

UNIVERSIDAD EAN CONVENIO UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE POSTGRADOS EN SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD



**DISEÑO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E.S.E. HOSPITAL SAN
ANTONIO DEL MUNICIPIO DEL GUAMO**

ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO
JAIRO ANDRES RIVERA PRECIADO

IBAGUÉ - TOLIMA

2013

UNIVERSIDAD EAN CONVENIO UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE POSTGRADOS EN SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD



**DISEÑO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E.S.E. HOSPITAL SAN
ANTONIO DEL MUNICIPIO DEL GUAMO**

ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO

JAIRO ANDRES RIVERA PRECIADO

**Informe final de investigación presentado como requisito parcial para optar al
título de: especialistas en auditoria y garantía de calidad en salud.**

Tutor: DR. HÉCTOR RAÚL AGUIAR

**Médico General Y Cirujano, MG. En Salud Pública, Esp. En Administración
Hospitalaria y Esp. en Auditoria y Garantía de Calidad en Salud**

IBAGUÉ - TOLIMA

2013

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento:

En una primera Instancia a Dios y a la vida por darnos la oportunidad de participar de este Proyecto que nos brinda la expectativa de mejorar la Calidad de vida.

A cada uno de los docentes que nos guiaron en el aprendizaje con sus sabios conocimientos, durante el desarrollo de la Especialización. A sus familias por el apoyo recibido y al nuevo integrante de la familia Diego Alejandro Duran Ramírez.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. JUSTIFICACIÓN	12
2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA	16
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
3. OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GENERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
4. MARCO TEORICO O REFERENCIAL	20
4.1 MARCO GEOGRAFICO	20
4.2 MARCO HISTORICO	21
4.3 MARCO LEGAL	22
4.4 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	23
5. DISEÑO METODOLÓGICO	37
5.1 TIPO DE ESTUDIO	37
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	37
5.2.1 Población	37

	Pág.
5.2.2 Muestra	38
5.2.3 Criterios de Inclusión	38
5.2.4 Criterios de Exclusión	38
5.3 METODO E INSTRUMENTOS	38
5.3.1 Método	38
5.3.2 Instrumento.	40
5.4 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	41
5.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.	43
6. RESULTADOS OBTENIDOS	45
7. CONCLUSIONES	57
8. RECOMENDACIONES	59
9. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN	60
REFERENCIAS	61
ANEXOS	63

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo Conceptual de la Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.	25
Figura 2. Modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del Evento Adverso	29
Figura 3. Componentes del Programa de seguridad del paciente E.S.E. Hospital San Antonio 2012.	54

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Cronograma de actividades, 2 páginas.	64
Anexo 2. Presupuesto, 1 página.	65
Anexo 3. Programa de seguridad del paciente “PSP”, 125 páginas.	66
Anexo 4. Encuesta de clima de seguridad del paciente, 6 páginas.	184
Anexo 5. Ficha notificación mensual de eventos adversos, 1 página.	190
Anexo 6. Formato individual de notificación de complicaciones y eventos adversos, 1 página.	191
Anexo 7. Plan de mejoramiento eventos adversos, 1 página.	192
Anexo 8. Cronograma de actividades - Ronda de seguridad del paciente, 1 página.	193
Anexo 9. Ronda de seguridad del paciente, priorización de servicios, 1 página.	194
Anexo 10. Lista de chequeo - Ronda de seguridad del paciente, 3 páginas.	195
Anexo 11. Entrevista al usuario interno - Ronda de seguridad del paciente, 2 páginas.	198
Anexo 12. Entrevista al usuario externo - Ronda de seguridad del paciente, 1 página.	199
Anexo 13. Acta de cierre - Ronda de seguridad del paciente, 1 página.	200
Anexo 14. Lista de chequeo - Sesiones de seguridad del paciente, 2 páginas.	201
Anexo 15. Análisis de eventos adversos, 8 páginas.	204

RESUMEN

En los últimos años a nivel mundial se viene hablando del tema de seguridad del paciente el cual articula perfectamente a cada uno de los componentes de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud (SOGCS). La E.S.E. Hospital San Antonio del municipio del Guamo adoptando dichos lineamientos venía adelantando estrategias en pro de la mejora de la seguridad del Paciente, sin embargo, y luego de realizada la encuesta de clima de seguridad del paciente en la institución, se evidencio la necesidad de estructurar un programa que permitiera definir estrategias, procedimientos y estándares coherentes a los contemplados en la normatividad vigente exigida por el gobierno nacional.

Como resultado de este trabajo y de la continuidad de esfuerzos de la E.S.E. Hospital San Antonio Junto al equipo de estudiante de la especialización de Auditoria y Garantía de la Calidad en Salud se diseñó un programa de Seguridad del Paciente basado en la realidad Institucional y a la luz de los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual marca un nuevo horizonte con respecto a la seguridad del paciente en la Institución; además de propender por que los usuarios y colaboradores estén dentro de un clima de seguridad óptimo.

Palabras Claves: Programa de seguridad del paciente, evento adverso, practica segura, clima de seguridad del paciente y prestación de servicios de salud.

ABSTRACT

In recent years the world has been talking about the issue of patient safety, which fit in perfectly with each of the components of System Mandatory Quality Assurance in Health Care. The San Antonio Hospital Guamo Township adopting these guidelines came forward strategies towards improving Patient Safety, however, and after climate survey on Patient Safety in the institution, there was a need to structure a program allowing to define strategies, procedures and standards consistent with those mentioned in the current regulations required by the national government.

As a result of this work and continued efforts of the San Antonio Hospital Along student team specialization Audit and Quality Assurance in Health designed a program based on Patient Safety and institutional reality in light of the guidelines of the Ministry of Health and Social Protection, which marks a new horizon with respect to Patient Safety in the institution, besides seek to ensure that users and partners are in a climate Optimum Security.

Key Works: Safety patient program, adverse event, safe practice, patient safety climate and health service delivery.

INTRODUCCIÓN

El decreto 1011 de 2006 artículo 2 define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. (Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 1011) situando al usuario como el eje central ya que es el principal consumidor de los servicios de las empresas de Salud y a la seguridad como una característica fundamental del sistema por esto todos los esfuerzos se deben encaminar a mantener a este usuario satisfecho y esta satisfacción se logra prestando servicios de calidad.

Dado lo anterior, la Política de Seguridad del Paciente, liderada por el SOGCS, tiene como objetivo “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas Internacionalmente” (Ministerio de la protección social (MPS) (2008). Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Dirección General de Calidad y servicio). Que puedan autocontrolar aquellos eventos que afectan el cumplimiento de sus objetivos.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de Salud Pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los estados miembros de la OMS. Esta alianza hace especial hincapié en “fomentar la investigación como uno de los

elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria” (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [AMSP], 2008, p 1).

Colombia como parte de la OMS, a través del Ministerio de Salud y Protección Social viene desde 2007, estableciendo lineamientos para la implementación de políticas, estrategias y buenas prácticas que promuevan y mejoren la seguridad del paciente en las instituciones del orden nacional.

La E.S.E. Hospital San Antonio, venía trabajando en el tema de seguridad del paciente desde el 2010 sin embargo sus políticas, estrategias y actividades se encontraban dispersas y muchas de ellas no tenían un objetivo en común, además de esto no se conocía el estado actual del Clima de Seguridad del Paciente de la Institución lo que dificultaba aún más tener un panorama claro sobre el tema; todo esto llevo a realizar un diagnóstico de la seguridad de los paciente de la E.S.E. y generar el programa de seguridad del paciente que contuviese todas las políticas estrategias y actividades que garantizaran un futuro promisorio para la seguridad del paciente en el Hospital.

1. JUSTIFICACIÓN

En Marzo del 2002 la OMS durante la 55 Asamblea Mundial, emitió una resolución a favor de la seguridad del paciente y en octubre del 2004, lanzo la iniciativa conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es movilizar la cooperación internacional hacia los países para llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los Eventos Adversos de la atención, reducir el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.

Esta alianza se propuso “lograr el compromiso de los países miembros de la OMS para aumentar la seguridad de la atención en salud, a través del mejoramiento de los establecimientos de salud y de las prácticas de atención, así como de la formulación de Políticas de Seguridad del Paciente” (Alianza Mundial Para la seguridad del paciente. 2008, p 2).

La OMS estima que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes [léase *incapacitante*] o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura, casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en Hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los Hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo. (Alianza Mundial Para la seguridad del paciente, 2008 p. 1).

El estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica (2009) el cual tuvo como uno de los objetivos generales “mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos (EA) y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables” (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009. p 19) concluyo que para latino américa “La incidencia global de pacientes con algún EA fue de un 19,8%. La incidencia de EA fue de 28,9%” (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009. P. 97) lo que evidencia la necesidad de apuntar a sistemas de reportes de eventos adversos efectivos.

Los sistemas de prestación de servicios de salud en Colombia son complejos; por consiguiente, son sistemas de alto riesgo: el preservar la salud ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, que sin un adecuado control acabarían produciendo eventos adversos. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, acontece 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, segura y coordinada con los demás.

Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. Es por esto que este trabajo contribuye a vislumbrar y desarrollar el tema que lleve a planear y esquematizar protocolos de

atención estandarizados que permitan optimizar los recursos del Sistema y reducir el impacto de los eventos adversos en los usuarios.

Únicamente estudios como el IBEAS (2009) han logrado vislumbrar estadísticamente la presentación y causalidad de los eventos adversos en Latinoamérica (incluido Colombia), este estudio concluye además que “En general, alrededor de un 60% de los EA [abreviatura de Evento adverso] se consideraron evitables, cifras comparables con las obtenidas en el resto de estudios” (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009. p 97) cifra que indica que las de la mitad de los eventos adversos fueron susceptibles de prevención y esto redundaría en la toma de medidas y seguimiento a la práctica clínica enfocada en la seguridad del paciente.

En razón a lo anterior la E.S.E. Hospital San Antonio Guamo – Tolima se preocupa a diario por la calidad de vida de la población y para lograrlo debe iniciar la planeación y socialización del Programa de Seguridad del Paciente cuyo objetivo estará centrado en prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente como lo son los eventos adversos, promoviendo estrategias y buenas prácticas de seguridad del Paciente.

La pertinencia del presente trabajo se basa en primer lugar en la necesidad que tiene la institución por adoptar y adaptar las recomendaciones y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en torno al tema, así como la obligatoriedad del SOGCS donde uno de los pilares es la seguridad de la atención, prevenir la presentación e incidencia de eventos adversos de la institución y apuntar fuertemente a mitigar las causalidades prevenibles. Otro de los aspectos relevantes es el gran interés que existe por parte del grupo de investigadores en el tema que tanta satisfacción personal trae, además que redundaría en el beneficio para la institución dado que mejora, optimiza y

cualifica cada uno de los procesos asistenciales en los que tiene cabida el paciente, quien finalmente es quien califica y cualifica el servicio recibido, mejorando así la imagen institucional hacia su población de influencia.

Por otro lado la visión de la alta Gerencia es trabajar por una Acreditación de calidad de los servicios de salud que presta el Hospital en lo que la seguridad del paciente es uno de los ejes transversales y sobre el cual se encuentra una gran proporción de estándares definidos en la normatividad vigente (resolución 0123 de 2012) y que su mejora redundara en el avance de la institución hacia una atención de calidad.

Basado en este programa el Hospital debe llevar a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los procesos, tales como políticas de atención segura y humanizada, el estudio de los eventos adversos en la atención en salud y la puesta en marcha de estrategias que contribuya a brindar una atención limpia y segura en la institución.

2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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.

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos ya que los problemas de Seguridad del Paciente son inherentes a la Atención en Salud (Ministerio de la protección social, 2008, p 9).

El Hospital San Antonio es una institución de primer nivel de atención que presta servicios de salud de baja complejidad a la población del municipio del Guamo, cuenta en la actualidad con una población de más de 40.000 habitantes. Se encuentra habilitado por la Secretaria de Salud Departamental de acuerdo a los Estándares definidos en la resolución 1043 de 2006. Desde el 2006 fue rehabilitado en noviembre

de 2011, todos los funcionarios laboran día a día en miras de mejorar la calidad del servicio y el reconocimiento de la misma, trabajando arduamente por el mejoramiento continuo de la calidad, sin embargo el Hospital no cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que incentive, promueva y gestione la implementación de las prácticas seguras de la atención en salud recomendadas por el Ministerio de la Protección Social que a pesar que no ser una obligación se convierte en una herramienta indispensable para garantizar una atención de calidad y minimizar los Riesgos en la atención; muestra de ello en una entrevista aleatoria realizada a 15 pacientes y familiares de pacientes internados en las áreas hospitalarias en la institución, de los cuales el 80% reconocen no estar informado o tiene un concepto errado sobre que es seguridad del paciente, el 67% reconocen no estar informados sobre el tratamiento que está recibiendo y el 53% reconoce no haber dado su aprobación para la realización de procedimientos médicos, lo que lleva plantearnos la siguiente pregunta.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Es posible realizar el diseño de un Programa de Seguridad del Paciente para mejorar la atención en salud a los usuarios que demandan los servicios de la E.S.E. Hospital San Antonio del municipio del Guamo - Tolima?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar el Programa de Seguridad del Paciente para la E.S.E. Hospital San Antonio del Guamo Tolima, mediante la aplicación de metodologías definidas de análisis de los Eventos Adversos e implementación de herramientas prácticas destinadas a sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones y prácticas seguras que redunden en la mejora del clima de seguridad de la institución.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar diagnóstico de clima de seguridad del paciente en la E.S.E. Hospital San Antonio del Guamo – Tolima.
- Elaborar el Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital San Antonio del Guamo de acuerdo a las exigencias de la Normatividad vigente, con el fin de dar cumplimiento a la misma y definir estrategias de mejoramiento continuo.
- Socializar el Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital San Antonio de Guamo - Tolima, definiendo de esta manera estrategias organizacionales que permitan su operación.

- Establecer estrategias de comunicación y divulgación del Programa de Seguridad del Paciente del Hospital San Antonio del Guamo con el fin de educar y motivar al personal de la IPS acerca del tema.

4. MARCO TEORICO O REFERENCIAL

La ausencia de un Programa de Seguridad del Paciente en la E.S.E. Hospital San Antonio del Municipio del Guamo- Tol, hace que durante la atención en salud se presenten Eventos Adversos que no son identificados por el personal ya que no se tienen parámetros claros para la procedencia en estos casos y el tema es desconocido en su totalidad.

La elaboración e implementación del Programa de Seguridad del Paciente en la E.S.E. Hospital San Antonio del Guamo -Tolima permitirá cumplir con los requerimientos legales emitidos por el Ministerio de la Protección Social y adicionalmente mejorar la calidad del servicio que se le presta a los usuarios que a diario asisten a hacer uso de los servicios de salud.

Es importante resaltar que la E.S.E. Hospital San Antonio del Guamo -Tolima es la única de carácter Público del Municipio, además de lo anterior la IPS atiende Población tanto del Régimen contributivo como del régimen Subsidiado.

4.1 MARCO GEOGRAFICO

El Municipio de Guamo se encuentra situado en el centro del Departamento del Tolima, su cabecera está a 65 Km de Ibagué, la Cabecera Municipal del Guamo está ubicada en el extremo nororiental del Municipio; su Población, según el Censo de 1993 del Dane, era de 14.076 habitantes, representando 43,5% del total de la Población del

Municipio; su extensión es de 402,62 hectáreas, que equivalen a 0,74% de la superficie total del Municipio.

Guamo limita por el norte, con los Municipios de San Luis y El Espinal; por el oriente, con el Municipio de Suárez; por el sur, con los Municipios de Purificación y Saldaña y por el occidente con el Municipio de San Luis (Alcaldía Municipal del Guamo - Tolima, 2012).

4.2 MARCO HISTORICO

El Municipio está asentado en tierras que fueron del cacique Catufa, siendo sus primitivos pobladores los indios Lemayaes y Catufas, pertenecientes a las tribus de los Pioncos o Yaporogos. El descubrimiento del territorio lo hizo Don Sebastián de Belalcazar en noviembre de 1538. HISTORIA DEL POBLAMIENTO: El pequeño caserío, fundado por el Español Sanabria y Guzmán, con casas de bahareque y techo de palma, no tuvo importancia alguna inicialmente. Sin embargo, aquí llegó el presbítero Juan Antonio Buenaventura de la Pórtela y fundó la parroquia, que se llamó Santa Ana del Guamo, hecho que ocurrió el 26 de Junio de 1772. Poco tiempo después, Don José de Guzmán de Arce, rico latifundista y por ende, Propietario de muchas tierras en esa región, cedió el terreno para que se hiciera un verdadero Poblado, con el mismo nombre de Santa Ana del Guamo. Transcurrieron los años, hubo más y más pobladores, más construcciones; se trazó la plaza, se levantó un buen templo, una y varias veces, porque fue víctima de varios incendios, convirtiéndose luego, en un pueblo señorial y próspero. Tanto, que por decreto ejecutivo de 1880 fue

capital del centro, por traslado hecho de El Espinal. Luego entre 1871 y 1876, fue capital del estado soberano del Tolima y por eso, fue sede de la Asamblea Legislativa. Es correcto, por así decirlo, que Guamo tenga como fecha clásica de fundación, la del 26 de Junio de 1772, cuando el sacerdote Buenaventura de la Pórtela creó y fundó la Parroquia de Santa Ana del Guamo. Quedó convertido en Municipio a través de la Ley de 21 de Febrero de 1863 e inaugurado oficialmente como tal el 1 de Enero de 1864 (Alcaldía Municipal del Guamo - Tolima, 2012).

4.3 MARCO LEGAL

- Ley 100 de 1993.
- Constitución Política Nacional de Colombia del 4 de julio de 1991.
- Ley 1122 de Enero 9 de 2006 Ministerio de la Protección Social¹⁰
- Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006 Ministerio de la Protección Social.
- Resolución 1445 del 8 De Mayo 2006 Ministerio de La Protección Social.
- Resolución 1448 Del 8 De Mayo 2006 Ministerio de la Protección Social.
- Decreto 1011 del 07 de Octubre de 2009, Ministerio de la Protección Social.
- Decreto 4747 de diciembre 7 de 2007. Ministerio de la Protección Social.
- Circular Externa Número 030 del 26 de Mayo del 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Resolución 1446 del 08 de Mayo del 2006, Ministerio de la Protección Social.
- Circular Única Externa Número 047 del 30 de Noviembre de 2007, Superintendencia Nacional de Salud.

- Circular Externa Número 056 del 06 de Octubre de 2009, Superintendencia Nacional de Salud.
- Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia junio de 2008

4.4 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La medicina Colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los Programas de Trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en Programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros.

Sin embargo, los avances Científicos de la medicina también pueden acompañarse de Riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la Salud, más bien hay desconocimiento de los Factores que generan las situaciones mórbidas.

Ejemplo de ello son las experiencias de Florence Nigthingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barack Hospital del 32% al 2%, o las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. Ejemplos similares se han dado a lo largo del desarrollo de la Ciencia y el arte médico.

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.

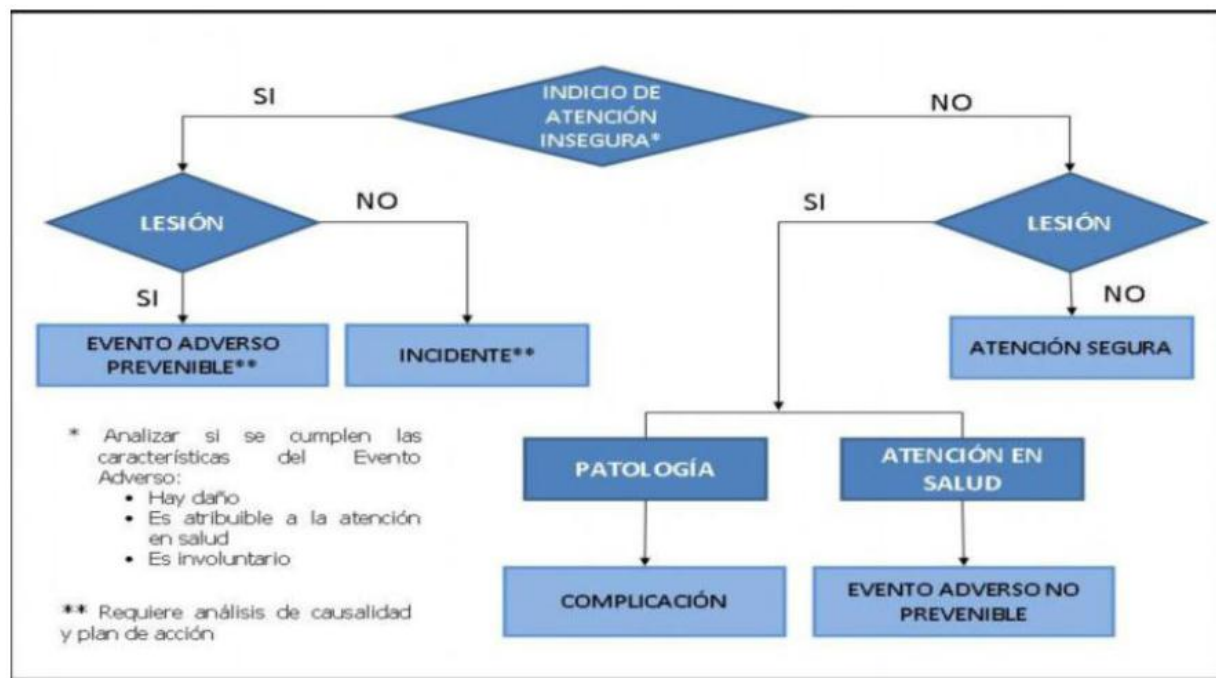
Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en Salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el Mejoramiento de la Salud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

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el Paciente y generando, en ocasiones, los llamados Eventos Adversos (Ministerio de Protección Social Proyecto De Norma Técnica Sectorial en Salud “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, 2009).

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.

Figura 1. Modelo Conceptual de la Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.



Fuente. Proyecto de Norma Técnica Sectorial en Salud “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” Ministerio de Protección Social. 2008

- **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 (Ministerio de Protección Social Proyecto De Norma Técnica Sectorial en Salud “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, 2009).

- **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. (Ministerio de Protección Social Proyecto De Norma Técnica Sectorial en Salud “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, 2009).
- **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.

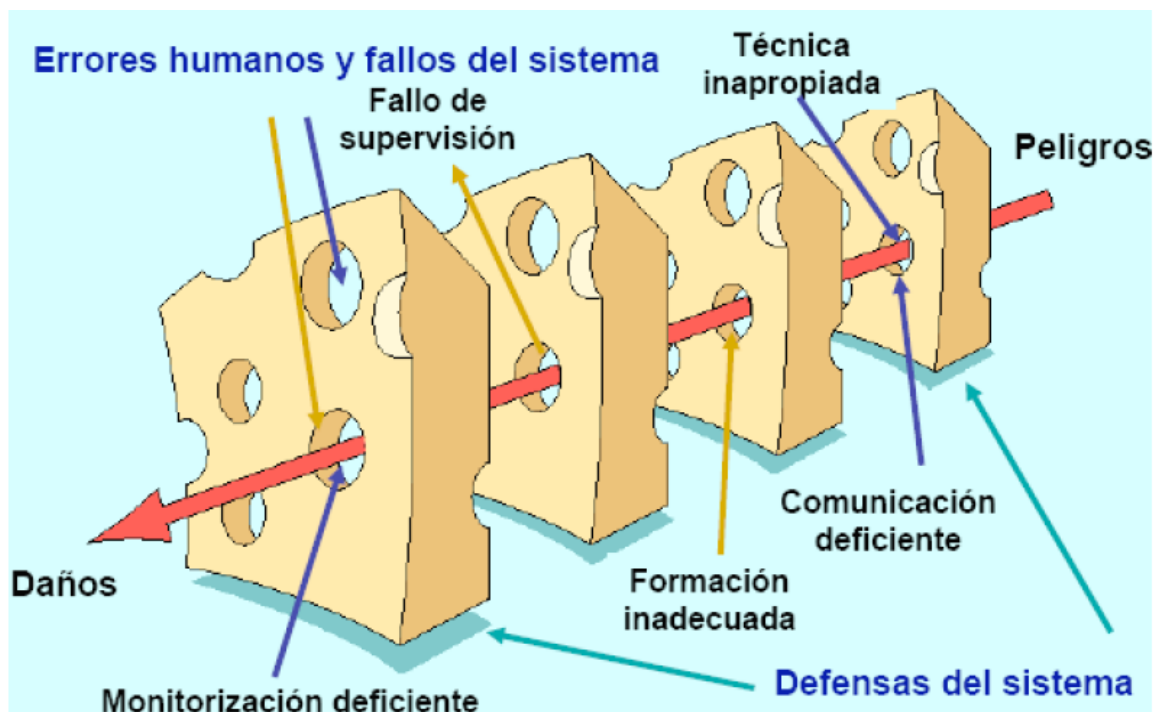
- **Acciones de Reducción de Riesgo.** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de Atención en Salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un Incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo 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 causal (Ministerio de Protección Social Proyecto De Norma Técnica Sectorial en Salud “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, 2009).
- **Caracterización del problema el modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso.** 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 del Queso Suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alinee en 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.

El siguiente gráfico ilustra este modelo.

• **MODELO EXPLICATIVO**

Figura 2. Modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del Evento Adverso



Fuente. Lineamientos para la Implementación de la Política De Seguridad del Paciente Ministerio de Protección Social. 2008.

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el Evento Adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del Incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerarla ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

- **Los Estudios que Cuantifican y Evidencian la Incidencia y Prevalencia de los Eventos Adversos.** La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de Prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de Salud Pública.

Se han realizado varios estudios Nacionales procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades Epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por Personal de Enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por Profesionales Médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la Causalidad de ese evento adverso detectado.

Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados.

En los estudios de incidencia (evaluación de los casos ocurridos durante el período de observación), la frecuencia varía entre el 9% (en el estudio de Dinamarca) hasta el 16.6% (en el estudio Australiano)

En cuanto a los estudios de Prevalencia, (evaluación de los casos ocurridos durante antes del período de observación), según Aranaz JM solamente se han encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de Mostazaen España y el de

Herrera-Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%.

Los países Latinoamericanos han optado por la metodología de evaluación de Prevalencia, ya que es la que se ha encontrado como más factible en las condiciones específicas de nuestras Instituciones. No obstante en el caso de la Prevalencia aún hay un camino por recorrer para encontrar los valores de referencia adecuados a nuestras condiciones, proceso que se está avanzando a través de los desarrollos del proyecto Iberoamericano IBEAS.

Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados:

1. Infección Nosocomial.
2. Eventos Adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos.
3. Eventos Adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
4. Eventos Adversos asociados al cuidado de la Salud.

Igualmente deben considerarse con particular atención los procesos orientados a crear barreras de seguridad y procedimientos seguros en la atención del binomio

Madre-Hijo.

De igual forma, los diferentes estudios han generado clasificaciones de severidad, ya que los eventos adversos pueden producir desde un daño leve en el Paciente hasta incapacidad, invalidez en grados variables o incluso muerte. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia Mundial la mayoría de los eventos se encuentran en la categoría leve o moderada.

- **Metodologías para la Evaluación de la Frecuencia con lo Cual se Presentan los Eventos Adversos.** Los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizarla medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presentación de eventos adversos en la Institución, por lo cual es recomendable realizar a intervalos periódicos, estudios que midan prevalencia o la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este propósito la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS es una alternativa útil para este propósito, así como las herramientas para el análisis de indicio de evento adverso disponibles en la literatura.

- **Procesos para la Detección de la Ocurrencia de Eventos Adversos.** La resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, la vigilancia de eventos adversos.

Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado. Sin embargo, los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad. Es esencial protegerla intimidad y la confidencialidad del proceso.

Debe existir un sistema de reporte interinstitucional, que privilegie la confidencialidad de lo reportado, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se

puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extra institucionales.

Tales sistemas de reporte pueden beneficiarse de la utilización de otras herramientas que incrementen la capacidad de detección de la institución tales como instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos Hospitalarios o técnicas “disparadoras” (también conocidas “TriggerTool” por su denominación en el idioma inglés) del alerta sobre la ocurrencia de eventos adversos

- **Metodologías para el Análisis de los Eventos Adversos.** Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso, usualmente, descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia, con respecto a una buena práctica, es apenas el primer paso de una investigación profunda.

Un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

Metodologías para este propósito son el Protocolo de Londres, el análisis de Ruta Causal o Análisis de Causa Raíz, el Modo de Falla y Efectos u otros (AMFE).

- **Estrategias para Profundizar la Cultura Institucional de Seguridad del Paciente.** El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
 2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
 3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento
 4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
 5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.
- **Protocolos para el Manejo del Paciente.** La Institución debe definir un protocolo para el manejo del Paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso. De las experiencias internacionales y nacionales, extractamos las siguientes recomendaciones:
 1. Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.

2. Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de Incidentes y eventos adversos.

3. Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un evento adverso y acompañarlo.

Cuando ocurre un evento adverso, el manejo del paciente debe estar orientado hacia:

1. No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.

2. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso

3. Resarcir al Paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.

4. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.

5. Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.

6. Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la Ocurrencia del evento adverso. (Ministerio de Protección Social Proyecto De Norma

Técnica Sectorial en Salud “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, 2009).

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo se clasifica como Trabajo Dirigido de intervención, dado que este consiste en la realización de un trabajo en los cuales se establece el desarrollo de un estudio conducente a la solución de un problema enfrentado por la organización o al análisis de resultados o problemas encarados por un grupo específico. Además tiene un perfil cuantitativo de corte descriptivo transversal del tema de seguridad del paciente para mejorar la calidad del servicio de salud a los usuarios del que asisten a la E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO del Municipio del GUAMO TOLIMA , La investigación actual se considera de tipo cuantitativo ya que como su nombre se realizara Diagnóstico y Descripción del estado actual de la Seguridad del Paciente y buscar un orden lógico estructurado al mismo que permita solucionar el problema abordado; debido a esto realizara la elaboración, diseño y socialización del programa.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.2.1 Población. En primer lugar la población a la que está dirigida este trabajo son todos Usuarios de la E.S.E. Hospital San Antonio del Guamo –Tolima puesto que el objetivo del trabajo es Implementar buenas prácticas en pro de la Seguridad del Paciente, sin embargo los colaboradores (usuarios internos) también forman parte de la población, dado que de acuerdo a la metodología implementada se realizara la aplicación de la encuesta de clima de Seguridad a los colaboradores de la Institución.

5.2.2 Muestra. El Ministerio de la Protección Social sugiere además en su libro que la muestra para realizar la encuesta debe ser de por lo menos el 10% de los colaboradores, al ser la E.S.E. Hospital San Antonio una Institución con una planta de personal y contratista pequeña se decidió realizar la encuesta de manera aleatoria al por lo menos el 40% de los colaboradores es decir 42 encuestas; total de funcionarios 105. Durante la aplicación de la encuesta solo 40 colaboradores fueron quienes diligenciaron la encuesta.

5.2.3 Criterios de Inclusión. Ser colaborador de la E.S.E. Hospital San Antonio, independiente de su modalidad de contratación, tiempo de vinculación a la Institución y área en la cual labora.

5.2.4 Criterios de Exclusión. No tener una vinculación laboral con la E.S.E. Hospital San Antonio.

5.3 METODO E INSTRUMENTOS

5.3.1 Método. El enfoque usado para la realización de la investigación es la revisión documental ya que se verifico la no existencia del Programa de Seguridad del Paciente, también se realizó la revisión de la normatividad vigente y partiendo de un Diagnóstico inicial del clima de Seguridad del Paciente realizado a través de la encuesta de clima de Seguridad del Paciente para finalmente realizar la elaboración, Diseño Socialización del programa el cual es el objeto de la investigación.

Para la realización de la investigación se determinó el siguiente esquema lógico:

- Identificación de antecedentes documentales existentes en la Institución del programa de Seguridad del Paciente en la E.S.E. Hospital San Antonio del Municipio del Guamo.
- Revisión de la normatividad vigente acerca del tema de la seguridad del paciente enmarcado dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Aplicación de la encuesta del clima de seguridad del paciente sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Análisis de la encuesta de clima de Seguridad del Paciente a través de la herramienta estadística Psis 4.1.
- Elaboración y diseño del programa de seguridad del paciente, teniendo en cuenta la normatividad vigente y los requerimientos legales.
- Socialización programa de seguridad del paciente a los colaboradores de la Institución.

5.3.2 Instrumento. El Ministerio de la Protección social a través de 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. Sugirió la encuesta de clima de seguridad del paciente la cual se realizó adopción integral de la encuesta.

Esta versión revisada y corregida fue tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria

Al igual que en la versión original, la encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de Seguridad:

1. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad (Agrupa 4 ítems)
2. Aprendizaje organizacional/ mejora continua (Agrupa 3 ítems)
3. Trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio (Agrupa 4 ítems)
4. Actitud de comunicación abierta (3 ítems)
5. *Feed-back* y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems)
6. Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems)
7. Dotación de personal (Agrupa 4 ítems)

8. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems)

9. Trabajo en equipo entre unidades/áreas del hospital (Agrupa 4 ítems)

10. Transiciones y no intervenciones del hospital (Agrupa 4 ítems)

11. Percepción generales de seguridad (Agrupa 4 ítems)

12. Frecuencia de reporte de eventos (Agrupa 3 ítems)

Adicionalmente, incluye una pregunta sobre la calificación global de la Seguridad en el entorno del encuestado y otra sobre el número de Eventos notificados en el último año, además de las variables clasificatorias socio-Profesionales.

5.4 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta en primer lugar las constantes recomendaciones de los entes de control acerca de la importancia de la implementación del programa de seguridad del paciente en la institución. Además de lo anterior se tuvo en cuenta la sentida necesidad y disponibilidad de las directivas de la institución para arrancar el programa.

La revisión Documental se realizó haciendo expurgo en los documentos que reposan en el archivo de la E.S.E: relacionados con la seguridad del paciente, posteriormente se realizó revisión de los documentos y libros publicados por el Ministerio de Salud y

Protección Social en su página web del Observatorio de Calidad. Así como se realizó de los diferentes documentos publicados por la Alianza para la Seguridad del Paciente que se encuentran publicados en la web.

Se realizó adopción de la encuesta de clima de seguridad del paciente, y la aplicación de la misma a la muestra escogida para este fin.

Se ejecutó la aplicación de la encuesta a cada uno de los integrantes de la muestra, dicha encuesta se realizó a través de una corta entrevista en la cual se le realizaba asesoría o despeje de dudas que tuvieran frente a la terminología y forma de calificación de la encuesta, pero nunca sobre lo que el contenido a responder de la encuesta es decir no se sesgaba la información a consignar en la encuesta.

Se formalizó la consolidación y tabulación de los datos en hoja Excel, para poder realizar un mejor análisis.

Se efectuó el análisis de resultados de acuerdo a la guía de análisis contemplada posteriormente, todo esto para tener un diagnóstico del clima de seguridad del Paciente y posteriormente documentar el programa.

Posteriormente y luego de diseñado el programa se programó y ejecuto la socialización con el Personal de la E.S.E.

Se realizó la entrega formal a la alta Gerencia del documento “PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE “así como los formatos impresos, carpetas, buzones y demás elementos indispensables para el despliegue del programa.

5.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.

Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ (Sorra & Nieva (2004) y adaptada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). En la guía “análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid –España. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Para clasificar un ítem o una dimensión como **fortaleza** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/ muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u **oportunidad de mejora** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/ muy en desacuerdo» o «raramente/ nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/ muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Es importante hacer claridad que este análisis se realiza cuando se evalúa ítem por ítem independiente de su dimensión, dado que para el análisis de la dimensión es necesario hacer la suma de los resultados de cada ítem, esta suma se realiza dependiendo de la formulación de la pregunta, es decir cuando la pregunta este formulada en positivo, la respuesta positiva serán las opciones afirmativas (muy de acuerdo, de acuerdo, siempre, casi siempre), cuando la pregunta este formulado en negativo la respuesta positiva serán las respuestas negativas (nunca, rara vez, desacuerdo, muy en desacuerdo). De esta manera se condensaran respuestas positivas, neutras y negativas para su posterior análisis.

6. RESULTADOS OBTENIDOS

Identificación de antecedentes documentales existentes en la institución del programa de seguridad del paciente.

Luego de realizar una visita y revisión de los documentos existentes en la institución se encontró que la institución cuenta con un Manual de seguimiento a riesgos adoptado por el Hospital mediante resolución en el cual se encuentra documentado todo el sistema de reporte y análisis de eventos adversos así como los formatos a utilizar para este fin, sin embargo este manual no se encontraba implementado al 100% dado que el sistema de reporte presentaba fallas y las áreas asistenciales dejaron de realizar los reportes mensuales a la oficina de calidad, no se evidenció adopción de Política de seguridad del paciente, ni comité de seguridad del paciente.

- **Aplicación de la Encuesta del Clima de Seguridad del Paciente Sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social.**

A continuación se presentan los resultados de la encuesta

3: Resultados encuesta sobre cultura de seguridad del paciente E.S.E. Hospital San Antonio 2012, discriminada por dimensiones

Tabla 1. Calificación global de las dimensiones

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO				
ENCUESTA DE SOBRE CULTURA SEGURIDAD PACIENTE				
MAYO DE 2012				
Dim	DIMENSION	% Respuestas Positivas	% respuestas neutras	% Respuestas negativas
1	Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad (4 ítems)	64%	21%	16%
2	Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo (3 ítems)	78%	11%	11%
3	Trabajo en equipo dentro de las áreas (4 ítems)	74%	13%	13%
4	Actitud de comunicación abierta (3 ítems)	53%	22%	26%
5	Retroalimentación y comunicación sobre el error (3 ítems)	60%	17%	23%
6	Respuesta no punitiva al error (3 ítems)	58%	30%	13%
7	Personal (4 ítems)	43%	23%	34%
8	Apoyo y soporte del Hospital para la Seguridad del Paciente (3 ítems)	77%	17%	7%
9	Trabajo en equipo entre las áreas del Hospital (4 ítems)	60%	24%	16%
10	Transiciones y no intervenciones del Hospital (4 ítems)	58%	31%	12%
11	Percepciones generales de la Seguridad (4 ítems)	67%	20%	13%
12	Frecuencia de reporte de Eventos (3 ítems)	41%	17%	43%

Fuente. Los autores

- **Fortalezas.** De acuerdo a la metodología del Estudio, sólo se considera como fortaleza la dimensión que obtenga un 75% ó más de respuestas positivas o negativas según se formulen las preguntas en positivo o negativo respectivamente.

