

PROYECTO DE GRADO

**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL
SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA DE LA CLINICA
MATERNO INFANTIL SAN LUIS EN EL ULTIMO TRIMESTRE DE 2008.**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA LA GESTION Y
ADMINISTRACION DEL EVENTO ADVERSO QUE PERMITA
INTERVENIR SU PREVALENCIA EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA DE LA CLINICA MATERNO
INFANTIL SAN LUIS**

**YURI PAOLA BAREÑO LEON
ADRIANA MARCELA GUALDRON ACEVEDO
LILIA JOHANA MEJIA CORREDOR**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
UNIVERSIDAD CES MEDELLIN
ESPECIALIZACION: AUDITORIA EN SALUD
2009**

INTRODUCCION

La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para intervenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura.¹

Los errores asistenciales en la prestación de los servicios de salud pueden tener consecuencias graves que incluyen la muerte de los pacientes. Su origen involucra factores institucionales y de las personas. La creación de una cultura Institucional en seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el trabajo continuo para el mejoramiento de los factores humanos, llevarán a actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud.²

Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicios de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad.

Teniendo en cuenta la Misión de la Clínica Materno Infantil San Luís, la cual enfatiza su compromiso de ofrecer un servicio de alta calidad apoyados en la actualización, la tecnología, el conocimiento científico y los valores éticos y morales, así como el mejoramiento continuo de sus procesos para satisfacer las necesidades del cliente interno y externo, se hace indispensable investigar la prevalencia de eventos adversos y el diseño de un programa de administración y gestión de Evento Adverso que posteriormente pueda ser implementado en las diferente áreas, de tal forma que los eventos identificados se puedan intervenir.

PREGUNTA

¿Cuál es la prevalencia de Eventos Adversos (EA) en el servicio de Hospitalización de Pediatría de la clínica materno Infantil San Luís en el último trimestre de 2008?

¿El problema de la ocurrencia de eventos adversos se produce por la no existencia de un Programa de gestión y administración de Evento Adverso en la institución, que permita identificar, analizar, e intervenir aquellas acciones indeseables que pueden afectar la Calidad de la Atención en Salud?

HIPOTESIS

La ocurrencia de eventos adversos se produce por la no existencia de un Programa de gestión y administración de EA en la institución, que permita identificar, analizar, e intervenir aquellas acciones indeseables que pueden afectar la Calidad de la Atención en Salud.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de eventos adversos en el servicio de hospitalización de Pediatría de la Clínica Materno Infantil San Luís de Bucaramanga durante el último trimestre del 2008.

Diseñar un Programa de gestión y administración de EA que pueda ser implementado en las diferentes áreas o servicios de la Clínica Materno Infantil San Luís de Bucaramanga.

MARCO TEORICO

La Clínica Materno Infantil San Luís es una de las instituciones mas reconocidas, por ser la primera y única especializada en el Oriente Colombiano en la prestación de servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad a la mujer y el niño.

Fundada el 1° de Noviembre de 1983, primero como Sociedad Limitada y luego, como Sociedad Anónima con mas de 40 socios.

Hoy cuenta con mas de 100 camas, un equipo de pediatría altamente reconocido, ginecólogos especializados, un personal técnico y asistencial previamente certificado, los cuales han contribuido en el logro de la certificación ICONTEC de todos los servicios de la clínica.

Su portafolio de servicios incluye: Atención en urgencia, Consulta Externa, vacunación, Hospitalización, UCI neonatal y pediátrica, Cirugía, Laboratorio clínico, radiología e imagenología, Terapia integral y rehabilitación

Misión

Somos una organización especializada en prestar servicios de salud a la mujer y el niño. Es nuestro compromiso ofrecer un servicio de alta calidad apoyados en la actualización, la tecnología, el conocimiento científico y los valores éticos y morales. Mejoramos nuestros procesos para satisfacer las necesidades del cliente interno y externo contribuyendo así con el crecimiento de la sociedad.

