DISEÑO DE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA IPS SUMIMEDICAL SAS, MEDELLIN

OLGA PATRICIA DIAZ CARDONA
ERIKA MARGARITA PAREJA HURTADO

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
OBSERVATORIO SALUD PUBLICA
MEDELLIN
2016

DISEÑO DE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA IPS SUMIMEDICAL SAS, MEDELLIN

OLGA PATRICIA DIAZ CARDONA
ERIKA MARGARITA PAREJA HURTADO

ASESOR DE TESIS
AMPARO RUEDA DE CHAPARRO
DOCENTE DE CATEDRA AUDITORIA EN SALUD

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
OBSERVATORIO SALUD PUBLICA Π
MEDELLIN

CONTENIDO

Pág

1 INTRODUCCION 9

2 RESUMEN 11

3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 14

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 14

3.2 JUSTIFICACIÓN 15

3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION 16

4 OBJETIVOS 17

4.1 OBJETIVO GENERAL 17

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 17

5 MARCO TEORICO 18

5.1 MARCO CONCEPTUAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 18

5.1.1 Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente 19

5.1.2 Modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso: 20

5.1.3 Proceso para la Investigación y Análisis de los Eventos Adversos: 21

5.1.4 Ciclo PHVA en la Seguridad del paciente 25

5.2 MARCO LEGAL 26

5.2.1 Constitución Política de Colombia: 26

5.2.2 Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el sistema Obligatorio de 26

5.2.3 Resolución 2003 de 2014: por la cual se definen los procedimientos y 27

5.2.4 Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad de Colombia 28

5.2.5 Guía Técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente: 31

5.2.6 Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias 34

5.2.7 Paquetes instruccionales: 35

5.2.7.1 Procesos institucionales 35

5.2.7.2 Procesos asistenciales 37
5.2.7.3 Actuación del profesional 49
5.3 MARCO INSTITUCIONAL 52
5.3.1 Reseña histórica sumimedical: Sumimedical es una empresa que nace en 52
6 DISEÑO METODOLÓGICO 59
6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO 59
6.2 TIPO DE ESTUDIO 59
6.3 POBLACION 59
6.4 DESCRIPCION DE VARIABLES 60
6.5 TÈCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÒN 63
6.5.1 Fuentes de Información y Técnicas de Recolección de datos 63
6.5.2 Instrumento de Recolección de Información 63
6.6 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN 67
6.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 67
7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS EN EL DISEÑO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 68
8 CONSIDERACIONES ETICAS 69
9 RESULTADOS 70
9.1 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 70
9.1.1 Objetivo General 70
9.1.2 Objetivos Específicos 70
9.2 ALCANCE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 70
9.3 REFERENTE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 71
9.4 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 71
9.4.1 Objetivos de la Política de Seguridad del Paciente 72
9.4.2 Principios Orientadores de la Política de Seguridad del Paciente 72
9.4.3 Taxonomía: El objetivo de la taxonomía es definir, armonizar 74
9.4.4 Cultura de Seguridad del Paciente: 82
9.4.5 Capacitación en Seguridad del Paciente: El objetivo es la 83
9.4.6 Reporte de incidentes y Eventos Adversos 86
9.4.7 Medición, Análisis y Gestión de los Eventos Adversos 89

9.4.8 Identificación, valoración y prevención de los riesgos: 91
9.4.9 Buenas Prácticas Seguridad del Paciente según el ámbito de acción 92
9.4.9.1 Detectar y Prevenir la Ocurrencia de Infecciones Asociadas a la 92
9.4.9.2 Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos 105
9.4.9.3 Medicamentos de alto riesgo: 105
9.4.9.4 Asegurar la Correcta Identificación del Paciente 111
9.4.9.5 Prevenir, Detectar y Actuar ante el Riesgo de Caídas 113
9.4.9.6 Atención de la Gestante y el Recién Nacido 118
9.5 Herramientas para construir la cultura de Seguridad del Paciente 124
9.5.1 Rondas de seguridad 124
9.5.2 Sesiones breves de Seguridad del Paciente 125
9.5.3 Articulación de los componentes del SOGC para la seguridad del paciente: 125
9.5.4 Encuesta de Percepción de Clima de Seguridad del Paciente 126
9.5.5 Procesos de Atención en Salud en la IPS SUMIMEDICAL SAS 127
9.5.5.1 Atención no programada: 127
9.5.5.2 Atención consulta externa (consulta médica general y Especializada) 129
9.5.5.3 Atención detección temprana 130
9.5.5.4 Procedimientos diagnósticos: 131
9.6 ESTRATEGIAS PARA EL DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 149
CONCLUSIONES 151
BIBLIOGRAFIA 152
ANEXOS 155

LISTA DE TABLAS

Pág

Tabla 1 Factores contributivos de acciones inseguras 24

Tabla 2. Servicios IPS SUMIMEDICAL SAS 58

Tabla 3. Descripción de variables 60

Tabla 4.Información requerida para la planeación del programa de seguridad del paciente 65

Tabla 5. Plan de capacitación en temas de seguridad del paciente 83

Tabla 6. Procedimiento medición análisis y gestión de eventos adversos 89

Tabla 7. Plan para el despliegue del programa de seguridad del paciente 149

LISTA DE FIGURAS

Pág

Figura 1. Modelo conceptual de evento adverso 20

Figura 2. Modelo explicativo 21

Figura 3. Modelo de análisis de sucesos adversos 22

Figura 4. Higiene de las manos 94

Figura 5. ¿Cómo lavarse las manos? 95

Figura 6. ¿Cómo desinfectarse las manos? 96

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo a. Formato de indicadores	155
Anexo b. Formato encuesta percepción de la seguridad del paciente	156
Anexo c: Informe de incidentes y/o eventos adversos de salud de usuarios o trabajadores	159
Anexo d. Formato protocolo de Londres	160
Anexo e. Preguntas durante las rondas de seguridad del paciente	161
Anexo f. Formato sesiones breves de seguridad del paciente	162
Anexo g. Tabla matriz de análisis de modo de falla y efecto (AMFE)	163
Anexo h. Organigrama Sumimedical SAS	164
Anexo i. Mapa de procesos IPS Sumimedical SAS	165

1 INTRODUCCION

La seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció ñuna alianza mundial con el fin de promover esfuerzos encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estadosò(1). En el siglo XXI el tema de seguridad del paciente se ha convertido en uno de los temas principales liderado por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud ñcuyo 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 internacionalmenteò (2)

Para el mejoramiento de los Servicios de Salud que se ofrecen a los usuarios, es fundamental la formulación e implementación de la Política de Seguridad del Paciente mediante estrategias enfocadas a la identificación de los riesgos de incidentes y eventos adversos que pudieran ocurrir en el proceso de atención en salud, la magnitud del problema, sus causas y las consecuencias en el paciente y su familia, el personal de salud que realiza la atención y en la institución en donde se presta el servicio, para así prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura.

En Colombia, las Instituciones de Salud han ido incorporando poco a poco el modelo de Atención en Salud con Calidad y Seguridad definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de hacer los procesos más seguros y contar con Instituciones de Salud competitivas en el sector.

Con este proyecto se quiere documentar el Programa de Seguridad del Paciente, de la IPS SUMIMEDICAL y las herramientas a utilizar. En el primer capítulo se define el

problema que impulsó el desarrollo de este trabajo, en el segundo se plantean los objetivos , en el tercero el marco teórico que soporta el desarrollo del tema, en el cuarto se describe la metodología a seguir para alcanzar los objetivos propuestos, en el quinto y sexto la manera como se van a controlar los errores y sesgos en el momento del diseño del estudio y los aspectos éticos a tener en cuenta según las las normas científicas, técnicas y administrativas establecidas para la investigación en salud. Adicionalmente, en el séptimo capítulo se exponen los resultados del trabajo de grado que corresponden al Documento del Programa de Seguridad del Paciente, en el octavo las conclusiones y en el noveno las recomendaciones que el grupo de trabajo da a la IPS para una adecuada implementación del Programa.

2 RESUMEN

Introducción. El Programa de Seguridad del Paciente, fue establecido en Colombia como la primera práctica segura obligatoria que deben implementar las IPS para mejorar continuamente la calidad de la atención en salud, a través de estrategias dirigidas a reducir y en lo posible eliminar la presencia de eventos adversos. La IPS Sumimedical no cuenta con este Programa, y en respuesta al ajuste realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, es una prioridad institucional.

Metodología. En su construcción, se abordaron los 4 grandes elementos (Planeación estratégica de la seguridad, Fortalecimiento de la cultura institucional, Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos y Procesos Seguros) con las herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, que condicionan directamente la prestación de servicios de salud con el menor riesgo posible para mejorar la calidad de la atención en salud que se ofrece en la IPS y están descritas en el Estándar 5. Procesos Prioritarios de la Resolución 2003 de 2014 y en la Lista de Chequeo Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente obligatorias. Adicionalmente, se tuvo en cuenta la asistencia técnica que la Dirección Seccional de Salud de Antioquia realiza a las IPS en el Sistema Único de Habilitación.

Resultados. A través de este Proyecto de Desarrollo se planificó la secuencia de actividades a desarrollar por parte de la IPS Sumimedical en el Programa de Seguridad del Paciente, siguiendo los lineamientos y aplicando las herramientas dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Conclusiones. Se documentó el Programa de Seguridad del Paciente de la IPS Sumimedical y en este momento se garantiza su existencia para ser implementado con participación de todo el personal de la IPS asistencial y administrativo y los

usuarios, liderado por un equipo referente institucional conformado por personal de la alta dirección, que organizará los recursos necesarios para gestionar la seguridad del paciente en la IPS y deberá hacer el seguimiento correspondiente, y articulado por el Comité de Seguridad del Paciente, con el propósito de brindar una atención segura a los usuarios de los servicios que la IPS oferta.

Palabras clave: Programa de Seguridad del Paciente, Estrategias para la Seguridad del Paciente

ABSTRACT

The patient safe policy program was established in Colombia has the first compulsory safe practice wich must implement in all the IPS to improve the quality of health care, by creating strategies to eliminate or mitigate risks that can lead to adverse events.

Sumimedical IPS does not count with a patient security program implemented and in response to the adjustment provide by the Ministry Of Health And Social Protection about all the standards that are part of the enabling single system taken from a Mandatory Assurance System Quality Health Care, is an institutional priority.

Methodoly; in This construction we approach four (2) big elements: strategic planning security, strengthening institutional culture, measurement, analysis, reporting and management of adverse events and processes Insurance) with these tools for the identification and management of adverse events, which directly affect the provision of health services with the least possible risk to improve the quality of health care that It offered in the IPS and are described in the Standard Process 5.

Priority process of the Resolution 2003 of 2014 and the Best Practices Checklist mandatory Patient Safety. In addition, we take into account the technical assistance that the Sectional Health direction of Antioquia done in the unique system of qualification of all the IPS.

Results. Through this development project we planned the sequence of activities to be developed by the IPS Sumimedical in Patient Safety Program, following the guidelines and applying the tools arranged by the Ministry of Health and Social Protection.

Conclusions. Program Patient Safety IPS Sumimedical documented and now guaranteed its existence to be implemented with the participation of all staff of healthcare IPS and administrative and users, led by a benchmark institutional team of staff senior management, which will organize the necessary resources to manage patient safety in the IPS and shall make appropriate follow-up, and articulated by the Committee on patient safety, with the purpose of providing safe care to service users the IPS offer.

Key words : safe security program, strategys for patient security.

3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ñEn la actualidad Colombia cuenta con una Política Nacional 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 presencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivasò(2)

La Institución Prestadora de Salud IPS Sumimedical, es una institución que desde el año 2006 tiene como proceso misional proveer el Recurso Humano para las IPS de la Caja de Compensación Familiar COMFAMA. El 95 % de sus trabajadores desempeña sus funciones en sedes de COMFAMA y un 77.56% de los profesionales de salud ofrecen sus servicios a los pacientes de la Caja de Compensación en las sedes de la IPS de Comfama ubicados en Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagui, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello donde se brindan servicios de consulta externa de Medicina general y especializada como Medicina Interna, Dermatología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía general, Nutrición y Cirugía plástica.

Sumimedical IPS debe implementar un Programa de Seguridad del Paciente para poder cumplir con los requisitos requeridos en el Estándar 5. Procesos Prioritarios, de la Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

3.2 JUSTIFICACIÓN

La Política de Seguridad del Paciente se entiende como un conjunto de acciones y estrategias de implementación continua y sistemática que buscan identificar y analizar fallos en los procesos, gestionar los riesgos derivados de la atención y prevenir la ocurrencia y recurrencia de los eventos que se presenten durante el desarrollo del quehacer diario de la IPS (2)

A partir de la publicación de la Resolución 2003 de 2014 (3) el Ministerio de Salud y Protección Social, definió las 5 Buenas Prácticas de Seguridad obligatorias para IPS: Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos; monitorización de los aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente; detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención; mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos y asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. Se hace necesario implementar en la institución estas prácticas siendo el Programa de Seguridad del Paciente la primera de ellas.

Sumimedical IPS adolece del Programa, situación que puede implicar sobrecostos por las atenciones no seguras, alterando la relación médico paciente y generando un deterioro de la imagen institucional conllevando a la pérdida de confianza de la comunidad en el sistema. Es imperativo formalizar la existencia del Programa de Seguridad del Paciente, basado en las disposiciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la normatividad vigente y demás documentos técnicos publicados hasta la fecha,

Su implementación así como el seguimiento y mejoramiento continuo, para minimizar los posibles riesgos a los que se ven expuestos los pacientes por el desarrollo de las actividades diarias de los profesionales en las Instalaciones de la IPS, será responsabilidad de la IPS.

3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los elementos que se deben abordar en el Diseño del Programa de Seguridad del Paciente de la IPS Sumimedical SAS, que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos y sirva de guía a la IPS para que posteriormente pueda ponerlo en marcha?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar el Programa de Seguridad del Paciente para la Institución Prestadora de salud Sumimedical SAS, que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, y cumpla con los requerimientos definidos en la legislación vigente en Colombia.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Documentar el Programa de Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la asistencia técnica recibida de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
- Diseñar las herramientas a utilizar en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente.
- Proponer estrategias para que la IPS pueda socializar el Programa de Seguridad del Paciente con el fin de lograr la participación activa del personal en los diferentes niveles de la organización y los usuarios.

5 MARCO TEORICO

5.1 MARCO CONCEPTUAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Seguridad del paciente durante la prestación de servicios de salud, es considerada una necesidad vital ya que posterior al informe documentado por Estados Unidos ñErrar es humanoò se evidencio que un porcentaje elevado de fallecimientos en las Instituciones de salud no se debían precisamente a la evolución de la patología que padecían los pacientes sino por errores en la atención médica, lo cual implica no solo la atención por el personal asistencial sino el contexto en el que se desarrolla la atención teniendo en cuenta el entorno, el medio social, la tecnología y la complejidad de los procedimientos.

A partir de esta situación en el 2008 el Ministerio de Salud en Colombia decide impulsar la política de Seguridad del Paciente y las guías de buenas prácticas de Seguridad que pretenden disminuir la ocurrencia de situaciones que afecten la Seguridad del Paciente así como reducir la aparición de eventos adversos. Se crean paquetes instruccionales basados en la experiencia de hospitales de diferentes niveles tanto nacionales como internacionales y que tienen por objetivo ser llevados a cabalidad, sistemáticamente y de forma constante para obtener como resultados una disminución de los eventos adversos. (2)

Se han realizado estudios en países latinoamericanos como el estudio IBEAS que incluyo a México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina que concluye que por lo menos el 10.5% de los pacientes hospitalizados sufrieron algún daño durante su tiempo de atención. Los eventos adversos están relacionados principalmente con Infección Nosocomial 37,97%, con un procedimiento 26,66% , con el cuidado 13,16%, con la medicación 9,22% , con el Diagnostico 6,29% , Otros EA 3,52% y pendiente de especificar 3,19.

Otro estudio, fue el AMBEAS realizado en cuatro países latinoamericanos el cual reflejo que el 5.7% de pacientes presento eventos adversos de los cuales el 73.3% estuvo relacionado con los medicamentos.(2) Un estudio de Ashish muestra que los

eventos adversos por errores en la atención causan un porcentaje elevado de morbilidad y mortalidad global.(2)

En el mundo se han invertido muchos recursos para el estudio de seguridad del paciente e implementación de prácticas seguras lo que pretende disminuir la incidencia de eventos adversos durante la atención médica; en Colombia desde el año 2005 el Sistema Único de Acreditación incluyo el requisito de tener un sistema de reporte de eventos adversos a las instituciones que pretendieran acreditarse. Posteriormente el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo para habilitación de los prestadores de salud la implementación de programas de Seguridad del Paciente y de las diez buenas prácticas para la Seguridad del Paciente.(2)

Con el objeto de seguir ofreciendo por parte de las instituciones Seguridad del paciente se constituyó una política de obligatorio cumplimiento y la definición de procesos institucionales y asistenciales seguros, así como prácticas que mejoren la actuación del profesional como lo establece la Resolución 2003 de 2014. (3)

5.1.1 Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente

Figura 1. Modelo conceptual de evento adverso

Fuente 1. http://bit.ly/1oo3Pha

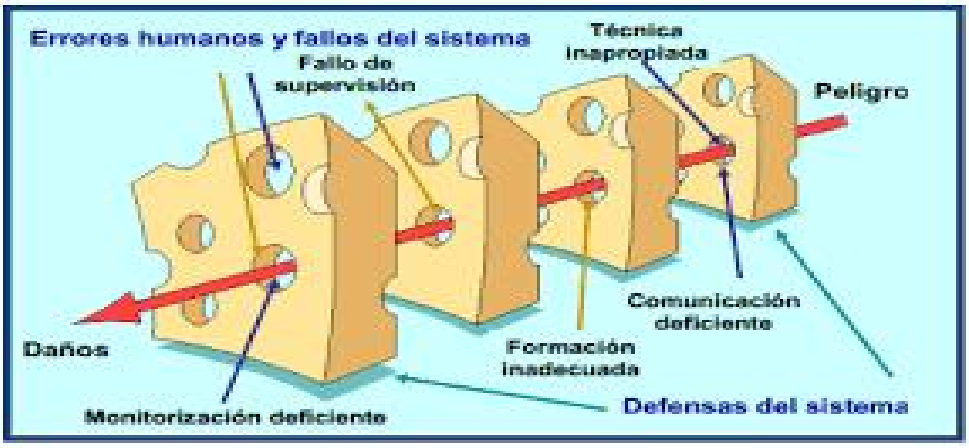
5.1.2 Modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso:

El profesor James Reason planteó el modelo que más se utiliza en estos momentos, llamado el Modelo del Queso Suizo.

En este modelo, las deficiencias o fallas que pueden presentarse en los diferentes procesos de atención en salud, se encuentran entre los peligros y el daño y para que se produzca lesión en el paciente es necesario que las fallas estén alineadas; es decir que los huecos del queso suizo estén alineados. Esto explica la importancia de buscar las fallas que estuvieron alineadas cuando se presenta un evento adverso, con el fin de llenar de múltiples barreras de seguridad es decir de sistemas redundantes de seguridad que eviten que el daño se vuelva a ocurrir: Estas barreras se ubican en las rodajas del queso suizo, rellenando los huecos para evitar que los errores o fallas en la atención se alineen y generen el daño.

En él explica que los errores y las fallas están latentes en todos los sistemas y que por lo mismo son susceptibles de cometer faltas, por lo que los sistemas y las personas involucradas deben crear y mantener ciertas barreras que eviten el curso de una acción hacia un evento adverso.

Figura 2. Modelo explicativo



Fuente 2. http://bit.ly/1oo3Pha

5.1.3 Proceso para la Investigación y Análisis de los Eventos Adversos:

El Protocolo de Londres es un método sistemático y bien estructurado, utilizado para el análisis de los eventos adversos y su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, entendidos éstos como incidentes y eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de accidentes de James Reason, que analiza el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio para encontrar las brechas involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud. (4)

En el evento adverso se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman impactan directamente en los puestos de trabajo a través de los canales departamentales y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras, que generan eventos adversos evitables.

Para mitigar las consecuencias de las fallas, se establecen barreras de seguridad de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las

listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Figura 3. Modelo de análisis de sucesos adversos

Fuente 3. http://bit.ly/2fxmnNE

Al realizar el análisis de los eventos adversos cada uno de estos elementos se estudian detalladamente y por separados, comenzando por las acciones inseguras u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc.) y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizacionales.

El siguiente paso es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos.

Los factores contributivos son condiciones que predisponen o influyen en la práctica clínica y conllevan a ejecutar acciones inseguras ocasionadas por fallas en el desempeño de las personas, fallas en el sistema o fallas latentes y pueden afectar los resultados para el paciente, generando eventos adversos evitables. (4)

Las fallas latentes, originadas en las decisiones gerenciales y/o en los procesos organizacionales, afectan directamente a los equipos de trabajo y pueden comportarse como factores que contribuyen a la presencia de acciones inseguras o directamente pueden llevar a la ocurrencia de un evento adverso. Dentro de las fallas latentes se encuentran las políticas relacionadas con uso de personal temporal, la educación continua, el entrenamiento, la supervisión, la disponibilidad de talento humano, de equipos en condiciones adecuadas para la atención y de suministros. Otros aspectos que pueden ser fallas latentes, son aquellos que están fuera de la organización, como el contexto económico, la normatividad vigente, las relaciones con instituciones externas, entre otros.

Tabla 1 Factores contributivos de acciones inseguras

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUYENTE
PACIENTE	Complejidad y gravedad Lenguaje y Comunicación Personalidad y Factores sociales
TAREA Y TECNOLOGÍA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura Disponibilidad y uso de protocolos Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas Ayudas para toma de decisiones
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia Salud física y mental
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte Estructura de equipo
AMBIENTE	Personal suficiente, mezcla de habilidades, carga de trabajo, patrón de turnos, diseño y disponibilidad y mantenimiento de equipos, soporte administrativo y gerencial, clima laboral, ambiente físico (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas, estándares y metas, prioridades y cultura organizacional
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio Contactos externos

Fuente 4.http://bit.ly/2fxmnNE

Las condiciones de salud del paciente, su personalidad, el lenguaje, las creencias religiosas y los problemas psicológicos, que pueden interferir en la comunicación con los prestadores. Juegan un papel importante sobre el proceso de atención y los resultados.