De esta forma, destaca la percepción que tienen los encuestados respecto al Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo y al Apoyo y soporte del Hospital para la Seguridad del Paciente con una media de 78% y 77% las preguntas referidas a este ámbito fueron contestadas en forma positiva;

Sin alcanzar el porcentaje requerido para ser considerado una fortaleza, con una media de 74% destaca el resultado obtenido sobre la percepción de los encuestados acerca del Trabajo en equipo dentro de las áreas. Mediante la realización de la investigación se pretende la elaboración, implementación y socialización de un programa estructurado para la Seguridad del Paciente, dirigido específicamente a los usuarios que asisten a hacer uso de los servicios de la IPS Hospital San Antonio, el cual les permitirá gozar cada vez con Servicios de Calidad dentro del marco normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Debilidades.** Según el método del Estudio, se considera como debilidad de la Institución, la dimensión que obtenga un 50% ó más de respuestas negativas o positivas según se formulen las preguntas en positivo o negativo respectivamente. En este orden de idea y luego de condensar la información no se obtuvo ninguna respuesta negativa que cumpliera dichos criterios sin embargo se obtuvo un porcentaje representativo que debe tomarse en cuenta para planear oportunidades de mejora como es el caso de la dimensión frecuencia de Reporte de Evento con un 43% y dotación de personal con un 34%.

Resumen La encuesta se aplica a 40 funcionarios del HSA sin establecer de diferencia por el tipo de vinculación y a casi todas las dependencias. La dimensión mejor valorada fue “Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo” (78%), seguida por “Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la Seguridad” (77%) de respuesta positivas respectivamente.

Tabla 2. Resultados Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente E.S.E. Hospital San Antonio 2012, discriminada por ítem.

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO ENCUESTA DE SOBRE CULTURA SEGURIDAD PACIENTE MAYO DE 2012			
CALIFICACION GLOBAL DE LOS ITEMS POR DIMENSIÓN			
		Respuestas	
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad		%Pos	%Neg
B1	Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos	53%	
B2	Mi superior/ jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la Seguridad de los Pacientes	65%	
B3	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior /jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la Seguridad del Paciente.		68%
B4	Mi superior/ jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez		70%
Aprendizaje organizacional, mejoramiento continuo		%Pos	%Neg
A6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la Seguridad del paciente	83%	
A9	Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir	80%	

		Respuestas	
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad		%Pos	%Neg
A13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	73%	
Trabajo en Equipo dentro de las áreas		%Pos	%Neg
A1	El personal de salud se apoya mutuamente en esta unidad	75%	
A3	Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo	75%	
A4	En esta unidad, el personal se trata con respeto.	95%	
A11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros	53%	
Actitud como comunicación abierta		%Pos	%Neg
C2	El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del Paciente	65%	
C4	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	40%	43%
C6	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.		53%
Retroalimentación y comunicación sobre el error		%Pos	%Neg
C1	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de sucesos que hemos notificado.	40%	33%
C3	Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	63%	
C5	En esta unidad, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	78%	
Respuesta no punitiva al error		%Pos	%Neg
A8	El personal siente que sus errores son usados en su contra	20%	48%
A12	Cuando se informa de un Evento Adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema		53%
A16	Los empleados temen que los errores que cometen consten en su Hoja de vida	73%	0%
Dotación de personal		%Pos	%Neg
A2	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo	73%	
A5	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del Paciente	63%	25%

		Respuestas	
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad		%Pos	%Neg
A7	Usamos más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del Paciente	43%	38%
A14	Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente	33%	38%
Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente		%Pos	%Neg
F1	La dirección del Hospital propicia un ambiente laboral que promueva la Seguridad del Paciente	80%	
F8	Las medidas que toma la dirección del Hospital muestran que la seguridad del pacientes es altamente prioritaria	90%	
F9	La Dirección del Hospital se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente adverso		60%
Trabajo en equipo entre áreas del hospital		%Pos	%Neg
F2	Los Servicios o Áreas del Hospital no están bien coordinadas entre sí	30%	43%
F4	Hay buena cooperación entre los Servicios que requieren trabajar conjuntamente	70%	
F6	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta Institución		68%
F10	Los Servicios del Hospital trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los Pacientes	73%	
Transiciones y no intervenciones del hospital		%Pos	%Neg
F3	La continuidad de la Atención de los Pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra		60%
F5	Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los Pacientes durante los cambios de turno	10%	50%
F7	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios del Hospital	10%	45%
F11	Los cambios de turnos en el Hospital generan problemas para los Pacientes.		75%
Percepciones generales de la seguridad		%Pos	%Neg
A10	Sólo por casualidad no ocurren más errores en este Servicio.		70%
A15	La Seguridad del Paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	63%	
A17	En el servicio tenemos problemas con la Seguridad de los Pacientes.		75%
A18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores		60%

Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad		Respuestas	
		%Pos	%Neg
Frecuencia de reporte de eventos		%Pos	%Neg
D1	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al Paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	45%	35%
D2	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al Paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	35%	50%
D3	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?	43%	43%

Fuente. Los autores

- Fortalezas.** Coincidiendo con lo visto en la tabla 1 los ítems que presentan mayor porcentaje son los de las dimensiones Aprendizaje organizacional, mejoramiento continuo en los ítems A8 y A9 presenta porcentajes de 83% y 80% respectivamente, así como en la dimensión Apoyo y soporte del Hospital para la seguridad del paciente los ítems F1 y F8 presentan porcentaje de 80 y 90% respectivamente.

Por otro lado otra de las dimensiones que contiene 4 ítems de las cuales 3 son clasificadas como fortalezas es trabajo en equipo dentro de las áreas los ítems A1, A3 y A4 los cuales habla muy bien de las buenas relaciones que hay entre los funcionarios de una misma área.

Además se evidencia ítems que también cumplen criterios de fortaleza, es el caso del ítems A17 el cual hace referencia si en el servicio se tienen problemas con la seguridad de los pacientes a lo que el 75% respondió nunca o rara vez. Así como el ítems F11 en el cual se preguntó sobre su percepción si Los cambios de turnos en el Hospital generan problemas para los pacientes a lo que el 5% respondió nunca o rara vez. `para finalizar el ítem C5 el cual preguntaba sobre su percepción si en esta unidad,

discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder a lo que el 78% respondieron que siempre o casi siempre discuten como prevenir errores.

- **Debilidades.** Como debilidades de acuerdo a la clasificación, son los ítems A16 “Los empleados temen que los errores que cometen consten en su hoja de vida” a lo cual el 73% respondieron siempre o casi siempre temer a que sus errores queden registrados en su hoja de vida. Otra de las oportunidades de mejora se evidencia en el ítem A5 “El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente” a lo cual el 63% respondió siempre o casi siempre tenía que trabajar más horas de lo conveniente.

Para finalizar el Ítem D2 en el cual se pregunta “Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?” a los que el 50% respondió nunca o casi nunca haber notificado un error

- **Elaboración y Diseño del Programa de Seguridad del Paciente, Teniendo en Cuenta la Normatividad Vigente y los Requerimientos Legales.** Luego de haber realizado este análisis de esta encuesta y habiendo realizado análisis de la normatividad vigente, los antecedentes documentales de la Institución se generó el documento llamado “**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**” el cual fue adoptado por la E.S.E. Hospital San Antonio. Mediante resolución 0312 de 2012. (Ver anexo 1).dicho programa 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; enfocado bajo los componentes de

gestión estratégica de la seguridad del paciente, cultura de seguridad, gestión del evento adverso y adopción de buenas prácticas de seguridad del paciente.

El objetivo del diseño del programa se basa en garantizar la atención segura y minimizar riesgos en la prestación de servicios de salud en todas las áreas de la E.S.E. Hospital San Antonio Guamo – Tolima. A través de la implementación de estrategias que promuevan una cultura de la seguridad del paciente y mejore el actuar del equipo de Salud.

El programa de seguridad del paciente “PSP” de la E.S.E. Hospital San Antonio, se encuentra enfocado de acuerdo a los lineamientos Nacionales de la Política de Seguridad del Paciente y sus caja de herramientas además de la guía de implementación metodológica propuesta por la Secretaria de Salud del Tolima para la ejecución del programa de seguridad del paciente socializada dentro del pacto por la seguridad del paciente firmada entre la Secretaria del Salud de Tolima – E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO. Las cuales se revisaron y analizaron.

Condensada la información el grupo de trabajo realizo la estructuración del Programa bajo cuatro (4) componentes los cuales se describen a continuación:

Figura 3. Componentes del Programa de seguridad del paciente E.S.E. Hospital San Antonio 2012.



Fuente. Los autores

- **Componente N°1. Gestión Estratégica de la Seguridad del Paciente.** En este componente se definen los lineamientos básicos de la estructura del programa, delimitando así objetivos Generales y Específicos, alcance y metas del programa. Además puntualiza la Política de Seguridad del Paciente en la cual la Gerencia establece referencias para la Garantía de la Seguridad en la Atención a los

Usuarios de la E.S.E. Hospital San Antonio. Por ultimo forma parte de este componente la resolución del comité de Seguridad del Paciente COSEPA, el cual se convierte en el garante de la implementación del PSP y es el ente encargado del análisis y seguimiento a Eventos Adversos.

- **Componente N°2: Cultura de la Seguridad del Paciente.** Este componente centra su atención a mejorar el conocimiento, empoderamiento y desarrollo de la Seguridad del Paciente por parte del usuario interno, para esto se realizó el cronograma de sensibilización y capacitación a todo el personal de la E.S.E. con el objetivo de dar a conocer la totalidad del PSP y cada uno de sus componentes para su implementación. Por otro lado este componente incluye los lineamientos para la medición periódica del clima de seguridad del paciente, estableciendo secuencialidades, formatos y forma de análisis. Para finalizar el último de los elementos de este componente son las estrategias de intervención en la cual se documenta detalladamente como la E.S.E. va a programar, ejecutar y ajustar las rondas de seguridad y las sesiones breves de seguridad.
- **Componente N°3: Gestión del Evento Adverso.** El tercer componente uno de los más importante del programa ya que documenta claramente toda la gestión a realizar con eventos adversos aunque no solo se centra en el evento adverso sino además la gestión lleva a realizar seguimiento a los incidentes e indicios de atención insegura. Para esto los sub componentes clarifican y estandarizan cada uno de los pasos de la gestión del evento adverso el cual incluye notificación y

reporte, análisis (Protocolo de Londres), plan de mejoramiento y retroalimentación de los hallazgos y mejoras realizadas a toda la organización.

- **Componente N°4: Adopción de Buenas Prácticas de la Seguridad del Paciente.**

Para finalizar, el último componente de documenta 5 de las Prácticas Seguras establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en su libro “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente – 2008”, se escogieron estas prácticas (Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, prevenir úlceras por presión.

Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales y las muestras en el laboratorio) por considerarse de las básicas y sobre las cuales se debe iniciar el trabajo de seguridad del paciente, para cada práctica se establecen objetivos, metas y actividades a desarrollar que garanticen el empoderamiento de la buena práctica en toda la institución.

7. CONCLUSIONES

- Clima de seguridad del paciente en la E.S.E. Hospital San Antonio del Guamo – Tolima, se puede establecer como favorable dado que se evidenciaron dimensiones fortalecidas como es el caso del aprendizaje organizacional y apoyo de la dirección a la seguridad del paciente, herramientas indispensables para el mejoramiento continuo, lo cual se denota claramente en el actuar diario del personal de la institución así como en el interés de la alta Gerencia de la institución por los temas pertinentes a la seguridad del paciente.

Sin embargo se evidenciaron dimensiones como oportunidades de mejora como es el caso de la notificación y frecuencia de reporte de eventos adversos; lo cual se convierte en una necesidad apremiante en el tema de la Seguridad del Paciente, sin dejar de lado las dimensiones tendientes a la mejora como lo son trabajo en equipo dentro de las áreas y percepciones generales de la seguridad, lo cual permite tener un panorama claro de la institución en temas de seguridad lo cual fue el insumo fundamental para la elaboración del programa de seguridad del paciente.

- Se elaboró el programa de seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital San Antonio del Guamo – Tolima de acuerdo a los lineamientos realizados por el Ministerio de Salud y la Protección Social, en sus diferentes publicaciones y recomendaciones emanadas del Observatorio de Calidad en Salud y partiendo de las oportunidades de mejoramiento encontradas en la encuesta de clima de

seguridad del paciente y potenciando las fortalezas y las dimensiones tendientes a la mejora, definiendo actividades coyunturales, correctivas y de seguimiento , además de estrategias de mejoramiento continuo y Prácticas Seguras que garanticen la Seguridad de los usuarios y sus familias.

- Se realizó socialización del Programa de Seguridad del Paciente, así como el manejo de los formatos y estrategias definidas en el al personal de la E.S.E. Hospital San Antonio realizando énfasis en los grupos prioritarios del programa como los son el personal asistencial, de apoyo y directivo.
- La Gerencia evidencio la necesidad de darle operatividad al Programa de Seguridad del Paciente y designo a la líder de calidad para encargarse de las funciones de seguimiento y vigilancia del programa.

8. RECOMENDACIONES

- Realizar la implementación de todas las estrategias y actividades contempladas en el Programa de Seguridad del Paciente lo que garantizara la mejora de procesos y la satisfacción del usuario interno y externo.
- Efectuar la encuesta de Clima de Seguridad del Paciente cada 6 meses como lo estipula el programa con el ánimo de realizar monitoreo y seguimiento a las acciones implementadas.
- Dar continuidad al apoyo de la dirección de E.S.E. Hospital San Antonio en la ejecución de actividades.
- Plasmar y formalizar la inducción y re inducción al personal nuevo y antiguo de la E.S.E. para propender por la estandarización de procesos que redunden en la Calidad del Servicio.

9. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN

Las estrategias de comunicación y divulgación son:

1. Socialización del programa a los funcionarios de la IPS.
2. Involucrar a los representantes de la comunidad que hacen presencia activa en cuanto a la Junta Directiva y los diferentes Comités que funciona en la Institución.
3. Capacitar a los miembros de la alianza de usuarios, para que estos sirvan como replicadores de la información ante la comunidad.
4. Se entrega copia física y magnética del informe final de investigación y el Programa de seguridad del paciente a la Gerencia de la E.S.E. Hospital San Antonio.
5. Los resultados de la investigación estarán publicados en la biblioteca virtual de la Universidad EAN.

REFERENCIAS

Alcaldía Municipal del Guamo. (2012). Información General del Guamo Tolima, [versión HTML] Recuperado de: <http://elguamo-tolima.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mrxx1-&m=f>

Alianza Mundial para la seguridad del paciente (AMSP). (2008). La investigación en Seguridad del Paciente. [Versión PDF]. Recuperado de: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 1011, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud. Bogotá – Colombia.

Ministerio de Protección Social. (MPS) (2008) .Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Dirección General de Calidad y servicio. Colombia, página 5

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid – España.

Ministerio de Sanidad y Política Social de España. (2009). Informe IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, Madrid – España.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. [Versión PDF] Recuperado de: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf

Sorra, J, & Nieva, V. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ. Publication nº 040041. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality. Maryland - E.E.U.U.

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Marzo 2012	Abril 2012	Mayo 2012	Junio 2012	Julio 2012	agosto 2012	Sept 2012	Oct 2012	Nov 2012
Entrega del anteproyecto a la universidad.	→								
Revisión de la documentación existente en la IPS acerca del tema a investigar		→							
Recolección de información y entrega primer avance del proyecto de investigación			→						
Interpretación de resultados				→					
Elaboración de estrategias que nos lleven al mejoramiento de la oportunidad						→			
Entrega del documento de programa a la gerencia							→		
Despliegue en la institución								→	
Entrega de IFI a la universidad									→

Anexo 2. Presupuesto

PRESUPUESTO INVESTIGACIÓN			
DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
VIATICOS DE TRANSPORTE	40	\$ 20.000	\$ 800.000
RESMAS DE PAPEL	4	\$ 8.000	\$ 32.000
FOTOCOPIAS	500	\$ 50	\$ 25.000
LAPICEROS Y LAPICES	10	\$ 1.000	\$ 10.000
EQUIPOS DE COMPUTO	3	\$ 1.000.000	\$ 3.000.000
INTERNET	2	\$ 180.000	\$ 360.000
REFRIGERIOS PARA CAPACITACIÓN	200	\$ 2.000	\$ 400.000
HONORARIOS DE INVETIGADOR	3	\$ 3.000.000	\$ 9.000.000
ELABORACIÓN DEBUZONES	8	\$ 20.000	\$ 160.000
DEMÁS PAPELERIA	1	\$ 200.000	\$ 200.000
TOTAL		\$	13.987.000

Anexo 3. Empresa Social del Estado Hospital San Antonio Guamo - Tolima

H



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE" PSP"

S

A

GUAMO

2012

INTRODUCCION

“Mejorar la Seguridad requiere de una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la Seguridad del entorno y la gestión del Riesgo, incluido la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la Seguridad del equipo, las Prácticas Clínicas Seguras y un entorno de cuidado sano”

La Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, tiene como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la Seguridad del Paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con Instituciones Seguras y competitivas Internacionalmente.

Es importante recordar que en Marzo del año 2002 la OMS emitió una resolución en 55 Asamblea Mundial, en favor de la Seguridad del Paciente y en octubre de 2004, lanzo la iniciativa conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo objetivo fue movilizar la cooperación internacional hacia los países para llevar a cabo acciones que mejoren la Calidad de la Atención y la Seguridad de los Pacientes en el mundo, especialmente para reducir los Eventos Adversos de la Atención, reducir el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.

Esta alianza se propone lograr el compromiso de los Países miembros de la OMS para aumentar la Seguridad en la Atención en Salud, a través del mejoramiento de los establecimientos de Salud y de las Prácticas de Atención, así como de la formulación de Políticas de Seguridad del Paciente.

En Colombia la medicina ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los Trabajadores de la Salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Lo que se puede concluir es que la Atención en Salud ha pasado a ser un proceso complejo, efectivo y potencialmente peligroso si no existen los adecuados controles.

Dado lo anterior y con el ánimo de obtener un resultados en el mejoramiento de la Salud del Usuario la E.S.E. Hospital San Antonio se encuentra trabajando en el despliegue de estrategias que conduzcan a procesos y procedimientos Seguros en la atención.

Para esto ha diseñado el Programa de Seguridad del Paciente PSP que 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; enfocado bajo los componentes de Gestión estrategia de la Seguridad del Paciente, Cultura de Seguridad, Gestión del Evento Adverso y adopción de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.

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

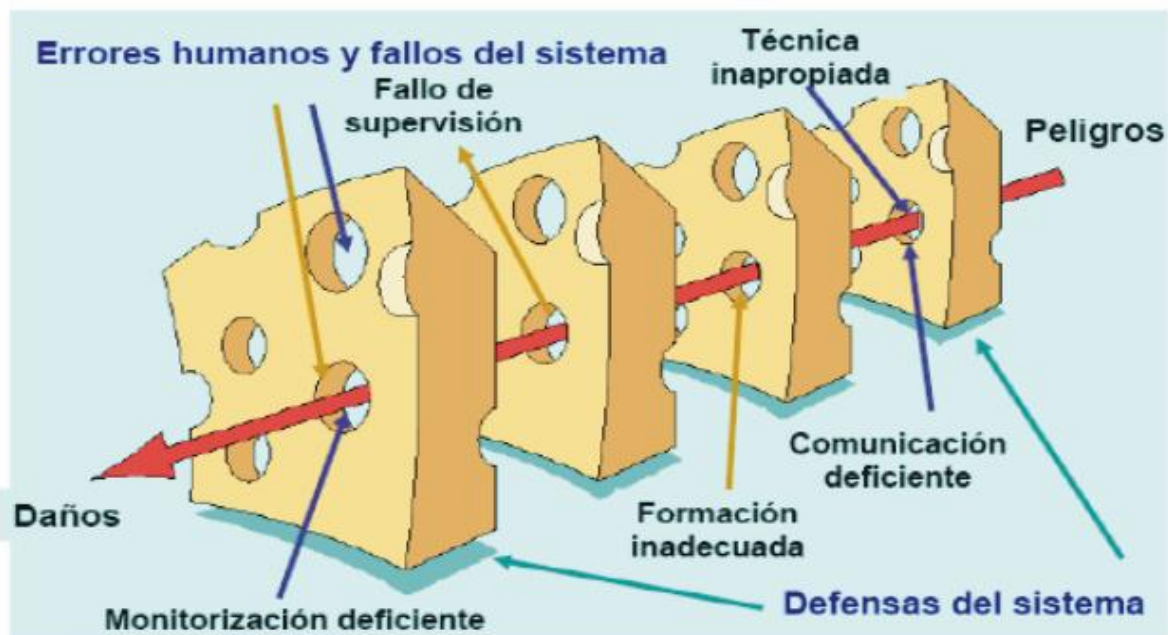
Es el resultado de una Atención en Salud que de manera no intencional produjo daño. Los Eventos Adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

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

Modelo explicativo



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM^o Aranaz, C Aibar ©

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

MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

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 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.

El siguiente gráfico ilustra este modelo. Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el Evento Adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de Seguridad.

BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO

La Política de Seguridad del Paciente incluye la identificación y análisis de los Eventos Adversos y los 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

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

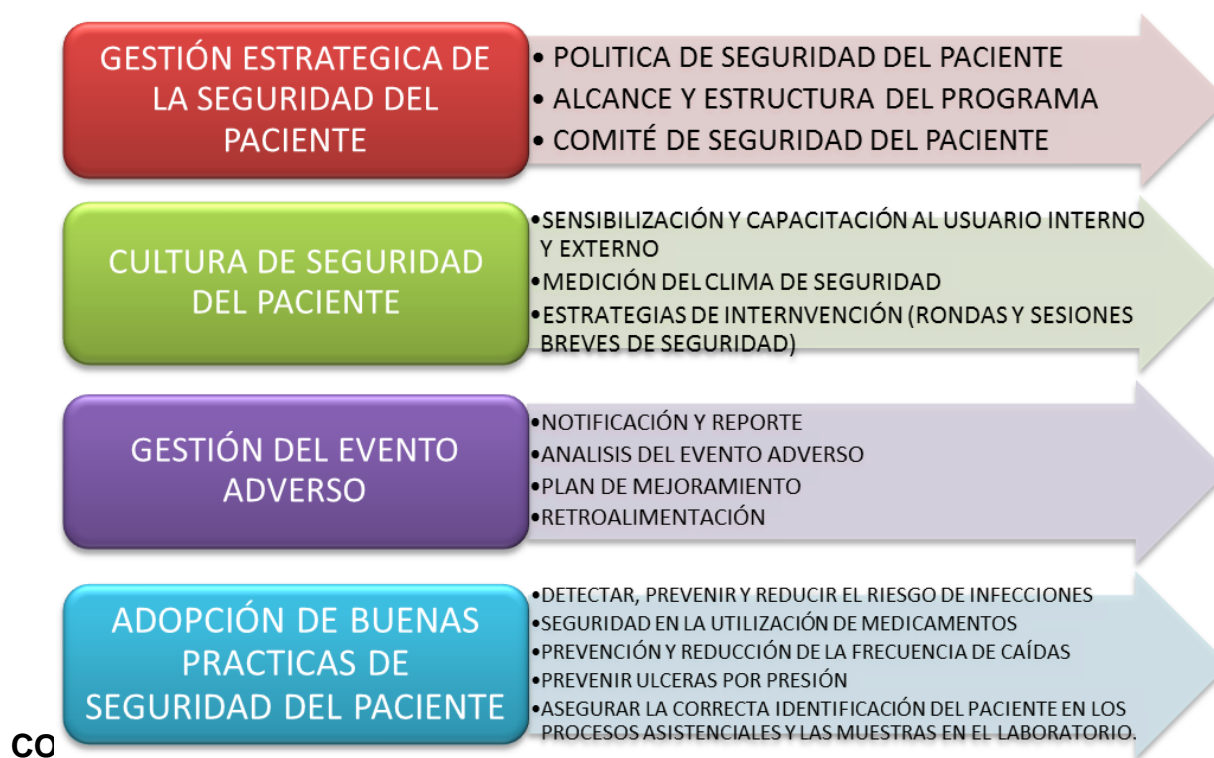
Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de Atención en Salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o Evento Adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilística del 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 causal.

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO.

El programa de Seguridad del Paciente “PSP” de la E.S.E. Hospital San Antonio, se encuentra enfocado de acuerdo a los lineamientos Nacionales de la Política de Seguridad del Paciente y sus caja de herramientas además de la guía de implementación metodológica propuesta por la Secretaria de Salud para la ejecución del Programa de Seguridad del Paciente socializada dentro del pacto por la Seguridad del Paciente firmada entre la Secretaria del Salud de Tolima – E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO. Las cuales se revisaron y analizaron. Condensada la información el grupo

de trabajo realiza la estructuración del programa bajo cuatro (4) componentes los cuales se describen a continuación:

Componentes del Programa de Seguridad del Paciente.



1. GESTION ESTRATEGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

1.1. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La siguiente política de se encuentra contenida en la resolución 032 de 2012.

La política de Seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital San Antonio incentiva las prácticas Institucionales tendientes a aumentar los niveles de Seguridad en la

prestación de los Servicios de Salud y Minimizando riesgos en la Atención en Salud, protegiendo con ello al paciente y su familia.

Nuestro objetivo es contar con procesos Institucionales y asistenciales seguros involucrando el Paciente y su familia en la cultura de seguridad, fomentando en nuestros colaboradores, en nuestros pacientes y en sus familias el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de Atención.

Nuestras acciones se encaminan en la búsqueda de la satisfacción de nuestro usuario y su familia porque nuestro lema es “Excelencia con Calidad Humana”.

1.1.2. COMPONENTES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ***IDONEIDAD DEL PERSONAL***

Incluye cumplimiento de competencias y habilidades de los trabajadores de la Institución, calificación de competencias, cualificación y capacitación, encuestas de manejo del estrés y cultura de la Seguridad. Se debe tener en cuenta la estandarización de convenios docente asistencial.

PRÁCTICAS MISIONALES SEGURAS

Incluye seguimiento de: Eventos Adversos, definición de riesgos, indicadores de Calidad, aplicación de normas de Bioseguridad, control de medicamentos, Transfusión

Segura, medición de adherencia a guías de manejo y Calidad del registro de la historia clínica.

EQUIPOS SEGUROS

Incluye disponibilidad de equipos, programa de mantenimiento de los mismos y seguimiento a la calibración de equipos que lo requieran.

INFRAESTRUCTURA SEGURA

Garantizar cumplimiento de requisitos de Habilitación, y mantenimiento de la infraestructura física.

SEGURIDAD DEL USUARIO

Incluye enseñanza de rutas de evacuación y planes de emergencia, Seguridad de los menores en la Institución, seguridad de pertenencias, extravío de usuarios y fugas.

INSUMOS SEGUROS

Calidad asegurada de los insumos, escucha de la voz del cliente interno, análisis técnico de adquisiciones.

SEGURIDAD DOCUMENTAL

Incluye archivo de Historia Clínica, confidencialidad de la misma y demás documentos del usuario así como de documentos con información confidencial así como Protocolos y Guías de práctica Clínica.

CADENA DE CUSTODIA

Salvaguarda de pertenencias del usuario que pueden servir como pruebas en Eventos de seguimiento judicial o similares.

INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Información que el funcionario le brinda al paciente acerca de su estado de Salud y el manejo a seguir, la información debe ser brindada por el Profesional responsable del manejo del paciente.

Información al Paciente y su familia del derecho a consentir un procedimiento o tratamiento y aceptar o negarse a recibirlo.

Entrega de pacientes de un servicio a otro, en forma integral y objetiva garantizando la comunicación clara entre el servicio que entrega el Paciente y el servicio que lo recibe.

Dar garantía de continuar el tratamiento brindándole al Paciente el acompañamiento requerido cuándo este es ambulatorio.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL.

Garantizar la Atención Segura y minimizar riesgos en la prestación de Servicios de Salud en todas las áreas de la E.S.E. Hospital San Antonio Guamo – Tolima. A través de la implementación de estrategias que promuevan una cultura de la Seguridad del Paciente y mejore el actuar del equipo de Salud.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Documentar el Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital San Antonio Guamo – Tolima.
- Despliegue del Programa de Seguridad del Paciente en la E.S.E. Hospital San Antonio Guamo – Tolima.
- Implementar el Programa de Seguridad del Paciente y Políticas Institucionales encaminadas hacia una Atención Segura.
- Formular y aplicar indicadores que permitan medir la adherencia y efectividad del Programa de Seguridad del Paciente.

- Realizar retroalimentación de los resultados obtenidos y elaborar planes de mejoramiento y ajustes al programa.

1.3. ALCANCE

El programa inicia desde que el Paciente ingresa la Institución requiriendo Atención en salud (ofrecidos por la institución a través de su portafolio de servicios) y culmina con la satisfacción del usuario por el Servicio prestado.

1.4. METAS DE SEGURIDAD

- Documentación del Programa de Seguridad del Paciente al 100%
- Capacitación del Programa de Seguridad del Paciente al 95% del personal vinculado a la E.S.E. Hospital San Antonio Guamo – Tolima. bajo cualquier modalidad de contratación.
- Implementación del Programa de Seguridad del Paciente en el 100% de las áreas asistenciales.
- Indicadores de cumplimiento de acuerdo a los objetivos del programa, documentados, ejecutados y analizados en el 100%.

- Planes de mejoramiento elaborados e implementados en el 100%

1.5. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE “COSEPA”

Comité creado para reducir los daños intencionales y no intencionales a los Pacientes, a través de la prevención y disminución de los errores, en el sistema y en las personas.

Se implementará e instaurará un comité dirigido a definir, analizar y establecer lineamientos en materia de Seguridad de Paciente.

1.5.1. INTEGRANTES

Estará integrado por un equipo base decisorio el cual tendrá quórum con la mitad más 1 de los miembros del comité de lo contrario se establecerá únicamente de carácter informativo, Los miembros del comité son:

1. Gerente
2. Auditor Médico
3. Coordinador Laboratorio Clínico
4. Coordinador Odontología

5. Coordinador Médico quien será el presidente del comité
6. Coordinador Enfermería quien se hará las veces de secretario
7. Profesional Recurso Humano
8. Coordinador facturación
9. Medico delegado por el coordinador medico
10. Regente de Farmacia

Estos integrantes a su vez realizarán invitaciones periódicas a miembros tanto asistenciales como administrativas del Hospital dependiendo del tema a tratar. Cada uno de los integrantes del equipo deberá analizar, investigar, clasificar la gravedad del evento o incidentes reportados. Para el análisis se adoptará la herramienta ISHIKAWA O ESPINA DE PESCADO y el PROTOCOLO DE LONDRES los cuales se fundamentan en la exposición del caso, la revisión de la historia clínica, el análisis con base en los mejores reportes existentes con el asesoramiento de Pares (Según el caso) y con el único fin de evitar la reincidencia del Evento Adverso.

Las reuniones ordinarias del comité se realizarán mensualmente, el primer martes de cada mes de 11:00 a.m. a 01:00 p.m., previa citación del secretario y extraordinariamente a solicitud del Gerente o coordinador del comité.

De cada sesión se levantará un acta, cuyo resumen recibirán los integrantes en forma previa a la siguiente reunión, cumplirá las funciones de Secretario Técnico, El

coordinador del Departamento de enfermería quien elaborará las actas y presentará el orden del día y también será delegado por la misma instancia el referente de Seguridad del Paciente, mediante oficio.

1.5.2. ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Diseñar nuevas estrategias de minimización del riesgo y analizar el grado de severidad, frecuencia y tipificación del Evento en sí.
2. Investigar e implementar las mejores Prácticas existentes para el desarrollo de una Cultura de Seguridad de Paciente al interior del Hospital.
3. Diseñar acciones específicas que fomenten y promueven la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes reportados Esta actividad se hará en conjunto con el equipo operativo.
4. Revisar, analizar, concluir el tipo de Evento presentado y las acciones de mejoramiento a desarrollar, por parte de los responsables del proceso y/o procedimiento.
5. Involucrar al personal de Salud en el proceso de identificación y reporte voluntario, confidencial y de vigilancia activa.
6. Fomentar la cultura del reporte de Eventos Adversos.

7. Presentar en Comité de Calidad la tendencia de la identificación de Eventos debidamente clasificados por severidad, frecuencia, servicio, entre otros.
8. Establecer el perfil de riesgo institucional debidamente tipificado, clasificado y servicio involucrado, a través de las oficinas de Planeación y Epidemiología. Esta actividad se hará en conjunto con el equipo decisorio.
9. Implementar el reporte interinstitucional y extra institucional de Eventos Adversos, incidentes y eventos centinela, a través de la Oficina de Calidad.
10. Ejecutar, monitorizar y hacer seguimiento al cumplimiento de todos los componentes del PSP.

COMPONENTE N° 02.

2. CULTURA DE SEGURIDAD

2.1. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN AL USUARIO INTERNO Y EXTERNO:

Para la planificación del cronograma de sensibilización capacitación, se realiza la revisión del informe de gestión del Evento Adverso, la evaluación de la encuesta de clima de Seguridad y las líneas de intervención planeadas por el equipo responsable.

2.1.1. PLAN DE CAPACITACION SEGURIDAD DE PACIENTE:

OBJETIVO:

Realizar socialización a todo el equipo de la institución sobre la implementación del Programa de Seguridad de Pacientes en el Hospital I con el fin de fomentar la cultura de Seguridad de Pacientes.

2.2. MEDICIÓN DE CLIMA DE SEGURIDAD:

La medición del clima de Seguridad se realizara, inicialmente como metodología de realizar diagnóstico de Seguridad de Pacientes, con un seguimiento semestral al programa.

Esta encuesta está dirigida a todos los usuarios internos de la E.S.E. Hospital San Antonio que labora en cada una de las áreas independientemente de su tipo de contratación.

La encuesta es un formato adaptado de la encuesta de clima de Seguridad del Paciente 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. (Ver anexo 4)

2.2.1. METODOLOGÍA

Se Aplicara La encuesta propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, (ver Anexo 4) en cada una de las áreas de la E.S.E. Hospital San Antonio con un cubrimiento del 50% en cada una de las áreas.

La aplicación de la encuesta será ejecutada por el líder de cada área, quien será el responsable de la recolección y tabulación de la información, asegurándose que la encuesta se aplique de manera homogénea al grupo de profesión, oficios y especialidades del área Esta actividad será ejecutada máxime en una semana.

El análisis de la información recolectada, será analizado en un tiempo de una semana, con el ánimo de elaborar el plan de acción.

2.2.2. PLANEACION DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS DE CLIMA DE SEGURIDAD

AREA	RESPONSABLE	N° DE ENCUESTAS APLICADAS
URGENCIAS	Coord. Urgencias	10
ODONTOLOGIA	Coord. Odontología	2
OPOYO TERAPEUTICO	Coordinador terapia	3
FACTURACION Y ATENCIÓN AL USUARIO	Coordinador facturación	6
CONSULTA EXTERNA	Coord. Consulta externa	4
APOYO DIAGNOSTICO	Coord. Laboratorio	2
VIGILANCIA	Coord. Vigilancia	2
PROMOCION Y PREVENCION	Coord. promoción y prevención	7
ALMACEN	Coordinador almacén	1
SERVICIOS GENERALES	Recursos humanos	3
HOSPITALIZACION CUARTO NORTE Y PEDIATRIA	Coord. hospitalización	7
ADMINISTRATIVOS	Recursos Humanos	3
TOTAL ENCUESTAS		50

La recolección de las encuestas y su tabulación respectiva será recepcionada por el Secretario del Comité de Seguridad del Paciente quien realizara la consolidación de la información para ser analizada por parte del Comité de Seguridad del Paciente.

2.3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

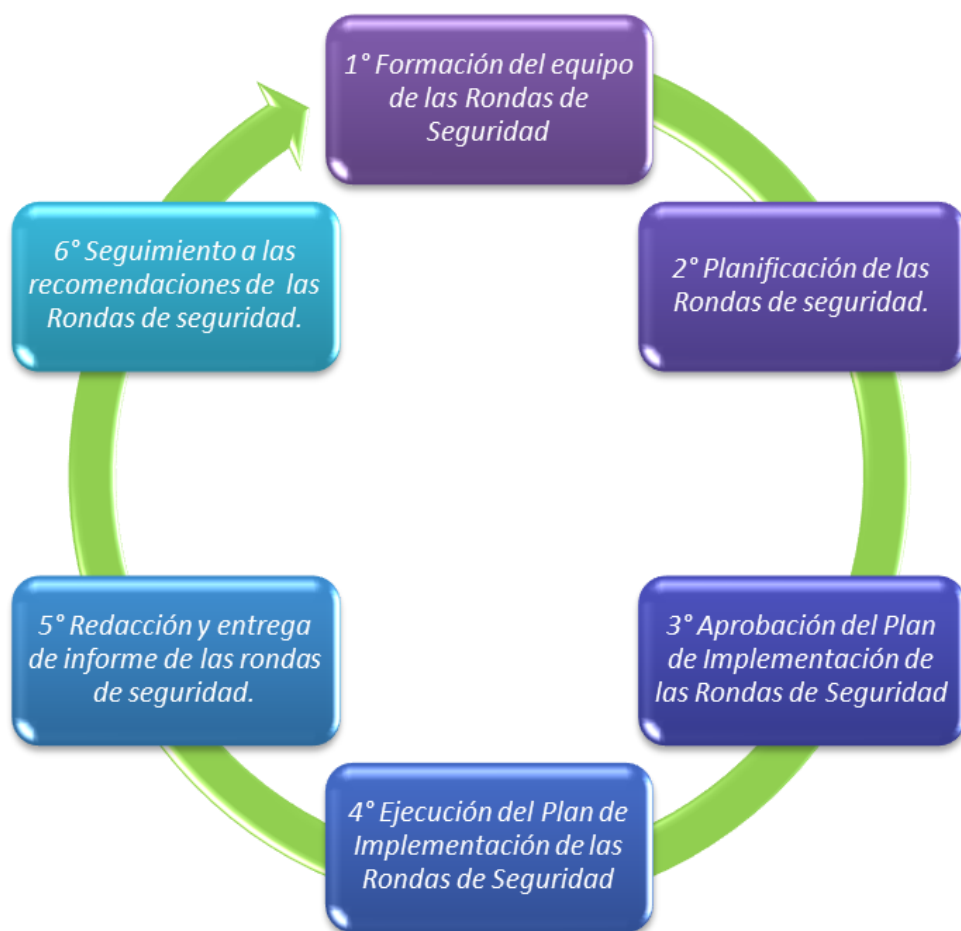
2.3.1 INSTRUCTIVO RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO.