Visión

Al año 2015 consolidar el liderazgo obtenido en la atención en salud para la mujer y el niño en el Nororiente Colombiano, desarrollando programas de prevención y planes de desarrollo científico, tecnológico y educativo, apoyados en un equipo de trabajo competente y comprometido con la satisfacción de los usuarios, la comunidad y el medio ambiente.³

La seguridad de los pacientes es un tema que ha sido motivo de análisis, diálogo y reflexión para progresar en actitudes y habilidades éticas, a la luz del acto médico. Esto facilita el abordaje de sucesos adversos que pueden ocurrir a partir de las transformaciones científicas, tecnológicas sociales y políticas, relacionadas con la atención que se brinda en salud.⁴

En los países tercermundistas y en los que tienen economías en transición (países de Europa del Este) Hungría, Polonia, Rusia, etc., existen pruebas de que la probabilidad en la aparición de eventos adversos son ocasionadas por el mal estado de las infraestructuras, de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, las deficiencias en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos insuficientes o número insuficiente y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esenciales⁵. No obstante, hoy se puede decir que hace falta documentar más las evidencias científicas sobre la proporción que tales eventos adversos han alcanzado, por el subregistro de la información que se presenta debido a la resistencia del personal de salud para notificar dichos errores, por miedo a que se interprete como negligencia en el cuidado y sea la base para posteriores demandas a causa de la mala práctica en salud⁶.

En base a este planteamiento, en Colombia surge la necesidad de reglamentar y garantizar la seguridad del paciente desde un marco normativo a través de la creación de un Sistema Obligatorio de Garantía

del la Calidad (SOGC) en Salud (Decreto 1011 de 2006)⁷ que apunta a garantizar unos estándares mínimos en términos de la estructura: de la infraestructura, de procesos, de insumos, de medicamentos y de recurso humano; a través de sus cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, PAMEC y Sistema Único de Información.

La estrategia de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud; las cuales ofrecen herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y de proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud. La estrategia de seguridad busca que cada vez nuestras instituciones y nuestros profesionales sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y a prevenirlos instaurando progresivamente la cultura de seguridad del paciente. Es congruente con la tendencia mundial en calidad en salud y se da como consecuencia del avance del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud normado por el Decreto 1011 de 2006 que hace énfasis en los resultados que se consiguen en el paciente, y es posible, de ser desarrollada por el buen nivel técnico-científico de nuestros profesionales de la salud.

Evento Adverso (Resolución 1446 de 2006: Establece como obligatorio para todos los actores del SOGC la vigilancia de eventos adversos.)⁸

Un evento adverso se puede definir como cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.

Dentro de las definiciones de evento adverso, se relaciona con frecuencia la no intencionalidad, la discapacidad y la relación causal de la lesión con la atención; por lo tanto, cualquier signo no intencionado, desfavorable, temporal o permanente relacionado con cualquier procedimiento en el ambiente hospitalario es un Evento Adverso.

TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES PROPUESTAS PARA EL PAÍS POR EL GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO DEL CONVENIO

Tomando como base los conceptos presentados, se proponen las siguientes definiciones⁹:

EVENTO ADVERSO: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error.

COMPLICACIÓN: Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

INCIDENTE: Falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o complicación.

ERROR ASISTENCIAL: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.

RIESGO ASISTENCIAL: Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.

PRÁCTICA SEGURA: Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

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

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

METODOLOGIA

1. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA DE LA CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS EN EL ULTIMO TRIMESTRE DE 2008.

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, retrospectivo.

ALCANCE: Servicio de Hospitalización de la Clínica Materno Infantil San Luís de Bucaramanga en el ultimo trimestre de 2008.

DISEÑO: Se llevo a cabo un estudio retrospectivo para calcular la prevalencia de EA en el servicio de hospitalización de la CMISL durante el último trimestre del 2008.

