los pacientes.

En estas rondas serán participes el Líder del proceso, un médico tratante, un (a) jefe de enfermería, un (a) aux. De enfermería y delegado de comité/ COMITÉ DE SEGURIDAD.

Cabe resaltar que es deber de la coordinación de enfermería realizar rondas rutinarias dentro de las salas del servicio de Hemodiálisis y diálisis peritoneal, para la verificación oportuna y detección de posibles actos y condiciones inseguras que puedan ser causa de posibles eventos adversos o incidentes, durante la atención.

Cada uno de los auxiliares de enfermería, deben ser veedores dentro de las áreas de servicios asistenciales, ejecutando y validando la práctica asistencial según la gestión al riesgo dentro de los servicios.

Así mismo los médicos tratantes deben velar por una atención oportuna enfocada a la gestión al riesgo, identificando todos aquellos factores que puedan causar posible daño al paciente, por ende deben de hacer entregas oportunas de turno, verificación de la identificación correcta del paciente, medicamento y terapia, según su diagnóstico.

## **2. RONDAS ADMINISTRATIVAS/GERENCIALES:**

Las rondas administrativas/ gerenciales serán ejecutadas periódicamente cada 30 días, como prueba piloto inicial.

Aquí participaran: el Gerente o director administrativo, la dirección médica, la coordinación de enfermería y un profesional delegado del comité de seguridad del paciente, se ejecutara la ronda por todos los servicios ofertados en la institución.

Posteriormente a la ronda se documentan los hallazgos y se plantean las oportunidades de mejora con su plan de acción o recomendaciones, según lo detectado.

### **LINEAMIENTOS DE IMPLEMENTACIÓN RONDAS DE SEGURIDAD**

- Conversación de corredor.
- Conversaciones individuales.
- Observación directa.
- Revisión de Historias Clínicas.
- Entrevistar tanto a los colaboradores asistenciales y a ptes- familiares.
- Informar a la Gerencia por medio escrito y diferentes dependencias los hallazgos presentados para establecer plan de acción.
- Reconocimiento escrito a quienes realizan prácticas seguras.

### **VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES**

1. Se deberá informar a la Gerencia.
2. Se deberá extender una felicitación escrita al personal asistencial que realiza buenas prácticas de seguridad, evidenciadas durante las en la Rondas de Seguridad.

3. Cada problema identificado deberá servir de insumo en la ejecución de Proyectos de Mejora Continua garantizando el compromiso institucional y su sostenibilidad.

#### Aspectos a Evaluar en las Rondas de Seguridad

- Historias clínicas adecuadamente diligenciadas y disponibles para las actividades clínicas
- Identificación de los pacientes durante la atención
- Gestión de medicamentos
- Administración de medicamentos
- Disposición de residuos
- Lavado de manos
- Uso de barreras de bioseguridad
- Gestión de equipos biomédicos
- Conocimiento del paciente de su enfermedad y los tratamientos que se le van a prestar
- Consentimiento informado

### **SESIONES BREVES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Las sesiones breves son una alternativa que permite crear conciencia sobre muchos aspectos de seguridad del paciente, fomentar ambientes en los que se comparte información sin represalias e integra información teórica con el día a día de la Institución al personal de base de las diversas áreas, consisten en reunir al personal del servicio durante cinco minutos, para discutir cualquier tema relacionado con seguridad del paciente, entre ellos las condiciones inseguras en cuanto al uso de medicamentos, caídas, equipos.

También pueden utilizarse antes de comenzar procedimientos para garantizar que el protocolo es claro y conocido por todos y que están todos los elementos necesarios en el momento y lugar que se requiere.

El personal debe entender que el propósito de esta actividad es generar conciencia acerca de asuntos de seguridad, nunca criticar el desempeño de los individuos, ni mucho menos detectar fallas para impartir sanciones.

Debe garantizarse que la información que se está compartiendo no se grabará ni se usará de manera punitiva. Debe igualmente estimularse la participación de todos los asistentes mediante preguntas abiertas, si no hay contribuciones espontáneas.

## **RECOMENDACIONES GENERALES**

- ✓ Reúna a todos las personas 5 minutos, al inicio o cambio de turno dos veces por semana.
- ✓ Socialice un caso puntual, resaltando el hallazgo positivo o negativo, para identificar los aspectos a mejorar, teniendo en cuenta la moraleja del asunto.
- ✓ Motive y comprometa al personal con el cambio estratégico, con base en la mejora continua.

## **EJECUCIÓN DEL PLAN**

Para la se ejecución del plan se realizará comunicación por escrito a todos los procesos de la institución con relación a la realización de las Rondas de Seguridad, para conocimiento e involucramiento de todo el personal de las áreas. Sin mencionar fechas y horarios específicos.

**HORARIO:** Las Rondas de seguridad se realizan en horario diferente a la entrega y recibo de turno y se pueden realizar en cualquiera de los turnos.

**DURACIÓN:** La Ronda de seguridad tiene una duración máxima de una hora, según los servicios visitados.

## **PRESENTACIÓN DE INFORMES Y SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES**

La presentación de informes de las rondas se hará en un compilado semestral o según los requiera la gerencia, estos deben plasmar las recomendaciones

planteadas a los observados y el seguimiento a los hallazgos. El informe debe presentarse con claridad, veracidad y evidencias.

## **COMITÉ DE ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL**

Para el desarrollo de Articulación interinstitucional el Instituto del Riñón de Sucre Cuenta con el comité de Seguridad del paciente y el comité técnico científico para el análisis de eventos adversos e incidentes.

## **FUNCIONES DE COMITÉ DE SEGURIDAD**

1. Mantener un nivel de formación en el tema de SEGURIDAD DEL PCT Y FLIA
2. Vigilar el cumplimiento de los lineamientos del programa institucional de SEGURIDAD PCT Y FLIA
3. Realizar las rondas de seguridad bajo las disposiciones del programa
4. Análisis mensual de EA/I con retroalimentación del aprendizaje a la organización, SEGURIDAD PCT Y FLIA
5. Seguimiento a los planes de acción resultantes de las rondas de seguridad y análisis de EA/I
6. Revisar periódicamente (12 meses) y socializar el programa de SEGURIDAD PCT Y FLIA, a todos los niveles de la organización, así como el procedimiento de reporte y guía de análisis de EA/I

7. Asegurarse que se realice resarcimiento al pcte y flia ,en caso de EA/I, bajo las siguientes premisas:

- No negar la ocurrencia del mismo, sino darle información: que se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.
- Acompañar al equipo de salud y/o colaboradores que estuvieron involucrados en el EA/I
- Explicar lo que se hará para evitar reincidencias
- Si es necesario presentar excusas al PACIENTE Y FLIA por lo ocurrido

8. Promover la educación y formación de todos los actores del sistema: colaboradores, paciente y flia, proveedores

9. Aplicación e encuesta de clima de seguridad, periódicamente: 6 meses como prueba piloto y seguimiento.

10. Presentar informes a Gerencia de avances, resultados e indicadores del programa.

## **GESTIÓN AL EVENTO ADVERSO E INCIDENTES**

EL INSTITUTO DE RIÑÓN DE CÓRDOBA S.A.S., promueve por medio del direccionamiento estratégico la gestión al riesgo dentro de sus servicios ofrecidos y todos aquellos involucrados en sus diferentes procesos.

Es por ello la importancia de enfocar la gestión al riesgo de los eventos adversos e incidentes en la institución, con el objetivo de prevenir, controlar y mitigar la ocurrencia de fallas activas – acciones u omisiones durante la atención en la práctica asistencial.

Dentro de esta estrategia de gestión la institución cuenta con mecanismos para el sistema de reporte de EA/I, que promueven la importancia del aprendizaje colectivo, procesos seguros, confidencialidad del suceso, análisis y retroalimentación no punitiva.

Se cuenta con los siguientes mecanismos de gestión:

## **PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES**

Este procedimiento tiene como objetivo brindar las herramientas y rutas a seguir para la identificación, notificación, análisis, evaluación y seguimiento de los EA/I, que se presenten en los servicios de la institución.