Para la realización de este documento se tomaron varias fuentes de información de quienes presentaban experiencia en el tema, Las cuales fueron analizadas para poder implementar la estrategia a la particularidad de la Institución, entre ellas se encuentran:

- Dr. Astolfo Franco, Líder de Seguridad del Paciente Centro Médico IMBANACO, ARTICULO “Otros instrumentos utilizados por algunas Instituciones Nacionales e Internacionales para la promoción de la Seguridad del Paciente. Herramienta 6: rondas de seguridad”. Abril de 2006.
- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Seguridad del Paciente. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección de Colombia. Bogotá D.C., Diciembre de 2007.

- Teresa Briceño Pineda: enfermera, especialista en alta Gerencia Martha patricia Suarez Carvajal odontóloga y Daisy Carola Tolozacano Ingeniera Biomédica. Implementar un modelo de cultura justa de Seguridad del Paciente en el Servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Santander HUS, mayo 2011.
- Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud de Perú. Realizado por la Dirección General de Salud de las personas.

Ruta de implementación de rondas de seguridad



- **DEFINICIÓN.**

Practica recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes. Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, al cuidar en todo momento de guardar una actitud educativa. Se habla de situaciones inseguras que han ocurrido recientemente que busca mejorar el sistema, no castigar a las personas.

- **FINALIDAD.**

Involucrar a decisores Institucionales en la implementación de Prácticas Seguras al reducir los Eventos Adversos asociados a la Atención de los Pacientes en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander.

OBJETIVO GENERAL.

Comunicar, conocer y analizar los Eventos Adversos o casi Eventos Adversos que fueron identificados, para definir planes de mejora, orientados a minimizar las causas (Acciones inseguras, Factores Contributivos) que ocasionaron su ocurrencia, buscan mejorar el sistema, no castigar a las personas.

PROCEDIMIENTO.

Las Rondas de Seguridad se deben realizar de acuerdo a la ruta de implementación diseñada para garantizar el éxito de las mismas y garantizar la estandarización del procedimiento siguiendo el ciclo PHVA. (*Ver gráfico 2*)

1° FORMACIÓN DEL EQUIPO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD

Se destinó expresamente a los integrantes del equipo que realizará las Rondas de Seguridad, siendo la Gerente la Dra. Sandra Liliana Torres Díaz, la líder del equipo. Dicho equipo estará conformado de la siguiente manera:

- Líder de Calidad: Yessi Karina Sánchez Sánchez
- Coordinador(a) departamento de enfermería: KeinisMoscote
- Coordinador médico: Neyla Yamile Suarez
- Asesora administrativa: Luz Aleida Gaitán
- Jefe facturación: Sixta Olaya.
- Jefe de recursos Humanos: Fernando Villanueva.

2° PLANIFICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD.

- El líder del equipo de las Rondas de Seguridad convocara a la reunión de programación de trabajo anual a todos los integrantes del equipo, la cual se deberá realizar anualmente al inicio de la vigencia para la elaboración de un Plan de Implementación de las Rondas de Seguridad, el cual debe contener los siguientes puntos:
- Priorización de procesos o servicios a intervenir con las Rondas de Seguridad, teniendo en cuenta la autoevaluación que realice el equipo a los resultados obtenidos en la última encuesta de clima de seguridad del paciente, y el informe de eventos de eventos adversos (Anexo 9), la priorización tiene el objetivo de definir la secuencialidad y frecuencia de cada una de las Rondas de Seguridad en cada uno de los Servicios, pero es importante resaltar que todos los servicios asistenciales independiente de su priorización deben ser visitados.
- Preparación de un cronograma anual de Rondas de Seguridad (Anexo 8) el cual debe contener mes a mes la fecha y hora en que se efectuara la Rondas de Seguridad; se debe tener en cuenta la factibilidad de todos los miembros y sin especificar el servicio a visitar, el cual se identificara el mismo día. Las Rondas de Seguridad deben realizarse inicialmente con una periodicidad quincenal. Posteriormente de acuerdo a la disminución de las observaciones podrá irse a una periodicidad mensual. El cronograma estará sujeto modificaciones en caso de

requerirse mayor seguimiento a procesos o servicios que no fueron priorizados inicialmente.

- La frecuencia de realización de las Rondas de Seguridad por servicio o proceso dependerá de la matriz de priorización o criterios establecidos por el equipo responsable de las Rondas de Seguridad.
- Elaboración de la lista de chequeo para la realización de la Ronda (Anexo 10).
- Elaboración de un informe sobre los resultados de las Rondas de Seguridad. (anexo 13).
- Programación de las reuniones de socialización del equipo trimestrales en las cuales se establecerán recomendaciones y ajustes a la implementación de la estrategia y al cronograma de trabajo, espacio que también será utilizado para auto capacitación y recapacitación en puntos concernientes a la Seguridad del Paciente.

3° APROBACIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD.

El plan deberá ser aprobado por la Gerencia del Hospital. Mediante acto administrativo, su firma y sello. En el cual se comprometa a la vigilancia de su ejecución y seguimiento.

4° EJECUCIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD.

Luego de la aprobación del Plan por parte de la Gerencia del Hospital, se realizará comunicación por escrito a todos los servicios Asistenciales del Hospital sobre 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 revista médica y a la entrega y recibo de turno y no excluye noche ni fines de semana.

DURACIÓN: La Ronda de seguridad tiene una duración máxima de una hora.

METODOLOGÍA:

1. Participación de todos los miembros del equipo, quienes deben mantener un código de conducta, acorde a la función de auditoria que se está realizando, siendo imparcial y objetivo en sus planteamientos y no subjetivar su opiniones durante la Ronda.
2. La metodología de la visita es fundamentalmente de observación, revisión documentaria y encuesta.

3. Las observaciones de la Ronda de Seguridad están centradas en la evaluación de prácticas inseguras y la implementación de barreras de Seguridad en la Atención del Usuario.
4. La entrevista al Personal de Salud (anexo 11) y al Paciente (Anexo 12) se deben consignar en la lista de chequeo. La cual se debe realizar con la mayor objetividad, adhiriéndose al esquema de preguntas a realizar, no propiciando respuestas y por el contrario permitir un ambiente de empatía con el entrevistado, para lograr respuestas veraces y acordes a la realidad del servicio.
5. Al finalizar la Ronda se realiza el acta (Anexo 13) donde se consignan las observaciones y compromisos para el levantamiento de algunas de las observaciones a corto plazo, realizando un plan de mejoramiento con las recomendaciones realizadas (Anexo 7)

5° REDACCIÓN Y ENTREGA DE INFORME DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD.

- Se informa a la Gerencia de la realización de la ronda de Seguridad adjuntando el Acta y Listas de chequeo. Se envía copia al Coordinador del Servicio o proceso visitado para el cumplimiento de las recomendaciones y al Secretario del comité de Seguridad del Paciente para su conocimiento por parte del Comité.
- Se hace una felicitación escrita al personal de Salud que realiza Buenas Prácticas Sanitarias y en cuyos resultados producto de la Ronda de Seguridad sean satisfactorios.

6° SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD.

- Es responsabilidad del Coordinador del servicio o proceso la elaboración del plan de mejoramiento para el cumplimiento de las recomendaciones posteriores a la Ronda de Seguridad.
- El equipo de Ronda de Seguridad designa a un miembro del equipo para el seguimiento respectivo al plan de mejoramiento programado y a los planes de acción realizados para el cumplimiento de cada recomendación.
- Cada problema identificado sirve de insumo en la ejecución de Proyectos de Mejora Continua que garantiza el compromiso Institucional y su sostenibilidad.

RESPONSABILIDADES.

- El equipo de Ronda de Seguridad del Paciente se encarga de la implementación del presente procedimiento.
- La Oficina de Calidad del Hospital es el responsable de la asesoría técnica en la ejecución del presente instructivo.

- La Gerencia del Hospital es la responsable de la aplicación del presente instructivo, así como de las recomendaciones o compromisos asumidos en las Rondas de Seguridad.
- El monitoreo del cumplimiento de los compromisos está a cargo del equipo de la Ronda de seguridad, el cual se organizara para este fin.

INSTRUCTIVO SESIONES BREVES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO.

Para la realización de este documento se tomaron varias fuentes de información de quienes presentaban experiencia en el tema, algunas de ellas son:

- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Seguridad del Paciente. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección de Colombia. Bogotá D.C., Diciembre de 2007.
- Teresa Briceño Pineda: enfermera, Especialista en alta Gerencia Martha patricia Suarez Carvajal Odontóloga y Daisy Carola Toloza Cano Ingeniera Biomédica. Implementar un modelo de cultura justa de Seguridad del Paciente en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS, mayo 2011

- Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud de Perú. Realizado por la Dirección General de Salud de las personas.

OBJETIVO.

Propiciar espacios en los que se comparta información relacionada con la Seguridad del Paciente en el día a día de la institución para contribuir a la reducción del riesgo de situaciones adversas por fallas activas durante la Prestación del Servicio, crear cultura de Seguridad y mejorar la Calidad de la Atención en Salud.

FINALIDAD.

Involucrar al personal en el mejoramiento continuo de la Seguridad del Paciente y generar conciencia acerca de asuntos de Seguridad, nunca criticar el desempeño de los individuos, ni mucho menos detectar fallas para imponer sanciones. igualmente estimular la participación de todos los asistentes mediante preguntas abiertas, si no hay contribuciones espontáneas.

ALCANCE.

Aplica para todos los procesos en donde se desarrollan procesos asistenciales con el fin de discutir temas relacionados con Prácticas Seguras en el uso de medicamentos, caídas, equipos e instrumental y antes de realizar un procedimiento menor.

FRECUENCIA.

Se realiza 1 vez al día, luego del recibo de turno de la mañana, durante diez (10) a quince (15) minutos. Los días viernes.

ÚTIL PARA.

- Generar conciencia acerca de asuntos de Seguridad
- Fomentar ambientes en los que se comparte información sin temor a represalias
- Integrar información teórica con respecto a asuntos de Seguridad con el día a día de la Institución

PARTICIPANTES

A diferencia de lo que ocurre con las Rondas de Seguridad, los líderes de la Institución no participan directamente en éstas, pero lo hacen de manera indirecta al delegar su autoridad en otros miembros del personal asistencial. Este procedimiento involucra a todo el personal asistencial de la Institución que labora en cada una de las áreas.

La sesión breve contara con la participación del Personal de Salud del turno saliente y del turno entrante:

Gestión de Urgencias.

Enfermera (o) Jefe. :	1
Auxiliares de Enfermería.:	5
Médicos generales.:	3
Coordinador(a) médico.:	1
Técnico de Radiología.:	1
Bacteriólogo(a).	1
Servicios Generales	1
Total:	13

Gestión de Hospitalización.

Enfermera (o) Jefe.:	1
Auxiliares de Enfermería.:	5
Coordinador (a) Enfermería.:	1
Médico de piso.:	1
Terapeuta Respiratoria.:	1
Terapeuta Física.:	1
Bacteriólogo(a).	1
Servicios generales :	1
Total:	12

SITIO DE REALIZACIÓN

Se llevan a cabo en los servicios asistenciales de urgencias y hospitalización general respectivamente en el stand de enfermería de cada servicio.

PROCEDIMIENTO

Luego de terminada la entrega de turno del Personal de Enfermería y la revista Médica en el turno de la mañana, se realizara la Sesión Breve de Seguridad en el stand de enfermería alrededor de las 07:30 Am, esta Sesión Breve estará liderada por la Enfermera Profesional del cada servicio.

Se inicia la Sesión realizando verificación de los asistentes a través del listado de asistencia.

El objetivo es socializar en cada Sesión un tema diferente, estos temas enfocados a la socialización y adherencia a las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente seleccionadas del lineamiento Nacional para implementación en la E.S.E. Hospital San Antonio. Dentro de las cuales están:

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la Atención en Salud
- Mejorar la Seguridad en la utilización de medicamentos

- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
- Prevenir úlceras por presión
- Asegurar la correcta identificación del Paciente en los procesos asistenciales y las muestras en el laboratorio.
- En cada tema tratado se socializará Cuatro ítems:
 - Definición de la Práctica Segura.
 - Condiciones Inseguras que genera riesgo en el Paciente.
 - Factores que contribuyen a la Condición Insegura.
 - Acciones seguras que se deben implementar para evitar el riesgo de Evento Adverso en el Paciente.

Posteriormente se realizara socialización de los Eventos Adversos reportados en el servicio a la fecha, en especial los que involucren el no cumplimiento de la Práctica Segura motivo de la Sesión Breve de Seguridad.

Finalmente se realiza diligenciamiento de las formato de Sesiones Breves de Seguridad (ver Anexo 14), en el cual se resumirá la discusión de cada punto.

El equipo de la Sesión de Seguridad enlistara compromisos a ejecutar en corto tiempo para disminuir riesgos, potenciar Acciones Seguras y asegurar la implementación de la Práctica Segura. A las cuales se les harán seguimiento en cada Sesión Breve de Seguridad en la cual se trate la misma Buena Práctica, es de aclarar que los tema serán rotatorios los que garantiza el seguimiento a estos compromisos será mensual. De acuerdo al cronograma de trabajo establecido.

Se informa fecha y tema de la próxima Sesión Breve de Seguridad, por parte del líder de la Sesión. Se da por terminada la Sesión Breve de Seguridad.

El formato de la Sesión Breve de Seguridad será entregado una vez terminada la Sesión al secretario del Comité de Seguridad del Paciente y otra copia permanecerá en el Servicio la cual permanecerá en la cartelera informativa de Servicio, para consulta y retroalimentación de todo el equipo de Salud, esta será desplegada de la cartelera y reposará en una carpeta dispuesta para el almacenamiento de las Sesiones Breves de Seguridad que estará también a disposición de todo del equipo de Salud del Servicio y los entes directivos de la Institución.

COMPONENTE 03

3. GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Para el seguimiento de Eventos Adversos en la E.S.E. Hospital San Antonio del Guamo Tolima, tuvo en cuenta la guía de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente en la Atención en Salud del Ministerio de Protección Social, resolución 1446 de 2006 y del libro de herramientas para promover la estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en la Salud diciembre de 2007 Ministerio de la Protección Social.

CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE ATENCIÓN INSEGURA QUE OCASIONAN EVENTOS ADVERSOS

El siguiente listado presenta los tipos de Atención en Salud Insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes, con fines de agregación y clasificación para facilitar la gestión, propuesto por la Alianza para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. Es importante tomar en consideración que se trata de una clasificación general que debe ser acompañada por una descripción más detallada del Evento Adverso al interior de la Institución:

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 realizó cuando está indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso equivocado / Tratamiento/ procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada / cara / sitio

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

- Documentos que faltan o no disponibles
- Retraso en acceso a documentos
- Documento para el Paciente equivocado o documento equivocado
- Información en el documento confusa o ambigua / ilegible / incompleta

Tipo 4: Infección ocasionada por la Atención en la Salud

- Torrente sanguíneo
- Absceso
- Neumonía
- 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 elaboración de dietas o dispensación de alimentos

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

Tipo 7: 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 8: Relacionados con 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 9: 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 10: Caídas de pacientes

- Catre/ cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras /Escalones/ pasillo
- Siendo llevado/ apoyado por otra persona

Tipo 11: Accidentes de Pacientes

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

Tipo 12: Relaciones con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistente / inadecuado
- Dañado / defectuoso / desgastado

Tipo 13: 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 / adecuación

Tipo 14: Relacionados con el Laboratorio Clínico

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

LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DEL ANEXO TECNICO DE LA RESOLUCION 1446 DE 2006 CLASIFICADOS SEGÚN LA TERMINOLOGIA PROPUESTA POR LOS LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

INDICIO DE ATENCION INSEGURA

1. Procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los Profesionales
2. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 24 Horas
3. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de los 20 días
4. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación
5. Entrega equivocada de reportes de Laboratorio

EVENTO ADVERSO

URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, SALA DE PARTOS

1. Pacientes con úlceras de posición
2. Distocia inadvertida
3. Shock hipovolémico post – parto
4. Maternas con convulsión intrahospitalaria
5. Entrega equivocada de un neonato
6. Robo intra – institucional de niños
7. Fuga de Pacientes psiquiátricos hospitalizados
8. Suicidio de pacientes internados.
9. Consumo intra-institucional de psicoactivas.
10. Caídas desde su propia altura intra-institucional.
11. Caídas desde la camilla – cama.
12. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.
13. Flebitis en sitios de venopunción.
14. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida.
15. Asalto sexual en institución
16. Asfixia perinatal.
17. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala Glasgow sin tratamiento.
18. Secuelas post-reanimación.
19. Pérdidas de pertenencias de usuarios

20. Pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnostico.
21. Paciente en estado crítico sin asistencia.
22. Infecciones y /o complicaciones derivadas de los procedimientos realizados.
23. Complicaciones Anestésicas.
24. Complicaciones Medicamentosas
25. Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos (deficiencias en las placas los resultados o en los reportes de los procesos diagnostico por imagenología).

RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACEUTICO

1. Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos.
2. Complicaciones de los Pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados.
3. Reacciones por medicamentos vencidos.
4. Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización seguimiento o suministro del oxígeno.
5. Complicaciones terapéuticas medicamentosas secundarias a: Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes al ordenado por el profesional tratante.
6. Eficacia reducida o nula o toxicidad por desnaturalización de medicamento.
7. Formulación por profesional no autorizado para la formulación.
8. Resistencia antibiótica.

9. Efectos Adversos innecesarios o evitables.
10. Enmascaramiento de cuadros clínicos.

LABORATORIO CLÍNICO

1. Pérdida del derecho a la intimidad del Paciente por fallas de la privacidad de los resultados y registros.
2. Resultados intercambiados entre pacientes.
3. Resultados de exámenes no solicitados.
4. Resultados de exámenes que lleguen inoportunamente.
5. Fallas en el manejo terapéutico de los Pacientes derivados de fallas en los procesos diagnósticos.
6. Punción inapropiada a los pacientes.

ODONTOLOGÍA

1. Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivados en fallas de los procesos diagnóstico (deficiencias en las placas los resultados o en los reportes de los procesos diagnósticos por imagenología).
2. Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.
3. Complicaciones Anestésicas
4. Complicaciones Medicamentosas
5. Otras complicaciones inmediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios.
6. Caídas desde su propia altura intra-institucional.

PROMOCION Y PREVENCION

1. Reacciones pos vacúnales.
2. Lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación entre otros.
3. Porcentaje de las citologías negativas, positivas según anormalidades epiteliales definidas por el sistema Bethesda vigente a muestras insatisfactorias.
4. Inducción de conductas Adversas para la Salud por el personal de Salud.
5. Ausencia de indicaciones, información o educación al Paciente dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable y modifiquen o suprima conductas o estilos no saludables.
6. Ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad.
7. Ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados, específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad o ejecución de las actividades inconducentes, en los cuales la evidencia a demostrado la reducción del riesgo.

TAB

1. Complicaciones durante el traslado.
2. Demora en el traslado por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales.

TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA

1. Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes.
2. Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.
3. Complicaciones Medicamentosas.
4. Otras complicaciones inmediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios.
5. Caídas desde su propia altura intra-institucional.
6. Caídas desde la camilla.

Todo Evento Adverso debe registrarse en el formato, hacer el seguimiento y análisis reportándose en el Comité de Seguridad del Paciente.

El manejo de los Eventos Adversos es un trazador clave en el trabajo en equipo.

FACTORES QUE PUEDEN INFLUENCIAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	Complejidad y gravedad Lenguaje y comunicación Personalidad y factores sociales
TAREA Y TECNOLOGIA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura , Disponibilidad y uso de protocolos, disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas, ayuda para toma de decisiones
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia Salud Física y Mental
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte Estructura del equipo (consistencia, congruencia etc.)
AMBIENTE	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(luz , espacio, ruido).
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional; políticas, estándares y metas; prioridades y cultura organizacionales
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio Contactos externos

NOTIFICACIÓN Y REPORTE

OBJETIVOS:

Mejorar la cultura del auto reporte, definición de los tipos de errores, establecimiento de conductos regulares, garantizar el análisis y la gestión de todos los errores que se cometan en la atención de los Pacientes, crear bases de datos que permitan tener indicadores relacionados con los errores y Eventos Adversos e informar tanto a directivos como asistenciales, sobre los resultados obtenidos con el sistema de reporte, garantizando la confidencialidad.

Identificar cuáles son los Eventos Adversos más frecuentes y realizar un registro continuo, para hacer análisis causa-efecto y llevar a cabo planes de acción que disminuyan su aparición y que incrementen la Seguridad del Paciente, al mismo tiempo diseñar estrategias que minimicen los efectos y consecuencias de los errores. Monitorizar el sistema de reporte de Eventos Adversos.

La notificación y reporte estandariza mecanismos para la identificación de Eventos Adversos, insumo necesario para la gestión de la Seguridad del Paciente en la E.S.E. Hospital San Antonio.

QUÉ SE REPORTA:

Serán eventos objeto de reporte los siguientes:

- 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
- Evento Adverso: La tríada: 1. hay lesión, 2. esta es atribuible a la Atención en Salud y 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.

MODELO CONCEPTUAL

El propósito de una Política de Seguridad es obtener una **Atención en Salud Segura**, cuando esto no se consigue se presenta la **Atención Insegura**, la cual se hace fácilmente detectable a través de la ocurrencia de **Eventos Adversos** o **Incidentes**.

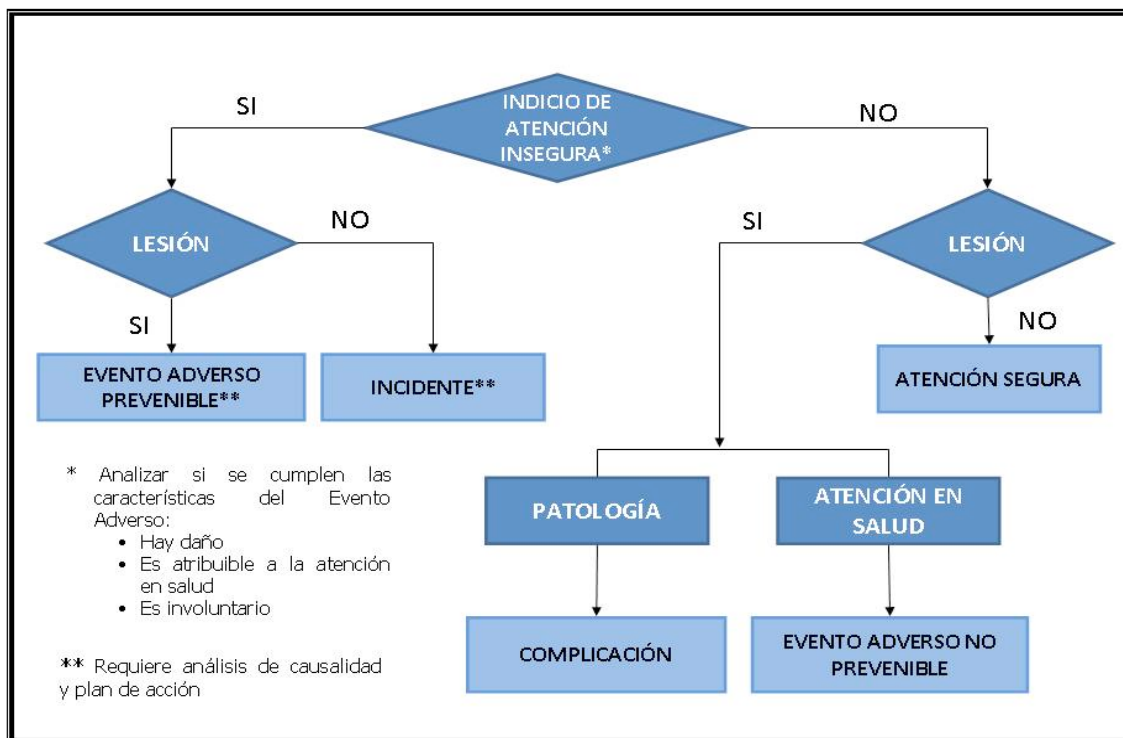
No siempre es obvia la ocurrencia del Evento Adverso, pero sí existen **Indicios de Atención Insegura** que alertan acerca de la existencia de un Evento Adverso.

El Evento Adverso se caracteriza por la presencia de una tríada: **1. hay lesión, 2. esta es atribuible a la Atención en Salud y 3. Se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial.**

No todos los Eventos Adversos son prevenibles, por eso existe el “**Evento Adverso no prevenible**”

Cuando la atención brindada es segura, pero hay lesión, y esta es atribuible a la enfermedad se define como una **complicación**.

Cuando la lesión no se produce de manera involuntaria, se define como una **violación de la Seguridad de la Atención**



QUIEN REPORTA:

- Quien evidencie un Evento notificarle.
- Quien crea haber presenciado o haber visto un Evento notificable.
- Quien al revisar la historia clínica cree estar ante la presencia de un Evento notificable.

- Quien reciba una queja por parte de un usuario sobre un Evento notificable.

CÓMO SE REPORTA:

- A través de la ficha individual de notificación y reporte de evento adverso (Ver Anexo 5), que se encuentra disponible en una carpeta rotulada en cada uno de los servicios.

A TRAVÉS DE QUE MEDIOS:

- Formato de Evento Adverso: se utiliza para incidentes y/o indicios de Atención Insegura, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. Al hacer el análisis se clasifican.
- A través de los buzones ubicados en los servicios asistenciales.
- Oficio: Las personas implicadas en la ocurrencia de un Evento Adverso prevenible y/o un Evento Centinela, además de diligenciar el formato para reporte del Evento Adverso, deben elaborar por escrito la descripción exacta de todos los hechos relacionados.
- En formatos de fármaco vigilancia, tecnovigilancia según corresponda el caso.
- A través de correo electrónico del Programa de Seguridad: PSPHSA@gmail.com

CUANDO SE REPORTA

Se debe hacer reporte inmediato a la ocurrencia y/o detección del Incidente o Evento Adverso.

COMO SE ASEGURA LA CONFIDENCIALIDAD DEL REPORTE:

Todos los documentos y la información relacionada con un Incidente o Evento Adverso, son manejados y custodiados por el PSP y son conocidos únicamente por el grupo investigador y las personas implicadas en el hecho.

Los Eventos Adversos ocurridos y el análisis que se hace de ellos, se dan a conocer a todo el personal periódicamente, como estrategia para prevenir la ocurrencia de errores en la Atención y evitar que se repitan los que ya han ocurrido, pero sin mencionar los nombres de los trabajadores involucrados.

EL PROCESO DE ANÁLISIS DEL REPORTE Y RETROALIMENTACIÓN A QUIEN REPORTÓ.

En el análisis del Incidente o del Evento Adverso sucedido se debe considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de Atención para identificar las barreras de Seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del Evento. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones, para lo cual se aplica el Protocolo de Londres. El Comité de Seguridad del Paciente “COSEPA” será el

encargado del análisis. En algunos casos se solicita intervención de personas externas a los procesos, cuando el grupo investigador lo considera necesario

El COSEPA debe hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejoramiento planeadas y garantizar retroalimentación al reportante.

CÓMO SE ESTIMULA EL REPORTE EN LA INSTITUCIÓN.

Las Directivas y Coordinadores de área de la E.S.E. Hospital San Antonio deben demostrar y ser explícitos en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

Es necesario promover una cultura que anime la discusión y la comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la Seguridad de los Pacientes; y que vea en la aparición de errores y sucesos Adversos una oportunidad de mejora.

Instituir una cultura de Seguridad del Paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.

Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la Seguridad del Paciente.

Garantizar la confidencialidad de los análisis y sensibilizar al personal acerca de la importancia de reportar errores y Eventos Adversos, resaltando que no se denuncia a las personas sino los hechos.

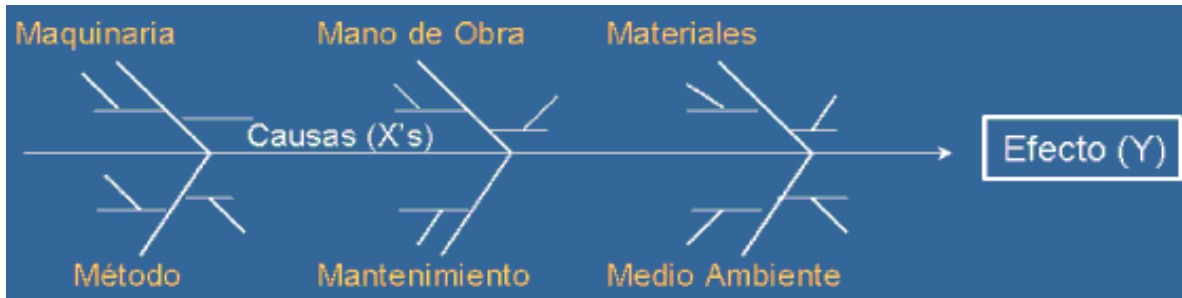
GUIA DE ANALISIS A LOS EVENTOS ADVERSOS

La Institución adopta el Modelo de Espina de Pescado para realizar análisis inicial a los Eventos Adversos reportados, este análisis será realizado cada 24 horas de acuerdo a los Eventos Adversos reportados el día anterior esto estará a cargo de cada uno de los líderes de los procesos diligenciando el formato de análisis de Evento Adverso (Ver Anexo 15), esto con el ánimo de establecer si el Evento Reportado corresponde efectivamente a un Evento a Adverso o un incidente, luego de realizado el análisis se realizara plan de mejoramiento (ver Anexo 7) para potenciar Practicas Seguras y Barreras de Seguridad con el ánimo de disminuir riesgos asociados al tipo de Acción Insegura Detectada.

Mensualmente (el ultimo martes de cada mes), dicho análisis debe ser presentado al comité de Seguridad del Paciente COSEPA, en físico o través del correo electrónico PSPHSA@gmail.com adjuntado al formato de reporte mensual de Eventos Adversos e incidentes (ver anexo 6), y el formato individual de notificación de Eventos Adversos e incidentes (ver anexo 5); a continuación se establecen parámetros para implementación del modelo de Kaoru Ishikawa.

MODELO ESPINA DE PESCADO POR KAORU ISHIKAWA

Ésta técnica nos permite analizar problemas y ver las relaciones entre causas y efectos que existen para que el problema analizado ocurra.



Se usa para:

- Visualizar, en equipo, las causas principales y secundarias de un problema.
- Ampliar la visión de las posibles causas de un problema, enriqueciendo su análisis y la identificación de soluciones.
- Analizar procesos en búsqueda de mejoras.
- Conduce a modificar procedimientos, métodos, costumbres, actitudes o hábitos, con soluciones – muchas veces – sencillas y baratas.
- Educa sobre la comprensión de un problema.
- Sirve de guía objetiva para la discusión y la motiva.
- Muestra el nivel de conocimientos técnicos que existe en la empresa sobre un determinado problema.
- Prevé los problemas y ayuda a controlarlos, no solo al final, sino durante cada etapa del proceso.

¿Cómo construirla?:

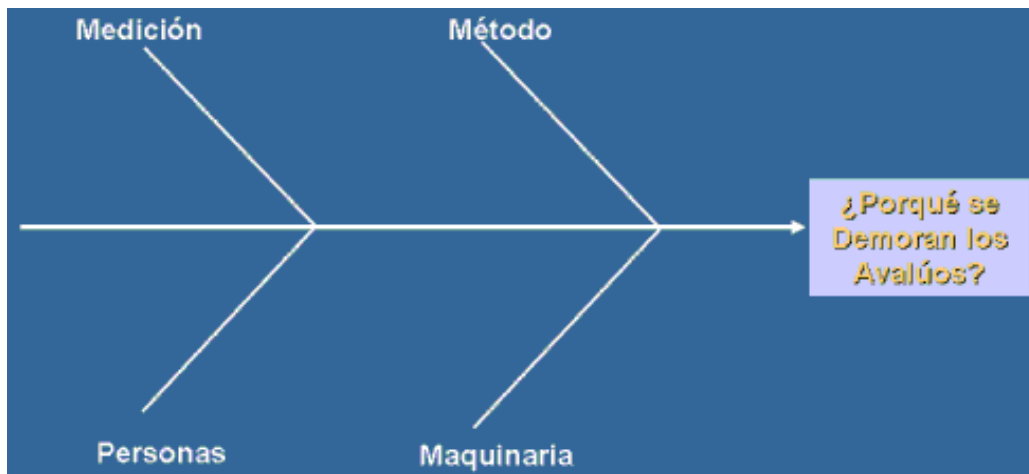
- Establezca claramente el problema (Efecto) que va a ser analizado.
- Diseñe una flecha horizontal apuntando a la derecha y escriba el problema al interior de un rectángulo localizado en la punta de la flecha.



- Haga una lluvia de ideas “**Brainstorming**” para identificar el mayor número posible de causas que puedan estar contribuyendo para generar el problema, preguntando “**¿Por qué está sucediendo?**”.
- Agrupe las causas en categorías. Una forma muy utilizada de agrupamiento es la conocida como **6M**: Maquinaria, Mano de Obra, Método, Materiales, Mediciones y Medio ambiente
- **Mano de obra**: Talento Humano, Operarios, Administradores, causas físicas o mentales.
- **Materia prima**: Insumos, suministros, materiales.
- **Maquina**: Equipos, Software, Hardware, Deterioro, Mantenimiento.
- **Medio Ambiente**: Instalaciones, Entorno, Clima.
- **Método**: Normas, Especificaciones, Procedimientos.
- **Mediciones**: Instrumentos, Mediciones, Inspección.

- Para comprender mejor el problema, busque las sub-causas o haga otros diagramas de Causa – Efecto para cada una de las causas encontradas. Para esto, tome de **2-3 Causas Raíz Potencial del Diagrama**.
- Para estas causas pregunte **Porqué** 5 veces (o al menos 2 veces o hasta que ya no tenga más respuestas al Porqué).
- Escriba cada categoría dentro de los rectángulos paralelos a la flecha principal. Los rectángulos quedarán entonces, unidos por las líneas inclinadas que convergen hacia la flecha principal.
- Se pueden añadir las causas y sub-causas de cada categoría a lo largo de su línea inclinada, si es necesario.

Ejemplo:



Este reporte mensual será entregado al secretario del comité quien condensara la información para socializar en el COSEPA.

El COSEPA a su vez realizara análisis de los Eventos Adversos que mayor lesión ocasionaron en el paciente así como los Eventos Adversos más repetitivos en frecuencia, dicho análisis se realizara de acuerdo al PROTOCOLO DE LONDRES.

Además realizara análisis de los incidentes presentados y los planes de mejoramiento planeados por los líderes de los procesos con el ánimo de hacer correcciones y ajustes a ellos y planear el seguimiento a los mismos.

A continuación se establecen parámetros para implementación del Protocolo de Londres.

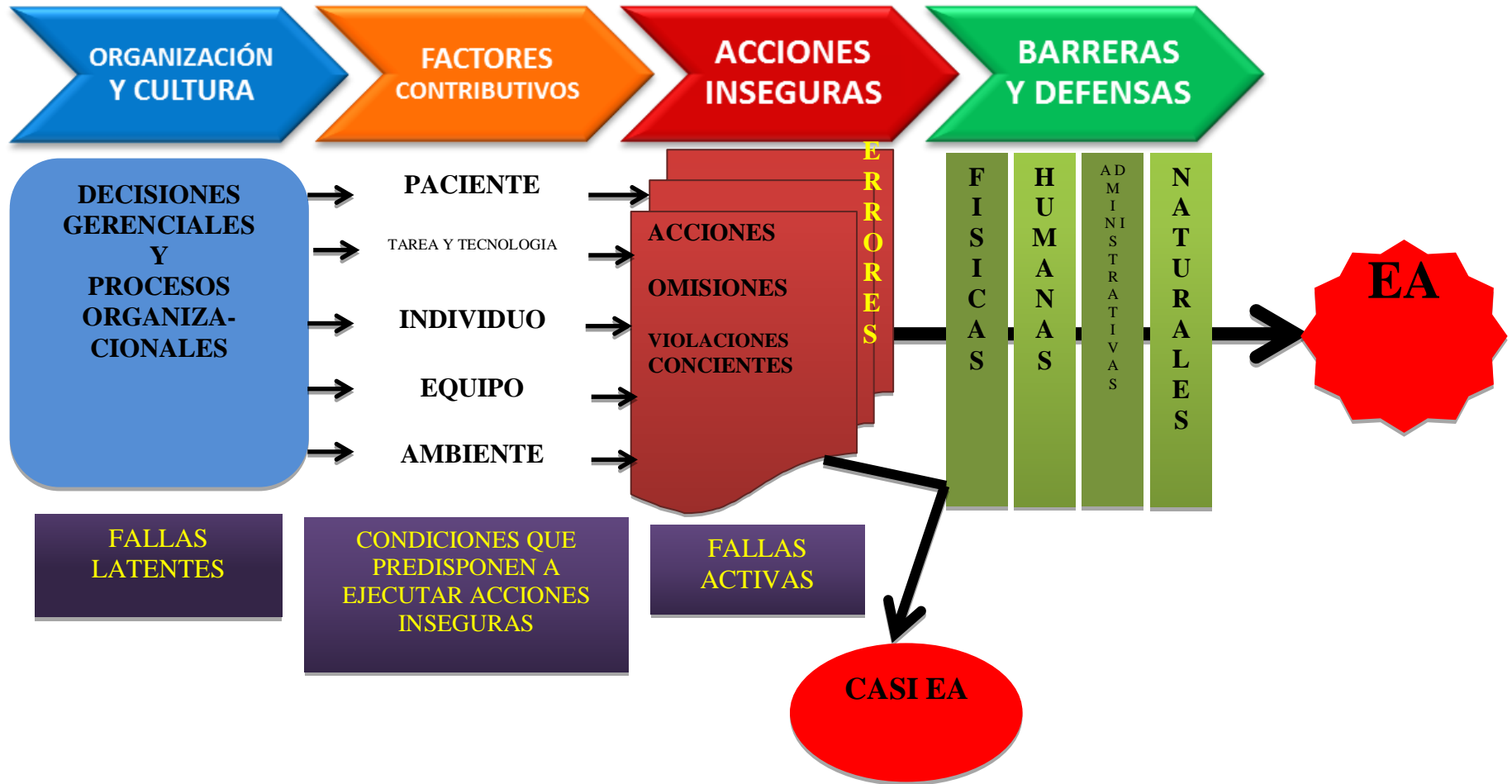
MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

PROTOCOLO DE LONDRES – JAMES REASON

La teoría que soporta este Protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la Salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en Seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico - asistenciales.