INSTRUMENTALIZACIÓN: Se utilizó un Formato Para la identificación de Eventos Adversos elaborado a partir de la Resolución 1446 de 2006. Las historias clínicas que cumplían uno solo de los criterios fueron clasificadas dentro del estudio como Evento Adverso. Se tomaron datos basados en la revisión de Historias Clínicas de pediatría, para el diligenciamiento del Formato: Identificación de Evento Adverso en Historia Clínica (Anexo 1)

VARIABLES: Incluidas en el formulario resumen de la historia clínica para identificación de efectos adversos.

1. Cirugía o procedimiento cancelado por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales.
2. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría.
3. Pacientes con úlceras de posición.
4. Paciente con hipotensión severa en post quirúrgico.
5. Paciente con infarto en las siguientes 72 horas post quirúrgico.
6. Reintervención quirúrgica durante este ingreso.
7. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de los 15 días.
8. Caídas de pacientes desde su propia altura institucional
9. Quemaduras por lámpara de fototerapia
10. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.

11. Flebitis en sitios de venopunción.
12. Entrega equivocada de reportes de laboratorio,
13. Accidente post – transfusional
14. Deterioro del paciente en la clasificación de Glasgow sin tratamiento
15. Paciente con diagnostico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnostico.

16. Cualquier tipo de infección nosocomial.
17. Reacción medicamentosa durante la hospitalización.
18. Fiebre mayor de 38.3 el día antes del alta hospitalaria.
19. Ingreso no programado a UCI.
20. Otro evento adverso.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se calculo el tamaño de muestra mediante el programa Stata 1.1, tomando como base los ingresos registrados en sistema de admisiones del servicio de hospitalización de pediatra durante el último trimestre del 2008.

Tamaño de la población: 754 ingresos al servicio de hospitalización de pediatría de menores de 10 años en el último trimestre de 2008.

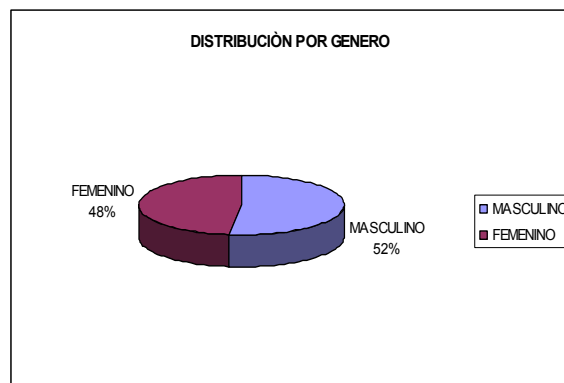
Tamaño de la muestra: 254 historias clínicas, calculadas a través del Programa Stata 1.1, con un error máximo aceptable del 5%, porcentaje estimado de la muestra del 50%, y un nivel deseado de confianza del 95%.

Selección de la muestra: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE.

ANALISIS: Se creo una base de datos en el programa EXCEL para la medición y posterior análisis de la información recolectada. (Ver anexo 2.)

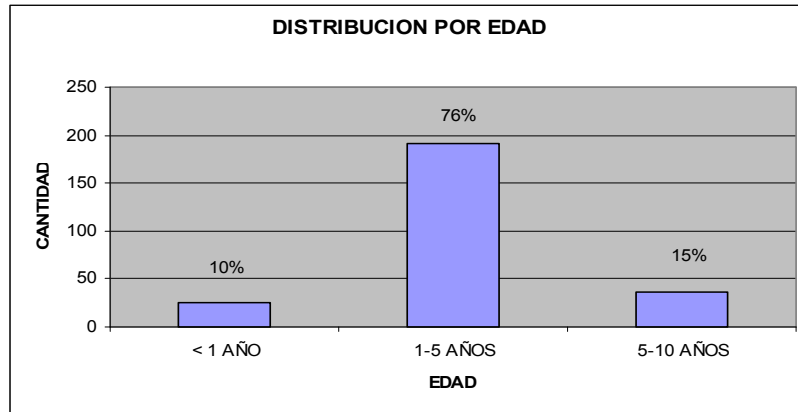
RESULTADOS:

A partir de la aplicación del instrumento a 254 Historias Clínicas del servicio de pediatría encontramos que el 52% de los pacientes seleccionados pertenecen al sexo masculino y el 48% al sexo femenino, lo cual evidencia una homogeneidad en la muestra seleccionada según el género.