### **QUE SE REPORTA:**

Serán objeto de reportes todas aquellas fallas activas – acciones u omisiones que ocurran en la práctica asistencial, las cuales pueden contribuir en la ocurrencia de los siguientes

- **Indicio de Atención Insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar y contribuir en el incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o Evento Adverso.
- **Evento Adverso:** 1. Cuando haya una lesión; 2. Es atribuible a la Atención en Salud; 3. Se ha producido de manera involuntaria por el Personal Asistencial.
- **Incidente:** 1. esta es atribuible a la atención en salud, 2. se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial, 3. No genera lesión ni daño, pero que sí pueden facilitarlos.
- Al ocurrir el evento adverso o incidente, el servicio o proceso involucrado debe garantizar el registro completo y adecuado, este reporte se debe de hacer dentro del mes en el cual se esté presentando y no se permitirá realizar el reporte de periodos o meses anteriores. La Institución ha

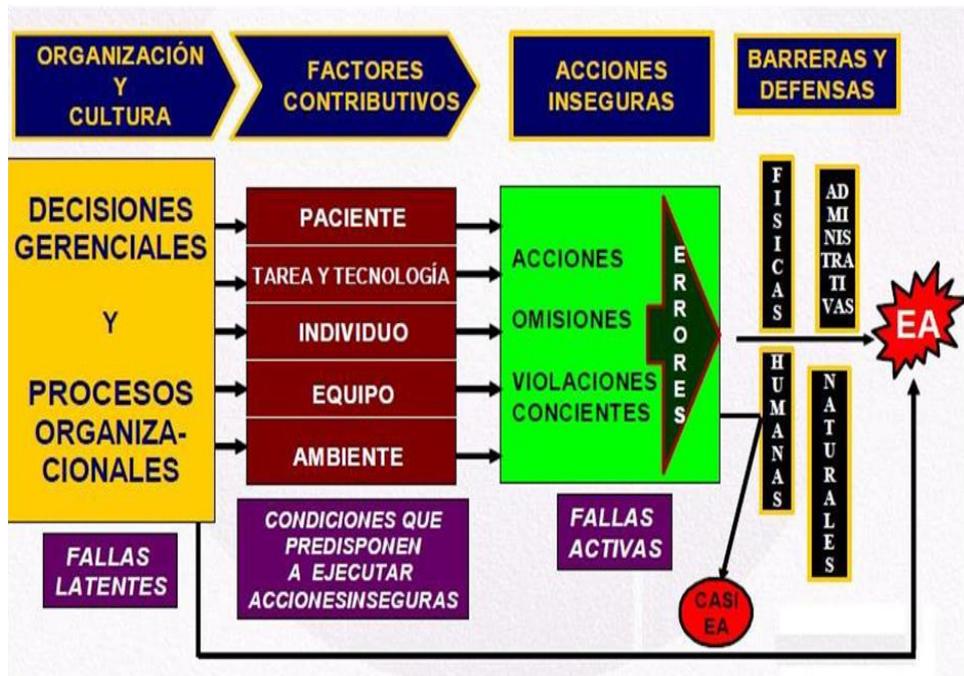
establecido un listado institucional de los posibles EA/I, que puedan ocurrir durante la prestación del servicio.

## MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”<sup>2</sup>.

Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.

La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.



<sup>1</sup>Para efectos de este documento incidente clínico es un término para referirse a errores o eventos adversos que ocurren durante el proceso

**Tabla 1:** Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica

Origen	Factor contributivo
<b>Paciente</b>	Complejidad y gravedad Lenguaje y comunicación Personalidad y factores sociales
<b>Tarea y tecnología</b>	Diseño de la tarea y claridad de la estructura Disponibilidad y uso de protocolos Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas Ayudas para tomas de decisiones
<b>Individuo</b>	Conocimiento, habilidades y competencia Salud física y mental
<b>Equipo de trabajo</b>	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte
<b>Ambiente</b>	Personal suficiente Mezcla de habilidades Carga de trabajo Patrón de turnos Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos Soporte administrativo y gerencial Clima laboral Ambiente físico
<b>Organización y gerencia</b>	Recursos y limitaciones financieras Estructura organizacional Políticas, estándares y metas Prioridades y cultura organizacional
<b>Contexto institucional</b>	Económico y regulatorio Contactos externos

Fuente: Centro de Gestión Hospitalaria. Protocolo de Londres. Versión traducida con modificaciones [s.l.].

## SECUENCIA DE ANÁLISIS



## DESARROLLO DE SECUENCIA DE ANÁLISIS PROTOCOLO DE LONDRES

### I. Identificación y decisión a investigar:

El reporte de los eventos adversos o incidentes, es la herramienta principal para determinar la investigación, teniendo en cuenta la gravedad del suceso adverso y el aprendizaje organizacional.

### II. Selección del equipo investigador:

Dado que es un proceso complejo, esta actividad debe estar integrada por 3 a 4 personas lideradas por un investigador, en este caso miembros del equipo de seguridad y un actor involucrado.

Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.

### III. Obtención y organización de la información:

Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible.

- Historia clínica completa.
- Protocolos y procedimientos relacionados con el EA/I
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.
- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hoja de vida de los equipos y/o mantenimientos de los mismos etc).
- Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos. Las declaraciones deben ser narraciones deben ser espontáneas de la percepción individual con relación a lo ocurrido.

La entrevista es una de la mejores técnicas de obtener información de los actores involucrados en en EA/I, siendo el equipo investigador quién decide cuándo y a quien entrevistar, siendo responsable de esta actividad.

### IV. Precise la cronología del EA/I:

Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el suceso, junto a la historia clínica, son herramientas útiles para establecer qué y cuándo ocurrió el suceso.

### V. Identificar las acciones inseguras:

Una vez identificada la secuencia de sucesos que condujeron al EA/I, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras.

Se debe asegurarse que acciones inseguras sean conductas específicas –por acción o por omisión– en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Tener en cuenta los riesgos identificados por procesos

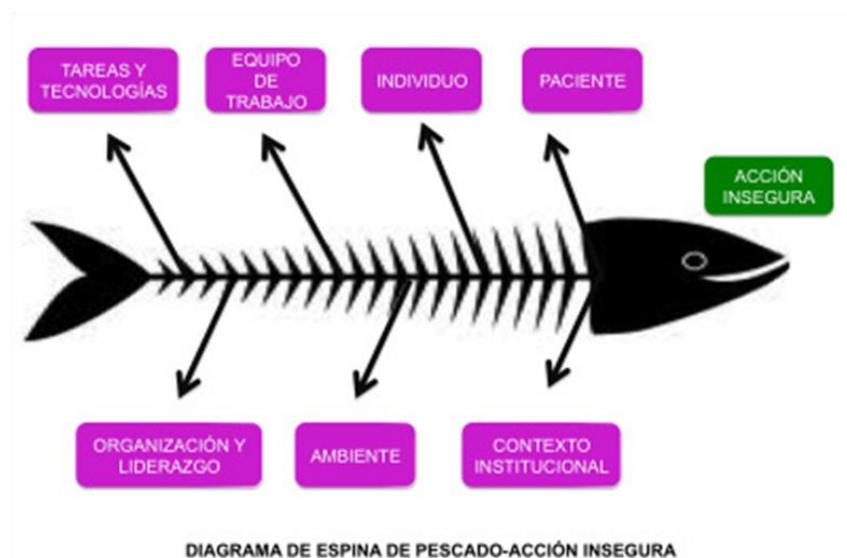
#### VI. identifique los factores contributivos:

Identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.

Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo:

Desmotivación (individuo), Falta de supervisión (equipo de trabajo) Política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia).

En la figura se muestra un diagrama de espina de pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contribuyentes.



## VII. Recomendaciones y plan de acción.

La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes y su familia.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador, teniendo en cuenta el aprendizaje del colaborador, paciente y familia.
- Asignar responsables de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Realizar seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

## 7. MATRIZ DE ACTIVIDADES INSTITUCIONALES

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSIBLE	REGISTROS
<p><b>Identificación de factores de riesgo y manejo adecuado del EA/I</b></p>	<p>Todo el personal involucrado en la prestación del servicio , debe reconocer factores de riesgo según información dada por comité de SEGURIDAD y ante la ocurrencia de EA/Incidentes proceder a manejarlos adecuadamente para mitigar las consecuencias .</p>	<p>Todo el personal de IRICOR</p>	<p>Guia de EA/I</p>
<p><b>Reporte del E.A/I</b></p>	<p>Se procede a reportar de manera completa, oportuna y veraz los EA/I en el formato de captura de información que se encuentra en el blog institucional, así mismo realizar anotación en software Antares.</p>	<p>COMITE DE SEGURIDAD</p>	<p>Software Antares/F-700-60 FORMATO DE REPORTE</p>

<b>Investigacion de EAI</b>	El equipo de seguridad revisa la información en formato de captura de EAI y además aborda al paciente para tomar sus impresiones con relación al EAI.	COMITE DE SEGURIDAD	Software Antares/ FORMATO DE REPORTE/PROTOCOLO DE ENTREVISTAS A PCTES.
<b>Analisis de Causalidad</b>	Continúa el análisis de causalidad de los EAI reportados, tomando como guía la metodología del Protocolo de Londres.	COMITE DE SEGURIDAD	Protocolo de Londres (guía de análisis para eventos adversos)
<b>Planteamiento y ejecución de medidas (PLAN DE ACCIÓN)</b>	Según las causas de los EAI se determinan las acciones correctivas, preventivas y de mejora para cada uno de ellos.	COMITE DE SEGURIDAD	Acta de Comité/ Análisis mensual de EAI (F-700-58)
<b>Retroalimentación a las partes interesadas</b>	Se informa a las partes interesadas (colaboradores, paciente, familia si lo amerita, aseguradora) los resultados de la investigación/análisis y las medidas que se han trazado tanto preventivas como correctivas	COMITE DE SEGURIDAD	Correo/boletín /socialización
<b>Seguimiento a las ACPM</b>	Se debe realizar seguimiento a la	COMITE DE	Formatos /informes

	implementación de las medidas AP/AC por los mecanismos que el comité decida : listas de chequeo,	SEGURIDAD	
<b>Revisión periódica de listado E.A/I y Guia de Analisis .</b>	Se revisará el listado de EA/I y la guía de análisis , periódicamente o según necesidad de ingresar EA/I nuevos.	COMITE DE SEGURIDAD	Protocolo de londres (guia de analisis para eventos adversos)/listado de EA/I

## **7.1. CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE ATENCIÓN EN SALUD INSEGURA QUE PUEDEN CAUSAR EAI**

Adaptación para uso en Colombia, de la clasificación propuesta en la “internacional classification for Patient Safety”, 1.0 de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la O.M.S.