Este Protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (Grafico 3).

MODELO ORGANIZACION DE AL CAUSALIDAD DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS.



De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los Niveles Directivo y Gerencial de la Organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales Departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo, cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc.). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos.

Estas son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e

instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de Atención y sus resultados. Otros factores del Paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los Prestadores. La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la Calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La Atención en Salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo.

Por este motivo todo el Personal de Salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles Gerencial y Directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. La organización,

a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas. La tabla 1 resume los factores contributivos que puede influenciar la práctica clínica.

Cada uno de estos niveles de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar en la identificación de los Factores Contributivos mayores. Por ejemplo, cuando se identifica un problema de comunicación debe precisarse si esta es de naturaleza vertical (profesional señor con profesional junior, Médico con Enfermera, etc.) u horizontal (Médico con Médico, Enfermera con Enfermera, etc.), si es por la Calidad de la información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas), o si se trata de disponibilidad de supervisión o soporte adecuados.

Tabla3*: Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	Complejidad y Gravedad
TAREA Y TECNOLOGIA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura, disponibilidad y uso de protocolos, disponibilidad y complejidad de las pruebas diagnósticas, ayudas para toma de decisiones.
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia Salud física y mental
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)
AMBIENTE	Personal suficiente, mezcla de habilidades, carga de trabajo, patrón de turnos, diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos, soportes, Administrativo y Gerencial, clima laboral, ambiente físico (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas, estándares y metas, prioridades y cultura organizacional
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio Contactos externos

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el Paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal. Por este motivo es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos.

En la práctica diaria las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la Atención de Pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de Prácticas Seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “Acción Insegura”. El Protocolo de Londres, por motivos culturales y de implicaciones legales, prefiere referirse a las Acciones Inseguras como “CareDeliveryProblems (CDP)”. Nosotros preferimos seguirlas llamando Acciones Inseguras.

Tal como se dijo antes, el primer paso en la investigación de un Incidente clínico es la identificación de la Acción o Acciones Inseguras, para luego analizar las circunstancias en que ocurrió u ocurrieron, es decir, identificar los factores que contribuyeron o predispusieron a dicha conducta.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Acción insegura. Conducta que ocurre durante el proceso de Atención en Salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un Incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras. Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una Práctica Segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un Evento Adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.
3. No buscar ayuda cuando se necesita.

Contexto clínico. Condición clínica del Paciente en el momento en que se ejecutó la Acción Insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.

Factor contributivo. Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

1. Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
2. Ausencia de protocolos.
3. Falta de conocimiento o experiencia.
4. Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
5. Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS).

En la figura 2 se ilustra la secuencia de pasos a seguir para investigar y analizar un incidente clínico, es decir, tanto un error como un Evento Adverso.

El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en Incidentes menores, como en Eventos Adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las Acciones Inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.



IDENTIFICACIÓN Y DECISIÓN DE INVESTIGAR.

Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un Incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los Errores y Eventos Adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, solo ocurre en Instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero si el ocultamiento. Una vez identificado el Incidente la Institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del Incidente y el potencial aprendizaje

organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.

PROCEDIMIENTO:

La identificación y reporte de los Evento Adversos se realizara de acuerdo al punto de NOTIFICACIÓN Y REPORTE. Una vez entregado dicho reporte la Secretaria del COSEPA realizara la clasificación de los casos que a su criterio considere de mayor lesión o más relevantes a investigar.

SELECCIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR.

Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de Incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador.

Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario.

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

PROCEDIMIENTO:

La secretaria del COSEPA designara el o los investigadores miembros del mismo COSEPA para realizar la investigación, esta designación será de acuerdo a la pertinencia del profesional en cada uno de los Eventos Adversos, cada integrante tendrá máximo 5 Eventos o casi Eventos adversos a analizar, la secretaria del COSEPA notificara máximo el 1 martes del mes los Eventos Adversos a investigar a cada uno de los miembros del comité, quienes a su vez tendrá 8 días calendario hasta el segundo martes de cada mes (día del comité) para presentar la investigación del evento o casi Evento Adverso. En caso de requerir algún otro Profesional que no esté dentro del COSEPA, esta notificación a este como investigador se hará mediante oficio en los mismo tiempos establecidos.

OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN.

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

- Historia clínica completa.
- Protocolos y procedimientos relacionados con el Incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.

- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc.).
- Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien 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 de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia del Eventos que antecedieron el Incidente, de la interpretación acerca de cómo esos Eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritos en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible después de ocurrido el incidente.

Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en Incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible.

La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos. La tabla 2 ilustra de manera esquemática el protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación.

<p>Lugar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el Incidente. • El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
<p>Explique el propósito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. • Evite el estilo confrontación al y los juicios de valor. • Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
<p>Establezca la cronología del Incidente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Identifique las Acciones inseguras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. • Invite al entrevistado a identificar Acciones Inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. • Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación
<p>Identifique los factores contributivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. • 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.
<p>Cierre</p>	<p>Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.</p>

PRECISE LA CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE.

Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar la cronología:

- Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
- Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el Incidente.

PROCEDIMIENTO:

El investigador o equipo investigador escogido deberá realizar análisis de historia clínica en el formato (ver anexo 15) establecido para este fin así como la revisión de la Historia Clínica todos estos documentos se deberán entregar el día del comité debidamente diligenciados.

IDENTIFIQUE LAS ACCIONES INSEGURAS.

Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al Incidente clínico, 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. La gente que de alguna manera participó en el Incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las Acciones Inseguras sean conductas específicas –por acción o por omisión- en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente”, las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a Acciones Inseguras. Aunque en la Práctica las Acciones Inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras este completa.

PROCEDIMIENTO:

El investigador o equipo investigador tendrá en cuenta las Acciones Inseguras halladas por el líder del proceso o persona que realizó la notificación y reporte del Evento Adverso.

IDENTIFIQUE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS.

El paso siguiente es 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) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia). La figura 3 ilustra un diagrama de Espina de Pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contributivos resumidos en la tabla 1.

PROCEDIMIENTO:

El investigador o equipo investigador tendrán en cuenta el análisis de Espina de Pescado realizado por el líder del proceso donde ocurrió el Evento Adverso que se debió haber entregado junto con la ficha de notificación.

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.
- Lista de Acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por
El equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las Acciones.
- Definir tiempo de implementación de las Acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer 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.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización. Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen.

En ese orden de ideas se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

PROCEDIMIENTO:

El plan de mejoramiento se realizara en el formato Anexo 7, el cual deber socializado en su totalidad.

Este será socializado junto con todos los documentos en el COSEPA.

Una vez finalizado el COSEPA y se realicen los ajustes al plan de mejoramiento de acuerdo a las recomendaciones de los miembros del comité, será dados a conocer a cada uno de los líderes de los procesos para su despliegue y cumplimiento. El seguimiento estará a cargo del COSEPA quien designara un miembro para hacer el seguimiento respectivo.

COMPONENTE N° 4**ADOPCIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La adopción de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente es otra de las herramientas que se convierten en obligatorias a la hora de hablar de Atención Segura dado que con ella se potencia barreras de Seguridad y se disminuyen riesgos asociados a la atención que pueden llevar a Eventos Adversos.

Para la vigencia 2012 se ha decidido en conjunto con la herencia, que para la E.S.E. Hospital San Antonio. Se realice el despliegue de 5 Buenas Prácticas Seguras a implementar durante la vigencia las cuales contaran con estrategias de intervención de cada uno de los ítems contenidos en cada una de las prácticas.

Las Buenas Prácticas de Seguridad Paciente escogidas son:

1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la Atención en Salud.
2. Mejorar la Seguridad en la utilización de medicamentos.
3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
4. Prevenir úlceras por presión.
5. Asegurar la correcta identificación del Paciente en los procesos asistenciales y las muestras en el Laboratorio.

BUENA PRACTICA N° 1: DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON 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 deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.

- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a:

- 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 en 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.
- Involucrar a todo el Personal de Salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (pre Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los biorriesgos 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.

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del Paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al Paciente.

ESTRATEGIAS

**1.1. FORTALECER LA PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS EN EL HOSPITAL
“MANOS LIMPIAS SALVAN VIDAS”**

META: El 100% de los funcionarios conocen y aplican una técnica eficiente para el lavado de las manos de acuerdo a su función.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.1.1.	Instrucción para todo el equipo de Salud en “Técnica adecuada para el lavado de las manos”	Jefe de área
1.1.2	Tener los insumos necesarios para su uso adecuado y racional	Jefe de suministros
1.1.3	Aplicar como parte del proceso de inducción la técnica de lavado de manos	Jefe de área
1.1.4	Exigir de los programas de entrenamiento para servidores en salud, incluir el lavado de manos en el curricular	Jefe de área
1.1.5	Evaluación trimestral aleatoria a una muestra calculada	Jefe de área
1.1.6	Promover el lavado de las manos a todos los visitantes	Jefe de área
1.1.7	Estimular el lavado de las manos a la población general según recomendaciones	Jefe de área
1.1.8	Disponer de medios de información que promuevan el lavado adecuado de las manos	Coordinador de calidad

1.2. APLICAR LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA (MÉDICA Y QUIRÚRGICA) EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALICEN DURANTE LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD.

META: El 100% de los Profesionales, Técnicos y Auxiliares que prestan Atención directa a los Pacientes apliquen forma correcta los principios de asepsia y antisepsia – Diciembre.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.2.1	Revisar las recomendaciones actuales sobre asepsia-antisepsia en Servicios de Salud	Jefe de área
1.2.2	Re inducción al equipo de Salud del área asistencial que realiza o apoya la realización de procedimientos, sobre asepsia y antisepsia	Jefe de área
1.2.3	Aplicar como parte del proceso de inducción los principios básicos de asepsia antisepsia para Médicos y Enfermería	Jefe de área
1.2.4	Evaluación trimestral aleatoria a una muestra calculada	Jefe de área
1.2.5	Tener los insumos necesarios	Jefe de área
1.2.6	Exigir de los programas de entrenamiento para servidores en Salud, incluir prácticas y desarrollo de habilidades en la aplicación de las recomendaciones Sobre asepsia y antisepsia	Jefe de área

1.3. MANEJAR ADECUADAMENTE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS

META: El 100% de los Funcionarios del HRL deben conocer y aplicar adecuadamente las recomendaciones para el uso adecuado de los desechos diciembre 2009.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.3.1	Generar procesos que lleven a la comprender la importancia, que un correcto manejo de los desechos hospitalarios es una forma de proteger su Salud, la de su familia	Jefe de área
1.3.2	Concientizar a todo el equipo de Salud de la importancia de tener y aplicar con eficiencia un plan de desechos Hospitalarios en cada una de las dependencias	Jefe de área
1.3.3	Disminución de la generación de desechos infecciosos y desactivación adecuada de los existentes	Jefe de área
1.3.4	Disminuir el número de accidentes de trabajo relacionados con material corto punzante	Jefe de área
1.3.5	Mejorar la capacidad de los funcionarios para identificar los riesgos de infección intrahospitalaria y minimizar costos en la Atención, relacionadas con el mal manejo de los desechos infecciosos	Jefe de área
1.3.6	Rediseñar las rutas para el manejo desechos, de acuerdo a condiciones estructurales del Hospital y vigilar su cumplimiento	Jefe de área
1.3.7	Aplicar como parte del proceso de inducción los principios básicos en el manejo de desechos Hospitalarios	Jefe de área

Cód.	Actividades	Responsable
1.3.8	Evaluación trimestral aleatoria a una muestra calculada	Jefe de área
1.3.9	Tener los insumos necesarios	Jefe suministro
1.3.10	Exigir de los programas de entrenamiento para servidores en Salud, incluir prácticas y desarrollo de habilidades en la aplicación de las recomendaciones sobre manejo adecuado de los desechos hospitalarios	Jefe de área

1.4. CONOCER Y APLICAR LAS RECOMENDACIONES EXISTENTES EN BIOSEGURIDAD.

META: El 100% de los funcionarios deben conocer las recomendaciones universales en bioseguridad y aplicarlas.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.4.1	Re inducción a todo los funcionarios en aspectos relacionados con las recomendaciones Universales en Bioseguridad,	Jefe de área
1.4.2	Tener el manual de Bioseguridad en todos los servicios	Jefe de área
1.4.3	Vigilancia y notificación de los accidentes con Riesgo Biológico	Jefe de área
1.4.4	Re inducción al Equipo de Salud sobre Atención inicial del accidente con Riesgo Biológico	
1.4.5	Disponer de antirretrovirales para la Atención de Urgencia en usuario que cursa con accidente con Riesgo Biológico	
1.4.6	Evaluación trimestral aleatoria a una muestra calculada	

Cód.	Actividades	Responsable
1.4.7	Aplicar como parte del proceso de inducción los principios básicos en prevención, atención, notificación y seguimiento de la persona que ha sufrido un accidente con Riesgo Biológico.	
1.4.8	Disponer de los insumos necesarios para la prevención de accidente con Riesgo Biológico y seguimiento de las recomendaciones	
1.4.9	Exigir de los programas de entrenamiento en Salud sobre aplicación de normas de Bioseguridad	

1.5. EMPODERAR A TODOS LOS FUNCIONARIOS EN LA ADOPCIÓN Y APLICACIÓN LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA.

META: El 100% de los Funcionarios deben aplicar las recomendaciones universales para la prevención de la infección intrahospitalaria o nosocomial.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.5.1	Capacitación a todo el Equipo de Salud sobre prevención, identificación y notificación de infección intrahospitalaria o nosocomial	Jefe de área
1.5.2	Ajustar el Instrumento o Instrumentos para la recolección de la información	Jefe de área

Cód.	Actividades	Responsable
1.5.3	Tener por parte de los especialistas el protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía	Jefe de área
1.5.4	Tener el protocolo para el cuidado de la herida quirúrgica	
1.5.5	Promover la aplicación de las recomendaciones de la OMS de “Parto Limpio” y “ Una Cirugía Limpia Salva Vidas”	
1.5.6	Evaluación trimestral de una muestra sobre la aplicación de las recomendaciones para la prevención de Infección intrahospitalaria	
1.5.7	Monitoreo periódico del cumplimiento de las recomendaciones, incidencia a e impacto del programa	
1.5.8	Disponer de los insumos necesarios	
1.5.9	Iniciar un programa de orientación a la comunidad sobre el riesgo de Infección Intrahospitalaria	

1.6. ESTRUCTURAR UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS (EA) ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.

META: Capacitar en el primer año al 100% funcionarios del área asistencial en la identificación, detección y notificación de Eventos Adversos.

Sistematizar la recolección, análisis de datos e imparto de las medidas correctivas relacionadas con el impacto que los Eventos Adversos asociados a la Atención Sanitaria.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.6.1	Estimular el reporte, registro, análisis e investigación en la ocurrencia de “Eventos Adversos” en el HRL	
1.6.2	Crear una cultura sobre la Seguridad del Paciente, difundiendo para ello su necesidad, sus objetivos y sus beneficios	
1.6.3	Fomentar la instauración de la práctica de la notificación como un hábito entre los Profesionales, razonando su valor para la identificación de los niveles de Seguridad existentes en cada centro, para el aprendizaje y la adopción de medidas preventivas;	
1.6.4	Combatir las barreras existentes entre los profesionales frente a la notificación de Eventos Adversos, como son el sentimiento de fracaso, el temor a ser culpabilizados o a trasladarles la culpa;	
1.6.5	Estimular el reporte, registro, análisis e investigación en la ocurrencia de “Eventos Adversos” en el HRL	
1.6.6	Diseñar, probar y aplicar y monitorear un sistema de Vigilancia de Eventos Adversos (EA)	
1.6.7	Involucrar al usuario del establecimiento de Salud en prevención de los Eventos Adversos.	

BUENA PRACTICA N° 2: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los Eventos Adversos 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 o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.
- Asegurar la *dispensación* correcta de los medicamentos y los procesos de re-empaque y re-envase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.
- Definir mecanismos para prevenir errores en la *administración* de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
- Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos.
- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los Pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.

- Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.
- Identificar los medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos 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.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: Dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.
- Incluir en la *recepción* de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del Medicamento.
- INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.
- 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.

- 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.
- Tomar en consideración la información que proviene del fármaco vigilancia.
- Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes poli medicados 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:**

Involucra la compra de dosis unitarias pre elaborado por un proveedor o el re-empaque o re-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.

La Institución debe definir listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de Atención la posibilidad de alergias y reacciones similares.

2.1. IMPLEMENTAR PROCESOS SEGUROS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS SEGUROS.

META:

Lograr procesos seguros de recepción, almacenamiento y distribución de medicamentos en el 100% de las áreas Asistenciales del Hospital.

Cód.	Actividades	Responsable
2.1.1	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.	Técnico compras

Cód.	Actividades	Responsable
2.1.2	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.	Técnico compras
2.1.3	Estandarizar procesos de recepción técnica que garanticen las condiciones de Calidad necesarias para la cada uno de los medicamentos de acuerdo a las particularidades de cada uno de ellos.	Regente de farmacia
2.1.4	Gestionar la adquisición y establecer normas para el almacenamiento y conservación de los medicamentos con base en el inventario mínimo definido para estos productos en la farmacia.	Regente de farmacia
2.1.5	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.	Regente de farmacia
2.1.6	Asegurar la dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de re-empaque y re-envase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.	Regente de farmacia

Cód.	Actividades	Responsable
2.1.7	Establecer un programa de control de Calidad interno del Servicio y participar en los Programas de Garantía de Calidad Asistencial al asumir la dispensación de medicamentos como una responsabilidad básica de labor asistencial de forma que ésta garantice el cumplimiento de la prescripción médica y proporcione al Paciente el medicamento en la forma farmacéutica, dosis y vía de administración prescrita. Así mismo asumir la importancia que tiene un buen sistema de distribución como base para la realización de las actividades clínicas que ha de desarrollar.	Gerencia, coordinador medico
2.1.8	Implementar mecanismos de alertas para diferenciar medicamentos parecidos en su presentación. Y definir procesos 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.	Regente de farmacia, coordinador enfermería, coordinador medico

2.2. MEJORAR Y MONITOREAR LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR INCONSISTENCIAS EN LA FORMULACIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y LÍQUIDOS PARENTERALES.

META: Implementar la formulación de medicamentos y líquidos parenterales de manera segura en los procesos asistenciales del Hospital.

Cód.	Actividades	Responsable
2.2.1	Revisar la normas y recomendaciones para la prescripción y transcripción de medicamentos por médico y enfermera(o)	Coordinador medico
2.2.2	Revisar guías de manejo de las 10 patologías de cada servicio que dispongan del estándar de medicamentos (incluidos antibióticos) a utilizar por cada patología	Coordinador medico
2.2.3	Monitorizar el cumplimiento de las guías médicas de manejo de las patologías especialmente en la formulación de medicamentos por parte del personal médico.	Coordinador medico
2.2.4	Implementar política y lineamientos para el uso racional de antibióticos.	Gerencia, coordinador medico
2.2.5	Definir listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de atención la posibilidad de alergias y reacciones similares.	Coordinador medico
2.2.6	Definir lineamientos para 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).verificar su cumplimiento.	Equipo de salud
2.2.7	Sugerir y monitorizar el cultivo y antibiograma a enfermedades infecciosas para disminuir la resistencia bacteriana a antibióticos.	Personal medico
2.2.8.	Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.	Personal asistencial

Cód.	Actividades	Responsable
2.2.9	Definir políticas de formulación médica por escrito de manera estricta, donde se defina claramente: medicamentos, dosis, posología y vía. Así mismo como los ajustes o cambios que se realicen al tratamiento médico establecido.	Gerencia

2.3: MEJORAR LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS Y LÍQUIDOS PARENTERALES.

META: Capacitar al 100% del personal de Enfermería sobre la aplicación de los “Diez Correctos” en la administración de medicamentos y la aplicación de las normas básicas de higiene en la administración de medicamentos.

Disminuir en el 20% los Eventos Adversos atribuibles a la dispensación, administración, almacenamiento o preparación de medicamentos.

Cód.	Actividades	Responsable
2.3.1	Revisar o documentar la adecuada y segura administración de medicamentos por cada una de las vías de administración disponibles, y de acuerdo a los mayores niveles de evidencia disponibles.	Coordinador Enfermería
2.3.2	Diseñar un programa de capacitación continua que promueva la administración limpia y segura de medicamentos y soluciones parenterales	Coordinador enfermería coordinador medico

Cód.	Actividades	Responsable
2.3.3	Aplicar los “Ocho Correctos, 8C”: Prescripción correcta, transcripción correcta, administración correcta, Paciente correcto, dosis y vía correcta, hora correcta, medicamento correcto, caducidad correcta.	Personal enfermería
2.3.4	Mejorar la Higiene y Seguridad del uso de medicamentos y disminuir la variabilidad de la práctica clínica, estandarizando los procesos e implementando Prácticas Seguras	Personal enfermería
2.3.5	Diseñar, probar e implementar formas más adecuadas para el consumo de medicamentos por los pacientes en sus hogares (listas de medicamentos, pastilleros, etc.)	Personal Enfermería, coordinador Médico.
2.3.6	Verificar el cumplimiento en la administración de medicamento mediante lista de chequeo	Coordinador Enfermería

2.4: IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA INSTITUCIONAL.

META: Implementar el programa de fármaco y tecno-vigilancia al 100% durante la vigencia 2012.

Cód.	Actividades	Responsable
2.4.1	Tomar en consideración la información que proviene de la fármaco vigilancia – INVIMA	Personal Salud HSA
2.4.2	Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en Pacientes poli medicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.	Comité de farmacia y terapéutica
2.4.3	Diseñar programa de fármaco y tecno-vigilancia Institucional de acuerdo a la normatividad vigente. (que incluye reporte y análisis de RPM)	Regente de farmacia
2.4.4	Socializar al capacitar a todo el Equipo de Salud en tema referentes al fármaco y tecno-vigilancia.	Comité de Farmacia y Terapéutica
2.4.5	Implementar programa de Fármaco y tecno-vigilancia Institucional.	Comité de farmacia y terapéutica
2.4.6	Revisar, ajustar y monitorear eventos relacionados con la Fármaco-vigilancia.	Comité de farmacia y terapéutica

BUENA PRACTICA N° 3: Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

Aunque podemos hablar de caídas en todos los escenarios, nos centraremos en la caída intrahospitalaria como Evento Adverso.

Para proponer medidas preventivas, organizaciones e instituciones han promovido la clasificación de las caídas hospitalarias.

Categorizando las caídas de Pacientes por su propia naturaleza, es más fácil identificar causas comunes para poder desarrollar planes de acción para cada una de ellas, así:

Caídas Accidentales

Las caídas accidentales corresponden al 14%(8) 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

Son accidentes que no se pueden predecir, pero si se trabaja en el ambiente para evitar los riesgos (determinar el por qué y el tipo de caída) se pueden evitar.

Caídas Fisiológicas Anticipadas

Corresponden al 80%(8) 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

Caídas Fisiológicas No Anticipadas

Corresponden al 6%(8) 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)

Valiéndonos de la anterior clasificación de las caídas, y de la experiencia de nuestras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la gestión de este Evento Adverso, se han podido identificar las Acciones Inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de caídas, estas son:

- No identificar el riesgo de caída de los pacientes.
- Dejar al Paciente solo.
- Inmovilización inadecuada del Paciente.
- Movilización del Paciente con un equipo humano insuficiente.
- Realizar limpieza inadecuada de pisos.
- Traslado del paciente por medio de equipos inadecuados.

No quiere decir que sean las únicas Acciones Inseguras que predispongan las caídas o que puedan presentarse dentro de las Instituciones; pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Las caídas Hospitalarias no deben ser asumidas como accidentes inevitables, pueden ser evitadas mediante medidas preventivas en el entorno del Paciente; todos los miembros del equipo de Salud deben proporcionar al Paciente un entorno Seguro.

Las Instituciones con una dirección médica responsable deben tener identificadas sus causas de caídas, identificar los factores contributivos, comenzando con los de los Pacientes y tomar todas las medidas preventivas necesarias para prevenir la aparición de este Evento Adverso.

3.1: CLASIFICAR EL RIESGO DE CAÍDAS DE LOS PACIENTES QUE SE INTERNAN EN LA INSTITUCIÓN.

META: realizar clasificación del riesgo de caídas al 100% de los usuarios Hospitalizados.

Cód.	Actividades	Responsable
3.1.1	Documentar procedimiento de clasificación del riesgo mediante una escala que adopte o adapte la Institución.	Personal Salud HSA
3.1.2	El formato de clasificación debe contener como mínimo <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de caídas • Identificación del Paciente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Que está agitado ○ Funcionalmente afectado ○ Necesita ir frecuentemente al baño ○ Tiene movilidad disminuida ○ Pacientes bajo sedación 	Comité de farmacia y terapéutica
3.1.3	Socializar procedimiento y formato de clasificación con todo el personal de Salud de la Institución	Regente de farmacia

Cód.	Actividades	Responsable
3.1.4	Implementar la clasificación de todos los Pacientes que ingresen a los servicios hospitalarios u observación de urgencias mediante la aplicación de la(s) escala, y consignado la información en la Historia Clínica.	Comité de farmacia y terapéutica
3.1.5	Evaluación adherencia al procedimiento mediante la observación y revisión de historias clínicas.	Comité de farmacia y terapéutica

3.2. Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la Condición del Paciente.

META: Minimizar los riesgos derivados de la condición del paciente en el 50%.

Cód.	Actividades	Responsable
3.2.1	Definir lineamientos y educar a los usuarios sobre el acompañamiento a todos los menores de 1 año, los mayores de 60 o pacientes con cualquier tipo de discapacidad.	Personal Salud HSA
3.2.2	Documentar, socializar implementar y verificar el manejo de prevención de caídas intrahospitalarias a Pacientes con compromiso Neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender ordenes, Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos, pacientes que por su condición física y/o Clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie.	Comité de farmacia y terapéutica

3.3. Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al Paciente.

META: Reducción de los riesgos que pueden generar caídas en los pacientes en un 20%.

Cód.	Actividades	Responsable
3.3.1	Revisar todos los procesos asistenciales y considerar en cada uno de los procedimientos los riesgos de caída de Pacientes y documentarlos.	Líderes de los procesos
3.3.2	Realizar chequeo por las áreas, muebles e inmuebles del Hospital y definirlo los que generan riesgos de caídas para los pacientes y realizar mejoras a los hallazgos encontrados (Ausencia de superficie antideslizante en el Piso, Ausencia de bandas antideslizantes en pisos y Soportes en baños y duchas, Camillas sin barandas, Iluminación inadecuada, Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación entre otros).	Líderes de los procesos.

BUENA PRACTICA N° 4: PREVENIR ULCERAS POR PRESION.

Una Ulcera por presión es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico producido por prolongada presión ejercida por un objeto externo sobre prominencias óseas, provocando ulceración y necrosis del tejido involucrado que puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso y es catalogada como un Evento

Adverso si se presenta durante la Atención Hospitalaria Se presentan con mayor frecuencia en la Región Sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

La formación de las úlceras por presión está asociada a tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento.

Presión:

Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6- 32 mm.de Hg. Una presión superior a 17 mm.de Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

La formación de una ulcera por presión depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene esa presión; Kösiakdemostró que una presión de 70 mm.Hg., durante dos horas puede originar lesiones isquémicas.

PRESIÓN + TIEMPO = ULCERA

Fricción:

Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En el paciente en cama o sentado el roce con las sábanas o

superficies rugosas produce fuerzas de fricción espacialmente durante las movilizaciones.

Cizallamiento:

Combina los efectos de la presión y la fricción. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes deslizan una sobre otra.

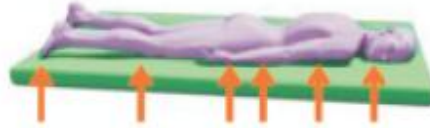
Por ejemplo cuando se eleva la cabecera de la cama y cuando los Pacientes sentados en una silla se deslizan hacia abajo.

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES:

Las úlceras por presión pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo, dependiendo de la zona de piel que esté sometida a mayor presión y de la postura más habitual del paciente.

Habitualmente, las localizaciones más frecuente van a ser las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo

POSICIÓN PRONA



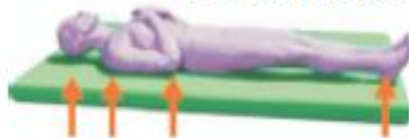
➤En decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas, orejas, nariz, crestas iliacas.

POSICIÓN SEDENTE



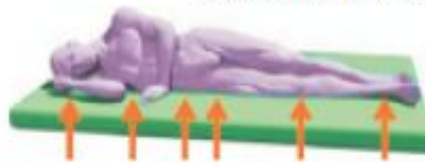
➤En sedestación: omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talones, metatarsianos.

POSICIÓN SUPINA



➤En decúbito supino: región sacra, talones, codos, omóplatos, nuca/occipital, coxis.

POSICIÓN LATERAL



➤En decúbito lateral: maleólos, trocánteres, costillas, hombros/acromion, orejas, crestas iliacas, cara interna de las rodillas.

Valiéndonos de la revisión sobre el tema de escaras como Evento Adverso y de la experiencia de nuestras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la gestión de este Evento Adverso se han podido identificar las Acciones Inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de escaras, estas son:

- Evaluación incorrecta del Paciente con riesgo por inmovilización prolongada
- Realizar mala higiene al Paciente.
- Posicionamiento inadecuado del Paciente (Paciente mal posicionado, sin los aditamentos necesarios o con cambios de posición sin horario establecido).
- Paciente con inmovilización inadecuada (por cizallamiento o fricción producidos por la inmovilización o por aditamentos adicionales mal situados genere escaras).
- No aplicar sustancias hidratantes o aplicar sustancias inadecuadas durante la higiene del Paciente.
- Realización de masajes de forma inadecuada sobre prominencias óseas.
- Falta de valoración permanente de las condiciones de la piel del Paciente con alto riesgo de escaras.

No quiere decir que sean las únicas Acciones Inseguras que predispongan la aparición de escaras pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

4.1. CONSIDERAR LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CON RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN.

META: Realizar identificación y clasificación del riesgo de caídas al 100% de los Usuarios hospitalizados:

Cód.	Actividades	Responsable
4.1.1	Documentar procedimiento de clasificación del riesgo mediante una escala que adopte o adapte la Institución.	Personal Salud HSA
4.1.2	El formato de clasificación debe contener como mínimo <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de úlceras • Valoración de la movilidad, de incontinencia, de déficit sensorial y del estado nutricional. Para eso se debe llevar a cabo una valoración de la integridad de la piel, de la cabeza a los pies, en los Pacientes en riesgo en el momento del ingreso, y a partir de ahí diariamente.	Comité de Seguridad del Paciente. COSEPA
4.1.3	Socializar procedimiento y formato de clasificación con todo el personal de Salud de la Institución	COSEPA
4.1.4	Implementar la clasificación de todos los Pacientes que ingresen a los Servicios Hospitalarios u observación de urgencias mediante la aplicación de la(s) escala, y consignado la información en la Historia Clínica. Incluyendo la revaloración diaria.	COSEPA
4.1.5	Evaluación adherencia al procedimiento mediante la observación y revisión de Historias Clínicas.	COSEPA

4.2. IMPLEMENTAR PROCESOS DE GARANTICEN CAMBIOS DE POSICIÓN E INMOVILIZACIONES ADECUADAS A USUARIOS HOSPITALIZADOS.

META: Implementar procesos, procedimientos y/o protocolos que garanticen cambios de posición e inmovilizaciones adecuadas a usuarios hospitalizados que lo requieran en el 100% de las áreas asistenciales.

Cód.	Actividades	Responsable
4.2.1	Documentar procedimiento o protocolo de cambios de posición e inmovilización (incluida hidratación de la piel y masajes) adecuada de usuarios hospitalizados que lo requieren.	COSEPA
4.2.2	Socializar procedimiento con todo el personal de Salud (incluidas terapeutas físicas).	COSEPA
4.2.3	Implementación del protocolo a procedimiento en todas las áreas hospitalarias.	COSEPA
4.2.4	Evaluación adherencia al procedimiento mediante la observación y revisión de Historias Clínicas.	COSEPA
4.2.5	Realizar mejoras al procedimiento o protocolo	COSEPA

BUENA PRACTICA N° 5: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO.

En toda la industria de la Atención en Salud, la identificación incorrecta de los Pacientes continúa dando como resultado errores de medicación, errores de transfusión, errores de prueba, procedimientos en la persona incorrecta y alta de bebés que se entregan a las familias equivocadas.

La forma más habitual de identificación de los Pacientes en las instituciones de Salud es el número de habitación o de cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o por el hecho de que respondan a un nombre determinado, sin ser estas las más apropiadas ni confiables y permitiendo que se presenten errores en la atención de los individuos por dificultades o equivocaciones en su identificación. Una causa importante de la generación de incidentes es la tendencia a resumir ubicaciones, nombres completos y características de los Pacientes.

Ejemplo: el niño de la 1021, o la diabética que ingresó hace un rato.

Valiéndonos de la revisión de los procesos de identificación de los Pacientes como Evento Adverso y de la experiencia de nuestras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la gestión de este Evento Adverso se han podido identificar las Acciones Inseguras más frecuentes asociadas con los procesos de Identificación de los Pacientes, estas son:

- 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, ej. Número de la habitación, enfermedad, entre otros.
- Ausencia de manillas de identificación
- Traslado y movimiento del Paciente sin brazaletes o adecuado proceso de identificación.
- Verificación incorrecta de datos del Paciente.
- No verificación de datos del Paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos.
- Inexistencia de estándares de identificación correcta por parte del personal asistencial.

No quiere decir que sean las únicas Acciones Inseguras que predispongan a la incorrecta identificación del Paciente pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras

La incorrecta identificación del Paciente y las muestras en el Laboratorio.

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 médico 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.

ACCIONES INSEGURAS:

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.

5.1. IMPLEMENTAR PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN AL USUARIO DESDE EL INGRESO A LA INSTITUCIÓN.

META: Documentar, desplegar, implementar y medir procesos, procedimientos y/o protocolos que garanticen la identificación del 100% de los Usuarios que ingresen a la Institución.

Cód.	Actividades	Responsable
5.1.1	Revisar o actualizar el procedimiento o protocolo de identificación al usuario (incluida la identificación de muestras).	COSEPA
5.1.2	Socializar procedimiento con todo el Personal de Salud.	COSEPA
5.1.3	Implementación del protocolo a procedimiento en todas las áreas Hospitalarias.	COSEPA
5.1.4	Evaluación adherencia al procedimiento mediante la observación y revisión de Historias Clínicas.	COSEPA
5.1.5	Realizar mejoras al procedimiento o protocolo	COSEPA

5.2. VERIFICACIÓN DE DATOS DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS.

META: Reducción de los riesgos relacionados con la identificación del Usuario en los 50%.


Cód.	Actividades	Responsable
5.2.1	Revisar todos los procesos asistenciales y considerar en cada uno de los procedimientos los puntos clave para la identificación del usuario y los riesgos derivados de la no identificación de estos y documentarlos.	Líderes de los procesos
5.2.2	Revisión y actualización de protocolos de Atención en los cuales se establezca como requisito para la Prestación o realización del procedimiento la verificación de la identificación del Usuario en todas las áreas asistenciales.	Líderes de los procesos.
5.2.3	Socialización de los cambios o modificaciones en los protocolos de y procedimientos de Atención a todo el personal involucrado.	Líderes de los procesos
5.2.4	Verificación del cumplimiento de los protocolos establecidos a través de listas de chequeo, revisión de formatos e Historia Clínica.	Oficina de calidad

5.3. UNIFORMIDAD DE LOS USUARIOS INTERNOS QUE PERMITA SU ADECUADA IDENTIFICACIÓN POR PARTE DE USUARIOS EXTERNOS Y VISITANTES.

META: Uniformidad y correcta identificación del 100% de los Usuarios Internos de la Institución.

Cód.	Actividades	Responsable
5.3.1	Establecer políticas institucionales referentes a la identificación y uniformidad de los usuarios internos.	gerencia
5.3.2	Verificar el cumplimiento de los lineamientos y políticas gerenciales	gerencia
5.3.3	Realizar correctivos a las desviaciones encontradas	gerencia

Anexo 4. Encuesta de clima de seguridad del paciente, 6 páginas.

 ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO GUAMO - TOLIMA PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
<p>Por favor Marque con Una X la respuesta que a su criterio y buen juicio considera correcta.</p>			
<p>Características demográficas de los encuentros</p>			
<p>1 <i>¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?</i></p>			
<input type="checkbox"/>	Urgencias	<input type="checkbox"/>	Hospitalización
<input type="checkbox"/>	Cirugía/Sala de Partos	<input type="checkbox"/>	Promoción y prevención
<input type="checkbox"/>	Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Farmacia y suministros
<input type="checkbox"/>	Otros	Cual: _____	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Consulta Externa
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Esterilización
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Transporte de Paciente
<p>2 <i>¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?</i></p>			
<input type="checkbox"/>	< de 6 meses	<input type="checkbox"/>	de 6 meses a 1 año
<input type="checkbox"/>	de 6 a 10 años	<input type="checkbox"/>	> de 10 años
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	de 1 a 5 años
<p>3 <i>¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?</i></p>			
<input type="checkbox"/>	menos de < 20 horas	<input type="checkbox"/>	de 20 a 39 horas
<input type="checkbox"/>	de 60 a 79 horas	<input type="checkbox"/>	de 80 a 99 horas
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	> de 100 horas
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	de 40 a 59 horas
<p>4 <i>¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?</i></p>			
<input type="checkbox"/>	< de 6 meses	<input type="checkbox"/>	de 6 meses a 1 año
<input type="checkbox"/>	de 6 a 10 años	<input type="checkbox"/>	> de 10 años
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	de 1 a 5 años
<p>5 <i>¿Cuál es su cargo en esta institución?</i></p>			

6 ¿Qué tipo de contrato tiene?		
<input type="checkbox"/> planta de cargos	<input type="checkbox"/> temporal de trabajo- S.A.S.	<input type="checkbox"/> prestación de servicios
7 En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
8 ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?		
<input type="checkbox"/> < de 6 meses	<input type="checkbox"/> de 6 meses a 1 año	<input type="checkbox"/> de 1 a 5 años
<input type="checkbox"/> de 6 a 10 años	<input type="checkbox"/> > de 10 años	
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad		
9 Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes?		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
10 Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
11 Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo		
12 Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente?		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
13 El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
14 Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

Trabajo en equipo dentro de las áreas		
15 <i>Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
16 <i>En esta área, la gente se apoya mutuamente</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
17 <i>Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
18 <i>En esta área, el personal se trata con respeto</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
Actitud de comunicación abierta		
19 <i>El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
20 <i>El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
21 <i>El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
Retroalimentación y comunicación sobre el error		
22 <i>El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
23 <i>Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
24 <i>En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

Respuesta no punitiva al error		
25 <i>El personal siente que sus errores son usados en su contra</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
26 <i>Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada que la persona y no el problema</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
27 <i>Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
Personal		
28 <i>Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo?</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
29 <i>El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
30 <i>Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
31 <i>Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente		
32 <i>La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
33 <i>Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	
34 <i>La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso</i>		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

Trabajo en equipo entre las áreas del hospital

35 *Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

36 *Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

37 *Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

38 *Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

Transiciones y no intervenciones del hospital

39 *La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

40 *Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

41 *A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

42 *Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

Percepciones generales de la seguridad

43 *Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

44 *La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

45 *Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

46 *Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

Frecuencia de reporte de eventos

47 *¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

48 *Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

49 *¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado?*

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> casi Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

Número de eventos reportados

50 *En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?*

<input type="checkbox"/> Ningun reporte	<input type="checkbox"/> de 1 a 2 reportes	<input type="checkbox"/> de 3 a 5 reportes
<input type="checkbox"/> de 6 a 10 reportes	<input type="checkbox"/> de 11 a 20 reportes	<input type="checkbox"/> de 21 reportes o mas


Grado de seguridad del paciente

51 *Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente*



<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> aceptable
<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Malo	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:


Anexo 5. Ficha notificación mensual de eventos adversos, 1 página.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO GUAMO TOLIMA NIT 890701715-5				Código	
					Versión	2
					Fecha	jul-12
					Página	1 de 1
FICHA NOTIFICACIÓN MENSUAL DE EVENTOS ADVERSOS						
SERVICIO:						
MES DE REPORTE:						
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REPORTA:						
FECHA EVENTO ADVERSO	No. HISTORIA CLINICA	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	DIAGNOSTICO	TIPO DE EVENTO ADVERSO	ACCION CORRECTIVA	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
Proyecto: María Isabel Morales Ruge - Yessi Karina Sanchez Aprobo: Dra. Sandra Liliانا Torres Diaz (Gerente)						


Anexo 6. Formato individual de notificación de complicaciones y eventos adversos, 1 página.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código:
	HOSPITAL SAN ANTONIO		
	GUAMO TOLIMA		Versión: 01
	NIT – 890.701.715-5		Fecha: 10/2011
FORMATO INDIVIDUAL DE NOTIFICACION DE COMPLICACIONES Y EVENTOS ADVERSOS			Pág. Página 1 de 1
SERVICIO _____			FECHA ____ / ____ / ____
NOMBRE DEL USUARIO CC _ TI _ NU _ No. _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ SEXO M ____ F ____			
NOMBRE Y FECHA DEL PROCEDIMIENTO PROFESIONAL QUE NOTIFICA EL EVENTO: _____			FECHA ____ / ____ / ____
DESCRIBA BREVEMENTE EL EVENTO PRESENTADO:			
TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA QUE USTED CREE GENERO O CASI GENERA UN EVENTO ADVERSO: (ver clasificación al respaldo)			
RECOMENDACIONES			
Elaboro: Equipo Auditoria EAN-UT		Aprobo: Dra. Sandra Liliana Torres Diaz	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código:
	HOSPITAL SAN ANTONIO		
	GUAMO TOLIMA		Versión: 01
	NIT – 890.701.715-5		Fecha: 10/2011
FORMATO INDIVIDUAL DE NOTIFICACION DE COMPLICACIONES Y EVENTOS ADVERSOS			Pág. Página 1 de 1
SERVICIO _____			FECHA ____ / ____ / ____
NOMBRE DEL USUARIO CC _ TI _ NU _ No. _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ SEXO M ____ F ____			
NOMBRE Y FECHA DEL PROCEDIMIENTO PERSONAL QUE NOTIFICA EL EVENTO: _____			FECHA ____ / ____ / ____
DESCRIBA BREVEMENTE EL EVENTO PRESENTADO:			
TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA QUE USTED CREE GENERO O CASI GENERA UN EVENTO ADVERSO: (ver clasificación al respaldo)			
RECOMENDACIONES			
Elaboro: Equipo Auditoria EAN-UT		Aprobo: Dra. Sandra Liliana Torres Diaz	

Anexo 7. Plan de mejoramiento eventos adversos, 1 página.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				Código: GE-MAN-03-FR-03		
	HOSPITAL SAN ANTONIO						
	GUAMO TOLIMA				Versión: 01		1
	NIT – 890.701.715-5				Fecha:		1
PLAN DE MEJORAMIENTO EVENTOS ADVERSOS				Octubre / 2010		Pág. Página 1 de 1	
FECHA:							
NOMBRE IPS: ESE HOSPITAL SAN ANTONIO							
DEPARTAMENTO: TOLIMA							
MUNICIPIO: GUAMO							
PROCESO/SERVICIO:							
QUE (Actividades)	COMO (Pautas para la realización de la actividad)	POR QUE (Propósito de la actividad)	CUANDO (Fecha de terminación)	QUIEN (Responsable)	SEGUIMIENTO		
					FECHA DEL SEGUIMIENTO		
OBSERVACIONES:							
FECHA PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO:							
FIRMA RESPONSABLE DEL PROCESO							
Elaboro: EQUIPO AUDITORIA EAN- UT				Aprobo: Dra. Sandra Liliana Torres Díaz			


Anexo 9. Ronda de seguridad del paciente, priorización de servicios, 1 página.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO						Código:
	HOSPITAL SAN ANTONIO						
	GUAMO TOLIMA						
	NIT – 890.701.715-5						Versión: 01
	RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS						Fecha: 05/2012
							Pag 1 de 1
Nro.	SERVICIOS	factor crítico 1	factor crítico 2	factor crítico 3	factor crítico 4	factor crítico 5	Total
1							0
2							0
3							0
4							0
5							0
6							0
7							0
8							0
9							0
10							0


SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.				
¿El almacenamiento de medicamentos cumple con el protocolo establecido y los estandares de habilitación?				
¿los medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados de acuerdo al protocolo existente?				
¿los medicamentos estan clasificados según la identidad del paciente?				
Disponibilidad de medicamentos para uso en situaciones críticas (carro de paro)				
¿se realiza revisión periodica del carro de paro de acuerdo al protocolo institucional?				
¿los liquidos del paciente se encuentran debidamente rotulados?				
¿se administra medicamentos a los pacientes de acuerdo a lo ordenación medica (corresponde lo formulado con lo solicitado)				
¿se administra los medicamentos de manera oportuna?				
¿Se tienen medidas de seguridad en relación a medicamentos con prestación o etiqueta parecida, etc.?				
Se tiene documentado el procedimiento de alerta, notificación y reporte de reacciones medicamentosas?				
PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES				
¿Se dispone de elementos necesarios para realizar el lavado o higiene de manos (jabon - toallas, alcohol glicerinado)?				
¿se cuenta en el servicio con area exclusiva para el lavado de manos del personal assitencial y se encuentra en buenas condiciones?				
¿se cuenta en el servicio con area exclusiva para el lavado de manos del el paciente y su familia y se encuentra en buenas condiciones?				
¿Existen mensajes que promocionan el lavado de manos entre los visitantes de los servicios hospitalarios?				
¿Se cuenta con evidencia de capacitación o sensibilización en lavado de manos, asepcia y antisepcia al personal del servicio?				
¿Cuentan con un registro, lista de chequeo u actas de lavado de manos antes y despues de cada procedimiento?				
¿Se realizada a decuada segregación de residuos hospitalarios de aceuerdo al PGRHS? (Revise Canecas).				
¿Estan señalizadas las vias de circulación y cruce? Y se cumplen?				
¿Exite protocolo de aislamiento para el servicio? (verifique se hay pacientes aislados y verifique su cumplimiento)				
¿Existe evidencia de induccion y reinducción en temas de prevención de infecciones? (tecnicas de asepcia y antisepcia, bioseguridad, disposicion de residuos entre otros)				

RIESGO DE CAIDAS Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN				
¿se tiene evidencia de la capacitación permanente al personal sobre la clasificación del riesgo de caídas de los pacientes?				
¿se tiene evidencia de la capacitación permanente al personal sobre la clasificación del riesgo y prevención de úlceras por presión de los pacientes?				
¿Se realiza calificación del riesgo de caídas a todos los pacientes al ingreso al servicio? Y hay evidencia de ello? (registro en historia clínica, formatos, planillas)				
¿Se realiza calificación del riesgo de riesgo y prevención a todos los pacientes al ingreso al servicio? Y hay evidencia de ello? (registro en historia clínica, formatos, planillas)				
¿los pacientes están identificados con el riesgo de caída que presentan?				
¿se implementa en todos los pacientes la política de "barandas arriba"?				
¿se implementa el protocolo de cambios de posición y queda registrada las actividades en la historia clínica?				

Anexo 11. Entrevista al usuario interno - Ronda de seguridad del paciente, 2 páginas.


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código:
	HOSPITAL SAN ANTONIO		
	GUAMO TOLIMA		Versión: 01
	NIT – 890.701.715-5		Fecha: 05/2012
RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Pag 1 de 1	
ENTREVISTA AL USUARIO INTERNO			
SERVICIO: _____		FECHA / /	
PROFESIÓN DEL ENTREVISTADO: _____		HORA: _____	
CARACTERISTICAS	RESPUESTA		
¿Qué podemos hacer nosotros para hacerle más facil su trabajo?			
¿Qué piensa usted que se podría hacer para que en su trabajo no pase nada malo?			
¿si usted pudiera cambiar algo de su servicio para mejorar la seguridad del paciente que debería ser?			
¿Cuál fue el ultimo incidente que usted observo y que le causo daño a un paciente?			
¿Cree usted teniendo en cuenta las condiciones del su servicios, será causantes del proximo evento adverso?			
¿Cuál fue el ultimo incidente que prologo la hospitalización de un paciente?			
¿Qué estuvo mal ayer?			
¿Cuándo las cosas van mal, a quien contacta usted?			
¿Si usted pudiera iniciar este dia otra vez, que haria diferente?			
¿Hay alguna falla (equipos, procedimientos, recursos humanos) que coloque en riesgo la seguridad del paciente?			
¿recuerda que es un evento adverso?			
¿Ha habido alguna situación que pudo haber terminado en lesión de un paciente?			
¿Cuáles eventos adversos se han presentado este año en su servicio?			
¿Qué hace usted cuando lo detecta?			
¿Cómo se realiza el reporte del evento a quien lo entrega?			
¿Qué pudieramos cambiar para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado?			
¿Qué pregunta debí haberle hecho y no la hice?			
NOMBRE ENTREVISTADOR: _____			
FIRMA ENTREVISTADOR: _____			

Anexo 12. Entrevista al usuario externo - Ronda de seguridad del paciente, 1 página.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: Versión: 01 Fecha: 05/2012 Pag 1 de 1
	HOSPITAL SAN ANTONIO		
	GUAMO TOLIMA		
	NIT – 890.701.715-5		
	RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTREVISTA AL USUARIO EXTERNO		
SERVICIO _____			FECHA / /
NOMBRE DEL USUARIO: _____			HORA: _____
CARACTERISTICAS		RESPUESTA	
¿Esta usted informado sobre su enfermedad?			
¿Usted conoce el tratamiento que va a recibir? ¿le han informado cuales y para que son los medicamentos que le estana dministrando?			
¿usted dió su aporbación para la realización de procedimientos medicos?			
¿le informaron sobre el horario de visitas?			
¿le informaron sobre la alerta de llamado?			
¿le informaron acerca de la disposición de residuos? (caneca verde, gris, roja)			
¿Se siente seguro siendo atendido por el personal de este servicio?			
¿Qué cree usted que podemos hacer para mejorar su seguridad?			
¿Cómo considera la calidad de la atención de nuestra institución?			
¿tiene alguna observación?			
NOMBRE ENTREVISTADOR: _____			
FIRMA ENTREVISTADOR: _____			

TEMA TRATADO:				MARQUE CON UNAX
1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.				
2. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.				
3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.				
4. Prevenir úlceras por presión.				
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales y las muestras en el laboratorio.				
1.Comente sobre las condicioens inseguras que causan riesgo en el paciente				
2. Factores que contribuyen a la condición insegura que enuncie el recuadro aterior (ojala utlice un caso practico en su trabajo)				

Anexo 15. Análisis de eventos adversos, 8 páginas.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código:
	HOSPITAL SAN ANTONIO		
	GUAMO TOLIMA		
	NIT – 890.701.715-5		
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS		Versión: 01	
		Fecha: 05/2012	
		Pag 1 de 1	
MODULO 1: IDENTIFICACIÓN DEL CASO			
Nombres y Apellidos completos del usuario		Nro. Identificación	Sexo
MODULO 2: IDENTIFICACIÓN DEL SUCESO			
A. Descripción del suceso	Fecha suceso		Hora suceso
	Fecha análisis		SGSSS
			Volver al Índice
Descripción del suceso			
B. El suceso produjo:			
1	Ningún daño al paciente, se trata de un falso positivo		
2	Alguna lesión o complicaciones, invalidez al egreso y/o prolongación de la estancia o muerte		
3	Algún incidente sin lesión o prolongación de la estancia		
4	Especifique:		
C. La lesión o complicación fue debida a:			
1	Atención en salud		
2	Solamente por el proceso de la enfermedad		
3	NS/NC		
D. Después de considerar los detalles clínicos del manejo del paciente, independientemente de la			
1	Ausencia de evidencia de que el EA se deba a al manejo del paciente		
2	Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa		
3	Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa		
4	Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa		
5	Es muy probable de que el manejo fuera la causa		
"Si no se ha producido lesión u otras complicaciones (Pregunta B. del Módulo 3, opción 1.) No hay evento adverso,			
"Si la lesión se ha debido solo al proceso de la enfermedad o no hay evidencia de que el manejo fuera la causa de la			
"Si se ha producido un incidente (Pregunta B. del Módulo 3, opción 3.) pasar directamente al Módulo 7"			
"Si hubo algún daño o complicación (Pregunta B. del Módulo 3, opción 2.) Continúe con el Módulo 4"			

E. Clasificación del suceso							
1	Atención segura						
2	Complicación						
3	Evento adverso						
4	Incidente						
5	Indicio de atención insegura						
6	Violación de la seguridad de la atención						

MODULO 3: DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

A. Principal Problema identificado							
1	Los cuidados						
2	La medicación						
3	Infección nosocomial						
4	Un procedimiento						
5	El diagnóstico						
6	Otro, ¿Cuál?:						
Especificación del evento adverso							

B. Especifique la circunstancia relacionada con el principal problema en la atención en salud							
1	Cuidados antes de la admisión						
2	Cuidados en el momento de admisión al servicio						
3	Cuidados durante un procedimiento						
4	Cuidados postoperatorios o posteriores al procedimiento, reanimación o cuidados intensivos						
5	Cuidado en la sala						
6	Valoración al final de la admisión y cuidados del egreso						

C. ¿La historia clínica proporciona la información suficiente para valorar el evento adverso?							
1	No, la información era inadecuada						
2	No, la información era poco adecuada						
3	Si, la información era adecuada						
4	Si, la información era muy adecuada						

D. Describa el impacto del evento adverso en el paciente							

MODULO 4: IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO

A. Valoración del estado de invalidez							
Deterioro físico:							
1	Ninguna incapacidad						
2	Leve incapacidad social						
3	Severa incapacidad social y/o leve incapacidad laboral						
4	Severa incapacidad laboral						
5	Incapacidad laboral absoluta						
6	Incapacidad para deambular salvo con ayuda de otros						
7	En cama						
8	Con alteración del estado de conciencia						
9	Muerte						
10	No se puede juzgar razonablemente						

Trauma emocional:					
1	Sin trauma emocional				
2	Mínimo trauma emocional y/o recuperación en 1 mes				
3	Moderado trauma, recuperación entre 1 a 6 meses				
4	Moderado trauma, recuperación entre 6 meses a 1 año				
5	Trauma severo con efecto mayor a 1 año				
6	No se puede juzgar razonablemente				
B. De acuerdo a la información anterior ¿cuál fue la gravedad del evento adverso?					
1	Leve. Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria				
2	Moderado. Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria				
3	Grave. Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al egreso				
C. De acuerdo a la prevenibilidad, el evento adverso fue:					
1	Prevenible				
2	No prevenible				
MODULO 5: CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO					
EL EVENTO ADVERSO ESTA RELACIONADO CON:					
A. La medicación:					
1	Reacción Adversa Medicamentos				
2	Errores de medicación				
3	Medicamento erróneo				
4	Dosis incorrecta				
5	Omisión de dosis o medicación				
6	Frecuencia de administración incorrecta				
7	Error de preparación o manipulación				
8	Monitorización insuficiente				
9	Paciente equivocado				
10	Duración del tratamiento incorrecta				
11	Interacción de fármacos				
12	Otro, ¿Cuál?:				
B. La gestión:					
1	Lista de espera prolongada				
2	Pérdida de documentos				
3	Equivocación en la información sanitaria (resultados de pruebas de otros pacientes)				
4	Error en la identificación del paciente				
5	Citación errónea				
6	Problemas con la historia informatizada				
7	Otro, ¿Cuál?:				
C. La comunicación:					
1	Médico-Paciente				
2	Enfermera-Paciente				
3	Médico-Enfermera				
4	Médico-Médico				
5	Barrera idiomática				
6	Otro, ¿Cuál?:				
D. El diagnóstico:					
1	Error diagnóstico				
2	Retraso de diagnóstico				
3	Otro, ¿Cuál?:				

E. Los cuidados:

1	Manejo inadecuado del paciente						
2	Otro, ¿Cuál?:						

F. Otras causas:

	¿Cuáles?:						
--	-----------	--	--	--	--	--	--

MODULO 6: FACTORES CONTRIBUTIVOS

(Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras)

A. Paciente:

Complejidad y gravedad

Factores de riesgo Intrínsecos

1	Coma			11	Hipoalbuminemia		
2	Insuficiencia renal			12	Úlcera por presión		
3	Diabetes			13	Malformaciones		
4	Neoplasia			14	Insuficiencia cardiaca		
5	Inmunodeficiencia			15	Enfermedad coronaria		
6	Enfermedad pulmonar crónica			16	Hipertensión		
7	Neutropenia			17	Hipercolesterolema		
8	Cirrosis hepática			18	Sida		
9	Drogadicción			19	Malaria		
10	Obesidad			20	Alcoholismo		
21	Otro. Cuál:						

Factores de riesgo Extrínsecos

1	Sonda urinaria abierta			10	Nutrición enteral		
2	Sonda urinaria cerrada			11	Sonda nasogástrica		
3	Catéter Venoso periférico			12	Traqueostomía		
4	Catéter arterial			13	Ventilación mecánica		
5	Catéter de inspección periférica			14	Terapia inmunosupresora		
6	Catéter venoso central			15	Bomba de infusión		
7	Catéter umbilical (vena)			16	Hemodiálisis		
8	Catéter umbilical (arteria)			17	Diálisis peritoneal		
9	Nutrición parenteral			18	Otro, ¿Cuál		

Lenguaje y comunicación

1	Bajo nivel educativo						
2	Alteración del estado de conciencia						
3	Discapacidad física cognitiva						
4	Barrera Idiomática						
5	Fallas de comunicación con su equipo de salud tratante						
6	Desconocimientos de derechos y deberes en salud sexual reproductiva						
7	Otro, ¿Cuál?:						

Personalidad y factores sociales

8	No colaboración						
9	Demora para reconocer la necesidad de atención en salud						
10	Falta de información sobre complicaciones del embarazo						
11	Creencias religiosas						
12	Condiciones étnicas y culturales						
13	Otro, ¿Cuál?						

B. Tarea y Tecnología:			
Diseño de la tarea			
1	Ausencia o inadecuada definición de procesos y procedimientos		
2	Otro, ¿Cuál?:		
Disponibilidad y uso de protocolos			
1	No disponibilidad de guías o protocolos basados en la evidencia		
2	No adherencia a guías y protocolos		
3	Otro, ¿Cuál?:		
Pruebas diagnosticas			
1	No disponibilidad de pruebas diagnosticas		
2	Ausencia de ayudas para tomas de decisiones		
3	Otro, ¿Cuál?:		
Medicamentos e insumos			
1	No disponibilidad de medicamentos		
2	No disponibilidad de fluidos y sangre		
3	No disponibilidad de otros insumos		
4	Otro, ¿Cuál?:		
Equipamiento			
1	Falta de mantenimiento preventivo		
2	Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo		
3	No seguimiento a cronograma de mantenimiento		
4	Carencia de equipamiento		
5	Otro, ¿Cuál?:		
C. Individuo:			
Conocimiento			
1	Falta o inadecuado conocimiento de la tarea		
2	Otro, ¿Cuál?:		
Habilidades			
1	Falta o inadecuado entrenamiento específico		
2	Instrucción insuficiente		
3	Otro, ¿Cuál?:		
Competencia			
1	Procedimiento ejecutado por personal sin competencia		
2	No actualización por competencias		
3	Otro, ¿Cuál?:		
Salud física y mental			
1	Stress		
2	Fatiga		
3	Otro, ¿Cuál?:		

D. Equipo de Trabajo:							
Comunicación verbal y escrita							
1	Inadecuada comunicación vertical						
2	Inadecuada comunicación horizontal						
3	Otro, ¿Cuál?:						
Supervisión y disponibilidad del soporte							
1	Inadecuada supervisión institucional						
2	No disponibilidad de recurso humano para la supervisión						
3	No disponibilidad de soporte familiar						
4	Otro, ¿Cuál?:						
Estructura del equipo humano							
1	Inadecuada conformación disciplinar del equipo						
2	No generación de sinergias						
3	Otro, ¿Cuál?:						
E. Ambiente:							
Personal suficiente							
1	Falta de continuidad del personal						
2	Falta de permanencia del personal						
3	Insuficiencia del personal						
4	Otro, ¿Cuál?:						
Mezcla de habilidades							
1	Inadecuada planeación de equipo de trabajo						
2	Otro, ¿Cuál?:						
Carga de trabajo							
1	Larga jornada laboral						
2	Sobrecarga de trabajo						
3	Otro, ¿Cuál?:						
Patrón de turnos							
1	Inadecuada planeación de turnos						
2	Otro, ¿Cuál?:						
Soporte administrativo y gerencial							
1	Trámites administrativos del SGSSS						
2	Trámites administrativos institucionales						
3	Otro, ¿Cuál?:						
E. Ambiente: continuación							
Clima laboral							
1	Falta de incentivos para cliente interno						
2	Tipo de vinculación laboral						
3	Otro, ¿Cuál?:						
Ambiente físico							
1	Relacionado con la iluminación						
2	Relacionado con el espacio						
3	Relacionado con el ruido						
4	Relacionado con la temperatura ambiente						
5	Otro, ¿Cuál?:						

MODULO 7: ORGANIZACIÓN Y CULTURA			
(Fallas latentes)			
A. Organización y Gerencia:			
Recursos y limitaciones financieras			
1	Limitaciones presupuestales		
2	Ilíquidez institucional		
3	Otro, ¿Cuál?:		
Estructura organizacional			
1	No integralidad de los servicios institucionales para la atención en salud		
2	Otro, ¿Cuál?:		
Políticas, estándares y metas			
1	Ausencia de políticas institucionales relacionadas con la atención materno-perinatal		
2	Ausencia política de inducción y re inducción de entrenamiento		
3	Ausencia o inadecuados procesos de inducción y re inducción al personal incluido el temporal		
4	Otro, ¿Cuál?:		
Prioridades y cultura organizacional			
1	Direccionamiento estratégico no alineado con los derechos sexuales y reproductivos		
2	Políticas inadecuadas de admisión de pacientes frente a la verificación de derechos		
3	Otro, ¿Cuál?:		
B. Contexto Institucional:			
1 Económico y regulatorio			
2	Procedimientos o intervenciones no incluidas en planes de beneficios		
3	Medicamentos e insumos no incluidos en planes de beneficios		
4	Otro, ¿Cuál?:		
Contactos externos			
1	Ausencia de políticas de articulación y coordinación de programas materno – perinatal con		
2	Inexistencia o inadecuación de establecimiento de Redes de atención materna		
3	Inadecuada capacidad instalada para la referencia (comunicación)		
4	Inadecuada capacidad instalada para la referencia (transporte)		
5	Otro, ¿Cuál?:		
Accesibilidad			
1	No accesibilidad o inaccesibilidad institucional desde el sitio de habitación		
2	No accesibilidad o inaccesibilidad económica		
3	Otro, ¿Cuál?:		

MODULO 8: ACCIONES INSEGURAS

Consultar GPC : VIGILANCIA DEL EVENTO ADVERSO "VEA" . Tabla 8 y/o anexo de la "Fcha de Notificación EA"

A. Tipo		Codigo PI
1	Relacionados con tramites	
2	Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	
3	Relacionados con fallas en los registros clínicos	
4	Infección ocasionada por la atención en Salud	
5	Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	
6	Relacionados con la sangre o sus derivados	
7	Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	
8	Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales	
9	Relacionados con los dispositivos y equipos	
10	Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	
11	Caídas de pacientes	
12	Accidentes de pacientes	
13	Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	
14	Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	
15	Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	

Se trataba de un evento adverso por:

A: Error por Acción

1	Técnica quirúrgica errónea	
2	Tratamiento inapropiado	
3	Medicación inapropiada (elección, dosis)	
	Amplie el detalle	
4	Otro, ¿Cuál?:	

B. Error de omisión

1	No tomar medidas de precaución	
2	No usar las pruebas indicadas	
3	Retraso evitable de diagnóstico	
4	Seguimiento inadecuado de terapia	
	Amplie el detalle:	
5	Otro, ¿Cuál?:	

C: Fallo en el sistema (describa el fallo)

--

E: Violaciones concientes (Describa la violación)

--

F. Defensa relacionada				G: Oportunidad de mejora relacionada:			
1			1				
2			2				
3			3				
4			4				
5			5				
6			6				
Defensa relacionada. Consigne en este				Oportunidad de mejora relacionada. Consigne la actividad que al			

MODULO 9. PLAN DE MEJORAMIENTO

Analizando los modos de falla y las cuasas de hecho se establecen las acciones correctivas diligenciando el siguiente

ACCIONES				Resonsable	Fecha	Cumple SI/NO

MODULO 10: EQUIPO EVALUADOR

Nombres y Apellidos	Cargo	Nombres y Apellidos	Cargo

Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Marzo 2012	Abril 2012	Mayo 2012	Junio 2012	Julio 2012	agosto 2012	Sept 2012	Oct 2012	Nov 2012
Entrega del anteproyecto a la universidad.	→								
Revisión de la documentación existente en la IPS acerca del tema a investigar		→							
Recolección de información y entrega primer avance del proyecto de investigación			→						
Interpretación de resultados				→					
Elaboración de estrategias que nos lleven al mejoramiento de la oportunidad						→			
Entrega del documento de programa a la gerencia							→		
Despliegue en la institución								→	
Entrega de IFI a la universidad									→

Anexo 2. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO INVESTIGACIÓN			
DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
VIATICOS DE TRANSPORTE	40	\$ 20.000	\$ 800.000
RESMAS DE PAPEL	4	\$ 8.000	\$ 32.000
FOTOCOPIAS	500	\$ 50	\$ 25.000
LAPICEROS Y LAPICES	10	\$ 1.000	\$ 10.000
EQUIPOS DE COMPUTO	3	\$ 1.000.000	\$ 3.000.000
INTERNET	2	\$ 180.000	\$ 360.000
REFRIGERIOS PARA CAPACITACIÓN	200	\$ 2.000	\$ 400.000
HONORARIOS DE INVETIGADOR	3	\$ 3.000.000	\$ 9.000.000
ELABORACIÓN DEBUZONES	8	\$ 20.000	\$ 160.000
DEMÁS PAPELERIA	1	\$ 200.000	\$ 200.000
TOTAL		\$	13.987.000

Anexo 3.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO GUAMO -

TOLIMA

H



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE "PSP"

GUAMO

2012

INTRODUCCION

“Mejorar la Seguridad requiere de una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la Seguridad del entorno y la gestión del Riesgo, incluido la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la Seguridad del equipo, las Prácticas Clínicas Seguras y un entorno de cuidado sano”

La Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, tiene como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la Seguridad del Paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con Instituciones Seguras y competitivas Internacionalmente.

Es importante recordar que en Marzo del año 2002 la OMS emitió una resolución en 55 Asamblea Mundial, en favor de la Seguridad del Paciente y en octubre de 2004, lanzo la iniciativa conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo objetivo fue movilizar la cooperación internacional hacia los países para llevar a cabo acciones que mejoren la Calidad de la Atención y la Seguridad de los Pacientes en el mundo, especialmente para reducir los Eventos Adversos de la Atención, reducir el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.

Esta alianza se propone lograr el compromiso de los Países miembros de la OMS para aumentar la Seguridad en la Atención en Salud, a través del mejoramiento de los establecimientos de Salud y de las Prácticas de Atención, así como de la formulación de Políticas de Seguridad del Paciente.

En Colombia la medicina ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los Trabajadores de la Salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Lo que se puede concluir es que la Atención en Salud ha pasado a ser un proceso complejo, efectivo y potencialmente peligroso si no existen los adecuados controles.

Dado lo anterior y con el ánimo de obtener un resultados en el mejoramiento de la Salud del Usuario la E.S.E. Hospital San Antonio se encuentra trabajando en el despliegue de estrategias que conduzcan a procesos y procedimientos Seguros en la atención.

Para esto ha diseñado el Programa de Seguridad del Paciente PSP que 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; enfocado bajo los componentes de Gestión estrategia de la Seguridad del Paciente, Cultura de Seguridad, Gestión del Evento Adverso y adopción de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.

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

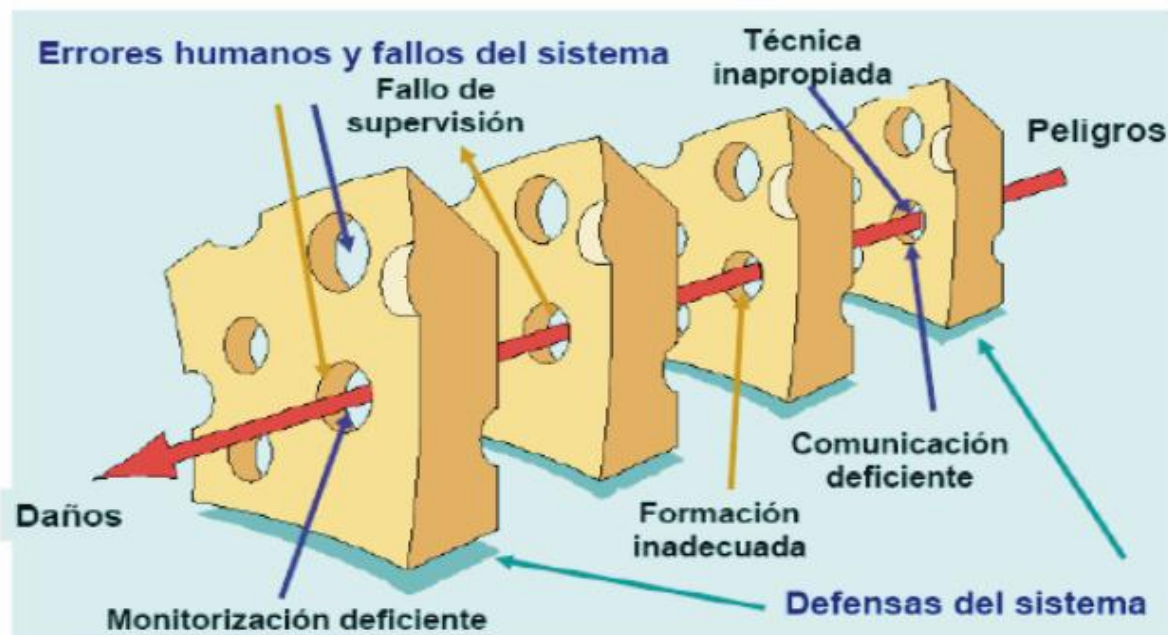
Es el resultado de una Atención en Salud que de manera no intencional produjo daño. Los Eventos Adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

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

Modelo explicativo



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM^o Aranaz, C Aibar ©

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

MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

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 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.

El siguiente gráfico ilustra este modelo. Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el Evento Adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de Seguridad.

BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO

La Política de Seguridad del Paciente incluye la identificación y análisis de los Eventos Adversos y los 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

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 probabilística 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 causal.

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO.

El programa de Seguridad del Paciente “PSP” de la E.S.E. Hospital San Antonio, se encuentra enfocado de acuerdo a los lineamientos Nacionales de la Política de Seguridad del Paciente y sus caja de herramientas además de la guía de implementación metodológica propuesta por la Secretaria de Salud para la ejecución del Programa de Seguridad del Paciente socializada dentro del pacto por la Seguridad del Paciente firmada entre la Secretaria del Salud de Tolima – E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO. Las cuales se revisaron y analizaron. Condensada la información el grupo

de trabajo realiza la estructuración del programa bajo cuatro (4) componentes los cuales se describen a continuación:

Componentes del Programa de Seguridad del Paciente.



1. GESTION ESTRATEGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

1.1. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La siguiente política de se encuentra contenida en la resolución 032 de 2012.

La política de Seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital San Antonio incentiva las prácticas Institucionales tendientes a aumentar los niveles de Seguridad en la

prestación de los Servicios de Salud y Minimizando riesgos en la Atención en Salud, protegiendo con ello al paciente y su familia.

Nuestro objetivo es contar con procesos Institucionales y asistenciales seguros involucrando el Paciente y su familia en la cultura de seguridad, fomentando en nuestros colaboradores, en nuestros pacientes y en sus familias el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de Atención.

Nuestras acciones se encaminan en la búsqueda de la satisfacción de nuestro usuario y su familia porque nuestro lema es “Excelencia con Calidad Humana”.

1.1.2. COMPONENTES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ***IDONEIDAD DEL PERSONAL***

Incluye cumplimiento de competencias y habilidades de los trabajadores de la Institución, calificación de competencias, cualificación y capacitación, encuestas de manejo del estrés y cultura de la Seguridad. Se debe tener en cuenta la estandarización de convenios docente asistencial.

PRÁCTICAS MISIONALES SEGURAS

Incluye seguimiento de: Eventos Adversos, definición de riesgos, indicadores de Calidad, aplicación de normas de Bioseguridad, control de medicamentos, Transfusión

Segura, medición de adherencia a guías de manejo y Calidad del registro de la historia clínica.

EQUIPOS SEGUROS

Incluye disponibilidad de equipos, programa de mantenimiento de los mismos y seguimiento a la calibración de equipos que lo requieran.

INFRAESTRUCTURA SEGURA

Garantizar cumplimiento de requisitos de Habilitación, y mantenimiento de la infraestructura física.

SEGURIDAD DEL USUARIO

Incluye enseñanza de rutas de evacuación y planes de emergencia, Seguridad de los menores en la Institución, seguridad de pertenencias, extravío de usuarios y fugas.

INSUMOS SEGUROS

Calidad asegurada de los insumos, escucha de la voz del cliente interno, análisis técnico de adquisiciones.

SEGURIDAD DOCUMENTAL

Incluye archivo de Historia Clínica, confidencialidad de la misma y demás documentos del usuario así como de documentos con información confidencial así como Protocolos y Guías de práctica Clínica.

CADENA DE CUSTODIA

Salvaguarda de pertenencias del usuario que pueden servir como pruebas en Eventos de seguimiento judicial o similares.

INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Información que el funcionario le brinda al paciente acerca de su estado de Salud y el manejo a seguir, la información debe ser brindada por el Profesional responsable del manejo del paciente.

Información al Paciente y su familia del derecho a consentir un procedimiento o tratamiento y aceptar o negarse a recibirlo.