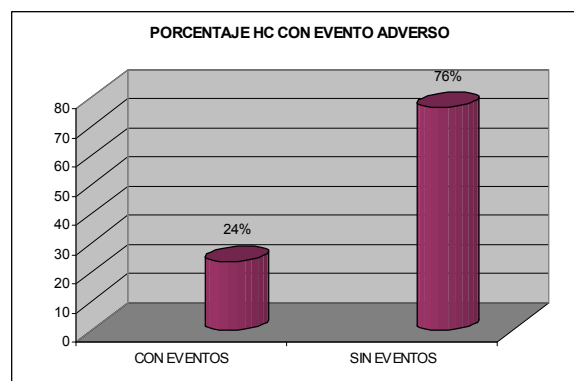


En cuanto a la distribución por edad se encontró que la mayoría de la población hospitalizada en el último trimestre del 2008 están entre 1 – 5

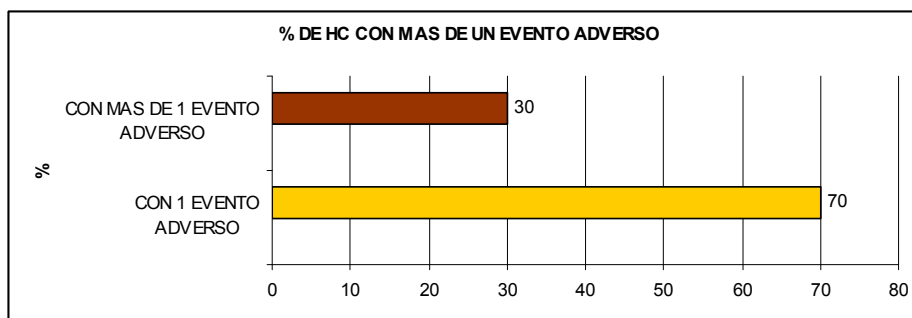
años de edad, con un 76%. De 5 -10 años con un 15% y menores de 1 año con un 10%.



En cuanto a la identificación de Eventos Adversos, se encontró que, de las 254 historias clínicas analizadas, 60 presentaron algún evento adverso, lo que corresponde a un 24%. Cabe resaltar que 18 de estas historias clínicas presentaron más de un evento adverso, equivalentes a un 30%.

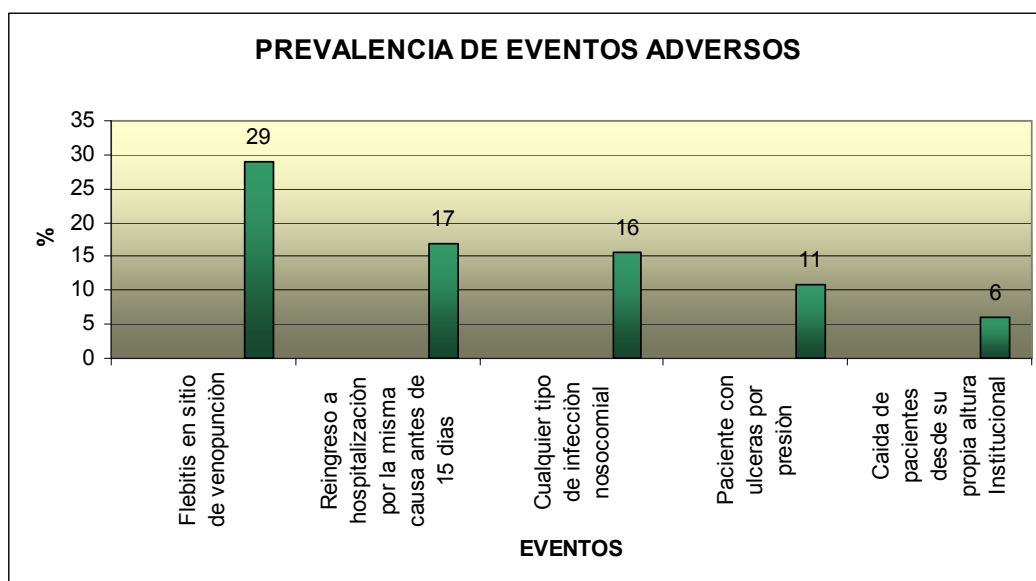


En cuanto a la identificación de eventos adverso se encontró un total de 83 EA, distribuidos en 60 historias clínicas.