Otros factores que condicionan la presencia de errores o acciones inseguras que generan eventos adversos, son las relacionadas con el individuo o prestador del servicio; el conocimiento, la experiencia, la pericia, el cansancio, el sueño, la salud física y mental de los prestadores pueden llevar a que se cometan fallas durante la atención del paciente.

De igual manera, debido a que la atención en salud requiere hoy en día más de un individuo para la prestación, dado por el incremento de la tecnología la hace más compleja, o de la complejidad de las enfermedades por las cuales consultan, es fundamental el trabajo en equipo, el cual exige entender que las acciones de unos condicionan las de otras y que es necesario una adecuada coordinación y comunicación entre ellos.

De otra parte, aspectos del ambiente físico como el ruido, la luz, el espacio en donde se presta el servicio de salud y del ambiente socia como el clima laboral y las relaciones interpersonal en el trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de las personas, producir errores en la atención y en consecuencia eventos adversos evitables si no actúan las barreras de seguridad pre establecidas.

5.1.4 Ciclo PHVA en la Seguridad del paciente

Es una herramienta de mejoramiento continuo dado a conocer por Edwards Deming en los años 50 y que se puede aplicar a las diversas organizaciones.

En el Programa de Seguridad del Paciente las etapas se pueden aplicar así

- Planear: se define el direccionamiento estratégico y se construyen las políticas institucionales, se planifican los objetivos así como las actividades (cronograma) a realizar con su responsable; se determina el presupuesto y se crean los indicadores que medirán el impacto del Programa.
- Hacer: implica la ejecución de lo planeado, en cada uno de los 4 aspectos que se tienen en cuenta en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, previa sensibilización y capacitación de los actores del programa.
- Verificar : se revisa el cumplimiento de los objetivos planeados, a través del seguimiento a la implementación de la política de seguridad del paciente que realiza el equipo referente de la IPS que definió, las auditorías internas, las auditorías externas, la medición de indicadores, entre otros.
- Actuar: en este paso se ejecutan las acciones de mejora, para intervenir las causas de las desviaciones encontradas en la verificación.

5.2 MARCO LEGAL

5.2.1 Constitución Política de Colombia:

Según la Constitución Política de Colombia del año 1991(5) el Estado debe garantizar la atención de la Salud. Además, toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

En el Artículo 49 establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

En el Artículo 50, define que todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.

5.2.2 Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud del sistema General de Seguridad Social en Salud (6) describe el campo de aplicación como son los prestadores de Servicio de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del

Régimen Subsidiado, Medicina Prepagada y Entidades Departamentales, distritales y Municipales de Salud.

Define las características de SOGCS: Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad y Seguridad. Establece los 4 componentes del SOGCS: El Sistema único de Habilitación, La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema único de Acreditación y el Sistema de información para la calidad

Estos 4 componentes tienen en común que todos velan por la Seguridad del Paciente.

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

5.2.3 Resolución 2003 de 2014: por la cual se definen los procedimientos y Condiciones de inscripción de los Prestadores de servicio de Salud y de Habilitación. Así como adoptar el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicio de salud (3)
Aplica a las Instituciones Prestadoras de servicio de salud, profesionales independientes de salud, servicio de trasporte especial de pacientes, entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.

En el Estándar 5. Procesos Prioritarios, define que se debe ñContar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, el cual debe incluir: planeación estratégica de la seguridad, fortalecimiento de la cultura institucional; medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos y la implementación de Procesos seguros.

5.2.4 Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad de Colombia

La atención en salud, ha tenido un cambio a través del tiempo para convertirse en un servicio complejo, multidisciplinario y articulado entre varios procesos lo que ha permitido que se ofrezcan servicios con mayores avances científicos. Sin embargo este cambio también ha traído la aparición de factores de riesgo que si no son intervenidos a tiempo pueden desencadenar eventos adversos con las consiguientes consecuencias tanto para el paciente llegando incluso a ser letal como para los profesionales implicados lo cual afecta notoriamente el desempeño en sus actividades.

Colombia es un país considerado líder en los manejos institucionales de salud por lo cual no es ajeno a estos cambios en los procesos de salud, por lo cual el Ministerio de Protección Social interviene creando documentación que permite hacer un lineamiento frente a las políticas de Seguridad del Paciente que siendo bien instauradas y desarrolladas permitirán que los eventos adversos se reduzcan y se ofrezcan servicios de mayor calidad. Haciendo que este proceso sea continuo lo que permite monitorear los posibles factores de riesgos de diverso origen que pudiera incidir en que la atención no sea segura e implementar de ser necesarias las barreras de seguridad requeridas para mitigar o reducir los posibles eventos adversos.

La aparición de un evento adverso es el resultado de varias fallas en los procesos que se alinean en una secuencia y permiten que se filtren las barreras de seguridad si están instauradas y como consecuencia se presente el evento adverso que puedes tener varios grados de severidad siendo los más frecuentes los leves o moderados.

Las barreras de seguridad en el programa de Seguridad del Paciente son el resultado de la identificación y análisis de incidentes y eventos adversos, a los cuales se les determina sus causas y se definen acciones para intervenirlos.

El reporte de incidentes y eventos adversos deberá estar enfocado dentro dela institución en una política no punitiva, por el contrario se debe buscar un aprendizaje cuando se presenten los eventos adversos de tal manera que se permita crear barreras de seguridad que mitiguen en lo posible la aparición de nuevos eventos.

Cuando se requiera hacer el análisis causal de los eventos adversos ocurridos se debe implementar una investigación sistemática donde la experiencia sea vital por parte de los investigadores y usar los métodos de Protocolos de Londres o la metodología AMFE (7).

Las instituciones deben implementar un Protocolo para el manejo del paciente cuando ha ocurrido un evento adverso, que implica hacer un acompañamiento al paciente y a sus familiares donde se le debe reconocer que se presentó un evento adverso, hacerle ver que se realizara todo lo posible para mitigar las posibles consecuencias del evento adverso, explicarle que se hará todo lo posible para que se implementen los correctivos necesarios para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso y en caso de ser necesario se presentarán excusas al paciente y su familia.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, EAPB deben incluir dentro de sus procesos la política de Seguridad del Paciente porque los análisis causales han arrojado que en ocasiones los factores de riesgo son dependientes de los entes aseguradores. Así mismo cuando las instituciones presenten eventos o incidentes adversos evitar realizar glosas indiscriminadas sin un previo análisis con el proveedor y de esta manera seguir incentivando la política de reporte de eventos e incidentes y evitar las acciones punitivas en contra de las IPS.

Los organismos de Vigilancia y Control deberán evitar hacer señalamientos individuales, si bien cuando se presentan acciones inseguras son varias fallas las

que se ven involucradas y deberán tener en cuenta la ejecución de acciones correctivas que se implementan como plan de mejora del evento o incidente adverso presentado.

Las instituciones con Sistema de Seguridad del Paciente más avanzados han propuesto el reporte de eventos adversos en un sistema extrainstitucional permitiendo que los reportes e investigaciones así como planes de mejora sean utilizados por otras instituciones como aprendizaje e implementando los planes de mejora descritos.

ÒLa política de Seguridad del Paciente no pretende dejar en la impunidad las acciones inseguras que se realicen con negligencia e impericia por parte del profesional o que estén dirigidas a causar daño al paciente. Pero de igual manera busca ofrecer protección al profesional que analiza con ética y responsabilidad las fallas en la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que busquen proteger al pacienteÓ

Clasificación de los tipos de atención insegura que pueden causar eventos adversos:

1. Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud.
2. Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales
3. Relacionados con fallas en los registros clínicos
4. Infección ocasionada por la atención en salud
5. Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales
6. Relacionados con la sangre y sus derivados
7. Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos
8. Relacionados con la administración de oxígeno y gases medicinales
9. Relacionados con los dispositivos y equipos médicos
10. Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente
11. Caídas del paciente
12. Accidentes del paciente
13. Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico
14. Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional

15. Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología.

5.2.5 Guía Técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente:

Colombia está desarrollando una Política de Seguridad del paciente desde el año 2008 (8) que pretende disminuir la presencia de eventos adversos y propender instituciones seguras y competitivas a nivel internacional.

Esta guía tiene el propósito de òbrindar a las instituciones recomendaciones técnicas para la operativización e implementación práctica de los lineamientos en sus procesos asistenciales las cuales cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos. Y son complementadas por paquetes instruccionales que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones y se encuentran publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud.ò

La guía incluye cuatro grupos que buscan incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud:

1. 1 Procesos institucionales seguros
2. Procesos asistenciales seguros
3. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
4. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

Las buenas prácticas que incluyen esta guía son aplicables a Prestadores de Servicios de Salud hospitalarios, ambulatorios, profesionales independientes y Entidades administradoras de planes de beneficios en relación con sus propios procesos operativos, administrativos y con su red de prestadores.

Practicas seguras

1. **Procesos institucionales seguros:** Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos; 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. Debe contemplar los siguientes elementos:

   - Política institucional de Seguridad del Paciente
   - Promoción de la cultura de seguridad
   - Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo
   - Capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo
   - Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.
     - ✓ Procedimiento de referencia de pacientes
     - ✓ Procedimiento para la autorización de servicios
     - ✓ Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente.
     - ✓ Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS
     - ✓ Estrategias de seguridad en los paquetes de servicios.
     - ✓ Estandarización de procedimientos de atención
   - Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente.
   - Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínicas basadas en la evidencia
   - Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares
   - Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes.
   - Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.
   - Monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

- Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.
- Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.

2. Procesos asistenciales seguros

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos
- Prevenir ulceras por presión
- Prevenir las complicaciones anestésicas
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.
- Implementar equipos de respuesta rápida
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico
- Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
- Prevención de malnutrición o desnutrición
- Garantizar la atención segura del binomio madre- hijo.

3. **Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales**
   - Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
   - Prevenir el cansancio del personal de salud
   - Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado
   - Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre partes.

4. **Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad**
   - Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad
   - Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.

5.2.6 Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias

En mayo de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, definió 10 Prácticas Seguras de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Cinco de ellas, deben ser implementadas por todas las IPS y las otras 5, deberán ser implementadas de acuerdo con el ámbito de acción de la Institución.

Las 10 Prácticas que quedaron obligatorias en el Sistema Único de Habilitación, son:

1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
   a. Plataforma estratégica de la seguridad
   b. Fortalecimiento de la cultura institucional
   c. Reporte, medición, análisis y gestión de eventos adversos
   d. Procesos seguros.
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.
6. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos
7. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
8. Prevenir las úlceras por presión.
9. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.
10. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.

5.2.7 Paquetes instruccionales:

El Ministerio de Salud y Protección Social, publicó 21 paquetes instruccionales que permiten orientar la planeación e implementación de las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente que aplican a la IPS según su ámbito de acción.

5.2.7.1 Procesos institucionales

1 Seguridad del paciente y la atención segura: Donde se justifica con un amplio marco teórico las estadísticas y estudios que respaldan el crear una política de Seguridad del paciente en las instituciones, se ofrecen elementos para desarrollarlos y le da un rol especifico a cada uno de los departamentos dentro de las organizaciones.

Se define la cultura de Seguridad del paciente y sus componentes, así como las maneras de hacer el reporte de eventos adversos y las metodologías para analizar las causas de estos, si se llegaran a presentar.

2 Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente: Los eventos adversos son el producto de los procesos asistenciales en salud porque aunque se esté creando una cultura de seguridad del paciente, los servicios de salud son complejos por el hecho de que se involucran diferentes elementos, es por esto que siempre se debe hacer monitoreo continuo a través de indicadores los cuales son de estructura, proceso y

resultado y deben tener unas características específicas que permitan definir si los procesos si han sido efectivos.

Los programas de monitoreo que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de eventos adversos son:

- Tecnovigilancia, se refiere al análisis y seguimiento de eventos adversos relacionados con el uso de dispositivos médicos.
- Farmacovigilancia, relacionados con los eventos adversos derivados de la administración de medicamentos.
- Hemovigilancia, respecto a los eventos adversos consecuentes por la donación o transfusión de sangre y sus derivados.

Se mencionan las actividades que permiten verificar la presencia de eventos adversos en los servicios, como son la ronda de seguridad donde el personal administrativo visita periódicamente los servicios de la institución y la auditoría de paciente trazador y donde se sugiere implantar el uso de listas de chequeo como una herramienta clave ñpara gestionar el riesgo y prevenir los eventos adversosò

Se describen los métodos de análisis de eventos adversos, protocolo de Londres y método Ancla.

3 Modelo pedagógico, se implementa la metodología ABP (aprendizaje basado en problemas) donde a partir de un problema se busca generar más dudas e inquietudes para que el aprendizaje se perpetúe.

Los actores del sistema de salud deben ejercer una educación continua con los pacientes referentes al autocuidado de sus patologías lo que permite hablar de un ñbinomio esencial que promueve la dignidad, los derechos y los valores humanosò

5.2.7.2 Procesos asistenciales

1. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud

Las infecciones asociadas a la atención en salud se consideran el evento adverso más común en la prestación de servicios de salud.

Es por esto que se han establecido estrategias con el fin de involucrar al personal de salud en adoptar medidas de higiene que permitan en lo posible mitigar la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos derivados de una conducta no adecuada durante la atención.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Omisión en la higiene de manos según los cinco momentos de la OMS
- La inadecuada asepsia y antisepsia de la herida quirúrgica
- Inadecuada colocación de catéteres
- Contaminación del ventilador por mala manipulación
- No inserción aséptica de sondas urinarias estériles
- No aplicación de técnicas asépticas en la inserción de dispositivos como tubos oro-traqueales, catéter venoso central, catéteres periféricos.
- Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos
- realizar procedimientos en áreas inadecuadas o en instalaciones que están siendo adecuadas estructuralmente.
- Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.
- Omisión en la aplicación de lineamientos de circulación por áreas críticas o de aislamiento u omisión en lineamientos para el traslado de pacientes con indicación de aislamiento.

Y se definen indicadores para el monitoreo continuo de las estrategias establecidas.

2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

Los eventos adversos derivados de la prescripción y administración de medicamentos son de los más frecuentes dentro de las instituciones de salud, debido a desconocimiento por parte de los profesionales de las especificaciones de los fármacos y de las características de los pacientes que pudieran ser susceptibles a su administración.

Es por esto que se deben crear protocolos y barreras de seguridad que permitan minimizar el riesgo de errores en la administración de medicamentos incluidos los de alto riesgo. Si se implementan medidas como listas de chequeo, revisiones, prescripciones electrónicas, entre otras se logrará reducir notoriamente estas dificultades.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Administración errónea por denominación y/o apariencia común de los medicamentos.
- No identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes.
- No información al paciente en relación con el medicamento prescrito.
- No marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.
- Compra de medicamentos que no cuentan con registro sanitario vigente del INVIMA.
- Se prescribe un medicamento a un paciente que presenta una alergia conocida.
- Prescripción incompleta/ error en la prescripción de la dosis, vía de administración, frecuencia y duración de tratamiento.
- Medicamento mal formulado (no indicado/ no apropiado, contraindicado, duplicidad terapéutica).

- Omisión en la conciliación medicamentosa al ingreso, el alta del paciente y traslado del paciente.
- Se administra un medicamento no recetado.
- No hay cumplimiento de los correctos en la administración de medicamentos: verificación de alergias, paciente, medicamentos, dosis, frecuencia, hora, caducidad del medicamento y registro.
- Dispensación de medicamentos incompleta, incorrecta e inoportuna.

Y se realiza monitoreo a través de los indicadores del programa de Farmacovigilancia.

3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

Las caídas en pacientes hospitalizados son una de las causas más comunes de morbimortalidad en los servicios de salud, teniendo en cuenta que una caída puede producir lesiones leves como hematomas hasta lesiones graves como fracturas e incluso la muerte.

La población más vulnerable son los pacientes geriátricos por sus patologías de base y asociación a medicamentos que permite que su estructura ósea se debilite.
Cuando se presenta el evento adverso de una caída intrainstitucional se genera un costo elevado en la atención de este evento ya que se ve asociado a una estancia más prolongada adicional a los cuidados adicionales que se deben implementar.
Se deben buscar estrategias para identificar los pacientes que presentan mayor riesgo de caídas, así como implementar protocolos que se deben seguir periódicamente para evitar este evento adverso. Se debe además fomentar el acompañamiento de familiares en este grupo de pacientes porque se ha comprobado que el estar acompañados disminuye ostensiblemente el riesgo de caídas.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Identificación inadecuada del riesgo de riesgo de caída del paciente

- Inmovilización inadecuada
- Movilización inapropiada del paciente
- Falta de acompañamiento y monitoreo al paciente

Se define seguimiento y monitorización de indicadores.

4 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.

Los procedimientos quirúrgicos se han incrementado a nivel mundial por las diferentes comorbilidades de patologías como el cáncer y enfermedades cardiovasculares lo que a su vez ha incrementado los errores que se pueden presentar.

Los procedimientos que conllevan a mayor riesgo son los que incluyen anestesia general o sedación profunda aunque se pueden presentar en cualquier clase de intervención quirúrgica.

ñLos errores más frecuentes en los procedimientos quirúrgicos son errores de paciente incorrecto y los problemas de comunicación entre el personal de salud y el personal de salud y el pacienteò

La OMS implemento la campaña de ñla Cirugía segura salva vidasò donde se empezó a desarrollar la lista de chequeo en tres momentos del procedimiento quirúrgico: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutánea, y antes de que el paciente salga del quirófanoò

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Procedimientos quirúrgicos en paciente equivocado
- Procedimientos quirúrgicos en sitio incorrecto
- Cancelación de procedimientos quirúrgicos
- Procedimientos quirúrgicos no pertinentes
- Olvido de material quirúrgico al interior de un paciente (oblito)
- Inadecuada inmovilización del paciente en el procedimiento quirúrgico

- Contaminación de sitio operatorio
- Falla anestésica.

Se realiza seguimiento y monitorización a través de indicadores.

5 Prevenir úlceras por presión.

Las ulceras de presión representan un problema de calidad de vida para el paciente y su familia y se presentan en mayor proporción en paciente mayores de 70 años, como esta población va en incremento se considera que esta morbilidad irá en ascenso.

La aparición de úlceras no se debe atribuir solo al personal de enfermería sino que todo el equipo de salud debe involucrarse en la prevención de esta morbilidad.

Las úlceras de presión son consideradas un problema de salud pública debido a los costos en los que se debe incurrir cuando hay aparición de éstas, se deben usar dispositivos y medicamentos adicionales y además se generan estancias prolongadas de hospitalización.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Realizar mala higiene corporal al paciente
- No aplicar sustancias hidratantes/ aplicar sustancias inadecuadas durante la higiene del paciente.
- Posicionamiento inadecuado del paciente (paciente mal posicionado, sin los aditamentos necesarios o con cambios de posición sin horario establecido)
- Paciente con inmovilización inadecuada (por cizallamiento o fricción producidos por la inmovilización o por aditamentos adicionales mal situados generadores de lesión.
- Evaluación incorrecta del paciente con riesgo por inmovilización prolongada/ mantenimiento de la movilidad.
- Inadecuado estado nutricional

Se realiza seguimiento y monitorización a través de indicadores.

6 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.

La incorrecta identificación de los pacientes al ingreso a los servicios asistenciales es causal de la presencia de eventos adversos en cuanto se le administran tratamientos equívocos, se hacen inadecuados diagnósticos e incluso intervenciones erradas.

Es de vital importancia realizar una adecuada identificación del paciente y de los recién nacidos que incluyan su nombre completo, fecha de nacimiento, tipo de documento, número de documento, género, nunca se debe incluir como identificación el número de la habitación o de la cama.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Falla 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, ejemplo número de la habitación y enfermedad.
- Ausencia de manillas de identificación.
- Traslado y movimiento del paciente sin brazalete o adecuado proceso de identificación.
- falla de identificación al ingreso del paciente en urgencia en vital.
- falla de identificación del paciente neonato.
- Se realiza seguimiento y monitorización a través de indicadores.

7 Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.

La correcta identificación de los pacientes es un punto clave en la Seguridad del paciente y cuando se relaciona con la toma de muestra de laboratorios toma mayor relevancia, debido a que si no se hace una correcta identificación del paciente se incurre en costos de mala calidad, puesto que se debe repetir y completar pruebas

de laboratorio, se retrasa el diagnóstico, se deja de administrar el tratamiento correcto a quien lo necesita y en cambio se administra lo que no necesita un paciente errado pudiendo incluso llevar a la muerte.

Es necesario que se involucren todos los funcionarios del proceso debido a que estas muestras de laboratorio tienen varias fases en las cuales intervienen varios profesionales.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Muestra mal identificada o sin identificar.
- Toma de muestras para examen equivocado.
- Toma de muestras a paciente equivocado.
- Análisis de muestra equivocada.
- Errores en la entrega de resultados.
- Solicitud u orden de laboratorio mal diligenciada.
- Error en la transcripción de resultados.

Se realiza seguimiento y monitorización a través de indicadores.

8 Reducir el riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, ñlas enfermedades cardiovasculares se clasifican en hipertensión arterial, cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y otras miocardiopatíasò (8) y son las principales causa de fallecimiento no transmisible a nivel mundial.

Es por esto que estas patologías deben ser manejadas integralmente para evitar desenlaces fatales.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- No identificar o no clasificar a los pacientes con alto riesgo durante la atención de paciente con infarto agudo de miocardio.
- Inadecuada monitorización del paciente con riesgo alto de infarto de miocardio.
- Error en el diagnóstico y plan de manejo del paciente con enfermedad cardiovascular.
- No clasificar los pacientes con alto riesgo isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva, para iniciar tratamiento profiláctico con betabloqueadores.
- No clasificar los pacientes como de riesgo alto en dificultad de acceso en tratamiento ambulatorio.
- No identificación del paciente con riesgo cardiovascular.
- Se realiza seguimiento y monitorización a través de indicadores.

9. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental

Las enfermedades mentales son patologías de alta prevalencia en la comunidad, es frecuente encontrar estos casos en población joven donde el consumo de alcohol y la adicción a drogas conllevan al desarrollo de estas patologías. La ansiedad es considerada el trastorno más común seguido de los trastornos afectivos y los relacionados con sustancias psicoactivas.

Se determinó que las enfermedades mentales y los trastornos relacionados con el abuso de alcohol y drogas psicoactivas son los factores de riesgo más importantes del suicidio.