Entrega de pacientes de un servicio a otro, en forma integral y objetiva garantizando la comunicación clara entre el servicio que entrega el Paciente y el servicio que lo recibe.

Dar garantía de continuar el tratamiento brindándole al Paciente el acompañamiento requerido cuándo este es ambulatorio.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL.

Garantizar la Atención Segura y minimizar riesgos en la prestación de Servicios de Salud en todas las áreas de la E.S.E. Hospital San Antonio Guamo – Tolima. A través de la implementación de estrategias que promuevan una cultura de la Seguridad del Paciente y mejore el actuar del equipo de Salud.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Documentar el Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital San Antonio Guamo – Tolima.
- Despliegue del Programa de Seguridad del Paciente en la E.S.E. Hospital San Antonio Guamo – Tolima.
- Implementar el Programa de Seguridad del Paciente y Políticas Institucionales encaminadas hacia una Atención Segura.
- Formular y aplicar indicadores que permitan medir la adherencia y efectividad del Programa de Seguridad del Paciente.

- Realizar retroalimentación de los resultados obtenidos y elaborar planes de mejoramiento y ajustes al programa.

1.3. ALCANCE

El programa inicia desde que el Paciente ingresa la Institución requiriendo Atención en salud (ofrecidos por la institución a través de su portafolio de servicios) y culmina con la satisfacción del usuario por el Servicio prestado.

1.4. METAS DE SEGURIDAD

- Documentación del Programa de Seguridad del Paciente al 100%
- Capacitación del Programa de Seguridad del Paciente al 95% del personal vinculado a la E.S.E. Hospital San Antonio Guamo – Tolima. bajo cualquier modalidad de contratación.
- Implementación del Programa de Seguridad del Paciente en el 100% de las áreas asistenciales.
- Indicadores de cumplimiento de acuerdo a los objetivos del programa, documentados, ejecutados y analizados en el 100%.

- Planes de mejoramiento elaborados e implementados en el 100%

1.5. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE “COSEPA”

Comité creado para reducir los daños intencionales y no intencionales a los Pacientes, a través de la prevención y disminución de los errores, en el sistema y en las personas.

Se implementará e instaurará un comité dirigido a definir, analizar y establecer lineamientos en materia de Seguridad de Paciente.

1.5.1. INTEGRANTES

Estará integrado por un equipo base decisoria el cual tendrá quórum con la mitad más 1 de los miembros del comité de lo contrario se establecerá únicamente de carácter informativo, Los miembros del comité son:

1. Gerente
2. Auditor Médico
3. Coordinador Laboratorio Clínico
4. Coordinador Odontología

5. Coordinador Médico quien será el presidente del comité
6. Coordinador Enfermería quien se hará las veces de secretario
7. Profesional Recurso Humano
8. Coordinador facturación
9. Medico delegado por el coordinador medico
10. Regente de Farmacia

Estos integrantes a su vez realizarán invitaciones periódicas a miembros tanto asistenciales como administrativas del Hospital dependiendo del tema a tratar. Cada uno de los integrantes del equipo deberá analizar, investigar, clasificar la gravedad del evento o incidentes reportados. Para el análisis se adoptará la herramienta ISHIKAWA O ESPINA DE PESCADO y el PROTOCOLO DE LONDRES los cuales se fundamentan en la exposición del caso, la revisión de la historia clínica, el análisis con base en los mejores reportes existentes con el asesoramiento de Pares (Según el caso) y con el único fin de evitar la reincidencia del Evento Adverso.

Las reuniones ordinarias del comité se realizarán mensualmente, el primer martes de cada mes de 11:00 a.m. a 01:00 p.m., previa citación del secretario y extraordinariamente a solicitud del Gerente o coordinador del comité.

De cada sesión se levantará un acta, cuyo resumen recibirán los integrantes en forma previa a la siguiente reunión, cumplirá las funciones de Secretario Técnico, El

coordinador del Departamento de enfermería quien elaborará las actas y presentará el orden del día y también será delegado por la misma instancia el referente de Seguridad del Paciente, mediante oficio.

1.5.2. ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Diseñar nuevas estrategias de minimización del riesgo y analizar el grado de severidad, frecuencia y tipificación del Evento en sí.
2. Investigar e implementar las mejores Prácticas existentes para el desarrollo de una Cultura de Seguridad de Paciente al interior del Hospital.
3. Diseñar acciones específicas que fomenten y promueven la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes reportados Esta actividad se hará en conjunto con el equipo operativo.
4. Revisar, analizar, concluir el tipo de Evento presentado y las acciones de mejoramiento a desarrollar, por parte de los responsables del proceso y/o procedimiento.
5. Involucrar al personal de Salud en el proceso de identificación y reporte voluntario, confidencial y de vigilancia activa.
6. Fomentar la cultura del reporte de Eventos Adversos.

7. Presentar en Comité de Calidad la tendencia de la identificación de Eventos debidamente clasificados por severidad, frecuencia, servicio, entre otros.
8. Establecer el perfil de riesgo institucional debidamente tipificado, clasificado y servicio involucrado, a través de las oficinas de Planeación y Epidemiología. Esta actividad se hará en conjunto con el equipo decisorio.
9. Implementar el reporte interinstitucional y extra institucional de Eventos Adversos, incidentes y eventos centinela, a través de la Oficina de Calidad.
10. Ejecutar, monitorizar y hacer seguimiento al cumplimiento de todos los componentes del PSP.

COMPONENTE N° 02.

2. CULTURA DE SEGURIDAD

2.1. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN AL USUARIO INTERNO Y EXTERNO:

Para la planificación del cronograma de sensibilización capacitación, se realiza la revisión del informe de gestión del Evento Adverso, la evaluación de la encuesta de clima de Seguridad y las líneas de intervención planeadas por el equipo responsable.

2.1.1. PLAN DE CAPACITACION SEGURIDAD DE PACIENTE:

OBJETIVO:

Realizar socialización a todo el equipo de la institución sobre la implementación del Programa de Seguridad de Pacientes en el Hospital I con el fin de fomentar la cultura de Seguridad de Pacientes.

2.2. MEDICIÓN DE CLIMA DE SEGURIDAD:

La medición del clima de Seguridad se realizara, inicialmente como metodología de realizar diagnóstico de Seguridad de Pacientes, con un seguimiento semestral al programa.

Esta encuesta está dirigida a todos los usuarios internos de la E.S.E. Hospital San Antonio que labora en cada una de las áreas independientemente de su tipo de contratación.

La encuesta es un formato adaptado de la encuesta de clima de Seguridad del Paciente 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. (Ver anexo 4)

2.2.1. METODOLOGÍA

Se Aplicara La encuesta propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, (ver Anexo 4) en cada una de las áreas de la E.S.E. Hospital San Antonio con un cubrimiento del 50% en cada una de las áreas.

La aplicación de la encuesta será ejecutada por el líder de cada área, quien será el responsable de la recolección y tabulación de la información, asegurándose que la encuesta se aplique de manera homogénea al grupo de profesión, oficios y especialidades del área Esta actividad será ejecutada máxime en una semana.

El análisis de la información recolectada, será analizado en un tiempo de una semana, con el ánimo de elaborar el plan de acción.

2.2.2. PLANEACION DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS DE CLIMA DE SEGURIDAD

AREA	RESPONSABLE	N° DE ENCUESTAS APLICADAS
URGENCIAS	Coord. Urgencias	10
ODONTOLOGIA	Coord. Odontología	2
OPOYO TERAPEUTICO	Coordinador terapia	3
FACTURACION Y ATENCIÓN AL USUARIO	Coordinador facturación	6
CONSULTA EXTERNA	Coord. Consulta externa	4
APOYO DIAGNOSTICO	Coord. Laboratorio	2
VIGILANCIA	Coord. Vigilancia	2
PROMOCION Y PREVENCIÓN	Coord. promoción y prevención	7
ALMACEN	Coordinador almacén	1
SERVICIOS GENERALES	Recursos humanos	3
HOSPITALIZACION CUARTO NORTE Y PEDIATRIA	Coord. hospitalización	7
ADMINISTRATIVOS	Recursos Humanos	3
TOTAL ENCUESTAS		50

La recolección de las encuestas y su tabulación respectiva será recepcionada por el Secretario del Comité de Seguridad del Paciente quien realizara la consolidación de la información para ser analizada por parte del Comité de Seguridad del Paciente.

2.3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

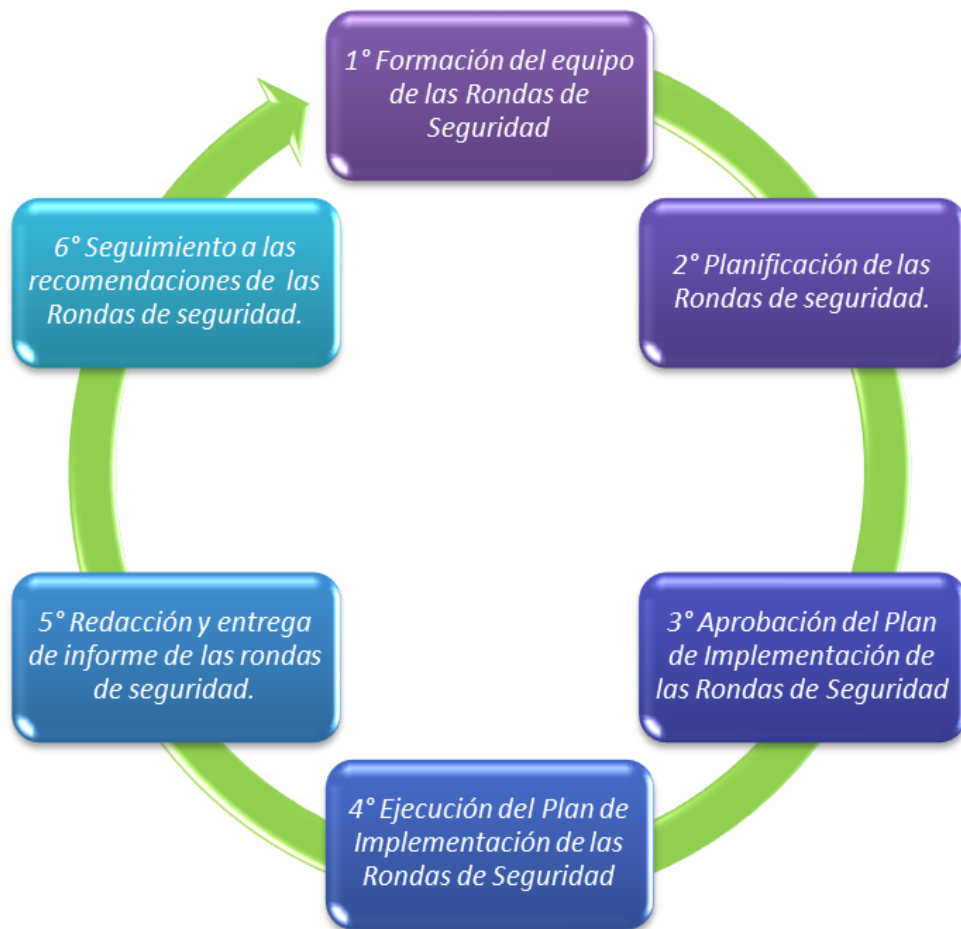
2.3.1 INSTRUCTIVO RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO.

Para la realización de este documento se tomaron varias fuentes de información de quienes presentaban experiencia en el tema, Las cuales fueron analizadas para poder implementar la estrategia a la particularidad de la Institución, entre ellas se encuentran:

- Dr. Astolfo Franco, Líder de Seguridad del Paciente Centro Médico IMBANACO, ARTICULO “Otros instrumentos utilizados por algunas Instituciones Nacionales e Internacionales para la promoción de la Seguridad del Paciente. Herramienta 6: rondas de seguridad”. Abril de 2006.
- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Seguridad del Paciente. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección de Colombia. Bogotá D.C., Diciembre de 2007.

- Teresa Briceño Pineda: enfermera, especialista en alta Gerencia Martha patricia Suarez Carvajal odontóloga y Daisy Carola Tolozacano Ingeniera Biomédica. Implementar un modelo de cultura justa de Seguridad del Paciente en el Servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Santander HUS, mayo 2011.
- Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud de Perú. Realizado por la Dirección General de Salud de las personas.

Ruta de implementación de rondas de seguridad



- **DEFINICIÓN.**

Practica recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes. Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, al cuidar en todo momento de guardar una actitud educativa. Se habla de situaciones inseguras que han ocurrido recientemente que busca mejorar el sistema, no castigar a las personas.

- **FINALIDAD.**

Involucrar a decisores Institucionales en la implementación de Prácticas Seguras al reducir los Eventos Adversos asociados a la Atención de los Pacientes en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander.

OBJETIVO GENERAL.

Comunicar, conocer y analizar los Eventos Adversos o casi Eventos Adversos que fueron identificados, para definir planes de mejora, orientados a minimizar las causas (Acciones inseguras, Factores Contributivos) que ocasionaron su ocurrencia, buscan mejorar el sistema, no castigar a las personas.

PROCEDIMIENTO.

Las Rondas de Seguridad se deben realizar de acuerdo a la ruta de implementación diseñada para garantizar el éxito de las mismas y garantizar la estandarización del procedimiento siguiendo el ciclo PHVA. (*Ver gráfico 2*)

1° FORMACIÓN DEL EQUIPO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD

Se destinó expresamente a los integrantes del equipo que realizará las Rondas de Seguridad, siendo la Gerente la Dra. Sandra Liliana Torres Díaz, la líder del equipo. Dicho equipo estará conformado de la siguiente manera:

- Líder de Calidad: Yessi Karina Sánchez Sánchez
- Coordinador(a) departamento de enfermería: KeinisMoscote
- Coordinador médico: Neyla Yamile Suarez
- Asesora administrativa: Luz Aleida Gaitán
- Jefe facturación: Sixta Olaya.
- Jefe de recursos Humanos: Fernando Villanueva.

2° PLANIFICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD.

- El líder del equipo de las Rondas de Seguridad convocara a la reunión de programación de trabajo anual a todos los integrantes del equipo, la cual se deberá realizar anualmente al inicio de la vigencia para la elaboración de un Plan de Implementación de las Rondas de Seguridad, el cual debe contener los siguientes puntos:
- Priorización de procesos o servicios a intervenir con las Rondas de Seguridad, teniendo en cuenta la autoevaluación que realice el equipo a los resultados obtenidos en la última encuesta de clima de seguridad del paciente, y el informe de eventos de eventos adversos (Anexo 9), la priorización tiene el objetivo de definir la secuencialidad y frecuencia de cada una de las Rondas de Seguridad en cada uno de los Servicios, pero es importante resaltar que todos los servicios asistenciales independiente de su priorización deben ser visitados.
- Preparación de un cronograma anual de Rondas de Seguridad (Anexo 8) el cual debe contener mes a mes la fecha y hora en que se efectuara la Rondas de Seguridad; se debe tener en cuenta la factibilidad de todos los miembros y sin especificar el servicio a visitar, el cual se identificara el mismo día. Las Rondas de Seguridad deben realizarse inicialmente con una periodicidad quincenal. Posteriormente de acuerdo a la disminución de las observaciones podrá irse a una periodicidad mensual. El cronograma estará sujeto modificaciones en caso de

requerirse mayor seguimiento a procesos o servicios que no fueron priorizados inicialmente.

- La frecuencia de realización de las Rondas de Seguridad por servicio o proceso dependerá de la matriz de priorización o criterios establecidos por el equipo responsable de las Rondas de Seguridad.
- Elaboración de la lista de chequeo para la realización de la Ronda (Anexo 10).
- Elaboración de un informe sobre los resultados de las Rondas de Seguridad. (anexo 13).
- Programación de las reuniones de socialización del equipo trimestrales en las cuales se establecerán recomendaciones y ajustes a la implementación de la estrategia y al cronograma de trabajo, espacio que también será utilizado para auto capacitación y recapacitación en puntos concernientes a la Seguridad del Paciente.

3° APROBACIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD.

El plan deberá ser aprobado por la Gerencia del Hospital. Mediante acto administrativo, su firma y sello. En el cual se comprometa a la vigilancia de su ejecución y seguimiento.

4° EJECUCIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD.

Luego de la aprobación del Plan por parte de la Gerencia del Hospital, se realizará comunicación por escrito a todos los servicios Asistenciales del Hospital sobre 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 revista médica y a la entrega y recibo de turno y no excluye noche ni fines de semana.

DURACIÓN: La Ronda de seguridad tiene una duración máxima de una hora.

METODOLOGÍA:

1. Participación de todos los miembros del equipo, quienes deben mantener un código de conducta, acorde a la función de auditoria que se está realizando, siendo imparcial y objetivo en sus planteamientos y no subjetivar su opiniones durante la Ronda.
2. La metodología de la visita es fundamentalmente de observación, revisión documentaria y encuesta.

3. Las observaciones de la Ronda de Seguridad están centradas en la evaluación de prácticas inseguras y la implementación de barreras de Seguridad en la Atención del Usuario.
4. La entrevista al Personal de Salud (anexo 11) y al Paciente (Anexo 12) se deben consignar en la lista de chequeo. La cual se debe realizar con la mayor objetividad, adhiriéndose al esquema de preguntas a realizar, no propiciando respuestas y por el contrario permitir un ambiente de empatía con el entrevistado, para lograr respuestas veraces y acordes a la realidad del servicio.
5. Al finalizar la Ronda se realiza el acta (Anexo 13) donde se consignan las observaciones y compromisos para el levantamiento de algunas de las observaciones a corto plazo, realizando un plan de mejoramiento con las recomendaciones realizadas (Anexo 7)

5° REDACCIÓN Y ENTREGA DE INFORME DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD.

- Se informa a la Gerencia de la realización de la ronda de Seguridad adjuntando el Acta y Listas de chequeo. Se envía copia al Coordinador del Servicio o proceso visitado para el cumplimiento de las recomendaciones y al Secretario del comité de Seguridad del Paciente para su conocimiento por parte del Comité.
- Se hace una felicitación escrita al personal de Salud que realiza Buenas Prácticas Sanitarias y en cuyos resultados producto de la Ronda de Seguridad sean satisfactorios.

6° SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD.

- Es responsabilidad del Coordinador del servicio o proceso la elaboración del plan de mejoramiento para el cumplimiento de las recomendaciones posteriores a la Ronda de Seguridad.
- El equipo de Ronda de Seguridad designa a un miembro del equipo para el seguimiento respectivo al plan de mejoramiento programado y a los planes de acción realizados para el cumplimiento de cada recomendación.
- Cada problema identificado sirve de insumo en la ejecución de Proyectos de Mejora Continua que garantiza el compromiso Institucional y su sostenibilidad.

RESPONSABILIDADES.

- El equipo de Ronda de Seguridad del Paciente se encarga de la implementación del presente procedimiento.
- La Oficina de Calidad del Hospital es el responsable de la asesoría técnica en la ejecución del presente instructivo.

- La Gerencia del Hospital es la responsable de la aplicación del presente instructivo, así como de las recomendaciones o compromisos asumidos en las Rondas de Seguridad.
- El monitoreo del cumplimiento de los compromisos está a cargo del equipo de la Ronda de seguridad, el cual se organizara para este fin.

INSTRUCTIVO SESIONES BREVES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO.

Para la realización de este documento se tomaron varias fuentes de información de quienes presentaban experiencia en el tema, algunas de ellas son:

- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Seguridad del Paciente. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección de Colombia. Bogotá D.C., Diciembre de 2007.
- Teresa Briceño Pineda: enfermera, Especialista en alta Gerencia Martha patricia Suarez Carvajal Odontóloga y Daisy Carola Toloza Cano Ingeniera Biomédica. Implementar un modelo de cultura justa de Seguridad del Paciente en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS, mayo 2011

- Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud de Perú. Realizado por la Dirección General de Salud de las personas.

OBJETIVO.

Propiciar espacios en los que se comparta información relacionada con la Seguridad del Paciente en el día a día de la institución para contribuir a la reducción del riesgo de situaciones adversas por fallas activas durante la Prestación del Servicio, crear cultura de Seguridad y mejorar la Calidad de la Atención en Salud.

FINALIDAD.

Involucrar al personal en el mejoramiento continuo de la Seguridad del Paciente y generar conciencia acerca de asuntos de Seguridad, nunca criticar el desempeño de los individuos, ni mucho menos detectar fallas para imponer sanciones. igualmente estimular la participación de todos los asistentes mediante preguntas abiertas, si no hay contribuciones espontáneas.

ALCANCE.

Aplica para todos los procesos en donde se desarrollan procesos asistenciales con el fin de discutir temas relacionados con Prácticas Seguras en el uso de medicamentos, caídas, equipos e instrumental y antes de realizar un procedimiento menor.

FRECUENCIA.

Se realiza 1 vez al día, luego del recibo de turno de la mañana, durante diez (10) a quince (15) minutos. Los días viernes.

ÚTIL PARA.

- Generar conciencia acerca de asuntos de Seguridad
- Fomentar ambientes en los que se comparte información sin temor a represalias
- Integrar información teórica con respecto a asuntos de Seguridad con el día a día de la Institución

PARTICIPANTES

A diferencia de lo que ocurre con las Rondas de Seguridad, los líderes de la Institución no participan directamente en éstas, pero lo hacen de manera indirecta al delegar su autoridad en otros miembros del personal asistencial. Este procedimiento involucra a todo el personal asistencial de la Institución que labora en cada una de las áreas.

La sesión breve contara con la participación del Personal de Salud del turno saliente y del turno entrante:

Gestión de Urgencias.

Enfermera (o) Jefe. :	1
Auxiliares de Enfermería.:	5
Médicos generales.:	3
Coordinador(a) médico.:	1
Técnico de Radiología.:	1
Bacteriólogo(a).	1
Servicios Generales	1
Total:	13

Gestión de Hospitalización.

Enfermera (o) Jefe.:	1
Auxiliares de Enfermería.:	5
Coordinador (a) Enfermería.:	1
Médico de piso.:	1
Terapeuta Respiratoria.:	1
Terapeuta Física.:	1
Bacteriólogo(a).	1
Servicios generales :	1
Total:	12

SITIO DE REALIZACIÓN

Se llevan a cabo en los servicios asistenciales de urgencias y hospitalización general respectivamente en el stand de enfermería de cada servicio.

PROCEDIMIENTO

Luego de terminada la entrega de turno del Personal de Enfermería y la revista Médica en el turno de la mañana, se realizara la Sesión Breve de Seguridad en el stand de enfermería alrededor de las 07:30 Am, esta Sesión Breve estará liderada por la Enfermera Profesional del cada servicio.

Se inicia la Sesión realizando verificación de los asistentes a través del listado de asistencia.

El objetivo es socializar en cada Sesión un tema diferente, estos temas enfocados a la socialización y adherencia a las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente seleccionadas del lineamiento Nacional para implementación en la E.S.E. Hospital San Antonio. Dentro de las cuales están:

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la Atención en Salud
- Mejorar la Seguridad en la utilización de medicamentos

- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
- Prevenir úlceras por presión
- Asegurar la correcta identificación del Paciente en los procesos asistenciales y las muestras en el laboratorio.
- En cada tema tratado se socializará Cuatro ítems:
 - Definición de la Práctica Segura.
 - Condiciones Inseguras que genera riesgo en el Paciente.
 - Factores que contribuyen a la Condición Insegura.
 - Acciones seguras que se deben implementar para evitar el riesgo de Evento Adverso en el Paciente.

Posteriormente se realizara socialización de los Eventos Adversos reportados en el servicio a la fecha, en especial los que involucren el no cumplimiento de la Práctica Segura motivo de la Sesión Breve de Seguridad.

Finalmente se realiza diligenciamiento de las formato de Sesiones Breves de Seguridad (ver Anexo 14), en el cual se resumirá la discusión de cada punto.

El equipo de la Sesión de Seguridad enlistara compromisos a ejecutar en corto tiempo para disminuir riesgos, potenciar Acciones Seguras y asegurar la implementación de la Práctica Segura. A las cuales se les harán seguimiento en cada Sesión Breve de Seguridad en la cual se trate la misma Buena Práctica, es de aclarar que los tema serán rotatorios los que garantiza el seguimiento a estos compromisos será mensual. De acuerdo al cronograma de trabajo establecido.

Se informa fecha y tema de la próxima Sesión Breve de Seguridad, por parte del líder de la Sesión. Se da por terminada la Sesión Breve de Seguridad.

El formato de la Sesión Breve de Seguridad será entregado una vez terminada la Sesión al secretario del Comité de Seguridad del Paciente y otra copia permanecerá en el Servicio la cual permanecerá en la cartelera informativa de Servicio, para consulta y retroalimentación de todo el equipo de Salud, esta será desplegada de la cartelera y reposará en una carpeta dispuesta para el almacenamiento de las Sesiones Breves de Seguridad que estará también a disposición de todo del equipo de Salud del Servicio y los entes directivos de la Institución.

COMPONENTE 03

3. GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Para el seguimiento de Eventos Adversos en la E.S.E. Hospital San Antonio del Guamo Tolima, tuvo en cuenta la guía de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente en la Atención en Salud del Ministerio de Protección Social, resolución 1446 de 2006 y del libro de herramientas para promover la estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en la Salud diciembre de 2007 Ministerio de la Protección Social.

CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE ATENCIÓN INSEGURA QUE OCASIONAN EVENTOS ADVERSOS

El siguiente listado presenta los tipos de Atención en Salud Insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes, con fines de agregación y clasificación para facilitar la gestión, propuesto por la Alianza para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. Es importante tomar en consideración que se trata de una clasificación general que debe ser acompañada por una descripción más detallada del Evento Adverso al interior de la Institución:

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 realizó cuando está indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso equivocado / Tratamiento/ procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada / cara / sitio

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

- Documentos que faltan o no disponibles
- Retraso en acceso a documentos
- Documento para el Paciente equivocado o documento equivocado
- Información en el documento confusa o ambigua / ilegible / incompleta

Tipo 4: Infección ocasionada por la Atención en la Salud

- Torrente sanguíneo
- Absceso
- Neumonía
- 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 elaboración de dietas o dispensación de alimentos

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

Tipo 7: 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 8: Relacionados con 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 9: 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 10: Caídas de pacientes

- Catre/ cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras /Escalones/ pasillo
- Siendo llevado/ apoyado por otra persona

Tipo 11: Accidentes de Pacientes

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

Tipo 12: Relaciones con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistente / inadecuado
- Dañado / defectuoso / desgastado

Tipo 13: 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 / adecuación

Tipo 14: Relacionados con el Laboratorio Clínico

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

LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DEL ANEXO TECNICO DE LA RESOLUCION 1446 DE 2006 CLASIFICADOS SEGÚN LA TERMINOLOGIA PROPUESTA POR LOS LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

INDICIO DE ATENCION INSEGURA

1. Procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los Profesionales
2. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 24 Horas
3. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de los 20 días
4. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación
5. Entrega equivocada de reportes de Laboratorio

EVENTO ADVERSO

URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, SALA DE PARTOS

1. Pacientes con úlceras de posición
2. Distocia inadvertida
3. Shock hipovolémico post – parto
4. Maternas con convulsión intrahospitalaria
5. Entrega equivocada de un neonato
6. Robo intra – institucional de niños
7. Fuga de Pacientes psiquiátricos hospitalizados
8. Suicidio de pacientes internados.
9. Consumo intra-institucional de psicoactivas.
10. Caídas desde su propia altura intra-institucional.
11. Caídas desde la camilla – cama.
12. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.
13. Flebitis en sitios de venopunción.
14. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida.
15. Asalto sexual en institución
16. Asfixia perinatal.
17. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala Glasgow sin tratamiento.
18. Secuelas post-reanimación.
19. Pérdidas de pertenencias de usuarios

20. Pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnostico.
21. Paciente en estado crítico sin asistencia.
22. Infecciones y /o complicaciones derivadas de los procedimientos realizados.
23. Complicaciones Anestésicas.
24. Complicaciones Medicamentosas
25. Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos (deficiencias en las placas los resultados o en los reportes de los procesos diagnostico por imagenología).

RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACEUTICO

1. Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos.
2. Complicaciones de los Pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados.
3. Reacciones por medicamentos vencidos.
4. Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización seguimiento o suministro del oxígeno.
5. Complicaciones terapéuticas medicamentosas secundarias a: Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes al ordenado por el profesional tratante.
6. Eficacia reducida o nula o toxicidad por desnaturalización de medicamento.
7. Formulación por profesional no autorizado para la formulación.
8. Resistencia antibiótica.

9. Efectos Adversos innecesarios o evitables.
10. Enmascaramiento de cuadros clínicos.

LABORATORIO CLÍNICO

1. Pérdida del derecho a la intimidad del Paciente por fallas de la privacidad de los resultados y registros.
2. Resultados intercambiados entre pacientes.
3. Resultados de exámenes no solicitados.
4. Resultados de exámenes que lleguen inoportunamente.
5. Fallas en el manejo terapéutico de los Pacientes derivados de fallas en los procesos diagnósticos.
6. Punción inapropiada a los pacientes.

ODONTOLOGÍA

1. Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivados en fallas de los procesos diagnóstico (deficiencias en las placas los resultados o en los reportes de los procesos diagnósticos por imagenología).
2. Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.
3. Complicaciones Anestésicas
4. Complicaciones Medicamentosas
5. Otras complicaciones inmediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios.
6. Caídas desde su propia altura intra-institucional.

PROMOCION Y PREVENCION

1. Reacciones pos vacúnales.
2. Lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación entre otros.
3. Porcentaje de las citologías negativas, positivas según anormalidades epiteliales definidas por el sistema Bethesda vigente a muestras insatisfactorias.
4. Inducción de conductas Adversas para la Salud por el personal de Salud.
5. Ausencia de indicaciones, información o educación al Paciente dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable y modifiquen o suprima conductas o estilos no saludables.
6. Ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad.
7. Ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados, específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad o ejecución de las actividades inconducentes, en los cuales la evidencia a demostrado la reducción del riesgo.

TAB

1. Complicaciones durante el traslado.
2. Demora en el traslado por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales.

TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA

1. Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes.
2. Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.
3. Complicaciones Medicamentosas.
4. Otras complicaciones inmediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios.
5. Caídas desde su propia altura intra-institucional.
6. Caídas desde la camilla.

Todo Evento Adverso debe registrarse en el formato, hacer el seguimiento y análisis reportándose en el Comité de Seguridad del Paciente.

El manejo de los Eventos Adversos es un trazador clave en el trabajo en equipo.

FACTORES QUE PUEDEN INFLUENCIAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	Complejidad y gravedad Lenguaje y comunicación Personalidad y factores sociales
TAREA Y TECNOLOGIA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura , Disponibilidad y uso de protocolos, disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas, ayuda para toma de decisiones
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia Salud Física y Mental
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte Estructura del equipo (consistencia, congruencia etc.)
AMBIENTE	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(luz , espacio, ruido).
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional; políticas, estándares y metas; prioridades y cultura organizacionales
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio Contactos externos

NOTIFICACIÓN Y REPORTE

OBJETIVOS:

Mejorar la cultura del auto reporte, definición de los tipos de errores, establecimiento de conductos regulares, garantizar el análisis y la gestión de todos los errores que se cometan en la atención de los Pacientes, crear bases de datos que permitan tener indicadores relacionados con los errores y Eventos Adversos e informar tanto a directivos como asistenciales, sobre los resultados obtenidos con el sistema de reporte, garantizando la confidencialidad.

Identificar cuáles son los Eventos Adversos más frecuentes y realizar un registro continuo, para hacer análisis causa-efecto y llevar a cabo planes de acción que disminuyan su aparición y que incrementen la Seguridad del Paciente, al mismo tiempo diseñar estrategias que minimicen los efectos y consecuencias de los errores. Monitorizar el sistema de reporte de Eventos Adversos.

La notificación y reporte estandariza mecanismos para la identificación de Eventos Adversos, insumo necesario para la gestión de la Seguridad del Paciente en la E.S.E. Hospital San Antonio.

QUÉ SE REPORTA:

Serán eventos objeto de reporte los siguientes:

- 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
- Evento Adverso: La tríada: 1. hay lesión, 2. esta es atribuible a la Atención en Salud y 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.

MODELO CONCEPTUAL

El propósito de una Política de Seguridad es obtener una **Atención en Salud Segura**, cuando esto no se consigue se presenta la **Atención Insegura**, la cual se hace fácilmente detectable a través de la ocurrencia de **Eventos Adversos** o **Incidentes**.

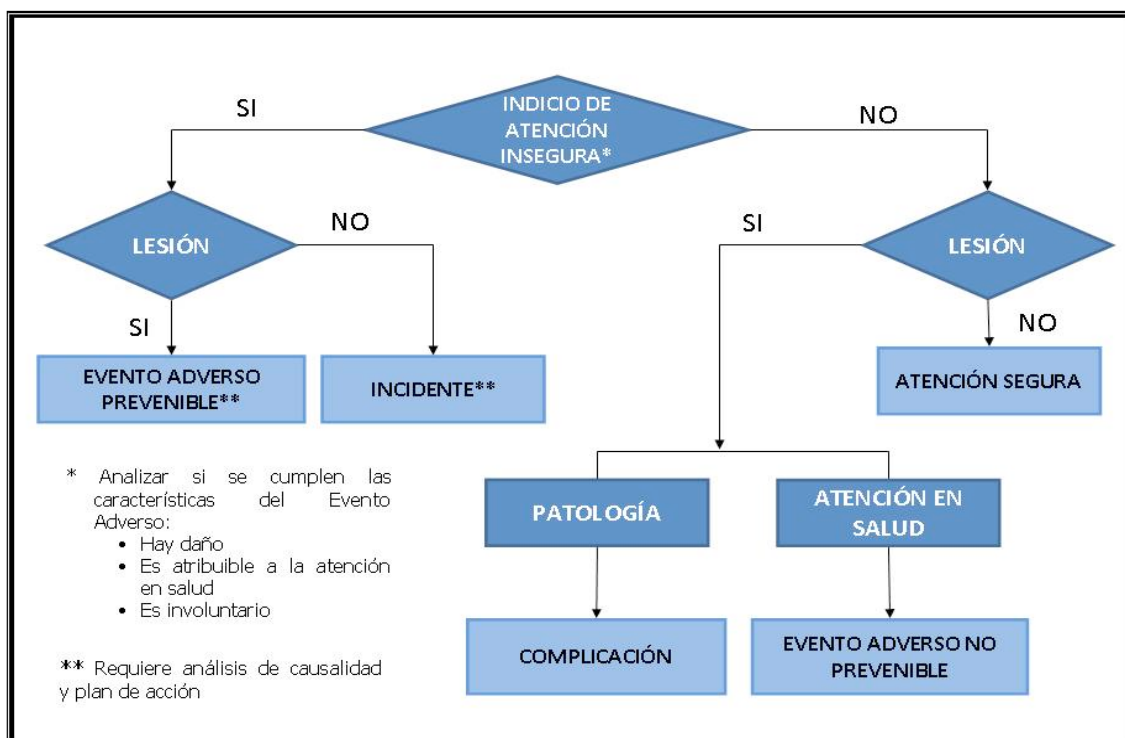
No siempre es obvia la ocurrencia del Evento Adverso, pero sí existen **Indicios de Atención Insegura** que alertan acerca de la existencia de un Evento Adverso.

El Evento Adverso se caracteriza por la presencia de una tríada: **1. hay lesión, 2. esta es atribuible a la Atención en Salud y 3. Se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial.**

No todos los Eventos Adversos son prevenibles, por eso existe el “**Evento Adverso no prevenible**”

Cuando la atención brindada es segura, pero hay lesión, y esta es atribuible a la enfermedad se define como una **complicación**.

Cuando la lesión no se produce de manera involuntaria, se define como una **violación de la Seguridad de la Atención**



QUIEN REPORTA:

- Quien evidencie un Evento notificarle.
- Quien crea haber presenciado o haber visto un Evento notificable.
- Quien al revisar la historia clínica cree estar ante la presencia de un Evento notificable.

- Quien reciba una queja por parte de un usuario sobre un Evento notificable.

CÓMO SE REPORTA:

- A través de la ficha individual de notificación y reporte de evento adverso (Ver Anexo 5), que se encuentra disponible en una carpeta rotulada en cada uno de los servicios.

A TRAVÉS DE QUE MEDIOS:

- Formato de Evento Adverso: se utiliza para incidentes y/o indicios de Atención Insegura, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. Al hacer el análisis se clasifican.
- A través de los buzones ubicados en los servicios asistenciales.
- Oficio: Las personas implicadas en la ocurrencia de un Evento Adverso prevenible y/o un Evento Centinela, además de diligenciar el formato para reporte del Evento Adverso, deben elaborar por escrito la descripción exacta de todos los hechos relacionados.
- En formatos de fármaco vigilancia, tecnovigilancia según corresponda el caso.
- A través de correo electrónico del Programa de Seguridad: PSPHSA@gmail.com

CUANDO SE REPORTA

Se debe hacer reporte inmediato a la ocurrencia y/o detección del Incidente o Evento Adverso.

COMO SE ASEGURA LA CONFIDENCIALIDAD DEL REPORTE:

Todos los documentos y la información relacionada con un Incidente o Evento Adverso, son manejados y custodiados por el PSP y son conocidos únicamente por el grupo investigador y las personas implicadas en el hecho.

Los Eventos Adversos ocurridos y el análisis que se hace de ellos, se dan a conocer a todo el personal periódicamente, como estrategia para prevenir la ocurrencia de errores en la Atención y evitar que se repitan los que ya han ocurrido, pero sin mencionar los nombres de los trabajadores involucrados.

EL PROCESO DE ANÁLISIS DEL REPORTE Y RETROALIMENTACIÓN A QUIEN REPORTÓ.

En el análisis del Incidente o del Evento Adverso sucedido se debe considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de Atención para identificar las barreras de Seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del Evento. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones, para lo cual se aplica el Protocolo de Londres. El Comité de Seguridad del Paciente “COSEPA” será el

encargado del análisis. En algunos casos se solicita intervención de personas externas a los procesos, cuando el grupo investigador lo considera necesario

El COSEPA debe hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejoramiento planeadas y garantizar retroalimentación al reportante.

