

**IDENTIFICACION Y ESTRATIFICACION DE RIESGOS DERIVADOS DE LA
ATENCIÓN EN SALUD EN HEMODINAMIA Y ELECTROFISIOLOGIA INTEGRADO
AL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL INSTITUTO DEL CORAZON
DE BUCARAMANGA S.A. DEL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2012**

PAULINA IRENE REIVAN ORTIZ

MARTHA CECILIA RODRIGUEZ MARTINEZ

GRUPO DE INVESTIGACIÓN: OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA CONVENIO CES
FACULTAD DE MEDICINA
BUCARAMANGA 2013**

Tabla de Contenido

1.	FORMULACIÓN.....	14
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2.	JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	15
2.	OBJETIVOS.....	16
2.1.	OBJETIVO GENERAL	16
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3.	MARCO TEÓRICO.....	17
3.1.	Ley 10 de 1990 por al cual se organiza el sistema Nacional de Salud (3)	17
3.2.	Enfoque del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud SOGCSC. 18	
3.3.	Resolución Número 1446 del 8 de Mayo de 2006, (Ministerio de la Protección Social) Indicadores en salud. (2)	18
3.4.	Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Ministerio de la Protección Social (6)	19
3.5.	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA (1)	19
3.5.1.	Definición Seguridad del Paciente:.....	19
3.5.2.	Los lineamientos para la Implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia (Bogotá, 11 de junio de 2008) (7)	20
3.6.	LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA 5254.....	24
3.7	DESCRIPCION DEL INSTITUTO DEL CORAZON DE BUCARAMANGA S.A. (8).....	30
	RESEÑA HISTORICA:	30
	POLITICA DE CALIDAD:	30
4.	METODOLOGIA	31
4.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	31
4.2.	POBLACION DE REFERENCIA Y MUESTRA	31
4.3.	RECOLECCIÓN DE DATOS	32
4.4.	INSTRUMENTOS	33
4.4.1.	Identificación de Peligros e Incidentes.....	33
4.4.2.	Definir la Probabilidad.....	34
4.4.3.	Definir Severidad del Riesgo.....	35
4.4.4.	Análisis de Tolerabilidad del Riesgo.....	36

4.4.5. Evaluación de Probabilidad/Severidad/Tolerabilidad.....	37
4.4.6. Definir las Actividades de Mejora.....	38
RESULTADOS DE TABLA PRIORIZACION DE RIESGOS.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
Anexo 1. Carta de Solicitud	61

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1. Modelo Conceptual	24
Ilustración 2. El Foco en la Identificación de los Peligros.....	27
Ilustración 3. Etapas de Gestión del Riesgo.....	28

Lista de Tablas

Tabla 1. Clasificación por Grupo de Trabajo de la Muestra de Personal del I.C.B.....	31
Tabla 2. Probabilidad del Riesgo.....	34
Tabla 3. Severidad de los Riesgos.....	35
Tabla 4. Matriz para la determinación del Riesgo.....	37
Tabla 5. Priorización de Riesgos del servicio de Hemodinamia y Electrofisiología.....	38
Tabla 6. Evaluación de Riesgos en el servicio de Hemodinamia y Electrofisiología	51

Lista de Anexos

Anexo 1. Carta de Solicitud permiso Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A para
proyecto de Auditoria en Salud ã 61

GLOSARIO EN IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 correctivas o preventivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las acciones correctivas y preventivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

ANALISIS DEL RIESGO: Determina la magnitud y la frecuencia con la que pueden ocurrir los eventos especificados

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

BARRERA DE SEGURIDAD: Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso

COMPLICACIÓN: Daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

EVALUACION DE RIESGOS Compara los niveles estimados de riesgo, contra los criterios pre-establecidos. Esto posibilita que los riesgos sean clasificados de modo que se identifiquen prioridades de gestión. Si los niveles de riesgo establecido son bajos, entonces los riesgos pueden encajar en una categoría aceptable, y es posible que no se requiera tratamiento

EVITAR EL RIESGO: No involucrarse en una situación de riesgo

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: 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.

FRECUENCIA: Número de ocurrencias de un evento en un tiempo determinado.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: 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 lo procesos de atención

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.

MITIGACIÓN: Control del riesgo

MONITOREAR: Verifica, supervisa, registra el progreso de una actividad, acción a fin de identificar cambios.

PELIGRO: Una actividad, una condición o un objeto con el potencial de causar lesiones a las personas, daño a los equipos o estructuras, pérdida de material o reducción de la capacidad de realizar una función prescrita

PROBALIDAD: Posibilidad de que ocurra un evento.

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.

SEVERIDAD: Son las posibles consecuencias o efectos de un evento o condición insegura.

RIESGO: Posibilidad de que suceda algo

REDUCCIÓN DEL RIESGO: Técnicas apropiadas y principios de gestión a fin de reducir la posibilidad de una ocurrencia o sus consecuencias.

TRATAMIENTO DEL RIESGO: Implementación de las opciones para ocuparse del riesgo

TOLERABILIDAD: Probabilidad de sufrir un daño que puede ser tolerado durante algún tiempo teniendo en cuenta los beneficios asociados y asumiendo que el riesgo es minimizado mediante apropiados procedimientos de control.

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.

DEDICATORIAS

DEDICATORIA MARTHA:

Dedico mi trabajo en primer lugar a Dios, mi fortaleza, luz y guía, a quien le debo la valiosa oportunidad de haber cursado y culminado mis estudios.

A mis padres, por creer en mí, por su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento y por estar a mi lado sosteniéndome cada vez que los necesité.

DEDICATORIA PAULINA:

A mi Señor Jesús y a mi Virgencita María por iluminarme y guiarme por el buen sendero.

A mi esposo, Jorge Juan Chérrez, quien me brindó su amor, su cariño, su estímulo, su apoyo constante, su comprensión y paciente espera para que pudiera terminar la especialización, son evidencia de su gran amor. ¡Gracias mi vida!

A mis adorados hijitos Sofía y Joaquín quienes me prestaron el tiempo que les pertenecía para terminar esta meta más y me motivaron siempre con sus sonrisas y su cariño. Les amo TODO ;

A mis padres, Patricia y Genaro quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

A mis queridos hermanos, Patty y Geovanny por sus palabras de aliento.

A mis abuelos Mamina (QEPD), Abila, Papito Rigo y Papepe quienes siempre me motivaron a seguir adelante y quienes nunca dudaron que lograría este triunfo. Este triunfo es de ustedes¡¡¡ Gracias por su ejemplo¡¡¡

Gracias Martha por tu constante apoyo y paciencia en el desarrollo de este trabajo

A mis amigas y compañeras de postgrado, LO LOGRAMOS ;

Y a todos aquellos que de una u otra manera nos brindaron su apoyo y ayuda para la culminación de nuestra tesis.

De todo corazón Dios les pague.....

Agradecimientos

Al Doctor Jaime López Gómez por sus invaluable conocimientos, aportes conceptuales y documentales en el tema de seguridad del paciente por su ayuda incondicional y su permanente disposición

Al Jefe Yaneth Carvajal Pérez, por sus valiosas orientaciones, aportes y conocimiento entregado.

Al profesor Rubén Darío Restrepo Avendaño Director del proyecto por su calidad humana, por su inmensa colaboración, orientaciones y herramientas que nos impulsaron a culminar nuestro proyecto.

A todos los docentes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y CES, por las enseñanzas, consejos y aportes a nuestra formación y al personal administrativo del postgrado de Auditoria en Salud por su permanente colaboración, orientación y respeto.

RESUMEN

TITULO

Identificar y Estratificar Riesgos Derivados de la Atención en salud en Hemodinamia y Electrofisiología Integrado al sistema de Seguridad del paciente del Instituto del corazón de Bucaramanga S.A. del segundo semestre del 2012

AUTORES

Paulina Irene Reivan Ortiz

Martha Cecilia Rodríguez Martínez

PALABRAS CLAVES

Identificar, estratificar, riesgo, probabilidad, severidad, tolerabilidad, mitigar, seguridad del paciente, atención en salud,

DESCRIPCIÓN

El tipo de estudio realizado va alineado con las estrategias de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de la Protección Social y en cumplimiento de la política institucional de seguridad de paciente en lo relacionado con la identificación de riesgos; se determinó identificar los riesgos derivados de la atención en salud en el servicio de Hemodinamia y Electrofisiología con el fin de enfrentar, controlar y mitigar el riesgo, para que no ocurra el evento adverso. Con la información obtenida en el servicio, se listan riesgos en cada uno de los nueve estándares de habilitación, se plantean tablas que permiten clasificar la probabilidad y severidad del riesgo, y así determinar a través de la matriz de evaluación el nivel del riesgo, que se obtiene de la combinación entre la severidad del riesgo y su probabilidad de ocurrencia. Es necesario obtener una valoración cualitativa completa del riesgo de la atención en salud definiendo así la tolerabilidad, De los resultados obtenidos se hará un Diagnóstico priorizado de los problemas potenciales, se dirigirán al asunto de más alto rango y al más crítico para minimizar el riesgo, se definirá un plan de monitoreo y

seguimiento al plan de mejoramiento en forma oportuna en procura de fortalecer la atención segura en la institución.

1. FORMULACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación de los riesgos surgió en los últimos años a raíz de los estudios realizados en el campo medioambiental, y los pasos que generalmente entraña el proceso de evaluación de dichos riesgos , pueden adaptarse y aplicarse más concretamente al análisis de los riesgos sanitarios, de otro lado el interés por los riesgos para la salud ha existido a lo largo de la historia, pero durante los últimos decenios ese interés no sólo se ha intensificado sino que ha comenzado a incluir otras perspectivas . El campo del análisis de riesgos ha evolucionado rápidamente, pasando a centrarse en la definición, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana. Este conjunto de actividades es lo que en términos generales se conoce como evaluación de riesgos. Aunque es evidente que desde hace tiempo hay un gran interés por la comparación de los riesgos que plantean distintas amenazas para la salud, hasta hace relativamente poco no se han elaborado marcos formales. .