Los eventos adversos identificados se muestran en la siguiente tabla, donde se evidencia que los más prevalentes fueron: flebitis en sitio de venopunción (29%), reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días (17%), Cualquier tipo de infección nosocomial (16%), Paciente con úlceras por presión (11%), Caída de pacientes desde su propia altura Institucional (6%).

| EVENTO ADVERSO | % | CANTIDAD |
|--|-----|----------|
| Flebitis en sitio de venopunción | 29 | 24 |
| Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días | 17 | 14 |
| Cualquier tipo de infección nosocomial | 16 | 13 |
| Paciente con úlceras por presión | 11 | 9 |
| Caída de pacientes desde su propia altura Institucional | 6 | 5 |
| Fiebre Mayor 38,3° el día antes del alta hospitalaria | 5 | 4 |
| Paciente con neumonía broncoaspirativa | 4 | 3 |
| Paciente con Dx. De Apendicitis que no son atendidos después de 12 hr de realizado el Dx | 4 | 3 |
| Reintervención quirúrgica durante este ingreso | 2 | 2 |
| Reacción Medicamentosa durante la Hospitalización | 2 | 2 |
| Deterioro del paciente en la clasificación de Glasgow sin tratamiento | 2 | 2 |
| Entrega Equivocada de Reportes de Laboratorio | 1 | 1 |
| Otro Evento Adverso | 1 | 1 |
| | 100 | 83 |



CONCLUSIONES

1. La prevalencia de eventos adversos identificados en el estudio es considerablemente alta, es decir que de cada 100 pacientes hospitalizados 24 presentan algún evento adverso durante el proceso de atención.
2. De los eventos adversos con mayor incidencia se encuentran las infecciones nosocomiales, las cuales están directamente relacionadas con patologías de base del paciente y tiempo de estancia hospitalaria.
3. De los eventos adversos identificados se puede concluir que son fallas por falta de monitorización y evaluación de procesos administrativos y asistenciales que pueden ser prevenibles.
4. Se destaca la alta prevalencia de más de un evento adverso por historia clínica, lo cual dificulta el alcance de los estándares de calidad que pretende la institución.
5. La alta prevalencia de eventos adversos puede llegar a generar costos adicionales para la institución.

RECOMENDACIONES

1. La institución debe establecer un programa de seguridad del paciente, que garantice una atención de calidad a los usuarios hospitalizados, mediante la identificación de riesgos existentes en los diferentes procesos y análisis de eventos presentados.
2. Realizar un estudio de prevalencia global en la institución que incluya todos los servicios, para realizar un análisis de causas que facilite la intervención de los eventos más prevalentes.

2. PROGRAMA PARA LA GESTION Y ADMISTRACION DE EVENTOS ADVERSOS

OBJETIVO

Implementar y desarrollar un programa que fortalezca la gestión de Eventos Adversos relacionada con su identificación, notificación, análisis y evaluación; contribuyendo al cambio de la cultura de seguridad del paciente garantizando practicas seguras en la atención del usuario ofreciendo un servicio de alta calidad.

JUSTIFICACION

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la atención asistencial cada vez mas compleja, que puede generar riesgos de Eventos Adversos por fallas de calidad en la estructura y /o los procesos inadecuados en formas significativa en la carga mundial de enfermedades y muerte de los usuarios del servicio.

A la consecuencia directa en la asistencia, se suman sus repercusiones económicas por las infecciones intra – hospitalarias, hospitalizaciones adicionales y demandas judiciales, así como el dolor de los pacientes y sus familias, junto con la perdida de ingresos, discapacidades y gasto médicos que representan un costo anual elevado.

