

**PROPUESTA PARA LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE GESTION DE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
LOCAL DE HATILLO DE LOBA BOLIVAR –HHL**

SILVANA SALEH MORA

BELINDA CASTILLO CAPDEVILLA

FERNANDO LARA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD

PROMOCION XII

BUCARAMANGA SANTANDER

ABRIL DE 2011

**PROPUESTA PARA LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE GESTION DE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL
LOCAL DE HATILLO DE LOBA BOLIVAR**

SALEH, SILVANA

CASTILLO, BELINDA

LARA, FERNANDO

Proyecto de Grado para Optar al Título de Especialista en Auditoria en Salud

Dra. AMPARO RUEDA DE CHAPARRO

Asesora del Proyecto

DR. LUIS AUGUSTO GOMEZ DIAZ

Coordinador de la Especialización

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD

PROMOCION XII

BUCARAMANGA SANTANDER

ABRIL DE 2011

JURADOS

NOMBRE DEL JURADO	CARGO O PROFESION

ACEPTACIÓN

NOTA DE ACEPTACION	

Bucaramanga - Santander; Abril de 2011

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
INTRODUCCION	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	6
2. OBJETIVOS	7
2.1. OBJETIVO GENERAL	7
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
3. JUSTIFICACION	9
3.1. DELIMITACION DEL ESTUDIO	9
3.2. DELIMITACION ESPACIAL	11
3.3. DELIMITACION TEMPORAL	11
4. MARCO TEORICO	12
4.1. MARCO HISTORICO	12
4.2. MARCO INVESTIGATIVO	13
4.2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL	13
4.2.2. CONTEXTO NORTEAMERICANO- LA JOINT COMISSION	15
4.2.3. EXPERIENCIA COLOMBIANA	17
4.3. MARCO CONCEPTUAL	19
4.3.1. RECOMENDACIONES GUIA TECNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD"	19
4.3.1.1. Política institucional de Seguridad del paciente y atención segura	19
4.3.1.2. Promoción de la cultura de seguridad	20
4.3.1.3. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo	20
4.3.1.4. Análisis y gestión	21
4.3.2. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	21
4.3.3. LAS FALLAS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE COMO FACTOR DE EVENTOS ADVERSOS	22
4.3.4. ACCIONES INSEGURAS	22
4.3.5. MODELO PEDAGOGICO	23
4.3.5.1. Integralidad en la formación: comprensión y valoración de lo social y ambiental	23
4.3.6. LA INSTITUCION DEBE MONITORIZAR ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	23
4.3.7. MONITORIZACION CUADRO DE MANDO DEL SOGC	24
4.3.7.1. Infecciones hospitalarias	25
4.3.7.2. Eventos centinela	25
4.3.7.3. Obstétricos	25
4.3.7.4. Otros Eventos Adversos (EA) asistenciales	25
4.3.8. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	25
4.3.9. TIPO DE INDICADORES (Metodología de la evaluación)	26

4.3.10. ENFOQUES Y METODOS	26
4.3.11. INDICADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	27
4.3.12. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADOS CON LA ATENCION EN SALUD	27
4.3.13. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS	29
4.3.14. PROCESOS PARA LA PREVENCION Y REDUCCION DE LA FRECUENCIA DE CAIDAS	30
4.3.15. PREVENCION DE LA MALNUTRICION Y LA DESNUTRICION	31
4.3.16. GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO	32
4.3.16.1. Acciones inseguras	33
4.3.17. GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES	33
4.3.18. PREVENIR CANSANCIO DEL PERSONAL DE SALUD	34
4.3.19. ILUSTRAR AL PACIENTE ACERCA DEL AUTOCUIDADO Y DE SU SEGURIDAD	34
4.3.20. GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	35
4.3.21. PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESION	36
4.3.22. REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL	37
4.3.23. GLOSARIO DE TERMINOS	37
4.4. MARCO JURIDICO	39
4.5. MARCO INSTITUCIONAL	40
4.5.1. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD	40
4.5.2. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	42
4.5.3. REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA-RED PROPIA	46
4.5.4. CULTURA CORPORATIVA	47
4.5.5. OBJETIVO GENERAL	47
4.5.6. POBLACION OBJETO DE LA E.S.E. HHL	49
4.5.7. RED HOSPITALARIA DEL AREA SOCIAL DE MERCADO DE LA E.S.E. HHL EN EL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR	51
4.5.8. ASEGURAMIENTO DE LA POBLACION SEGÚN TIPO DE AFILIACION	51
4.6. PERFIL EPIDEMIOLOGICO	52
4.7. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA E.S.E. HHL	52
4.8. ESTANDARIZACION DE VARIABLES	53
5. DISEÑO METODOLOGICO	56
5.1. TIPO DE ESTUDIO	56
5.2. POBLACION Y MUESTRA	56
5.2.1. POBLACION	56
5.2.2. MUESTRA	56
5.3. UNIDAD DE MEDICION Y ANALISIS	57
5.3.1. FUENTES DE INFORMACION	57
5.3.2. PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS	57
5.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	57

5.4.1. TECNICAS E INSSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	57
6. EVALUACION DE LA POLITICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	60
6.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS DENTRO DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DE LA E.S.E. HHL	60
6.2. GRADO DE CONOCIMIENTO Y PRIORIZACION DEL CLIENTE INTERNO EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	60
6.2.1. CONCLUSION DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y PRIORIZACION	61
7. EVALUACION DE LAS FALLAS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE COMO FACTOR DE EVENTOS	
7.1. PROMOCION DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	63
7.1.1. RESULTADOS DE LA TABULACION DEL NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	63
7.2. PROBABILIDAD DE QUE OCURRAN ACCIONES INSEGURAS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	64
7.3. PERCEPCION DE LOS PACIENTES SOBRE LA ATENCION SEGURA DEL SERVICIO	65
8. COMPROMISOS DE LOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LA E.S.E. HHL	74
9. PROPUESTA DEL PROCESO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS PARA LA BUSQUEDA ACTIVA DE ALERTAS Y DETECCION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL	75
10. PROPUESTA DE MAPA DE RIESGO DE LAS ESTRATEGIAS DE DETECCION DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL	76
10.1. PRIMERA ESTRATEGIA: APLICACIÓN DE LAS BUENAS PRACTICAS CLINICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	76
10.2. SEGUNDA ESTRATEGIA: DESARROLLO DE PROCESOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	77
10.3. TERCERA ESTRATEGIA: DETECCION TEMPRANA DE INCIDENTES Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS DE EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL	78
10.4. CUARTA ESTRATEGIA: SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACION A LOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL	80
11. PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E.HHL	81
11.1. ESTRUCTURA DEL MODELO DE GESTION	81
11.2. LINEAS DE ACCION ESTRATEGICAS PARA REDIRECCIONAR LAS FALLAS ENCONTRADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL	81

11.2.1. CREAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD	81
11.2.2. ADECUAR LA CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS A LAS NECESIDADES DE SALUD	82
11.2.3. FAVORECER LA TRANSMISION DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACIÓN	82
11.2.4. PARTICULARIDADES DE DETERMINADOS ESCENARIOS Y PROCEDIMIENTOS	83
11.2.5. MEJORAR LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO	85
11.3. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE BUEANAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	85
11.3.1. INFECCIONES	86
11.3.2. MEDICAMENTOS	86
11.3.3. CAIDAS	87
11.3.4. ESCARAS	87
11.3.5. CANSANCIO	88
11.3.6. LABORATORIO	88
11.3.7. COMUNICACIÓN	89
12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA No. 1 ESTUDIOS INTERNACIONALES DE INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	14
TABLA No. 2 NORMAS COLOMBIANAS QUE REGULAN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	40
TABLA No. 3 IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACION	41
TABLA No. 4 POBLACION PROYECTADA 2010	49
TABLA No. 5 POBLACION POR GRUPO ETAREO 2010	50
TABLA No. 6 RED PUBLICA HOSPITALARIA DEL AREA SOCIAL DE MERCADO DE LA E.S.E. HHL EN EL DEPARTAMENTO	51
TABLA No. 7 ASEGURAMIENTO DE LA POBLACION DE HATILLO DE LOBA SEGÚN TIPO DE AFILIACION	51
TABLA No. 8 ESTANDARIZACION DE VARIABLES	53
TABLA No. 9 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	58
TABLA No. 10 EVALUACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	60
TABLA No. 11 CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. Y PRIORIZACION DE SUS ACTIVIDADES	60
TABLA No. 12 PROMOCION DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	63
TABLA No. 13 COMPROMISOS DE LOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LA E.S.E. HHL	74
TABLA No. 14 MATRIZ DE RIESGO DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	76

TABLA No. 15 MATRIZ DE RIESGO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	77
TABLA No. 16 MATRIZ DE RIESGO DE DETECCION TEMPRANA DE INCIDENTES Y CONTROL DE EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL	78
TABLA No. 17 MATRIZ DE RIESGO DE SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACION A LOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL	80
TABLA No. 18 ESCALA DE BRADEN	88

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA No. 1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA E.S.E. HHL	53
FIGURA No. 2 ESQUEMA DE PROPUESTA DEL PROCESO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN LA E.S.E. HHL	75
FIGURA No. 3 ESTRUCTURA DEL MODELO DE GESTION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	81

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
GRAFICO No. 1 GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	61
GRAFICO No. 2 NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	64
GRAFICO No. 3 FALLAS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL	67
GRAFICO No. 4 OPORTUNIDAD DE LA ATENCION DE MEDICOS Y ENFERMERAS EN LA E.S.E. HHL	68
GRAFICO No. 5 EFECTIVIDAD DE LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL DE URGENCIAS Y EL PACIENTE ATENDIDO EN LA E.S.E. HHL	69
GRAFICO No. 6 RIESGOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE EN LA ATENCION DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E. HHL	70
GRAFICO No. 7 CONOCIMIENTO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA E.S.E. HHL	71
GRAFICO No. 8 CONOCIMIENTO SOBRE EA, INCIDENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PACIENTES ATENDIDOS EN LA E.S.E. HHL	72
GRAFICO No. 9 CALIFICACION DE LA ATENCION RECIBIDA EN LA E.S.E. HHL	73

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 CUESTIONARIO ENCUESTA DE PRECEPCION SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA E.S.E. HHL
--

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para el desarrollo de un proyecto en la E.S.E. Hospital Hatillo de Loba, mediante el análisis de la cadena de valor de la atención establecida en los mapas de procesos y la evaluación de los instrumentos y tamizajes de eventos adversos y seguridad del paciente, dentro de una muestra de pacientes atendidos en el servicio de urgencias y hospitalización en el primer trimestre del 2011 con el objetivo de establecer los procesos pertinentes de gestión del riesgo que permitan la Implantación del Programa de Gestión de la Seguridad del Paciente en la Empresa Social del Estado Hospital Local de Hatillo de Loba Bolívar; determinando la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en sus áreas y unidades funcionales que le permitan plantear medidas coyunturales, preventivas y oportunidades de mejoramiento y seguimiento; que armonicen la política institucional de seguridad del paciente, con el direccionamiento estratégico de la E.S.E. en el cumplimiento de su plan de gestión.

Se pudo concluir que la E.S.E. carece de un programa de seguridad del paciente, lo cual impide desarrollar herramientas de control de riesgos y de mecanismo para identificación de eventos adversos como insumo necesario para ejecutar estrategias de búsqueda activa y alerta sobre los riesgos que afectan la salud de los pacientes.

En este orden de ideas se presenta esta propuesta como herramienta que contribuya a una política institucional de atención segura a la población adscrita a la E.S.E. HHL.

INTRODUCCION

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia a la salud y es cada vez más compleja puesto que toda acción concibe riesgos potenciales y mas aun cuando no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, puesto que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orientan en la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. De igual manera, se orientan las acciones a proporcionar a los pacientes los medios para que puedan notificar los errores de los que, en muchas ocasiones, son ellos los primeros en descubrir.

En este ámbito se presenta la propuesta para la implantación de un programa de gestión en la E.S.E. Hospital Hatillo de loba, este trabajo revisa las condiciones de seguridad relacionadas con la atención en salud a los pacientes de esta institución mediante un análisis de situación en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos en esta, orientado a detectar puntos críticos y proponer estrategias de intervención.

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL DE HATILLO DE LOBA BOLIVAR

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Desde que la presente administración de la Empresa Social del Estado – Hospital local del municipio de Hatillo de Loba Departamento de Bolívar, en cabeza de su gerente Dr. Héctor Mora Beleño; asumió en el año 2010; las riendas de dicha institución prestadora de servicios de salud la más importante para los habitantes de este municipio en su primer nivel de resolutivez; se ha propuesto en su Plan de Gestión 2010 – 2012 tener como metas principales, la solución al siguiente ámbito problemático o debilidades:

- Limitaciones de infraestructura física de la E.S.E. HHL y falta de encerramiento del hospital
- Implementación del SIAU
- Deficiencia en el sistema de información que afecta la oportunidad en la consolidación y reporte de información y la toma de decisiones. Resolución 2193
- Problemas de disposición de excretas
- La ambulancia cumplió su ciclo de vida. Adquirir nuevo vehículo.
- Poco desarrollo del componente comunitario
- Información y documentos dispersos
- Deficiencias de habilitación donde están ubicados los Centros de Salud, especialmente en los corregimientos de San Miguel y la Victoria

- Dificultades en el traslado de pacientes al nivel de mediana complejidad
- Demandas laborales
- Control interno insuficiente
- No existe un programa de Salud Ocupacional
- No existe un programa de Seguridad del Paciente Dotación de Biotecnología medica deficiente
- Deficiente Auditoria Medica
- Deficiencia en el proceso de facturación y presentación de cuentas a las EPS¹

No obstante a plasmar las anteriores ejecutorias con metas y resultados; para hacer las transformaciones institucionales que demanda el sistema general de seguridad social en salud, a la fecha podemos observar al 80% de las debilidades detectadas se ha hecho gestión para mejorarlas, sin embargo, hay un retardo considerable en la instauración de un programa enfocado en la Seguridad del Paciente, frente a lo cual pensamos que no hay que esperar que los resultados de incidentes, alertas tempranas, enfermedades centinelas y eventos adversos manifiesten su incidencia y prevalencia para generar su desarrollo, si no por el contrario, detenerse en el diseño y ejecución de un modelo de gestión de riesgos preventivo con medidas congruentes al cumplimiento las metas proveer salud con calidad a los más pobres y vulnerables de la comunidad de Hatillo, donde exista capacidad de respuestas a las patologías de sus habitantes.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el 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.

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

¹ Plan de gestion E.S.E. Hospital Hatillo de Loba Bolivar; 2010-2012

Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Ejemplo de ello son las experiencias de Florence Nightingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, ó las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. Ejemplos similares se han dado a lo largo del desarrollo de la ciencia y el arte médico.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino mas 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 él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido

intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.²

En este momento la E.S.E HHL; está desarrollando actividades encaminadas al conocimiento de la terminología relacionada con la seguridad del paciente, la detección, prevención y la necesidad de reportar los eventos adversos en todas las áreas involucradas en la atención de los usuarios. Además se han realizado algunos esfuerzos en relación con el reporte y gestión relacionada con la detección y seguimiento de los Eventos Adversos (EA), considerando estos como la situación que genera al paciente daño no intencional, asociado o no a la actividad asistencial; dichos esfuerzos se han iniciado con la adaptación de un formato para el reporte de incidentes o eventos adversos, a la vez que se han dado instrucciones desde la gerencia para el seguimiento y la gestión de éstos con el propósito de minimizar sus consecuencias y reducir las posibilidades de ocurrencia de algún evento, sobre todo en el proceso de remisiones.

Por ello; si ya existen herramientas validadas tanto por los expertos clínicos del proyecto IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos) como por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en donde con los paquetes Instruccionales nos dan las pautas a seguir en las actividades inherentes; pues en ocasiones los incidentes y eventos adversos no son identificados, notificados ni mucho menos investigados ni llevados a un plan de mejoramiento ya que el personal de salud desconoce las diferencias entre los conceptos (incidente, evento adverso, riesgos y complicación), así como es posible que aún se omitan los reportes por temor a sanciones punitivas o que simplemente se consideren estos eventos como propios de las instituciones hospitalarias por lo que no requieren mayor atención, se hace necesario a través de un enfoque de gestión de la calidad y auditoria en salud, coadyuvar a que esta institución implante su Programa de Seguridad del paciente de una vez por todas.

² Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia; Observatorio de la Calidad en Salud OCS; Bogotá, 11 de junio de 2008.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERAL

Establecer los procesos pertinentes de gestión del riesgo que permitan la Implantación del Programa de Gestión de la Seguridad del Paciente en la Empresa Social del Estado Hospital Local de Hatillo de Loba Bolívar; determinando la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en sus áreas y unidades funcionales que le permitan plantear medidas coyunturales, preventivas y oportunidades de mejoramiento y seguimiento; que armonicen la política institucional de seguridad del paciente, con el direccionamiento estratégico de la E.S.E. en el cumplimiento de su plan de gestión.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Diagnosticar la forma como se gestiona el riesgo en la E.S.E. HHL
- Identificar los riesgos potenciales que se pueden presentar en el ciclo de atención del paciente en la E.S.E. desde el ingreso hasta el egreso y definir los indicadores trazadores para la seguridad del paciente.
- Evaluar la prevalencia de eventos adversos en la E.S.E. HHL mediante la auditoria de historias clínicas de pacientes atendidos en el primer trimestre de 2011.
- Estandarizar un proceso de monitorización de los aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente mediante la implantación del programa de gestión de seguridad del paciente.