CÓMO SE ESTIMULA EL REPORTE EN LA INSTITUCIÓN.

Las Directivas y Coordinadores de área de la E.S.E. Hospital San Antonio deben demostrar y ser explícitos en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

Es necesario promover una cultura que anime la discusión y la comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la Seguridad de los Pacientes; y que vea en la aparición de errores y sucesos Adversos una oportunidad de mejora.

Instituir una cultura de Seguridad del Paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.

Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la Seguridad del Paciente.

Garantizar la confidencialidad de los análisis y sensibilizar al personal acerca de la importancia de reportar errores y Eventos Adversos, resaltando que no se denuncia a las personas sino los hechos.

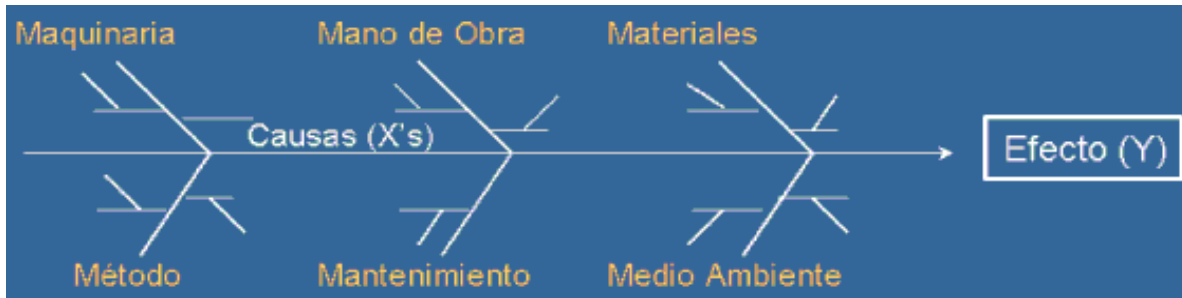
GUIA DE ANALISIS A LOS EVENTOS ADVERSOS

La Institución adopta el Modelo de Espina de Pescado para realizar análisis inicial a los Eventos Adversos reportados, este análisis será realizado cada 24 horas de acuerdo a los Eventos Adversos reportados el día anterior esto estará a cargo de cada uno de los líderes de los procesos diligenciando el formato de análisis de Evento Adverso (Ver Anexo 15), esto con el ánimo de establecer si el Evento Reportado corresponde efectivamente a un Evento a Adverso o un incidente, luego de realizado el análisis se realizara plan de mejoramiento (ver Anexo 7) para potenciar Practicas Seguras y Barreras de Seguridad con el ánimo de disminuir riesgos asociados al tipo de Acción Insegura Detectada.

Mensualmente (el ultimo martes de cada mes), dicho análisis debe ser presentado al comité de Seguridad del Paciente COSEPA, en físico o través del correo electrónico PSPHSA@gmail.com adjuntado al formato de reporte mensual de Eventos Adversos e incidentes (ver anexo 6), y el formato individual de notificación de Eventos Adversos e incidentes (ver anexo 5); a continuación se establecen parámetros para implementación del modelo de Kaoru Ishikawa.

MODELO ESPINA DE PESCADO POR KAORU ISHIKAWA

Ésta técnica nos permite analizar problemas y ver las relaciones entre causas y efectos que existen para que el problema analizado ocurra.



Se usa para:

- Visualizar, en equipo, las causas principales y secundarias de un problema.
- Ampliar la visión de las posibles causas de un problema, enriqueciendo su análisis y la identificación de soluciones.
- Analizar procesos en búsqueda de mejoras.
- Conduce a modificar procedimientos, métodos, costumbres, actitudes o hábitos, con soluciones – muchas veces – sencillas y baratas.
- Educa sobre la comprensión de un problema.
- Sirve de guía objetiva para la discusión y la motiva.
- Muestra el nivel de conocimientos técnicos que existe en la empresa sobre un determinado problema.
- Prevé los problemas y ayuda a controlarlos, no solo al final, sino durante cada etapa del proceso.

¿Cómo construirla?:

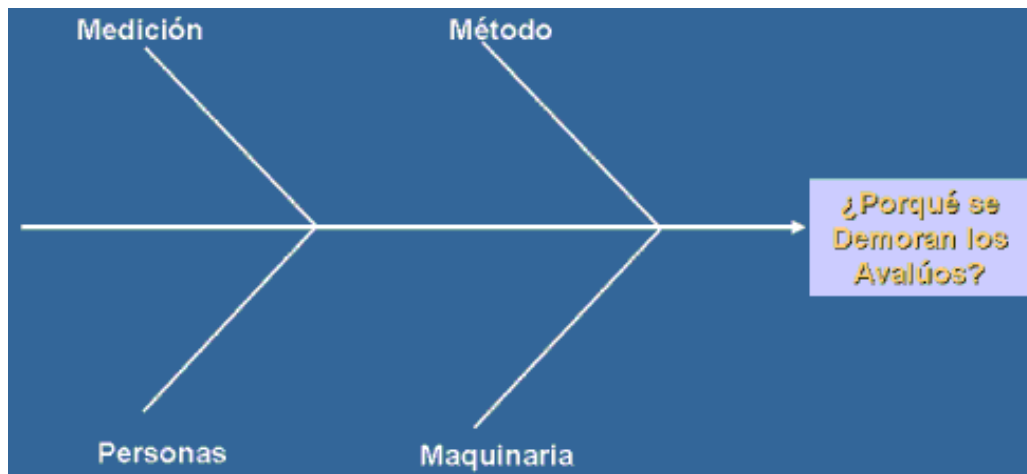
- Establezca claramente el problema (Efecto) que va a ser analizado.
- Diseñe una flecha horizontal apuntando a la derecha y escriba el problema al interior de un rectángulo localizado en la punta de la flecha.



- Haga una lluvia de ideas “**Brainstorming**” para identificar el mayor número posible de causas que puedan estar contribuyendo para generar el problema, preguntando “**¿Por qué está sucediendo?**”.
- Agrupe las causas en categorías. Una forma muy utilizada de agrupamiento es la conocida como **6M**: Maquinaria, Mano de Obra, Método, Materiales, Mediciones y Medio ambiente
- **Mano de obra**: Talento Humano, Operarios, Administradores, causas físicas o mentales.
- **Materia prima**: Insumos, suministros, materiales.
- **Maquina**: Equipos, Software, Hardware, Deterioro, Mantenimiento.
- **Medio Ambiente**: Instalaciones, Entorno, Clima.
- **Método**: Normas, Especificaciones, Procedimientos.
- **Mediciones**: Instrumentos, Mediciones, Inspección.

- Para comprender mejor el problema, busque las sub-causas o haga otros diagramas de Causa – Efecto para cada una de las causas encontradas. Para esto, tome de **2-3 Causas Raíz Potencial del Diagrama**.
- Para estas causas pregunte **Porqué** 5 veces (o al menos 2 veces o hasta que ya no tenga más respuestas al Porqué).
- Escriba cada categoría dentro de los rectángulos paralelos a la flecha principal. Los rectángulos quedarán entonces, unidos por las líneas inclinadas que convergen hacia la flecha principal.
- Se pueden añadir las causas y sub-causas de cada categoría a lo largo de su línea inclinada, si es necesario.

Ejemplo:



Este reporte mensual será entregado al secretario del comité quien condensara la información para socializar en el COSEPA.

El COSEPA a su vez realizara análisis de los Eventos Adversos que mayor lesión ocasionaron en el paciente así como los Eventos Adversos más repetitivos en frecuencia, dicho análisis se realizara de acuerdo al PROTOCOLO DE LONDRES.

Además realizara análisis de los incidentes presentados y los planes de mejoramiento planeados por los líderes de los procesos con el ánimo de hacer correcciones y ajustes a ellos y planear el seguimiento a los mismos.

A continuación se establecen parámetros para implementación del Protocolo de Londres.

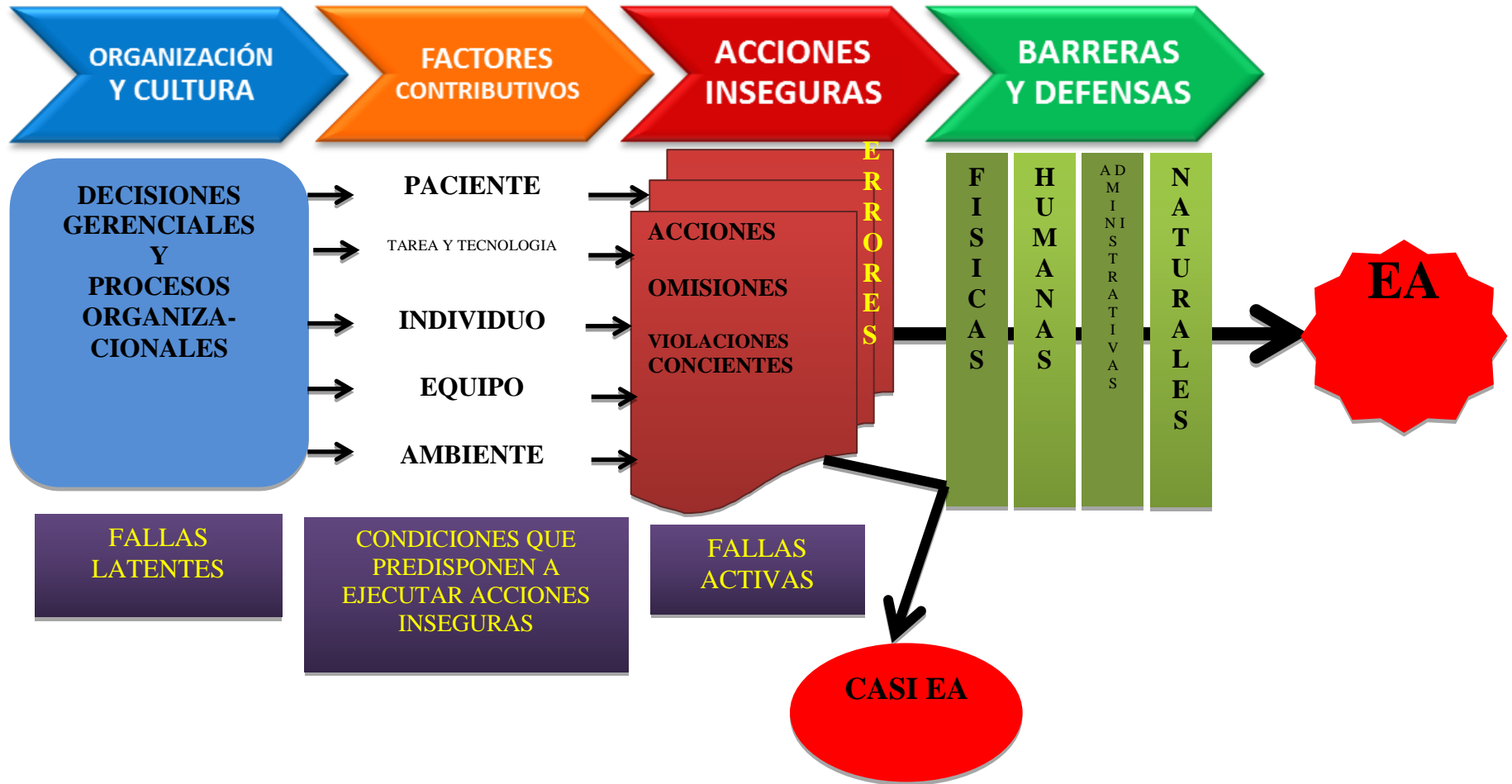
MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

PROTOCOLO DE LONDRES – JAMES REASON

La teoría que soporta este Protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la Salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en Seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico - asistenciales.

Este Protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (Grafico 3).

MODELO ORGANIZACION DE AL CAUSALIDAD DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS.



De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los Niveles Directivo y Gerencial de la Organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales Departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo, cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc.). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos.

Estas son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e

instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de Atención y sus resultados. Otros factores del Paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los Prestadores. La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la Calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La Atención en Salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo.

Por este motivo todo el Personal de Salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles Gerencial y Directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. La organización,

a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas. La tabla 1 resume los factores contributivos que puede influenciar la práctica clínica.

Cada uno de estos niveles de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar en la identificación de los Factores Contributivos mayores. Por ejemplo, cuando se identifica un problema de comunicación debe precisarse si esta es de naturaleza vertical (profesional señor con profesional junior, Médico con Enfermera, etc.) u horizontal (Médico con Médico, Enfermera con Enfermera, etc.), si es por la Calidad de la información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas), o si se trata de disponibilidad de supervisión o soporte adecuados.

Tabla3*: Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	Complejidad y Gravedad
TAREA Y TECNOLOGIA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura, disponibilidad y uso de protocolos, disponibilidad y complejidad de las pruebas diagnósticas, ayudas para toma de decisiones.
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia Salud física y mental
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)
AMBIENTE	Personal suficiente, mezcla de habilidades, carga de trabajo, patrón de turnos, diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos, soportes, Administrativo y Gerencial, clima laboral, ambiente físico (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas, estándares y metas, prioridades y cultura organizacional
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio Contactos externos

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el Paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal. Por este motivo es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos.

En la práctica diaria las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la Atención de Pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de Prácticas Seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “Acción Insegura”. El Protocolo de Londres, por motivos culturales y de implicaciones legales, prefiere referirse a las Acciones Inseguras como “CareDeliveryProblems (CDP)”. Nosotros preferimos seguirlas llamando Acciones Inseguras.

Tal como se dijo antes, el primer paso en la investigación de un Incidente clínico es la identificación de la Acción o Acciones Inseguras, para luego analizar las circunstancias en que ocurrió u ocurrieron, es decir, identificar los factores que contribuyeron o predispusieron a dicha conducta.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Acción insegura. Conducta que ocurre durante el proceso de Atención en Salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un Incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras. Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una Práctica Segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un Evento Adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.
3. No buscar ayuda cuando se necesita.

Contexto clínico. Condición clínica del Paciente en el momento en que se ejecutó la Acción Insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.

Factor contributivo. Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

1. Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
2. Ausencia de protocolos.
3. Falta de conocimiento o experiencia.
4. Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
5. Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS).

En la figura 2 se ilustra la secuencia de pasos a seguir para investigar y analizar un incidente clínico, es decir, tanto un error como un Evento Adverso.

El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en Incidentes menores, como en Eventos Adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las Acciones Inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.



IDENTIFICACIÓN Y DECISIÓN DE INVESTIGAR.

Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un Incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los Errores y Eventos Adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, solo ocurre en Instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero si el ocultamiento. Una vez identificado el Incidente la Institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del Incidente y el potencial aprendizaje

organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.

PROCEDIMIENTO:

La identificación y reporte de los Evento Adversos se realizara de acuerdo al punto de NOTIFICACIÓN Y REPORTE. Una vez entregado dicho reporte la Secretaria del COSEPA realizara la clasificación de los casos que a su criterio considere de mayor lesión o más relevantes a investigar.

SELECCIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR.

Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de Incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador.

Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario.

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

PROCEDIMIENTO:

La secretaria del COSEPA designara el o los investigadores miembros del mismo COSEPA para realizar la investigación, esta designación será de acuerdo a la pertinencia del profesional en cada uno de los Eventos Adversos, cada integrante tendrá máximo 5 Eventos o casi Eventos adversos a analizar, la secretaria del COSEPA notificara máximo el 1 martes del mes los Eventos Adversos a investigar a cada uno de los miembros del comité, quienes a su vez tendrá 8 días calendario hasta el segundo martes de cada mes (día del comité) para presentar la investigación del evento o casi Evento Adverso. En caso de requerir algún otro Profesional que no esté dentro del COSEPA, esta notificación a este como investigador se hará mediante oficio en los mismo tiempos establecidos.

OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN.

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

- Historia clínica completa.
- Protocolos y procedimientos relacionados con el Incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.

- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc.).
- Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien 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 de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia del Eventos que antecedieron el Incidente, de la interpretación acerca de cómo esos Eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritos en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible después de ocurrido el incidente.

Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en Incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible.

La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos. La tabla 2 ilustra de manera esquemática el protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación.

Lugar	<ul style="list-style-type: none"> • Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el Incidente. • El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	<ul style="list-style-type: none"> • Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. • Evite el estilo confrontación al y los juicios de valor. • Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del Incidente	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Identifique las Acciones inseguras	<ul style="list-style-type: none"> • Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. • Invite al entrevistado a identificar Acciones Inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. • Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación
Identifique los factores contributivos	<ul style="list-style-type: none"> • Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. • 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.
Cierre	<p>Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.</p>

PRECISE LA CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE.

Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar la cronología:

- Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
- Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el Incidente.

PROCEDIMIENTO:

El investigador o equipo investigador escogido deberá realizar análisis de historia clínica en el formato (ver anexo 15) establecido para este fin así como la revisión de la Historia Clínica todos estos documentos se deberán entregar el día del comité debidamente diligenciados.

IDENTIFIQUE LAS ACCIONES INSEGURAS.

Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al Incidente clínico, 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. La gente que de alguna manera participó en el Incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las Acciones Inseguras sean conductas específicas –por acción o por omisión- en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente”, las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a Acciones Inseguras. Aunque en la Práctica las Acciones Inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras este completa.

PROCEDIMIENTO:

El investigador o equipo investigador tendrá en cuenta las Acciones Inseguras halladas por el líder del proceso o persona que realizó la notificación y reporte del Evento Adverso.

IDENTIFIQUE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS.

El paso siguiente es 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) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia). La figura 3 ilustra un diagrama de Espina de Pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contributivos resumidos en la tabla 1.

PROCEDIMIENTO:

El investigador o equipo investigador tendrán en cuenta el análisis de Espina de Pescado realizado por el líder del proceso donde ocurrió el Evento Adverso que se debió haber entregado junto con la ficha de notificación.

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.
- Lista de Acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por
El equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las Acciones.
- Definir tiempo de implementación de las Acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer 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.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización. Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen.

En ese orden de ideas se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

PROCEDIMIENTO:

El plan de mejoramiento se realizara en el formato Anexo 7, el cual deber socializado en su totalidad.

Este será socializado junto con todos los documentos en el COSEPA.

Una vez finalizado el COSEPA y se realicen los ajustes al plan de mejoramiento de acuerdo a las recomendaciones de los miembros del comité, será dados a conocer a cada uno de los líderes de los procesos para su despliegue y cumplimiento. El seguimiento estará a cargo del COSEPA quien designara un miembro para hacer el seguimiento respectivo.

COMPONENTE N° 4**ADOPCIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La adopción de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente es otra de las herramientas que se convierten en obligatorias a la hora de hablar de Atención Segura dado que con ella se potencia barreras de Seguridad y se disminuyen riesgos asociados a la atención que pueden llevar a Eventos Adversos.

Para la vigencia 2012 se ha decidido en conjunto con la herencia, que para la E.S.E. Hospital San Antonio. Se realice el despliegue de 5 Buenas Prácticas Seguras a implementar durante la vigencia las cuales contaran con estrategias de intervención de cada uno de los ítems contenidos en cada una de las prácticas.

Las Buenas Prácticas de Seguridad Paciente escogidas son:

1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la Atención en Salud.
2. Mejorar la Seguridad en la utilización de medicamentos.
3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
4. Prevenir úlceras por presión.
5. Asegurar la correcta identificación del Paciente en los procesos asistenciales y las muestras en el Laboratorio.

BUENA PRACTICA N° 1: DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON 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 deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.

- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a:

- 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 en 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.
- Involucrar a todo el Personal de Salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (pre Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los biorriesgos 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.

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del Paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al Paciente.

ESTRATEGIAS

1.1. FORTALECER LA PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS EN EL HOSPITAL “MANOS LIMPIAS SALVAN VIDAS”

META: El 100% de los funcionarios conocen y aplican una técnica eficiente para el lavado de las manos de acuerdo a su función.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.1.1.	Instrucción para todo el equipo de Salud en “Técnica adecuada para el lavado de las manos”	Jefe de área
1.1.2	Tener los insumos necesarios para su uso adecuado y racional	Jefe de suministros
1.1.3	Aplicar como parte del proceso de inducción la técnica de lavado de manos	Jefe de área
1.1.4	Exigir de los programas de entrenamiento para servidores en salud, incluir el lavado de manos en el curricular	Jefe de área
1.1.5	Evaluación trimestral aleatoria a una muestra calculada	Jefe de área
1.1.6	Promover el lavado de las manos a todos los visitantes	Jefe de área
1.1.7	Estimular el lavado de las manos a la población general según recomendaciones	Jefe de área
1.1.8	Disponer de medios de información que promuevan el lavado adecuado de las manos	Coordinador de calidad

1.2. APLICAR LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA (MÉDICA Y QUIRÚRGICA) EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALICEN DURANTE LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD.

META: El 100% de los Profesionales, Técnicos y Auxiliares que prestan Atención directa a los Pacientes apliquen forma correcta los principios de asepsia y antisepsia – Diciembre.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.2.1	Revisar las recomendaciones actuales sobre asepsia-antisepsia en Servicios de Salud	Jefe de área
1.2.2	Re inducción al equipo de Salud del área asistencial que realiza o apoya la realización de procedimientos, sobre asepsia y antisepsia	Jefe de área
1.2.3	Aplicar como parte del proceso de inducción los principios básicos de asepsia antisepsia para Médicos y Enfermería	Jefe de área
1.2.4	Evaluación trimestral aleatoria a una muestra calculada	Jefe de área
1.2.5	Tener los insumos necesarios	Jefe de área
1.2.6	Exigir de los programas de entrenamiento para servidores en Salud, incluir prácticas y desarrollo de habilidades en la aplicación de las recomendaciones Sobre asepsia y antisepsia	Jefe de área

1.3. MANEJAR ADECUADAMENTE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS

META: El 100% de los Funcionarios del HRL deben conocer y aplicar adecuadamente las recomendaciones para el uso adecuado de los desechos diciembre 2009.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.3.1	Generar procesos que lleven a la comprender la importancia, que un correcto manejo de los desechos hospitalarios es una forma de proteger su Salud, la de su familia	Jefe de área
1.3.2	Concientizar a todo el equipo de Salud de la importancia de tener y aplicar con eficiencia un plan de desechos Hospitalarios en cada una de las dependencias	Jefe de área
1.3.3	Disminución de la generación de desechos infecciosos y desactivación adecuada de los existentes	Jefe de área
1.3.4	Disminuir el número de accidentes de trabajo relacionados con material corto punzante	Jefe de área
1.3.5	Mejorar la capacidad de los funcionarios para identificar los riesgos de infección intrahospitalaria y minimizar costos en la Atención, relacionadas con el mal manejo de los desechos infecciosos	Jefe de área
1.3.6	Rediseñar las rutas para el manejo desechos, de acuerdo a condiciones estructurales del Hospital y vigilar su cumplimiento	Jefe de área
1.3.7	Aplicar como parte del proceso de inducción los principios básicos en el manejo de desechos Hospitalarios	Jefe de área

Cód.	Actividades	Responsable
1.3.8	Evaluación trimestral aleatoria a una muestra calculada	Jefe de área
1.3.9	Tener los insumos necesarios	Jefe suministro
1.3.10	Exigir de los programas de entrenamiento para servidores en Salud, incluir prácticas y desarrollo de habilidades en la aplicación de las recomendaciones sobre manejo adecuado de los desechos hospitalarios	Jefe de área

1.4. CONOCER Y APLICAR LAS RECOMENDACIONES EXISTENTES EN BIOSEGURIDAD.

META: El 100% de los funcionarios deben conocer las recomendaciones universales en bioseguridad y aplicarlas.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.4.1	Re inducción a todo los funcionarios en aspectos relacionados con las recomendaciones Universales en Bioseguridad,	Jefe de área
1.4.2	Tener el manual de Bioseguridad en todos los servicios	Jefe de área
1.4.3	Vigilancia y notificación de los accidentes con Riesgo Biológico	Jefe de área
1.4.4	Re inducción al Equipo de Salud sobre Atención inicial del accidente con Riesgo Biológico	
1.4.5	Disponer de antirretrovirales para la Atención de Urgencia en usuario que cursa con accidente con Riesgo Biológico	
1.4.6	Evaluación trimestral aleatoria a una muestra calculada	

Cód.	Actividades	Responsable
1.4.7	Aplicar como parte del proceso de inducción los principios básicos en prevención, atención, notificación y seguimiento de la persona que ha sufrido un accidente con Riesgo Biológico.	
1.4.8	Disponer de los insumos necesarios para la prevención de accidente con Riesgo Biológico y seguimiento de las recomendaciones	
1.4.9	Exigir de los programas de entrenamiento en Salud sobre aplicación de normas de Bioseguridad	

1.5. EMPODERAR A TODOS LOS FUNCIONARIOS EN LA ADOPCIÓN Y APLICACIÓN LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA.

META: El 100% de los Funcionarios deben aplicar las recomendaciones universales para la prevención de la infección intrahospitalaria o nosocomial.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.5.1	Capacitación a todo el Equipo de Salud sobre prevención, identificación y notificación de infección intrahospitalaria o nosocomial	Jefe de área
1.5.2	Ajustar el Instrumento o Instrumentos para la recolección de la información	Jefe de área

Cód.	Actividades	Responsable
1.5.3	Tener por parte de los especialistas el protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía	Jefe de área
1.5.4	Tener el protocolo para el cuidado de la herida quirúrgica	
1.5.5	Promover la aplicación de las recomendaciones de la OMS de “Parto Limpio” y “ Una Cirugía Limpia Salva Vidas”	
1.5.6	Evaluación trimestral de una muestra sobre la aplicación de las recomendaciones para la prevención de Infección intrahospitalaria	
1.5.7	Monitoreo periódico del cumplimiento de las recomendaciones, incidencia a e impacto del programa	
1.5.8	Disponer de los insumos necesarios	
1.5.9	Iniciar un programa de orientación a la comunidad sobre el riesgo de Infección Intrahospitalaria	

1.6. ESTRUCTURAR UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS (EA) ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.

META: Capacitar en el primer año al 100% funcionarios del área asistencial en la identificación, detección y notificación de Eventos Adversos.

Sistematizar la recolección, análisis de datos e imparto de las medidas correctivas relacionadas con el impacto que los Eventos Adversos asociados a la Atención Sanitaria.

ACTIVIDADES

Cód.	Actividades	Responsable
1.6.1	Estimular el reporte, registro, análisis e investigación en la ocurrencia de “Eventos Adversos” en el HRL	
1.6.2	Crear una cultura sobre la Seguridad del Paciente, difundiendo para ello su necesidad, sus objetivos y sus beneficios	
1.6.3	Fomentar la instauración de la práctica de la notificación como un hábito entre los Profesionales, razonando su valor para la identificación de los niveles de Seguridad existentes en cada centro, para el aprendizaje y la adopción de medidas preventivas;	
1.6.4	Combatir las barreras existentes entre los profesionales frente a la notificación de Eventos Adversos, como son el sentimiento de fracaso, el temor a ser culpabilizados o a trasladarles la culpa;	
1.6.5	Estimular el reporte, registro, análisis e investigación en la ocurrencia de “Eventos Adversos” en el HRL	
1.6.6	Diseñar, probar y aplicar y monitorear un sistema de Vigilancia de Eventos Adversos (EA)	
1.6.7	Involucrar al usuario del establecimiento de Salud en prevención de los Eventos Adversos.	

BUENA PRACTICA N° 2: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los Eventos Adversos 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 o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.
- Asegurar la *dispensación* correcta de los medicamentos y los procesos de re-empaque y re-envase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.
- Definir mecanismos para prevenir errores en la *administración* de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
- Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos.
- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los Pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.

- Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.
- Identificar los medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos 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.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: Dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.
- Incluir en la *recepción* de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del Medicamento.
- INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.
- 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.

- 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.
- Tomar en consideración la información que proviene del fármaco vigilancia.
- Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes poli medicados 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:**

Involucra la compra de dosis unitarias pre elaborado por un proveedor o el re-empaque o re-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.

La Institución debe definir listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de Atención la posibilidad de alergias y reacciones similares.

2.1. IMPLEMENTAR PROCESOS SEGUROS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS SEGUROS.

META:

Lograr procesos seguros de recepción, almacenamiento y distribución de medicamentos en el 100% de las áreas Asistenciales del Hospital.

Cód.	Actividades	Responsable
2.1.1	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.	Técnico compras

Cód.	Actividades	Responsable
2.1.2	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.	Técnico compras
2.1.3	Estandarizar procesos de recepción técnica que garanticen las condiciones de Calidad necesarias para la cada uno de los medicamentos de acuerdo a las particularidades de cada uno de ellos.	Regente de farmacia
2.1.4	Gestionar la adquisición y establecer normas para el almacenamiento y conservación de los medicamentos con base en el inventario mínimo definido para estos productos en la farmacia.	Regente de farmacia
2.1.5	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.	Regente de farmacia
2.1.6	Asegurar la dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de re-empaque y re-envase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.	Regente de farmacia

Cód.	Actividades	Responsable
2.1.7	Establecer un programa de control de Calidad interno del Servicio y participar en los Programas de Garantía de Calidad Asistencial al asumir la dispensación de medicamentos como una responsabilidad básica de labor asistencial de forma que ésta garantice el cumplimiento de la prescripción médica y proporcione al Paciente el medicamento en la forma farmacéutica, dosis y vía de administración prescrita. Así mismo asumir la importancia que tiene un buen sistema de distribución como base para la realización de las actividades clínicas que ha de desarrollar.	Gerencia, coordinador medico
2.1.8	Implementar mecanismos de alertas para diferenciar medicamentos parecidos en su presentación. Y definir procesos 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.	Regente de farmacia, coordinador enfermería, coordinador medico

2.2. MEJORAR Y MONITOREAR LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR INCONSISTENCIAS EN LA FORMULACIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y LÍQUIDOS PARENTERALES.

META: Implementar la formulación de medicamentos y líquidos parenterales de manera segura en los procesos asistenciales del Hospital.

Cód.	Actividades	Responsable
2.2.1	Revisar la normas y recomendaciones para la prescripción y transcripción de medicamentos por médico y enfermera(o)	Coordinador medico
2.2.2	Revisar guías de manejo de las 10 patologías de cada servicio que dispongan del estándar de medicamentos (incluidos antibióticos) a utilizar por cada patología	Coordinador medico
2.2.3	Monitorizar el cumplimiento de las guías médicas de manejo de las patologías especialmente en la formulación de medicamentos por parte del personal médico.	Coordinador medico
2.2.4	Implementar política y lineamientos para el uso racional de antibióticos.	Gerencia, coordinador medico
2.2.5	Definir listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de atención la posibilidad de alergias y reacciones similares.	Coordinador medico
2.2.6	Definir lineamientos para 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).verificar su cumplimiento.	Equipo de salud
2.2.7	Sugerir y monitorizar el cultivo y antibiograma a enfermedades infecciosas para disminuir la resistencia bacteriana a antibióticos.	Personal medico
2.2.8.	Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.	Personal asistencial

Cód.	Actividades	Responsable
2.2.9	Definir políticas de formulación médica por escrito de manera estricta, donde se defina claramente: medicamentos, dosis, posología y vía. Así mismo como los ajustes o cambios que se realicen al tratamiento médico establecido.	Gerencia

2.3: MEJORAR LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS Y LÍQUIDOS PARENTERALES.

META: Capacitar al 100% del personal de Enfermería sobre la aplicación de los “Diez Correctos” en la administración de medicamentos y la aplicación de las normas básicas de higiene en la administración de medicamentos.

Disminuir en el 20% los Eventos Adversos atribuibles a la dispensación, administración, almacenamiento o preparación de medicamentos.

Cód.	Actividades	Responsable
2.3.1	Revisar o documentar la adecuada y segura administración de medicamentos por cada una de las vías de administración disponibles, y de acuerdo a los mayores niveles de evidencia disponibles.	Coordinador Enfermería
2.3.2	Diseñar un programa de capacitación continua que promueva la administración limpia y segura de medicamentos y soluciones parenterales	Coordinador enfermería coordinador medico

Cód.	Actividades	Responsable
2.3.3	Aplicar los “Ocho Correctos, 8C”: Prescripción correcta, transcripción correcta, administración correcta, Paciente correcto, dosis y vía correcta, hora correcta, medicamento correcto, caducidad correcta.	Personal enfermería
2.3.4	Mejorar la Higiene y Seguridad del uso de medicamentos y disminuir la variabilidad de la práctica clínica, estandarizando los procesos e implementando Prácticas Seguras	Personal enfermería
2.3.5	Diseñar, probar e implementar formas más adecuadas para el consumo de medicamentos por los pacientes en sus hogares (listas de medicamentos, pastilleros, etc.)	Personal Enfermería, coordinador Médico.
2.3.6	Verificar el cumplimiento en la administración de medicamento mediante lista de chequeo	Coordinador Enfermería

2.4: IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA INSTITUCIONAL.

META: Implementar el programa de fármaco y tecno-vigilancia al 100% durante la vigencia 2012.

Cód.	Actividades	Responsable
2.4.1	Tomar en consideración la información que proviene de la fármaco vigilancia – INVIMA	Personal Salud HSA
2.4.2	Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en Pacientes poli medicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.	Comité de farmacia y terapéutica
2.4.3	Diseñar programa de fármaco y tecno-vigilancia Institucional de acuerdo a la normatividad vigente. (que incluye reporte y análisis de RPM)	Regente de farmacia
2.4.4	Socializar al capacitar a todo el Equipo de Salud en tema referentes al fármaco y tecno-vigilancia.	Comité de Farmacia y Terapéutica
2.4.5	Implementar programa de Fármaco y tecno-vigilancia Institucional.	Comité de farmacia y terapéutica
2.4.6	Revisar, ajustar y monitorear eventos relacionados con la Fármaco-vigilancia.	Comité de farmacia y terapéutica

BUENA PRACTICA N° 3: Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

Aunque podemos hablar de caídas en todos los escenarios, nos centraremos en la caída intrahospitalaria como Evento Adverso.

Para proponer medidas preventivas, organizaciones e instituciones han promovido la clasificación de las caídas hospitalarias.

Categorizando las caídas de Pacientes por su propia naturaleza, es más fácil identificar causas comunes para poder desarrollar planes de acción para cada una de ellas, así:

Caídas Accidentales

Las caídas accidentales corresponden al 14%(8) 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

Son accidentes que no se pueden predecir, pero si se trabaja en el ambiente para evitar los riesgos (determinar el por qué y el tipo de caída) se pueden evitar.

Caídas Fisiológicas Anticipadas

Corresponden al 80%(8) 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

Caídas Fisiológicas No Anticipadas

Corresponden al 6%(8) 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)

Valiéndonos de la anterior clasificación de las caídas, y de la experiencia de nuestras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la gestión de este Evento Adverso, se han podido identificar las Acciones Inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de caídas, estas son:

- No identificar el riesgo de caída de los pacientes.
- Dejar al Paciente solo.
- Inmovilización inadecuada del Paciente.
- Movilización del Paciente con un equipo humano insuficiente.
- Realizar limpieza inadecuada de pisos.
- Traslado del paciente por medio de equipos inadecuados.

No quiere decir que sean las únicas Acciones Inseguras que predispongan las caídas o que puedan presentarse dentro de las Instituciones; pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Las caídas Hospitalarias no deben ser asumidas como accidentes inevitables, pueden ser evitadas mediante medidas preventivas en el entorno del Paciente; todos los miembros del equipo de Salud deben proporcionar al Paciente un entorno Seguro.

Las Instituciones con una dirección médica responsable deben tener identificadas sus causas de caídas, identificar los factores contributivos, comenzando con los de los Pacientes y tomar todas las medidas preventivas necesarias para prevenir la aparición de este Evento Adverso.

3.1: CLASIFICAR EL RIESGO DE CAÍDAS DE LOS PACIENTES QUE SE INTERNAN EN LA INSTITUCIÓN.

META: realizar clasificación del riesgo de caídas al 100% de los usuarios Hospitalizados.

Cód.	Actividades	Responsable
3.1.1	Documentar procedimiento de clasificación del riesgo mediante una escala que adopte o adapte la Institución.	Personal Salud HSA
3.1.2	El formato de clasificación debe contener como mínimo <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de caídas • Identificación del Paciente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Que está agitado ○ Funcionalmente afectado ○ Necesita ir frecuentemente al baño ○ Tiene movilidad disminuida ○ Pacientes bajo sedación 	Comité de farmacia y terapéutica
3.1.3	Socializar procedimiento y formato de clasificación con todo el personal de Salud de la Institución	Regente de farmacia

Cód.	Actividades	Responsable
3.1.4	Implementar la clasificación de todos los Pacientes que ingresen a los servicios hospitalarios u observación de urgencias mediante la aplicación de la(s) escala, y consignado la información en la Historia Clínica.	Comité de farmacia y terapéutica
3.1.5	Evaluación adherencia al procedimiento mediante la observación y revisión de historias clínicas.	Comité de farmacia y terapéutica

3.2. Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la Condición del Paciente.

META: Minimizar los riesgos derivados de la condición del paciente en el 50%.

Cód.	Actividades	Responsable
3.2.1	Definir lineamientos y educar a los usuarios sobre el acompañamiento a todos los menores de 1 año, los mayores de 60 o pacientes con cualquier tipo de discapacidad.	Personal Salud HSA
3.2.2	Documentar, socializar implementar y verificar el manejo de prevención de caídas intrahospitalarias a Pacientes con compromiso Neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender ordenes, Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos, pacientes que por su condición física y/o Clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie.	Comité de farmacia y terapéutica

3.3. Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al Paciente.

META: Reducción de los riesgos que pueden generar caídas en los pacientes en un 20%.

Cód.	Actividades	Responsable
3.3.1	Revisar todos los procesos asistenciales y considerar en cada uno de los procedimientos los riesgos de caída de Pacientes y documentarlos.	Líderes de los procesos
3.3.2	Realizar chequeo por las áreas, muebles e inmuebles del Hospital y definirlo los que generan riesgos de caídas para los pacientes y realizar mejoras a los hallazgos encontrados (Ausencia de superficie antideslizante en el Piso, Ausencia de bandas antideslizantes en pisos y Soportes en baños y duchas, Camillas sin barandas, Iluminación inadecuada, Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación entre otros).	Líderes de los procesos.