Es por todo lo anterior que se considera de gran importancia que nuestras instituciones prestadoras de servicios en salud cuenten con programas de seguridad del paciente para garantizar una atención segura al usuario, por medio de monitorización del riesgo y del mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y administrativos.

DISEÑO DEL PROGRAMA PARA LA GESTION Y ADMINISTRACION DE EVENTOS ADVERSOS

El programa de gestión y administración de eventos adversos debe desencadenar la investigación oportuna del Evento Adversos, constatar su ocurrencia, realizar el análisis y la intervención oportuna a fin de evitar su aparición, prevenir y minimizar todo riesgo en la salud del usuario.

FASE 1

IMPLEMENTAR LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN.

1.1 Creación del comité de seguridad de paciente en al institución

Por medio de la Resolución N° 007 del 20 de marzo del 2009. Por el cual se constituye el Comité de Seguridad del paciente de la Clínica Materno Infantil San Luís con un primer acto realizado el 20 de octubre del 2008. Fundamentados en al resolución 1446 del 2006. Las reuniones del comité se realizaran con periodicidad mensual.

Objetivo: el objetivo del Comité de Seguridad el Paciente es fomentar la cultura de seguridad el paciente por medio de al notificación, análisis y evaluación de los eventos adversos que se presenten; con el fin de establecer medidas preventivas y correctivas para garantizar una atención segura.

- El Comité estará integrado: Director Medico, Coordinador de enfermería de UCI, Cirugía, Hospitalización y Urgencias; Jefe de Enfermeras del comité y Coordinador de Calidad.

1.2 Definir funciones del comité de seguridad del paciente.

El comité cumplirá con las siguientes funciones:

- Fomentar una cultura de seguridad del paciente: El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre paciente, profesionales, aseguradores y la comunidad.
- Reducir la incidencia y prevalencia de Eventos Adversos: Se realizara un estudio científico para mirar la Prevalencia de Eventos Adversos en al institución.
- Creación de un sistema de reporte de Eventos Adversos e incidentes

- Identificar y analizar los eventos adversos y los incidentes para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos.
- Identificar factores de riesgo que pueden generar eventos adversos en los diferentes servicios, por medio de las rondas de seguridad.
- Promover y crear barreras de seguridad para prevenir EA (Acciones dirigidas a garantizar una atención en salud, acciones dirigidas para evitar confusión de administración de medicamentos, acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas del factor humano, etc.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar al personal para la seguridad del paciente
- Definir Guía de Manejo del paciente y su familia cuando se presenta un EA

1.2 Creación del formato de reporte institucional de Evento Adverso

REPORTE DE EVENTO ADVERSO O CASI EVENTO F-CSL-92

Versión O Pagina: 1 de 1 Fecha 1-04-09

Fecha de elaboración del reporte: DD ____ MM ____ AAAA ____

REPROTE No:

| DATOS DE IDENTIFICACION | |
|--|------------------------------------|
| Nombre y Apellidos (de quien reporta) | Servicio: |
| | |
| DARTOS DEL EVETNO ADVERSO | |
| Fecha en que ocurrió el evento | Lugar en el que ocurrió el evento: |
| DIA MES AÑO | |
| Nombre del Paciente | Documento de identidad |
| | Tipo: |
| | Número: |
| DESCRIPCION DEL EVENTO | |
| | |
| POSIBLES CASAS DEL EVENTO | |
| | |
| PLAN DE ACCIOENS CORRECTIVAS. (Escriba las acciones que se tomaron de forma inmediata y las que contribuyeron a evitar otro evento como este) | |
| Lista de acciones Correctivas | Funcionario Responsable |
| | |

1.4 Creación de la Guía de Manejo de Evento Adverso

CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS GUIA DE MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS

1. **PROPOSITO:** Este instructivo tiene como objeto dar guía sobre los pasos a seguir para el manejo de eventos adversos y manejo del paciente cuando estos ocurren.
2. **CAMPO DE APLICACIÓN:** Procesos de Atención en Salud como: Cirugía y Esterilización, UCIN, Hospitalización, Urgencias, Consulta Externa, Laboratorio, Fisioterapia y Terapia Respiratoria.