Se describen las escalas más importantes para la valoración de enfermedades mentales:

- Escala de Beck
- Escala de evaluación de necesidades
- Escala de riesgo de caídas (J.H Downton)

- Escala riesgo de violencia de Plutchick
- Escala de impulsividad de Barratt
- Escala de impulsividad de Plutchik
- Escala de intencionalidad suicida de Beck
- Escala Sad Persons
- Test Audit y Cage
- Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol
- Calificación de la evidencia.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- No valoración de riesgo de crisis en la fase prodrómica.
- Error en el diagnóstico o definición del plan de tratamiento durante la atención de urgencias.
- Ausencia de seguimiento al paciente, posterior a la crisis.
- Error en la evaluación o identificación de riesgos en paciente con enfermedad mental.
- Error durante el traslado inter o intrainstitucional del paciente.
- Manejo inadecuado del paciente con riesgo de caída u omisión en la identificación del riesgo.
- Error en la identificación del paciente.
- Manejo inadecuado del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones u omisión en la identificación del riesgo.
- Manejo inadecuado del paciente con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales u omisión en la identificación del riesgo.
- Manejo inadecuado del paciente con riesgo de evasión, u omisión en la identificación del riesgo.
- Error en la prescripción o aplicación de medidas restrictivas.
- Omisión o monitoreo deficiente de efectos secundarios de los medicamentos prescritos.

Se realiza seguimiento y monitorización a través de indicadores

10. Prevención de la malnutrición o desnutrición

La desnutrición puede definirse ñcomo un estado de déficit de proteínas, energía y otros micronutrientes que provocan alteraciones funcionales y/o anatómicas del organismo asociado o no a la agravación del pronóstico de ciertas enfermedades que son reversible con una terapia nutricionalò(9)

Según el manual internacional de clasificación de enfermedades, es una complicación médica posible pero que puede prevenirse y que tiene impacto muy importante sobre el resultado de los tratamientos.

Hoy en día la valoración nutricional debe formar parte de la evaluación clínica con el fin de identificar los pacientes que requieran un soporte nutricional para disminuir los riesgos de morbimortalidad secundarios a la desnutrición de los pacientes hospitalizados.

En 2009, se logró firmar la declaración de Praga (10) llegaron a la conclusión de que la desnutrición relacionada con la enfermedad es un problema de salud pública. Esta declaración propone siete puntos de acción: sensibilización y educación, desarrollo de guías de manejo que deben ser implementadas, evaluación nutricional obligatoria en todos los puntos de atención, realizar investigación sobre desnutrición, capacitación a los profesionales de la salud en nutrición, planes nacionales de alimentación y nutrición, continuidad en todos los programas presidenciales.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Error en la prescripción del tratamiento nutricional.
- Retardo en el inicio de soporte nutricional o ajuste del mismo.
- Falta de supervisión del paciente de con nutrición parenteral/enteral.

- Falta de explicación al paciente en cuanto a la especificidad de la dieta a consumir.

Se realiza seguimiento y monitorización a través de indicadores

11. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido

La atención oportuna durante la gestación, el parto y el puerperio es un factor determinante en la prevención de las muertes maternas y de los recién nacidos. El objetivo de los controles prenatales es identificar los factores de riesgo, diagnóstico de la edad gestacional, la condición materna y crecimiento fetal.

Se ha demostrado que si se mejora la calidad de los servicios existentes, se invierte en elevar las habilidades y capacidad del personal de atención en salud y se optimizan los sistemas de remisión de pacientes se reduce la tasa de mortalidad materna.

La OMS (11) considera que en los servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente lo que redunde en un impacto final de la salud.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- No atención de la gestante por problemas administrativos
- Atención del parto y el puerperio por personal no calificado y sin entorno habilitante (entorno habilitante incluye contar con los insumos críticos y adecuados sistemas de referencia y contra referencia: incluye transporte aéreo helicoportado para zonas de difícil acceso. No diligenciamiento del partograma.

- Utilización inadecuada de insumos como: antibióticos, anticonvulsivantes, antihipertensivo, oxitócicos, líquidos, hemoderivados y sustitutos en la atención de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio.
- Atención de la materna en un nivel de complejidad inferior al necesitado.
- Atención de la materna sin contar con un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que se pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presente la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel.
- Identificación inadecuada de factores de riesgo en el control prenatal
- No promover la planificación familiar, en especial en pacientes con patologías de riesgo / Inadecuada cobertura de planificación familiar.
- Omisión en la información a la paciente de las causales para interrupción voluntaria de la gestación (sentencia para interrupción voluntaria de la gestación.
- Omitir el cálculo de la capacidad de recurso humano.
- Error en la remisión de pacientes.
- Fallas en la valoración integral de la gestante; diagnóstico y tratamiento de ETS (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007) - Omisión en la identificación de paciente de alto riesgo.
- Fallas en la reconciliación medicamentos.
- Inadecuada evaluación del trabajo de parto y omisión en la detección de signos de estado fetal insatisfactorio.

Manejo sub-óptimo en el diagnóstico de membranas rotas ï no utilización de ayudas diagnósticas para confirmar el diagnóstico de ruptura de membranas, antes de suspender la aplicación del protocolo de manejo de membranas rotas.

- Omisión en el reporte de eventos adversos e incidentes por parte del personal asistencial (médico y paramédico).

Se realiza seguimiento y monitorización a través de indicadores

- **Razón de mortalidad materna**: Nº de muertes maternas por causas atribuibles al embarazo /Nº total de nacidos vivos (*100.000)

- **Oportunidad en la asignación de citas de ginecobstetricia**: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita/Nº total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución (*1)
- **Efectividad del control prenatal:** Nº de mujeres que tuvieron parto o cesárea/Nº de mujeres con 4 controles prenatales (*100)

5.2.7.3 Actuación del profesional

1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

Para que la comunicación entre el médico y el paciente sea efectiva debe desarrollarse con un lenguaje de palabras sencillas y claras, con un mismo significado, sin la utilización de tecnicismo profesional o palabras inapropiadas asegurando su comprensión entre ambas partes y así poder garantizar prácticas seguras en la atención.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Comunicación no efectiva durante el proceso de atención entre el personal que interactúa en dicho proceso.
- Utilización de acrónimos y siglas en la historia clínica.
- Reporte de ayudas diagnósticas inoportunas y/o a destiempo.
- No tener una comunicación apropiada durante los cambios de turno y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.
- La comunicación no efectiva con el paciente

2. Prevenir el cansancio en el personal de salud

Los médicos son los profesionales con mayor tendencia a sufrir agotamiento físico e inconformidad con su estilo de vida laboral, esta situación se evidencia con mayor relevancia en los médicos de urgencias que en los médicos de consulta externa y está relacionado con el hecho de que los médicos no prestan la suficiente atención a sus necesidades de bienestar y no están dispuestos a pedir ayuda a otros.

El estrés ocupacional es uno de los principales factores predisponentes del cansancio en el personal de salud, el cual se puede manifestar con: trastornos psicológicos, conductuales y físicos.

La principal acción para reducir el estrés ocupacional es un cambio organizacional para mejorar las condiciones de trabajo asociado a estrategias para manejo del estrés.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Error en el diagnostico y/o plan de tratamiento por cansancio y/o estrés del personal asistencial.
- Omisión de la explicación del plan de tratamiento u orientación del paciente sobre exámenes, remisión, entre otros.

3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.

El consentimiento informado es una herramienta para informar al paciente sobre los riesgos y beneficios a los cuales se someterá en un procedimiento, diagnóstico, tratamiento y a los beneficios que este conlleva. Con esta información el paciente y/o familiar podrá decidir si acepta o no el procedimiento indicado.

ñSe describe el análisis causal donde se identifican las fallas latentes, fallas activas y prácticas seguras para reducir el riesgo de error durante las atencionesò

- Omisión del consentimiento informado o ausencia en la historia clínica o diligenciamiento incompleto.
- Personal que no verifica el entendimiento del consentimiento informado.

Se verifica su cumplimiento, midiendo los siguientes indicadores:

- **Proporción de consentimientos informados diligenciados adecuadamente**: Número de consentimientos informados adecuadamente diligenciados en el periodo/Total de consentimientos informados auditados en el periodo./*100)

- **Entendimiento del paciente del consentimiento informado:** Número de pacientes auditados que manifiestan tener un adecuando entendimiento del consentimiento informado/Total de pacientes auditados. (*100)

5.3 MARCO INSTITUCIONAL

5.3.1 Reseña histórica Sumimedical: Sumimedical es una empresa que nace en el Año 2005 prestando a Saludcoop y la Fundación Medico Preventiva, los servicios de consulta externa especializados como:

- Ginecobstetricia
- Oftalmología
- Pediatría
- Medicina interna
- Neuropediatría
- Cirugía general

Durante tres años, Sumimedical obtiene gran credibilidad en el medio, debido al impacto generado por la calidad y la calidez de los profesionales que ponía al servicio de los usuarios, además de la comunicación efectiva y fluida que estableció con el cliente que permitía la constante retroalimentación y la oportunidad de crecer cada vez en la prestación del servicio.

En el año 2008, la caja de compensación familiar de Antioquia (Comfama), advierte el potencial adquirido en los años previos y de esta forma se obtiene una licitación para la provisión de especialistas a los Centros Integrales de Salud, abarcando este servicio en las catorce sedes distribuidas en el área metropolitana, oriente cercano y Urabá antioqueño. Esta sería la plataforma para que un año más tarde Comfama confiara el proceso de selección de personal competente en medicina general para prestar el servicio de consulta externa, atención prioritaria y procedimientos menores, cubriendo un alto porcentaje del personal médico de esta institución.

A finales de 2010, habiendo consolidado sus procesos de selección y administración de personal, Comfama deposita nuevamente su confianza en Sumimedical y

contrata todo el personal médico para la atención en los CIS, personal de apoyo terapéutico a gimnasios y debido a la demanda, atiende usuarios en la sede propia.
Al 2011, Sumimedical provee el personal médico de los 14 CIS, siendo el único tercero que provee recurso humano a esta institución en el sector salud. Esta situación obliga a conformar un equipo interdisciplinar liderado por el Dr. Jorge Luis Rocha, gerente y fundador, para dar respuesta a las necesidades propias del cliente, modificando la estructura organizacional al generar nuevos departamentos y sub departamentos, y haciendo crecer los ya establecidos.

En el 2012, la certificación en ISO 9001, nos ratifica como una empresa competente, con un alto nivel de inteligencia que se debe a la capacidad de adaptarse a las necesidades del medio y en este caso del cliente, en consecuencia ha crecido a nivel físico, teniendo en este momento más de 400 empleados vinculados y 2 sedes administrativas, y a nivel procedimental, optimizando cada vez el servicio y cada uno de sus procesos internos y externos, basados en la retroalimentación y una actitud proactiva frente al cambio.

MISION

Somos una institución que presta servicios de salud con calidad a nuestros usuarios, especialista en administrar talento humano del área de la salud y ofrecer soluciones empresariales a nuestros clientes, a través de:

- El cumplimiento de los requisitos legales y contractuales que nos aplican.
- Protección de los derechos laborales de nuestros empleados.
- Compromiso con la seguridad y salud en el trabajo de nuestro talento humano.
- Un servicio de salud humano, seguro, oportuno y pertinente.
- Diversificación y adaptabilidad continúa de nuestro portafolio de servicios con el fin de satisfacer las necesidades de nuestros clientes y usuarios.
- Un equipo humano competente.
- Una infraestructura adecuada.
- El mejoramiento continuo de nuestros procesos y servicios.

VISION

Sumimedical para el 2017 será una institución consolidada en el medio, reconocida por nuestros clientes como la aliada de preferencia para el logro de sus objetivos organizacionales; por nuestros empleados, como una empresa que se compromete con su seguridad y salud en el trabajo, y por nuestros usuarios, como una institución prestadora de servicios de salud que satisface sus necesidades, a través de un servicio oportuno, pertinente, humano, y seguro.

VALORES

- **Respeto:** Es la consideración de que alguien o incluso algo tiene un valor por sí mismo.
- **Trabajo en equipo:** Participación activa del grupo de trabajo, interrelacionándose para lograr un objetivo común.
- **Compromiso:** Es ir más allá del simple deber, es trascender la norma y lograr el deber ser. Es cumplir con el deber asignado dando lo mejor de mí mismo, hasta obtener el resultado deseado.
- **Servicio**: Disposición para realizar el trabajo con base en el conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios y clientes.
- **Profesionalismo:** Prácticas, comportamientos y actitudes que se rigen por las normas preestablecidas del respeto, la mesura, la objetividad y la efectividad en la actividad que se desempeñe

POLÍTICAS DE CALIDAD

Sumimedical S.A.S cuenta con un talento humano competente y en marco de los valores corporativos: ñ*Trabajo en equipo, compromiso, respeto, profesionalismo, y servicio*ò, para satisfacer las necesidades de nuestros clientes, usuarios, empleados, contratistas y subcontratistas, a través de un servicio humano, seguro, oportuno y pertinente y la adaptabilidad continúa de nuestro portafolio de servicios.

A su vez, Sumimedical S.A.S ha establecido dentro sus prioridades la implementación y el desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, identificando los peligros, evaluando y valorando los riesgos y estableciendo los mecanismos de control necesarios, dando cumplimiento a la normatividad vigente, con miras a fortalecer y promocionar la calidad de vida laboral mediante la minimización de los riesgos, la asignación de los recursos necesarios y la mejora continua de los sistemas.

La empresa Sumimedical S.A.S, establece como parámetro para lograr el compromiso de la organización que todos los niveles de dirección son responsables de promover la misión, fundamentados en los valores corporativos y con el objetivo de lograr la visión

Teniendo en cuenta que el consumo de tabaco es nocivo para la salud, no sólo para el fumador sino también para quienes inhalan el aire contaminado y el derecho a la salud a respirar un aire limpio tiene prevalencia sobre el derecho del fumador a consumir libremente este tipo de sustancia; SUMIMEDICAL S.A.S No permitirá el consumo de tabaco, en cualquiera de sus formas (cigarrillo, tabaco, pipa, etc.) en el interior de edificaciones, e instalaciones de nuestros clientes.

La persona que desee fumar deberá hacerlo fuera de las instalaciones en las horas de descanso.

Quienes reciban visitantes serán responsables de informarles acerca de esta política y de asegurar su cumplimiento por parte de ellos.

Todo empleado de Sumimedical S.A.S es responsable de proteger el medio ambiente, la seguridad y salud en el trabajo de nuestra gente, clientes y comunidad en general. Es por ello que Sumimedical S.A.S con el fin de cumplir con este compromiso y siendo conscientes de que el uso de alcohol, las drogas y el tabaco puede afectar el desempeño de nuestro trabajo, fija la siguiente política, la cual será un requisito de trabajo para todos los empleados y contratistas de la empresa:

- Queda estrictamente prohibido el consumo de alcohol, drogas y tabaco, por parte de los empleados y contratistas durante las horas de trabajo, bien sea dentro o fuera de las instalaciones de la misma.

- El uso ilícito de drogas legales o el uso, posesión, distribución y venta de drogas ilegales por parte de empleados y contratistas en las instalaciones de la empresa o en el desarrollo de sus negocios, está estrictamente prohibido.
- La venta o posesión de alcohol por parte de los empleados o contratistas no está permitida en instalaciones de la Compañía o en los lugares en que se encuentren desarrollando trabajos.
- Cuando la Gerencia así lo solicite se requerirá de pruebas de alcohol y drogas como requisito para ingresar a la compañía.
- Se realizarán pruebas al azar de alcohol y drogas durante las horas de trabajo. Todo empleado o contratista será sometido a estas pruebas, poniendo mayor énfasis en empleados en posiciones de trabajo de alto riesgo.
- Se podrán efectuar pruebas de alcohol y drogas por solicitud de los respectivos supervisores de Sumimedical a empleados y contratistas.
- Es responsabilidad de cada empleado asegurarse de que durante el servicio no se encuentre bajo los efectos del alcohol (cero alcohol), droga o cualquier medicina que pueda influenciar negativamente su conducta.

Esta política también se aplicará a todos los contratistas y subcontratistas de Sumimedical S.A.S por lo que se entiende que forma parte de todos los contratos de trabajo y de prestación de servicios. Así mismo, deberán estar comprometidos con la implementación de esta política dentro de sus organizaciones.

En caso de encontrarse a un empleado, contratista o subcontratista laborando bajo los efectos o la influencia del alcohol o drogas, o que la prueba resulte positiva, la empresa podrá disponer de inmediato las siguientes medidas: **a)** Impedirá que el empleado, contratista o subcontratista continúe al frente de su puesto de trabajo, para lo cual lo enviará a su casa para que recupere su capacidad plena, sin que ello se considere una medida disciplinaria sino preventiva. **b)** Una vez recuperado, o incluso al día siguiente, deberá presentarse ante su supervisor inmediato y el Gerente de la empresa para rendir descargos, si se trata de un empleado subordinado, o dar explicaciones si se trata de un contratista o subcontratista. **c)** Dependiendo de la gravedad de la conducta y después de escuchar los descargos la

empresa podrá imponer sanciones disciplinarias que pueden ir desde un llamado de atención cuando se trata de un caso levísimo, suspensión temporal del contrato en casos leves y hasta la terminación del contrato con justa causa en casos graves o por reincidencia.

Las sanciones se aplicarán en caso de que el empleado o contratista se niegue a someterse, sin justa causa, a la prueba de control de alcohol o de drogas prohibidas.

La terminación del contrato de trabajo ocurrirá bajo las siguientes circunstancias:

1. Encontrarse bajo los efectos del licor o las drogas en condiciones notorias que afecten el buen servicio, aún por la primera vez.
2. Incurrir por segunda vez en la conducta en forma leve o levísima.
3. El uso, posesión, distribución o venta de alcohol y drogas ilegales en negocios o instalaciones de la compañía.
4. Negarse a la realización de pruebas en sitio o de laboratorio para comprobar la utilización de bebidas alcohólicas, drogas, sustancias alucinógenas enervantes o que creen dependencia es causal justa de terminación del contrato.
5. En el caso de contratistas y subcontratistas de Sumimedical S.A.S, que se presenten bajo la influencia del alcohol o drogas que afecte su desempeño, se exigirá el cambio inmediato del personal involucrado. Todo Contratista de Sumimedical S.A.S**.** se sujetará al cumplimiento de esta política y será tratado bajo sus preceptos.

Finalmente todo trabajador o contratista que desee vincularse a la empresa, se comprometerá en el momento de firmar el correspondiente contrato, a aceptar y cumplir lo dispuesto en esta política por medio de anotación en el contrato dejándose, adicionalmente, constancia de haber recibido copia de estas políticas

POBLACIÓN ATENDIDA:

Pacientes de Sura remitidos del I nivel de Comfama

SERVICIOS QUE SE PRESTAN EN LA IPS SUMIMEDICAL SAS

Tabla 2. Servicios IPS SUMIMEDICAL SAS

Grupo	Código	Nombre del servicio
Consulta externa	**304**	Cirugía General
Consulta externa	**308**	Dermatología
Consulta externa	**320**	Ginecobstetricia
Consulta externa	**329**	Medicina Interna
Consulta externa	**342**	Pediatría
Consulta externa	**369**	Cirugía plástica y estética

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Ser la aliada de preferencia de nuestros clientes para el logro de sus objetivos organizacionales.
- Comprometernos en todos los niveles de dirección de la empresa con la seguridad y la salud en el trabajo de nuestro talento humano.
- Satisfacer a nuestros usuarios con los servicios de salud prestados.
- El mejoramiento continuo de nuestro procesos y servicios
- Contar con un equipo humano competente
- Una infraestructura adecuada
- Diversificar y adaptar nuestro portafolio de servicios con el fin de satisfacer las necesidades de nuestros clientes y usuarios.
- Comprometernos en todos los niveles de dirección de la empresa con la seguridad y la salud en el trabajo de nuestro talento humano
- Proteger los derechos laborales de nuestros empleados.
- Cumplir requisitos legales y contractuales que nos aplican
- Prestar un servicio de salud humano, seguro, oportuno y pertinente**,** que está enfocado en la política de seguridad del paciente

6 DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

Este estudio es un Proyecto de Desarrollo, en el cual se planificó el conjunto de actividades que de manera ordenada y secuencial la IPS SUMIMEDICAL debe tener en cuenta en el desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente, apoyado en el marco de referencia definido en los Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente de la República de Colombia, la normatividad vigente y demás documentos técnicos que el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido, la asistencia técnica recibida de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia así como la experiencia de otras IPS, para su posterior puesta en marcha por parte de todo el personal de la IPS.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Previo análisis de los elementos que conforman el Programa de Seguridad del Paciente y la manera de abordarlos, se realizó una descripción de cada una de las actividades que se deben implementar en la IPS SUMIMEDICAL, explicando los pasos, las herramientas y la metodología a utilizar, en un documento que servirá de guía a la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

6.3 POBLACION

Para la elaboración de este Programa se tuvo en cuenta la Legislación Vigente en Colombia sobre el Programa de Seguridad del Paciente y los documentos técnicos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La planeación del Programa de Seguridad del Paciente, está dirigida a todo el personal que labora en la IPS SUMIMEDICAL en los diferentes niveles y a los Usuarios de los Servicios que ofrece la Institución.