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en Salud.

- No se realiza cuando está indicado.
- Incompleta o Insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales

- No se realiza cuando está indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Procesos equivocado/ Tratamiento / procedimientos.
- Parte del cuerpo equivocado/ Cara/ sitio.

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

- Documentos que faltan o no disponible
- Retraso en el acceso a documentos
- Documento para el paciente equivocado o Documento equivocado
- Información en el Documento confusa o ambigua / ilegible / incomplete

Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en Salud

- Torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica

- Absceso
- Neumonía
- Cánulas intravasculares (catéteres)
- Prótesis infectadas / sitio
- Urinario dren / Tubo (Sondas vesicales)
- Tejidos blandos.

Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales

- Paciente equivocado
- Medicamento equivocado
- Dosis / Frecuencia incorrecta
- Formulación incorrecta o presentación
- Ruta equivocada
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / Instrucción incorrectos
- Contraindicación
- Almacenamiento incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis
- Medicamento vencido
- Reacción adversa al medicamento.

Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados

- Paciente equivocado
- Sangre equivocada / producto sanguíneo equivocado
- Dosis o frecuencia incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrectos
- Contraindicado
- Almacenamiento incorrecto
- Omisión de medicación o la dosis
- Sangre / derivado sanguíneo caduco efectos adversos

Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos

- Paciente equivocado
- Dieta incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Frecuencia incorrecta
- Consistencia incorrecta
- Almacenamiento incorrecto

Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales

- Paciente equivocado
- Gas / vapor incorrecto
- Flujo y concentración equivocados
- Modo de entrega equivocado
- Contraindicación
- Almacenamiento incorrecto
- Fallas en la administración
- Contaminación
- Deficiente técnica de preparación
- 

Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos

- Presentación y embalaje deficientes
- Falta de disponibilidad
- Inapropiado para la Tarea
- Sucio / Mal funcionamiento
- Desalojado / desconectado / eliminado
- Error de uso

Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente

- Incumplimiento de normas o falta de cooperación / Obstrucción
- Desconsiderado / Rudo / hostil / inapropiado
- Arriesgado / temerario / peligroso

- Problema con el uso de sustancias / abuso
- Acoso
- Discriminación y Prejuicios
- Errático / fuga
- Autolesionante / suicida

#### Tipo 11: Caídas de pacientes

- Catre/ Cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras / Escalones/pasillo

#### Tipo 12: Accidentes de pacientes

- Mecanismo (Fuerza) Contundente
- Mecanismo (Fuerza) cortante penetrante
- Otras fuerzas mecánicas
- Temperaturas
- Amenazas para la respiración
- Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
- Otros mecanismos específicos de lesión
- Exposición a (efectos de) el tiempo, desastres naturales, u otra fuerza de la naturaleza.

#### Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistente / inadecuado
- Dañado / defectuoso / desgastado

Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
- Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
- Recursos humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de Equipos / personal
- Protocolos / Políticas / procedimientos / Disponibilidad de guías/

Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología

- Recolección
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / Validación.
- Resultados

## **7.2. ADOPCIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD**

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y establecer la oportuna gestión de riesgos, para obtener procesos de atención seguros

## **7.3. ESTRATEGIAS DE GESTIÓN AL RIESGO INSTITUCIONAL BASADO EN LAS BPS**

### **I. IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE**

## **OBJETIVO**

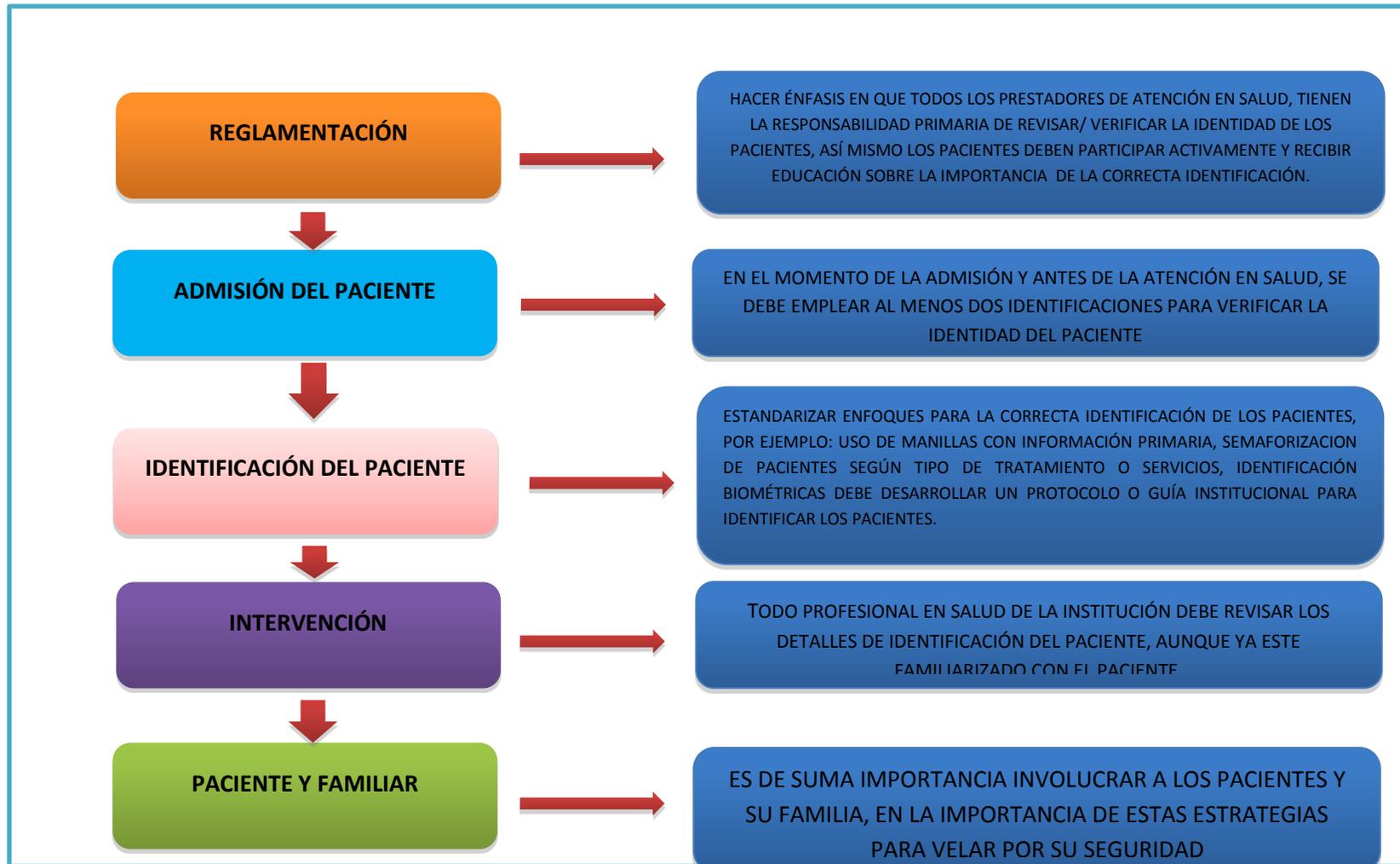
Fortalecer destrezas y competencias, por medio de la implementación de estrategias que permitan identificar las barreras y defensas de seguridad con la finalidad de prevenir o mitigar las consecuencias de los errores en la identificación del paciente

## **IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE**

La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores dentro de la práctica asistencial.

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente, el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual, sus números telefónico, nombre del acompañante o familiar más cercano. Es importante resaltar que todos los datos del paciente deben estar corroborados verbalmente y diligenciados dentro del sistema de información.

## ESQUEMA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES



Acciones inseguras más frecuentes asociadas con los procesos de identificación de los pacientes

Dentro de la práctica asistencial, según el ministerio de protección social y entidades a nivel mundial, las acciones inseguras más frecuentes que contribuyen a los procesos equívocos en la identificación son los siguientes:

- Falta de identificación al ingreso del paciente.
- Procesos de captura de datos incompletos, de mala calidad o equivocados.
- Identificación de los pacientes por medio de datos diferentes a los personales.
- Ausencia de manillas o métodos de identificación
- Traslado y movimiento del paciente sin identificación corroborada y documentos de soporte.
- Verificación incorrecta de datos del paciente.

No verificación de datos del paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos. Identificación y tratamiento adecuado en la atención de pacientes con enfermedad mental.

Para la gestión oportuna en la identificación de pacientes, la institución debe desarrollar procesos para:

- Identificación del riesgo.
- Clasificación del riesgo al ingreso y egreso del paciente.
- Prevenir suicidio.
- Prevenir agresión física.
- Prevenir violación.
- Prevenir consumo de cigarrillo y psicoactivos.
- Prevenir pérdida de pacientes.

## Garantizar la correcta identificación y toma de muestras de laboratorios

Es necesario que los procesos pre-analíticos, analíticos y post-analíticos se articulen tanto en las instituciones hospitalarias como en las ambulatorias, para generar resultados seguros y confiables. En este marco, la identificación del paciente es crítica y debe desarrollarse acorde con los lineamientos nacionales e internacionales.

Algunas organizaciones como el College of American Pathologist CAP, ha identificado como unos de los primeros errores cometidos en el laboratorio, durante la fase analítica y post analítica, corresponde a la identificación del paciente, durante los procesos de control de calidad externa desarrollados por esta institución.