Con la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud en Colombia, actualizado mediante Decreto 1011 de 2006, se busca mejorar la prestación de los Servicios de Salud a los usuarios del Sistema de Seguridad Social, mediante la formulación de conceptos básicos para entender la dimensión de calidad de atención en salud. . Formulando los postulados a partir de los cuales se diseñan e implementa un sistema de Garantía de Calidad en servicios de Salud.

Desde el punto de vista asistencial en el servicio de Hemodinamia y Electrofisiología del Instituto del Corazón de Bucaramanga se realizan procedimientos de cardiología intervencionista y apoyo diagnóstico de alta tecnología en las diferentes patologías de orden cardiovascular, es importante identificar los riesgos en la Institución, de acuerdo a su probabilidad de ocurrencia y severidad desde el punto de vista de su

impacto, para posteriormente clasificarlos dentro de los posibles INCIDENTES ñ COMPLICACIONES o EVENTOS ADVERSOS. Esto ayuda a la institución para analizar el proceso de atención, identificando las barreras y acciones inseguras con el fin con el fin de mitigar su riesgo de ocurrencia y desenlace.

Se tomaron como referente conceptual los lineamientos expuestos en los requisitos de habilitación para Instituciones Prestadoras de servicios de Salud en sus diferentes niveles de complejidad, tales como: Recurso Humano, instalaciones Físicas, equipos, medicamentos y dispositivos Médicos, protocolos y guías médicas, registros en la Historia Clínica, interrelación con los demás servicios, proceso de referencia y contrareferencia.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

El Instituto del Corazón de Bucaramanga viene mostrando un desarrollo muy importante , el cual exige la puesta en marcha de un sistema de seguridad del paciente, por ello se vio la importancia de generar la estratificación de riesgos en los diferentes servicios.

Para este proyecto se planea categorizar los riesgos que hay en el área de hemodinamia y electrofisiología, las cuales pertenecen a una amplia rama de la cardiología intervencionista. Entendiéndose la gestión de riesgo en salud como la intervención oportuna sobre los factores generadores de un desenlace no esperado en el paciente, o grupo de trabajo para lo cual en el presente trabajo iremos a ilustrar los pasos fundamentales para la implementación de un modelo de estratificación de riesgos en cardiología intervencionista, siendo su propósito esencial la disminución de los incidentes y eventos adversos.

Procurando fortalecer el ámbito de la cultura organizacional como pilar fundamental para el sostenimiento del sistema de seguridad del paciente.

Esto implica un cambio organizacional que requiere la motivación y participación de todo el componente administrativo-asistencial, para lo cual se necesita de un liderazgo ejercido desde la gerencia, de manera que se dimensione la organización como un todo integrando áreas, procesos y procedimientos.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar y estratificar riesgos derivados de la atención en salud en hemodinamia y electrofisiología integrado al Sistema de Seguridad del Paciente del Instituto del Corazón de Bucaramanga s.a.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los riesgos e incidentes en el servicio de hemodinamia y electrofisiología.
- Clasificar los riesgos de acuerdo a las tablas de probabilidad, severidad y tolerabilidad, del riesgo.
- Orientar al servicio de Hemodinamia y Electrofisdiologia del Instituto del Corazón de Bucaramanga sobre las acciones de mejoramiento a seguir con base en la priorización de riesgos en la atención de pacientes

3. MARCO TEÓRICO

Partimos desde la normativa Colombiana para enmarcar mejor nuestro proyecto, citando a continuación las más relevantes dentro de nuestro estudio.

3.1. Ley 10 de 1990 por al cual se organiza el sistema Nacional de Salud (3)

Mediante esta ley nace el fundamento de la descentralización de servicios de salud en Colombia, para posteriormente ser complementada con la ley 100 de 1993 la cual estableció una reforma sustancial en el sector salud .para posteriormente re-estructurarse con la Ley 100 de 1993. Entre los principios que orientaron la reforma figuraba la equidad ocupando un lugar importante, al ser entendida como la provisión gradual de servicios de salud con un enfoque integral de calidad para todos los habitantes del territorio nacional, independiente de su capacidad de pago.

Su enfoque principal consistió en formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.

A partir de esta ley 100/93 se inició la expedición de la normatividad sobre las condiciones del aseguramiento, las políticas de calidad y la gestión de riesgo en la prestación de servicios de salud; de obligatorio cumplimiento por parte de entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios y los diferentes entes territoriales.

3.2. Enfoque del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud SOGCSC.

Con base en el decreto 1011 de 2006 lo fundamental para el SOGCS en salud es promover una cultura de calidad al interior de sus principales actores así como originar las pautas relacionadas con la gestión de riesgo en la prestación de los servicios.

Características del SOGCS. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud deberá cumplir con las siguientes características: **Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad.**

3.3. Resolución Número 1446 del 8 de Mayo de 2006, (Ministerio de la Protección Social) Indicadores en salud. (2)

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud.

Esta resolución establece los eventos adversos TRAZADORES como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, o a consecuencia del curso clínico de la enfermedad, y menos frecuente relacionado con una acción voluntaria. Las cuales dependiendo de su magnitud pueden ocasionar diversas secuelas en el paciente.

3.4. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Ministerio de la Protección Social

(6)

El proceso de habilitación tiene como propósito fundamental el cumplimiento de los requisitos esenciales para lograr el certificado de habilitación en la prestación de los servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad.

Estableciendo los criterios básicos de estructura, proceso y resultado que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud, a saber:

- ✓ Capacidad tecnológica y científica
- ✓ Suficiencia Patrimonial y Financiera
- ✓ Capacidad técnico-administrativa

3.5. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA (1)

Tomamos en consideración el texto de la plataforma virtual del observatorio de la calidad de la atención en salud en Colombia que cita lo siguiente:

3.5.1. Definición Seguridad del Paciente:

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

La Política de Seguridad del Paciente, expedida en junio de 2008 por el Ministerio de la Protección Social, es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre

Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

3.5.2. Los lineamientos para la Implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia (Bogotá, 11 de junio de 2008) (7)

3.5.2.1. INTRODUCCIÓN

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el ministerio de protección social, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es 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.

Actualmente las tecnologías en salud implementadas en Colombia han 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.

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.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en relación a la intervención del riesgo, así pues, cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre un daño o lesión en su integridad física. Hecho que repercute directamente sobre el profesional hasta señalar de manera presuntiva algún grado de culpabilidad. La Seguridad del Paciente exige entonces la evaluación permanente y proactiva de los factores implicados en la probabilidad, frecuencia y severidad de los eventos adversos.

3.5.2.2. *LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA*

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. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

- ✓ **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- ✓ **Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- ✓ **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- ✓ **Multicausalidad.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- ✓ **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- ✓ **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

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

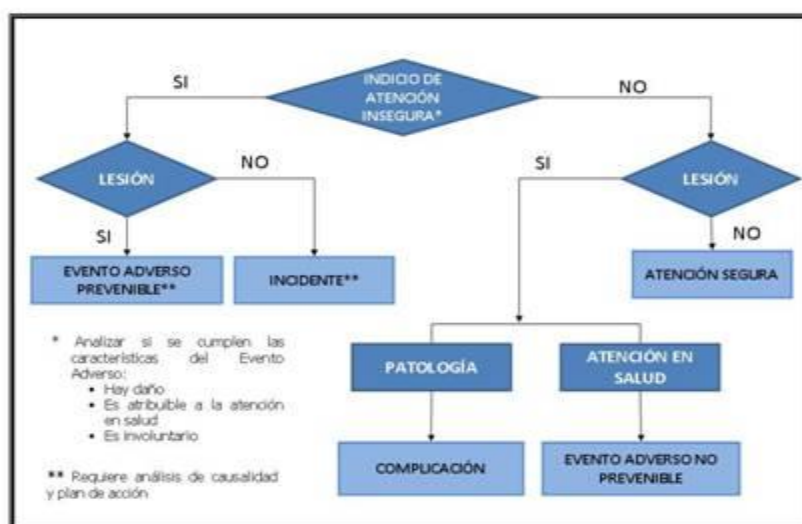
3.5.2.3. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Homologar la terminología a utilizar en el país.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

3.5.2.4. **MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES BÁSICAS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

El siguiente gráfico muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este documento. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.

Ilustración 1. Modelo Conceptual



Fuente: Guía del evento adverso y seguridad del paciente de IPS UCC.

3.6. LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA 5254

Es emitida en agosto de 2006 por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). Esta norma trata sobre la Gestión de riesgo, siendo una traducción idéntica de la norma Australiana AS/NZ 24. La gestión del riesgo en salud en Colombia 4360:2004 (Australian/New Zealand Standard, 2004), para

gestión de riesgos reconocida a nivel mundial. Esta norma define riesgo como da oportunidad de que suceda algo que tendrá impacto en los objetivos y lo trata no como un peligro o impacto negativo (el impacto puede ser positivo o negativo), sino como una exposición a las consecuencias de la incertidumbre o a las desviaciones potenciales con respecto a lo que se planifica o espera. Adicionalmente define gestión del riesgo como da cultura, procesos y estructuras dirigidas a obtener oportunidades potenciales mientras se administran los eventos adversos (ICONTEC, 2006). El proceso de gestión del riesgo según esta norma consiste en la aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de gestión a las labores de comunicar, establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorizar y revisar los riesgos asociados a cualquier actividad, función o proceso.

De acuerdo a lo anterior los elementos abordados por la norma Australiana son:

Comunicar, consultar, establecer el contexto, identificar, analizar y evaluar los riesgos, tratamiento de los riesgos, monitoreo y revisión. Esta metodología se dirige a empresas de todos los sectores y categorías, pretendiendo especificar los elementos genéricos constitutivos de un proceso de gestión de riesgo, que pueden ser tomados libremente por cualquier organización y adaptarlos a sus propias necesidades y particularidades. Por lo tanto la implementación de estos elementos debe ser particular, se debe adaptar y abordar según el tipo de industria, sector económico o el tipo de organización o grupo.