6.4 DESCRIPCION DE VARIABLES

Tabla 3. Descripción de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR
PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Política de Seguridad del Paciente	Evidencia el compromiso de la alta dirección con la seguridad del paciente, formulando el propósito, la manera como va a hacerla realidad y la forma como va a socializarla y a medir su cumplimiento	Cualitativa	Nominal	Está presente en el Programa de Seguridad del Paciente SI, NO
	Conformación del Equipo Referente de Seguridad del Paciente, Institucional	Corresponde al equipo que gestiona la Seguridad del Paciente en la IPS (planeación del Programa de Seguridad del Paciente, organización del Programa de Seguridad del Paciente, dando los recursos para su desarrollo, direccionamiento y seguimiento a su ejecución; socialización del Programa a todo el personal de la IPS	Cualitativa	Nominal	Incluye los miembros, la manera como se deja evidencia de su conformación, las funciones, la manera como se deja evidencia de su operación SI, NO
	Conformación del Comité de Seguridad del Paciente	Corresponde al equipo responsable de medición, análisis de incidentes y eventos adversos reportados y retroalimentación al personal. Articula la operatividad del Programa de Seguridad del Paciente.	Cualitativa	Nominal	Incluye los miembros, la manera como se evidencia su conformación, las funciones, la manera como se deja evidencia de su operación SI, NO
FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Capacitación al personal en temas de seguridad del paciente (taxonomía, herramientas para fomentar la cultura de seguridad del paciente)	Plan de capacitación en temas básicos de seguridad del paciente, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, indicador de cobertura con meta del 90% del personal asistencial, en mayo de 2016	Cualitativa	Nominal	Plan de capacitación definido, indicador construido con ficha técnica diligenciada Taxonomía Enuncia las herramientas para la creación de cultura de seguridad del paciente en la IPS

					SI, NO
REPORTE, MEDICION, ANALISIS Y GESTION DE LOS EVENTOS ADVERSOS	Corresponde a la definición del Sistema de reporte de las fallas en la atención en salud en la IPS	Procedimiento documentado sobre la metodología de reporte de situaciones adversas que incluye: qué se reporta, a quien se reporta, como se reporta, a través de qué medios, cuando se reporta, como se asegura la confidencialidad del reporte y el auto reporte o reporte por otros	Cualitativa	Nominal	Se evidencia el Procedimiento descrito para el Reporte de las fallas en la atención en salud SI, NO
	Hace referencia al Sistema que va a utilizar la IPS para el análisis de las situaciones adversas y gestión	Metodología de análisis descrita según Herramienta Protocolo de Londres y plan de mejoramiento con barreras de seguridad a implementar para evitar la recurrencia de las fallas de mayor impacto en la atención en salud y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad	Cualitativa	Nominal	Se evidencia el Procedimiento descrito para el Análisis de las Situaciones Adversas, la clasificación (incidente, evento adverso evitable, no evitable, complicación) y la Gestión de los Eventos Adversos SI, NO
PROCESOS SEGUROS	Identificación, valoración, control y seguimiento a los riesgos de los procesos asistenciales priorizados	– Valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados – Formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados – Seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados – Prácticas Seguras que deben ser implementadas por la IPS según su ámbito de acción (Detectar y Prevenir la Ocurrencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos,	Cualitativa	Nominal	Está presente la Planeación de cada una de estas actividades en el documento para su ejecución por la IPS SI, NO

		Asegurar la Correcta Identificación del Paciente, Prevención, Detección y Actuación ante el Riesgo de Caídas, Atención de la Gestante y el Recién Nacido) – Procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio – Protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio – Protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases – Protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos – Protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.			

Fuente: Creación de los autores, a partir de la Lista de Chequeo Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente Obligatorias para

6.5 TÈCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÒN

6.5.1 Fuentes de Información y Técnicas de Recolección de datos

- **Primaria:** Hallazgos de los investigadores a partir de entrevista con un funcionario de la IPS para conocer el estado de avance del Programa de Seguridad del Paciente según el ámbito de acción de la IPS
- **Secundaria:** Documento Técnico Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Resolución 2003 de 2014, Estándar 5. Procesos Prioritarios, Lista de Chequeo Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, obligatorias, Paquetes Instruccionales 2014 V.02, Guía Técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente

  Adicionalmente identificación de los diferentes Servicios habilitados y en los cuales se deben identificar los riesgos de incidentes y de eventos adversos así como las prácticas seguras que deben implementarse según el ámbito de acción de la IPS, , que permita planear la manera como se va a desarrollar el Programa de Seguridad del Paciente.

6.5.2 Instrumento de Recolección de Información

La Planeación del Programa de Seguridad del Paciente, requiriò la determinación de herramientas útiles para recoger todos los datos e información que den respuesta a cada una de las variables anteriormente enunciadas y evidencien los instrumentos necesarios para cumplir con los detalles del Programa, que durante la implementación permitirán consolidar y presentar la información de su avance.

Es muy importante realizar la recolección de información de manera integral, precisa, exacta, con el mínimo de errores posibles, con el fin de que sea confiable (que el método y el instrumento utilizado mida lo mismo cada vez que se utiliza) y válida (que mida exactamente lo que se quiere medir, con la calidad e integridad requeridas). Lo anterior implicó la necesidad de tener en cuenta los factores que contribuyen a la recolección efectiva de la información.

Mediante la utilización de herramientas de mejoramiento de la calidad, para recoger y desplegar datos, se dio respuesta a las variables del Programa de Seguridad del Paciente anteriormente expuestas. Estas herramientas bien aplicadas durante la implementación del Programa, permitirán la ilustración de los resultados de avance del programa, las tendencias y de esta manera hacer los cambios correspondientes en los procesos para mejorar cada vez la seguridad de paciente en la atención en salud.

Se revisaron los formularios que tenía la IPS, algunos fueron ajustados y se diseñaron otros para captar los datos de manera clara, con un mínimo de error

y se enunciaron los nombres de los procedimientos, herramientas de calidad, instrumentos, requeridos durante la implementación del programa.

Tabla 4.Información requerida para la planeación del programa de seguridad del paciente

COMPONENTE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (VARIABLES)	HERRAMIENTAS /INSTRUMENTIOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÒN REQUERIDA
PLANEACIÓN ESTRATEGICA DE LA SEGURIDAD	1. Política de Seguridad del Paciente, con los objetivos, metas a cumplir y acciones para lograrlo 2. Formato Acta para la definición de la conformación del Equipo Referente institucional para la Gestión de la Seguridad del Paciente y el Comité de Seguridad del paciente que articula en la operación el Programa de Seguridad del Paciente. 3. Funciones del Equipo Referente institucional para la Gestión de la Seguridad de Paciente y funciones del Comité de Seguridad del Paciente 4. Formato para registro de los miembros del Equipo Referente, del Comité de Seguridad del Paciente, del Líder general del Programa de Seguridad del Paciente, del Líder de cada proceso misional que se realiza en la IPS quien será responsable de liderar el Programa en su respectivo servicio. 5. Formato Cronograma de Reuniones del Equipo Referente Institucional y del Comité de Seguridad del Paciente 6. Formato Acta de reuniones
FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	1. Plan de Capacitación en Temas de Seguridad del Paciente en la herramienta 5W1H y seguimiento a su desarrollo 2. Ficha Técnica Indicador Proporción de personal capacidad en los temas de seguridad del paciente preestablecido 3. Procedimiento y herramienta Rondas de Seguridad 4. Procedimiento y herramienta Sesiones Breves de Seguridad del Paciente 5. Procedimiento y herramienta Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente
REPORTE, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y ÓDE LOS EVENTOS ADVERSOS	1. Sistema institucional de Reporte de Eventos Adversos: implica la definición del Procedimiento para el Reporte de Situaciones Adversas 2. Formato para el Reporte de Situaciones Adversas. 3. Procedimiento Análisis y Gestión de los Eventos Adversos (describe la Metodología recomendada para el Análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA): 4.. Formato para el Análisis del EA (Protocolo de Londres, Herramienta Diagrama Causa Efecto) 5. Gestión del Evento Adverso: Formato Plan de Mejoramiento, Seguimiento a Plan de Mejoramiento 6. Formato Base de Datos de Eventos Adversos Presentados en la IPS

PROCESOS SEGUROS	1. Formato Herramienta AMEF para la Valoración de los riesgos en procesos asistenciales, priorización y acciones para intervenirlos e indicadores para hacer seguimiento 2. Formato Formulación de acciones preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados 3. Formato de Seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados 4. Formato para la Descripción del Procedimiento para la implementación de cada una de las siguientes Prácticas Seguras que deben ser implementadas por la IPS según su ámbito de acción 5. Detectar y Prevenir la Ocurrencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud 6. Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos, Asegurar la Correcta Identificación del Paciente 7. Prevención, Detección y Actuación ante el Riesgo de Caídas 8. Atención de la Gestante y el Recién Nacido 9. Procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio 10. Protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio 11. Protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases 12. Protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos 13. Protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.

Fuente: Creación de los Autores

6.6 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la planeación, se siguió el ciclo PHVA. Se identificó la información sobre los elementos que se debían tener en cuenta para la planeación del Programa de Seguridad del Paciente, se elaboraron los procedimientos y formularios así como los indicadores para hacer seguimiento a los eventos adversos y a la adherencia a los procedimientos y los necesarios para actuar en la intervención de los riesgos para evitar eventos adversos y en la aplicación de barreras de seguridad cuando se presenten eventos adversos.

6.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se definieron todos los procedimientos necesarios para la identificación de los Riesgos en los diferentes servicios que se prestan en la IPS, así como para el Reporte de las Situaciones Adversas, el Análisis de los Situaciones Adversas con el propósito de identificar cuáles correspondían a Eventos Adversos, la manera de realizar el análisis de los datos relaciones con aspectos de Clima de Seguridad del Paciente. Se creó un formulario con los datos claves para contar con una base de datos de los Eventos Adversos que ocurren en la IPS durante la prestación del servicio, después de ser analizados.

7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS EN EL DISEÑO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Por parte del grupo que diseñó el Programa de Seguridad del Paciente para la IPS, se tuvo en cuenta los siguientes sesgos y la manera de contrarrestarlos, para asegurar que las técnicas de recolección de datos produzcan datos confiables.

- **Sesgo por Distracción:** si el grupo responsable de la planeación del programa se distrajera y pudiera olvidarse de incluir elementos requeridos en el diseño del programa, herramientas o instrumentos, se tuvo en cuenta la Lista de Chequeo de las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente obligatorias del MSPS (12), mayo 2014, la Guía Técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente (8), MPS, 2010 y los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, del MSPS (13)
- **Sesgo Operacional**, no tener en cuenta todos los criterios que en los lineamientos del Ministerio de Salud y en la literatura científica se ha publicado al respecto, durante la descripción de los procedimientos o la elaboración de las herramientas que serán utilizadas en la recolección de datos por parte de la IPS, llevaría a un documento con la planeación incompleta. Para evitarlo, se elaboraron formularios sencillos, claros, con instrucciones, ya probados; además se tuvo en cuenta los Paquetes Instruccionales de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente que aplican a la IPS objeto del Programa y las Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

8 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio corresponde a la planeación del Programa de Seguridad del Paciente en la IPS SUMIMEDICAL SAS y no a investigación en seres humanos. Por tanto no se irrespetó el criterio de dignidad de pacientes, sus derechos ni su bienestar.

9 RESULTADOS

9.1 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

9.1.1 Objetivo General

Integrar la estructura y los procesos organizacionales de la IPS Sumimedical hacia la búsqueda de niveles superiores en la seguridad del paciente durante su proceso de atención, mediante un ciclo PHVA que inicia con la Planeación del Programa de Seguridad del Paciente, objeto del trabajo de grado**.**

9.1.2 Objetivos Específicos

- Establecer un programa de Seguridad y Calidad de la Atención estableciendo un sistema de reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos y eventos centinela**.**
- Adoptar, adaptar o construir formatos que faciliten en la IPS la identificación de los riesgos en cada servicio para adoptar barreras de seguridad y actos seguros que permitan minimizar la ocurrencia de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.
- Describir los procedimientos institucionales básicos y las prácticas seguras que aplican a la IPS frente a la seguridad del paciente
- Sugerir a la IPS estrategias para el despliegue del Programa de Seguridad del Paciente.

9.2 ALCANCE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Este programa será aplicado en los servicios de consulta externa de Medicina general y especializada como Medicina Interna, Dermatología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía general, Nutrición y Cirugía plástica de la IPS Sumimedical y todo el equipo multidisciplinario que participa en la atención del usuario remitido de Comfama, teniendo en cuenta el compromiso de la alta gerencia, líderes del proceso y participación del paciente y la familia.

9.3 REFERENTE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la IPS un equipo referente o funcional, constituido por el Gerente de la IPS, el Director Médico, el Líder del Programa de Seguridad del Paciente y los Líderes o Jefes de los diferentes servicios que se prestan en la IPS, deberá gestionar la seguridad del paciente.

La designación de sus miembros debe quedar descrita en un Acta de Reunión con las funciones que se enuncian a continuación:

- Gestionar e la seguridad de pacientes en los aspectos de planeación de las actividades dirigidas a la implementación del programa
- Aprobar los recursos necesarios para su implementación
- Hacer seguimiento al avance del programa de seguridad del paciente
- Socializar en la entidad del Programa de Seguridad del Paciente

Se reunirán por medio de convocatoria del Líder del Programa de Seguridad del Paciente, por lo menos una vez al mes y de cada reunión se dejará un acta con los temas tratados, los compromisos adquiridos y el seguimiento del cumplimiento de estos compromisos en la reunión siguiente.

9.4 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El equipo referente o funcional de Seguridad del Paciente, es el responsable de la formulación de la siguiente política de seguridad del paciente:

ñLa IPS Sumimedical se inclina por el afianzamiento de un entorno seguro para los pacientes, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del proceso de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional de prevención, contribuyendo así al aprendizaje organizacional. Se responsabiliza a identificar y gestionar los eventos adversos e incidentes que puedan presentarse en la atención en Salud y a fortalecer la

cultura de seguridad, el mejoramiento continuo y la prevención de situaciones que afecten la seguridad del paciente.

El Comité de Seguridad del Paciente es el escenario, donde se evalúan los incidentes y eventos adversos presentados en la entidad y el análisis de principales causas de morbilidad en los procesos de consulta externa de medicina general y especializada como Medicina Interna, Dermatología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía general, Nutrición y Cirugía plástica y el planteamiento de acciones de mejora.ò

9.4.1 Objetivos de la Política de Seguridad del Paciente

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes niveles de la organización (estratégico, táctico y operativo) de la IPS en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, con el fin de mejorar la seguridad del paciente en los procesos de atención en salud que se realicen en la IPS. a de la
- Homologar la terminología a utilizar en la IPS.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

9.4.2 Principios Orientadores de la Política de Seguridad del Paciente

- Enfoque de atención centrado en el usuario: El usuario es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente que se realicen en la IPS.

- Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de la alta dirección facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es transversal a todos sus componentes, lo cual quiere decir que para garantizar una atención segura se deben cumplir los estándares del Sistema Único de Habilitación, se den hacer el seguimiento a los Riesgos identificados en la Atención en Salud en los diferentes servicios de la IPS, se debe medir los indicadores de obligatorio cumplimiento relacionados con Seguridad del Paciente que apliquen a la IPS según la Resolución 256 de 2016.
- Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales, el personal de todos los niveles de la IPS y los pacientes. Así mismo, la aseguradora con la gestión de los procesos que corresponden para garantizar una atención oportuna y segura de los pacientes.
- Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

9.4.3 Taxonomía: El objetivo de la taxonomía es definir, armonizar y agrupar los conceptos en una clasificación internacionalmente acordada. Esto ayuda a recolectar, agregar y analizar factores relevantes para la seguridad del paciente de un modo que permita el aprendizaje y el mejoramiento del sistema. La clasificación fue adaptada por el Ministerio de la Protección Social a la atención en salud de Colombia

- **Acciones de Reducción de Riesgo:** son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal (13)
- **Atención de salud:** Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (14)
- **AMEF**: Análisis de modo y efecto de falla. (13)
- **Barrera de Seguridad: u**na acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso (13).
- **Complicación: e**s 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 (13).
- **Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente:** 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. (15)
- **Calidad de la Atención en Salud:** Es aquella que se espera que pueda

proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes. (16)

- **Caja de herramientas:** conjunto de estrategias, modelos, metodologías estructuradas bajo unos lineamientos teóricos básicos, con los instrumentos necesarios para garantizar su aplicabilidad en cada uno de los temas pertinentes al proceso sobre el que se aplica. (4)
- **Cultura de Seguridad del Paciente:** Capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia. (17)
- **Efecto adverso**: sinónimo de reacción adversa y efecto indeseado.(18)
- **Efecto colateral**: cualquier efecto no previsto de un producto farmacéutico, que se produzca con dosis normales utilizadas en el hombre y que esté relacionado con las propiedades farmacológicas del medicamento.(18)
- **Efecto Placebo**: resultado de la aplicación o la administración de un placebo. Puede ser beneficioso o adverso.(18)
- **Efecto secundario**: efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción.(18)
- **Error de medicación**: incidente que puede evitarse y que es causado por la utilización inadecuada de un medicamento. Puede producir lesión a un paciente, mientras la medicación está bajo control del personal de salud, del paciente o del consumidor. (18)

- **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.(18)

  Según su severidad los eventos adversos prevenibles se clasifican en:

  - Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.

- Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.
- Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.(4)

- **Evento adverso no prevenible: r**esultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.(18)
- **Evento Centinela:** Evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia (19)
- **Factores Contributivos:** Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga, conocimiento, pericia o experiencia inadecuados, supervisión o instrucciones insuficientes, entorno estresante, cambio rápidos al interior de la organización, sistemas de comunicación deficientes, mala o equivocada planeación en programación de turnos, mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones (19)
- **Fallas latentes:** 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 (fallas 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. (19)
- **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.(13)
- **Fallas activas o acciones inseguras:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre

durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) (13)

- **Factores contributivos:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:
  - Paciente: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
  - Tarea y tecnología: toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
  - Individuo: el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
  - Equipo de trabajo: todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
  - Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
  - Organización y gerencia: referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

- Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

- **Farmacovigilancia**: es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos (18)
- **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 (18)
- **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. (18)
- **Problemas Relacionados con el Uso de Medicamentos (PRUM:** corresponden a causas prevenibles de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Estos problemas se pueden clasificar de la manera siguiente: relativos a la disponibilidad, relativos a la calidad, relativos a la prescripción, relativos a la dispensación, relativos a la administración y **relativos al uso.** (18)
- **Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM):** es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente, que se asocia o se sospecha asociado a una terapia realizada con medicamentos y que interfiere o potencialmente puede interferir con el resultado deseado para el paciente. Los PRM se clasifican en: a) Relacionados con la necesidad: PRM 1: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita; PRM 2: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita; b) Relacionados con la efectividad: PRM 3: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad no cuantitativa de la medicación; PRM 4: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad cuantitativa de la medicación; y, c) Relacionados con la seguridad: PRM 5: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento; PRM 6: el paciente sufre un problema de

salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.(18)

- **Reacción Adversa a los Medicamentos (RAM):** según la OMS, ñreacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función biológicaò
- **Riesgo**: es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. (13)
- **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.(13)
- **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. (13)
- **Violación de la seguridad de la atención en salud: l**as violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento (13)

- **METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÌTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

  Para implementar la Política de Seguridad del Paciente, una vez conformado el equipo referente institucional y formulada la Política de Seguridad del Paciente, en la IPS se debe establecer las siguientes actividades, para aplicarla, en pro de la seguridad del paciente y de una atención segura:

- **Sistema de Articulación Institucional:** la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en el nivel operativo, requiere de los siguientes grupos de trabajo:

- **Comité de Seguridad del Paciente:** Corresponde a un equipo de trabajo conformado por unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS y unos invitados que corresponden a representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar; también asisten proveedores relacionados con el evento adverso.

  Su función es:

  - Analizar los reportes que recibe del personal relacionados con fallas en la atención del paciente
  - Enfocar el error como base que lleve al aprendizaje organizacional para que el personal se sensibilice y tome conciencia de las fallas cometidas, en un entorno no punitivo pero responsable
  - Identificar los eventos adversos, analizar las causas que los favorecen
  - Presisar cuál será el manejo que se debe dar a la lección aprendida.(Barreras de Seguridad)
  - Apoyar la implementación de acciones (Barreras de Seguridad) para mejorar la calidad de la atención del paciente.

  Al comité se llevan los indicadores relacionados con seguridad del paciente, se analizan sus comportamientos y se distribuyen los responsables del análisis de los eventos adversos e incidentes para la implementación de acciones correctivas, preventivas o de mejora. (12)

- **Líderes de Procesos o servicios de la IPS:** son también parte importante permiten guiar o conducir a un grupo para lograr los

propósitos de mejorar la salud. Su objetivo es contribuir a la formación de líderes que puedan desarrollar o impulsar investigaciones sobre seguridad del paciente y que eventualmente puedan contribuir al desarrollo de políticas y prácticas dirigidas a reducir el riesgo del daño relacionado con la prestación de la atención.

Realizan visitas de referenciación con otros centros de salud que permitan mejorar las estrategias implementadas en la entidad; capacitaciones sobre seguridad del paciente con los usuarios internos y externos, actualización en el tema de seguridad del paciente con entes externos, participan en los simposios de seguridad del paciente que se lleven a cabo en el país, socialización de todos los temas con los funcionarios de la IPS e implementación de nuevas estrategias.

- **Pacientes y cuidadores:** Su participación es necesaria para su seguridad en el proceso de atención, mediante el autocuidado, para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad, previa estrategia educativa y de enseñanza de prácticas básicas, en el fomento del autocuidado y en la responsabilidad sobre su salud para que participen en el proceso de atención. La importancia de este proceso es que el paciente asuma su participación en la atención, con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos. Los pacientes que no están involucrados ni informados tienen menores probabilidades de tomar decisiones consientes acerca de su tratamiento y las recomendaciones del personal asistencial. (20)

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso. Algunas recomendaciones:

- Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.

- Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
- Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un evento adverso, y acompañarlo. (13)

Algunas prácticas para favorecer el autocuidado: Telefonía móvil para recordatorio de citas, capacitación web, intervenciones educativas en enfermedades crónicas, folletos informativos, carteleras e imágenes y materiales audiovisuales.

9.4.4 Cultura de Seguridad del Paciente:

Es el ambiente en el cual se puede compartir en forma abierta e imparcial y con un enfoque sistémico, información al hablar con el personal cuando suceden eventos adversos, para aprender de los errores; así mismo, se es justo en el trato y apoyo que se da, porque nunca los eventos presentados se personalizan pero tampoco se obvian elementos disciplinarios cuando se ocultan ó en los casos graves.

Un suceso adverso es un acontecimiento relacionado con la atención recibida por un paciente, que tiene, o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que se expresan en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria, fallecimiento.