La importancia de los eventos adversos derivados del laboratorio clínico, tienen que ver con las decisiones de tratamiento que el profesional de la salud toma con los resultados de estos; así que se vuelven el insumo más relevante para que el profesional de la salud pueda desarrollar un criterio medico apropiado.

La primera causa de eventos adversos relacionados con los reportes del laboratorio clínico, tiene que ver con la mala identificación del paciente y/o de la muestra dentro del laboratorio; de allí la importancia que toma este aspecto en la gestión de cualquier laboratorio o IPS que se enfoque en la seguridad del paciente; el sistema de identificación de pacientes y las muestras nos permite garantizar con seguridad la correcta realización del procedimiento de extracción de muestra sanguínea y analítica, entre otras.

La primera causa de eventos adversos relacionados con los reportes del laboratorio clínico, tiene que ver con la mala identificación del paciente y/o de la muestra dentro del laboratorio; de allí la importancia que toma este aspecto en la gestión de cualquier laboratorio o IPS que se enfoque en la seguridad del paciente; el sistema de identificación de pacientes y las muestras nos permite garantizar con seguridad la correcta realización del procedimiento de extracción de muestra sanguínea y analítica, entre otras.

Se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la identificación incorrecta de los pacientes durante la práctica clínica relacionada en las tomas, análisis y entrega de exámenes de laboratorio, encontramos las siguientes:

En la etapa pre analítica:

- Muestra mal identificada
- Toma examen equivocado
- Toma muestra a paciente equivocado
- Punción sitio equivocado
- Iatrogenia por punción venosa / arterial o cateterizarían vía urinaria
- Pérdida de la muestra

En la etapa analítica:

- Análisis de muestra equivocada
- Pérdida de la muestra
- Error en procedimiento técnico definido
- Accidente del personal con material con sangre y/o fluidos corporales contaminados

En la etapa post analítica

- Errores en la entrega de resultados.

<sup>1</sup>Pathology and Laboratory Medicine: Errors in Laboratory Medicine: Practical Lessons to Improve Patient Safety. Howanitz P.J. 2005 Vol. 129. No. 10, pp. 1252- 1261

## Recomendaciones para la toma de muestras de laboratorio

La recolección y transporte adecuados de las muestras depende el éxito del proceso y confiabilidad de los resultados según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados. Se debe tener en cuenta que este es un servicio tercerizados, sin embargo se toma como practica segura dentro de la institución, con el objetivo de garantizar una atención oportuna y enfocada en la gestión al riesgo, es por esto que es necesario en seguimiento continuo al proveedor de este servicio.

Se recomienda implantar y verificar las siguientes acciones:

- Hacer énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención en salud de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta.
- Fomentar el uso de al menos dos identificadores (por ej. nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otra entidad asistencial y previo a la administración de la atención en el laboratorio y en la marcación de las muestras.
- Fomentar la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
- Fomentar el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
- Ser amable, saludar y sonreír. Siempre se debe pensar como nos gusta que nos atiendan. Así como nos gustaría a nosotros, así atender a los demás pensar que es un familiar y atenderlo como tal. Hacer sentir importante al paciente.

- Saber qué cantidad de muestras se necesita y que especificaciones debe tener la muestra, es decir, si se debe tomar con o sin anticoagulante y que anticoagulante se debe usar, que cantidad de muestra se necesita para el procedimiento y obtener suficiente cantidad de manera que no se necesite volver a llamar al paciente para tomar nueva muestra.
- Hacer que el paciente y los familiares se sientan cómodos, el lugar de toma de muestras debe ser agradable, con suficiente luz, espacios y ventilación•
- El profesional que toma la muestra debe transmitir seguridad y profesionalismo en el procedimiento que va a realizar.
- Respetar las normas de bioseguridad. Todas las muestras biológicas son potencialmente

## **II. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES**

### **OBJETIVO**

Esta estrategia tiene como objetivo establecer las barreras seguridad para prevenir o mitigar la aparición de caídas en El INSTITUTO DEL RIÑÓN DE CÓRDOBA S.A.S., por medio de la Implementación buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan el fortalecimiento de la cultura institucional procurando velar por la prevención de las posibles de caídas en la prestación de servicios asistenciales.

### **COMO SE DEFINE EL TERMINO “CAÍDA”**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en

contra de su voluntad, constituyendo una de las principales causas de morbimortalidad en las personas mayores. También se define como cambio de posición brusca e involuntaria de un individuo a un nivel inferior, sobre un objeto o el suelo, que puede producir daño o lesión física y/o psicosocial.

## **CLASIFICACIÓN DE CAÍDAS**

Para lograr categorizar las caídas de los pacientes por su propia naturaleza, se hace necesario identificar las causas comunes, así mismo establecer planes de acción oportunos, para el control y mitigación de las mismas.

Las caídas se pueden clasificar según los factores que la originen

### **A. Caídas accidentales**

Las caídas accidentales corresponden al 14% del total de caídas según las estadísticas. Son involuntarias, no predecibles, no es culpa del Paciente y caen por la presencia de condiciones causantes como:

Derrames en el suelo

- Desorden
- Iluminación inadecuada
- Muebles inestables
- Fallas de equipo
- Error de juicio
- Tropezón
- Marcha anormal o débil
- Marcha con arrastre de los pies

### **B. Caídas Fisiológicas Anticipadas**

Corresponden al 80% de las caídas y son predecibles, se presentan por tropezones o resbalón en pacientes con:

- Antecedentes de caídas
- Dificultades para caminar
- Incapacidad mental o cognitiva
- Pacientes con necesidad de auxiliares para acompañar la marcha
- Pacientes con líquidos endovenosos en porta sueros
- Paciente con sonda vesical

### C. Caídas Fisiológicas No Anticipadas

Corresponden al 6% de las caídas, no se esperan y no son predecibles la primera vez y el objetivo es prevenir una segunda caída; se presentan en pacientes con:

- Desmayos o mareos
- Ataques epilépticos
- Fracturas patológicas de cadera
- Medicamentos (antihipertensivos, diuréticos)

Antecedentes y principales causas de caídas

En los principales antecedentes de caídas, podremos encontrar que el paciente este agitado, funcionalmente afectado, poca movilidad.

La mayoría de las causas de caídas se pueden agrupar en 2 grandes factores, tales como:

<b>FACTORES AMBIENTALES</b>	<b>FACTORES DEL PACIENTE</b>
Deslizamiento del sillón, silla o camilla	Desorientación
Suelos mojados y no señalados	Levantarse solo, necesitando ayuda
Fallo en el frenado de las camas	Movimientos continuos y bruscos en el sillón o cama

## OBSERVACIONES

Las tres causas ponen de manifiesto la importancia de verificar el óptimo mantenimiento de los medios que usamos para el cuidado, así como de los riesgos del propio ambiente.

El primer factor del paciente, demuestra la importancia de poner medidas preventivas en todos los pacientes que aunque a su ingreso estén orientados, puedan descompensarse por su proceso patológico intervención dentro de la asistencia médica.

**EL INSTITUTO DEL RIÑÓN DE CÓRDOBA S.A.S.**, con esta estrategia enfocada en la gestión del riesgo y prevención de caídas de pacientes, busca identificar las causas de las caídas, factores relacionados, así mismo promover tanto en los pacientes, familiares y principalmente en sus colaboradores, la importancia de la prevención de todos estos actos que pueden incidir directamente en los usuarios.

## RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

Luego de identificar las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes, se recomiendan las siguientes acciones a tomar:

- Valoración del riesgo de caída y clasificación de los pacientes.
- Diseño o adopción, revisión y ajuste de instrumentos de valoración y clasificación de riesgo de caídas (ver anexos).
- Capacitar y entrenar al personal asistencial en la aplicación del instrumento de valoración de riesgo de caídas.
- Supervisión de la adherencia a la valoración del riesgo de caídas, asegurando su implementación
- Identificación de pacientes de alto riesgo de caídas, por medio de la semaforización institucional.

- Proporcionar ayuda física para pacientes de alto riesgo que deambulen en la institución.
- Recomendación de uso de dispositivos de ayuda como bastones, etc. Si fueran necesarios para compensar la movilidad.
- Recomendar el uso de medias antideslizantes, cuando sea posible.
- Actuación ambiental sobre elementos determinantes en las caídas (pasamanos en escaleras, retirar alfombras, evitar pisos mojados, bordillos)
- Educar al paciente, familia y visitantes en la importancia del autocuidado como estrategia de prevención de caídas.

### **III. GESTIÓN AL RIESGO EN INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN ASISTENCIAL (INFECCIONES NOSOCOMIALES)**

#### **OBJETIVO**

Promover medidas de prevención y control de infecciones asociadas con la atención asistencial, por medio de la implementación de protocolos de higienización, estandarización de prácticas enfocadas en la gestión al riesgo, verificación de buenas prácticas de seguridad y ejecuciones de planes de acción enfocados en la mejora continua en la prestación de los servicios asistenciales de la institución.

#### **QUE ES UNA INFECCIÓN**

La infección consiste en la invasión del cuerpo por uno o más microorganismos que superan las barreras externas y/o internas y proliferan en los tejidos desarrollando su capacidad agresiva y produciendo toxinas frente a las cuales reaccionará el organismo desarrollando una respuesta inmunológica.