IMPORTANCIA DEL RIESGO

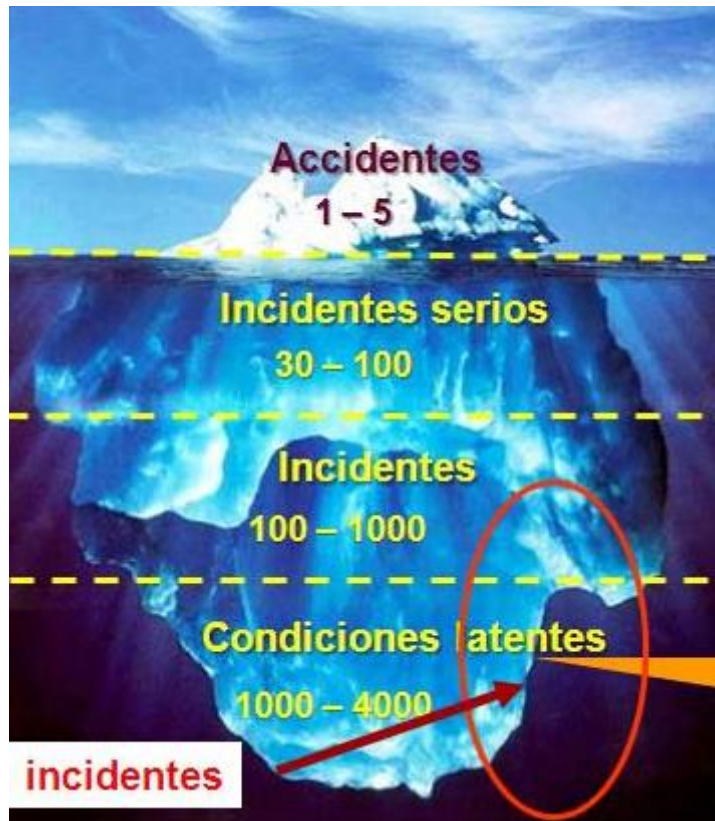
Independientemente del sector en que sea aplicado este concepto, la gestión del riesgo es un proceso sistemático que permite la mejora continua en la toma de decisiones, la planificación y en consecuencia, el desempeño de las organizaciones, en aras de lograr minimización de las pérdidas y maximización de ganancias. Este proceso le permite a la organización que la implementa, la mejor identificación de oportunidades y amenazas, además de generar valor a partir de la incertidumbre y variabilidad, junto con la asignación y ejecución más eficientemente los recursos,

mejorando la gestión de incidentes y reducción en pérdidas y el costo de riesgo, adicionalmente mejorar la confianza con sus contrapartes y adelantar de mejor forma el proceso directivo de la Organización (ICONTEC, 2006).

Las organizaciones que logran la gestión del riesgo de forma eficaz y eficiente tienen mayores probabilidades de alcanzar sus objetivos a un menor costo. Para esto la gestión del riesgo debería ser promovida por todos los miembros y dependencias de la organización, para lo cual debería estar involucrada dentro de la cultura y planificación estratégica (ICONTEC, 2006)

Adicionalmente la gestión de riesgo permite: mejorar la eficacia y eficiencia operacional, mejorar los controles, aumentar las prestaciones en materia de salud y seguridad, así como la protección ambiental, mejorar el aprendizaje y la resiliencia en la organización. Por otra parte crea, protege el valor (contribuye al logro de objetivos y mejora el desempeño), y facilita la mejora continua de la organización (ISO, 2009)

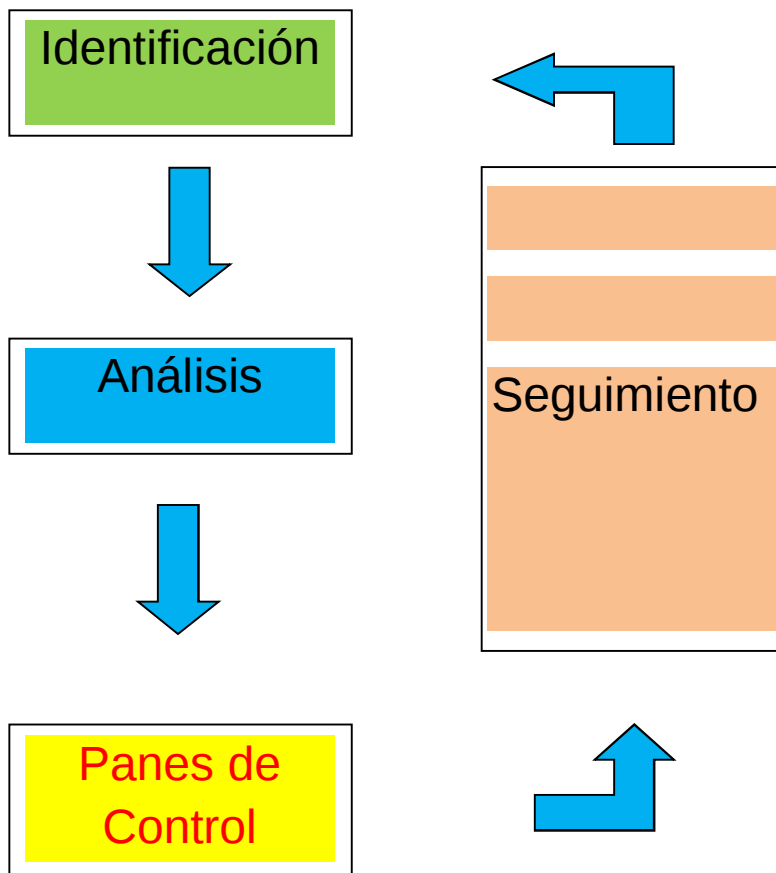
Ilustración 2. El Foco en la Identificación de los Peligros



Fuente: Metodología para la identificación de incidentes ICONTEC

El área oculta del iceberg revela las condiciones relacionadas con el ambiente físico, infraestructura, cumplimiento de protocolos y guías de atención integral, que deben ser evaluados en forma permanente para evitar los accidentes, en esta área se catalogan los nominados casi errores.

Ilustración 3. Etapas de Gestión del Riesgo.



Fuente: Centro de Gestión Hospitalaria

Análisis del riesgo

Magnitud

Ç Probabilidad de aparición

Trascendencia

Ç Gravedad clínica

Ç Impacto económico

Ç Repercusiones sociales, legales, etc.

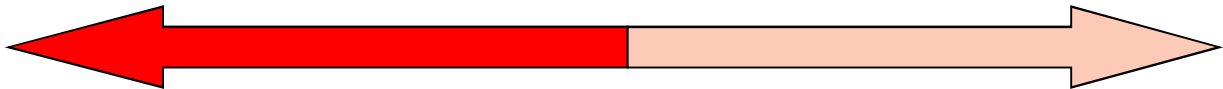
Evitabilidad

Ç Factibilidad científica y económica

Ç Estrategia de reducción

Ç Riesgo residual (12)

MAGNITUD DEL RIESGO

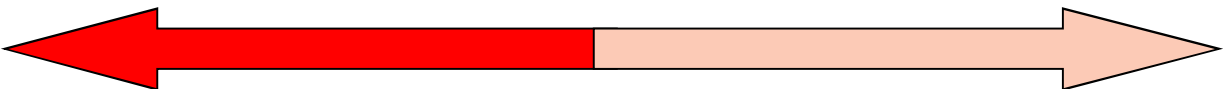


FRECUENTE - PROBABLE - OCASIONAL - INFRECUENTE - RARO

Fuente: Centro de Gestión Hospitalaria

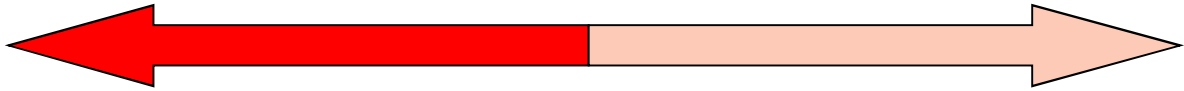
TRASCENDENCIA DEL RIESGO

Gravedad



Éxito ñ Amenaza - Incapacidad - Intervención ñ Prolongación
de muerte permanente médica o de estancia/
o total quirúrgica reingreso

Impacto



Catastrófico ñ Importante ñ Moderado ñ Pequeño - Insignificante

Fuente: Centro de Gestión Hospitalaria

3.7 DESCRIPCION DEL INSTITUTO DEL CORAZON DE BUCARAMANGA S.A. (8)

NOMBRE DE LA EMPRESA: INSTITUTO DEL CORAZON DE BUCARAMANGA S.A.

ACTIVIDAD COMERCIAL: Prestación de servicios de salud en el área de cardiología especializada

RESEÑA HISTORICA:

El Instituto del Corazón de Bucaramanga, es una entidad privada fundada en el 2003 por un reconocido grupo de médicos especialistas en cardiología con un proyecto de expansión de la oferta de los servicios de cardiología en el oriente Colombiano.

POLITICA DE CALIDAD:

Es política de calidad en el Instituto del Corazón de Bucaramanga, prestar servicios de salud en el área cardiovascular, cumpliendo con los requisitos e implementando mecanismos de planificación, ejecución, verificación, y optimización de los procesos a fin de satisfacer las necesidades de nuestros clientes, ofreciendo tecnología

adecuada apoyada en la permanente capacitación del personal y mejoramiento continuo.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un modelo descriptivo del servicio de Cardiología Intervencionista, donde se identifican los potenciales riesgos que inciden directa o indirectamente en la ocurrencia de un resultado no esperado.

4.2. POBLACION DE REFERENCIA Y MUESTRA

El presente estudio se realiza en una empresa dedicada a la prestación de servicios de cardiología ubicada en la ciudad de Bucaramanga en el proceso de Hemodinamia y Electrofisiología.

La población empleada en el proceso fue de 23 trabajadores, en la siguiente tabla se presenta una distribución por grupo de trabajo del I.C.B.

Tabla 1. Clasificación por Grupo de Trabajo de la Muestra de Personal del I.C.B.

GRUPO DE INTERVENCIÓN	MEDICOS	SECRETARIAS	ENFERMERAS	AUXILIARES ENFERMERIA
ASISTENCIAL	2 Hemodinamistas y 2 Electro- fisiólogos		1 Sala de Recuperación 1 Sala de Procedimientos	12
ADMINISTRATIVO		3 en Admisiones	1 Administrativa	

Fuente: Personal del Instituto del Corazón de Bucaramanga Obtenidos por el Jefe de Calidad.