Es fundamental entender que eequivocarse es humano, y que estos sucesos se pueden producir por equivocaciones pero si algo positivo tiene el error es la oportunidad de aprender y de rectificar; para ello, es importante crear un ambiente propicio para la construcción de la cultura de seguridad del paciente, caracterizada por el aprendizaje en lugar de la búsqueda de los errores en la atención en salud, con el fin de identificar los factores que los generaron, aprender e intervenir sus causas; además es necesario hacer énfasis en que los eventos pueden ocurrir por falla humana pero principalmente por fallas del sistema y por

tanto es indispensable identificar los riesgos relacionados estas con el propósito de intervenirlos y evitar la presencia de eventos adversos.

Construir un ambiente de tranquilidad y confianza donde el personal de salud pueda hacer sus anotaciones y referir sus inquietudes respecto al tema de seguridad, comunicar que la cultura de Seguridad del paciente se construye a mediano y largo plazo y para ello es necesario garantizar la seguridad psicológica de tal manera que las personas vean sus aportes dentro de las actividades diarias de forma positiva y siempre constructiva.

Es obligatorio definir un Líder de Seguridad del Paciente, para la gestión adecuada de los riesgos clínicos, mediante la comunicación y el diálogo con los profesionales y demás personal de salud involucrado en el proceso de atención al paciente, la implementación de procesos y prácticas seguras, sistema de información y registros, grupos de análisis de problemas concretos de seguridad en el personal de salud, formación en seguridad en el personal así como sesiones en los servicios asistenciales sobre resultados adversos, que permitan promover adecuadamente una cultura de seguridad del paciente.

9.4.5 Capacitación en Seguridad del Paciente: El objetivo es la Socialización del tema básico de seguridad del paciente y evaluación de su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución, para fortalecer la cultura de seguridad del paciente y facilitar su participación activa en el desarrollo de las estrategias que la organización establece para garantizar la seguridad en la atención de los usuarios.

Tabla 5. Plan de capacitación en temas de seguridad del paciente

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
Política de Seguridad Institucional	Asesor	A definir	IPS Sumimedical	Directrices relacionadas con la seguridad del

				paciente, objetivos, actividades para cumplir con los objetivos, responsabilidades de cada nivel de operación en la IPS para su implementación y cumplimiento, indicadores de seguimiento a la política de seguridad del paciente.
Taxonomía Seguridad del Paciente	Asesor	A definir	Auditorio Sumimedical	Homologación de la Terminología a utilizar en Seguridad del paciente. Sensibilización y normatividad en Seguridad del Paciente
Sistema de Reporte de Fallas en la Atención	Asesor	A definir	IPS Sumimedical	Operación del Sistema de Reporte de las Fallas en la Atención en Salud (Incidentes y/o Eventos Adversos): qué se reporta, a quién se le reporta, cómo se reporta, a través de qué medios, cuándo se reporta, cómo se asegura la confidencialidad del reporta, autoreporte o reporte por otros. Sensibilización para el reporte de situaciones adversas. Cómo se estimula el reporte en la Institución

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
Metodología Institucional de Análisis de Causas de los Incidentes y Eventos Adversos	Asesor	A definir	IPS Sumimedical	Implementación del Sistema de Análisis de Causas de las Fallas en la Atención en Salud (Protocolo de Londres u otro Sistema Técnico): Identificación de las acciones inseguras por fallas activas que lo generaron, el Análisis de las causas que contribuyen a su generación, identificación de fallas latentes que pueden llevar a eventos adversos, formulación e implementación de acciones orientadas a eliminar o minimizar las causas que los generaron (barreras de seguridad), seguimiento a la eficacia de estas acciones, buscando siempre aprender de los errores que en algún momento sucedan.
Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, en el ámbito de la IPS:				
Detectar y Prevenir la Ocurrencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	Asesor	A definir	IPS Sumimedical	Socializar la técnica de los cincos momento del lavado de mano en la institución y la técnica de fricción con alcohol glicerinado

Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos	Asesor	A definir	IPS Sumimedical	Riesgos en la compra, conciliación medicamentosa valorando la información que el paciente brinda sobre los medicamentos que toma y como los toma**,** pres cripción de medicamentos**,** administración de medicamentos, uso de los medicamentos
Asegurar la Correcta Identificación del paciente en los procesos asistenciales	Asesor	A definir	IPS Sumimedical	Comunicación activa y participativa con el usuario para prevenir riesgos. Comunicación en doble vía para mejorar la comprensión en la atención por parte del usuario.
Prevenir, Detectar y Actuar ante el Riesgo de Caídas	Asesor	A definir	IPS Sumimedical	Socializar la escala de Downton para minimizar el riesgo de caídas con el uso de instrumentos de evaluación

Indicador de cobertura de capacitación:

Proporción de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente = Nº de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente/Total de colaboradores programados (*100)
Ficha Técnica Indicador Cobertura de Capacitación: ver anexo a

9.4.6 Reporte de incidentes y Eventos Adversos

- **Objetivo**: Identificar los incidentes y eventos adversos en la IPS para determinar las posibles mejoras y correctivos a implementar y de esta manera reducir y/o controlar la repetición de sucesos similares.

- **Alcance**: El Sistema de reporte de eventos adversos e incidentes será aplicado por todo el personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagui, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.
- **Metodología**: Cuando se presente un incidente o evento adverso el funcionario deberá descargar de la página institucional el formato de reporte de eventos adversos e incidentes y enviarlo a la persona encargada del programa de Seguridad del Paciente.

Tabla Reporte de incidentes y Eventos Adversos

QUE	QUIEN REPORTA	CUÁNDO	DONDE (A QUIEN)	COMO
Realizar autoreporte voluntario de incidentes o eventos relacionados con la atención en salud**.**	Cada funcionario de la IPS	En el momento de su labor que detecta los errores	Al Comité de Seguridad del Paciente	Reportando lo sucedido en el formato establecido por la IPS Previa definición de lo que es importante reportar
Realizar reporte de voluntario de una situación adversa ocurrida en el servicio	Otra persona que conozca el incidente o evento		En el servicio y al Comité de Seguridad del Paciente	
Asegurar la confidencialidad del reporte		Siempre	Comité de Seguridad del Paciente y Equipo Referente deben a seguridad la confidencialidad del reporte	Todos los documentos y la información relacionada con un incidente o evento adverso, son manejados y custodiados por el Comité de Seguridad del Paciente,
Estimular el reporte				A través de capacitaciones y retroalimentación a quien reporta
Registrar en la base de datos de la IPS	Líder del Programa de Seguridad del Paciente	Cada vez que reciba un reporte	Aplicativo u hoja Excel	Registrando todos los datos correctamente, siguiendo un consecutivo.
Retroalimentar a quien reportar	Líder del Programa de Seguridad del Paciente	Una vez lo revise y analice	En la oficina de Seguridad del Paciente	Comunicación con la persona que reporta

- **Informe de incidentes y/o eventos adversos de salud de usuarios o trabajadores :** Ver anexo c

9.4.7 Medición, Análisis y Gestión de los Eventos Adversos

- **Definición**: El análisis de eventos adversos por medio del Protocolo de Londres consiste en realizar una investigación para estudiar las causas de que un evento adverso se presente teniendo en cuenta las barreras y defensas que fallaron, acciones inseguras, factores contributivos y procesos de la organización y la cultura.
- **Objetivo**: Analizar los factores que pudieron contribuir a la aparición de un evento adverso en la institución.
- **Alcance**: El protocolo de Londres será aplicado a todos los eventos adversos que se reporten por parte del personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.
- **Metodología**: El análisis de evento adverso por protocolo de Londres será realizado por parte del Comité de Seguridad del Paciente, con invitación al líder del proceso posterior a la notificación del evento adverso, identificando el error y analizando las posibles causas.(Anexo)

Tabla 6. Procedimiento medición análisis y gestión de eventos adversos

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
Identificar el suceso adverso y decisión de investigar:	Comité de Seguridad del Paciente	Según cronograma	En la oficina de Seguridad del Paciente	Revisando el reporte recibido para decidir si se iniciar un análisis o no
Seleccionar el equipo investigador	Comité de Seguridad del Paciente	Cuando se decide investigar	En la oficina de Seguridad del Paciente	Miembros permanentes e invitados

Obtener información organizada	Líder del Programa de Seguridad del Paciente	Tan pronto como se decida investigar	Historia clínica, protocolos, procedimientos, declaraciones , entrevistas con involucrados, evidencia física	Elaborando cronología del evento
Cronología del incidente	Líder del Programa de Seguridad del Paciente	Tan pronto como se tenga los datos y hechos	Oficina de Seguridad del Paciente	Mediante las Entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron en el evento; se realiza narración o diagrama
Identificar las acciones inseguras	Comité de Seguridad del Paciente	Durante el análisis	Sala de reunión del Comité de Seguridad del Paciente	Puntualizando las fallas activas o latentes.
Identificar los factores contributivos	Comité de Seguridad del Paciente	Durante el análisis	Sala de reunión	Por cada acción insegura espina de pescado o diagrama causa efecto
Formular el Plan de Mejoramiento	Comité de Seguridad del Paciente	Después del análisis realizado	Sala de reunión	Priorizando los factores contributivos de acuerdo a su impacto sobre la seguridad del paciente Determinando las barreras de seguridad a implementar Asignando responsables Identificando los recursos necesarios Definiendo tiempo de ejecución

Hacer seguimiento a la ejecución del plan.	Líder del servicio en donde ocurrió el evento Comité de Seguridad del Paciente	Durante la ejecución del Plan definido y después de alcanzar la meta establecida	Sala de reunión	Mensual En comité de seguridad del paciente
Aprendizaje organizacional	Comité de Seguridad del Paciente	Cuando se implementa el plan de acción y el seguimiento realizado establece que no se ha vuelto a presentar el evento adverso.	Sala de reunión	Realizando el cierre formal del ciclo de mejoramiento Analizando el comportamiento del evento que generó el plan de mejoramiento Diligenciando en la base de datos el registro de cierre del ciclo

- **Formato Análisis de Incidentes y Eventos Adversos** (Ver Anexo c)

9.4.8 Identificación, valoración y prevención de los riesgos:

El AMFE es una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una posible falla.(7)

Describe las actividades realizadas durante un proceso determinado, buscando identificar fallas potenciales y sus consecuencias y tiene como objetivo disminuir o eliminar la probabilidad de que estas fallas ocurran. Es una metodología que se aplica antes del evento y no posterior al suceso. Es una de las herramientas más utilizadas en la planificación de calidad, existen dos tipos: AMFE de producto para evaluar su diseño y AMFE de procesos para evaluar las deficiencias que puede ocasionar un mal funcionamiento del mismo en el producto de servicio.

Para implementar el AMFE se hace un listado de todas las posibles causas de falla asignado a cada modo de falla potencial y se tiene en cuenta su ocurrencia, severidad, controles actuales al proceso y su detección.

Los pasos para su realización son:
Paso1: Selección del grupo de trabajo
Paso2: Establecer el tipo de AMFE a realizar, su objeto y límites
Paso3: Aclarar las prestaciones o funciones del producto o del proceso analizado
Paso4: Determinar los modos potenciales de fallo
Paso5: Determinar los efectos potenciales de fallo
Paso6: Determinar las causas potenciales de fallo.
Paso7: Identificar sistemas de control actuales
Paso 8: Determinar los índices de evaluación para cada modo de fallo

Existen tres índices de evaluación: Índice de gravedad (G),Índice de ocurrencia (O), Índice de detección (D)

Paso 9: Calcular para cada modo de fallo potencial los números de prioridad de riesgo (NPR)

Paso10: Proponer acciones de mejora

Paso 11: revisar el AMFE anualmente

Ver herramienta en Anexos, que servirá a la IPS para documentar los riesgos en cada servicio.

9.4.9 Buenas Prácticas Seguridad del Paciente según el ámbito de acción de la IPS SUMIMEDICAL SAS:

Las siguientes Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente obligatorias para la IPS SUMIMEDICAL SAS, estarán dirigidas a todo el personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.

9.4.9.1 Detectar y Prevenir la Ocurrencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

- **Definición:** Son las estrategias establecidas que involucran al personal de salud en la adopción de las medidas de higiene que permitan en lo posible mitigar la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos derivados de una conducta no adecuada durante la atención. (21)

- **Objetivo:** implementar y establecer las normas de bioseguridad que permitan al trabajador de la salud mantener conductas seguras durante su quehacer diario, en cada una de las IPS de Sumimedical y Comfama
- **Alcance:** las buenas practica estarán dirigidos a todo el personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.
- **Metodología:** varios mecanismos se deben implementar para detectar y prevenir la ocurrencia de estas infecciones
- **Mecanismos de Verificación:** se realiza a través de los siguientes Indicadores asociados a la Buena Práctica Detectar y Prevenir la ocurrencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud:
  - Proporción de Adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales (Medición semestral)
  - Proporción de Adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica. (Medición semestral)
  - Flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica. (Medición mensual)
  - Infección asociada al Uso de Sondas Vesicales (Medición mensual). Según la Resolución 256 de 2016 se denomina Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC) según Resolución 256 de 2016
  - Infección de sitio operatorio (ISO) si aplica (Medición mensual)
  - Infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora si aplica. (Medición mensual). Según la Resolución 256 de 2016, se denomina Proporción de endometritis post parto vaginal y Proporción de endometritis pos cesárea

  - Infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora si aplica

Higiene de Manos:

Es la principal Práctica Segura para minimizar la ocurrencia de infecciones asociadas a la atención en salud.

De acuerdo a las directrices del Protocolo higienización de manos (22)

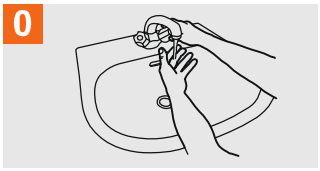
Figura 4. Higiene de las manos

Figura 5. ¿Cómo lavarse las manos?

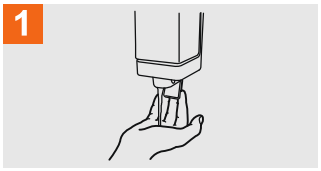
¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

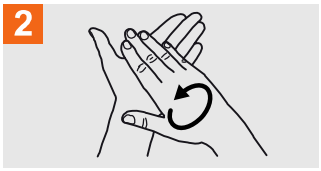
Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



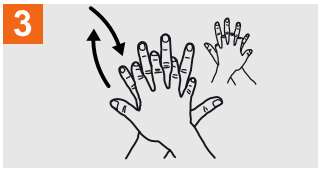
0 Mójese las manos con agua;



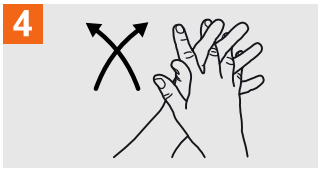
1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



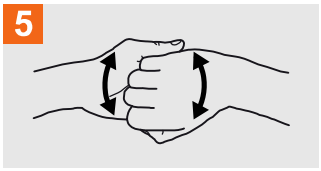
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



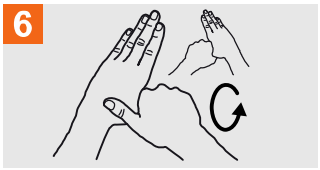
3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



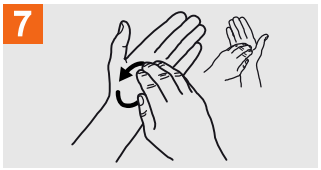
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



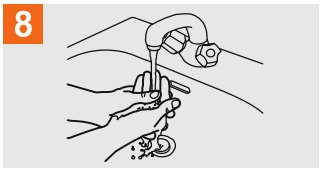
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



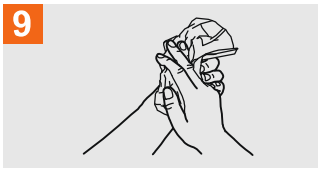
6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



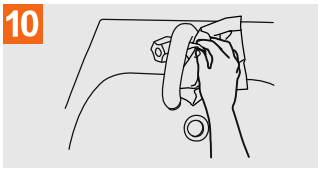
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



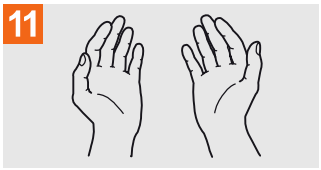
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.

Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente — UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCION MÁS SEGURA | SAVE LIVES Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización.
La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

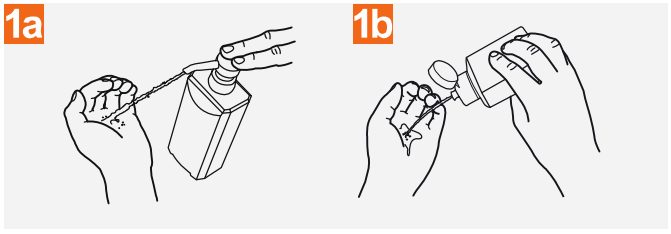
Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Figura 6. ¿Cómo desinfectarse las manos?

¿Cómo desinfectarse las manos?

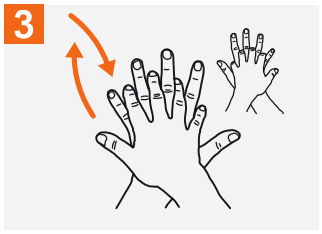
¡Desinféctese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos

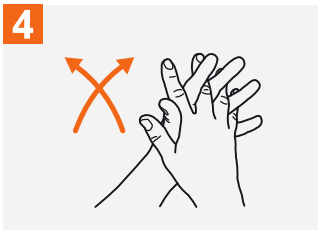


Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;

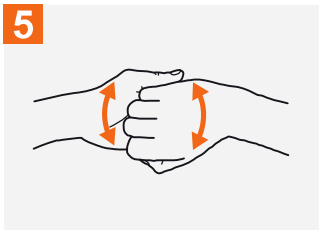
Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;

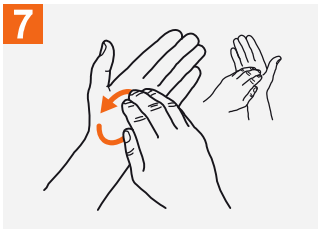


Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;

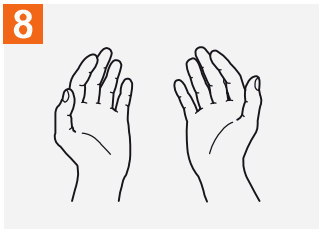


Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;

Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Una vez secas, sus manos son seguras.

Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente — UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCION MÁS SEGURA | SAVE LIVES Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización.
La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Normas de bioseguridad: que permitan al trabajador de la salud mantener conductas seguras durante su quehacer diario, en cada uno de las IPS de Sumimedical y Comfama.

El responsable es el líder de cada proceso.

*Uso de elementos de protección personal***:** **E**l principio general es que se debe evitar el contacto con la piel o mucosas con sangre u otros líquidos descritos en las normas o precauciones universales, en TODOS los pacientes y no solamente con aquellos que tengan diagnóstico de enfermedad. Por lo tanto se debe implementar el uso del EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (tales como guantes, gorro, tapabocas, gafas y/o protector ocular), que corresponde al empleo de barreras de precaución con el objeto de prevenir la exposición de la piel y mucosas con sangre o líquidos corporales de cualquier paciente o con material potencialmente infeccioso.

- *Uso de Guantes:* Utilizar guantes en todo procedimiento o actividad donde se maneje o se esté en contacto con sangre o líquidos corporales en TODOS los pacientes y no solamente con aquellos que tengan diagnóstico de enfermedad.
  - ✓ Utilizar guantes en todo procedimiento o actividad donde se establezca contacto con mucosas o piel no intacta de todos los pacientes.
  - ✓ Utilizar guantes en todo procedimiento o actividad donde se manipulen objetos o toquen superficies manchadas con sangre o líquidos corporales.
  - ✓ Utilizar guantes de la talla adecuada; en caso de usar talla incorrecta se favorece la ruptura del guante.
  - ✓ Realizar cambio de guantes después del contacto con cada paciente; no volver a lavar o desinfectar los guantes para volver a usarlos.
  - ✓ Al presentarse ruptura de los guantes estos deben ser cambiados inmediatamente.

- ✓ Aunque no evita la inoculación por pinchazo o laceración el uso de guantes, disminuye el riesgo de infección ocupacional en un 25 %.
- ✓ Una vez colocados los guantes para un procedimiento o actividad no se deben tocar ni manipular otros equipos o áreas de trabajo.
- ✓ Los guantes desechables ya usados se desechan en el recipiente de color rojo de residuos peligrosos.
- ✓ El hecho de usar guantes no implica que se omita el lavado de manos.

- *Uso de mascarilla, protección ocular y careta***:** Previenen la exposición de las membranas mucosas de boca, nariz y ojos, a líquidos potencialmente infectados.
  - ✓ Utilizar mascarillas y gafas protectoras o protectores para los ojos durante aquellos procedimientos que puedan generar aerosoles (gotas) de sangre o líquidos corporales para evitar la exposición de las membranas mucosas de la boca, la nariz y los ojos.

- *Uso de protección corporal*: Uso permanente de bata, delantal, ropa y calzado adecuados durante el tiempo de trabajo.
  - ✓ Utilizar batas o delantales y botas durante los procedimientos que puedan producir salpicadura de sangre o líquidos corporales.

<u>Normas generales para el área de atención prioritaria:</u>

- Trate todo paciente como potencialmente infectado
- Mantener el lugar de trabajo estrictamente en orden y aseo.
- Utilice las cocinetas o cafetín designados por la institución para el consumo de alimentos, evite hacerlo en los sitios de trabajo.
- Lávese y desinféctese las manos con agua y jabón antes de ingresar al servicio, luego de cada procedimiento y al salir de la institución.

- Las uñas deben estar cortas, limpias y saludables, el uso de esmaltes en uñas para procedimientos y en general atención de pacientes está prohibido.
- Emplee las técnicas asépticas para todo procedimiento, limpieza, desinfección y esterilización.
- Realice los procedimientos con la técnica correcta, si desconoce o tiene dudas sobre la técnica, consulte a su superior de inmediato.
- Cambiar la sabana desechable de la camilla entre paciente y paciente
- El instrumental contaminado de sangre u otros fluidos se debe desinfectarse (des germinación) con Bonzyme de 10 a 15 minutos, luego lavar con agua antes de la esterilización.
- Lávese y desinféctese las manos antes y después de cada procedimiento, después de estar en contacto con sangre, líquidos corporales, secreciones y excreciones, e inmediatamente de retirarse los guantes.
- Absténgase de tocarse con las manos enguantadas alguna parte del cuerpo, y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento.
- Evite circular por áreas diferentes a los del trabajo con los delantales, guantes u otros elementos de protección personal, ya que estos pueden trasportar gérmenes.
- Todo el personal expuesto a alto riesgo debe de tener todo el esquema completo de inmunización para Hepatitis B, Difteria, y asegurarse de que cada empleado tenga las inmunizaciones básicas: sarampión, rubeola o paperas.
- El personal que presente lesiones, heridas quirúrgicas exudativas o traumáticas recientes, deben de abstenerse de prestar atención directa al paciente.
- No enfunde la aguja en su protector una vez la haya utilizado, dispóngala inmediatamente en el guardián de seguridad.
- Utilice los guantes plásticos o de látex en todo procedimiento que conlleve a la manipulación de los elementos biológicos y/o cuando se

labora con instrumental o equipos contaminados, en la atención de pacientes infectados o con riesgo potencial de infección.