3. DEFINICIONES:

Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño o lesión al paciente.

Eventos Adverso Prevenibles: Es el resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

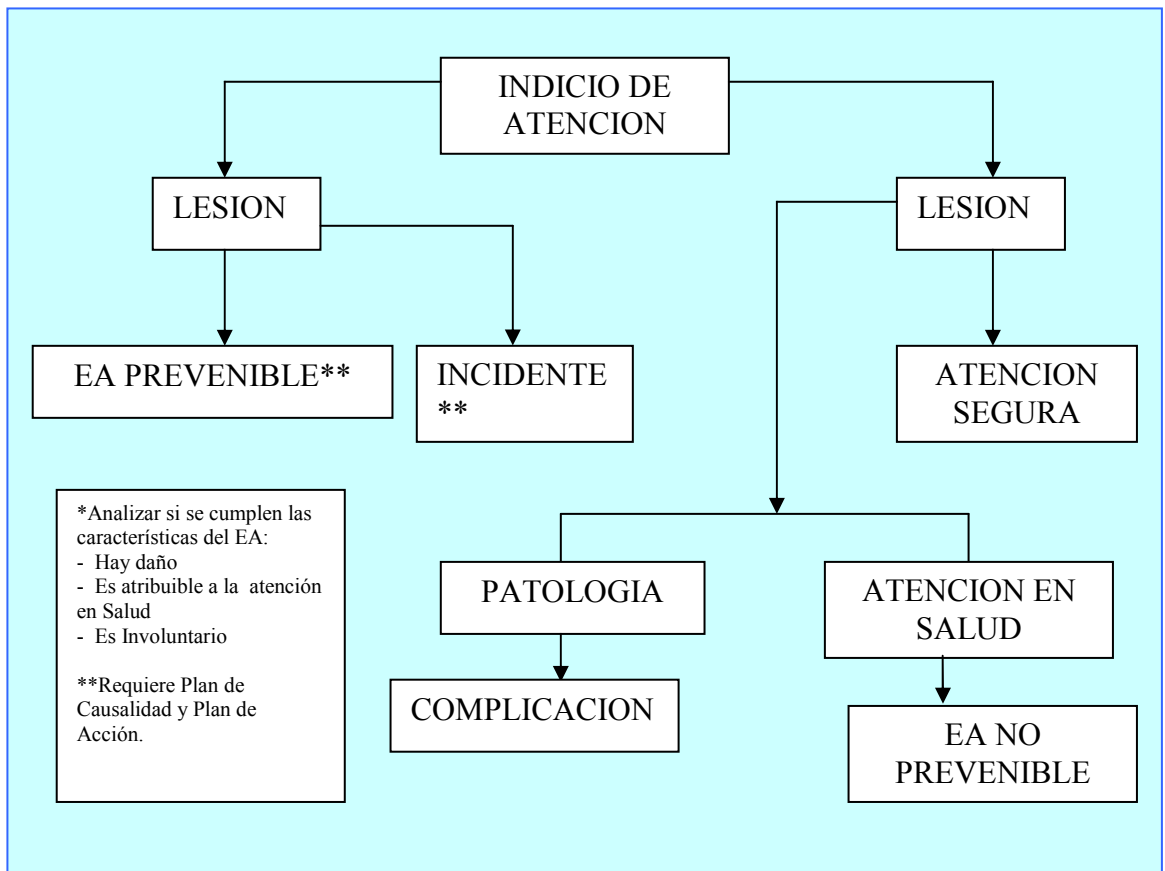
Eventos Adversos No Prevenibles: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Incidentes: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un pacientes 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.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Ley 100 del 1993
- Decreto 1011 (Componentes del SOGC)
- Resolución 1446 del 2006: Establece como obligatorio para todos los actores del SOGC, la vigilancia de eventos adversos.