Todo el personal Administrativo y Asistencial que labora en el Instituto del Corazón de Bucaramanga, en el servicio de Hemodinamia y Electrofisiología, ubicado en el Departamento de Santander que corresponde a un total de 20 personas.

4.3. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se programa una reunión concertada con la jefe de enfermería del área respectiva, Se citará a todo el personal que laboran en el servicio.

En la reunión con los especialistas, la información para la estratificación del riesgo se realizara en el grupo primario realizado por el director médico teniendo en cuenta los 9 estándares de Habilitación.

Se tuvo en cuenta los estándares de habilitación para identificar los riesgos ya que exige a la Institución Prestadora de Servicios de Salud la generación de estrategias de calidad y mejoramiento continuo para cubrir varios ámbitos que puedan afectar eventualmente los servicios prestados, a fin de asegurar el cumplimiento de sus objetivos de calidad hacia sus pacientes.

Exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento de los procesos, incentivando el trabajo en equipo y obliga hacer una evaluación interna a, la Institución de manera objetiva, con el fin de establecer planes de mejora continua orientados hacia mejores resultados en salud.

4.4. INSTRUMENTOS

4.4.1. Identificación de Peligros e Incidentes.

En reunión grupal se presentará los conceptos generales de Riesgo, probabilidad y Severidad, tolerabilidad

- Se entrega un formato para que cada asistente diligencie desde su perspectiva los ítems de riesgo relacionados con todas las situaciones que puedan ocasionar un riesgo al momento de atender a un paciente relacionadas con
- Talento Humano
- Instalaciones Físicas
- Equipos
- Medicamentos y Dispositivos Médicos
- Protocolos y Guías Médicas
- Registros en la Historia Clínica
- Interrelación con los demás servicios: consulta, falla cardíaca, MDNI, Cx, Investigaciones
- Proceso de Referencia y Contra referencia

Se realiza una reunión del grupo asistencial del servicio de hemodinamia y electrofisiología en la cual se organiza la información de los riesgos encontrados por cada uno de ellos en los diferentes estándares de habilitación.

Se da explicación del manejo de la matriz de probabilidad severidad y tolerabilidad del riesgo, para asignar el valor al riesgo.

4.4.2. Definir la Probabilidad

Con base a la información requerida el riesgo debe ser evaluado, con el fin de clasificarlo en cuanto a su probabilidad; Por cada categoría se debe plantear, no solo una palabra que la describa, sino la razón aritmética que la defina. Una probabilidad es una *“Razón aritmética”* que cuenta con un *“numerador”* y un *“denominador”*. Ver (Anexo 1).

Tabla 2. Probabilidad del Riesgo.

PROBABILITY OF RISK		
DEFINITION QUANTITATIVE	PROBABILITY OF RISK	Value
Frecuente	Probable that it will occur many times (has occurred frequently)	5
Ocasional	Probable that it will occur some times (has occurred infrequently)	4
Remoto	Impossible, but it is possible that it will occur (occurs rarely)	3
Improbable	Very improbable that it will occur (no one knows that it has occurred)	2
Extremadamente improbable	Almost inconceivable that the event will occur	1

**Fuente: Mejoramiento del Programa de Seguridad del Paciente Modulo 6
ICONTEC Internacional**

4.4.3. Definir Severidad del Riesgo

Para interpretar la siguiente tabla de severidad de riesgo se tuvieron en cuenta los criterios de PROBABILIDAD y SEVERIDAD. La severidad del riesgo es definida como la consecuencia posible de un evento o condición inseguros, tomando como referencia la consecuencia de mayor magnitud como máxima calificación (5) y como mínima la situación de menor impacto y probabilidad (1) previsible. Al desarrollarlo se hará con base en su tipo de provisión de servicios y los daños potenciales previsible. De cualquier manera cada definición cualitativa deberá ser clara y consecuente con parámetros reales de severidad teniendo en cuenta potenciales daños a personas o equipamiento, infraestructura, o en general en la provisión de sus servicio que afectare la operación en su conjunto.

Tabla 3. Severidad de los Riesgos.

SEVERIDAD DE LOS RIESGOS		
DEFINICIONES	SIGNIFICADO	VALOR
Catastrófico	* Muertes múltiples, Muerte del paciente, Invalidez de mas de 50% * Destrucción daños severos infraestructura o equipos	A
Peligroso	* Una reducción importante de los márgenes de seguridad, daño físico o unas condiciones de trabajo tales, que los operadores no puedan controlar los riesgos. * Lesiones o secuelas permanentes * Daños mayores a pacientes, equipos o infraestructura	B

Mayor	* Una reducción significativa de los márgenes de seguridad, una reducción en la habilidad del operador en responder a condiciones operativas adversas como el resultado del incremento de la carga de trabajo, o como resultado de condiciones que impiden su eficiencia. * Incidente serio. * Lesiones temporales a las personas	C
Menor	*Paciente insatisfecho * Aumento de tramites administrativos * Incidentes Menores	D
Insignificante	* Consecuencias leves	E

**Fuente: Mejoramiento del Programa de Seguridad del Paciente Modulo 6
ICONTEC Internacional**

4.4.4. Análisis de Tolerabilidad del Riesgo

Una vez se han definido las tablas de probabilidad y de severidad para los eventos que atañen a los riesgos de la organización, el siguiente paso es definir la Tolerabilidad del riesgo. Es necesario obtener una valoración cualitativa completa del riesgo de la atención en salud. Esto se logra combinando la probabilidad y la severidad. Tal combinación proporcionará un índice de riesgo, que resulta en una combinación alfanumérica, es una representación de un potencial escenario natural. Ahora, la tabla no solamente será el resultado de cruce entre probabilidad y severidad, sino que se debe clasificar los índices resultantes del cruce, según su tolerabilidad al riesgo. Así por ejemplo LA ZONA EN ROJO representa el conjunto

de riesgos de alto impacto y en consecuencia significa una zona de NO TOLERABILIDAD DE RIESGO. Posteriormente LA ZONA DE COLOR AMARILLO representa el conjunto de riesgos objeto de monitoreo permanente con el fin de no convertirlos en inminentes. Y en COLOR VERDE se sitúan los riesgos de menor índice de ocurrencia e impacto tanto en el grupo asistencial como en el paciente mismo.

Tabla 4. Matriz para la determinación del Riesgo.

Probabilidad del Riesgo	SEVERIDAD DEL RIESGO				
	Catastrófico A	Peligroso B	Mayor C	Menor D	Insignificante E
Frecuente 5	5 ^a	5B	5C	5D	5E
Ocasional 4	4 ^a	4B	4C	4D	4E
Remoto 3	3 ^a	3B	3C	3D	3E
Improbable 2	2 ^a	2B	2C	2D	2E
Extremadamente improbable 1	1 ^a	1B	1C	1D	1E

**Fuente: Mejoramiento del Programa de Seguridad del Paciente Modulo 6
ICONTEC Internacional**

4.4.5. Evaluación de Probabilidad/Severidad/Tolerabilidad

Se realizará un grupo focal con integrantes del servicio con el fin de construir las respectivas barreras de seguridad, las alertas y los mecanismos de mitigación y realizar la priorización de las intervenciones.

4.4.6. Definir las Actividades de Mejora

De los resultados obtenidos se hará un Diagnóstico priorizado de los problemas potenciales, se establece un plan para tomar Acciones Preventivas, correctivas se dirigirán al asunto de más alto rango y al más crítico para minimizar el riesgo, se definirá un plan de monitoreo y seguimiento al plan de mejoramiento.

RESULTADOS DE TABLA PRIORIZACION DE RIESGOS

Tabla 5. Priorización de Riesgos del servicio de Hemodinamia y Electrofisiología.

TABLA PARA LA PRIORIZACION DE RIESGOS DEL SERVICIO DE HEMODINAMIA Y ELECTROFISIOLOGIA	PROBALIDAD	SEVERDAD	RIESGO
ITEM DE RIESGO			
TALENTO HUMANO			
1. No existe el proceso de referencia y contrareferencia por el volumen de pacientes, en el teléfono, correos, fax, pacientes hospitalizados, para centralizarlo el servicio	4	D	4D
2. Falta de personal asistencial: Incumplimiento a capacitaciones Fallas en el proceso de inducción del personal cuando ingresa al servicio	4	C	4C
3. Falta de capacitación al personal en : Medicamentos en insumos, en dispositivos	5	C	5C
4. Priorizar procedimientos	1	D	1D
5. Recarga laboral: Por falta de personal se duplica el trabajo, falta de oportunidad en salas de procedimientos	5	A	5A
6. Inducción incompleta: Personal asistencial nuevo no es capacitado adecuadamente, desconocen actividades propias del	5	B	5B

servicio, el personal nuevo de enfermería, no tiene conocimientos en estudios que se hacen en hemodinamia			
7. Cansancio Laboral: Jornadas Largas, no se respetan los horarios del personal, horario en estudios de hemodinamia, no empiezan a la hora programada	5	A	5A
8. Presión por generar horas extra	5	A	5A
9. Organizar proceso de esterilización: Falta personal	5	A	5A
10. Fallas en la comunicación : Saber hablar al personal, sin lastimar ni hacerlo sentir mal, Mejorar trato de enfermera - auxiliar	5	E	5E
11. Tiempo de espera: no empiezan a la hora programada los estudios de hemodinamia y electrofisiología	5	D	5D
12. Estrés laboral	5	A	5A
13. Capacitación en pediatría en nuevos insumos y dispositivos médicos			
14. Oportunidad en salas de procedimientos	4	D	4D
15. Oportunidad en cardiólogos hemodinamistas	5	D	5D
INSTALACIONES FISICAS			
16. Separar el lavado del material, acceso estrecho	5	B	5B
17. Sala de recuperación pequeña, para el volumen de estudios que se hacen	5	B	5B
18. En sala de hemodinamia hay equipos y cables atravesados	5	B	5B
19. En el cuarto de lavado hay demasiado ruido	5	B	5B
20. Falta extractor de olores. Cañería del lavado	5	D	5D
21. Poca ventilación	5	D	5D
22. Lavamanos en el servicio de Hemodinamia	5	E	5E
23. Demoran en arreglos, de equipos.	4	B	4B
24. Camillas grandes, y sillas en el servicio de recuperación	5	C	5C