3. JUSTIFICACIÓN

“Aunque es humano errar, es inhumano no tratar, si es posible, proteger de fallas evitables y peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos”

Max Thorek

Cirujano, músico y fotógrafo

1880-1960

El tema del evento adverso toma un gran significado a la luz del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que inició dirigido a garantizar estándares estructurales mínimos (infraestructura, procesos, insumos, medicamentos y recurso humano), pero que con el paso del tiempo empieza a superar el concepto de los “mínimos esenciales” para empezar la inclusión del concepto de acreditación, percibida como la atención por encima de la línea de base, que se vea reflejada en mejores resultados, incluyendo la satisfacción del usuario.

Ante este marco de referencia, observamos que la Empresa Social del Estado Hospital Local de Hatillo de Loba Bolívar, ha puesto en marcha esfuerzos de capacitación para favorecer una prestación segura de los servicios pero es necesario hacer un diagnóstico de los eventos adversos que se presentan en la institución y sugerir métodos o estrategias para la búsqueda activa de los riesgos que puedan conducir a dichos eventos especialmente en el área de urgencias y hospitalización.

En virtud de lo anterior se hace necesario contribuirle en forma efectiva a que implante un Programa de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente que permita a esta institución fortalecer la prestación de servicios de salud de calidad donde el usuario es el más beneficiado al garantizarle la calidez humana y calidad de salud integral y segura.

3.1 DELIMITACION DEL ESTUDIO

Las ejecutorias a desarrollar se sustentaran en lo siguiente:

- Diagnostico institucional del Programa de Buenas Practicas de Seguridad del Paciente donde se determine el riesgo de la atención en salud y vigilancia de eventos adversos.

- Análisis y Evaluación de Identificación Correcta del paciente en la E.S.E. HHL y el proceso de Notificación y reportes de eventos adversos a través de los instrumentos que aplican sistematizados o no
- Determinar la forma cómo aplican los instrumentos de tamizajes de eventos adversos
- Aplicación del protocolo de Londres para la investigación y detección de eventos adversos
- A través de una Ronda de seguridad, aplicar la encuesta de clima de seguridad del paciente
- Evaluación de las guías existentes en la Clínica sobre manejo de eventos adversos y como se ejecuta y notifica
- Desarrollar y tabular la notificación de sucesos en las historias clínicas
- Aplicación y tabulación del listado de referencia de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en la E.S.E. HHL
- Análisis de los índices de satisfacción y los indicadores centinelas que puedan existir entre otros para generar referente de calidad del servicio a los pacientes con respecto a los eventos adversos que se le presentan.

- Construcción de los Mapas de Procesos y la cadena de valor clínico, de las diferentes patologías tratadas o procesos de atención que registran riesgos e incidentes con eventos adversos de acuerdo a la búsqueda activa de aplicación de los instrumentos anteriores.
- Construcción del Mapa de Riesgo de Seguridad de los pacientes con los resultados tabulados de los aplicativos enunciados.
- Establecimiento de estrategias sobre los nudos críticos inaceptables y de riesgo de alta probabilidad con intervenciones establecida en las buenas prácticas de seguridad del paciente
- Propuesta de un programa de buenas practicas de seguridad del paciente.

La Delimitación anterior, se estableció en consonancia con los objetivos específicos y se estipularan las variables a utilizar en el presente trabajo de grado.

3.2 DELIMITACION ESPACIAL

El espacio que delimita el desarrollo de este trabajo es de orden Nacional deteniéndonos en el Municipio de Hatillo de Loba Bolívar, donde se encuentra el Hospital Local Hatillo de Loba Bolívar, entidad objeto de la ejecución de nuestra investigación.

3.3. DELIMITACION TEMPORAL

La delimitación del tiempo de esta investigación comprende el año 2010 y lo que va del presente 2011, teniendo en cuenta el plan de gestión y el periodo de de gobierno de la gerencia actual de la E.S.E. HHL.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO HISTÓRICO

El problema de los eventos adversos en el cuidado de la salud no es algo novedoso, se conocen reportes que datan de los años 1950 y 1960, pero el tema estuvo largamente postergado, tomando auge a partir de los años noventa en el Reino Unido, Gran Bretaña, Australia, Irlanda del Norte y Estados Unidos. En 1991, se publican los resultados del Estudio de Práctica médica de Harvard, en 1992 se hacen conocer estudios de Utah y Colorado en los Estados Unidos así como en Australia, que, además, en 1995 realiza The Quality in Australian Health Care Study QAHCS. En 1998 en Dinamarca y en 1999 Gran Bretaña, Reino Unido, Irlanda del Norte.

Con el propósito de ubicarnos en la magnitud del tema se presentan algunos datos derivados de estudios realizados en Estados Unidos de América del Norte:³

- Los eventos adversos ocurren entre 2.9 y 3.7 % de los pacientes
- Los eventos adversos llevaron a la muerte a los pacientes entre 6.6 y 13.6 % de los casos.

³ The Quality in Australian Health Care Study QAHCS 1995

- Extrapolado a un total de 33.6 millones de ingresos hospitalarios en 1997, podrían morir entre 44,000 y 98,000 pacientes.
- Los eventos adversos ocupan el octavo lugar como causa de muerte, por encima de los accidentes en vehículo con 43,458, cáncer de mama con 42,297 o sida con 16,516. La complejidad de la atención en salud está enmarcada en la interacción de seres humanos con características disímiles, en un entorno organizacional con tecnologías y procesos particulares, una cultura específica y una realidad epidemiológica propia; lo cual hace a esta atención, susceptible de generar factores desencadenantes de riesgo para quien busca salud en un hospital.

4.2 MARCO INVESTIGATIVO

“Puede parecer un principio extraño declarar como el primer requisito en un hospital que no cause al enfermo ningún daño”.

Florence Nigthingale

(1859)

4.2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos han sido documentados en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública⁴.

⁴ HERRERA-KIENGELHER, J. *et.al.* Frecuencia y correlación de eventos adversos en un hospital de enfermedades respiratorias en Mexico. 2005. 128:3900-5.

Se han realizado varios estudios internacionales⁵ procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizajes por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado. Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados.

En los estudios de incidencia⁶ (evaluación de los casos ocurridos durante el período de observación), la frecuencia varía entre el 9% (en el estudio de Dinamarca) hasta el 16.6% (en el estudio australiano) como lo muestra la siguiente tabla:

⁵ ARANAZ, JM. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS. Madrid, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2006.

⁶ ARANAZ, JM. Ibit.

Tabla No. 1: Estudios internacionales de incidencia de Eventos Adversos



Adaptado de Aranz y Aibar

En cuanto a los estudios de prevalencia, (evaluación de los casos ocurridos durante y antes del período de observación), según Aranz JM⁷ solamente se han encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de Mostaza en España y el de Herrera- Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%.

Los países latinoamericanos han optado por la metodología de evaluación de prevalencia, ya que es la que se ha encontrado como más factible en las condiciones específicas de nuestras instituciones. No obstante en el caso de la prevalencia aun hay un camino por recorrer para encontrar los valores de referencia adecuados a nuestras condiciones, proceso en el que se ha logrado avanzar a través del desarrollo de proyectos como el estudio IBEAS⁸ Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales Latinoamericanos.

⁷ ARANAZ, JM. Ibit.

⁸ RESTREPO, Francisco Raúl. Proyecto IBEAS Colombia: antecedentes y metodología. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Colombia. 2007.

Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados^{9 10}:

- Infección nosocomial
- Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos
- Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
- Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.
- Procesos orientados a dotar de barreras de seguridad y procedimientos seguros la atención del binomio madre-hijo.

De igual forma, los diferentes estudios han generado clasificaciones de severidad, ya que los eventos adversos pueden producir desde un daño leve en el paciente hasta incapacidad, invalidez en grados variables o incluso muerte. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia mundial la mayoría de los eventos se encuentran en la categoría leve o moderada¹¹.

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

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

⁹ GAITAN, Hernando. *et.al.* Tamizaje de eventos adversos *en atención* obstétrica y puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá 2002 -2003. Departamento de investigaciones clínicas, Universidad Nacional de Colombia

¹⁰ FRANCO, Astolfo. El reporte de eventos adversos: el motor de la gestión clínica. Centro médico IMBANACO, Cali. Evaluador externo de SUA. ICONTEC.

¹¹ ARANAZ, JM y LIMON, R. Incidencia e impacto de los efectos adversos en dos hospitales. Proyecto IDEA. Revista calidad asistencial. 2005; 20 (2) 53-60.

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

4.2.2 CONTEXTO NORTEAMERICANO – LA JOINT COMISSION

En virtud de que los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud de los países latinoamericanos adoptaron los principios y fundamentos del Modelo de pluralismo estructurado agenciado por la Universidad de Harvard donde Colombia no es la excepción en materia de buenas practicas de seguridad del paciente y de búsqueda activa de alertas e incidentes para detectar eventos adversos tampoco se podría desconocer las grandes y eficientes aportes técnico científico de manejo de riesgos nosocomiales aportados por la *JOINT COMISSION*, que además de ser una Entidad Acreditadora de Hospitales de los Estados Unidos; es un Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud; en las Soluciones a la Seguridad del paciente, liderando en nuestra región el cumplimiento de los seis campos de acción de seguridad del paciente, lanzado por la OMS en el año 2005 y los cuales hoy en nuestro país estan

contemplados en los Paquetes Instruccionales para las buenas practicas de Seguridad del paciente del Ministerio de la Protección Social.¹²

Pero Una de las Políticas de seguridad del paciente más importantes que ha aportado la *JOINT COMISSION*, a nuestros países, es la estructuración del *PROTOCOLO UNIVERSAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*. En donde los procesos de comunicación en la atención a un paciente seguro deben desarrollar componentes tales como:

- Llevando a cabo un proceso de verificación previo al procedimiento de atención al paciente
- Señalando el lugar del procedimiento en forma precisa y de adherencia
- Tiempo de espera antes de comenzar el procedimiento

Los cuales deben generar en términos de capacidad técnico científica un proceso seguro de atención integral¹³.

4.2.3 EXPERIENCIA COLOMBIANA

En relación con el tema los trabajos colombianos intentan hacer una aproximación para la comprensión del tema y sus dimensiones de manera local, que van desde las revisiones de seguimientos puntuales a algunas especialidades médicas¹⁴, hasta incidencia de los

¹² Soluciones a la Seguridad del Paciente – Documento de Trabajo – Washington 2005

¹³ Protocolo universal de Seguridad del Paciente – OMS/OPS Joint Comission – Congreso Mundial de la OMS/OPS Suiza 2002

¹⁴ FRANCO, Astolfo. Cirugías más seguras: el factor cirujano. Revista colombiana de Cirugía.

eventos adversos en algunas instituciones¹⁵, también se encontró una revisión que busca la recopilación de la terminología difundida en relación con el tema de seguridad del paciente¹⁶ con el fin de iniciar la construcción de una taxonomía sobre el mismo. El estudio IBEAS¹⁷, proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza por la Seguridad del Paciente (OMS Ginebra), la Organización Panamericana de la Salud y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España), es uno de los proyectos más relevantes en la actualidad en el contexto internacional; estos países expresaron su deseo de conocer la frecuencia de EA en sus hospitales siguiendo los pasos del estudio ENEAS (Estudio Nacional de Eventos Adversos), para orientar las políticas estratégicas en la mejora de seguridad de los pacientes que venían desarrollando.

A nivel nacional se seleccionaron 12 instituciones distribuidas en diferentes regiones del país, públicas y privadas, acreditadas, no acreditadas y en preparación para la acreditación, que permita hacer una idea del comportamiento del problema en Colombia.

El proyecto trazó como objetivo conocer la prevalencia de eventos adversos en hospitales de América Latina, desarrollar metodologías comparables internacionales y que sean de fácil aplicación en las instituciones de nuestro país, frecuentemente limitadas para desplegar estudios de común aplicación en otras regiones del mundo, así como entrenar grupos de evaluadores expertos, será un gran avance en el despliegue y profundización de la Estrategia de Seguridad del Paciente y un importante paso hacia la construcción de una política de seguridad del paciente en el país.

¹⁵ GAITAN-DUARTE, Hernando. *Et.al.* incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias de Colombia. 2006. Rev. Salud Pública, 2008:10.

¹⁶ SALCEDO, A. SANTOFIMIO, D. revisión bibliográfica nacional e internacional de la terminología en seguridad del paciente. Informe presentado al Ministerio de la Protección Social de Colombia en desarrollo del convenio interadministrativo 353 de 2006. Neiva, Colombia, 2007.

¹⁷ Ministerio de la protección social de Colombia, Dirección General de Calidad de Servicios. Estudio IBEAS y la Política de Seguridad del Paciente en Colombia.

En el estudio IBEAS¹⁸ se analizan todos los pacientes hospitalizados durante una semana (revisando cada cama una sola vez –una estancia para cada paciente-). Se estudia la hospitalización completa al alta de aquellos pacientes que presente eventos adversos (registrándose la duración de la hospitalización de los pacientes sin eventos adversos – solo fecha de ingreso y fecha de alta). Esta estrategia permite estudiar el impacto del evento adverso salvando las particularidades de este diseño. Por otra parte, si se repitiera en el tiempo (una vez al año, por ejemplo), el estudio se convertiría en sistemático de la prevalencia de evento adverso (estudios en panel) y se transformaría en una herramienta adecuada para el seguimiento y la evaluación de programas de mejora de la calidad y de la seguridad.

Un estudio de corte de prevalencia detectaría 7 eventos adversos de 20 casos (P= 35%; 47% de casos detectados). Pero podría detectar 6 de 20 si el caso 3, a pesar de ocurrir el día del estudio, no fuera anotado en la Historia Clínica hasta el día siguiente (P= 30%; 40% de casos detectados). Un estudio tradicional de revisión retrospectiva, que sólo considera el evento adverso más grave que ha tenido el paciente, detectaría 8 eventos adversos en 20 pacientes (I= 40%; 53% de casos detectados). Si se utilizara la metodología del estudio ENEAS se detectarían 16 eventos adversos en 20 pacientes (I= 80%; 100% de casos detectados). En el ejemplo presentado, el estudio de prevalencia perdería un 6% de casos respecto a los estudios tradicionales de revisión retrospectiva. Todo ello en el supuesto de que toda la información estuviera recogida en la historia clínica y además disponible.

El estudio IBEAS aspira a convertirse en un sistema de vigilancia (al repetirlo con la misma metodología al menos una vez al año) que permita valorar la evolución temporal de la prevalencia de eventos adversos en los hospitales de Latinoamérica, con el fin de conocer la epidemiología de eventos adversos en la región y a nivel local en cada hospital, lo que facilitará desarrollar estrategias y mecanismos de prevención para evitarlos, o al menos para minimizarlos. De manera específica se pretende determinar la

¹⁸ RESTREPO, Francisco. Op.cit.

prevalencia de eventos adversos y caracterizar los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, distinguiendo los evitables de los que no lo son.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

4.3.1 RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”¹⁹

4.3.1.1. Política institucional de Seguridad del Paciente y la Atención segura

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos:

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución
- Promover un entorno no punitivo

4.3.1.2 Promoción de la cultura de seguridad

¹⁹ Ministerio de la Protección Social. Dirección general de Calidad de Servicios; Unidad sectorial de Normalización. “Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente” BPSP. Versión 001, Marzo 2010. Herramienta E-Learning para autoinstrucción disponible En: <<http://www.ocsav.info/paquetes.html>>

La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos.

4.3.1.3 Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución.

Un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de:

- Proceso para el reporte de eventos adversos
- Que se reporta
- A quien se le reporta
- Como se reporta
- A través de que medios:
- Cuando se reporta
- Como se asegura la confidencialidad del reporte
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros

- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó:
- Como se estimula el reporte en la institución

4.3.1.4 Análisis y Gestión

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución. La institución debe tener claridad sobre lo que debe y no debe esperar de cada una de las metodologías

Se debe precisar cual será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento

4.3.2 ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES²⁰

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico. Todos los datos deben ser corroborados verbalmente y diligenciados bien sea en papel o en el sistema electrónico cuando aplica (chips, códigos de barras). En el proceso de la identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de pacientes:

²⁰ Guía Técnica BPSP, Ibit.

- Adulto con documento de identidad (CC ó CE ó PA ó NU)
- Adulto sin documento de identidad.
- Recién nacidos y menores de edad sin numero de identificación
- Para el parto normal o cesárea de un solo bebe.
- Para parto normal o cesárea de embarazo múltiple.
- Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto.

4.3.3 LAS FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE COMO FACTOR DE EVENTOS ADVERSOS

En todo el entorno de la atención en salud, la identificación incorrecta de los pacientes continúa dando como resultado errores de medicación, errores de transfusión, errores de prueba, procedimientos en la persona incorrecta y alta de bebés que se entregan a las familias equivocadas.

La forma más habitual de identificación de los pacientes en las instituciones de salud es el número de habitación o de cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o por el hecho de que respondan a un nombre determinado, sin ser estas las más apropiadas ni confiables y permitiendo que se presenten errores en la atención de los individuos por dificultades o equivocaciones en su identificación.