5. DESARROLLO

| ACTIVIDAD | DESCRIPCION | RESPONSABLE | REGISTRO |
|---------------------------------|--|--|---|
| Se presenta (EA) Evento Adverso | Si en los servicios recibidos durante la atención en salud pudo producir un daño o se produce un daño no intencional al paciente, en los diferentes servicios. | Persona o Equipo en salud involucrado en la atención al paciente | Listados de EA adoptados por el Comité de Seguridad del Paciente como institucional y especiales de cada proceso. |
| Reporte institucional del EA. | Una vez presenta del EA, incidente o complicación se debe reportar inmediatamente al Comité de Seguridad del Paciente. | Coordinadores de Procesos. | Formato de Reporte de EA institucional. * |

| | | | |
|--|---|---|--|
| Análisis de EA. | Una vez por semana el comité de Seguridad del Paciente se reunirá para analizar los EA reportados. Si es necesario se analizarán con los coordinadores de procesos y personas involucradas en el evento. | Comité de Seguridad del Paciente. Coordinadores de Procesos. | Protocolo de Londres.* Actas y Registros. |
| Acciones e Intervenciones como resultado del análisis. | El Comité de Seguridad del paciente junto con los coordinadores de procesos determinar las Acciones de mejoramiento a seguir dependiendo del análisis realizado** | Comité de Seguridad del Paciente. Coordinadores de Procesos. | Formato de Acciones de Mejoramiento |
| Incidentes | Una vez presentados se deben reportar al coordinador del proceso. El cual debe analizar que parte del proceso está fallando y tomar acciones correctivas. Los incidentes deben ser notificados al comité de Seguridad mensualmente. | Coordinadores de Proceso. Comité de Seguridad. | |
| Complicaciones | Una vez identificadas deben realizarse la notificación institucional. | | |
| Manejo del Paciente y su Familia | Manejo del Paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Darle la información sobre lo ocurrido y que se va hacer. - Explicarle al paciente o su Familia que se hará para prevenir futuras ocurrencias del EA. - Hacer todo lo necesario para mitigar consecuencias del EA. | Jefe de Enfermera Medico | Registrar actividades de intervención en HC |

FASE II

IMPLEMENTAR LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION

- 1.1 Socialización y capacitación al recurso humano. Ver anexo (3)
- 1.2 Formalización de la notificación de eventos adversos de forma mensual mediante el formato propuesto.
- 1.3 Con la estrategia de acciones preventivas y correctivas se realizaran las acciones de mejora tendientes a identificar las causas para evitar nuevas ocurrencias de eventos adversos. Ver anexo (4)
- 1.4 A través de la oficina de calidad, se realizara monitoreo y seguimiento a todo el proceso de detección de eventos adversos, incluyendo las acciones preventivas y correctivas tomadas y se realizarán recomendaciones a la alta dirección.
- 1.5 Medición de la gestión a través del Indicador:

Numero de eventos adversos analizados y gestionados **x 100**

Total de eventos adversos notificados

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹⁻² Elizabeth Viílla real Cantillo, artículo de reflexión / REFLEXION
ARTICLE Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un
cuidado de calidad The patient's safety. A commitment for a high quality
care
- ³ Clinica Materno Infantil San Luís. Portafolio de servicios y Reseña
Histórica.
- ⁴ Colombia Médica Vol. 36 N° 2, 2005 (Abril-Junio) La seguridad clínica de
los pacientes: entendiendo el problema Astolfo Franco, M.D.*
- ⁵⁻⁶ OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud. A55/13. 23 de marzo de 2002.
Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría.
- ⁷ REPÚBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN
SOCIAL Decreto 1011 de 2006 en el cual se definen las nuevas políticas
para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- ⁸ REPÚBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN
SOCIAL Resolución 1446 de 2006 Sistema de Información en materia de
indicadores de monitorización de la calidad.
- ⁹ REPUBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION
SOCIAL. Herramienta para promover la Estrategia de Seguridad del
Paciente en SOGC de la Atención en salud. 2007.