25. Cortinas apropiadas en sala de recuperación para garantizar la privacidad	5	D	5D
26. Falta antideslizantes en baño de recuperación	5	D	5D
27. Falta de un sitio específico para equipos de Hemodinamia, para despejar la sala, y reduzca el riesgo de infección y acumulo de polvo	5	A	5A
28. piezas completas para los equipos de succión.	3	D	3D
29. Falta un lugar donde la gente pueda tomar algo, para evitar sentarse en las escaleras	5	D	5D
30. Techo de sala de Hemodinamia oxidado	5	C	5C
31. Sala de material: falta aire acondicionado	5	D	5D
32. Lámpara del marcapaso no es la adecuada	5	B	5B
33. Ubicación de residuos, es incómodo para el paso y obstáculo para la ruta de evacuación	5	B	5B
34. Falta un sitio para hacer labores administrativas	5	E	5E
35. Falta otro baño	5	E	5E
36. Aislamiento del área de procedimientos, con personal externo	5	B	5B
37. Organización de los equipos de la sala durante los procedimientos	5	D	5D
38. Interdependencia y autonomía del servicio de cardiología y eco pediátrico	5	D	5D
EQUIPOS			
39. Capacitación en equipos	4	A	4A
40. Fuente de Marcapasos transitorio en la sede de Floridablanca	5	A	5A
41. Consolas insuficientes	4	A	4A
42. Demora en equipos dañados	4	B	4B
43. Falta monitoria invasiva para equipos de recuperación	5	C	5C
44. Falta de cables de monitoria invasiva en el monitoreo de transporte	5	C	5C
45. Falta instructivo limpieza de equipos	5	A	5A
46. Lámpara de cuello de cisne insuficiente	2	D	2D
47. En sala fallan bombillos	4	C	4C

48. Hay muchos equipos en sala	5	A	5A
49. En la parte de encendido del equipo hay bastante ruido	2	D	2D
50. En la sala de material no sirve el extractor	5	D	5D
51. mesa con los pies oxidados	4	E	4E
52. Mantenimiento a computadores, el sistema es lento, impresoras se traban con frecuencia el gasto del tóner es alto	4	B	4B
53. Renovación de tecnología en mapeo electro anatómico	4	B	4B
54. Mejorar espacio mesa basculante	4	E	4E
55. Falla técnica equipo hemodinamia, no comunican a tiempo	4	C	4C
56. Comunicación de resultados de mantenimiento de equipos	5	B	5B
57. Computador adecuado para abrir CD de ECO para junta médica	4	D	4D
58. falta de transductor para ecocardiograma fetal	5	B	5B
59. Sonda de Transesofágico por el transoperatorio	4	B	4B
60. En la mesa basculante hay discontinuidad en el equipo de peso (disponibilidad Irregular)	4	B	4B
61. Recalentamiento del angiógrafo	4	B	4B
62. Fallas recientes de monitoreo	4	C	4C
63. Falta fuente de marcapaso	5	D	5D
MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS			
64. Medicamentos y material se vencen: No rotan, Insumo de intubación que está vencido y se están pasando a los diferentes servicios, Compran demasiados productos y se vencen muy rápido, productos que no rotan con frecuencia	4	B	4B
65. Conocimiento en dispositivos, uso de hemoderivados	5	A	5A
66. No hay medicamentos suficientes para la tarde en el servicio, y cuando se necesitan en el almacén no están	4	A	4A
67. Recordar a las personas las buenas practicas seguras para la admón. de medicamentos, se hacen las cosa por inercia, no se fijan en lo que se hace	4	A	4A
68. Falta de socialización de proveedores	4	B	4B
69. Falta semaforización dados en los servicios	4	E	4E
70. Insumo de intubación que esta vencido y se están pasando a los diferentes servicios	4	B	4B

71. Compran demasiados productos y se vencen muy rápido, productos que no rotan con frecuencia	4	B	4B
72. Los insumos clase B tienen poca rotación	5	D	5D
73. Hay insumos que se re esterilizan que no se vuelven a usar y esto ocasiona congestión de elementos	4	D	4D
74. Falta de disponibilidad de dispositivos por demora en pagos.	4	C	4C
75. Hay medicamentos del mismo color y presentación por tal motivo toca leer detenidamente para asegurar que es el medicamento indicado, tales como ranitidina, dipirona, atropina, metoclopramida entre otras, muchas veces llegan medicamentos sin sus respectivas señalizaciones próximas a vencer	5	A	5A
PROTOCOLOS Y GUIA MEDICAS			
76. Desconocimiento en Protocolos de enfermería no conocen, ej. Venopunción, notas de enfermería, medicamentos referencia y contra referencia.	5	C	5C
77. Falta guía medicas	5	C	5C
78. Falta habilitación de guías de enfermería de Hemodinamia, electrofisiología	3	D	3D
79. Lavado de material, protocolo de manejo de consolas.	5	B	5B
80. Falta conocimiento de consentimiento informado, cuando el paciente no tiene familia, o va entubado, si es correcto colocar al menos la huella	5	E	5E
81. Protocolos de pacientes especiales, como renal VIH, hepatitis, pacientes con electrodos	4	C	4C
82. Desconocimiento de enfermería en cuanto a protocolos y guías	5	B	5B
83. unificar el manejo de pacientes en las dos sedes	5	A	5A
84. Inducción incompleta, desconocimiento de guías y protocolos	5	B	5B
REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS			
85. Hoja de gastos: no entienden su diligenciamiento	4	E	4E
86. Corto tiempo para hacer notas de enfermería	5	A	5A
87. Hay insumos que no se encuentran en el sistema, y hay que esperar hasta el otro día, para hacer hoja de gasto, y se	5	B	5B

olvidan insumos por relacionar para su cobro.			
88. Los pacientes hospitalizados traen información incompleta, para dar un mejor servicio	5	A	5A
89. Control en las notas de enfermería: buscan en sala de recuperación, porque los médicos las piden, pero no hay un control para que regrese la nota de enfermería a la sala de recuperación	5	A	5A
90. Falta de oportunidad en los formatos no POS por parte de especialistas	5	A	5A
91. Falta de encargado de métodos dx en el acompañamiento de la junta medica para dar oportunidad en la entrega	5	D	5D
92. La HISTORIA CLINICA de la sede de Floridablanca debe cambiar o manejarse diferente no queda tiempo, espacio para llenar adecuadamente, a veces no se puede ni tomar la huella, los pacientes van sin familia el PTE no ve, no sabe leer.	5	C	5C
93. Cuidado con el consecutivo de estudios de Hemodinamia y pediatría	5	A	5A
94. Perdida de CD del estudio que se entregan a las secretarias de Hemodinamia.	3	B	3B
95. Existe el riesgo que se borre la información de registros que se hagan si no se cierra correctamente el Clinic on line (software)	2	D	2D
96. Consentimientos informados incompletos	2	D	2D
97. Los pacientes se van sin informes, sin historia clínica, quedan sin reclamar en el servicio	4	C	4C
98. Control en hojas de enfermería, especialmente pediatría, ya que todos los empleados médicos cogen las historias y después nadie responde.	5	B	5B
99. No hay donde registrar los medicamentos que gastan, con los pacientes después del procedimiento, ya que el paciente ha salido de la sala, el personal ya ha hecho su cobro en la hoja de gastos	2	D	2D
100. Demora realización de Historia Clínica de pacientes que	4	D	4D

se hospitalizan			
101. Falta de registro en la Historia Clínica del número del dispositivo en la hoja de Hemodinamia	5	D	5D
102. Error en anotaciones de enfermería	5	B	5B
103. Falta de acceso a Historia Clínica del Instituto en la ronda de clínica Floridablanca	5	C	5C
INTERRELACIÓN CON LOS DEMÁS SERVICIOS: CONSULTA, FALLA CARDIACA MDNI, CX, INVESTIGACIONES			
104. En la sede de Floridablanca problemas con la llevada y la traída de los pacientes	5	A	5A
105. La entrega de pacientes de sala de recuperación que son trasladados en ambulancia el personal encargado no esta pendiente del paciente.	5	A	5A
106. Con el servicio de Métodos Diagnósticos no Invasivos cuando son atendidos en la clínica no devuelven los reprogramadores y el recibido, El Personal asistencial de Métodos Diagnósticos No Invasivos no está pendiente en la sala de recuperación de sus pacientes, entrega oportuna junta médica: el horario, fecha y límite	5	D	5D
107. Los pacientes que traen de métodos diagnósticos no invasivos los entregan sin monitoria ni oxígeno.	5	C	5C
108. El personal del proceso de investigaciones dejan al paciente en recuperación se van y no lo dejan organizado.	2	D	2D
109. Los pacientes de ecocardiograma pasan por todo el servicio sin control	5	A	5A
110. No se llaman a tiempo las ambulancias para que recojan los pacientes de eco	2	D	2D
111. Falta de apoyo del personal de MDNI en sala de recuperación	5	A	5A
112. No entrega de pacientes de investigaciones a los pisos de traslado	5	B	5B
113. Informar al personal de recuperación o sala de Hemodinamia de situaciones especiales con respecto a pacientes que se van a manejar	5	A	5A

114. Realizar juntas presenciales por los servicios dados que se toman decisiones y no siempre son aplicadas a los pacientes, o en el momento de hacerlas efectiva desde el punto de vista clínico se cambian las decisiones.	5	C	5C
115. Falta de prioridad para el ICB en cuánto a la asignación de habitaciones por parte de la clínica que hay contrato ya que se les entrega una lista de la programación y muchas veces nos toca dejar los pacientes en urgencias y tenemos que quedarnos, cuidando los paciente en nuestros servicios.	5	A	5A
PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA			
116. El traslado de pacientes, material en la sede de Floridablanca algún carrito para el traslado de pacientes	5	C	5C
117. No se conocen las redes de urgencias de las distintas EPS con las que tiene convenio la Institución	4	C	4C
118. Demora en ambulancia para el traslado de pacientes	4	B	4B
119. Tiempo de espera pacientes a sala de Hemodinamia	4	B	4B
120. Desconocimientos de documentos que el paciente debe presentar cuando viene hospitalizado	4	D	4D
121. Dificultad con el proceso de hospitalización de la clínica que presta el servicio al Instituto	5	A	5A
122. Se corre el riesgo de fallas en la comunicación con respecto a laboratorios y autorizaciones, hay una persona en ese cargo, de autorizaciones pero no hace todo el proceso completo de referenciarían y lo realizan las secretarias de admisiones.	4	D	4D
123. En ocasiones se presenta impuntualidad con el traslado de pacientes de otras instituciones retrasando los horarios de otros procedimientos.	4	D	4D
124. En ocasiones no hay Historia clínica del paciente del paciente que se encuentra hospitalizado en otra institución.	5	B	5B
125. No siempre hay un seguimiento a las recomendaciones dadas por el servicio previo a los procedimientos	5	C	5C

126. En la clínica donde se operan los niños ,no reciben pacientes de algunas entidades que no tienen convenios con ellos, creando problemas en la referencia de pacientes.	4	D	4D
127. Demora en la realización de la Historia clínica de pacientes que se hospitalizan	5	D	5D
128. Manejo y traslado oportuno dentro de la sede de Floridablanca.	5	C	5C

Fuente: Riesgos identificados por los grupos asistenciales de los servicios de Hemodinamia y Electrofisiología

Realizada la clasificación de los riesgos según la severidad y probabilidad, ubicamos cada riesgo en los 9 estándares de habilitación, para aplicarlos a la tabla de índice de evaluación del riesgo, y definir los criterios sugeridos, según la tabla de riesgo.