4.3.4 ACCIONES INSEGURAS

- Falta de identificación al ingreso del paciente.
- Procesos de captura de datos incompletos, de mala calidad o equivocados.
- Identificación de los pacientes por medio de datos diferentes a los personales, ej. Número de la habitación, enfermedad, entre otros.
- Ausencia de manillas de identificación

- Traslado y movimiento del paciente sin brazalete o adecuado proceso de identificación.
- Verificación incorrecta de datos del paciente.
- No verificación de datos del paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos.
- Inexistencia de estándares de identificación correcta por parte del personal asistencial. existe lista de chequeo para la verificación no aplican en forma eficiente

4.3.5 “MODELO PEDAGÓGICO” ²¹

Cuando nos referimos a concepciones pedagógicas contemporáneas, es importante aclarar que sus fuentes son tomadas de los análisis externos e internos que nutren las reflexiones académicas vigentes. En cuanto a lo externo, se retoman cuatro grandes paradigmas de la sociedad actual (Sena, Fundamentos Pedagógicos para la Integración de Competencias, 2007): La Revolución Tecnológica, La Globalización, La Sociedad del Conocimiento y El Pensamiento Complejo.

En cuanto a la revolución tecnológica, ésta se evidencia con el papel de las Nuevas Tecnologías de la Informática y la Comunicación - NTIC's – que se erigen como el nuevo paradigma productivo y social. La propuesta metodológica para la capacitación de los funcionarios de la salud debe estar permeada por la utilización de estas nuevas tecnologías.

4.3.5.1 Integralidad en la formación: Comprensión y valoración de lo social y ambiental

²¹ Guía Técnica BPSP. Ibit

La capacitación en buenos hábitos que se da al funcionario de la salud debe ofrecer herramientas para la comprensión y valoración de lo social y ambiental. Es responsabilidad en todo momento del capacitador propender por que se desarrollen competencias sociales, emocionales, ciudadanas, cívicas, de forma tal que se propicie la convivencia y la tolerancia y el desarrollo sostenible.

4.3.6 “LA INSTITUCIÓN DEBE MONITORIZAR ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE”²²

Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución se recomienda: (uno o varios):

- Implementar indicadores que midan el esfuerzo intrainstitucional
 - Proporción de gestión de eventos adversos
 - Proporción de reporte de eventos adversos
- Indicadores que midan la extensión de la vigilancia de eventos adversos en una red o en una región: Proporción de IPS,s o EAPB que vigilan o que gestionan EA.
- Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador, etc.
De acuerdo a la institución

Una de las dificultades para medir los eventos adversos está dada por el temor a mantener la confidencialidad de los datos, y lo que de ellos pudiera devenir en directa relación con la responsabilidad profesional. Otro de los motivos que dificulta la objetivación de los errores es la conducta centrada en la punición personal. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos

²² Guía Técnica BPSP. Ibit

adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema.

Esto nos lleva directamente a la necesidad de utilizar indicadores como herramientas útiles para poder interpretar lo que está ocurriendo, para tomar medidas cuando las variables se salen de los límites establecidos, para definir la necesidad de introducir cambios y/o mejoras y poder evaluar sus consecuencias en el menor tiempo posible: los indicadores de seguridad en la atención pasan a cobrar una importancia fundamental para saber si se atiende en forma segura.

4.3.7 MONITORIZACION CUADRO DE MANDO DEL SOGC

En el cuadro de mando del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se encuentran indicadores que permite realizar análisis del progreso de la estrategia tanto a nivel institucional como extra institucional. Estos indicadores son:

- Instituciones que realizan Vigilancia de Eventos Adversos (numerador del indicador I.3.3.)
- Tasa de mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas (Indicador I...3.1.)
- Razón de mortalidad materna (Indicador E.3.2.)
- Tasa de mortalidad por neumonía (IRA) en grupos de alto riesgo (Indicador E.3.1.)

4.3.7.1 Infecciones hospitalarias

- Neumonía por asistencia respiratoria mecánica
- Infección de herida operatoria
- Infección debida a la acción del médico
- Úlcera por decúbito (o por presión)

4.3.7.2 Eventos centinela

- Eventos adversos relativos al equipo médico
- Errores de medicación

4.3.7.3 Obstétricos

- Trauma o injuria neonatal
- Trauma vaginal obstétrico
- Trauma obstétrico por cesárea
- Problemas con el parto

4.3.7.4 Otros eventos adversos asistenciales

- Caída del paciente
- Fractura o traumatismo de cadera intra-hospitalarios

4.3.8 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- En una institución debe medirse la calidad y la seguridad de la atención mediante dos enfoques:
- Enfoque cualitativo: Análisis de las actividades del proceso de atención
- Enfoque cuantitativo: Utilización de indicadores de resultados (efectos adversos)

4.3.9 TIPOS DE INDICADORES (metodología de evaluación)

Sucesos centinela (Investigación puntual):

- Sucesos infrecuentes, generalmente inadmisibles
- De manifiesta gravedad
- Con evidentes posibilidades de prevención
- Indicadores (Monitorización):
- Sucesos con una frecuencia admisible
- Con menor componente de evitabilidad
- Control obligado para:
 - Evitar desviaciones significativas
 - Valorar eficacia de medidas de control
 - Comparar evolución en el tiempo
- Comparar con otros centros

4.3.10. ENFOQUES Y METODOS

La medición de la seguridad en la atención debe estar centrada en los siguientes enfoques:

- Epidemiológico.
- Frecuencia (Incidencia, prevalencia) de efectos adversos.
- Factores Asociados (Riesgo)
- Sistemas de notificación de errores y efectos adversos.
- Analizarlos, aprender de ellos.
- Rediseñar los procesos.
- Gestión de riesgos.
- Disminuir litigios
- Seguridad clínica y medioambiental.
- Gestión de la calidad y seguridad del paciente
- Diseño, monitorización, mejora.
- Enfoque mayoritario en seguridad clínica.

4.3.11 INDICADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Resultado (AHRQ, OCDE). “Triggers” (IHI)

- Global
- Efectos adversos asociados a medicación
- Efectos adversos peri-operatorios
- Efectos adversos en asistencia ambulatoria.
- Buenas Prácticas (Seguras)

4.3.12 “DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD”²³

- Los estudios de prevalencia de eventos adversos señalan a la infección intra-hospitalaria como el evento adverso más frecuente en el mundo y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.
- Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:
- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a:

- Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos. Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos.

²³ Guía Técnica BPSP, Ibit.

- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución.
- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada con la atención en salud.
- Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas ambulatorias en este caso; para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas
- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)
- Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

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

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.

5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

4.3.13. “MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS”²⁴

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente.

Algunos procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son:

Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.

Asegurar la *dispensación* correcta de los medicamentos y los procesos de re empaque y re envase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.

- Definir mecanismos para prevenir errores en la *administración* de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea). asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos.

²⁴ Guía Técnica BPSP, Ibid

- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.
- Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos
- Identificar los medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extienda el cuidado en su uso.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: Dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia Anticoagulante.

4.3.14. “PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS²⁵

Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución que contemplen como mínimo la siguiente información:

- Antecedentes de caídas
- Identificación del paciente
 - Que está agitado
 - Funcionalmente afectado

²⁵ Guía Técnica BPSP, Ibid

- Necesita ir frecuentemente al baño
- Tiene movilidad disminuida
- Pacientes bajo sedación

Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente:

- Lactante que se encuentra sobre una camilla en cualquier servicio de la institución sin supervisión de un adulto
- Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender ordenes –
- Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos
- Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie

Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:

- No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos
- Ausencia de superficie antideslizante en el piso
- Ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas
- Camillas sin barandas
- Iluminación inadecuada
- Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación

4.3.15. “PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN”²⁶

La desnutrición es un problema de gran importancia en el ámbito hospitalario, el estado nutricional puede variar durante el tiempo de hospitalización de acuerdo a las condiciones nutricionales con la que ingresa el paciente, diagnóstico, etc.

En lo hospitalario: existen varias vías para proveer soporte nutricional a los pacientes, la nutrición enteral puede ser administrada vía oral, nasal, gástrica o yeyunal. La nutrición parenteral debe ser usada cuando la enteral no es posible o su uso está contraindicado. Debe prestarse atención al tiempo de uso de la nutrición parenteral y no prolongarla si el paciente ya no la necesita. Igualmente es importante asegurar el correcto cálculo de nutrientes.

En lo ambulatorio: deben desarrollarse procedimientos para garantizar que la dieta sea individual, balanceada y equilibrada que asegure el mejoramiento del paciente evitando dietas generalizadas. Y garantizando que sea el profesional en nutrición quien explique la dieta al paciente.

- Se debe promover:
- Asegurar que la información en la historia clínica sea completa y correcta.
- Verificar que los tratamientos nutricionales estén acordes con las guías de práctica clínica pertinentes.
- Asegurar la educación continua al personal de nutrición y dietética.
- Asegurar la coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Verificar con el servicio de alimentación que la dieta suministrada era la ordenada por la nutricionista.
- Verificar aporte de nutrientes por kilo.

²⁶ Guía Técnica BPSP, Ibid

- Evitar las prescripciones nutricionales estereotipadas y no adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

4.3.16. “GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO”²⁷

Es necesario que los procesos pre-analíticos analíticos y post-analíticos se articulen tanto en las instituciones hospitalarias como en las ambulatorias, para generar resultados seguros y confiables. En este marco, la identificación del paciente es crítica y debe desarrollarse acorde con los lineamientos nacionales e internacionales. Algunas organizaciones como el College of American Pathologist CAP han identificado como unos de los primeros errores cometidos en el laboratorio, durante la fase analítica y post-analítica, corresponde a la identificación del paciente, durante los procesos de control de calidad externa desarrollados por esta institución.

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

La primera causa de eventos adversos relacionados con los reportes del laboratorio clínico, tiene que ver con la mala identificación del paciente y/o de la muestra dentro del laboratorio

4.3.16.1. Acciones inseguras

En la etapa pre analítica

²⁷ Guia Tecnica BPSP, Ibid

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

En la etapa analítica

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

En la etapa post analítica

- Errores en la entrega de resultados. x

4.3.17. “GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES”²⁸

Debe incluir:

²⁸ Guía Técnica BPSP, Ibid

- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.
- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.
- Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información.
- Asegurar la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.

4.3.18. “PREVENIR EL CANSANCIO DEL PERSONAL DE SALUD”²⁹

- Asignación de horas de jornada laboral
- Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.
- Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud.

En la prestación de cualquier servicio, el factor más importante y significativo lo constituye el talento humano que desarrolla cada una de las actividades ocupacionales.

4.3.19. “ILUSTRAR AL PACIENTE ACERCA DEL AUTOCUIDADO Y DE SU SEGURIDAD”³⁰

- Debe considerarse que entre más el paciente esté comprometido con su salud, más ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos.

²⁹ Guía Técnica BPSP, Ibid

³⁰ Guía Técnica BPSP, Ibid

- Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes (intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria)
- Se deben considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente
- Se deben realizar acciones para:
- Ilustrar al paciente acerca del Auto cuidado de su seguridad En particular se le debe enseñar a interrogar sobre aspectos como:

-¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?)

-¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?)

-¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene?

-¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?

- Facilitar las acciones colaborativas de pacientes para promover la seguridad de la atención

Es curioso como por un lado avanzan los derechos de tercera generación en la salud, donde se destaca el de la autonomía del paciente y al mismo tiempo nuestra sociedad evoluciona hacia una sociedad que se cuida y auto cuida menos que nuestros antepasados. La información tampoco parece haber influido para que seamos más responsables de nuestro proceso de salud y enfermedad.

4.3.20. GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO³¹

³¹ Guía Técnica BPSP, Ibid

- Promover la cultura del consentimiento informado
- Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- Asegurar su registro en la historia clínica.
- Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.

Hasta hace poco tiempo, la toma de decisiones médicas había dependido del criterio exclusivo del médico. Los médicos debían intentar por todos los medios aplicar los tratamientos indicados.

Para ello podían ocultar o manejar la información, valerse del engaño e incluso a veces de la coacción. Por lo tanto, el médico sólo comentaba aquello que colaborara con el tratamiento y no informaba acerca de los malestares a los pacientes.

4.3.21. “PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN”³²

Las escaras son lesiones causadas por presión, fricción o cizalla, o por combinación de estos tres tipos de fuerzas, que afectan a la piel y tejidos subyacentes. Aunque la piel, la grasa y el tejido muscular pueden resistir presiones importantes por breves periodos de tiempo, la exposición prolongada a una cierta cantidad de presión ligeramente superior a la presión de llenado capilar (32 mm Hg) puede originar necrosis de la piel y ulceración.

³² Guía Técnica BPSP, Ibid

Tan sólo dos horas de presión ininterrumpida pueden originar los cambios mencionados; su clasificación va desde el enrojecimiento de la piel a la presencia de lesiones con cavernas y lesiones en el músculo o hueso (estadio IV).

La prevención debe considerar la identificación de personas con riesgo de desarrollar úlceras por presión, no solo en las áreas de contacto con protuberancias óseas, sino también en los sitios de contacto permanente con sondas de drenaje o de alimentación.

La identificación del riesgo de úlceras por presión se realiza mediante diferentes actividades como son la valoración de la movilidad, de incontinencia, de déficit sensorial y del estado nutricional. Para eso se debe llevar a cabo una valoración de la integridad de la piel, de la cabeza a los pies, en los pacientes en riesgo en el momento del ingreso, y a partir de ahí diariamente. Adicionalmente, esta valoración debe combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados (*p. ej.: escala de Braden, o escala de Norton*).

4.3.22. “REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL”³³

La institución debe desarrollar procesos para:

- Identificación del riesgo
- clasificación del riesgo al ingreso y egreso del paciente
- Prevenir Suicidio
- Prevenir Agresión Física
- Prevenir Violación
- Prevenir Consumo de cigarrillo y psicoactivos

³³ Guía Técnica BPSP, Ibid

- Prevenir Pérdida de pacientes
- Implementar protocolos de internación (sedación, suplencia alimentaria que le puede producir daño, barreras de infraestructura)

Los trastornos mentales son frecuentes o comunes en todos los países, ocasionan enorme sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje de los niños e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen.

4.3.23. GLOSARIO DE TERMINOS

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

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

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.

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Cualquier resultado clínico no esperado, debido a un error durante el diagnóstico, el tratamiento o el cuidado del paciente y no al curso natural de su

enfermedad o a las condiciones propias del mismo. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

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

Clasificación de los Eventos Adversos:

-Según el origen clasifican en operatorio o no operatorio, su relación con medicamentos, la clase de medicamento.

-Según el momento de su presentación pueden ser clasificados, durante la hospitalización o en post hospitalización.

-Según la severidad como severos y no severos. Severo es aquel que produce la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses.

-Según el componente de atención o clasificación clínica pueden ser originados en el sistema o en los diferentes servicios.

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

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.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

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.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

4.4 MARCO JURÍDICO

La normatividad vigente que aplica en lo general a los programas y actividades de buenas prácticas de seguridad del paciente en Colombia, se relacionan en la tabla No. 2.

Tabla No. 2 Normas Colombianas que regulan la Seguridad del Paciente

NORMAS QUE REGULAN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA	
RESOLUCION 1043 DEL 3 DE ABRIL DE 2006	DECRETO 1737 DEL 27 DE MAYO DE 2005
Anexo Tecnico No. 1 y Anexo Tecnico No.2 Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.	Por el cual se reglamenta la preparación, distribución, dispensación, comercialización, etiquetado, rotulado y empaque de los medicamentos homeopáticos magistrales y oficinales y se dictan otras disposiciones.
DECRETO 2200 DEL 28 DE JUNIO DE 2005	DECRETO 2266 DEL 15 DE JULIO DE 2004
Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.	Por el cual se reglamentan los regímenes de registros sanitarios, y de vigilancia y control sanitario y publicidad de los productos fitoterapéuticos.
RESOLUCION 3028 DEL 13 DE AGOSTO DE 2008	DECRETO 3050 DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2005
Por la cual se definen las áreas técnicas de producción de los establecimientos farmacéuticos y se establecen otras disposiciones	Por el cual se reglamenta el expendio de medicamentos.
DECRETO 3616 DEL 10 DE OCTUBRE DE 2005	DECRETO 2745 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2005
Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones.	Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.

4.5. MARCO INSTITUCIONAL

4.5.1 IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD

En la Tabla No. 3 se registran los datos mas relevante de la entidad donde se realiza la investigación.

Tabla No. 3 Identificación de la Entidad donde se realiza la Investigación

MODELO
EMPRESARIAL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA DE CONSTITUCIÓN	ACUERDO 010 DEL 13 DE MAYO DE 2005 Y DECRETO 1923 DE JULIO 1 DE 2005
ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
NIVEL DE RESOLUTIVIDAD	NIVEL I
N. I. T	806 013761-7
CÓDIGO DE LA ESSE	133000029901
RESOLUCION HABILITACION	EN TRAMITE
E-MAIL	E.S.E. Hospital Local Hatillo de Loba deloba@hotmail.com
DIRECCIÓN	Carrera 6ª. . No.8 – 25 CARRETERA VIA A MOMPOX
TELEFONO	(5)4293929
CIUDAD	Hatillo de Loba <i>Bolívar</i>

4.5.2 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Para dar Respuesta a las necesidades de salud de su población objeto de atención en el contexto del esquema de aseguramiento del Sistema Local de Seguridad Social en Salud, La Empresa registra los siguientes servicios de salud habilitados reglamentariamente, mediante la autoevaluación y el registro que demanda la Resolución 1043 de Abril 3 de 2006:

Tipo de Servicio:

- **Servicios Ambulatorios:** *Consulta Externa, Actividades de promoción y prevención, urgencias de baja complejidad etc.*
- **Servicios de Apoyo Diagnostico y Terapéutico:** *farmacia, laboratorio clínico y electro cardiograma.*
- **Servicio de Internación:** *Según resolución 14707 de Diciembre de 1991, cirugía de menor complejidad que sea atendida por medico general y atención del parto sin complicaciones.*

Teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Prestación de Servicios en relación con el tiempo: ya sea a periodos ocasionales; Grado de Complejidad; Desarrollo Institucional; Estado y Condiciones de salud; Demanda Real y potencial del usuario y los servicios. Sistema de Referencia y Contrarreferencia; Oferta de servicios de salud y Accesibilidad.