Antecedentes y principales infecciones ocasionadas por la atención en salud

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el

primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

Las infecciones más frecuentes asociadas con la atención en salud son:

- Del torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica
- Abscesos
- Neumonías
- Cánulas intra vasculares
- Prótesis infectadas
- Urinaria Dren/ Tubo (sondas vesicales)
- Tejidos blandos

## **RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN**

- Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado higiénico de las manos.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de
- Prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución
- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas
- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas).
- Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

## PROMOCIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LOS 5 MOMENTOS EN LA HIGIENE DE LAS MANOS



- Remover la suciedad visible de las manos.
- Disminuir la colonización de los pacientes con gérmenes nosocomiales.
- Prevenir las infecciones que los pacientes adquieren dentro la institución.
- Prevenir la transferencia bacteriana desde la casa la institución y desde la institución al hogar.
- Disminuir los costos en la institución.

### b. ¿PORQUE LA HIGIENE DE LAS MANOS?

- La higiene de las manos es el mayor factor en la reducción de la transmisión de microorganismos.
- Las Infecciones nosocomiales son la mayor causa de morbi-mortalidad estimada en 5a 25%. Los gérmenes más frecuentes son cocos Gram (+), bacilos Gram (-) y hongos como Candidasp
- La resistencia bacteriana se ha transformado en un serio problema de salud pública debido a diversos factores, entre ellos cabe mencionar el uso inadecuado de los antimicrobianos y la transmisión a través de las manos.

### c. ¿CUÁNDO DEBEN LAVARSE LAS MANOS?

- Al iniciar las tareas.
- Antes y después de tener contacto y de la atención básica de un paciente.
- Antes y después de realizar procedimientos invasivos aunque se utilicen guantes.
- Después del contacto con materiales contaminados con fluidos corporales
- Entre un paciente y otro
- Antes de preparar medicación o soluciones parenterales
- Antes y después de hacer uso del baño
- Después de estornudar, toser, tocarse la cara, el cabello, etc.
- Al finalizar las tareas y retirarse de la institución.

### d. CLASIFICACIÓN DE HIGIENE DE LAS MANOS E INSUMOS

SOCIAL	ANTISEPTICO O CLINICO	SECO	QUIRURGICO
<b>OBJETIVO</b>			
Remover la flora transitoria y la suciedad	Remover la flora transitoria y residente de la	Remover la flora transitoria y residente de	Remover mecánicamente la suciedad, los

moderada de la piel de las manos. piel de las manos. la piel de las manos. Este se realiza con soluciones tópicas especialmente preparadas para la asepsia de las manos, sin la necesidad de utilizar pileta, agua, jabón y toallas. microorganismos transitorios y reducir la flora residente durante el tiempo del procedimiento quirúrgico.

### INSUMOS ANTISEPTICOS Y PROPIEDADES

TIPO DE LAVADO	INSUMO	ESPECTRO	CARACTERISTICAS
SOCIAL	JABÓN LÍQUIDO		
ANTISEPTICO O CLINICO		Eficaz frente Gram positivos y Virus lipídicos	Concentración: 4% Acción rápida.
QUIRURGICO	CLORHEXIDINA + CETRIMIDA	(VSR, CMV). Menor acción frente a Gram negativos, hongos y virus no lipídicos (rotavirus, HIV,	Actividad residual persistente: 3 -6 horas. Reacciones alérgicas: raras

adenovirus).

			Concentración: 70 %
		Eficaz frente Gram	Sin actividad residual.
SECO	ALCOHOL GEL	positivos, bacilo de Koch,	Debe contener emolientes.
		hongos y virus lipídicos	Posee el tiempo de inicio acción más rápido; no sirve para eliminar la suciedad.

## **GESTIÓN AL RIESGO EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**

### **OBJETIVO**

Promover medidas de prevención y control en la utilización adecuada de los medicamentos, con el propósito de desarrollar y fortalecer destrezas en la gestión a los riesgos que puedan presentarte en la prestación del servicio de la institución, garantizando la seguridad del paciente, su familiar y compromiso de todos los colaboradores involucrados dentro de la practica asistencial y administrativa.

### **QUE ES UN MEDICAMENTO**

Es "un producto farmacéutico, utilizado en o sobre el cuerpo humano para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o para la modificación de funciones fisiológicas".

## **COMO SE DEFINE LA FARMACOVIGILANCIA**

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la Farmacovigilancia como “La ciencia y actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos”.

Implica la notificación, registro y evaluación sistemática de las reacciones adversas a los medicamentos que se despachan con o sin receta.

La definición de Farmacovigilancia va más allá de los efectos adversos que se producen a nivel clínico y permite incluir la generación de daño infringida por el medicamento a otros niveles que abarcan el psicológico, el económico y el social. El daño a nivel psicológico puede reflejarse en la delegación de la condición de salud al uso de un medicamento innecesario. Por ejemplo, la sensación de bienestar derivada del uso de antibióticos para el tratamiento de una infección viral. Los efectos adversos asocian costos económicos a las consecuencias clínicas, que pueden incluir hospitalización y/o prórroga de la misma. Por otra parte, la inasistencia laboral y la disminución en la productividad, resultantes de los efectos adversos, representan un costo importante para la sociedad.

### **Antecedentes y principales causas de ocurrencia de EA/I**

Los errores de medicación y sus consecuencias negativas, constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública, con significativas repercusiones en la práctica asistencial y costos de no calidad en la prestación del servicio, generando en el paciente y su familia desconfianza en el sistema, lo cual llega a tener efectos negativos en las diferentes instituciones prestadoras de salud y profesionales del área involucrada.

Dentro de las causas prevenibles a los problemas asociados en la utilización de medicamentos se incluyen los fallos en el Sistema de Suministro, principalmente con la ausencia en los servicios de procesos administrativos y técnicos oportunos, que logren garantizar la existencia de medicamentos partiendo de la importancia de las características de efectividad, seguridad, calidad de la información y educación necesaria para el uso correcto de estos dentro de la prestación del servicio asistencial.

Dentro de los EA/I asociados al uso de los medicamentos encontramos los siguientes:

- Adquisición
- Prescripción
- Disponibilidad
- Dispensación
- Administración y uso

EJEMPLO:

1. ADMINISTRACIÓN ERRÓNEA POR DENOMINACIÓN Y/O APARIENCIA COMÚN EN LOS MEDICAMENTOS

2. CARENCIA EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA AL PCTE, CON RELACIÓN AL MEDICAMENTO A USAR

3. FALTA DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

4. ORDENES VERBALES

## RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

Las acciones para disminuir al mínimo posible y evitar la ocurrencia de EA/I asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente. Algunos procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son:

- Participación del Químico farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.
- Establecer protocolos detallados y explícitos para manejo de medicamentos de alto riesgo.
- Diseñar mecanismos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.
- Asegurar que en el proceso almacenamiento de los medicamentos, se incluya protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites (en caso que aplique).
- Asegurar que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.
- Definir mecanismos de compra que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.
- Tener en cuenta que cuanto mayor sea el número de opciones disponibles de un medicamento (dosis, concentraciones y volúmenes), la probabilidad de la presencia del error es mayor, por ende gestionar el riesgo de estos.
- Difundir unas normas de correcta prescripción, con recomendaciones específicas que insten a evitar el uso de abreviaturas y prescripciones ambiguas que puedan causar confusión
- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes.
- Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación, resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM);

especialmente en pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.

- **CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TODAS LAS FASES DE LA ATENCIÓN:**

Procesos que aseguran la verificación de los medicamentos que el paciente recibe corrientemente de cualquier procedencia (paciente proveniente de la consulta externa, de otro servicio dentro de la institución o de otra institución)

- **IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE DOSIS UNITARIA (si aplica):**

Involucra la compra de dosis unitarias pres elaborados por un proveedor o el re empaque ore envase y marcaje adicional del medicamento a utilizar. Aunque la evidencia para la efectividad de esta práctica es modesta, ha sido generalmente bien aceptada y ampliamente implementada en todo el mundo, pues la mayoría de estudios publicados han mostrado efecto en la disminución de errores, bien sea por comisión como de omisión con el uso de medicamentos en este sistema.

- **IDENTIFICACIÓN DE ALERGIAS EN LOS PACIENTES.**

La institución debe asegurar en los pacientes que no haya confusión de un efecto secundario del medicamento con una alergia. Es necesario definir mecanismos de chequeo que garanticen la identificación de posibles alergias y reacciones similares en la medicación del paciente.

#### **IV. GESTIÓN AL RIESGO EN LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

## **OBJETIVO**

Promover medidas de identificación, control y prevención al riesgo asociado al uso de dispositivos médicos, con el propósito de ofrecer y garantizar una atención segura y oportuna a pacientes, familiares y otros actores involucrados en la práctica asistencial dentro de la prestación del servicio.

## **COMO SE DEFINE TECNOVIGILANCIA**

La Técnovigilancia se puede definir como el conjunto de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión y divulgación oportuna de la información relacionada con los incidentes adversos, problemas de seguridad o efectos adversos que presente estas tecnologías durante su uso, a fin de tomar medidas eficientes que permitan proteger la salud de una población determinada.