RECURSO HUMANO

Probabilidad del Riesgo	SEVERIDAD DEL RIESGO				
	Catastrófico A	Peligroso B	Mayor C	Menor D	Insignificante E
Frecuente 5	5,7,8,9,12,13	6	3	11,15	10
Ocasional 4			2	1,14	
Remoto 3					
Improbable 2					
Extremadamente improbable 1				4	

INSTALACIONES FISICAS

Probabilidad del Riesgo	SEVERIDAD DEL RIESGO				
	Catastrófico A	Peligroso B	Mayor C	Menor D	Insignificante E
Frecuente 5	27	16,17,18,19,32,33,36	24,30	20,21,25,26,29,37,38	22,34,31,35
Ocasional 4		23			
Remoto 3				28	
Improbable 2					
Extremadamente improbable 1					

EQUIPOS

Probabilidad del Riesgo	SEVERIDAD DEL RIESGO				
	Catastrófico A	Peligroso B	Mayor C	Menor D	Insignificante E
Frecuente 5	40,45,48	56,58	43,44	50	
Ocasional 4	39,41,	42,52,53,59,60,61	47,55,62	57	51,54
Remoto 3					
Improbable 2				49	
Extremadamente improbable 1					

MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

Probabilidad del Riesgo		SEVERIDAD DEL RIESGO				
		Catastrófico A	Peligroso B	Mayor C	Menor D	Insignificante E
Frecuente	5	65, 75			72	
Ocasional	4	66,67,	64,68,70,71	74	73	69
Remoto	3					
Improbable	2					
Extremadamente improbable	1					

PROTOCOLOS Y GUIAS MÉDICAS

Probabilidad del Riesgo		SEVERIDAD DEL RIESGO				
		Catastrófico A	Peligroso B	Mayor C	Menor D	Insignificante E
Frecuente	5	83	79,82,84	76,77		80
Ocasional	4			81		
Remoto	3				78	
Improbable	2					
Extremadamente improbable	1					

REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS

Probabilidad del Riesgo		SEVERIDAD DEL RIESGO				
		Catastrófico A	Peligroso B	Mayor C	Menor D	Insignificante E
Frecuente	5	86,88,89,90,93,	87,98,102	92,103	91,101	
Ocasional	4			97	100	85
Remoto	3		94			
Improbable	2				95,96,99	
Extremadamente improbable	1					

INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Probabilidad del Riesgo		SEVERIDAD DEL RIESGO				
		Catastrófico A	Peligroso B	Mayor C	Menor D	Insignificante E
Frecuente	5	104,105,109,111,113 115	112,	114	108	
Ocasional	4					
Remoto	3					
Improbable	2				108,110	
Extremadamente improbable	1					

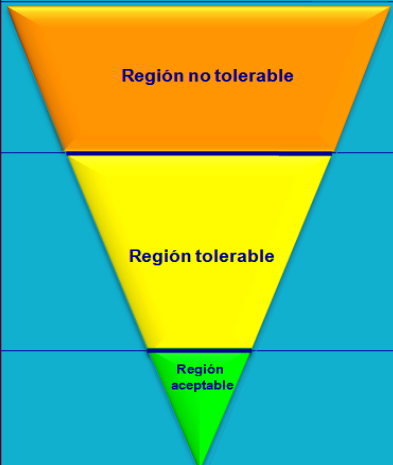
PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Probabilidad del Riesgo	SEVERIDAD DEL RIESGO				
	Catastrófico A	Peligroso B	Mayor C	Menor D	Insignificante E
Frecuente 5	123	118,119	116,125,128	127	
Ocasional 4		120,121	117	120,122,123,126,	
Remoto 3					
Improbable 2					
Extremadamente improbable 1					

A continuación se presenta la consolidación de las escalas de tolerabilidad que se incluyen para cada categoría a partir del cual se intervendrían cada uno de los riesgos con la respectiva recomendación.

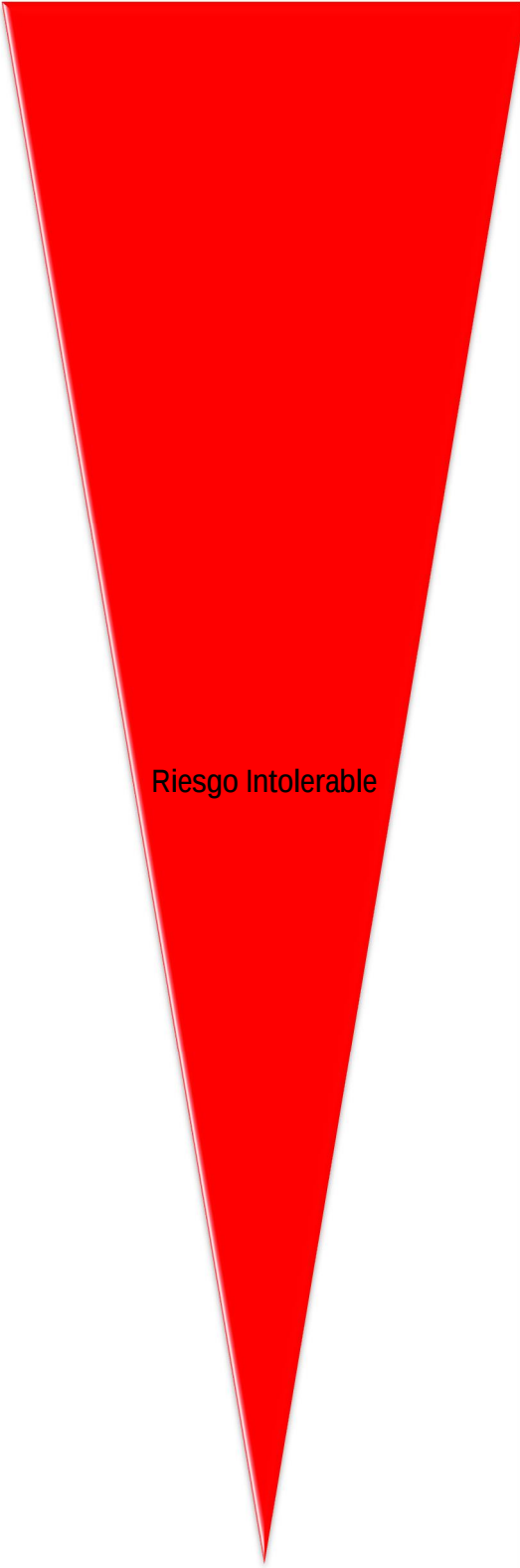
- No tolerable
- Tolerable
- Aceptable

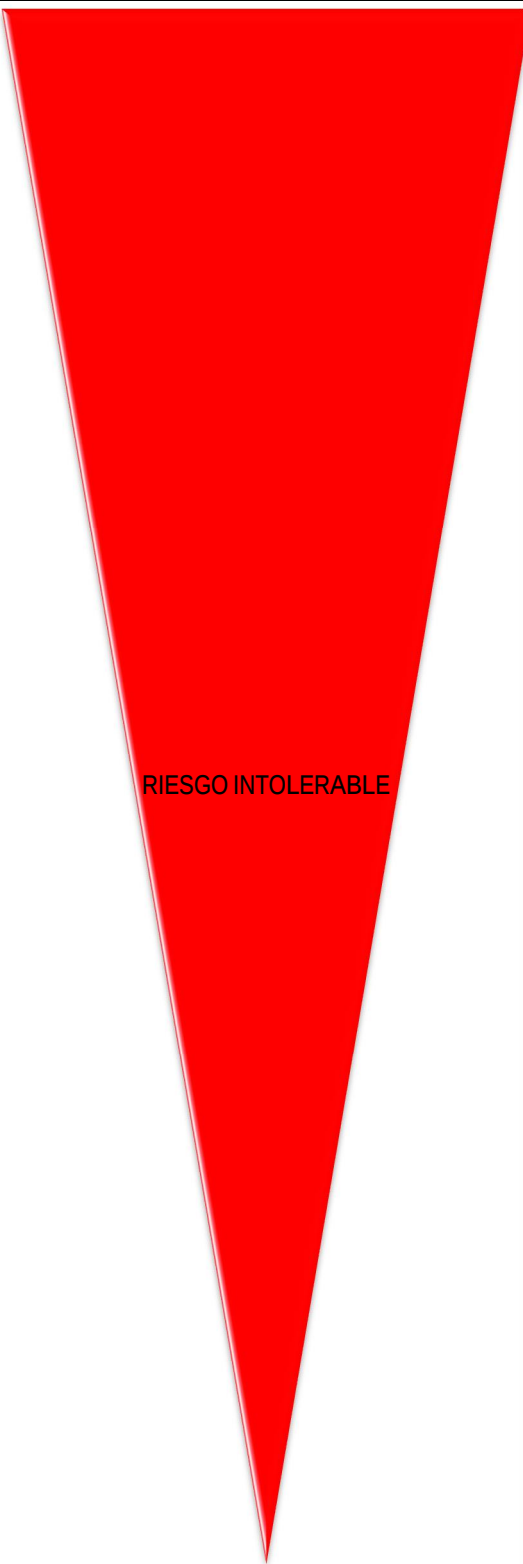
TABLA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO

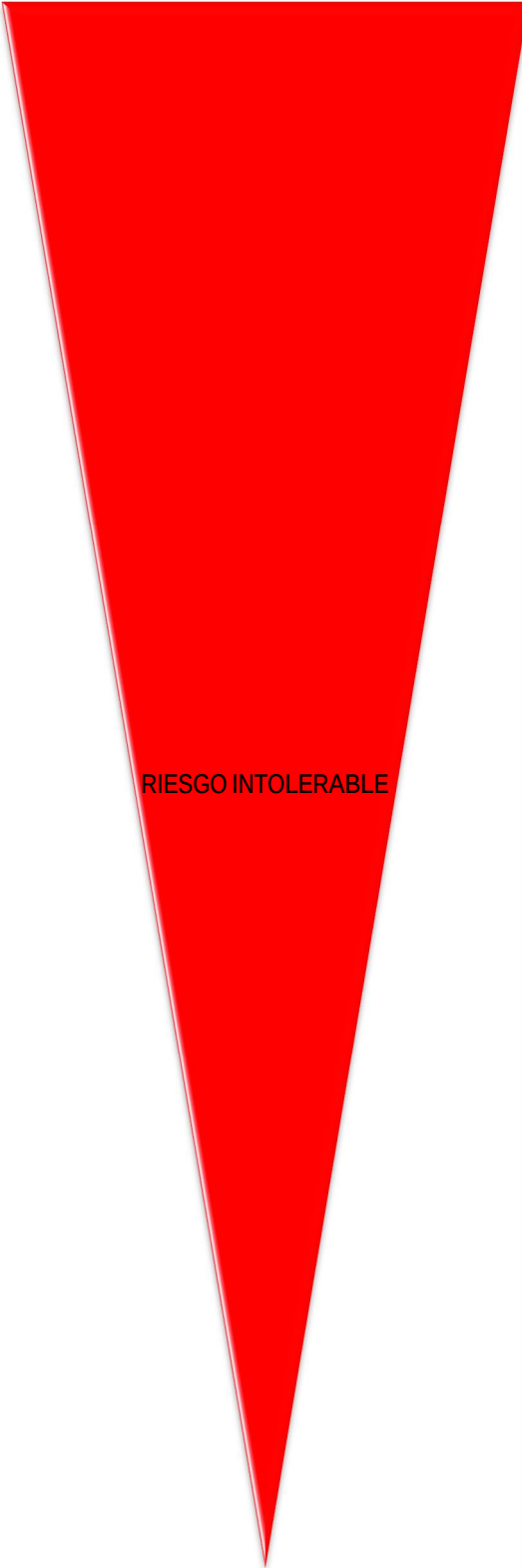
Gestión del riesgo	Índice de evaluación del riesgo	Criterio sugerido
 Región no tolerable	5A, 5B, 5C, 4A, 4B, 3A	Inaceptable bajo las circunstancias existentes
Región tolerable	5D, 5E, 4C, 4D, 4E, 3B, 3C, 3D 2A, 2B, 2C	Aceptable en base a mitigación del riesgo Puede requerir una decisión de la dirección
Región aceptable	3E, 2D, 2E, 1A, 1B 1C, 1D, 1E	Aceptable

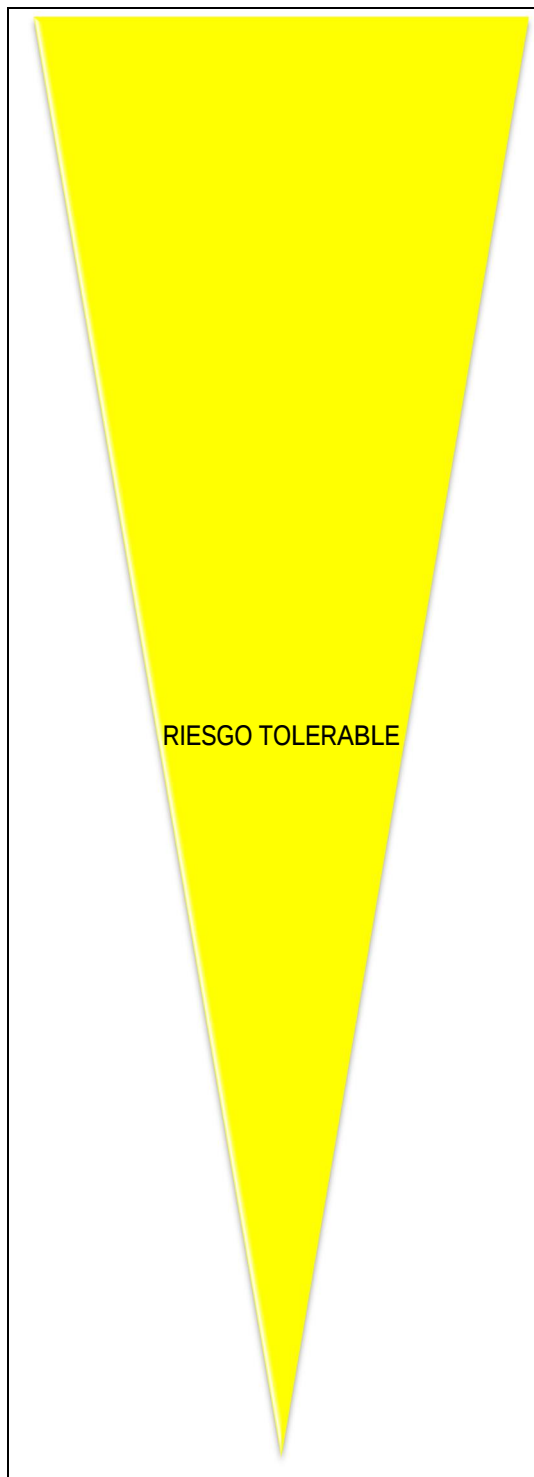
Fuente: Mejoramiento del Programa de Seguridad del Paciente Modulo 6
ICONTEC Internacional

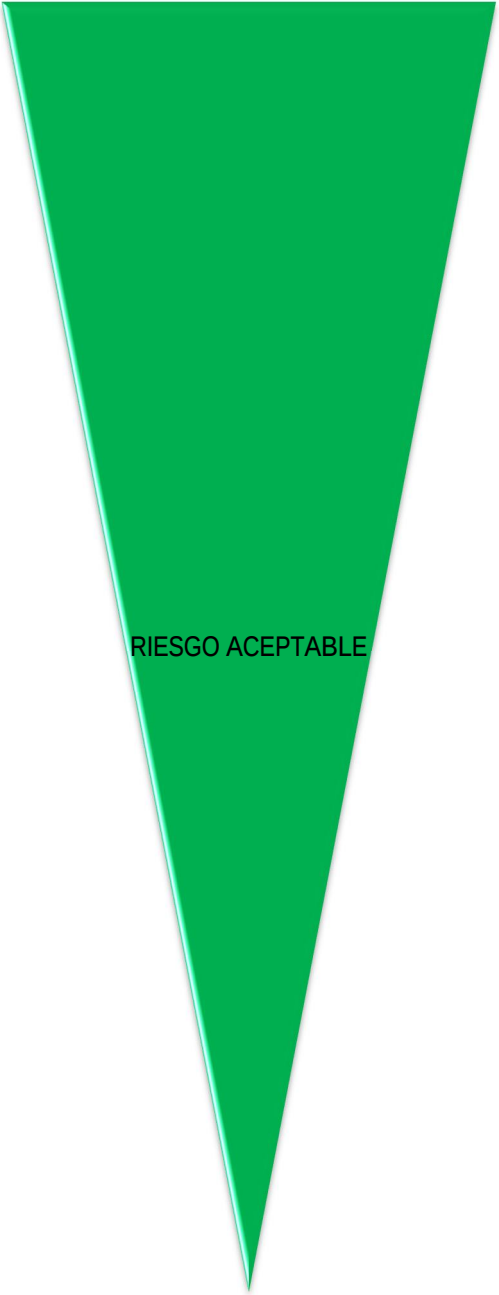
Tabla 6. Evaluación de Riesgos en el servicio de Hemodinamia y
Electrofisiología

 Riesgo Intolerable	Índice de evaluación del riesgo	Criterios encontrados	
	5A,5B,5C,4A,3A	• Falta de capacitación al personal en Medicamentos Equipos, en pediatría, en insumos, en dispositivos • Recarga laboral: Rotación del recurso humano • Largas Jornadas laborales: Agotamiento físico y mental • Presión por generar horas extra • Organizar proceso de esterilización: Falta personal • Estrés laboral • Separar el lavado del material, acceso estrecho • Sala de recuperación pequeña, para el volumen de estudios que se hacen • En sala de hemodinamia hay equipos y cables atravesados • En el cuarto de lavado hay demasiado ruido • Camillas grandes, y sillas en el servicio de recuperación • Falta de un sitio específico para equipos de Hemodinamia, para despejar la sala, y reduzca el riesgo de infección y acumulo de polvo • Techo de sala de Hemodinamia oxidado • Lámpara del marcapaso no es la adecuada • Ubicación de residuos, es incómodo para el paso y obstáculo para la ruta de evacuación • Aislamiento del área de procedimientos, con personal externo • Capacitación en equipos • Fuente de Marcapasos transitorio en la sede Floridablanca • Falta instructivo limpieza de equipos • Hay muchos equipos en sala • Comunicación resultados de mantenimiento • falta de transductor eco fetal • Desconocimiento en dispositivos, uso de hemoderivados • No hay medicamentos suficientes para la atención en la tarde en el servicio, y cuando se necesitan en el almacén no hay disponibles, • Recordar a las personas las buenas practicas seguras para la admón. de medicamentos, se hacen las cosa por inercia, no se fijan en lo que se hace Hay medicamentos del mismo color y presentación por tal motivo toca	Inaceptable bajo las circunstancias existentes