Servicios Ambulatorios

Consulta Médica General

Atención Odontológica.

Laboratorio Clínico.

Citología.

Medicamentos esenciales.

Atención Inicial de Urgencias de baja complejidad, estabilización resolución o remisión del paciente a las de mayor complejidad.

Acciones Extramurales e intra murales de promoción de salud y prevención y control de la enfermedad.

Servicios de Internacion

Atención Obstétrica.

Atención no quirúrgica u obstétrica.

Laboratorio clínico.

Medicamentos esenciales.

Valoración, diagnostico y manejo medico.

Atención de enfermería.

Atención y resolución de patologías de baja complejidad por médicos generales.

Servicios de Hospitalización

Se ofrecen servicios de hospitalización para hombres, mujeres y niños, según las patologías definidas para el primer nivel de atención, de acuerdo al perfil epidemiológico y a la demanda. Los pacientes cuentan con:

Atención y control médico general

Atención de enfermería

Exámenes de apoyo diagnósticos

Terapéutica necesaria

Habitación colectiva

Servicios Ambulatorios Electivos

Médico general de Planta.

Médico Rural.

Consultorios de medicina general.

Auxiliar de enfermería.

Consulta Médica.

Consulta Paramédica

Consulta de enfermería

Revisión o control de enfermería

Atención Odontológica

Examen clínico odontológico

Control de Placa

Detartrage supra gingival

Sellantes de fosas y fisuras

Topicaciones con flúor

Profilaxis final

Servicio de Urgencias

Atención Médica de Urgencias

Servicio Obstétricos

Atención Obstétrica

Nebulizaciones

Acciones Intra y Extramurales

Crecimiento y desarrollo

Estimulación adecuada

Valoración de la agudeza visual

Citología

Control prenatal

Control de paciente con enfermedad diarreica Aguda

Control de paciente con infección Respiratoria Aguda

Control de paciente con Hipertensión arterial

Control de paciente con enfermedad de transmisión sexual

Educación de madres y Escolares

Vacunación

Servicio de Medicamentos

Electrocardiograma

Utilizado como apoyo al diagnostico para enfermedades cardiovasculares el registro ira siempre acompañado de su interpretación escrita y del trazo.

Laboratorio Clinico

Recuento de plaquetas

Cito químico de orina

Coprológico

<i>Acido úrico</i>	<i>Sangre oculta en heces</i>	<i>Colesterol</i>
<i>CR Directo de Leishmaniasis.</i>	<i>Triglicéridos</i>	<i>Hemoclasificacion</i>
<i>Bilirrubinas</i>	<i>Flujos Vaginales</i>	<i>Nitrógeno ureico</i>
<i>Secreciones uretrales</i>	<i>Gota Gruesa</i>	<i>V.D.R.L</i>
<i>Baciloscopia</i>	<i>Tiempo de coagulación</i>	<i>Urea y Creatinina</i>
<i>Liquido cefalorraquídeo</i>	<i>Curva de glicemia</i>	<i>Glicemia en ayunas</i>
<i>Tiempo de sangría</i>	<i>Linfa de hansen</i>	<i>Hematocrito</i>
<i>Gram</i>	<i>Hemoclasificacion</i>	<i>Baciloscopia</i>
<i>Colesterol. HDL, LDL, TOTAL</i>	<i>Creatinina</i>	<i>Cuadro hemático</i>
<i>Prueba de embarazo</i>	<i>Factor RH</i>	<i>Acido úrico</i>

Servicio de transporte de Pacientes

Para cubrir las remisiones a otros centros asistenciales de mayor complejidad, cuenta con ambulancia. Acuática y Terrestre.

4.5.3 REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA – RED PROPIA

Para ejecutar el anterior portafolio de salud a sus habitantes, la ESE además de su Sede central como Centro de Referencia Municipal; cuenta con los siguientes centros de contrarreferencia:

CENTRO DE SALUD DEL CORREGIMIENTO EL POZON

CENTRO DE SALUD DEL CORREGIMIENTO LA VICTORIA

PUESTO DE SALUD DEL CORREGIMIENTO LA RIBONA

PUESTO DE SALUD DEL CORREGIMIENTO SAN MIGUEL

PUESTO DE SALUD DEL CORREGIMIENTO DE PUEBLO NUEVO

PUESTO DE SALUD DEL CORREGIMIENTO DE JUANA SANCHEZ

Todos hacen acciones extramurales puesto que su capacidad técnico científica no cumple con la habilitación.

Horario de Atencion

Para la atención del servicio la E.S.E HHL cuenta con el siguiente horario de atención:

Consulta Externa

Lunes a Viernes de 8: 00 am – a 12: 00 M y de 2: 00 pm a 5: 00 pm.

Urgencias

Todos los días durante las 24 horas

Linea de Atencion al Cliente

095 4293929

4.5.4 CULTURA CORPORATIVA

Misión

Somos la empresa social del estado que presta servicio de salud del primer nivel de resolutivead, de manera oportuna. Eficiente y con calidad técnico científica, administrativa y humana, a los habitantes del municipio de Hatillo de Loba Bolívar y la depresión Momposina. Todo esto a través de un recurso humano competente,

capacitado e idóneo; cuya atención esta centrada en la satisfacción del usuario y el placer de servir como cliente interno; para el mejoramiento de la calidad de vida y salud para todos.

Visión

En el año 2015 seremos una de las mejores empresas prestadoras de servicio de salud del primer nivel de resolutiveidad del Zodes de la Depresión Momposina; departamento de bolívar; con una oferta de servicios complementarios y atención garantizada en cobertura y calidad técnica científica y telemedicina; con disciplina, compromiso y trabajo en equipo; contribuyendo a la atención primaria con metas de salud positiva; para beneficio de una comunidad saludable con productividad, competitividad y rentabilidad económica, social y humana..

4.5.5 OBJETIVO GENERAL

Garantizar a la comunidad de Hatillo de Loba Bolívar; servicios de salud de primer nivel de atención con calidad, calidez y respondiendo a las necesidades y satisfacción de sus expectativas, mediante un enfoque basado en procesos y un manejo y administración del riesgo, ejecutando procesos de mejoramiento continuo en virtud de las estrategias del presente plan de Gestión.

4.5.5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar el desarrollo Empresarial Hospitalario de la ESE HHL.
- Coadyuvar a Mejorar la calidad de vida de la población del área de influencia.
- Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad mediante educación, la promoción en salud y la prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Lograr la satisfacción del cliente interno y externo.
- Generar las dinámicas de auto sostenibilidad de la ESE HHL.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos legalmente.

VALORES CORPORATIVOS

- TOLERANCIA
- RESPETO
- SENCIBILIDAD
- CALIDAD HUMANA
- HONESTIDAD
- PACIENCIA
- SER ESCUCHADO
- AMABILIDAD
- SOLIDARIDAD
- SENTIDO DE PERTENENCIA

PRINCIPIOS

- FILOSÓFICOS La felicidad del ser humano está en el desarrollo integral y en el servir sintiendo satisfacción por el trabajo realizado.
- DE OPERACIÓN Eficiencia, Efectividad, Oportunidad, Universalidad, solidaridad, integralidad, autocontrol, participación, autonomía financiera y política.
- DETERMINANTES La Calidad.

FINES

- Satisfacción del usuario.
- Promoción del desarrollo integral del ser humano (cliente Interno y Externo).
- La calidad como filosofía fundamental de trabajo.
- Participación de la comunidad y de todos los miembros de la empresa en planeación y gestión.
- Cultura del autocontrol.
- Transparencia y rectitud en todas las funciones.
- Beneficio social.

- Beneficio económico.

4.5.6 POBLACION OBJETO DE LA ESE HHL

El municipio de Hatillo de Loba pertenece al Zodes de la Depresión Momposina, el cual además o conforman los municipios de Mompo; Cicuco; Margarita; San Fernando y Hatillo Nuevo.

Población Proyectada 2010- Hatillo de Loba Bolivar

Tabla No 4. Población Proyectada 2010- Fuente: DANE

TOTAL	11.643
HOMBRES	6.216
MUJERES	5.427
URBANA 30.6%	3.563
	8.080

RURAL 69.4%	
--------------------	--

Población por Grupo Etareo 2010

Tabla No. 5 Población Proyectada por Grupo Etareo 2010

EDAD	POBLACION
0-14	4.511
15-24	2.507
25 – 39	1.959
40-54	1.382
55-79	1.116

80 Y MAS	168
TOTAL	11.643

4.5.7 RED PÚBLICA HOSPITALARIA DEL AREA SOCIAL DE MERCADO DE LA ESE HHL EN EL DEPARTAMENTO.

Tabla No. 6 Red Publica Hospitalaria del area social de mercado de la E.S.E. HHL en el Departamento – Fuente: Secretaria de Salud del Bolivar. 2008

RED PÚBLICA HOSPITALARIA ZODES DEPRESIÓN MOMPOSINA					
SERVICIOS	HOSPITAL	Hospital	CS	PS	Municipios Área de Influencia
Ambulatorios Urgencias 24 h Hospitalización Prevención y Promoción de la Salud	ESE Hospital Local de Cicuco	1	5		CICUCO
	ESE Hatillo de Loba	1		5	HATILLO DE LOBA
	ESE CS. de San Francisco Javier - Margarita		1		MARGARITA
	ESE Hospital Local Santa María	1	5		MOMPOX
	ESE Hospital Local de San Fernando	1	1		SAN FERNANDO
	ESE Hospital Local de Talaigua	1		1	
SUBTOTAL SERVICIOS BAJA COMPLEJIDAD		5	12	6	
ESE Hospital San Juan de Dios		1			ZODES DEPRESION MOMPOSINA
SUBTOTAL SERVICIOS MEDIA COMPLEJIDAD		1			

4.5.8 ASEGURAMIENTO DE LA POBLACION SEGÚN TIPO DE AFILIACION

Tabla No. 7 Aseguramiento de la Poblacion de Hatillo de Loba Bolivar según tipo de Afiliacion

COBERTURA REGIMEN SUBSIDIADO ZODES DEPRESIÓN MOMPOSINA						
MUNICIPIO	Población 2007 (FUENTE DANE)	Población SISBEN 1 y 2	Afiados Subsidiado	Población Contributiva SISBEN 3	Población pobre no asegurada	Porcentaje Cobertura
CICUCO	11.078	11.233	9.113	141	1.979	81,13%
HATILLO DE LOBA	11.516	12.606	7.616	27	4.963	60,42%
MARGARITA	9.417	9.742	6.642	34	3.066	68,18%
MOMPOX	41.915	45.830	28.260	413	17.157	61,66%
SAN FERNANDO	13.090	10.038	6.639	39	3.360	66,14%
TALAIGUA NUEVO	11.137	11.909	10.527	75	1.307	88,40%
TOTAL	98.153	101.358	68.797	729	31.832	70,99%

FUENTE: UNIDAD DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD

T

Las entidades responsables de pago que contratan el aseguramiento del municipio son MUTUAL SER EPSS Y SOLSALUD EPSS.

4.6 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

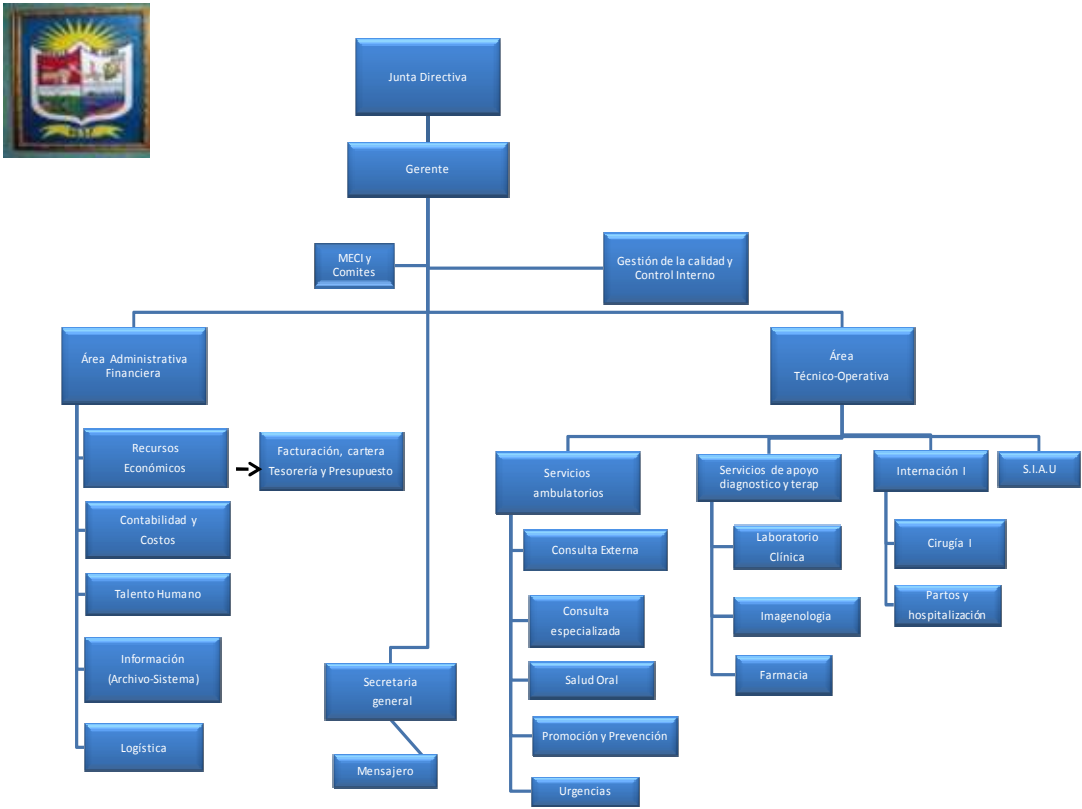
El municipio de Hatillo de Loba Bolívar, no escapa a registrar el mismo perfil epidemiológico que tiene el Zodes de la Depresión Momposina, el cual de acuerdo al último Estudio nacional de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social con cierre al año 2007 tenemos:³⁴

- TASA DE SOSPECHOSOS SARAMPIÓN – RUBÉOLA POR 100.000 HABITANTES: 1.2 y 0.9 Respectivamente, siendo la Tasa Nacional 2.4 en sarampión.
- Tasa de sífilis congénita por 10.000 nacidos vivos: 1 TASA NACIONAL 0.5 por 10.000 N.V
- TASA DE SÍFILIS GESTACIONAL POR 100.000 MEF: 586
- TASA DE DENGUE CLÁSICO POR 100.000 HABITANTES: 8.7 TASA NACIONAL: 165.4
- TASA DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA POR 100.000 HABITANTES: 5.2
- TASA DE MALARIA VIVAX POR 100.000 HABITANTES: 2,4 TASA NACIONAL: 6.6
- TASA DE MUERTE POR E.D.A. POR 100.000 < DE 5 AÑOS: 10.8 TASA NACIONAL: 15.3.
- TASA DE TUBERCULOSIS POR 100.000> 15 AÑOS: 20.7 TASA NACIONAL: 25.2
- TASA DE LEPROA POR 100.000 HABITANTES: 3.6 TASA NACIONAL: 0.22
- TASA DE LEPTOSPIROSIS POR 100.000 HABITANTES: 2.4
- COBERTURAS DE VACUNACION BOLIVAR: POLIO 98%; PENTA 97% BCG 95% SRP 89% COBERTURA NACIONAL: POLIO: 78.2 TRIPLE VIRAL: 79.6

³⁴ Plan Departamental de Salud; 2008 – 2011. Secretaria Departamental de Salud de Bolívar. Mayo 2008.