## **QUE ES UN DISPOSITIVO MÉDICO**

Cualquier instrumento, aparato, artefacto, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, destinado por el fabricante para uso en seres humano, en los siguientes casos:

- Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad, (por ejemplo, sonda para gastrostomía, ecocardiógrafos, ecoencefalografías, encefaloscopios, endoscopios, estetoscopios, laringoscopios, sistemas radiográficos/topográficos, entre otros, etc.)
- Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia (por ejemplo, desfibrilador, catéter cardiaco para angiografía, dilatador traqueal, electrocardiógrafos,

esfigmomanómetros, espéculo, gastroscopio, laparoscopios,  
nebulizador, suturas, etc.)

- Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico (por ejemplo, marcapasos, engrapadoras quirúrgicas, espátula, guías, implantes de matriz ósea, monitor de cabecera, prótesis de válvula cardiaca, ventiladores de cuidados intensivos, etc.)
- Diagnóstico del embarazo y control de la concepción (por ejemplo, preservativo, etc.)
- Cuidado durante el embarazo o el nacimiento, o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido (por ejemplo, fórceps, incubadoras pediátricas, ecógrafos, balanzas).

## **ANTECEDENTES Y PRINCIPALES CAUSAS DE OCURRENCIA EAI**

Dentro del conjunto de elementos que se consideran al evaluar un dispositivo médico, se debe hacer énfasis puntual en los posibles riesgos que estos pueden causar en la salud de los pacientes, colaboradores, medio ambiente y en cada uno de los factores que estos incidan directa o indirectamente. En la actualidad, es conocido que la mayoría de los accidentes son raramente causados por un único error de un individuo, ya que usualmente son el producto de múltiples errores conocidos como individuales, colectivos y/u organizacionales los cuales se encuentran ligados con las deficiencias dentro de los procesos, esta consecuencia de errores generalmente produce circunstancia que llevan a fallas dentro de la atención y posteriormente a eventos adversos o incidentes.

## CAUSAS MÁS FRECUENTES DE OCURRENCIA DE EAI, ASOCIADOS CON USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.

FACTORES DEL DISPOSITIVO	FACTORES EXTERNOS	FALLAS EN LOS SISTEMAS O PROCESOS DE APOYO	ERRORES DEL USUARIO / COLABORADOR
Falla del dispositivo (sistema, componente, accesorio)	Pérdida del suministro energético	No ejecutar evaluación previa a la compra del dispositivo	Falla de pruebas de inspección previo al uso
Error de etiquetado (instrucciones)	Interferencias electromagnéticas	Falla en la inspección previa al uso	No lectura de instrucciones o etiquetado
Error de fabricación	Factores ambientales (temperatura, humedad, polvo, luz)	Almacenamiento incorrecto del dispositivo	Mal ensamble del dispositivo
Error de armado		Carencia de capacitación del uso de dispositivo	Conexiones erradas del dispositivo
Problema del		Sistema de alertas y reportes	Uso clínico

software	de EA/I, inapropiado	incorrecto
Inadecuado mantenimiento, inspección, reparación, calibración.	Deficiencia en la investigación de EA/I	Selección errónea de parámetros de uso
Modificaciones inadecuadas	Carencia de las políticas y objetivos en el programa de tecnovigilancia	Supresión de alarmas
	Falla en el decomiso de dispositivos en la investigación de EA/I	Derrames accidentales

## RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCIÓN

- Realizar análisis y priorización del riesgo de los dispositivos médicos e infraestructura de la institución
- Cuantificar y analizar la ocurrencia de los eventos adversos e incidentes asociados a los dispositivos médicos
- Identificar las correcciones y oportunidades de mejora dentro del programa de tecnovigilancia que garanticen la gestión al riesgo y el uso adecuado de dispositivos médicos.

- Diseñar y actualizar documentación guía para el uso adecuado de los dispositivos médicos, acorde a la información suministrada por el fabricante.
- Establecer criterios claros para la planeación, selección y adquisición de los dispositivos médicos
- Fomentar la detección temprana de EAI, con fines de prevención oportuna y gestión al riesgo.
- Actualizar y socializar programa de tecnovigilancia a todo el personal de la institución.
- Diseñar e implementar rondas activas de vigilancia a dispositivos médicos y tecnología controlada en la institución.
- Sistematización y procesamiento de la información, que promueva la identificación oportuna de documentos y registros del proceso
- Difundir las lecciones aprendidas a partir de los errores
- Evaluación de resultados y monitoreo oportuno de indicadores de gestión
- Fortalecer por medio de la gestión al riesgo del uso de dispositivos médicos, practicas seguras, cultura de seguridad, atención oportuna, satisfacción del paciente y su familia.

## **V. GESTIÓN Y PROMOCIÓN EDUCATIVA**

### **OBJETIVO**

Asegurar los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para la formación de todos los colaboradores y demás actores que intervengan en la práctica asistencial y administrativa, con el objetivo de fortalecer y garantizar la seguridad del paciente y su familia, ofreciendo un servicio enfocado en la gestión al riesgo oportuno, mediante un aprendizaje integrado y multidisciplinar en la promoción educativa de la institución.

### **RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCIÓN**

La gestión del riesgo en el sector salud, tiene como propósito fundamental enfocarse en la búsqueda de estrategias que permitan reducir la probabilidad de ocurrencias de EAI en la práctica asistencial y administrativa dentro de las

organizaciones de esta actividad económica, es por ello la necesidad de establecer actuaciones coordinadas entre diferentes procesos y áreas, para garantizar una integración de todos los actores que intervienen dentro de los mismos.

Entre las acciones propuestas se contempla la formación del personal asistencial y administrativo, como estrategia dirigida a promover e incentivar políticas de formación enfocadas en la gestión al riesgo, humanización del servicio, seguridad del paciente y su familia.

<b>PAQUETES INSTRUCCIONALES SOBRE LAS BUENAS PRÁCTICAS RECOMENDADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL<sup>1</sup></b>	
GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD	GUÍA PARA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES Y MUESTRAS DE LABORATORIO
PROMOCIÓN DE LA CULTURA DEL PACIENTE	GUIA PARA GESTIÓN DEL RIESGO: INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN.
SOCIALIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PROTOCOLO DE LONDRES	GUÍA PARA GESTIÓN DEL RIESGO: PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAÍDAS
GESTIÓN Y DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN	GUÍA PARA GESTIÓN DEL RIESGO: PREVENCIÓN DEL CANSANCIO DEL PERSONAL EN SALUD
QUE ES LA GESTIÓN AL RIESGO EN SALUD	GUÍA PARA GESTIÓN DEL RIESGO: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICAMENTOS

<sup>1</sup><http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx> PAQUETES INSTRUCCIONALES SOBRE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO	GUÍA PARA GESTIÓN DEL RIESGO: DISPOSITIVOS MÉDICOS
MODELO PEDAGÓGICO	GUÍA PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN INTERNA HACIA EL PACIENTE.
GUÍAS Y PROTOCOLOS CLÍNICOS	PROMOCIÓN DEL AUTO CUIDADO Y REPORTE PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA

## ANEXOS

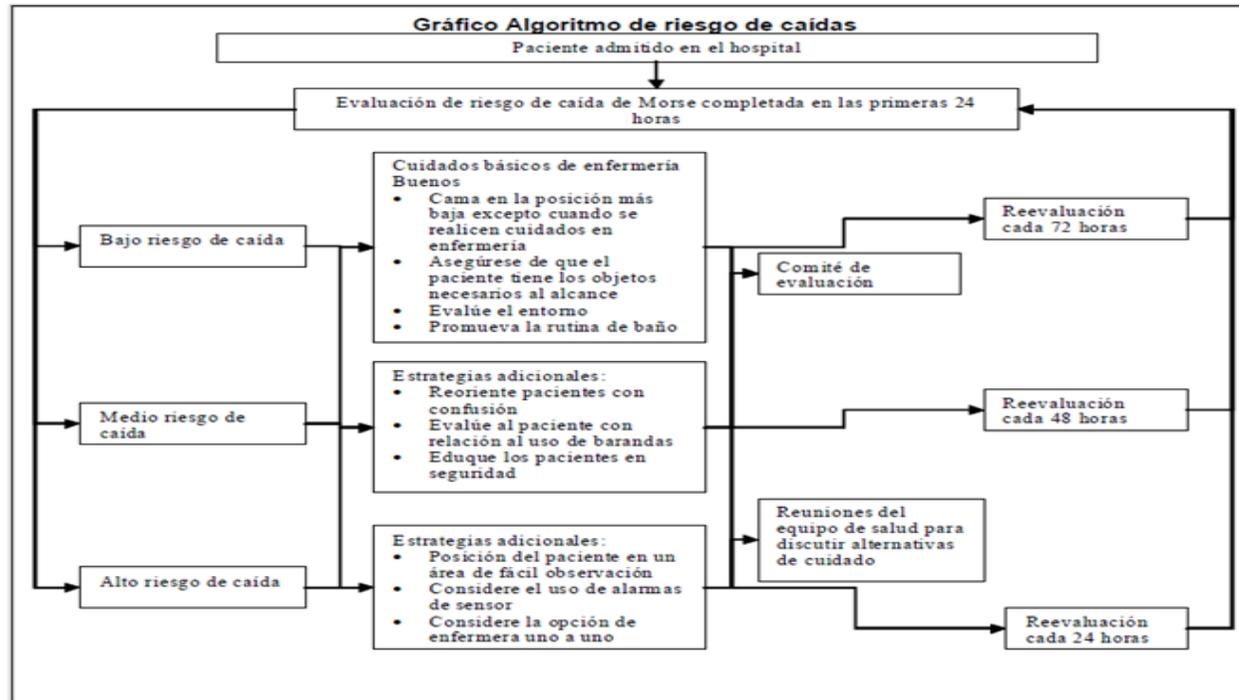
### ANEXO 1

La escala de Morse se basa en factores de riesgo y es más que un puntaje EVALUACION DE RIESGO DE CAIDAS DE PACIENTES total. Sirve para determinar factores de riesgo de caída y, en consecuencia, diseñar intervenciones específicas para reducirlos. Debe diligenciarse en el momento de la hospitalización y cuando haya cambios de condición, transferencia a otra unidad y después de una caída.