- Emplee mascarilla y careta durante procedimientos que puedan producir salpicaduras con sangre u otros fluidos corporales.
- Utilice bata o cubierta impermeable en aquellos procedimientos en que se esperan derrames importantes de sangre u otros fluidos.
- Maneje con estricta precaución los objetos corto punzante o afilado, deséchelos o dispóngalos adecuadamente en los guardianes de seguridad.
- En caso de derrame o contaminación accidental con sangre u otros fluidos corporales sobre superficies de trabajo como pisos, paredes o mesones, debe de proceder de la siguiente manera : aislar o delimitar el área, aplicar solución desinfectante sobre el área para inactivar los microorganismos, luego cubrir con aserrín tela o papel absorbente, dejar actuar la solución durante 15 minutos, posteriormente recoger con ayuda de escoba y recogedor forrados ambos implementos con bolsa roja, retirar y depositar en el recipiente destinado de residuos biológicos. Desinfectar los elementos utilizados, enjuagar con agua y jabón y volver a secar .En el sitio que ocurrió el derrame impregnar nuevamente de solución desinfectante y trapear. El personal encargado de realizar este procedimiento debe obligatoriamente utilizar los elementos de protección personal definidos para estos casos, tales como: guantes, mascarilla y bata impermeable.
- No guarde alimentos en las neveras, ni en los equipos de refrigeración donde se depositan sustancias contaminantes o químicos.
- Utilicé un par de guantes por paciente.
- Absténganse de doblar o partir manualmente hojas de bisturí, cuchillas agujas o cualquier material corto punzante.
- En caso de requerir nuevamente la aguja en un paciente, póngale el protector con la pinza, de la misma manera, hágalo para volverla a desenfundar.

- En caso de ruptura de material de vidrio contaminado con sangre u otros fluidos corporales, realice el procedimiento establecido para los derrames.
- Restrinja el ingreso a las áreas de alto riesgo biológico a personal no autorizado, a personal que no utilice los elementos de protección personal necesarios y a los niños.
- Disponga el material contaminado o no contaminado en las bolsas y recipientes destinados estrictamente.

Normas de bioseguridad para el personal medico

- Lavado higiénico de manos.
- El lavado rutinario de manos se realiza con jabón líquido corriente, antes y después de examinar pacientes, inmediatamente después de retirarse los guantes. Después de tener contacto con fluidos corporales, sangre, instrumental o superficies contaminadas con material biológico.
- Puede ser necesario entre procedimientos efectuados a un mismo paciente, con el fin de evitar una infección cruzada de diferentes pates del cuerpo.
- Uso de guantes.
- El uso de guantes no reemplaza el lavado higiénico de manos. Los guantes pueden tener defectos no visibles o pueden romperse durante su uso y las manos se pueden contaminar cuando estos se retiran.
- Use guantes limpios no estériles cuando tenga contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones o material contaminado. Luego deposítelos adecuadamente en los recipientes destinados para la recolección de los residuos infecciosos o de riesgo biológico acondicionados en su respectiva bolsa.
- Use guantes antes de entrar en contacto con membranas, mucosas y piel con soluciones de continuidad.
- Cámbiese de guantes entre procedimientos efectuado a un mismo paciente, si existe material que pueda contener altas concentraciones de microorganismos.

- Retire los guantes antes de tocar superficies no contaminadas.
- Retire los guantes antes de entrar en contacto con otro paciente.
- Evite en lo posibles tener heridas tipo fisuras, producto de dermatitis de contacto.
- Cambiar la sabana desechable de la camilla entre paciente y paciente.
- Evitar deambular con los EPP fuera de las áreas de trabajo
- Evitar la atención directa de pacientes si usted presenta lesiones o dermatitis serosas hasta tanto hayan desaparecido
- Se mantendrá limpio el lugar de trabajo, retirando todo el material que no tenga relación con las labores del trabajo.
- Utilicé mascarilla y protección ocular durante procedimientos y actividades del cuidado del paciente que probablemente generen salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones que puedan tener en contacto con mucosa nasal, oral y ocular.
- Se seguirán las normas de aislamiento de pacientes cuando así lo requieran.
- No utilice joyas durante el examen físico del paciente.
- Se descontaminara toda superficie o mueble que ha sido utilizado por cada paciente, con solución desinfectante.
- El material o instrumental para todo procedimiento debe ser estéril.
- Notificar la presencia de cualquier infección al jefe inmediato, con el fin de prevenir su difusión en el resto del personal o los pacientes.
- Tenga en cuenta las normas de bioseguridad para todas las áreas.

<u>Normas de bioseguridad para el área de consulta externa -consulta médica general y especializada (cirugía general, medicina interna, pediatría, medicina física y del deporte, consulta externa de nutrición y dietética, psicología)</u>

- No realizar ningún tipo de procedimiento en los consultorios, en caso necesario debe presentarse con el paciente a la sala de procedimientos menores para realizar el mismo.
- Desinfectar y esterilizar los equipos de trabajo después de cada uso teniendo en cuenta si son elementos críticos o semicríticos. (Los equipos

como fonendoscopios, equipos de órganos, termómetros digitales, se deben limpiar con glutaraldehido al 2%, los termómetros de mercurio y los conos de los equipos después de ser utilizados deben lavarse con agua y jabón y luego colocarlos en solución desinfectante).

- Los elementos descartables de uso único como los baja lenguas, aplicadores, guantes, deben usarse para un solo paciente y desecharse.
- Los frascos para soluciones como alcohol, isodine, Glutaraldehido y similares deben estar rotulados con fecha de apertura y cierre correspondiente.
- Cambiar la sabana desechable de la camilla entre paciente y paciente.

Normas de bioseguridad para consulta externa especializada de ginecología y obstetricia

- Realizar cambio de bata a cada paciente al que se le realice un procedimiento.
- Cambiar la sabana desechable de la camilla entre paciente y paciente.
- Evitar deambular con los EPP fuera de las áreas de trabajo
- Evitar la atención directa de pacientes si usted presenta lesiones o dermatitis serosas hasta tanto haya desaparecido
- Al Insertar o retirar un DIU desecharlo inmediatamente en el recipiente rojo, evitando salpicaduras, o contacto directo con la piel. Al igual que espéculos, aplicadores, gasas y demás elementos que hayan sido usados en el procedimiento
- Desinfectar y esterilizar el material y los equipos de trabajo después de cada procedimiento, teniendo en cuenta si son elementos críticos o semicríticos. (Los equipos como fonendoscopios, equipos de órganos, termómetros digitales, se deben limpiar con glutaraldehido al 2% o jabón enzimático. Los termómetros de mercurio y los conos de los equipos después de ser utilizados deben lavarse con agua y jabón, luego solución desinfectante

- Los elementos descartables de uso único como los baja lenguas, aplicadores, lancetas de glucómetro etc. deben usarse para un solo paciente y desecharse adecuadamente.
- Manejar con estricta precaución el material cortopunzante desechable (agujas, lancetas) y desecharlos en el guardián siguiendo lo definido en: Manejo de elementos cortopunzantes.
- Todo material contaminado como guantes, gasas, apósitos, torundas, gasas, etc., se debe desechar en bolsa plástica roja.
- Los guardianes deberán permanecer rotulados con la fecha de apertura y de cierre correspondiente. (Máximo un mes), y no se deberán llenar a más de sus ¾ partes.
- Los frascos para soluciones como alcohol, isodine, Glutaraldehido y similares deberán estar rotulados con fecha de apertura y cierre correspondiente.

Normas de bioseguridad para el personal administrativo

- Evite el contacto con pacientes, personal y material potencialmente infeccioso (sangre, muestras de laboratorio)
- Utilice los accesorios adecuados y correspondientes al ingresar a las áreas de internación de pacientes y siga las normas de bioseguridad para estas áreas. Evite el ingreso a estas salas, y cuando lo haga, trate de estar el menor tiempo posible.
- Mantengan el sitio de trabajo limpio, retirando de él todo material que no tenga relación con la labor a realizar.
- Lávese las manos al salir del área y cuando termine sus labores.
- Realizar programas de lucha contra insectos y roedores.
- Todo accidente laboral o contacto con material o material infeccioso debe registrarse, investigarse y evaluarse debidamente.
- Evitar comidas en la proximidad de los equipos de cómputo. (23,24)

Mecanismo de Verificación del cumplimiento:

Proporción de Adherencia al Manual de Bioseguridad del Paciente

9.4.9.2 Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos

- **Definición:** Son los protocolos y barreras de seguridad creados que permiten minimizar el riesgo de errores en la administración de medicamentos incluidos los de alto riesgo (18)
- **Objetivo:** Determinar y garantizar un sistema estandarizado para todos los pacientes que ingresan a las IPS Comfama y Sumimedical identificando las acciones incorrectas en la utilización de medicamentos
- **Alcance:** Los protocolos estarán dirigidos a todo el personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.
- **Responsable:** Médicos y especialistas. Pacientes y familiares.
- **Metodología:** Implementación de lista de chequeo, revisiones, prescripciones electrónicas

9.4.9.3 Medicamentos de alto riesgo:

Todos los profesionales relacionados con el manejo de medicamentos de alto riesgo en las diversas etapas de dicho manejo (prescripción, transcripción, dispensación, administración y seguimiento) participan de acciones documentadas de coordinación y gestión de riesgo, al igual que se tiene en cuenta la lista de medicamentos de alto riesgo, determinando de acuerdo a su patología el tiempo de su próximo control de seguimiento, evitando así posibles errores en la utilización de los medicamentos.

- Educación a los pacientes: Es responsabilidad de todo el personal asistencial brindar a los pacientes la información adecuada y pertinente sobre los medicamentos y las posibles reacciones adversas después de su administración y/o tratamiento.

La familia, cuidadores y pacientes deben participar en su cuidado y deben ser informados sobre las posibles reacciones que pueden ocurrir con los medicamentos y las instrucciones de manejo a seguir ante su eventual ocurrencia.

- La decisión de usar un medicamento:

El consumo de cualquier medicamento implica cierto riesgo para la salud; por lo tanto, es necesario evitar en lo posible tomar medicamentos por su propia decisión o administrarlos a quienes estén bajo su cuidado. Ante una eventualidad de salud es preferible consultar al médico, quien según su criterio científico y profesional establecerá o no la necesidad de prescribir uno o varios medicamentos.

No solicitar recomendaciones sobre el consumo de medicamentos que requieran fórmula médica sin que exista el respaldo de un médico que los formule.

Nunca consumir medicamentos durante el primer trimestre del embarazo, excepto si el médico, conociendo su estado, lo prescribe.

Asegurarse en la consulta médica de que el médico esté al tanto de que está embarazada y preguntarle si el medicamento prescrito no afectaría al bebé. Tener presente esta precaución si se sospecha que se está en embarazo.

Si está lactando, tener presente que algunos medicamentos se pueden excretar por la leche materna, afectando a los bebés. Por lo tanto, evitar consumir medicamentos mientras se esté en el tiempo de brindar leche materna a su hijo. Solamente si el médico tratante le prescribe medicamentos, se pueden consumir.

- En la consulta médica**:**

Asegurarse de informarle al médico sobre los medicamentos o plantas medicinales que está utilizando y sobre las alergias que presenta u otra información importante sobre su salud.

Si el médico le prescribe medicamentos, revisar la fórmula médica antes de finalizar la consulta y preguntarle todos los detalles del tratamiento con los medicamentos; si algo es ilegible, solicitar que sea aclarado en la fórmula médica.

Preguntarle al médico sobre las posibles reacciones adversas que podrían presentarse luego de iniciar el consumo del medicamento y al presentarse, cuáles de dichas reacciones justificarían suspender el uso del medicamento y solicitar nueva consulta médica o asistir al servicio de atención prioritaria.

Hábitos como el consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas o sustancias psicoactivas pueden interferir con el uso de algunos medicamentos, por lo cual el médico tratante debe informarle sobre posibles consecuencias del consumo de estas sustancias sobre su salud y en tratamiento con los medicamentos prescritos.

- Al adquirir un medicamento

Comprar medicamentos únicamente en farmacias o droguerías de confianza. No comprar a personas particulares o en sitios no confiables, puesto que se desconoce su procedencia y pueden ser productos ilegales que pueden poner en peligro su salud.

Cuando compre los medicamentos o en la entrega de medicamentos en su IPS Básica, fijarse muy bien que tengan un sistema de seguridad que se rompa al abrirlos. Fijarse en que antes de destaparlo, el medicamento no presente ningún deterioro o alteración en su aspecto como la forma o color.

Revise que el producto presente registro sanitario; si no lo tiene no lo utilice e informe al INVIMA. Incluso los productos extranjeros deben tener registro sanitario del INVIMA. Verifique que la etiqueta no esté enmendada o que no muestre signos de haber sido adulterada.

No acepte medicamentos vencidos. El medicamento vencido puede no causar el efecto benéfico para el cual se formuló y, por el contrario, puede transformarse en sustancias tóxicas, perjudiciales para su organismo, ocasionando otros problemas de salud, deteriorando algunos de sus órganos o incluso causando la muerte. Solo hasta la fecha de vencimiento, el laboratorio productor garantiza la calidad y efecto terapéutico del medicamento.

Los medicamentos marcados como ñuso exclusivo de EPSò o ñUso institucionalò solo pueden ser despachados por establecimientos que tengan contratos con la respectiva EPS.

No consuma antibióticos ni otros medicamentos de venta bajo fórmula médica sin que su médico se los prescriba.

- Al consumir un medicamento

Si el médico le prescribe antibióticos, cumplir rigurosamente con el tratamiento. No es cierto que los antibióticos afecten negativamente las defensas ni los glóbulos rojos.

Seguir la dieta indicada por el médico, ya que los medicamentos pueden tener interacción con alimentos que causan reacciones adversas, disminución o aumento del efecto.

Los medicamentos ayudan a mantener o restablecer su buen estado de salud, o de quien esté bajo su responsabilidad (niños, adultos mayores).

Es indispensable manejarlos con cuidado, conservándolos en su envase original.

No extraer el polvo de las cápsulas ni disolver en ningún líquido. No es conveniente triturar los medicamentos sólidos, a menos que así lo indique el médico.

Al definir los horarios para cumplir con la toma de medicamentos, consultar al médico y considerar las horas más adecuadas teniendo en cuenta las horas de sueño, la edad, su labor cotidiana e incluso las condiciones de trabajo.

Enseñarles a los niños que los medicamentos solo deben ser administrados por los adultos y mantenerlos en un lugar fuera del alcance de los menores.

Cuando el médico formule un medicamento y recomiende tomarlo antes de las comidas, consumirlo por lo menos 45 minutos antes y si es después de las comidas, consumirlo luego de 45 minutos.

Si se debe tomar el medicamento en ayunas, consumirlo una hora antes de la primera comida del día, y si olvidó tomarlo antes del desayuno, tomarlo dos horas después de desayunar.

Cumplir el tratamiento completo como lo indicó el médico.

Para la toma de medicamentos líquidos no utilizar cucharas sino los dosificadores que acompañan el producto farmacéutico.

En caso de que el medicamento no disponga del sistema dosificador, preguntar al médico o al químico farmacéutico o regente de farmacia cómo administrar correctamente este medicamento.

Nunca consumir medicamentos en la oscuridad.

No mezclar medicamentos en un mismo envase.

No mezclar medicamentos con alcohol, ya que esto puede ocasionar reacciones adversas.

Al terminar el tratamiento indicado por el médico, desechar los sobrantes, luego romper las etiquetas y empaques antes de arrojarlos a la basura. Arrojarlos a desagües o basuras, causa deterioro del medio ambiente.

No intercambie ni done medicamentos a personas que lo soliciten.
Para medicamentos inyectables, el paciente o el cuidador siempre debe proceder con lavado de manos y la limpieza con alcohol en el sitio de aplicación, teniendo en cuenta estrictamente las recomendaciones dadas por el médico o la enfermera.

- **Al almacenar un medicamento**

Revisar y leer las etiquetas de los medicamentos para conocer las recomendaciones de almacenamiento hechas por el fabricante.

Ubicar los medicamentos en un sitio seguro fuera del alcance de los niños, en lugar fresco y seco (el baño u otros lugares húmedos no son lugares adecuados), sin exposición directa a los rayos solares o a fuentes de luz como lámparas y bombillas. Calor y humedad afectan la calidad de los medicamentos, perdiendo su efectividad terapéutica.

Revisar constantemente el estado del medicamento. Si se presentan cambios de color, olor o sabor, no utilizarlo.

No envasar los medicamentos en frascos en los cuales se pueden confundir con otros productos (18)

- **Mecanismo de Verificación del cumplimiento:** Monitoreo a través de los indicadores del programa de farmacovigilancia
  - Índice de eventos adversos prevenibles asociados a la medicación
  - Proporción de pacientes con errores en reconciliación medicamentosa
  - Índice Errores de Medicación: Errores de Formulación, Errores de Administración y Errores de Dispensación

9.4.9.4 Asegurar la Correcta Identificación del Paciente

- **Definición:** La correcta identificación del paciente es atributo de seguridad en la atención.
- **Objetivo:** Implementar y garantizar un sistema estandarizado para la adecuada identificación de los pacientes que ingresan a la atención de las IPS de Sumimedical y Comfama.
- **Alcance:** Los protocolos estarán dirigidos a todo el personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.
- **Responsable**: Todo el personal de la IPS, Usuarios y familiares
- **Metodología:** La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios deben estar conformados así:
  - Nombres y apellidos completos del paciente (dos si los tiene),
  - El tipo de documento de identificación,
  - El número, el género, la fecha de su nacimiento, la edad, la dirección del lugar de residencia habitual y su número telefónico.
  - En el proceso de identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de pacientes:
    - ✓ Adulto con documento de identidad.
    - ✓ Adulto sin documento de identidad.
    - ✓ Recién nacidos y menores de edad sin número de identificación.
    - ✓ Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto.
  - Todo el personal de salud, debe de solicitar y revisar Documento de Identidad Registro Civil, Tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, teniendo en cuenta la edad del paciente
  - Todos los usuarios son identificados por el nombre, el número de documento, o número de Historia clínica, registrado en los diversos documentos que requieren para su atención.

- Verificar orden en físico, de la cita asignada, teniendo en cuenta: nombre completa del usuario, nombre completo del profesional que fue asignada la atención, fecha y hora correcta de asignación de cita que concuerde con el día de la atención asignada.
- Verificar en el agendamiento electrónico, nombre completo del usuario. Estar atentos a las diferentes alarmas del sistema electrónico provisto en las IPS de Comfama y Sumimedical, una de esas alarmas, es si encuentra activo al SGSSS, y pertenece al grupo de usuarios atendidos.
- 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
- Solicitar el documento de identificación
- Corroborar con el usuario y/o su acompañante la veracidad de su identificación
- Reafirmar con el usuario y/o acompañante su identificación
- Ante el llamado para brindar el servicio verificar su identificación (identificación verbal)
- Antes de iniciar la atención y/o el procedimiento verificar su identificación.
- Cualquier duda con relación a la veracidad de su identificación solicite apoyo administrativo

- **Mecanismo de Verificación del cumplimiento:**
  - Proporción de pacientes identificados correctamente
  - Proporción de incidentes o eventos adversos asociados en fallas en la identificación del paciente.

9.4.9.5 Prevenir, Detectar y Actuar ante el Riesgo de Caídas

- **Definición:** Son las estrategias creadas para identificar los pacientes que presentan mayor riesgo de caídas así como la implementación de protocolos para evitar la ocurrencia de este evento adverso**.**
- **Objetivo:** Aplicar medidas preventivas, encaminadas a disminuir la incidencia de caídas en los usuarios y promover el autocuidado como una de las mayores herramientas en la prevención y prestación segura a los usuarios y sus familias en todos las IPS Comfama y Sumimedical
- **Alcance:** Los protocolos estarán dirigidos a todo el personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello
- **Responsable:** Coordinador médico
- **Metodología**
  - Medidas preventivas:
    - ✓ El equipo interdisciplinario debe adoptar actitudes de mayor compromiso enfocadas en disminuir los riesgos detectados del usuario y familia a través de fomentar una cultura integradora de seguridad y confianza con las mejores prácticas, con la finalidad de evitar la presencia de eventos adversos e impulsar la estandarización del cuidado y la prevención de estos; especialmente con las caídas.
    - ✓ Identificar adultos mayores de riesgo (utilizar factores de detección).
    - ✓ Actuar de manera personalizada sobre los factores de riesgo identificados.
    - ✓ Enseñar medidas de autocuidado (actividad física regular).
    - ✓ Enseñar como disminuir riesgos domiciliarios y extradomiciliarios.
    - ✓ Enseñar cómo actuar en caso de caída.
    - ✓ Dar acceso a cuidados podológicos.
    - ✓ Enseñar sobre la importancia del calzado adecuado.
    - ✓ Sin embargo, ningún profesional del área de la salud está excluido y altamente capacitado para realizar una valoración inicial del usuario e

inmediatamente detectar posibles factores de riesgo, y tomar las mejores pautas de atención e instrucciones a seguir para evitar un riesgo mayor que altere su estado de salud (25)

- Plan estandarizado:
  - ✓ Detección del riesgo: Engloba tres puntos fundamentales: Identificar al usuario con alto riesgo de caídas, incluir al usuario atendido en el protocolo de prevención de caída, aplicar las medidas preventivas para modificar o tratar los factores de riesgo asociados.

    En la valoración inicial del usuario se registrarán los factores de riesgos relacionados con caídas y se aplicará la escala de riesgo de Downton.