4.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA E.S.E. HHL

Figura No. 1 Estructura Organizacional de la E.S.E. HHL



4.8 ESTANDARIZACION DE VARIABLES

Tabla No. 8 Estandarización de Variables

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES
-----------	------------	-------------	-------------

SEGURIDAD DEL PACIENTE	La SEGURIDAD DEL PACIENTE SE CONSIDERA UNA PRIORIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA, ACTIVIDAD CADA VEZ MÁS COMPLEJA, QUE ENTRAÑA RIESGOS POTENCIALES Y EN LA QUE NO EXISTE UN SISTEMA CAPAZ DE GARANTIZAR LA AUSENCIA DE EVENTOS ADVERSOS, YA QUE SE TRATA DE UNA ACTIVIDAD EN LA QUE SE COMBINAN FACTORES INHERENTES AL SISTEMA CON ACTUACIONES HUMANAS.	COMPROMISO EXPLICITO DE LA DIRECCION CON RELACION A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE FORMULADA EN LA E.S.E. QUE INCLUYA ADEMÁS EL DESEO DE ALCANZAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD Y DAR UNA ATENCION SEGURA.
GESTION DEL RIESGO	PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA INSTITUCION PARA: IDENTIFICAR LOS RIESGOS POTENCIALES EN LA ATENCION DEL PACIENTE, EVALUARLOS, CONTROLARLOS Y HACER EL SEGUIMIENTO CORRESPONDIENTE	IDENTIFICACION DEL RIESGO EVALUACION DEL RIESGO (GRAVEDAD, FRECUENCIA, DETECCION) CONTROL DEL RIESGO (INTERVENCION CON BUENAS	RIESGOS PRIORIZADOS ESTABLECIENDO EL ORDEN EN QUE SE DEBEN INTERVENIR CON PRACTICAS SEGURAS MAPA DE RIESGOS

		PRACTICAS) SEGUIMIENTO	
DETECCION DE EVENTOS ADVERSOS	CONSISTE EN LA METODOLOGIA QUE SE DEBE IMPLEMENTAR PARA EL REPORTE Y ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS PREVIA CAPACITACION AL PERSONAL DE LA E.S.E. HHL	REPORTE DEL EVENTO ADVERSO ANALISIS DEL EVENTO ADVERSO (PROTOCOLO DE LONDRES)	PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS APRENDIZAJE COLECTIVO
MONITORIZACION DE EVENTOS ADVERSOS	PROCESO ESTANDARIZADO PARA AUDITAR LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES QUE HAN PRESENTADO SITUACIONES ADVERSAS	ETAPAS DEL PROCESO PLANEACION DE LA AUDITORIA EVALUACION DEL PROCESO DE AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS AJUSTE AL PROCESO DE AUDITORIA DE EVENTOS ADVERSOS	PROGRAMA DE AUDITORIA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PLANEACION DE LA AUDITORIA A LOS EVENTOS ADVERSOS
PRACTICAS	CONJUNTO DE	INFECCIONES	ADHERENCIA A CADA

SEGURAS	ACTIVIDADES COHERENTES DE APLICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS QUE PERMITAN CORREGIR LOS FALLOS EN LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	MEDICAMENTOS MALNUTRICION LABORATORIO COMUNICACIÓN CANSANCIO AUTOCUIDADO CONSENTIMIENTO O ESCARAS	UNA DE LAS PRACTICAS SEGURAS
----------------	---	---	---------------------------------

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizara un estudio descriptivo porque establecemos las variables en relación al espacio y al tiempo (Primer trimestre de 2011); es un proyecto en desarrollo puesto que se implementara en un una E.S.E. de primer nivel de complejidad, donde evaluamos los instrumentos y tamizajes de eventos adversos y seguridad del paciente y notificación de sucesos dentro de la muestra de pacientes atendidos y con base en la cadena de valor de la atención establecida en los mapas de procesos y resultados de mapa de riesgos planteamos estrategias de desarrollo institucional para un futuro de corto, mediano y largo plazo para que el hacer en materia de buenas prácticas de

seguridad del paciente de la E.S.E. HHL sea una realidad materializada en la contribución del mejoramiento continuo de la atención en salud de esta institución.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.2.1 POBLACIÓN

Las historias clínicas de los pacientes atendidos por urgencias y hospitalización estimado en promedio 50 mensuales; para un total trimestral de 150 historias clínicas

5.2.2 MUESTRA

El 30% de todas las historias clínicas escogidas en la población atendida en trimestre es de $150 \times 30\% = 45$ historias clínicas.

Adicionalmente se realizó, una encuesta de percepción a 20 pacientes atendidos entre los meses de enero a marzo de 2011 para determinar hasta donde es importante y tienen conocimiento sobre las buenas prácticas de seguridad del paciente en la E.S.E. HHL.

5.3 UNIDAD DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS

Denominamos unidad de análisis a todos los registros de atención inicial de urgencias y egresos de los pacientes atendidos por la E.S.E HHL en lo corrido del primer trimestre de 2011.

5.3.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

Primaria: Sondeo al equipo de trabajo de la E.S.E., Implementación de los tamizajes e instrumentos de medición de eventos adversos, detección de incidentes y complicaciones en la atención en salud en la E.S.E. HHL.

Interna: los registros, egresos, guías de práctica Clínica, Historias clínicas; reportes de notificación, plan de gestión, mapa de riesgos y demás documentos que para el efecto tiene la E.S.E. HHL.

Secundaria: Obtenida en el observatorio de la calidad en salud del ministerio de la protección social, clave para la regulación de la seguridad del paciente en todos los hospitales públicos y privados del país, la de naturaleza observacional por los facilitadores del estudio, la que dispone el tema en libros, documentos de bibliotecas, las memorias de la especialización en auditoria en salud promoción 2011, la disponible via internet.

5.3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Identificación de los registros: previo a la obtención de la base de datos de los registro de urgencias y egreso de los pacientes atendidos en la E.S.E. HHL

5.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTES
-----------	-------------	----------	--------------	---------

5.4.1 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Tabla No 9 Operacionalizacion de Variables

SEGURIDAD DEL PACIENTE	EVALUACION DE BUENAS PRÁCTICAS CLINICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD	DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL	PAQUETES INSTRUCCIONALES DE MANUALES DE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL ESTUDIO IBEAS.
IDENTIFICACION DEL PACIENTE	DESARROLLAR Y FORTALECER DESTREZAS Y COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES, PARA QUE NO SE PRESENTEN ERRORES EN LA ATENCIÓN Y DISMINUIR ASÍ LA POSIBILIDAD DE OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS	APLICATIVO DE EVALUACIÓN Y GUÍA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PAQUETES INSTRUCCIONALES FLUJOGRAMA DE PROCESOS	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL ESTUDIO IBEAS.
DETECCION DE EVENTOS ADVERSOS	BÚSQUEDA ACTIVA PARA EJECUTAR LAS ALERTAS TEMPRANAS; CONTROL DE RIESGOS DE PATOLOGÍAS NOSOCOMIALES Y CAUSAS DE PREVALENCIA E INCIDENCIA DE EVENTOS	PROCESOS DE DETECCIÓN MEDIANTE APLICATIVOS Y PROTOCOLOS GUÍAS RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	PROTOCOLO DE LONDRES. ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EVALUACIÓN DE LAS GUÍAS EXISTENTES EN LA ESE SOBRE MANEJO DE	IBEAS MIN PROTECCIÓN SOCIAL IPS ACREDITADAS OBSERVATORIO DE LA CALIDAD

	ADVERSOS QUE AFECTAN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE		EVENTOS ADVERSOS NOTIFICACIÓN DE SUCESOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA ESE.	
FACTORES DE RIESGO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	MAPA DE PROCESOS MAPA DE RIESGOS CADENA EPIDEMIOLOGICA CARGA DE LA ENFERMEDAD	ESTRUCTURA DE PROCESOS E IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS	MAPA DE PROCESOS CADENA EPIDEMIOLOGICA DE VALOR MAPA DE RIESGOS	ESPECIALIZACIÓN UNAB-CES Y MIN PROTECCIÓN SOCIAL
ESTRATEGIAS DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<i>PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE.</i>	DESARROLLO EMPRESARIAL EN LA ATENCION CLINICA DE LA SALUD	PROGRAMA	MÓDULOS ESPECIALIZACIÓN UNAB-CES DOCUMENTOS ESE

6. EVALUACION DE LA POLITICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE.

6.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS DENTRO DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DE LA E.S.E. HHL

Tabla No. 10 Evaluación de la Política de Seguridad del Paciente en la E.S.E. HHL

EVALUACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE- E.S.E. HHL			
ARMONIZACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LA EMPRESA			
COMPONENTES DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	MODALIDAD EMPRENDEDORA	MODALIDAD ADAPTATIVA	MODALIDAD DE PLANIFICACION
CON RESPECTO A LA IDENTIDAD DE L HOSPITAL	REACTIVA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	CUMPLE CON LA NORMA	SISTEMICA
CON RESPECTO A LA CULTURA CORPORATIVA	NO ADAPTADA A LA SEGURIDAD DEL P	RESUELVE CONFLICTOS	INTEGRACION ESTRATEGICA
CON RESPETO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS	CRECIMIENTO	METAS CLARAS	INTEGRAL Y SISTEMICA
LIDERAZGO	INCREMENTAL	CLARIDAD DE OBJETIVOS	CENTRADA EN EL PACIENTE
DECISIONES SOBRE EVENTOS ADVERSOS	REACTIVO	REACTIVO	PROACTIVO Y REACTIVO
METAS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CRECIMIENTO	ANALITICA CON FALLAS	ANALITICA CON LAS FALLAS
EVALUACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	EMITE JUICIOS	JUICIOS SINSOLUCION	JUICIOS INCONEXOS
SELECCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA	EL MEDICO SSO	AUXILIARES	AUDITORIA Y GERENCIA
HORIZONTE DE DECISION A LA SOLUCION DE E A	CORTO PLAZO	CORTO PLAZO	SIN PLAZOS
ENTORNO PREFERIDO DE BUENAS PRACTICAS DE SP	INCERTIDUMBRE	INCERTIDUMBRE	RIESGO
VINCULOS DE LAS DECISIONES POR AREA EN EL HOSPITAL	DEBILMENTE ADOPTADAS	INCONEXAS	DEBILMENTE MANEJADAS
FLEXIBILIDAD EN LA ATENCION DEL PROGRAMA	FLEXIBLE	ADAPTABLE	RESTRINGIDO
DIMENSION DE LAS MEDIDAS DE BUSQUEDA ACTIVA	DEBILES	DEBILES	DEBILES
VISION DE LA GERENCIA SOBRE LA PRIORIZACION DE E A	GENERAL	NINGUNA	NINGUNA
OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN	INCREMENTAL	FLEXIBLE	PRIORITARIA
ENTORNO ORGANIZACIONAL DE BUENAS PRACTICAS	FLEXIBLE	FLEXIBLE	PREDECIBLE ESTABLE

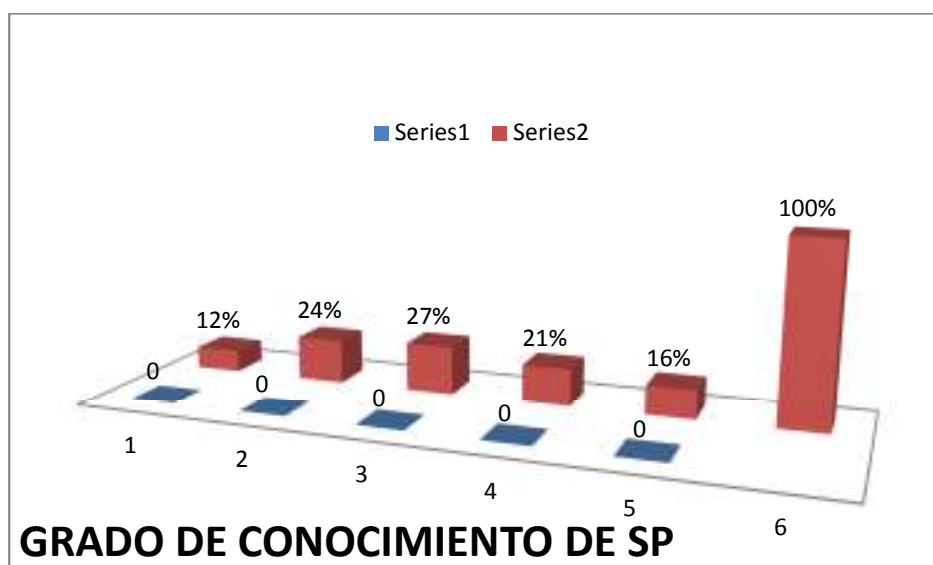
6.2 GRADO DE CONOCIMIENTO Y PRIORIZACION DEL CLIENTE INTERNO EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Tabla No. 11 Conocimiento del Programa de Buenas Practicas de Seguridad del paciente en la E.S.E. HHL y Priorización de sus actividades

CONOCIMIENTO DE LOS FUNCIONARIOS DEL PROGRAMA DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E HHL Y PRIORIZACION EN SUS ACTIVIDADES					
CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA POR LOS FUNCIONARIOS	ALTO	ACEPTABLE	REGULAR	MALO	NO LO CONOCE
ORIENTADORES			30%	30%	40%
PERSONAL DE URGENCIAS	30%	20%	20%	30%	
PERSONAL DE ADMISIONES-HOSPITALIZACION	10%	10%		30%	50%
PERSONAL DE FACTURACION			70%	30%	
PERSONAL DE CITAS MEDICAS			60%	20%	20%
PERSONAL AUXILIAR DE LABORATORIO			20%	80%	
PERSONAL DE ENFERMERIA		60%	20%	20%	
MEDICO GENERAL		70%	30%		
ATENCION AL USUARIO			60%	20%	20%
TRABAJADOR SOCIAL				80%	20%
NUTRICIONISTA			100%		
CAMILLEROS			60%	20%	20%
PERSONAL DE ASEO			60%	20%	20%
TOTAL AJUSTADO	20%	40%	44%	35%	27%

6.2.1 CONCLUSION DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y PRIORIZACION

Grafico No.1 Conclusion del Grado de Conocimiento de Seguridad del Paciente en la E.S.E. HHL



De acuerdo con el estudio realizado, como se aprecia en el grafico No.1, se puede decir que el 12% del total de funcionarios tienen un alto grado de conocimiento y priorizacion el el programa de seguridad del paciente y atencion al control de

incidentes y eventos adversos; el otro 24% tiene un conocimiento y priorización de sus actividades aceptable; el 27% de los funcionarios tiene un conocimiento y priorización del programa en forma regular; el 21% tiene un conocimiento y priorización del programa que puede considerarse malo o inadecuado y el 16% restante no conoce el programa especialmente orientadores y personal administrativo en general.

La causa primordial de que existan funcionarios que no conocen el programa; o tengan un mal conocimiento del mismo, y lo prioricen muchos regularmente se debe a que existe mucha rotación de personal nuevo por la modalidad de contratación de flexibilización laboral que tiene la E.S.E. HHL.

Sin embargo la prioridad en el control de factores de riesgo que afectan la seguridad del paciente y el proceso de búsqueda activa de alertas, incidentes y eventos adversos no incluye complicaciones porque son poco frecuentes; la prioridad que le dan los profesionales de la salud responsable de cada área o unidad funcional de servicios asistenciales en la clínica con el respaldo de los directivos se califica como Aceptable.

De igual forma en el contexto anterior, la E.S.E. HHL no promueve ningún entorno punitivo sobre las consecuencias de alto impacto que ocasionaren la presencia y reportes de los eventos adversos; o reclamos jurídicos de los pacientes.

7. EVALUACION DE LAS FALLAS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE COMO FACTOR CONTRIBUYENTE DE EVENTOS ADVERSOS

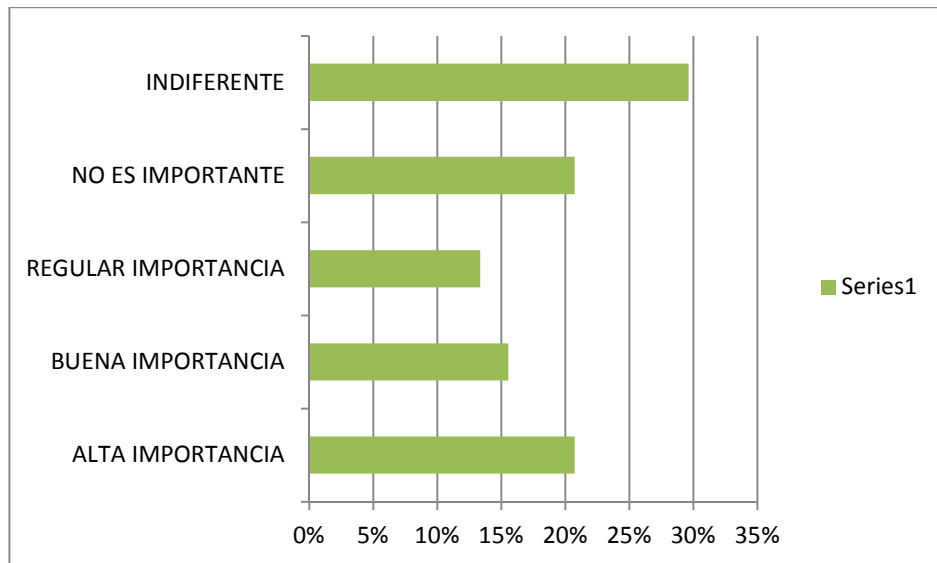
7.1 PROMOCION DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla No. 12 Promocion de una Cultura de Seguridad del Paciente en la E.S.E. HHL

PROMOCION DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL					
CONCEPTOS DE LOS RESPONSABLES DE LAS AREAS Y UNIDADES FUNCIONALES SOBRE EL PROGRAMA	ALTA IMPORTANCIA	BUENA IMPORTANCIA	REGULAR IMPORTANCIA	NO ES IMPORTANTE	INDIFERENTE
LOS VALORES, ACTITUDES, PERCEPCIONES, COMPETENCIAS Y PATRONES DE COMPORTAMIENTO INDIVIDUALES Y GRUPALES SON IMPORTANTES PARA LOS DIRECTIVOS Y RESPONSABLES DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS	40%	40%	20%		
SE PROMUEVE EL COMPROMISO, LA RESPONSABILIDAD Y EL DESEMPEÑO EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		50%	50%		
EXISTE UNA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ADECUADA BASADA EN LA CONFIANZA MUTUA					100%
HAY UNA PERCEPCION COMPARTIDA DE LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD	100%				
HAY CONFIANZA DE LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS		20%	80%		
ENFOQUE PEDAGOGICA DEL ERROR COMO BASE, QUE LLEVE AL APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL Y SE ORIGINE DE LA CONCIENCIA DEL ERROR COMETIDO			30%	70%	
LA EXISTENCIA DE UN PLAN DE CAPACITACION Y RECURSOS PARA EL PROGRAMA		100%			
PROMEDIO TOTAL	70%	53%	45%	70%	100%

7.1.1 RESULTADOS DE LA TABULACIÓN DEL NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL

Grafico No. 2 Nivel de Cultura de la Seguridad del Paciente en la E.S.E. HHL



De acuerdo al estudio y como se aprecia el grafico No 2, el 21% de los Directivos y responsables de las áreas y unidades funcionales asistenciales y administrativas de la E.S.E. HHL; registran en forma aceptable una Cultura de la seguridad del paciente, mientras para otro 21% no es importante; para el 16% es bien importante su promoción, mientras el 14% lo toma como de regular importancia, pero existe un 31% de responsables de áreas funcionales que la cultura de la promoción de seguridad del paciente le es indiferente.