#### ESCALA DE CAÍDAS DE MORSE

Variables		Puntaje
Historia de caída(s)	No	0
	Sí	25
Diagnósticos secundarios	No	0
	Sí	25
Ayuda para deambular (marque sólo una)	Ninguna/reposo en cama/asistencia	0
	Bastón, muletas, caminador	15
	Silla de ruedas	25
Venoclisis (incluye heparin lock)	No	0
	Sí	25
Marcha	Normal/reposo en cama/silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
Estado mental	Reconoce sus limitaciones	0
	Se sobreestima u olvida sus limitaciones	15
<b>Total</b>		

## ALGORITMO DE RIESGO DE CAÍDAS





### ANEXO 3

### SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUTRICIÓN

#### TIPO

TIPO DE FALLA	EFECTOS	BARRERAS DE SEGURIDAD
Error en la prescripción del tratamiento nutricional (dieta, fórmula láctea y nutrición forzada)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo nutricional inadecuado.</li> <li>- Complicación del paciente.</li> <li>- Aumento en estancia hospitalaria</li> <li>- Aumento de costos de no calidad</li> <li>- Insatisfacción del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar en la historia clínica la determinación del régimen nutricional oral que comprende asistencia hospitalaria por Nutrición y dietética para establecer el tipo de dieta adecuada al estado del paciente de acuerdo con el diagnóstico, la orden médica, tolerancia y estado nutricional igual que la programación de fórmulas lácteas. Si existen dudas aclararlas con el médico tratante.</li> </ul>
La dieta entregada al paciente no corresponde a la prescrita por el médico y calculada por la nutricionista dietista (Adultos y niños)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo nutricional inadecuado.</li> <li>- Complicación del paciente.</li> <li>- Aumento de la estancia hospitalaria.</li> <li>- Aumento de la insatisfacción del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar con el servicio de alimentación si la dieta suministrada al paciente corresponde a la prescrita.</li> <li>- Constatar el nombre y número de cama del paciente.</li> <li>- Constatar que todas las preparaciones estén correctamente marcadas con el tipo de dieta.</li> </ul>
<p>Cálculo inadecuado de la dieta prescrita por parte del profesional en Nutrición.</p> <p>Cálculo inadecuado en nutrición parenteral enteral en adultos y niños.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo nutricional inadecuado.</li> <li>- Complicación del paciente.</li> <li>- Insatisfacción del paciente.</li> <li>- Aumento en estancia hospitalaria</li> <li>- Aumento en costos de no calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar la internación completa y correcta en la Historia Clínica.</li> <li>- Verificar las guías de práctica clínica basada en evidencia que contenga los diagnósticos y tratamientos nutricionales.</li> <li>- Asegurar la educación continua para el profesional en Nutrición y dietética</li> <li>- Coordinar con el equipo multidisciplinario de soporte nutricional para determinar la cantidad de nutrientes de la alimentación parenteral y enteral, además de determinar cómo debe iniciarse la vía oral.</li> <li>- Verificar aporte de nutrientes por kilo de peso y verificar los productos a utilizar con osmolaridad final de la mezcla.</li> </ul>

**ANEXO 4  
FORMATO DE NOTIFICACION EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES**

1. ORIGEN DEL REPORTE						
FECHA Y HORA DE		DIA	MES	AÑO	HORA	NOTIFICACION
					:	
NOMBRE DEL REPORTANTE					PROCESO QUE REPORTA	
2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE						
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE _____						
EDAD:		M	F	SEXO:		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				ENTIDAD ASEGURADORA		
DIAGNOSTICO DE INGRESO/ACTUAL				TIPO DE TRATAMIENTO O SERVICIO		
3. DESCRIPCION DEL EVENTO ADVERSO – INCIDENTE						
FECHA Y HORA		HORA	DIA	MES	AÑO	
NOMBRE DEL EVENTO ADVERSO – INCIDENTE _____						
SEGÚN LISTADO DESCRIBA BREVEMENTE EL EVENTO ADVERSO – INCIDENTE						

**\*SEÑALE SEGÚN LOS DESENLACES QUE APLIQUE**

MUERTE

LESIÓN CAUSADA

INTERVENCIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA

REMISIÓN

NO HUBO LESIÓN

OTRO  Cuál: \_\_\_\_\_

**4. ACCIONES TOMADAS (CORRECCIONES)**

Enumere las acciones tomadas en el momento de la OCURRENCIA :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**NOMBRE DE QUIEN REPORTA :**

**NOMBRE DE LIDER DE PROCESO:**

**5. ANALISIS CAUSAL**

*LOS SIGUIENTES ITEMS SERÁN DILIGENCIADOS POR EL GRUPO OPERATIVO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*

**FECHA DEL ANALISIS:**

DIA	MES	AÑO

**5.1 ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS Y/O FALLAS EN BARRERAS DE SEGURIDAD:**

En las barreras de seguridad señale la o las que intervinieron:

1. Humanos	<b>S</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cuáles</b>	_____
	<b>I</b>	<input type="checkbox"/>				
2. Físicos	<b>S</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cuáles</b>	_____
	<b>I</b>	<input type="checkbox"/>				
3. equipos:	<b>S</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cuáles</b>	_____
	<b>I</b>	<input type="checkbox"/>				
4. Medicamentos:	<b>S</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cuáles</b>	_____
	<b>I</b>	<input type="checkbox"/>				
5. Dispositivos	<b>S</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cuáles</b>	_____
	<b>I</b>	<input type="checkbox"/>				

médicos	I				
6. Administrativos	S		NO		<b>Cuáles</b>
	I				

### 5.2 FACTORES CONTRIBUTIVOS

SEÑALE CON UNA X

#### **Paciente**

No adherencia al tratamiento  
 Marcado compromiso de morbilidad asociada a creencias religiosas, étnicas y culturales.  
 Fallas en la comunicación con su equipo de salud tratante  
 Otro  
 ¿Cuál?:


#### **Responsable del procedimiento**

Cansancio – fatiga  
 Larga jornada laboral  
 Capacitación Insuficiente  
 Habilidades, destrezas y experiencia insuficiente ( competencias)  
 No adherencia al Procedimiento  
 No adherencia a guías y protocolos


#### **Ambiente**

Clima laboral  
 Infraestructura  
 Espacio  
 Calor  
 Ruido


#### **Técnovigilancia**

Insumos que no cumplen con las especificaciones para su uso  
 No contar con dispositivos suficientes  
 No seguimiento a fechas de vencimiento  
 No contar con el equipo  
 Falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo


#### **Infección Intrahospitalaria o nosocomial**

infección de orificio de catéter venoso  
 infección de túnel de catéter venoso  
 infección de tejidos blandos asociados al


#### **Farmacovigilancia**

Medicamentos que no cumplen con las especificaciones para su uso  
 No contar con los medicamentos suficientes  
 No seguimiento a fechas de vencimiento

acceso vascular (FAV)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bacteremia	<input type="checkbox"/>	No se suministró el medicamento correcto No se administró al paciente correcto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Organización y gerencia</b>		<b>Contexto Institucional</b>	
Recursos y limitaciones financieras	<input type="checkbox"/>	Económico y regulatorio	<input type="checkbox"/>
Estructura Organizacional	<input type="checkbox"/>	Contactos externos	<input type="checkbox"/>
Políticas, estándares y metas	<input type="checkbox"/>		
Prioridades y cultura organizacional	<input type="checkbox"/>		

**6. ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS**

**Enumere la o las acciones preventivas o correctivas que fueron tomadas:**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

**FIRMAS GRUPO DE ANALISIS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 5

### LISTADO INSTITUCIONAL DE EA/I

- Hematoma de la Fistula Aterio Venosa (FAV) o injerto.
- Trombosis de la Fistula Aterio venosa (FAV) o injerto
- Decanulación de la fistula aterio venosa (FAV) o injerto
- Infiltración de la fistula aterio venosa (FAV) o injerto
- Infección de la fistula aterio venosa (FAV) o injerto
- Infección de catéter Yugular o femoral
- Retiro accidental del catéter yugular o Femoral
- Línea Partida ( Diálisis Peritoneal)
- Reacción al Filtro
- Coagulación del Filtro
- Embolia gaseosa
- Error en la administración de medicamentos
- Error transfusional

#### Caída

- Sepsis por catéter Yugular o Femoral
- Sepsis por fistula arterio venosa (FAV) o injerto
- Sepsis abdominal asociada a catéter de diálisis peritoneal

## ANEXO 6

<b>PROTOCOLO DE ENTREVISTA</b> • Prueba piloto	
ITEMS	PAUTAS A TOMAR
LUGAR	Debe ser en un lugar privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente o evento adverso El entrevistado puede estar acompañado por quien el consideres necesario.
PROPÓSITO DE LA ENTREVISTA	Explique cuidadosamente al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo de confrontación y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES INSEGURAS	<p><b>Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga.</b></p> <p><b>Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable.</b></p> <p><b>Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas.</b></p> <p><b>Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.</b></p>
IDENTIFICACIÓN DE FACTORES CONTRIBUTIVOS	<p><b>Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos.</b></p> <p><b>Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.</b></p>