	Índice de evaluación del riesgo	Criterios encontrados	
	5A,5B,5C,4A,3A	leer detenidamente para así asegurarnos que es el medicamento indicado, tales como ranitidina, dipirona, atropina, metoclopramida entre otras, muchas veces llegan medicamentos sin sus respectivos señalizaciones próximas a vencer. • Desconocimiento en Protocolos de enfermería no conocen, ej. Venopunción, notas de enfermería, medicamentos referencia y contra referencia. • Falta guía medicas • Lavado de material, protocolo de manejo de consolas. .Desconocimiento de enfermería en cuanto a protocolos y guías • unificar el manejo de pacientes en las dos sedes .Inducción incompleta, desconocimiento de guías y protocolos • Corto tiempo para hacer notas de enfermería • Hay insumos que no se encuentran en el sistema, hay que esperar hasta el otro día, para hacer hoja de gasto, y se olvidan insumos por relacionar para su cobro. • Los pacientes hospitalizados traen información incompleta, para dar un mejor servicio • Control en las notas de enfermería, las buscan en sala de recuperación, porque los médicos las piden, no hay un control para que regrese la nota de enfermería a la sala de recuperación. • Falta de oportunidad en los formatos no POS por parte de especialistas • Control en las notas de enfermería: buscan en sala de recuperación, porque los médicos las piden, pero no hay un control para que regrese la nota de enfermería a la sala de recuperación • Error en anotaciones de enfermería Falta de acceso a Historia Clínica del Instituto en la ronda de clínica Floridablanca • En la sede Floridablanca tenemos problemas con la llevada y la traída de los pacientes La entrega de pacientes de sala de recuperación que son trasladados en ambulancia el personal encargado • Los pacientes que traen de métodos diagnósticos no invasivos los entregan sin monitoria ni oxígeno.	I inaceptable bajo las circunstancias existentes

	Índice de evaluación del riesgo	Criterios encontrados	
	5A,5B,5C,4A,3A	- Los pacientes de eco cardiograma pasan por todo el servicio sin control - No entrega de pacientes de investigaciones a los pisos de traslado - Informar al personal de recuperación o sala de Hemodinamia de situaciones especiales con respecto a pacientes que se van a manejar - Realizar juntas presenciales por los servicios dados que se toman decisiones y no siempre son aplicadas a los pacientes, o en el momento de hacerlas efectiva desde el punto de vista clínico se cambian las decisiones. - Falta de prioridad para el ICB en cuanto a la asignación de habitaciones por parte de la clínica contratada, ya que se les entrega una lista de la programación y muchas veces toca dejar los pacientes en urgencias y se tiene que cuidar a tenemos que quedarnos, cuidando los pacientes en nuestros servicios.	I inaceptable bajo las circunstancias existentes

	Índice de evaluación del riesgo	Criterios encontrados	
	5D,5E,4C,4D,4E,3B,3C,3D,2A,2B,2C	- Falta conocimiento de consentimiento informado, cuando el paciente no tiene familia, o va entubado, si es correcto colocar al menos la huella - Protocolos de pacientes especiales, como renal VIH, hepatitis, pacientes con electrodos - Hoja de gastos: no entienden su diligenciamiento . Demora realización de Historia Clínica de pacientes que se hospitalizan - Falta de registro en la Historia Clínica del número del dispositivo en la hoja de Hemodinamia - Con el servicio de Métodos Diagnósticos no Invasivos cuando son atendidos en la clínica contratada no devuelven los reprogramadores y el recibido, - El Personal asistencial de Métodos Diagnósticos No Invasivos no está pendiente en la sala de recuperación de sus pacientes, - entrega oportuna junta médica: el horario, fecha y límite. - No se conocen las redes de urgencias de las distintas EPS con las que tiene convenio la Institución. - Se corre el riesgo de fallas en la comunicación con respecto a laboratorios y autorizaciones, hay una persona en ese cargo, de autorizaciones pero no hace todo el proceso completo de referenciarían y lo realizan las secretarias de admisiones. - En ocasiones se presenta impuntualidad con el traslado de pacientes de otras instituciones retrasando los horarios de otros procedimientos. - En la clínica San Luis no reciben pacientes de algunas entidades que no tienen convenios con ellos, creando problemas en la referencia de pacientes. - Demora en la realización de la Historia clínica a de pacientes que se hospitalizan	tolerable en base a mitigación del riesgo Puede requerir una decisión de la dirección

	Índice de evaluación del riesgo	Criterios encontrados	
	3E,3D,2D,2E,1A,1B,1C,1D,1E	• Piezas completas para los equipos de succión. • Lavado de material, protocolo de manejo de consolas. • En la parte de encendido del equipo hay bastante ruido • Falta habilitación de guías de enfermería de Hemodinamia, electrofisiología • Existe el riesgo que se borre la información de registros que se hagan si no se cierra correctamente el Clinic on line software. • Consentimientos informados incompletos • No hay donde registrar los medicamentos que gastan con los pacientes , después del procedimiento, ya que el paciente ha salido de la sala, el personal ya ha hecho su cobro en la hoja de gastos • El personal del proceso de investigaciones dejan al paciente en recuperación se van y no lo dejan organizado. • No se llaman a tiempo las ambulancias para que recojan los pacientes de eco cardiogramas	Aceptable

En la categoría de monitoreo se sitúan los riesgos **No tolerables** es decir los riesgos de monitoreo permanente en función al cumplimiento de acciones preventivas con el fin de evitar la ocurrencia de Eventos adversos ñ incidentes y complicaciones.

Mientras que en la categoría de **Riesgos tolerables** , la intervención consiste en mitigar la frecuencia y magnitud de su presentación con el fin de evitar que se conviertan en **No tolerables** ,y por ultimo sobre los **riesgos aceptables**, son situaciones identificadas e inherentes a cada proceso, cuya ocurrencia eventual, no sobrepasa la dimensión de la afectación al paciente y/o al equipo de salud.

CONCLUSIONES

Con relación a cada uno de los riesgos se lograron ilustrar en el servicio de cardiología intervencionista, tanto en el staff Asistencial como al Administrativo los principales factores y situaciones predisponentes a incidentes o complicaciones que dependiendo de su magnitud, se pueden convertir en eventos adversos; con el fin de generar acciones de mejoramiento continuo en forma oportuna en procura de fortalecer la atención segura en la institución.

Los sistemas de seguridad del paciente deben guardar correlación directa con los lineamientos de la OMS en materia de mitigación de riesgo y disminución de incidentes y complicaciones derivadas de la atención en salud.

El sistema de Acreditación en Salud en nuestro país incluye la seguridad del paciente como Eje Transversal de todo el proceso de atención. Es así como el siguiente trabajo brindó un aporte relevante hacia las acciones preventivas en los servicios de Hemodinamia y Electrofisiología del Instituto del Corazón de Bucaramanga.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud.** [Homepage on the Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; c2011 [Actualizado 11 Nov 2011; citado 16 May 2013]. Disponible en:
http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx.
- 2. Organización Mundial de la Salud.** [Homepage on the Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2010. [citado 16 May 2013]. Disponible en:
http://search.who.int/search?q=estrategias+de+seguridad+del+paciente%2C+cultura+y+sensibilizacion+2002&ie=utf8&site=default_collection&client=_es&proxystylesheet=_es&output=xml_no_dtd&oe=utf8.
- 3. Ley 10 de 1990.** Diario Oficial 39137 (10 Enero 1990).

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>. [En línea]
- 4. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD-SOGC.** [Homepage on the Internet]. Bogotá: Secretaría de Salud; c2011 [citado 16 May 2013]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/sistemaobligatorio.aspx>
- 5. Alcaldía de Bogotá; Republica de Colombia.** Bogotá.gov.co; RESOLUCION 001446 DE 2006. [En línea] 09 de Agosto de 2012. [Citado el: 28 de Julio de 2012.] <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>.
- 6. Alcaldía de Bogotá; Republica de Colombia.** Bogotá.gov.co; RESOLUCION 001043 DE 2006. [En línea] 09 de Agosto de 2012. [Citado el: 28 de Julio de 2012.] <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>.
- 7. Ministerio de Salud Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia.** [En línea] Bogotá: Ministerio de Salud y la Protección Social; c2013 [Actualizado 20 May 2013; citado 16 May 2013]. Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/buscar/results.aspx?k=lineamientos&s=Todos%20los%20sitios>.

8. Instituto del Corazon de Bucaramanga. Instituto del Corazón de Bucaramanga.
[En línea]; c2009. [Citado el: 28 de Julio de 2012.]. Disponible en:
<http://institutodelcorazon.com/>.

Anexo 1. Carta de Solicitud



Instituto del Corazón de Bucaramanga
Un Compromiso de Vida



Bucaramanga, Junio 6 de 2012

Doctor
CUSTODIO ELIAS RUIZ BALLESTEROS
Gerente
Instituto del Corazón de Bucaramanga S. A.
E.S.M

Un cordial saludo.

Dentro del proceso de formación profesional que estoy llevando, deseo su autorización, para poder acceder a la información que necesito de la empresa para el proyecto de grado. una vez que el comité de Seguridad del Paciente de la Institución está realizando una identificación de riesgos, denominada Estratificación de Riesgos de procesos asistenciales, considero que nuestra institución sería el sitio ideal para realizar mi proyecto.

Este trabajo pretende, además de cumplir el requisito de proyecto de grado, aportar a nuestra institución un diagnóstico de los elementos positivos que sin duda tenemos y aportar los nuevos conceptos de calidad y eficiencia que puedan ser implementados.

Agradeciendo la atención.



Martha Cecilia Rodríguez Martínez
Facilitadora de Calidad

C.C. Maritza Álvarez Mantilla
Coordinadora de Gestión Humana



Indicador de Calidad
del Proyecto de Grado
del Hospital Verde
19/06/2012

Confidencial 

Clinica Chicamocha - Calle 40 No. 27A - 22 Piso 8
Sede Ambulatoria - Carrera 28 No. 40 - 05
Centro Médico Carlos Ardilla Lülle - Torre B - Piso 9 - Módulos 58/59

Citas
Consulta - Métodos Diagnósticos
PBX: 6329200
www.institutodelcorazon.com

Citas - Hemodinamia - Electrofisiología
Área Administrativa
PBX: 6329291
Bucaramanga - Colombia