7.2 PROBABILIDAD DE QUE OCURRAN ACCIONES INSEGURAS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL

Tabla No. 12 Probabilidad de Acciones Inseguras en la Identificación del Paciente en la E.S.E. HHL

PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE LAS ACCIONES INSEGURAS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL					
CALIFICACION GRUPO DE TRABAJO	ALTA	REGULAR	MEDIA	BAJA	NO EXISTE
ADULTOS SIN DOCUMENTO DE IDENTIDAD				X	
FALLAS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE AL INGRESO			X		
PROCESO DE MALA CAPTURA DE DATOS EN LA ID DEL PACIENTE			X		
ERRORES POR SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		X	X		
ERRORES EN EL DIAGNOSTICO MEDICO SSO					
ERRORES POR LA PATOLOGIA DETECTADA		X			
AUSENCIA DE MANILLAS DE IDENTIFICACION					
MOVIMIENTO DEL PACIENTE SIN BRAZALETE ADECUADO				X	
NO SE VERIFICAN DATOS AL MOMENTO DE REALIZARLE AL PACIENTE LOS PROCEDIMIENTOS				X	
NO HAY ESTANDARES DE IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD		X			
APLICAN EL PROTOCOLO DE LONDRES PARA ESTABLECER FACTORES CONTRIBUTIVOS QUE PRODUJERON LA FALLA-BARRERAS QUE FALLARON					X

Los anteriores criterios de asignación de que existan eventos adversos probables por acciones inseguras en la identificación del paciente en la E.S.E. HHL se deben además de lo establecido en la evaluación de los reportes de los incidentes y eventos adversos:

- Se estima que el 2% de todos los pacientes atendidos registran falta de identificación al ingreso del paciente; especialmente los más pobres y vulnerables.

- El 5% promedio de los pacientes atendidos registran procesos de captura de datos incompletos, de mala calidad o equivocados.
- El 10% de los pacientes atendidos aproximadamente registran problemas de Identificación de los pacientes por medio de datos diferentes a los personales, ej. CLASIFICACION CIE 10 CUPS enfermedad, entre otros.
- No funciona en la E.S.E. HHL las manillas de identificación.
- El 5% de los pacientes registran traslado y movimiento del paciente sin brazalete o adecuado proceso de identificación.
- En el 3% de los procesos de identificación de pacientes de Sisben y régimen subsidiado existe Verificación incorrecta de datos del paciente.
- En el 15% de los pacientes del área asistencial No hay verificación de datos del paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos.
- Muy bajo el uso de estándares de identificación correcta por parte del personal asistencial.
- La implementación de lista de chequeo para la verificación no aplica en forma eficiente

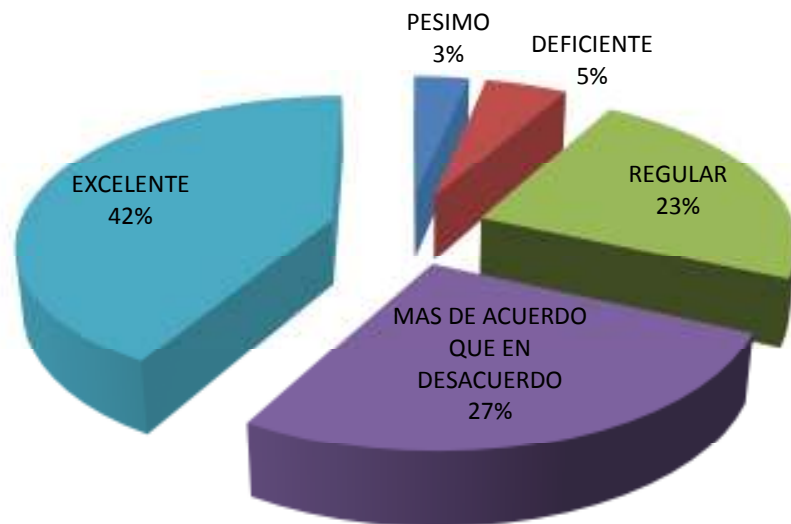
7.3 PERCEPCION DE LOS PACIENTES SOBRE LA ATENCION SEGURA DEL SERVICIO

Realizamos una Encuesta de percepción, cuyo cuestionario se registra en el Anexo No. 2, por medio del cual se obtuvieron los resultados que se encuentran representados en los siguientes gráficos y respectiva descripción analística de los mismos, que encontramos a continuación, de acuerdo al orden secuencial a lo preguntado.

1. USTED NO TUVO NINGUN PROBLEMA AL ENTRAR A LA E.S.E. HHL EN LA IDENTIFICACION COMO PACIENTE.

Grafico No.3 Fallas en la Identificacion del paciente en la E.S.E. HHL

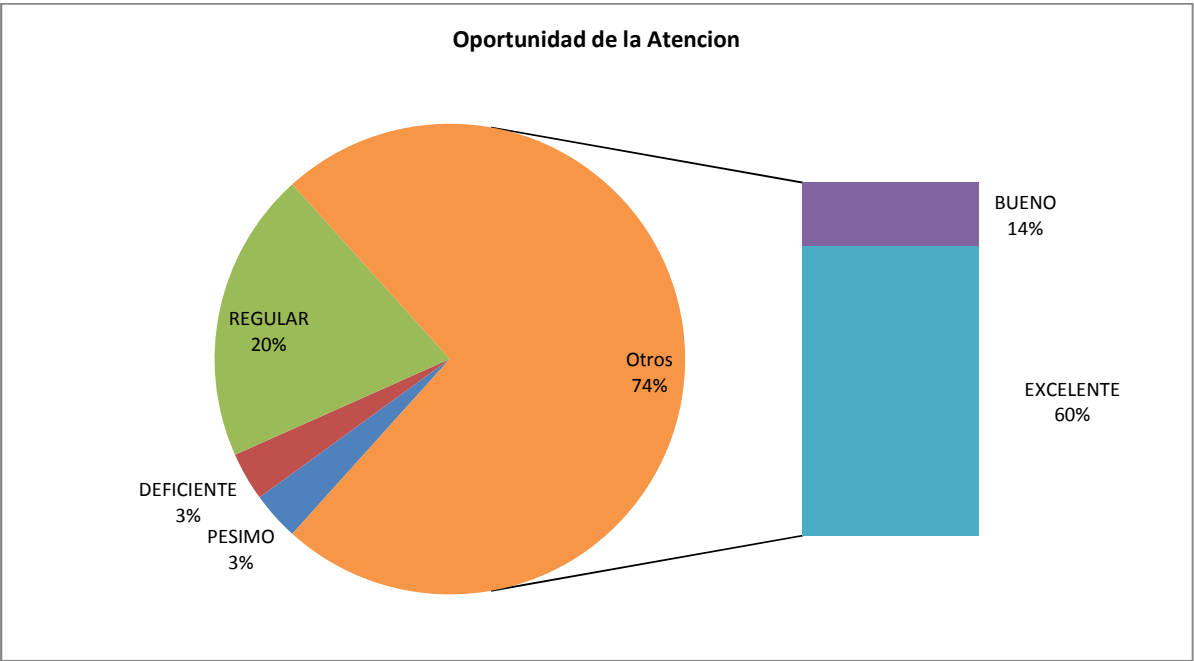
IDENTIFICACION COMO PACIENTE



El 8% del total de los pacientes encuestados que tuvo problemas a la hora de ser identificado, manifestó que se debía a la demora para comprobarle los derechos como afiliados o sisbenizados y con el diligenciamiento de los datos como el nombre con número de identificación que muchas veces no coincidían.

2. EL SERVICIO PRESTADO EN LA E.S.E. HHL FUE OPORTUNO POR PARTE DE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS.

Grafico No. 4 Oportunidad de la Atención por médicos y enfermeras en la E.S.E. HHL



El 6% del total de pacientes encuestados que afirma no sentir que el servicio fue oportuno manifiesta en su mayoría que la causa principal se debe a la espera del medico por atender a otros pacientes con mayor tiempo y congestión muchas veces del servicio de urgencias.

3. LA COMUNICACIÓN QUE TUVO CON QUIENES LO ATENDIERON EN EL AREA DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HHL AYUDO A ENTENDER SU PROBLEMA DE SALUD Y A OBEDECER EL TRATAMIENTO INDICADO.

Grafico No. 5 Efectividad de la comunicación del personal de urgencias y el paciente atendido en la E.S.E. HHL



El 35% del total de pacientes encuestados que establece una comunicación Deficiente, se debe a la rapidez como le explicaron los tratamientos, a la falta de información completa de los profesionales que son nuevos (SSO) y a la remisión a

otras áreas para apoyo diagnóstico o terapéutico que confiaban en que ya habían sido informados previamente.

4. USTED CONSIDERA QUE EN LA ATENCION QUE LE PRESTARON EN URGENCIAS U HOSPITALIZACION NO HUBO NINGUN RIESGO PARA SU SALUD O COMPLICACION.

Grafico No. 6 Riesgos percibidos por el paciente en la atención de Urgencia u Hospitalización de la E.S.E. HHL

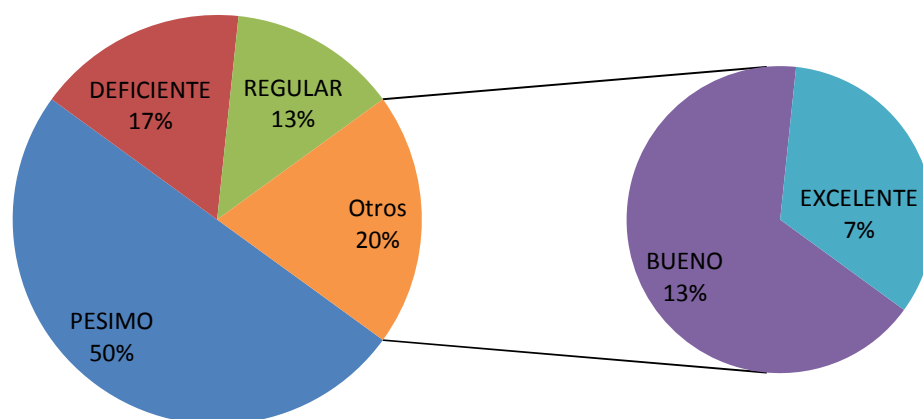


El 22% del total de pacientes encuestados manifiesta algún riesgo lo considera así en razón a la falta de comunicación y atención personalizada sobre lo que preguntaba al tratamiento, especialmente en la toma de medicamentos o lo que sigue después de la atención prestada, así como por la vez en que percibieron falta de amabilidad del cuerpo de profesionales de la salud y auxiliares para atenderlos.

5. USTED COMO PACIENTE ENTIENDE QUE ES LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y COMO DEBE COMPORTARSE LA E.S.E. HHL PARA GARANTIZARSELO

Grafico No. 7 Conocimiento sobre Seguridad del Paciente por parte de los Pacientes atendidos en la E.S.E. HHL

Conocimiento de Seguridad del paciente



El 67% total de los pacientes encuestados que en su condición no entienden sobre seguridad del paciente, obedecen a su bajo grado de escolaridad. Mientras el 33% restante manifiesta estar únicamente interesado en que cuando lleguen sean atendidos de forma inmediata, lo demás pasa a ser irrelevante.

6. USTED COMO PACIENTE TIENE CONOCIMIENTO DE QUE SON EVENTOS ADVERSOS, CONTROL DE INCIDENTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO CUANDO LO ATIENDEN EN LA ESE.

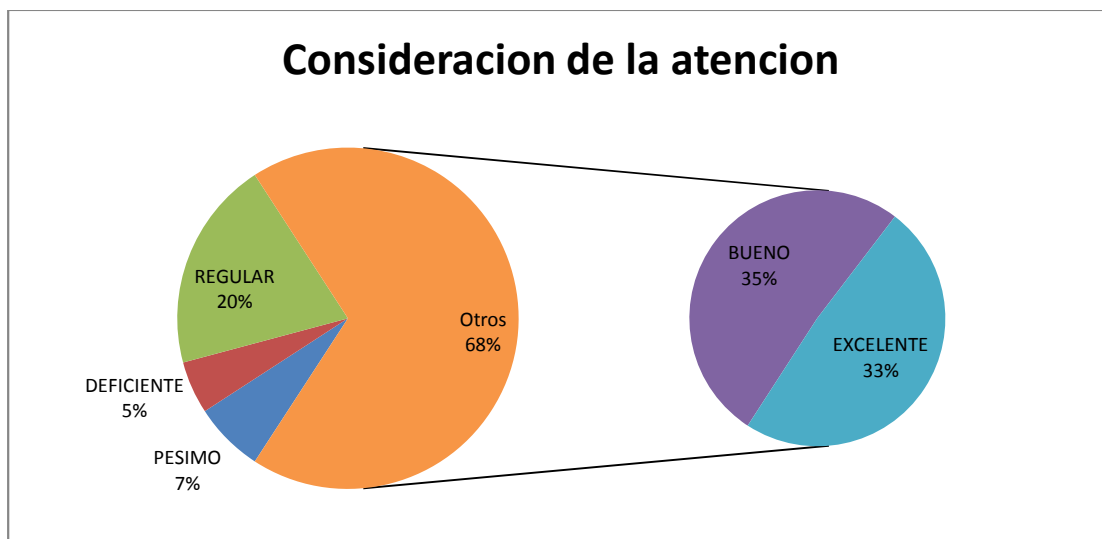
Grafico No. 8 Conocimiento sobre eventos adversos, incidentes y consentimiento informado por parte de los pacientes atendidos en la E.S.E. HHL



Para el 75% del total de los pacientes encuestados consideran pesimo su nivel de conocimiento frente a estos conceptos, manifiestan que es la primera vez han escuchado esos terminos el 15% los ha escuchado pero no saben que significan y el otro 10% no ha profundizado sobre el tema y como se implementa en sus derechos como pacientes.

7. USTED CONSIDERA RIESGOSA LA ATENCION QUE LE BRINDARON EN LA E.S.E. HHL

Grafico No. 9 Calificacion de la Atencion recibida en la E.S.E. HHL



El 12% de los pacientes encuestados que considera riesgosa la atención recibida, establece que ha sido por la falta de atención que ellos exigen y no le dan solución a lo que reclaman como pacientes, sin embargo también manifiestan que en razón a esto no han visto afectada su salud y que otra razón en la que traducen este riesgo se debe a que se les niega el servicio por que los medicamentos o procedimientos son No POS y se han visto precisados a poner tutela, lo que demora la atención y puede poner en peligro su vida que representan el 5% de este 12% y el problema es mas latente con las EPS,s donde están afiliados.

8. COMPROMISOS DE LOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LA E.S.E. HHL

Tabla No. 13 Compromisos de los Reportes de Eventos Adversos en la E.S.E. HHL- Fuente :Plan de gestión de la E.S.E. HHL 2010-2012.