CIERRE DE LA ENTREVISTA	<b>Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar aproximadamente 20 y 30 minutos.</b>
-------------------------	---

## **ANEXO 7**

### **LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DEL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 CLASIFICADOS SEGÚN LA TERMINOLOGÍA PROPUESTA POR LOS LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA**

#### **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)**

1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales.
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación.
3. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia.
4. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas.
5. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días.
6. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación.
7. Entrega equivocada de reportes de laboratorio

#### **Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)**

1. Usuarios detectados por suplantación.
2. Afiliados duplicados.
3. Quejas por no prestación de servicios POS.

4. Quejas interpuestas por reconocimiento de copago o cuota moderadora.
5. Pacientes a los cuales se les reconoce servicio inicialmente rechazado.
6. Servicio negado por inadecuado proceso de afiliación.
7. Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación.
8. Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención.
9. Solicitud de traslado antes del período mínimo legal.
10. Pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para la autorización o realización de alguna ayuda diagnóstica o procedimiento relacionado con la enfermedad.
11. Tutelas por no prestación de servicios POS.
12. Tutelas o quejas por registro incorrecto de períodos mínimos de cotización.
13. Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites administrativos.
14. Pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias equívocas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención.
15. Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas.
16. Pacientes en lista de espera por más de tres meses.

## **EVENTO ADVERSO**

### Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

1. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal.
2. Pacientes con úlceras de posición.

3. Distocia inadvertida.
4. Shock hipovolémico post – parto.
5. Maternas con convulsión intrahospitalaria.
6. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado.
7. Pacientes con hipotensión severa en post – quirúrgico.
8. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico.
9. Entrega equivocada de un neonato.
10. Robo intra – institucional de niños.
11. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados.
12. Suicidio de pacientes internados.
13. Consumo intra - institucional de psicoactivos.
14. Caídas desde su propia altura intra – institucional.
15. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados.
16. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio.
17. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.
18. Flebitis en sitios de venopunción.
19. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida.
20. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación.
21. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera.
22. Accidentes postransfusionales.
23. Asalto sexual en la institución.
24. Neumotórax por ventilación mecánica.
25. Asfixia perinatal.

26. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento.
27. Secuelas post – reanimación.
28. Pérdida de pertenencias de usuarios.
29. Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico.

#### Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

1. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Pompee en los cuales transcurrió más de seis meses entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico.
2. Sífilis Congénita en nacimientos en la EAPB.
3. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal a causa de enfermedad obstructiva.
4. Pacientes con transmisión vertical de VIH.
5. Detección de Cáncer de Cérvix en estadios avanzados.
6. Detección de Cáncer de colon en estadios avanzado.
7. Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos.
8. Complicaciones de los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados.
9. Reacciones por medicamentos vencidos.
10. Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización, seguimiento o suministro del oxígeno.
11. Paciente en estado crítico sin asistencia.

## **EVENTO ADVERSO**

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

1. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal.
2. Pacientes con úlceras de posición.
3. Distocia inadvertida.
4. Shock hipovolémico post – parto.
5. Maternas con convulsión intrahospitalaria.
6. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado.
7. Pacientes con hipotensión severa en post – quirúrgico.
8. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico.
9. Entrega equivocada de un neonato.
10. Robo intra – institucional de niños.
11. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados.
12. Suicidio de pacientes internados.
13. Consumo intra - institucional de psicoactivos.
14. Caídas desde su propia altura intra – institucional.
15. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados.
16. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio.
17. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.
18. Flebitis en sitios de venopunción.
19. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida.
20. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación.

21. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera.
22. Accidentes postransfusionales.
23. Asalto sexual en la institución.
24. Neumotórax por ventilación mecánica.
25. Asfixia perinatal.
26. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento.
27. Secuelas post – reanimación.
28. Pérdida de pertenencias de usuarios.
29. Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después. de 12 horas de realizado el diagnóstico.

#### Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

1. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Pompee en los cuales transcurrió más de seis meses entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico.
2. Sífilis Congénita en nacimientos en la EAPB.
3. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal a causa de enfermedad obstructiva.
4. Pacientes con transmisión vertical de VIH.
5. Detección de Cáncer de Cérvix en estadios avanzados.
6. Detección de Cáncer de colon en estadios avanzado.
7. Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos.
8. Complicaciones de los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados.
9. Reacciones por medicamentos vencidos.

10. Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización, seguimiento o suministro del oxígeno.

11. Paciente en estado crítico sin asistencia.

## **ANEXO 8**

### **INDICADORES**

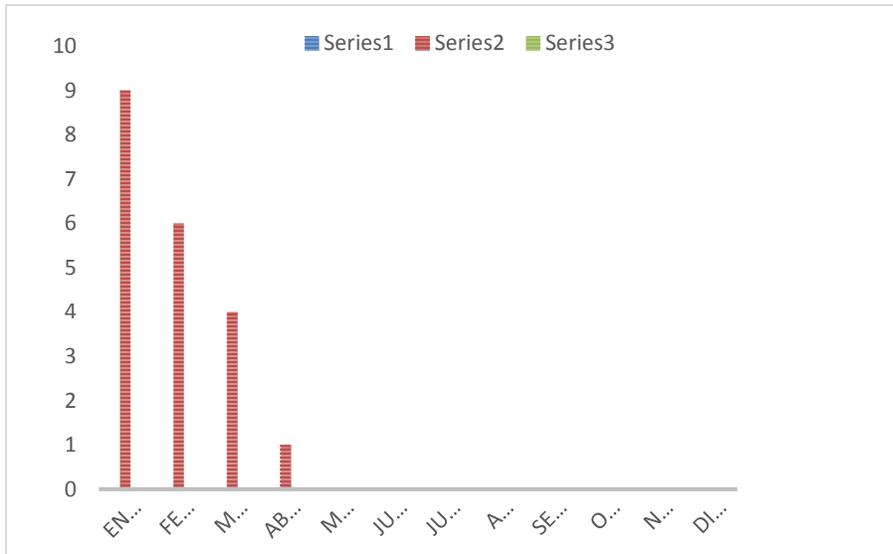
#### **INTRODUCCIÓN**

El presente informe muestra el resultado e impacto con respectó al mejoramiento continuo de la cálida en la sala de atención de pacientes respecto a las infecciones de pacientes; en la siguiente gráfica:

#### **INDICADOR DE PACIENTES INFECTADOS**

Durante el primer semestre se tomaron muestras de 200 pacientes en la institución; a continuación mostramos el comportamiento del indicador mor medio de una gráfica

<b>PERIODO</b>	<b>P.I</b>	<b>META</b>
Enero	9	0
Febrero	6	0
Marzo	4	0
Abril	1	0
Mayo	0	0
Junio	0	0



El comportamiento del indicador de infecciones muestra un balance positivo para la institución

## DIFICULTADES

Unas de las dificultades que se presentan en el indicador en especial es la ubicación geográficas de los pacientes, que al momento de trasportase a la institución llegan desaseados

## BIBLIOGRAFÍA

Accuracy in patient sample identification; propose guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI.

Chalmers, Overmedicalization and appropriate Technologies. Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin riesgo en Sri Lanka, 18 al 23 de Octubre de 1997.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de los Estados Unidos. Metas en Seguridad del Paciente.

Errls Human: Building a Safer Health System.

Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica” Informe final. Octubre 2008.

Institute for Healthcare Improvement –IHI. Prácticas recomendadas por la campaña 5K.

International Classification for Patient Safety (ICPS)” de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.

Investigación de prácticas seguras hechas por la Universidad de Stanford.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. 2008. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2003 del 2014. Ministerio de Protección Social - UNFPA. Documento Interno, Abril 2009 Population reference bureau. Mejorar los servicios de emergencia para

evitar muertes maternas. Yvette Collymore, redactora jefe en el PRB. Características de la Mortalidad Materna en Colombia.

MPS. Resolución 3039 de 2007, Estrategias para mejorar la SSR. Línea de Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, literal d.

Paquetes instruccionales sobre las buenas prácticas de seguridad del paciente

Prácticas seguras sugeridas por el grupo Leapfrog (LF).

Prácticas seguras consensuadas por el National Quality Forum, (NQF).

Pathology and Laboratory Medicine: Errors in Laboratory Medicine: Practical Lessons to Improve Patient Safety. Howanitz P.J. 2005 Vol. 129. No. 10, pp. 1252- 1261.

The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009” de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.

The Second Global Patient Safety Challenge “Safe Surgery Saves Lives”. Los documentos y retos globales propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: “Atención limpia es una atención más segura “ y Cirugías Seguras.

The Accuracy in patient sample identification; proposed guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI.

Technical Specification ISO/TS 19218/05: Medical devices — Coding structure for adverse event type and cause.

Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Meeting with Spanish and Latin American Technical Experts”.

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE CALI. “Libro De Seguridad Del Paciente” consultado el 30 de Junio del 2014  
URL:[http://calisaludable.cali.gov.co/seg\\_social/2013\\_Seguridad\\_Paciente/libro\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_del_paciente.pdf)

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>