    Identificación como usuario de alto riesgo cuando se obtengan tres o más puntos de valoración, según la escala de J. H Downton o cuando haya otros factores que tras la valoración se consideren potencialmente desencadenantes de una caída, a criterio del profesional.

    Reevaluación cada vez que se modifique el estado de salud o entorno del usuario, independientemente del servicio donde se encuentre.(25)

- Control del riesgo:
  - ✓ Limitación física debida a: Edad menor de 6 años y mayor de 65 años, deterioro músculo esquelético, neuromuscular o sensitivo-perceptual, síndrome de desuso, antecedentes de caídas previas, disminución de la masa muscular, disminución del control muscular, obesidad, incapacidad física que afecte la movilización, periodo postoperatorio, uso de aparatos ortopédicos, prótesis u órtesis y otras patologías que limiten la actividad física.
  - ✓ Desequilibrio en el estado mental por alteraciones sensitivo-preceptúales tales como: déficit propioceptivo, deterioro cognitivo, disfunciones bioquímicas, deterioro neuromuscular, enfermos en estado terminal y estado crítico.
  - ✓ Tratamiento farmacológico con: diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos,

antiinflamatorios no esteroideos, antihistamínicos, antiácidos, broncodilatadores.

- ✓ Problemas de comunicación por: deficiencias culturales, defectos anatómicos o auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva, alteración del sistema nervioso central, efectos de la medicación, barreras físicas y psicológicas.
- ✓ Aspectos físicos y de seguridad de la unidad médica: insuficiente intensidad de iluminación natural y artificial, ausencia o descompostura de: barandales, sillas y barras de apoyo en el baño, equipo móvil (sillas de ruedas, bastones, caminadores); ausencia, mala ubicación o sin gomas antideslizantes de bancos de altura.(25)

- Conducta e intervención a seguir
  - ✓ Llevar a cabo la valoración de riesgos mediante documentos técnicos normativos como el protocolo de valoración de riesgo de caídas que se aplica en cada uno de las IPS de Comfama y Sumimedical.
  - ✓ Buscar e indagar antecedentes personales relacionados con caídas previas
  - ✓ Dejar evidencia de la valoración realizada en los registros clínicos médicos.
  - ✓ Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.
  - ✓ Llevar a cabo medidas establecidas por la institución para identificar el nivel de riesgo de los pacientes
  - ✓ Determinar y registrar la presencia y calidad del apoyo familiar
  - ✓ Identificar el funcionamiento del equipo y mobiliario en el desarrollo de la atención.
  - ✓ Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas.
  - ✓ Determinar el cumplimiento con los tratamientos y cuidados.
  - ✓ Detectar las áreas físicas de mayor riesgo
  - ✓ Identificar los recursos institucionales para implementar estrategias.
  - ✓ Identificar déficit cognoscitivo o físico de pacientes que puedan aumentar posibilidad de caídas en un ambiente dado.

- ✓ Identificar conductas y factores que aumentan el riesgo de caídas (medicamentos, ayuno prolongado, posoperatorio, crisis convulsivas, etc.)
- ✓ Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas (pisos resbaladizos, iluminación, etc.)
- ✓ Supervisar periódicamente y mantener en buen estado los dispositivos de ayuda.
- ✓ Bloquear o desbloquear las ruedas de las sillas y otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- ✓ Utilizar barandales laterales de longitud y altura requerida para rebasar el borde de la camilla. Ofreciendo apoyo o ayuda para levantarse, si lo requiere.
- ✓ Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- ✓ Instruir al paciente y a familiares para que solicite ayuda en caso necesario.
- ✓ Responder inmediatamente al llamado del paciente y/o familiares.
- ✓ Disponer de iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- ✓ Colocar señales que alerten al personal del grado de riesgo de caída que tiene el paciente.
- ✓ Orientar al paciente y familiares sobre los factores de riesgo a los que está expuesto.
- ✓ Llevar a cabo medidas precautorias que sustituyan la falta de equipo necesario (coparticipación familiar).
- ✓ Orientar al paciente y a su familia de utilizar medidas de protección y seguridad para el control de la marcha, el equilibrio y cansancio durante la deambulación. SI lo requiere.
- ✓ Instruir al usuario que lleve las gafas (u otros dispositivos) prescritos.
- ✓ Socializar con otros miembros del equipo asistencial los posibles efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas.
- ✓ Evitar la deambulación del paciente en piso mojado, sin calzado y con aditamentos que los sustituyan (calcetines, vendas, gorros, etc.)

- ✓ Orientar al paciente en la importancia de las medidas preventivas, cuando son colocadas en la institución, evitar transitar por esas áreas.
- ✓ Corregir la polifarmacia. Si es factor de riesgo.
- ✓ Ofrecer rehabilitación. Si lo amerita.
- ✓ Evaluar necesidad de auxiliares de la marcha y entrenar en su utilización.(25)

- Actuación ante una caída:
  - ✓ Atención preferente e inmediata a la situación clínica del paciente en atención prioritaria.
  - ✓ Diagnóstico y tratamiento de las lesiones.
  - ✓ Registro del incidente en la historia clínica del paciente. Análisis por el equipo asistencial de las causas que han motivado la caída y las actuaciones posibles para que no se repita. Registrará en la historia clínica la: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente
  - ✓ -Notificación de Evento Adverso: caída. Diligenciar el reporte de caídas, derivación al responsable institucional de la evaluación y seguimiento de las IPS Comfama y Sumimedical al coordinador médico.(25)

- La coordinación médica
  - ✓ Comprobará que estaba evaluado el riesgo de caídas y si se habían establecido las medidas preventivas.
  - ✓ Entregará el Registro de caídas al líder del proceso.
  - ✓ Promover el sistema de reporte, con el objetivo de identificar y aplicar medidas de mejora que favorezcan la prevención del riesgo caídas.
  - ✓ Comunicación con el líder del proceso o servicio, estableciendo un circuito de análisis estable y sistemático.
  - ✓ Informar periódicamente al personal de los resultados de los indicadores de seguridad, así como de las medidas de mejoras que se establezcan referente a la caída de usuarios.

- ✓ Fomentar actividades de capacitación, formación, socialización y difusión, de forma periódica, sobre estrategias de prevención de caídas a profesionales, usuarios y su familia Los protocolos estarán dirigidas a todo el personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.(25)

- **Mecanismo de Verificación del cumplimiento:**
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa (nombre establecido en la Resolución 256 de 2016)
- Adherencia al protocolo prevención de caídas: Nº de criterios cumplidos en la aplicación del protocolo de prevención de caídas de pacientes /Total de criterios evaluados (x100)
- Proporción de pacientes a quien se les identifica el riesgo de caída **:** Nº de pacientes con riesgo de caída/Total de pacientes a quienes se les evalúo el riesgo de caídas

9.4.9.6 Atención de la Gestante y el Recién Nacido

- **Definición:** Ofrecer mejor calidad en los servicios y capacitación del personal en salud, así como optimizar los sistemas de remisión de pacientes permite reducir la tasa de mortalidad materna (11)
- **Objetivo:** Estandarizar manual de atención a la madre e hijo, reforzando así un mejor desarrollo de prácticas en todo el personal asistencial en su labor cotidiana en todos las IPS de Comfama y Sumimedical.
- **Alcance:** Los protocolos estarán dirigidas a todo el personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.
- **Metodología:**
  - Inicio de procedimiento

- ✓ En todos las IPS Comfama y Sumimedical se tiene en cuenta las siguientes indicaciones de prestación de atención al binomio madre-hijo:
- ✓ Completa cobertura: la atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, de acuerdo con la resolución 5261/94 del Ministerio de Salud "Por el cual se establece el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud" (26) y las normas que lo adicionen, modifiquen o complementen
- ✓ Dar cumplimiento de actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo,
- ✓ Equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal y una madre y su hijo o hija sanos. Garantizando el respectivo proceso de inducción al momento de su ingreso a la institución. De calidad: el prestador de salud tendrá la capacidad resolutiva y el equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel, de acuerdo con el decreto 1011/06 del Ministerio de la Protección Social. (6)
- ✓ Captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo.
- ✓ Contar con una política clara de priorización al binomio madre e hijo, de tal forma que haya un adecuado acceso a los servicios de salud y se eviten barreras administrativas a las gestantes.
- ✓ Procedimientos establecidos para la remisión a vacunación, tamizaje de optometría, odontología, según necesidad y Guía de remisión de pacientes a los programas de Protección Específica y Detección Temprana.
- ✓ Contar con un adecuado programa de control prenatal tanto médico como de enfermería y el equipo interdisciplinario, que incluya la

identificación y control de los riesgos del embarazo, estrategias para la captación temprana, contar con una comunicación y retroalimentación adecuada de parte de todo el equipo que se encarga del proceso de atención del binomio.

- ✓ El programa debe garantizar la identificación y clasificación del riesgo de la gestante, el control oportuno de acuerdo al riesgo bien sea de recurso especializado o médico general.

- Consultas de seguimiento y control: Las consultas de seguimiento se realizan por médico mensualmente, hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto.
  - ✓ Dentro de los riesgos principales se identifican y controlan: Hipertensión, Diabetes, Complicaciones para un parto natural, sífilis gestacional y congénita, VIH.
  - ✓ Se realiza educación verbal y escrita a la gestante y acompañante dando indicaciones precisas sobre factores de alerta, nutrición, cuidados, indicaciones precisas sobre factores de alerta, nutrición, cuidados y recomendaciones médicas.
  - ✓ Remisión a curso de preparación para el parto, en los CIS Comfama se establecieron como MAMAS CONSENTIDAS, donde el primer contacto para la asignación de cita lo realiza el personal de enfermería, sin exclusión de ningún personal del equipo interdisciplinario, el personal asistencial está en capacidad de referenciar y realizar demanda inducida para todas las actividades pertinentes, que hace parte de la institución y el programa de detección temprana y alteraciones del Embarazo. Estas actividades se programan mensualmente con plena autonomía en los diferentes CIS-Comfama.
  - ✓ Educación individual a la madre, compañero y familia: Los siguientes aspectos son relevantes como complemento de las anteriores actividades: Å Fomentar la integración a la consulta del padre o familia (no solo el acompañamiento a la consulta, sino durante el momento del parto y del puerperio) Å Incrementar los factores

protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, guía nutricional, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto Å Fortalecer los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores ÅPrevenir la automedicación y el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación. La gestante fumadora debe ser informada sobre los riesgos del cigarrillo en el embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer) y la importancia de suspender su consumo (o disminuir al mínimo su empleo). De igual forma, el consumo del alcohol y otras sustancias psicoactivas ÅOrientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria Å Brindar un espacio para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante ÅRecomendar sitios para su atención durante las 24 horas del día o de solicitud de información en situaciones de urgencia. Se debe entregar material impreso con información básica a la gestante y su familia sobre los conceptos arriba señalados.

- ✓ Promover la participación activa del papa o compañero, la familia y/o acompañante, ya que por su condición de apoyo y compañía, puede comunicar satisfactoriamente cualquier dificultad o situación de riesgo causada en la gestante, además se incorpora a la dinámica del autocuidado, supervisión de signos de alarma y la implementación de un buen estilo de vida saludable.
- ✓ Los últimos 2 controles prenatales se realizan con médico con frecuencia quincenal, para orientar a la gestante y su familia sobre el sitio de la atención del parto y del recién nacido y diligenciar en forma completa la nota de remisión. Al igual que en la preparación del parto se brinda educación de este situación tan apremiante para la

gestante, su preparación e indicaciones de documentos para su atención.

- ✓ Sensibilizar y garantizar la asistencia a la cita post parto. Inducción al control de crecimiento y desarrollo para su hijo(a).
- ✓ Promocionar, apoyar y promover la lactancia exclusiva, y una adecuada alimentación. Mejorando así los índices de la lactancia (iniciación, exclusividad y duración).
- ✓ Desarrollo de cultura de seguridad y motivación del personal
- ✓ Montaje de la ronda de seguridad enfocada al programa
- ✓ Asegurar previamente un sistema funcional de comunicaciones y de transporte que responda de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible o remisión de ayuda diagnostica.
- ✓ Realizar evaluación de adherencia a las guías de atención, garantizando la respectiva retroalimentación con los profesionales de la salud. Si el resultado consolidado no garantiza una adherencia superior al 90%, se debe programar un nuevo proceso de re intervención estableciendo los planes de mejoramiento que sean necesarios y realizando de nuevo la evaluación.
- ✓ Cumplir y hacer cumplir con los planes de mejoramiento que sean necesarios para mejorar la adherencia a las guías de manejo.

- Consulta externa:
  - ✓ Socializar periódicamente la política de priorización de la gestante, verificando su cumplimiento, que incluye los lineamientos para una atención sin barreras administrativas. Informar cualquier novedad o incumplimiento de esta política a la coordinación médica.
  - ✓ La asignación de citas para consulta la gestante primera vez se darán en un plazo máximo de 5 días hábiles, para el caso de odontología el plazo máximo es de 10 días hábiles, para consulta especializada o de odontología el plazo máximo es de 10 días hábiles, para la consulta de morbilidad un plazo máximo de 48 horas, para la consulta especializada

por ginecobstetra y pediatría la auditoria se priorizara y la oportunidad será de máximo 5 días

- ✓ Se debe verificar que se den prioridades en las áreas de apoyo diagnóstico, terapéutico y atención prioritaria.
- ✓ No cobro a la paciente de las atenciones generadas por su atención para garantizar un proceso seguro
- ✓ Realizar las gestiones necesarias para la captación antes de la semana 12 de la gestación a las maternas encaminando acciones dirigidas a realizar búsqueda activa contando con la información diaria de los resultados de las pruebas de embarazo tanto positivas como negativas, trabajo intersectorial para la búsqueda activa.
- ✓ Sistema de bases de datos donde se identifican y se realiza llamado telefónico para incentivar a la gestante a cumplir con sus controles de acuerdo a su riesgo, al igual que las charlas educativas.
- ✓ Generar indicadores mensuales de mortalidad materna y perinatal, sífilis Congénita, Maternas con VIH, Oportunidad en la consulta de la gestante por ginecobstetra, médico general, enfermería, control post parto.

- Atención prioritaria:
  - ✓ Brindar atención oportuna y preferencial a las gestantes que consultan por el servicio de atención prioritaria.
  - ✓ Realizar las atenciones médicas correspondientes con base en el protocolo de atención definido para la atención de la gestante.
  - ✓ Definir la conducta de acuerdo a la necesidad en salud de la gestante. Alta con recomendaciones y factores de alarma, Observación médica, remisión según necesidad.
  - ✓ Comentar la paciente con el centro de referencia que se tenga dispuesto por parte de la EPS, verificando el diligenciamiento de los requisitos para la remisión (Apoyo diagnóstico, historia clínica) Así mismo, se toma decisión del personal de salud que acompañará la remisión según riesgos clínicos. (11,27ï 30).

- **Mecanismo de Verificación del cumplimiento:**
  - Razón de mortalidad materna
  - Oportunidad en la asignación de citas de consulta de ginecoobstetricia
  - Tasa de mortalidad materna
  - Efectividad del control prenatal
  - Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer
  - Mujeres gestantes en el programa
  - Ingreso al control prenatal en el primer trimestre

9.5 HERRAMIENTAS PARA CONSTRUIR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

9.5.1 Rondas de seguridad

- **Definición**: Son sesiones periódicas que se realizan entre los líderes y colaboradores de una institución y que pretende conocer las fallas que pueden estar ocurriendo en la prestación del servicio de salud y buscan ser analizadas para implementar medidas de control.
- **Objetivo**: Comprometer a la alta gerencia de la institución y los colaboradores en la implementación de las estrategias para fomentar la cultura de seguridad del paciente, identificación de oportunidades de mejoramiento en la seguridad y líneas de comunicación asertivas.
- **Alcance**: Las rondas de seguridad serán aplicadas en cada una de las sedes por parte del personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.
- **Metodología**: Se realizará un cronograma de rondas de seguridad por cada sede. Una sesión semanal de 1 hora donde participará el Coordinador médico, líder del Programa de Seguridad del paciente y 3 colaboradores.
  - Preguntas a realizar: Ver anexo.

9.5.2 Sesiones breves de Seguridad del Paciente

- **Definición:** Las Sesiones breves de Seguridad del Paciente se realizan cuando el equipo se encuentra reunido y el líder aprovecha para ofrecer información acerca de asuntos de Seguridad del Paciente, como practicas seguras, correcta identificación del paciente, los cinco momentos del lavado de manos, entre otros.
- **Objetivo:** Crear ambientes laborales enfocados en una adecuada cultura de la Seguridad del paciente.
- **Alcance**: Las Sesiones Breves de seguridad del Paciente serán aplicadas en cada una de las sedes por parte del personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.
- **Metodología de aplicación**: Diariamente cuando el equipo se encuentre reunido en comités, en reuniones médicas, durante los staff con especialistas el líder tomara 5 minutos para ofrecer información e indagar sobre temas de Seguridad del Paciente.

9.5.3 Articulación de los componentes del SOGC para la seguridad del paciente:

La seguridad del paciente debe ser transversal a toda la organización y por lo tanto debe verse reflejada y medida en los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de la garantía de la Calidad. (31) . La política de Seguridad del Paciente en Colombia está liderada por el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

- A través del Sistema único de habilitación, se establecen estándares mínimos básicos de atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud que protegen del riesgo al paciente.

- Mediante el Sistema único de acreditación en Salud, se ha promovido desde el año 2004 el desarrollo de estrategias de seguridad del paciente. Todas las instituciones acreditadas tienen programas de Vigilancia y Prevención de la ocurrencia de eventos adversos.
- Sistema de Información para la calidad, se ha creado un sistema de monitorización de indicadores de calidad, que permite hacer seguimiento al estado de la calidad de la atención en salud en Colombia. (32)
- Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la atención en Salud, es un proceso centrado en el cliente, que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso de seguridad del Paciente que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios. (33). A través de la Auditoría se realiza seguimiento a los riesgos identificados en la atención en salud y atención al usuario; adicionalmente a la adherencia de las prácticas seguras por parte del personal de la IPS y a la adherencia a las Guías de Atención Médica y Protocolos de Enfermería, estrategia fundamental para verificar su aplicación y evitar la variabilidad de la práctica para así minimizar la ocurrencia de eventos adversos evitables.
  - Formato evidencia realización sesión breve de seguridad del paciente. Ver anexo

9.5.4 Encuesta de Percepción de Clima de Seguridad del Paciente

- **Definición**: Una encuesta de percepción de clima de seguridad del paciente es un cuestionario dirigido al personal que labora en una institución para obtener datos acerca de cuál es su apreciación respecto a los programas de seguridad del paciente que se establecen en las organizaciones.
- **Objetivo**: Conocer la percepción que los funcionarios de la institución tiene acerca del clima de Seguridad del paciente.
- **Alcance**: Las encuestas estarán dirigidas a todo el personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de

Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello.

- Metodología de aplicación: Durante las reuniones mensuales médicas o de otros servicios realizar la encuesta de forma individual.
- **Análisis e interpretación de resultados**
- **Escala de calificación**
  - 42 a 97 falta afianzar la percepción positiva de la cultura de seguridad del paciente entre los funcionarios.
  - 98 a 153 la percepción de la cultura de seguridad del paciente debe ser consolidada diariamente para comprometer a los funcionarios.
  - 154 a 210 se ha logrado una adecuada percepción de cultura de seguridad del paciente, continuar fomentando las actividades entre los funcionarios.

Ver encuesta en Anexos.

9.5.5 Procesos de Atención en Salud en la IPS SUMIMEDICAL SAS

9.5.5.1 Atención no programada:

En las IPS de Comfama y Sumimedical, los usuarios desde su admisión a los servicios de salud, son direccionados por el personal de seguridad, quienes orientan a las pacientes a las diferentes áreas donde se encuentra ubicado el personal con el que se le asignó la cita o si es el caso instruye sobre como solicitar y dirigirse para adquirir una cita de atención no programada**.**

- El usuario que solicita una cita de atención no programada, tiene su primer contacto con el personal auxiliar administrativo, responsable de asignar cita y proveer al usuario de todos los reportes derivados de esta consulta (formula médica, incapacidad, órdenes de ayudas diagnósticas, órdenes de procedimientos, órdenes de remisión, recomendaciones, cobro de cuotas moderadoras y copagos)

La priorización en la atención y prestación de servicios pretende la generación de una cultura de solidaridad que permita un acceso oportuno, seguro y adecuado a los pacientes catalogados como vulnerables los cuales son:

- Gestantes
- Niños: menores de 5 años.
- Adultos mayores de 60 años o pacientes vulnerables.
- Discapacidad física, mental y/o emocional.

- **Procedimiento a seguir:**

- Identificar el paciente desde el ingreso según criterios establecidos en el proceso de admisión de atención prioritaria.
- Saludar al usuario y su familia e interrogar sobre el servicio que necesita ya sea consulta no programada, asignación de cita para procedimientos, administración de medicamentos u otros servicios.
- Solicitar documento de identidad o tarjeta, registro civil si es menor de edad.
- Asignar la cita o turno e informar que debe asistir con un acompañante para facilitar el proceso de atención.
- Facturar el servicio y registrar el motivo de la identificación como paciente vulnerable en la historia clínica sistematizada.
- Informar al especialista, o personal que realizará la atención de los pacientes identificados como vulnerable, para priorizar la atención.
- Informar a todos los pacientes de la consulta cuales son los criterios para catalogar a un paciente como vulnerables.
- El personal de salud verifica y solicita al usuario: documento de identidad, verifica en el sistema de agendamiento de pacientes, alarmas prevista, una de ellas, si se encuentra activo en el SGSS, además de las enfermedades ya diagnosticadas y alergias.
- 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

- Solicitar el documento de identificación.
- Corroborar con el usuario y/o su acompañante la veracidad de su identificación
- Reafirmar con el usuario y/o acompañante su identificación
- Ante el llamado para brindar el servicio verificar su identificación (identificación verbal)
- Antes de iniciar la atención y/o el procedimiento verificar su identificación.
- Cualquier duda con relación a la veracidad de su identificación solicite apoyo administrativo.
- La correcta identificación del paciente es atributo de seguridad en la atención.

9.5.5.2 Atención consulta externa (consulta médica general y Especializada)

La correcta identificación del paciente se debe iniciar desde el ingreso.