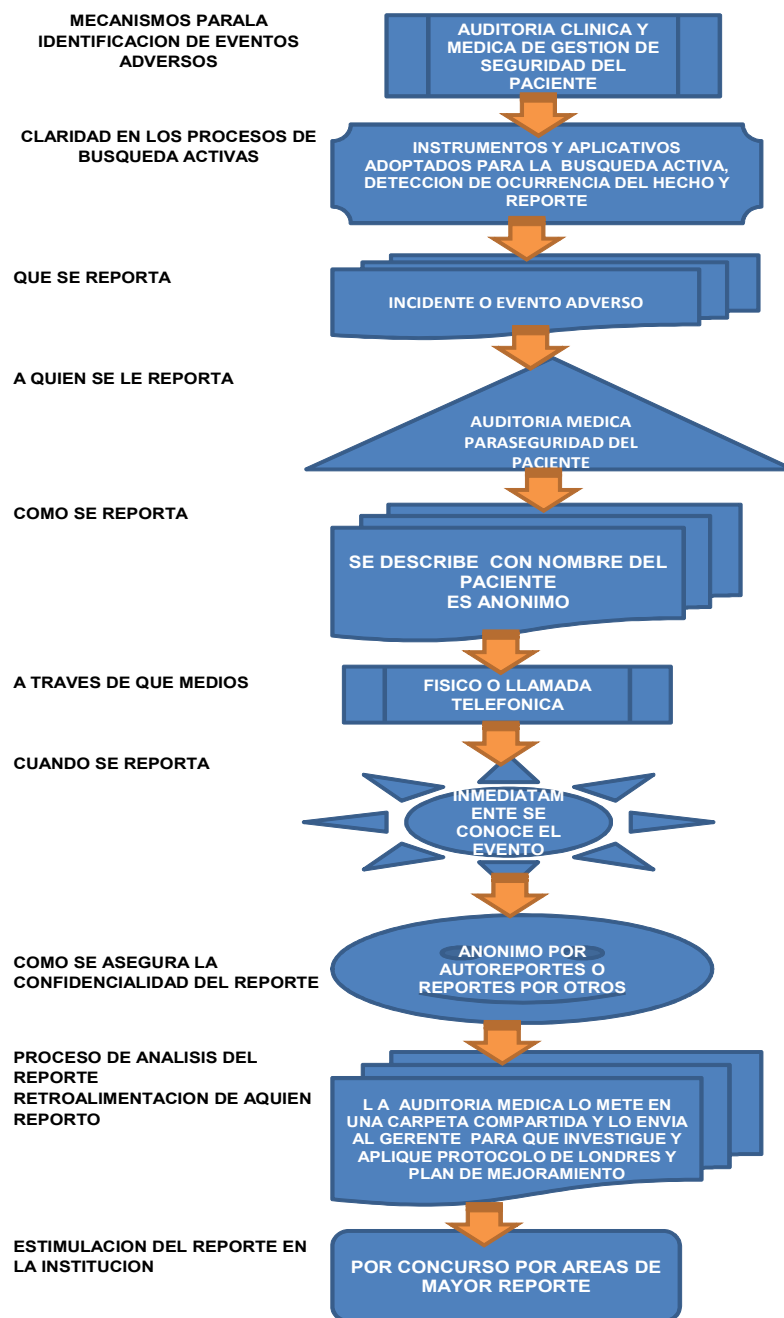
LINEA BASE	COMPROMISO 2010	COMPROMISO 2011
ASIGNACION DE CITAS OPORTUNAS MEDICINA GENERAL LINEA BASE 2007 SE REPRESAN 4 CONSULTAS SEMANALES QUE SE	MEJORAR A 3 CONSULTAS REPRESADAS SEMANALES	MEJORAR A 2 CONSULTAS REPRESADAS SEMANALES

REPROGRAMAN		
MEDICION DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCION DE URGENCIAS LINEA DE BASE 1 HORA PROMEDIO LA ATENCIÓN	MEJORAR EN 40 MINUTOS PROMEDIO LA ATENCION INCLUIDO EL TRIAGE	MEJORAR EN 40 MINUTOS PROMEDIO LA ATENCION INCLUIDO EL TRIAGE
EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EN EL SEMESTRE OPORTUNAMENTE CERO	MANTENER EL NIVEL DE EVENTOS ADVERSOS IGUAL A CERO	MANTENER EL NIVEL DE EVENTOS ADVERSOS IGUAL A CERO
MÍNIMO MARGEN DE CLIENTES INSATISFECHO DEL 15% SOBRE EL TOTAL DE LOS USUARIOS ATENDIDOS COMO ESTÁNDAR 2007	7% DE INSATISFACCIÓN	5% DE INSATISFACCIÓN
CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE HABILITACIÓN DE TODOS LOS SERVICIOS	LOS SERVICIOS DEBEN ESTAR CERTIFICADOS EN EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE HABILITACIÓN POR LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y PUBLICADOS EN LA PAGINA DEL	INICIAR PROCESO DE ACREDITACIÓN CON ACOMPAÑAMIENTO DEL MPS, UNA VEZ QUE YA SE OBTUVO LA CERTIFICACIÓN DE HABILITACIÓN DE TODOS LOS SERVICIOS POR LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD

	MINPROTECCION	
--	---------------	--

9. PROPUESTA DEL PROCESO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS PARA LA BUSQUEDA ACTIVA DE ALERTAS Y DETECCION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL

Figura No. 2 Esquema de Propuesta del Proceso de Control de Factores de Riesgo en la E.S.E. HHL



10. PROPUESTA DE MAPA DE RIESGO DE LAS ESTRATEGIAS DE DETECCION DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LA ESE.

De acuerdo a la evaluación y diagnostico desarrollado como estrategia de búsqueda activa para las alertas, incidentes y eventos adversos anteriores nos permitimos calificar el riesgo de cada una de las estrategias agrupadas para lo cual se utilizará la matriz de mapa de riesgo de procesos operativos empresariales.

10.1 PRIMERA ESTRATEGIA: APLICACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL

Tabla No. 14 Matriz de Riesgo de Aplicación de Buenas Practicas de Seguridad del Paciente en la E.S.E. HHL

PROBABILIDAD	VALOR			
ALTA	3	15 ZONA DE RIESGO MODERADO	30 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE	60 ZONA DE RIESGO INACEPTABLE
MEDIA	2	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO	40 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE
BAJA	1	5 ZONA DE RIESGO ACEPTABLE	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO
	IMPACTO	LEVE	MODERADO	CATASTROFICO
	VALOR	5	10	20

Probabilidad de ocurrencia por malas prácticas de seguridad del paciente media -2- e impacto Catastrófico 20 para una ubicación 40 de riesgo por las siguientes consideraciones:

- La medición de la seguridad en la atención del programa se centra en un enfoque epidemiológico y se recomienda MBE.
- Se miden las Frecuencia (Incidencia, prevalencia) de eventos adversos
- Hay Alto Impacto en muchos Factores de riesgos Asociados que pueden derivar en complicaciones en cualquier momento
- Existe un Sistemas de notificación de errores y efectos adversos; pero al Analizarlos, se debe aprender de ellos, porque se hacen Recurrentes; regularmente son catastrófico y se les pone atención a los hechos centinelas.
- Se rediseñan los procesos, pero hay una baja cultura de priorizar la Gestión de riesgos; lo que ha aumentado demandas judiciales, derechos de peticiones, alto numero de solicitudes de historias clínicas de los familiares y pacientes inferimos que para reclamos.
- La Seguridad clínica y medioambiental se hace parcialmente y el PGIRS y manejo de la Ropa hospitalaria no esta su manejo fortalecido.
- Se hace gestión de la calidad y seguridad del paciente y Actualmente Enfoque mayoritario en seguridad clínica. 60% y administrativa en 40% de buenas prácticas de las políticas.

10.2 SEGUNDA ESTRATEGIA: DESARROLLO DE PROCESOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HHL

Tabla No. 15 Matriz de Riesgo de Identificación del Paciente en la E.S.E. HHL

PROBABILIDAD	VALOR			
ALTA	3	15 ZONA DE RIESGO MODERADO	30 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE	60 ZONA DE RIESGO INACEPTABLE
MEDIA	2	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO	40 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE

BAJA	1	5 ZONA DE RIESGO ACEPTABLE	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO	
		IMPACTO	LEVE	MODERADO	CATASTROFICO
		VALOR	5	10	20

La probabilidad de ocurrencia de incidentes y eventos adversos por fallas en la identificación del paciente es media 2 y el impacto es moderado 10 para una calificación de 20 zonas de riesgo moderado por las siguientes consideraciones:

- No se considera al paciente comprometido con su salud y se le comunica como se previenen los eventos adversos.
- Se le da el mismo trato al tipo de paciente para las acciones inseguras, ya que no es lo mismo las acciones inseguras de pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, que los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria.
- No se consideran los pacientes o sus familiares para que se involucren en una cultura de seguridad del paciente de manera proactiva y se le dan responsabilidades de hacerlo a los empleados directos de la relación medico paciente y de la relación cliente servidor.

10.3 TERCERA ESTRATEGIA: DETECCIÓN TEMPRANA DE INCIDENTES Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS DE EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL

Tabla No. 16 Matriz de Riesgo de Deteccion Temprana de Incidentes y Control de EA en la E.S.E. HHL

PROBABILIDAD	VALOR			
ALTA	3	15 ZONA DE RIESGO MODERADO	30 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE	60 ZONA DE RIESGO INACEPTABLE
MEDIA	2	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO	40 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE
BAJA	1	5 ZONA DE RIESGO ACEPTABLE	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO
	IMPACTO	LEVE	MODERADO	CATASTROFICO
	VALOR	5	10	20

La probabilidad de ocurrencia de detección temprana de incidentes de eventos adversos es media o 2 y el impacto es catastrófico o 20 para una zona de riesgo importante, por las siguientes consideraciones:

- Se hace una mediana prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas
- Se Desarrollan acciones de profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos, pero falta adherencia.
- Falta Lograr el cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos.
- La Vacunación a todos los miembros del equipo de Salud para los bio riesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica,
- No se Garantiza la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos por personal nuevo sobre todo en enfermería.

- Hay poca adherencia en el Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, sobre todo en el trato al paciente.
- Es débil la técnica de vigilancia de medicamentos
- Se está empezando apenas a definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extienda el cuidado en su uso.

10.4 CUARTA ESTRATEGIA: SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACIÓN A LOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL

Tabla No. 17 Matriz de Riesgo de Seguimiento y Retroalimentación a los Reportes de EA en la E.S.E. HHL

PROBABILIDAD	VALOR
--------------	-------

ALTA	3	15 ZONA DE RIESGO MODERADO	30 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE	60 ZONA DE RIESGO INACEPTABLE
MEDIA	2	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO	40 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE
BAJA	1	5 ZONA DE RIESGO ACEPTABLE	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO
IMPACTO		LEVE	MODERADO	CATASTROFICO
VALOR		5	10	20

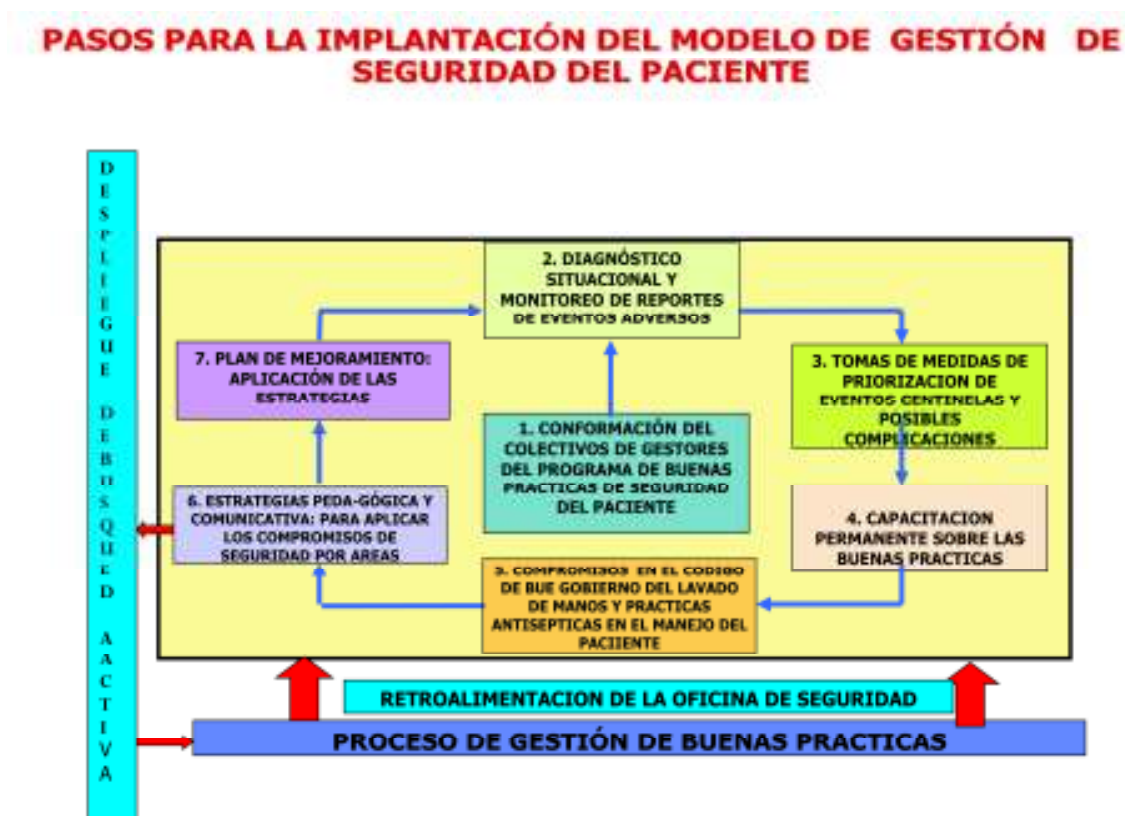
La probabilidad de ocurrencia de que se vuelvan a producir los mismos hechos adversos e incidentes es alta 1 y Recurrente con un impacto catastrófico de 20 para una ZONA DE RIESGO NO ACEPTABLE; por las siguientes consideraciones:

- Los Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador, etc. De acuerdo a la institución flebitis por error, error de medicamentos, error de prescripción y escaras tienden a aumentar por la rotación alta del personal asistencial.
- No se Asegura que la información en la historia clínica sea completa y correcta.
- Siguen las Muestras de laboratorio mal identificada 90% y Toma examen equivocado 10% en los eventos adversos.
- En las actividades de consentimiento informado, hay dificultades para promover su cultura y se resta importancia a este documento
- No hay reconocimiento de la autonomía del paciente
- No se Asegura el registro del consentimiento informado en la historia clínica

11. PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE HATILLO DE LOBA BOLIVAR

11.1 ESTRUCTURA DEL MODELO DE GESTION

Figura No. 3 Estructura del Modelo de Gestion de Seguridad del Paciente de la E.S.E. HHL



11.2 LINEAS DE ACCION ESTRATEGICA PARA REDIRECCIONAR LAS FALLAS ENCONTRADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVENTOS ADVERSOS EN LA E.S.E. HHL

11.2.1. CREAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD³⁵

Establecer una cultura de seguridad en la institución. Es necesario promover una cultura que anime la discusión y la comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la seguridad de los pacientes; y que vea en la aparición de errores y sucesos adversos una oportunidad de mejora.

11.2.2. ADECUAR LA CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS A LAS NECESIDADES DE SALUD

Para procedimientos electivos de alto riesgo y otros cuidados específicos debe informarse claramente a los pacientes del riesgo, probablemente reducido, de un resultado adverso, de tratamientos alternativos y sus resultados y considerar las preferencias del paciente.

Especificar un protocolo explícito que asegure un nivel adecuado de cuidados de enfermería. Debe combinarse experiencia y formación del personal.

Todos los pacientes ingresados al área de Urgencias y Hospitalización (adultos y pediátricos) deben ser atendidos por médicos con la formación y titulación adecuadas.

³⁵ Tomado de: Ministerio de Sanidad y Consumo. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria Pag 9 - 11

Los farmacéuticos deben participar activamente en todos los procesos del sistema de utilización de los medicamentos, incluyendo como mínimo: estar disponibles para interconsulta con los 10 prescriptores sobre los medicamentos prescritos, interpretar y revisar las prescripciones, preparar y dispensar los medicamentos, y administrar y monitorizar los tratamientos.

11.2.3. FAVORECER LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Las prescripciones verbales deben ser registradas y leídas inmediatamente al prescriptor.

Cuando un profesional asistencial recibe una orden verbal procede repetirla oralmente al que la ha verbalizado para verificar la exactitud de la misma.

Utilizar solamente abreviaturas y expresiones de dosis estandarizadas.

No realizar de memoria, resúmenes o anotaciones sobre los pacientes.

Asegurarse de que la información sobre cuidados, sobre todo los cambios en la medicación y nueva información sobre el diagnóstico, se transmite de forma rápida y claramente comprensible a las personas implicadas en el cuidado del paciente que necesitan dicha información para proporcionar la atención adecuada.

Solicitar a cada paciente o representante legal del mismo que repita lo que se le ha dicho, tras una discusión sobre el consentimiento informado.

Asegurarse de que la documentación de preferencias del paciente sobre tratamientos de soporte vital está disponible en su documentación clínica.

Implementar un sistema informatizado de prescripción de medicamentos.

Implementar protocolos estandarizados para evitar la aparición de cirugía del sitio o en el paciente equivocado.

11.2.4. PARTICULARIDADES DE DETERMINADOS ESCENARIOS Y PROCEDIMIENTOS

Evaluar el riesgo individual de sufrir isquemia cardiaca y administrar tratamiento con betabloqueantes a los pacientes considerados de alto riesgo.

Valorar el riesgo de sufrir úlceras por presión de cada paciente en el momento del ingreso y, regularmente, durante toda la estancia hospitalaria. Clínicamente deben llevarse a cabo los métodos preventivos apropiados consecuentes a la valoración.

Evaluar el momento de la admisión y posteriormente de forma regular, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda y Tromboembolismo pulmonar de cada paciente y utilizar los métodos apropiados para evitarlos.

Utilizar el servicio especializado para la indicación de tratamiento anticoagulante, asegurando la coordinación con el mismo.

En el momento de la admisión y regularmente durante la estancia en el hospital, evaluar el riesgo de aspiración en todos los pacientes.

Asegurarse de la utilización de métodos eficaces de prevenir las infecciones asociadas al uso de catéter venoso central.

Durante el preoperatorio, evaluar el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función del procedimiento quirúrgico previsto. Aplicar la profilaxis antibiótica apropiada a dicha valoración.

Utilizar protocolos validados para evaluar a pacientes que tienen riesgo de fracaso renal agudo debido al uso de medios de contraste. Utilizar el método apropiado para reducir dicho riesgo, basado en la evaluación de función renal del paciente SI ESTE NO ES REMITIDO.

En el momento de la admisión y posteriormente de forma regular, evaluar en cada paciente el riesgo de desarrollar desnutrición. Utilizar las estrategias apropiadas para evitarla.

Cuando se utilice un torniquete, evaluar el riesgo de isquemia y complicaciones trombóticas y utilizar las medidas de prevención adecuadas.