BUENA PRACTICA N° 4: PREVENIR ULCERAS POR PRESION.

Una Ulcera por presión es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico producido por prolongada presión ejercida por un objeto externo sobre prominencias óseas, provocando ulceración y necrosis del tejido involucrado que puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso y es catalogada como un Evento

Adverso si se presenta durante la Atención Hospitalaria Se presentan con mayor frecuencia en la Región Sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

La formación de las úlceras por presión está asociada a tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento.

Presión:

Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6- 32 mm.de Hg. Una presión superior a 17 mm.de Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

La formación de una ulcera por presión depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene esa presión; Kösiakdemostró que una presión de 70 mm.Hg., durante dos horas puede originar lesiones isquémicas.

PRESIÓN + TIEMPO = ULCERA

Fricción:

Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En el paciente en cama o sentado el roce con las sábanas o

superficies rugosas produce fuerzas de fricción espacialmente durante las movilizaciones.

Cizallamiento:

Combina los efectos de la presión y la fricción. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes deslizan una sobre otra.

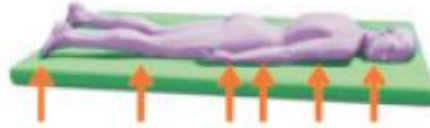
Por ejemplo cuando se eleva la cabecera de la cama y cuando los Pacientes sentados en una silla se deslizan hacia abajo.

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES:

Las úlceras por presión pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo, dependiendo de la zona de piel que esté sometida a mayor presión y de la postura más habitual del paciente.

Habitualmente, las localizaciones más frecuente van a ser las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo

POSICIÓN PRONA



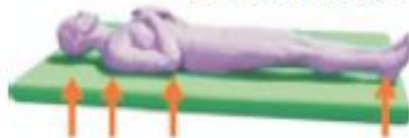
➤En decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas, orejas, nariz, crestas iliacas.

POSICIÓN SEDENTE



➤En sedestación: omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talones, metatarsianos.

POSICIÓN SUPINA



➤En decúbito supino: región sacra, talones, codos, omóplatos, nuca/occipital, coxis.

POSICIÓN LATERAL



➤En decúbito lateral: maleólos, trocánteres, costillas, hombros/acromion, orejas, crestas iliacas, cara interna de las rodillas.

Valiéndonos de la revisión sobre el tema de escaras como Evento Adverso y de la experiencia de nuestras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la gestión de este Evento Adverso se han podido identificar las Acciones Inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de escaras, estas son:

- Evaluación incorrecta del Paciente con riesgo por inmovilización prolongada
- Realizar mala higiene al Paciente.
- Posicionamiento inadecuado del Paciente (Paciente mal posicionado, sin los aditamentos necesarios o con cambios de posición sin horario establecido).
- Paciente con inmovilización inadecuada (por cizallamiento o fricción producidos por la inmovilización o por aditamentos adicionales mal situados genere escaras).
- No aplicar sustancias hidratantes o aplicar sustancias inadecuadas durante la higiene del Paciente.
- Realización de masajes de forma inadecuada sobre prominencias óseas.
- Falta de valoración permanente de las condiciones de la piel del Paciente con alto riesgo de escaras.

No quiere decir que sean las únicas Acciones Inseguras que predispongan la aparición de escaras pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

4.1. CONSIDERAR LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CON RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN.

META: Realizar identificación y clasificación del riesgo de caídas al 100% de los Usuarios hospitalizados:

Cód.	Actividades	Responsable
4.1.1	Documentar procedimiento de clasificación del riesgo mediante una escala que adopte o adapte la Institución.	Personal Salud HSA
4.1.2	El formato de clasificación debe contener como mínimo <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de úlceras • Valoración de la movilidad, de incontinencia, de déficit sensorial y del estado nutricional. Para eso se debe llevar a cabo una valoración de la integridad de la piel, de la cabeza a los pies, en los Pacientes en riesgo en el momento del ingreso, y a partir de ahí diariamente.	Comité de Seguridad del Paciente. COSEPA
4.1.3	Socializar procedimiento y formato de clasificación con todo el personal de Salud de la Institución	COSEPA
4.1.4	Implementar la clasificación de todos los Pacientes que ingresen a los Servicios Hospitalarios u observación de urgencias mediante la aplicación de la(s) escala, y consignado la información en la Historia Clínica. Incluyendo la revaloración diaria.	COSEPA
4.1.5	Evaluación adherencia al procedimiento mediante la observación y revisión de Historias Clínicas.	COSEPA

4.2. IMPLEMENTAR PROCESOS DE GARANTICEN CAMBIOS DE POSICIÓN E INMOVILIZACIONES ADECUADAS A USUARIOS HOSPITALIZADOS.

META: Implementar procesos, procedimientos y/o protocolos que garanticen cambios de posición e inmovilizaciones adecuadas a usuarios hospitalizados que lo requieran en el 100% de las áreas asistenciales.

Cód.	Actividades	Responsable
4.2.1	Documentar procedimiento o protocolo de cambios de posición e inmovilización (incluida hidratación de la piel y masajes) adecuada de usuarios hospitalizados que lo requieren.	COSEPA
4.2.2	Socializar procedimiento con todo el personal de Salud (incluidas terapeutas físicas).	COSEPA
4.2.3	Implementación del protocolo a procedimiento en todas las áreas hospitalarias.	COSEPA
4.2.4	Evaluación adherencia al procedimiento mediante la observación y revisión de Historias Clínicas.	COSEPA
4.2.5	Realizar mejoras al procedimiento o protocolo	COSEPA

BUENA PRACTICA N° 5: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO.

En toda la industria de la Atención en Salud, la identificación incorrecta de los Pacientes continúa dando como resultado errores de medicación, errores de transfusión, errores de prueba, procedimientos en la persona incorrecta y alta de bebés que se entregan a las familias equivocadas.

La forma más habitual de identificación de los Pacientes en las instituciones de Salud es el número de habitación o de cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o por el hecho de que respondan a un nombre determinado, sin ser estas las más apropiadas ni confiables y permitiendo que se presenten errores en la atención de los individuos por dificultades o equivocaciones en su identificación. Una causa importante de la generación de incidentes es la tendencia a resumir ubicaciones, nombres completos y características de los Pacientes.

Ejemplo: el niño de la 1021, o la diabética que ingresó hace un rato.

Valiéndonos de la revisión de los procesos de identificación de los Pacientes como Evento Adverso y de la experiencia de nuestras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la gestión de este Evento Adverso se han podido identificar las Acciones Inseguras más frecuentes asociadas con los procesos de Identificación de los Pacientes, estas son:

- 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, ej. Número de la habitación, enfermedad, entre otros.
- Ausencia de manillas de identificación
- Traslado y movimiento del Paciente sin brazaletes o adecuado proceso de identificación.
- Verificación incorrecta de datos del Paciente.
- No verificación de datos del Paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos.
- Inexistencia de estándares de identificación correcta por parte del personal asistencial.

No quiere decir que sean las únicas Acciones Inseguras que predispongan a la incorrecta identificación del Paciente pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras

La incorrecta identificación del Paciente y las muestras en el Laboratorio.

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 médico 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.

ACCIONES INSEGURAS:

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.

5.1. IMPLEMENTAR PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN AL USUARIO DESDE EL INGRESO A LA INSTITUCIÓN.

META: Documentar, desplegar, implementar y medir procesos, procedimientos y/o protocolos que garanticen la identificación del 100% de los Usuarios que ingresen a la Institución.

Cód.	Actividades	Responsable
5.1.1	Revisar o actualizar el procedimiento o protocolo de identificación al usuario (incluida la identificación de muestras).	COSEPA
5.1.2	Socializar procedimiento con todo el Personal de Salud.	COSEPA
5.1.3	Implementación del protocolo a procedimiento en todas las áreas Hospitalarias.	COSEPA
5.1.4	Evaluación adherencia al procedimiento mediante la observación y revisión de Historias Clínicas.	COSEPA
5.1.5	Realizar mejoras al procedimiento o protocolo	COSEPA

5.2. VERIFICACIÓN DE DATOS DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS.

META: Reducción de los riesgos relacionados con la identificación del Usuario en los 50%.

Cód.	Actividades	Responsable
5.2.1	Revisar todos los procesos asistenciales y considerar en cada uno de los procedimientos los puntos clave para la identificación del usuario y los riesgos derivados de la no identificación de estos y documentarlos.	Líderes de los procesos
5.2.2	Revisión y actualización de protocolos de Atención en los cuales se establezca como requisito para la Prestación o realización del procedimiento la verificación de la identificación del Usuario en todas las áreas asistenciales.	Líderes de los procesos.
5.2.3	Socialización de los cambios o modificaciones en los protocolos de y procedimientos de Atención a todo el personal involucrado.	Líderes de los procesos
5.2.4	Verificación del cumplimiento de los protocolos establecidos a través de listas de chequeo, revisión de formatos e Historia Clínica.	Oficina de calidad

5.3. UNIFORMIDAD DE LOS USUARIOS INTERNOS QUE PERMITA SU ADECUADA IDENTIFICACIÓN POR PARTE DE USUARIOS EXTERNOS Y VISITANTES.

META: Uniformidad y correcta identificación del 100% de los Usuarios Internos de la Institución.

Cód.	Actividades	Responsable
5.3.1	Establecer políticas institucionales referentes a la identificación y uniformidad de los usuarios internos.	gerencia
5.3.2	Verificar el cumplimiento de los lineamientos y políticas gerenciales	gerencia
5.3.3	Realizar correctivos a las desviaciones encontradas	gerencia



ANEXO 4

ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO GUAMO - TOLIMA
PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Por favor Marque con Una X la respuesta que a su criterio y buen juicio considera correcta.

Características demográficas de los encuentros

1 ¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urgencias | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Consulta Externa |
| <input type="checkbox"/> Cirugía/Sala de Partos | <input type="checkbox"/> Promoción y prevención | <input type="checkbox"/> Esterilización |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Farmacia y suministros | <input type="checkbox"/> Transporte de Paciente |
| <input type="checkbox"/> Otros | Cual: _____ | |

2 ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> < de 6 meses | <input type="checkbox"/> de 6 meses a 1 año | <input type="checkbox"/> de 1 a 5 años |
| <input type="checkbox"/> de 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> > de 10 años | |

3 ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> menos de < 20 horas | <input type="checkbox"/> de 20 a 39 horas | <input type="checkbox"/> de 40 a 59 horas |
| <input type="checkbox"/> de 60 a 79 horas | <input type="checkbox"/> de 80 a 99 horas | <input type="checkbox"/> > de 100 horas |

4 ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> < de 6 meses | <input type="checkbox"/> de 6 meses a 1 año | <input type="checkbox"/> de 1 a 5 años |
| <input type="checkbox"/> de 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> > de 10 años | |

5 ¿Cuál es su cargo en esta institución?

6 ¿Qué tipo de contrato tiene?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> planta de cargos | <input type="checkbox"/> temporal de trabajo- S.A.S. | <input type="checkbox"/> prestación de servicios |
|---|--|--|

7 En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

8 ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> < de 6 meses | <input type="checkbox"/> de 6 meses a 1 año | <input type="checkbox"/> de 1 a 5 años |
| <input type="checkbox"/> de 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> > de 10 años | |

Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad

9 *Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes?*

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas Veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | |

10 *Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes*

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas Veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | |

11 *Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes*

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas Veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | |

Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo

12 *Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente?*

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas Veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | |

13 *El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos*

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas Veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | |

14 *Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad*

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas Veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | |

Trabajo en equipo dentro de las áreas

15 *Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan*

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas Veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | |

16 *En esta área, la gente se apoya mutuamente*

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas Veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | |

17 *Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo*

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas Veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | |

18 *En esta área, el personal se trata con respeto*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

Actitud de comunicación abierta

19 *El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

20 *El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

21 *El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

Retroalimentación y comunicación sobre el error

22 *El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

23 *Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

24 *En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

Respuesta no punitiva al error

25 *El personal siente que sus errores son usados en su contra*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

26 *Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada que la persona y no el problema*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

27 *Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

Personal

28 *Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo?*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

29 *El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

30 *Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

31 *Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente

32 *La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

33 *Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

34 *La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

Trabajo en equipo entre las áreas del hospital

35 *Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

36 *Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

37 *Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

38 *Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

Transiciones y no intervenciones del hospital

39 *La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

40 *Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

41 *A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

42 *Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

Percepciones generales de la seguridad

43 *Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

44 *La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

45 *Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

46 *Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

Frecuencia de reporte de eventos

47 *¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

48 *Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

49 *¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?*

Siempre
 Rara vez

casi Siempre
 Nunca

Algunas Veces

Número de eventos reportados

50 *En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?*

Ningun reporte
 de 6 a 10 reportes

de 1 a 2 reportes
 de 11 a 20 reportes

de 3 a 5 reportes
 de 21 reportes o mas

Grado de seguridad del paciente

51 *Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente*

Excelente
 Pobre

Muy bueno
 Malo

aceptable

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

ANEXO 5

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO GUAMO TOLIMA NIT 890701715-5	Código	
		Versión	2
		Fecha	jul-12
		Página	1 de 1

FICHA NOTIFICACIÓN MENSUAL DE EVENTOS ADVERSOS

SERVICIO:

MES DE REPORTE:

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REPORTA:

	FECHA EVENTO ADVERSO	No. HISTORIA CLINICA	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	DIAGNOSTICO	TIPO DE EVENTO ADVERSO	ACCION CORRECTIVA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Proyecto: Maria Isabel Morales Ruge - Yessi Karina Sanchez

Aprobo: Dra. Sandra Liliana Torres Diaz (Gerente)

ANEXO 7

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: GE-MAN-03-FR-03	
	HOSPITAL SAN ANTONIO		
	GUAMO TOLIMA		
	NIT – 890.701.715-5	Versión: 01 1 Fecha: Octubre / 2010 1	
PLAN DE MEJORAMIENTO EVENTOS ADVERSOS		Pág. Página 1 de 1	

FECHA:

NOMBRE IPS: ESE HOSPITAL SAN ANTONIO

DEPARTAMENTO: TOLIMA

MUNICIPIO: GUAMO

PROCESO/SERVICIO:

QUE (Actividades)	COMO (Pautas para la realización de la actividad)	POR QUE (Propósito de la actividad)	CUANDO (Fecha de terminación)	QUIEN (Responsable)	SEGUIMIENTO		
					FECHA DEL SEGUIMIENTO		

OBSERVACIONES:

FECHA PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO:

FIRMA RESPONSABLE DEL PROCESO

ANEXO 9

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO
 GUAMO TOLIMA
 NIT – 890.701.715-5

Código:

Versión: 01


Fecha: 05/2012

Pag 1 de 1

**RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
 PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Nro.	SERVICIOS	factor crítico 1	factor crítico 2	factor crítico 3	factor crítico 4	factor crítico 5	Total
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

ANEXO 10

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: Versión: 01 Fecha: 05/2012 Pag 1 de 1
	HOSPITAL SAN ANTONIO	
	GUAMO TOLIMA	
	NIT – 890.701.715-5	
	RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE LISTA DE CHEQUEO	
SERVICIO _____	FECHA ____ / ____ / ____	

PARTICIPANTES DE LA RONDA:

NOMBRE	CARGO

CARACTERISTICAS	SI	NO	A VECES	OBSERVACIONES
GENERALIDADES				
Verificación del personal en su puesto de trabajo (solicite cuadro de turno y verifique si se encuentran de acuerdo a la fecha).				
¿Todo el personal del servicio porta elementos de identificación y esta plenamente uniformado?				
¿los pacientes llevan alguna clase de identificación?				
¿Algun dispositivo se encuentra dañado y fue reportado?				
¿los interruptores y enchufes se encuentran en buen estado y protegidos?				
¿Se dispone de equipos para la atención de emergencias?				
¿Todos los equipos se encuentran calibrados? (soportes)				
¿Existen de equipos nuevos y hay evidencia del conocimiento por parte de los funcionarios?				
SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.				
¿El almacenamiento de medicamentos cumple con el protocolo establecido y los estándares de habilitación?				
¿los medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados de acuerdo al protocolo existente?				
¿los medicamentos estan clasificados según la identidad del paciente?				
Disponibilidad de medicamentos para uso en situaciones críticas (carro de paro)				
¿se realiza revisión periodica del carro de paro de acuerdo al protocolo institucional?				
¿los liquidos del paciente se encuentran debidamente rotulados?				
¿se administra medicamentos a los pacientes de acuerdo a lo ordenación medica (corresponde lo formulado con lo solicitado)				
¿se administra los medicamentos de manera oportuna?				
¿Se tienen medidas de seguridad en relación a medicamentos con prestación o etiqueta parecida, etc.?				
Se tiene documentado el procedimiento de alerta, notificación y reporte de reacciones medicamentosas?				

PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES

¿Se dispone de elementos necesarios para realizar el lavado o higiene de manos (jabon - toallas, alcohol glicerinado)?				
¿se cuenta en el servicio con area exclusiva para el lavado de manos del personal assitencial y se encuentra en buenas condiciones?				
¿se cuenta en el servicio con area exclusiva para el lavado de manos del el paciente y su familia y se encuentra en buenas condiciones?				
¿Existen mensajes que promocionan el lavado de manos entre los visitantes de los servicios hospitalarios?				
¿Se cuenta con evidencia de capacitación o sensibilización en lavado de manos, asepsia y antisepsia al personal del servicio?				
¿Cuentan con un registro, lista de chequeo u actas de lavado de manos antes y despues de cada procedimiento?				
¿Se realizada a decuada segregación de residuos hospitalarios de aceuerdo al PGIRHS? (Revise Canecas).				
¿Estan señalizadas las vias de circulación y cruce? Y se cumplen?				
¿Exite protocolo de aislamiento para el servicio? (verifique se hay pacientes aislados y verifique su cumplimiento)				
¿Existe evidencia de induccion y reinducción en temas de prevención de infecciones? (tecnicas de asepsia y antisepsia, bioseguridad, disposicion de residuos entre otros)				

RIESGO DE CAIDAS Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

¿se tiene evidencia de la capacitación permanente al personal sobre la clasificación del riesgo de caidas de los pacientes?				
¿se tiene evidencia de la capacitación permanente al personal sobre la clasificación del riesgo y prevención de ulceras por presión de los pacientes?				
¿Se realiza calisficación del riesgo de ciadas a todos los pacientes al ingreso al servicio? Y hay evidencia de ello? (registro en historia clinica, formatos, planillas)				
¿Se realiza calisficación del riesgo de riesgo y prevención a todos los pacientes al ingreso al servicio? Y hay evidencia de ello? (resgistro en historia clinica, formatos, planillas)				
¿los pacientes estan identificados con el riesgo de caida que presentan?				
¿se implementa en todos los pacientes la politica de "barandas arriba"?				
¿se implementa el protocolo de cambios de posición y queda registrada las activiades en la historia clinica?				

Firma 1

Firma 4

Firma 2

Firma 5

Firma 3

Firma 6

ANEXO 11



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL SAN ANTONIO

GUAMO TOLIMA

NIT – 890.701.715-5

RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENTREVISTA AL USUARIO INTERNO

Código:

Versión: 01

Fecha: 05/2012

Pag 1 de 1

SERVICIO _____

FECHA ___ / ___ / ___

PROFESIÓN DEL ENTREVISTADO: _____

HORA: _____

CARACTERISTICAS	RESPUESTA
¿Qué podemos hacer nosotros para hacerle más facil su trabajo?	
¿Qué piensa usted que se podria hacer para que en su trabajo no pase nada malo?	
¿si usted pudiera cambiar algo de su servicio para mejorar la seguridad del paciente que deberia ser?	
¿Cuál fue el ultimo incidente que usted observo y que le causo daño a un paciente?	
¿Cree usted teniendo en cuenta las condiciones del su servicios, será causantes del proximo evento adverso?	
¿Cuál fue el ultimo incidente que prologo la hospitalización de un paciente?	
¿Qué estuvo mal ayer?	
¿Cuándo las cosas van mal, a quien contacta usted?	
¿Si usted pudiera iniciar este dia otra vez, que haria diferente?	
¿Hay alguna falla (equipos, procedimientos, recursos humanos) que coloque en riesgo la seguridad del paciente?	



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL SAN ANTONIO

GUAMO TOLIMA

NIT – 890.701.715-5

**RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
ENTREVISTA AL USUARIO INTERNO**

Código:

Versión: 01

Fecha: 05/2012

Pag 1 de 1

SERVICIO _____

FECHA ___ / ___ / ___

PROFESIÓN DEL ENTREVISTADO: _____

HORA: _____

CARATERISTICAS	RESPUESTA
¿recuerda que es un evento adverso?	
¿Ha habido alguna situación que pudo haber terminado en lesión de un paciente?	
¿Cuáles eventos adversos se han presentado este año en su servicio?	
¿Qué hace usted cuando lo detecta?	
¿Cómo se realiza el reporte del evento a quien lo entrega?	
¿Qué pudieramos cambiar para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado?	
¿Qué pregunta debí haberle hecho y no la hice?	

NOMBRE ENTREVISTADOR: _____

FIRMA ENTREVISTADOR: _____

ANEXO 12

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código:
	HOSPITAL SAN ANTONIO	
	GUAMO TOLIMA	Versión: 01
	NIT – 890.701.715-5	Fecha: 05/2012
	RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTREVISTA AL USUARIO EXTERNO	Pag 1 de 1

SERVICIO _____	FECHA ___ / ___ / _____
NOMBRE DEL USUARIO: _____	HORA: _____

CARATERISTICAS	RESPUESTA
¿Esta usted informado sobre su enfermedad?	
¿Usted conoce el tratamiento que va a recibir? ¿le han informado cuales y para que son los medicamentos que le estana dministrando?	
¿usted dió su aprobación para la realización de procedimientos medicos?	
¿le informaron sobre el horario de visitas?	
¿le informaron sobre la alerta de llamado?	
¿le informaron acerca de la disposición de residuos? (caneca verde, gris, roja)	
¿Se siente seguro siendo atendido por el personal de este servicio?	
¿Qué cree usted que podemos hacer para mejorar su seguridad?	
¿Cómo considera la calidad de la atención de nuestra institución?	
¿tiene alguna observación?	

NOMBRE ENTREVISTADOR: _____

FIRMA ENTREVISTADOR: _____

ANEXO 13



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	
HOSPITAL SAN ANTONIO	
GUAMO TOLIMA	
NIT – 890.701.715-5	
RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	ACTA DE CIERRE

Código:
Versión: 01
Fecha: 05/2012
Pag 1 de 1

FECHA: _____ **HORA DE INICIO:** _____ **HORA DE TERMINACIÓN:** _____

EQUIPO

HALLAZGOS/NO CONFORMIDADES	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES	RESPONSABLE EJECUCIÓN	FECHA CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO


COMPROMISOS:

RECOMENDACIONES:

FIRMA COORDIANDOR DEL SERVICIO

FIRMA LIDER RONDA DE SEGURIDAD:

ANEXO 15

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: Versión: 01 Fecha: 05/2012 Pag 1 de 1
	HOSPITAL SAN ANTONIO	
	GUAMO TOLIMA	
	NIT – 890.701.715-5	
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS		

MODULO 1: IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombres y Apellidos completos del usuario	Nro. Identificación	Sexo	Edad años

MODULO 2: IDENTIFICACIÓN DEL SUCESO

A. Descripción del suceso	Fecha suceso		Hora suceso	
	Fecha análisis		SGSSS	

Descripción del suceso

B. El suceso produjo:

1	Ningún daño al paciente, se trata de un falso positivo	
2	Alguna lesión o complicaciones, invalidez al egreso y/o prolongación de la estancia o muerte	
3	Algún incidente sin lesión o prolongación de la estancia	
4	Especifique:	

C. La lesión o complicación fue debida a:

1	Atención en salud	
2	Solamente por el proceso de la enfermedad	
3	NS/NC	

D. Después de considerar los detalles clínicos del manejo del paciente, independientemente de la posibilidad de

1	Ausencia de evidencia de que el EA se deba a al manejo del paciente	
2	Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa	
3	Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa	
4	Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa	
5	Es muy probable de que el manejo fuera la causa	

"Si no se ha producido lesión u otras complicaciones (Pregunta B. del Módulo 3, opción 1.) No hay evento adverso, por lo

"Si la lesión se ha debido solo al proceso de la enfermedad o no hay evidencia de que el manejo fuera la causa de la lesión

"Si se ha producido un incidente (Pregunta B. del Módulo 3, opción 3.) pasar directamente al Módulo 7"

"Si hubo algún daño o complicación (Pregunta B. del Módulo 3, opción 2.) Continúe con el Módulo 4"

E. Clasificación del suceso

1	Atención segura	
2	Complicación	
3	Evento adverso	
4	Incidente	
5	Indicio de atención insegura	
6	Violación de la seguridad de la atención	

MODULO 3: DESCRIPCIÓN DEL EVENTO**A. Principal Problema identificado**

1	Los cuidados	
2	La medicación	
3	Infección nosocomial	
4	Un procedimiento	
5	El diagnóstico	
6	Otro, ¿Cuál?:	

Especificación del evento adverso**B. Especifique la circunstancia relacionada con el principal problema en la atención en salud**

1	Cuidados antes de la admisión	
2	Cuidados en el momento de admisión al servicio	
3	Cuidados durante un procedimiento	
4	Cuidados postoperatorios o posteriores al procedimiento, reanimación o cuidados intensivos	
5	Cuidado en la sala	
6	Valoración al final de la admisión y cuidados del egreso	

C. ¿La historia clínica proporciona la información suficiente para valorar el evento adverso?

1	No, la información era inadecuada	
2	No, la información era poco adecuada	
3	Si, la información era adecuada	
4	Si, la información era muy adecuada	

D. Describa el impacto del evento adverso en el paciente

--

MODULO 4: IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO**A. Valoración del estado de invalidez****Deterioro físico:**

1	Ninguna incapacidad	
2	Leve incapacidad social	
3	Severa incapacidad social y/o leve incapacidad laboral	
4	Severa incapacidad laboral	
5	Incapacidad laboral absoluta	
6	Incapacidad para deambular salvo con ayuda de otros	
7	En cama	
8	Con alteración del estado de conciencia	
9	Muerte	
10	No se puede juzgar razonablemente	

Trauma emocional:	
1	Sin trauma emocional
2	Mínimo trauma emocional y/o recuperación en 1 mes
3	Moderado trauma, recuperación entre 1 a 6 meses
4	Moderado trauma, recuperación entre 6 meses a 1 año
5	Trauma severo con efecto mayor a 1 año
6	No se puede juzgar razonablemente
B. De acuerdo a la información anterior ¿cuál fue la gravedad del evento adverso?	
1	Leve. Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria
2	Moderado. Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria
3	Grave. Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al egreso
C. De acuerdo a la prevenibilidad, el evento adverso fue:	
1	Prevenible
2	No prevenible
MODULO 5: CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO	
EL EVENTO ADVERSO ESTA RELACIONADO CON:	
A. La medicación:	
1	Reacción Adversa Medicamentos
2	Errores de medicación
3	Medicamento erróneo
4	Dosis incorrecta
5	Omisión de dosis o medicación
6	Frecuencia de administración incorrecta
7	Error de preparación o manipulación
8	Monitorización insuficiente
9	Paciente equivocado
10	Duración del tratamiento incorrecta
11	Interacción de fármacos
12	Otro, ¿Cuál?:
B. La gestión:	
1	Lista de espera prolongada
2	Pérdida de documentos
3	Equivocación en la información sanitaria (resultados de pruebas de otros pacientes)
4	Error en la identificación del paciente
5	Citación errónea
6	Problemas con la historia informatizada
7	Otro, ¿Cuál?:
C. La comunicación:	
1	Médico-Paciente
2	Enfermera-Paciente
3	Médico-Enfermera
4	Médico-Médico
5	Barrera idiomática
6	Otro, ¿Cuál?:
D. El diagnóstico:	
1	Error diagnóstico
2	Retraso de diagnóstico
3	Otro, ¿Cuál?:

E. Los cuidados:

1	Manejo inadecuado del paciente	
2	Otro, ¿Cuál?:	

F. Otras causas:

¿Cuáles?:	
-----------	--

MODULO 6: FACTORES CONTRIBUTIVOS

(Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras)

A. Paciente:**Complejidad y gravedad****Factores de riesgo Intrínsecos**

1	Coma		11	Hipoalbuminemia	
2	Insuficiencia renal		12	Úlcera por presión	
3	Diabetes		13	Malformaciones	
4	Neoplasia		14	Insuficiencia cardíaca	
5	Inmunodeficiencia		15	Enfermedad coronaria	
6	Enfermedad pulmonar crónica		16	Hipertensión	
7	Neutropenia		17	Hipercolesterolema	
8	Cirrosis hepática		18	Sida	
9	Drogadicción		19	Malaria	
10	Obesidad		20	Alcoholismo	
21	Otro. Cuál:				

Factores de riesgo Extrínsecos

1	Sonda urinaria abierta		10	Nutrición enteral	
2	Sonda urinaria cerrada		11	Sonda nasogástrica	
3	Catéter Venoso periférico		12	Traqueostomía	
4	Catéter arterial		13	Ventilación mecánica	
5	Catéter de inspección periférica		14	Terapia inmunosupresora	
6	Catéter venoso central		15	Bomba de infusión	
7	Catéter umbilical (vena)		16	Hemodiálisis	
8	Catéter umbilical (arteria)		17	Diálisis peritoneal	
9	Nutrición parenteral		18	Otro, ¿Cuál	

Lenguaje y comunicación

1	Bajo nivel educativo	
2	Alteración del estado de conciencia	
3	Discapacidad física cognitiva	
4	Barrera Idiomática	
5	Fallas de comunicación con su equipo de salud tratante	
6	Desconocimientos de derechos y deberes en salud sexual reproductiva	
7	Otro, ¿Cuál?:	

Personalidad y factores sociales

8	No colaboración	
9	Demora para reconocer la necesidad de atención en salud	
10	Falta de información sobre complicaciones del embarazo	
11	Creencias religiosas	
12	Condiciones étnicas y culturales	
13	Otro, ¿Cuál?	

B. Tarea y Tecnología:**Diseño de la tarea**

1	Ausencia o inadecuada definición de procesos y procedimientos	
2	Otro, ¿Cuál?:	

Disponibilidad y uso de protocolos

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | No disponibilidad de guías o protocolos basados en la evidencia | |
| 2 | No adherencia a guías y protocolos | |
| 3 | Otro, ¿Cuál?: | |

Pruebas diagnosticas

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | No disponibilidad de pruebas diagnosticas | |
| 2 | Ausencia de ayudas para tomas de decisiones | |
| 3 | Otro, ¿Cuál?: | |

Medicamentos e insumos

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| 1 | No disponibilidad de medicamentos | |
| 2 | No disponibilidad de fluidos y sangre | |
| 3 | No disponibilidad de otros insumos | |
| 4 | Otro, ¿Cuál?: | |

Equipamiento

- | | | |
|---|--|--|
| 1 | Falta de mantenimiento preventivo | |
| 2 | Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo | |
| 3 | No seguimiento a cronograma de mantenimiento | |
| 4 | Carencia de equipamiento | |
| 5 | Otro, ¿Cuál?: | |

C. Individuo:**Conocimiento**

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | Falta o inadecuado conocimiento de la tarea | |
| 2 | Otro, ¿Cuál?: | |

Habilidades

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | Falta o inadecuado entrenamiento específico | |
| 2 | Instrucción insuficiente | |
| 3 | Otro, ¿Cuál?: | |

Competencia

- | | | |
|---|--|--|
| 1 | Procedimiento ejecutado por personal sin competencia | |
| 2 | No actualización por competencias | |
| 3 | Otro, ¿Cuál?: | |

Salud física y mental

- | | | |
|---|---------------|--|
| 1 | Stress | |
| 2 | Fatiga | |
| 3 | Otro, ¿Cuál?: | |

D. Equipo de Trabajo:**Comunicación verbal y escrita**

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| 1 | Inadecuada comunicación vertical | |
| 2 | Inadecuada comunicación horizontal | |
| 3 | Otro, ¿Cuál?: | |

Supervisión y disponibilidad del soporte

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | Inadecuada supervisión institucional | |
| 2 | No disponibilidad de recurso humano para la supervisión | |
| 3 | No disponibilidad de soporte familiar | |
| 4 | Otro, ¿Cuál?: | |

Estructura del equipo humano

1	Inadecuada conformación disciplinar del equipo	
2	No generación de sinergias	
3	Otro, ¿Cuál?:	
E. Ambiente:		
Personal suficiente		
1	Falta de continuidad del personal	
2	Falta de permanencia del personal	
3	Insuficiencia del personal	
4	Otro, ¿Cuál?:	
Mezcla de habilidades		
1	Inadecuada planeación de equipo de trabajo	
2	Otro, ¿Cuál?:	
Carga de trabajo		
1	Larga jornada laboral	
2	Sobrecarga de trabajo	
3	Otro, ¿Cuál?:	
Patrón de turnos		
1	Inadecuada planeación de turnos	
2	Otro, ¿Cuál?:	
Soporte administrativo y gerencial		
1	Trámites administrativos del SGSSS	
2	Trámites administrativos institucionales	
3	Otro, ¿Cuál?:	
E. Ambiente: continuación		
Clima laboral		
1	Falta de incentivos para cliente interno	
2	Tipo de vinculación laboral	
3	Otro, ¿Cuál?:	
Ambiente físico		
1	Relacionado con la iluminación	
2	Relacionado con el espacio	
3	Relacionado con el ruido	
4	Relacionado con la temperatura ambiente	
5	Otro, ¿Cuál?:	
MODULO 7: ORGANIZACIÓN Y CULTURA		
(Fallas latentes)		
A. Organización y Gerencia:		
Recursos y limitaciones financieras		
1	Limitaciones presupuestales	
2	Ilíquidez institucional	
3	Otro, ¿Cuál?:	
Estructura organizacional		
1	No integralidad de los servicios institucionales para la atención en salud	
2	Otro, ¿Cuál?:	

Políticas, estándares y metas	
1	Ausencia de políticas institucionales relacionadas con la atención materno-perinatal
2	Ausencia política de inducción y re inducción de entrenamiento
3	Ausencia o inadecuados procesos de inducción y re inducción al personal incluido el temporal
4	Otro, ¿Cuál?:
Prioridades y cultura organizacional	
1	Direccionamiento estratégico no alineado con los derechos sexuales y reproductivos
2	Políticas inadecuadas de admisión de pacientes frente a la verificación de derechos
3	Otro, ¿Cuál?:
B. Contexto Institucional:	
Económico y regulatorio	
1	Procedimientos o intervenciones no incluidas en planes de beneficios
2	Medicamentos e insumos no incluidos en planes de beneficios
3	Otro, ¿Cuál?:
Contactos externos	
1	Ausencia de políticas de articulación y coordinación de programas materno – perinatal con aseguradores y
2	Inexistencia o inadecuación de establecimiento de Redes de atención materna
3	Inadecuada capacidad instalada para la referencia (comunicación)
4	Inadecuada capacidad instalada para la referencia (transporte)
5	Otro, ¿Cuál?:
Accesibilidad	
1	No accesibilidad o inaccesibilidad institucional desde el sitio de habitación
2	No accesibilidad o inaccesibilidad económica
3	Otro, ¿Cuál?:
MODULO 8: ACCIONES INSEGURAS	
Consultar GPC : VIGILANCIA DEL EVENTO ADVERSO “VEA” . Tabla 8 y/o anexo de la "Fcha de Notificación EA"	
A. Tipo	Codigo PI
1	Relacionados con tramites
2	Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales
3	Relacionados con fallas en los registros clínicos
4	Infección ocasionada por la atención en Salud
5	Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales
6	Relacionados con la sangre o sus derivados
7	Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos
8	Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales
9	Relacionados con los dispositivos y equipos
10	Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente
11	Caídas de pacientes
12	Accidentes de pacientes
13	Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico
14	Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional
15	Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología
Se trataba de un evento adverso por:	
A: Error por Acción	
1	Técnica quirúrgica errónea
2	Tratamiento inapropiado
3	Medicación inapropiada (elección, dosis)
Amplie el detalle	

4	Otro, ¿Cuál?:		
B. Error de omisión			
1	No tomar medidas de precaución		
2	No usar las pruebas indicadas		
3	Retraso evitable de diagnóstico		
4	Seguimiento inadecuado de terapia		
Amplie el detalle:			
5	Otro, ¿Cuál?:		
C: Fallo en el sistema (describa el fallo)			
E: Violaciones concientes (Describa la violación)			
F. Defensa relacionada		G: Oportunidad de mejora relacionada:	
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
Defensa relacionada. Consigne en este		Oportunidad de mejora relacionada. Consigne la actividad que al	
MODULO 9. PLAN DE MEJORAMIENTO			
Analizando los modos de falla y las cuasas de hecho se establecen las acciones correctivas diligenciando el siguiente PLAN			
ACCIONES		Resonsable	Fecha
		Cumple	SI/NO
MODULO 10: EQUIPO EVALUADOR			
Nombres y Apellidos		Cargo	

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Jairo Andres Rivera Paredo

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 1110472330

Nombre Completo Angela Milena Ramirez Paredo

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 28868606

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

Diseño del Programa de Seguridad del paciente E.S.E. Hospital San Antonio del municipio del Guamo Tolima.

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizo (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: <u>Jairo Andres Ramirez</u>	NOMBRE COMPLETO: <u>Angela Milena Parra Prieto</u>
FIRMA: <u>[Firma]</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>71092225</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>28568606</u>
FACULTAD: <u>Postgrado</u>	FACULTAD: <u>Postgrado</u>
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoría y Garantía de Calidad en Salud</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoría y Garantía de Calidad en Salud</u>

NOMBRE COMPLETO: _____	NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: _____	FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: _____	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: _____	PROGRAMA ACADÉMICO: _____

Fecha de firma: 06-Abril-2013