Desinfectarse las manos utilizando soluciones alcohólicas o lavándoselas con un jabón antiséptico, tras estar en contacto con el paciente o los objetos que le rodean.

La vacunación antigripal del personal asistencial, medida que les protege a ellos y a los pacientes atendidos frente a la gripe, sobretodo en esta zona donde se ubica el HHL puesto que teniendo en cuenta la oleada invernal por ser un Municipio rivereños tiene mayor exposición a la Influenza.

11.2.5. MEJORAR LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO³⁶

Asegurarse de que las áreas de trabajo dónde se preparan los medicamentos están limpias, ordenadas, bien iluminadas y libres de distracción y ruido.

Estandarizar los métodos de etiquetado, envasado y almacenamiento de los medicamentos.

Identificar con etiquetas adecuadas los medicamentos de uso en casos de urgencia y aquellos considerados de alto riesgo por requerir su uso alguna precaución especial, por ej. Agonistas y antagonistas adrenérgicos de uso intravenoso, antimitóticos, anticoagulantes y antitrombóticos, concentrados de electrolitos para uso parenteral, anestésicos generales, bloqueantes neuromusculares, insulina y antidiabéticos orales, narcóticos y opiáceos.

Dispensar los medicamentos en dosis unitarias y cuando sea apropiado y factible, en forma lista para su uso.

³⁶ Guía Técnica BPSP, Op Cit

11.3 DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION.³⁷

11.3.1 INFECCIONES

- Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
- Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
- Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente
- Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos.
- Utilizar técnicas estériles, guantes, batas, mascarillas y un campo grande para la inserción de catéteres venosos centrales y hacer uso de estas precauciones aún cuando el catéter se coloca en sala de cirugía.
- No se deben reemplazar en forma rutinaria los catéteres venosos centrales como método para prevenir las infecciones asociadas.
- Si se sospecha infección asociada aún cuando no haya evidencia de infección local se deberá retirar el catéter y colocar otro enviando, el que se retira a cultivo.

11.3.2 MEDICAMENTOS

³⁷ Guía Técnica BPSP, Ibid

- Reducir la complejidad, simplificando y estandarizando los procedimientos; incorporar barreras o restricciones que limiten u obliguen a realizar los procesos de una determinada forma; optimizar los procedimientos de información, etc. Por ejemplo, la utilización de jeringas especiales para la administración de soluciones orales de medicamentos que no se pueden conectar con los sistemas de administración intravenosos y evitar que se puedan administrar estas medicamentos por una vía equivocada
- Otra manera de mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos de alto riesgo es disponer de protocolos detallados y explícitos. Cuando todos los profesionales implicados en el uso de los medicamentos siguen protocolos establecidos, se crean de forma automática múltiples controles a lo largo del sistema.
- El uso de protocolos logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal recién incorporado pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulte familiar
- Uno de los procesos que resulta más conveniente centralizar para minimizar los errores es la preparación de mezclas intravenosas de medicamentos de alto riesgo en el servicio de farmacia
- El cálculo de las dosis en función del peso u otros factores, tales como la función renal, facilita la aparición de errores. Para evitarlos, se recomienda utilizar nomogramas que simplifiquen los cálculos, los cuales pueden incluir múltiples factores para la dosificación, como peso del paciente, concentración de la disolución, velocidad de infusión, etc.

11.3.3 CAIDAS

- Diseñar y /o revisar y/o revisar los instrumentos de valoración y clasificación de riesgo de caídas
- Capacitar y entrenar al personal asistencial en la aplicación del instrumento de valoración de riesgo.
- Supervisar la adherencia a valoración del riesgo.

11.3.4 ESCARAS

Se requiere realizar una evaluación al ingreso de cada paciente para identificar riesgos de escaras, esta debe tener en cuenta la integralidad de la piel, de la cabeza a los pies y debe combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados. La escala de Braden es una de la herramientas para esta tarea- Ver Tabla No.18

Tabla No. 18 Escala de Braden

Percepción Sensorial Capacidad de respuesta	1.Limitado completamente	2. Muy limitado	3.Limitado levemente	5. Sin impedimento
Humedad Grado de humedad de piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
Actividad Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
Movilidad Control de posición corporal	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
Nutrición Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
Fricción y roce Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	

11.3.5 CANSANCIO

- La institución debe contar con un programa de salud ocupacional, que involucre los factores de vigilancia epidemiológica para riesgo Psicolaborales y realizar la socialización del mismo al personal durante los procesos de inducción y re inducción.
- Es importante contar con un tablero de control y de mando que permita la adecuada distribución de pacientes en relación a la consulta, el servicio y su capacidad instalada de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales.
- Realizar acciones de promoción y prevención frente al manejo y reporte de accidentes de trabajo
- Capacitaciones activas que promuevan las indicaciones para reportar un evento adverso dentro de las diversas áreas, como proceso de sensibilización y ejercicio educativo y preventivo.

11.3.6 LABORATORIO

- Fomentar el uso de al menos dos identificadores (por ej. nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención en el laboratorio y en la marcación de las muestras.
- La utilización de las listas en general, para todos los procesos asistenciales, es recomendada por la OMS y la OPS, por lo tanto se recomienda la adecuación de una lista que me permita identificar correctamente al paciente y a las muestras en el laboratorio clínico.

- El uso de manillas de colores que identifiquen a los pacientes ha demostrado ser de gran utilidad (Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales)

11.3.7 COMUNICACIÓN

- Definir Políticas institucionales relacionadas con los canales de comunicación entre el personal de salud con el paciente y su familia.
- Definir políticas institucionales sobre qué tipo de Acrónimos y Siglas se pueden utilizar en la institución
- La racionalización y estandarización de los informes de cambio de turno puede mejorar el razonamiento crítico, al igual que minimizar el tiempo que se pasa lejos del paciente.
- Las rondas de colaboración (multidisciplinarias) se están empleando en forma efectiva para mejorar la comunicación y el traspaso de información importante relacionada con la atención del paciente
- Establecer programas de capacitación en comunicación y trabajo en equipos multidisciplinarios
- Transmisión efectiva de la información dentro del equipo de salud
- Estandarizar listas de chequeo en la entrega de turnos a nivel hospitalario y a nivel del Sistema de referencia y Contrarreferencia

- El alta hospitalaria es una etapa crucial en la que la comunicación de la información a pacientes y familiares se torna de vital importancia.
- Política institucional promoviendo la participación del paciente y su familia en indagar sobre su patología y el plan de tratamiento.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ Una vez identificadas las alertas a través de la herramienta de tamizaje, se sugiere que se realice una investigación desde la AUDITORIA MEDICA DE CALIDAD, que permita concluir si la alerta generada, corresponde o no a un evento adverso y si ésta se puede clasificar como evento adverso, incidente, complicación o se descarta.
- ✓ El segundo paso culturización de práctica de seguridad del paciente mediante la capacitación del equipo de salud responsable de la atención de los pacientes, con respecto a las “buenas prácticas de paquetes instructivos de seguridad del paciente” establecidas por el Ministerio de Protección Social” y las cuales deben ser aplicadas desde que los pacientes llegan a solicitar una consulta de urgencia en la ESE Hospital Local Hatillo de Loba. Vale la pena sugerir charlas dinámicas a los propios usuarios sobre sus derechos como pacientes para abarcar con términos sencillos de acuerdo a su nivel cultural, los conceptos que hacen parte del proceso de la práctica de la seguridad del paciente.
- ✓ Para el mejoramiento en la optimización del registro de los eventos, primeramente se debe identificar los posibles riesgos durante cada proceso de atención; de

hallarlo se notifica para tomar acciones que reduzcan el riesgo o prevengan la aparición de EA, teniendo en cuenta que todo sistema de vigilancia busca evitar el evento y limitar el daño.

- ✓ La aplicación del proceso es de forma encadenada, ya que inmediatamente a la identificación del riesgo, se identifican las causas y seguidamente se toman los correctivos necesarios y se fijan planes de mejoramiento, los cuales deben ser retroalimentados como parte del control eficaz de riesgos
- ✓ Las acciones de mejoramiento para la disminución de eventos adversos, debe ir de la mano con un registro sistemático y confiable de los posibles eventos adversos, partiendo del hecho que el subregistro es un fenómeno que no permitirá apuntarle a disminución de eventos a favor de un ambiente seguro para la prestación del servicio.
- ✓ El primer paso para el mejoramiento es la optimización del registro de los eventos, posteriormente la identificación de los riesgos por proceso de atención, programar acciones preventivas a los riesgos identificados, para evitar la aparición del evento, teniendo en cuenta que todo sistema de vigilancia busca evitar el evento y limitar el daño.
- ✓ Una vez identificadas las alertas a través de la herramienta de tamizaje, se sugiere que se realice una investigación desde la AUDITORIA MEDICA DE CALIDAD, que permita concluir si la alerta generada, corresponde o no a un evento adverso y si ésta se puede clasificar como evento adverso, incidente, complicación o se descarta.
- ✓ Los planes de mejoramiento coyunturales, se deben concertar con las áreas involucradas y en lo posible con la participación de un representante por cada tipo

de cargo, para que los aportes y perspectivas sean integrales, lo mismo que las acciones de mejoramiento.

- ✓ La herramienta de tamizaje, permite detectar un gran número de situaciones de alerta de posibles eventos adversos, que mejorarían el seguimiento a riesgos y el registro de datos de incidentes, eventos adversos y complicaciones, en el servicio de urgencia y hospitalización, lo cual no dependería del reporte voluntario y anónimo que se viene realizando. Además se podrían estar subestimando algunos eventos cotidianos, como posibles eventos adversos.
- ✓ Las características socio demográficas y epidemiológicas de la población atendida en el servicio de URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN, puede aumentar la frecuencia de situaciones de alerta, sin que éstas se relacionen con posibles eventos adversos.
- ✓ La recolección de datos debe realizarse por personal idóneo, que pueda establecer relaciones causales entre la aparición de la alerta y la enfermedad.
- ✓ El haber estado hospitalizado no representa una diferencia para el hallazgo de situaciones de alerta de posibles eventos adversos. Las posibilidades de encontrar una situación de alerta en las historias de hospitalizados en PARTOS.
- ✓ Proponer la herramienta de tamizaje para identificar situaciones de alerta en relación con la posible ocurrencia de un evento adverso, como instrumento para realizar la vigilancia epidemiológica de eventos adversos y el seguimiento a riesgos, lo cual permitiría mejorar el registro de incidentes, eventos adversos y complicaciones.
- ✓ Realizar el seguimiento a las situaciones de alerta para poder establecer finalmente cuáles se clasifican como eventos adversos, mediante un proceso de

vigilancia que se active con la alerta y finalice con la clasificación final de los casos como confirmado o descartado.

- ✓ La aplicación de la herramienta debe estar a cargo de médicos no tratantes, para evitar sesgos en la información y garantizar la calidad del dato en situaciones de alerta relacionadas con aspectos clínicos, se sugiere que los responsables de la aplicación del instrumento sean los médicos generales, para lo cual deben recibir un entrenamiento por parte de expertos en seguridad del paciente.
- ✓ Incluir variables de edad, sexo, entidad aseguradora, diagnóstico principal de ingreso y otras que se consideren pertinentes, para que en la vigilancia epidemiológica de estos eventos, pudieran encontrarse algunas diferencias que serían objeto de intervención y planes de mejoramiento específicos.
- ✓ Generar la mayor capacidad de respuesta científico técnica a las necesidades de salud de la población a mínimo riesgo y a mínimo costo con una cobertura universal.
- ✓ Mejorar los procesos y procedimientos de atención asistencial y administrativo con el mayor desarrollo de la biotecnología médica y la productividad del recurso humano responsable de cada servicio, cumpliendo con los procesos prioritarios asistenciales en lo pertinente.
- ✓ Garantizar la atención de urgencias y prehospitalaria, lo más eficiente posible con prioridad en la severidad de la patología de los usuarios.
- ✓ Fortalecer la gestión del aseguramiento mediante la acertada contratación, adecuada facturación y el óptimo recaudo de los servicios prestados.

- ✓ Generar programas de bienestar social para el cliente interno propiciando un clima organizacional gratificante.
- ✓ Armonizar de la mejor forma posible el sistema de referencia y contrarreferencia.
- ✓ Coordinar con el municipio a generar metas de salud positiva y cumplir con los indicadores centinelas y de mortalidad evitable y fomentar los estilos de vida saludable.
- ✓ Promover el funcionamiento efectivo de la red prestadora de servicios que se implante en el área social de mercado del hospital.
- ✓ Establecer y monitorear los resultados y metas asistenciales, epidemiológicas y administrativos que generen decisiones de mejoramiento continuo y retroalimentación para consolidar los impactos sociales propuestos.
- ✓ Mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios y el sentido de pertenencia hacia la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ARANAZ Jm, Aibar C, VITALLER J, Ruiz P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

ARANAZ, JM y LIMON, R. Incidencia e impacto de los efectos adversos en dos hospitales. Proyecto IDEA. Revista calidad asistencial. 2005; 20 (2) 53-60.

FRANCO, Astolfo M.D. El Reporte de Eventos Adversos: motor de la gestión clínica. Centro Médico Imbanaco, Cali. Evaluador externo del SUA, Icontec.

FRANCO, Astolfo. Cirugías más seguras: el factor cirujano. Revista colombiana de Cirugía.

GAITAN, Hernando. *et.al.* Tamizaje de eventos adversos *en atención* obstétrica y puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá 2002 -2003. Departamento de investigaciones clínicas, Universidad Nacional de Colombia.

HERRERA-KIENGELHER, J. *et.al.* Frecuencia y correlación de eventos adversos en un hospital de enfermedades respiratorias en México. 2005. 128:3900-5

KHON LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. To err is human. Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del paciente en la República de Colombia. 11 junio/08.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCION 1043 DEL 3 DE ABRIL DE 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención. Bogotá.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 1446 de 2006, Anexo Técnico. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/sogc

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, Dirección General de Calidad de Servicios. Estudio IBEAS y la Política de Seguridad del Paciente en Colombia.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Colombia. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Colombia. Lineamientos para la implementación de una Política de Seguridad en la República de Colombia. 2008.

MOSTAZA JL, Muinelo I, Tejio C, Pérez S. Prevalencia y Gravedad de Efectos Adversos durante la Hospitalización. Med Clin (Barc) 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.
<http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps041020.htm>.

OMS, Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Consejo Ejecutivo 109ª reunión EB 109/9, 5 diciembre 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 55º Asamblea mundial de la salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente, mayo 2002.

SALCEDO, AM, SANTOFIMIO D, BARRERA MV, VARGAS AC, “Revisión Bibliográfica Nacional e Internacional de la Terminología en la Seguridad del Paciente”, Informe presentado al Ministerio de la Protección Social de Colombia en desarrollo del convenio interadministrativo 353 de 2006. Neiva, Colombia.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Primero, cultura justa [editorial]. Vía Salud. 2007.

RESTREPO, Francisco Raúl. Proyecto IBEAS Colombia: antecedentes y metodología. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Colombia. 2007.

La Nota titulada STRATEGY-MAKING IN THREE MODES por Henry Mintzberg, fue tomada de THE STRATEGY PROCESS, CONCEPTS, CONTEXTS, AND CASES, por JAMES BRIAN QUINN y otros, Editorial: Prentice Hall, pp. 82-89. Reproducida por el Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), para servir como base de discusión en clase, mas bien que como ilustración del manejo correcto o incorrecto de la gestión administrativa.

ANEXOS

ANEXO No. 1 ENCUESTA

ENCUESTA DE PERCEPCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE – HOSPITAL LOCAL DE HATILLO DE LOBA

Estimado Usuario y Paciente de Nuestra ESE:

Después de haber sido atendido en la Unidad de URGENCIAS Y HOSPITALIZACION de nuestra ESE, queremos que nos de su opinión sobre si el servicio prestado fue seguro o inseguro para resolver la enfermedad por usted padecida y por nosotros tratadas. Agradecemos su colaboración para marcar esta encuesta.

DIRIGIDO A: LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS POR LA ESE EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2011- FECHA DE APLICACIÓN TERCERA SEMANA DE MARZO 2011

CONVENCIONES DE RESPUESTA:

1	PESIMO
2	DEFICIENTE
3	REGULAR
4	BUENO

5	EXCELENTE
---	-----------

1. USTED NO TUVO NINGUN PROBLEMA AL ENTRAR A LA ESE CON LA IDENTIFICACION COMO PACIENTE_____

2. EL SERVICIO PRESTADO EN LA ESE FUE OPORTUNO POR PARTE DE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS_____

3. LA COMUNICACIÓN QUE TUVO CON QUIENES LO ATENDIERON EN LA ESE AYUDO A ENTENDER SU PROBLEMA DE SALUD Y A OBEDECER EL TRATAMIENTO INDICADO_____

4. USTED CONSIDERA QUE EN LA ATENCION QUE LE PRESTARON EN LA ESE NO HUBO NINGUN RIESGO PARA SU SALUD O COMPLICACION_____

5. USTED COMO PACIENTE ENTIENDE QUE ES LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y COMO DEBE COMPORTARSE LA ESE PARA GARANTIZARSELO_____

6. USTED COMO PACIENTE TIENE CONOCIMIENTO QUE SON EVENTOS ADVERSOS, CONTROL DE INCIDENTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO CUANDO LO ATIENDE LA ESE_____

7. USTED CONSIDERA ALTAMENTE RIESGOSA LA ATENCION QUE LE BRINDARON EN LA ESE_____