Procedimiento a seguir:

- Todos los usuarios son identificados por el nombre, el número de documento, o número de Historia clínica, registrado en los diversos documentos que requieren para su atención.
- Siempre se entrega orden en físico, de constancia y recordatorio, de su próxima cita de control con sus respectivas recomendaciones, además de las órdenes de exámenes de laboratorio, de seguimiento o control según protocolos o guías a seguir en las IPS de Comfama y Sumimedical.
- Todo el personal de salud, debe de solicitar y revisar Documento de Identidad, Registro Civil, Tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, teniendo en cuenta la edad del paciente.

- Verificar orden en físico, de la cita asignada, teniendo en cuenta: nombre completo del usuario, nombre completo del profesional con quien fue asignada la atención, fecha y hora correcta de asignación de cita que concuerde con el día de la atención asignada.
- Verificar en el agendamiento electrónico, nombre completo del usuario. Estar atentos a las diferentes alarmas del sistema electrónico provisto en las IPS de Comfama y Sumimedical.
- 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
- Solicitar el documento de identificación.
- Corroborar con el usuario y/o su acompañante la veracidad de su identificación
- Reafirmar con el usuario y/o acompañante su identificación
- Ante el llamado para brindar el servicio verificar su identificación(identificación verbal)
- Antes de iniciar la atención y/o el procedimiento verificar su identificación.
- Cualquier duda con relación a la veracidad de su identificación solicite apoyo administrativo

La correcta identificación del paciente es atributo de seguridad en la atención.

9.5.5.3 Atención detección temprana

(Detección Temprana- Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menor a 10 años), Detección Temprana- Alteraciones del Desarrollo del Joven (de 10 a 29 años), Detección Temprana- Alteraciones del Embarazo, Detección Temprana- Alteraciones del Adulto (mayor de 45 años), Detección Temprana- Cáncer de Cuello Uterino, Detección Temprana ï Cáncer de Seno, Planificación Familiar).

- La correcta identificación del paciente se debe iniciar desde el ingreso.

- Todos los usuarios son identificados por el nombre, el número de documento, o número de Historia clínica, registrado en los diversos documentos que requieren para su atención.
- Siempre se entrega orden en físico, de constancia y recordatorio, de su próxima cita de control con sus respectivas recomendaciones, además de las órdenes de exámenes de laboratorio, de seguimiento o control según protocolos o guías a seguir en las IPS Comfama y Sumimedical.

Alcance: estos procesos estarán dirigidos a todo el personal médico y administrativo que labora en la IPS de Sumimedical y las IPS de Comfama Apartado, La Ceja, Rionegro, Caldas, Itagüí, Sabaneta, Envigado, Medellín, Copacabana, Girardota y Bello

Responsable: coordinador médico y administrativo

9.5.5.4 Procedimientos diagnósticos:

Procedimientos diagnósticos básicos realizados en atención primaria, incluyendo entre otros:

1. Anamnesis y exploración física.
2. Exploraciones otorrinolaringológicas: otoscopia, lavado de oídos.
3. Medición de la agudeza visual y fondo de ojo. Carta de Snellen. Lavado Ocular (34)

Procedimientos terapéuticos:

- Indicación, prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos adaptados a los condicionantes físicos y fisiológicos del paciente. Se incluyen los materiales para la aplicación de tratamientos como insulina y el seguimiento de los tratamientos con anticoagulantes orales en coordinación con atención especializada, conforme a la priorización y los protocolos.
- Extracción de cuerpos extraños.
- Cirugía menor, que incluye la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo

riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso, conforme a los protocolos establecidos y la organización propia del servicio, estos son:

- Infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo: drenaje de: absceso cutáneo ï forúnculo.

Otras infecciones locales de la piel y anexos.

- Traumatismos cutáneos: extracción de cuerpos extraños.
- Traumatismos ungueales: uña encarnada ï onicomicosis.
- Quistes foliculares de la piel y del tejido subcutáneo: quiste epidérmico ï foliculitis.
- Otras lesiones de la piel: toma de biopsias
- Infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y membranas o mucosas: cauterización, extracción, topicación de verrugas. crioterapia.
- Tumores benignos de la piel: lipoma-fibrolipoma.
- Enfermedades de los órganos genitales: topicacion de verrugas, cauterización.

Proceso a seguir en todo procedimiento realizado en las sedes Comfama y Sumimedical

1-Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos, utilización de elementos de protección personal. Protección de medidas universales.

2- Garantizar área aséptica, disposición de material, elementos o instrumental requerido para el procedimiento.

3-Comprobar la fecha de caducidad de esterilidad de los artículos a intervalos determinados.

4-Asegurar que toda la documentación y estudios relevantes estén disponibles antes de iniciar el procedimiento, que hayan sido revisados y que sean

consistentes con lo informado al usuario y con lo considerado por el médico responsable para dicho fin.

5-Explicar todo el procedimiento, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante y después del procedimiento. Proporcionar información sobre la técnica y procedimiento a utilizar, así como sobre sus ventajas e inconvenientes, prestando al paciente el apoyo necesario para facilitar la toma de decisiones y la obtención del consentimiento informado cuando así se requiera.

6-Utilización, disposición y manejo correcto con los residuos hospitalarios, según protocolo institucional.

7-Higienización de manos, según protocolo de asepsia y desinfección.

8-Valoración de alergias y contraindicaciones contra agentes anestésicos o técnicas específicas, en la historia clínica y corroborarlas con el paciente.

9-Asepsia y antisepsia en el lugar a intervenir.

10-Asegurar la disponibilidad del equipo asistencial de apoyo en el procedimiento, como lo es el personal de enfermería.

11-Asegurar el procedimiento correcto, en el paciente correcto y en el lugar correcto de la siguiente manera:

Paso 1: Consentimiento informado El consentimiento debe incluir: - Nombre completo del paciente - Zona del procedimiento - Nombre del procedimiento - Motivo del procedimiento
Paso 2: Marcaje de la zona a intervenir. El marcaje debe ser realizado por el médico o por otro miembro destacado del equipo asistencial.

Marcado del Sitio Correcto: Identificación precisa e inequívoca del sitio de incisión o inserción pretendido. En los procedimientos que requieran o involucren lateralización o la distinción entre izquierda y derecha.

Como marcar el sitio: Se deberá usar un marcador indeleble. La marca debe ser una flecha que se extienda al sitio de incisión o cercana al mismo, además de la palabra SI. Las marcas (SI) deberán permanecer visibles luego de la antisepsia y preparación de la piel, y luego de colocados los campos.

Dónde marcar: Los procedimientos o cirugías con posibilidad de confusión de lado (lateralidad) deberán marcarse en el lugar o cercano al sitio de incisión. Para dedos de la mano o del pie la marca deberá extenderse al dedo específico a ser intervenido. Se deberá confirmar el sitio del procedimiento o quirúrgico pretendido con documentación e imágenes confiables.
Con quién: El proceso de marcado del sitio a intervenir deberá involucrar al usuario en estado de alerta y/o a miembros de la familia u otras personas significativas cuando sea posible.

Tiempo y lugar: El sitio quirúrgico deberá idealmente ser marcado en el área de atención prioritaria o en el área según corresponda.

Verificación: La marca del sitio a intervenir deberá ser subsecuentemente chequeada contra documentación confiable: Listado de Verificación de Procedimiento Seguro para confirmar que está colocada correctamente y que todavía es legible.

Este control deberá realizarse antes de iniciarse el procedimiento como al terminarlo. El equipo asistencial deberá participar en el control del marcado.
En el caso de que el usuario rechace el procedimiento de marcaje, deberá especificarse en el Listado de verificación de Procedimiento Seguro y respaldado por la firma correspondiente del usuario.

Paso 3: identificación del paciente. El equipo deberá preguntar al paciente que diga (no que confirme): - Su nombre completo - Número de identidad o fecha de nacimiento - Zona a intervenir - Verificar las respuestas del paciente sobre el marcaje que se ha efectuado, pulsera de identificación, formulario de consentimiento informado ya diligenciado, valoración de riesgo de caídas, con las respectivas aclaraciones al respecto, Corrobora el marcaje de sitio quirúrgico. y en su defecto, notificará la falta del mismo, para que este sea realizado tal y como lo marca el procedimiento institucional.
Realizar registros correspondientes.

Paso 4: Un momento de reflexión .Antes de comenzar el procedimiento tomar un ñtiempo libreò para confirmar: - Verificación de la presencia del paciente correcto - Marcaje en el lugar correcto - Procedimiento a efectuar - Disponibilidad del instrumental requerido. Inmediatamente antes de iniciar el procedimiento.

Comunicación activa entre todos los miembros del equipo para el procedimiento. El procedimiento no se inicia hasta que cualquier duda no se haya resuelto.

Revisar conjuntamente cualquier suceso intraoperatorio importante para la recuperación del usuario.
En caso de algún evento adverso, registrar en el Listado de Verificación de Procedimiento Seguro la ocurrencia del mismo.

Si fallara alguno de los chequeos preoperatorios, el medico a cargo deberá evaluar la situación y decidir entre cancelar dicha actividad o anotar y firmar en la historia clínica la decisión de proceder con el riesgo identificado.

Si se produjera un error de lado o de sitio, y se tiene identificado, se recomienda realizar un exhaustivo análisis además de seguir estrictamente las instrucciones del procedimiento seguro a llevar a cabo.

Aplica para todos los procedimientos invasivos u operativos que implican punción o incisión a la piel o inserción de un instrumento o material extraño al cuerpo, biopsias, cateterización, cauterización entre otros.

En las sedes Comfama y Sumimedical para la correcta identificación del paciente se verifica el NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE y LA FECHA DE NACIMIENTO antes de la realización de los procedimientos médicos, técnicos o administrativos.

Todo usuario que sea programado a realizar procedimiento de baja complejidad, deberá contar con el ñListado de verificación de Procedimiento Seguroò debidamente diligenciado.

Tanto el marcaje, como el llenado del formato de autorización de consentimiento informado, son responsabilidad del médico.

12-proceso de verificación de tecnología biomédica

Garantizar el buen funcionamiento de la tecnología biomédica durante el acto quirúrgico, mediante una planificación controlada de las actividades por parte del personal responsable. Será revisada sistemáticamente de manera preventiva cada 24 hrs. Se realizara con los procedimientos que requieran electro cauterizador estrictamente.

En caso de no poder retirar algún equipo para su reparación, deberá ser etiquetado con un letrero ñequipo fuera de servicioò, elaborado previamente en el departamento de mantenimiento, se debe realizar el reporte lo antes posible del requerimiento de no funcionamiento o fallas.

- **PROCEDIMIENTOS DE BAJA COMPLEJIDAD REALIZADOS EN LAS SEDES COMFAMA Y SUMIMEDICAL**

  - **Lavado de oídos:** realizar los 12 pasos para garantizar el procedimiento seguro

Preparación del Paciente

- Valore al paciente.
- Verifique que no existan circunstancias que contraindiquen el procedimiento.
- Verificar la orden del procedimiento.
- Indagar si el paciente realizo la instilación de gotas de glicerina carbonatada previamente con 8 días anteriores al procedimiento. Si no cumple con lo requerido, cítelo nuevamente para el procedimiento (34)

Å **Extracción de cerumen**: realizar los 12 pasos para garantizar el procedimiento seguro.

- Siente al paciente y póngale una toalla en el cuello.
- Lávese las manos y póngase guantes limpios.
- Realice la otoscopia (EPP)
- Compruebe la temperatura del agua.
- Cargue la jeringa con agua sin dejar aire.
- Pida al usuario que sujete la riñonera a nivel del hombro para recoger el agua del lavado y el cerumen extraído.
- Traccione el pabellón auricular hacia arriba y atrás.
- Dirija el cono de la jeringa hacia la pared postero-superior del conducto auditivo (nunca hacia la membrana) un (1) centímetro aproximadamente.
- Controle la posición del cono de la jeringa para evitar su desplazamiento.
- Solicite al paciente que incline y sacuda la cabeza hacia el lado del procedimiento para sacar los restos de agua y cerumen.
- Realice la otoscopia para verificar la integridad del conducto auditivo externo, membrana timpánica y salida del material.
- Informe al usuario sobre cuidados posteriores, signos de alarma ante los que debe acudir a consulta médica.

- Registre el procedimiento en la historia clínica del paciente. Si el tapón no sale después de tres instilaciones de líquido cite al paciente dos días más tarde e indíquele que se instile otra vez gotas de GLICERINA CARBONATADA solventes en el conducto auditivo externo. Si no es posible la extracción del tapón tras estas dos visitas derive nuevamente a valoración médica.(34)

Å **Extracción de cuerpo extraño o insecto**: realizar los 12 pasos para garantizar el procedimiento seguro

- Administre analgesia.
- Explique el procedimiento, tranquilizando sobre posibles complicaciones.
- Siente al paciente y póngale una toalla en el cuello.
- Lávese las manos y póngase guantes limpios.
- Realice la otoscopia.
- Instile varias gotas de glicerina en el conducto auditivo para inmovilizar el insecto.
- Compruebe mediante la otoscopia que el insecto se encuentra inmóvil.
- Retírelo con las pinzas otológicas.
- Realice la otoscopia para verificar la integridad del conducto auditivo externo, membrana timpánica y salida del insecto.
- Informe al usuario sobre cuidados posteriores, signos de alarma ante los que debe acudir a consulta médica.
- Registre el procedimiento en la historia clínica del paciente. Si el insecto no sale y por el contrario se despedaza derive al paciente para valoración por otorrinolaringología (34)

Å **Extracción de semilla:** realizar los 12 pasos para garantizar el procedimiento seguro

- Explique el procedimiento, tranquilizando sobre posibles complicaciones

- Siente al paciente y póngale una toalla en el cuello.
- Lávese las manos y póngase guantes limpios.
- Realice la otoscopia.
- Retírela con las pinzas otológicas.
- Realice la otoscopia para verificar la integridad del CAE, membrana timpánica y salida del cuerpo extraño.
- Informe al usuario sobre cuidados posteriores, signos de alarma ante los que debe acudir a consulta médica.
- Registre el procedimiento en la historia clínica del paciente. Si el cuerpo extraño no sale y por el contrario se despedaza derive al paciente para valoración por otorrinolaringología.
- Si durante la extracción se producen lesiones, hay que tratarlas con gotas óticas Fixamicin o Sulfato de Neomicina cada 12 horas y cada 6 a 8 horas respectivamente (34)

- **Medición agudeza visual:** Realizar todos los pasos anteriores hasta el 12 para garantizar el procedimiento seguro.
  - Este procedimiento es realizado con la población de 4 años, de los 7 a los 14 años, y de los 20 a los 40 años, teniendo en cuenta las siguientes actividades:
  - Contar con una Cartilla de visión próxima para alfabetas y analfabetas
  - Ubicar a la persona en relación con la Cartilla de visión próxima a una distancia de 33 a 40cm
  - Contar con iluminación adecuada
  - Realizar evaluación individual de cada uno de los ojos, tapando el ojo no examinado, sin cerrarlo, ni ejercer presión sobre el mismo.
  - Registrar el resultado del examen en escala métrica (0.50 M equivalente a 20/20)
  - Cuando el resultado de este examen sea inferior a 0.50 M a una distancia mayor a 40 cm, se deberá realizar examen de optometría complementario para visión próxima

- Si después de la corrección optométrica adecuada, la agudeza visual no mejora, se debe remitir el paciente al oftalmólogo.
- Si después de la corrección optométrica, la agudeza visual sigue siendo inferior a 20/40, se debe remitir el paciente al oftalmólogo.
- De acuerdo con los resultados de la toma de la agudeza visual, se informa a la persona acerca de los resultados, se da información y educación sobre los factores de riesgo y se orienta hacia el nuevo control, con el fin de mantener la adhesión y continuidad en los controles para futuras tomas de agudeza visual.
- Este examen deberá ser realizado por el optómetra u oftalmólogo; en el evento de no contar con este recurso podrá ser realizado por el médico general.

Å **Lavado ocular y extracción de cuerpo extraño en ojo:** realizar todos los pasos anteriores hasta el 12 para garantizar el procedimiento seguro.
  - Informe al paciente el procedimiento que se va a realizar.
  - Ubique al paciente en posición de Fowler o decúbito supino con el cuello en hiperextensión.
  - Realice lavado de manos.
  - Póngase guantes limpios.
  - Ubíquese del lado del ojo afectado o detrás del paciente.
  - Coloque una toalla y la riñonera sobre los hombros del paciente.
  - Entreabra el ojo afectado con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante para observar el tipo y localización del cuerpo extraño ayudándose de la linterna en la mano dominante.
  - Solicite al paciente que mueva el ojo hacia arriba, abajo y los lados, si no observa cuerpo extraño en la córnea, busque en los fondos de saco conjuntivales con la maniobra de eversión del párpado: Si el cuerpo extraño está en el párpado superior, indique al paciente que mire hacia abajo, y con los dedos índice y pulgar sujete las pestañas del párpado y tire hacia abajo, con la otra mano tome un hisopo y ubíquelo sobre la mitad del párpado, levantando el mismo sobre el

hisopo de manera que se evierte dicho párpado y se deja descubierto el fondo de saco.

- Si el cuerpo extraño está localizado debajo del párpado inferior, solicítele al paciente que mire hacia arriba; mientras tanto, con su dedo pulgar tire hacia abajo el párpado inferior y localice el cuerpo extraño.
- Cargue la jeringa con agua estéril o solución salina.
- Irrigue el ojo utilizando la jeringa, haciéndolo de modo que la solución fluya con uniformidad, desde el lagrimal a su zona externa.
- Solicite al paciente que cierre el ojo de forma periódica durante la irrigación.
- Verifique la salida del cuerpo extraño con el oftalmoscopio.
- Realice lavado de manos según protocolo.
- Seque alrededor del ojo con una gasa estéril.
- Registre el procedimiento realizado, en la historia clínica del paciente y en el formato Registro de procedimientos a realizar en el área de Enfermería. Si la irrigación no dio resultado y el cuerpo extraño es móvil:
- Intente el retiro con un aplicador estéril húmedo.
- Si a pesar de los anteriores procedimientos no es posible la extracción o en caso de cuerpo extraño intraocular o herida perforante:
- Tape el ojo con un apósito estéril.
- Derive al paciente con el médico para la respectiva remisión a oftalmología.

(34)

- **Protocolo para el Manejo del Gas Medicinal (Oxígeno medicinal)**

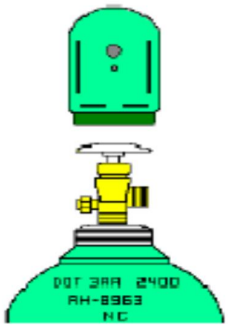
  Objetivo: garantizar el manejo seguro del oxígeno medicinal que se utiliza en el manejo de los pacientes, previa orden médica.

  Alcance: implica características, recepción, almacenamiento, manipulación del oxígeno

  Características del Oxígeno: gas que hace posible la vida y es utilizado en medicina en casos de deficiencia respiratoria, resucitación, anestesia, en hiperbárica, tratamiento de quemaduras respiratorias, etc.

Cilindro de oxigeno medicinal: Es el lugar en el que se almacena el oxígeno y a partir del cual se distribuye. Se almacena comprimido con el fin de que quepa la mayor cantidad posible en los recipientes. Esta gran presión a la que está sometido el gas ha de ser disminuida antes de administrarlo, ya que si no dañaría el aparato respiratorio

Cada cilindro debe ser etiquetado en forma visible y estable, evitando el estampado en el cilindro.



Cada cilindro tiene una válvula especial y distinta dependiendo del gas que contenga, determinada por la CGA (Compressed Gas Association), que permite llenarlo, transportarlo sin pérdidas y vaciar su contenido en forma segura

Un regulador de presión, diseñado para un rango de presiones determinado, permite disminuir la elevada presión del gas en el cilindro, hasta la presión de trabajo escogida y mantenerla constante

Los reguladores de presión normalmente cuentan con dos manómetros. Uno indica la presión de entrada del gas que viene del cilindro, y el otro, la presión de salida (presión de trabajo), que se puede regular con el tornillo o mariposa del regulador

Los flujómetros son dispositivos especiales incorporados a un regulador, generalmente calibrados para trabajar a una presión de 50 psig y que indican el caudal del gas entregado. Permite controlar la cantidad de litros por minuto (flujo) que salen de la fuente de suministro de oxígeno. El flujo puede venir indicado mediante una aguja sobre una escala graduada.

Humidificador: El oxígeno se guarda comprimido y para ello hay que licuarlo, enfriarlo y secarlo. Antes de administrar el O2 hay que humidificarlo para que no reseque las vías aéreas. Ello se consigue con un humidificador, que es un recipiente al cual se le introduce agua destilada estéril hasta aproximadamente 2/3 de su capacidad

Mascarilla: es un dispositivo de plástico suave y transparente que cubre la boca, la nariz y el mentón del paciente Permite liberar concentraciones de O 2 superiores al 50% con flujos bajos (6-10 ltrs/min). Interfiere para expectorar y comer, se pueden descolocar (especialmente por la noche).

Uso/indicaciones: Oxigeno gaseoso en cilindro para suplir la demanda de oxígeno en pacientes que llegasen a presentar una reacción adversa en donde se requiera de urgencia oxigeno terapia

Riesgos con el uso de oxigeno medicinal: Atelectasias, Traqueo bronquitis Daño alveolar difuso, Barotrauma

Recomendaciones generales:

- No permita que la grasa, el aceite u otros materiales combustibles entren en contacto con cualquier parte del cilindro, en especial con el Oxígeno. La grasa o el aceite se oxidan muy lentamente con el aire y estallan en llamas ante el oxígeno puro.

- Mantenga los cilindros lejos de los circuitos eléctricos y del calor excesivo. Los cilindros están hechos de acero y por lo tanto son conductores de la electricidad
- Nunca use un cilindro a menos que el gas que contiene esté claramente identificado o marcado con una etiqueta que no esté desfigurada. La alteración o desfiguración del nombre, los números u otras marcas en un cilindro de gas es ilegal y peligrosa.
- Tenga cuidado de no dejar caer el cilindro. Si la caída es inminente, aléjese de inmediato.
- No permita la presencia de cigarrillos, velas o llamas cerca de un cilindro de gas
- Siempre coloque nuevamente la tapa cuando el cilindro no esté en uso
- Mantenga los cilindros lejos de chispas o residuos calientes
- No permita que la temperatura de almacenamiento sobrepase los 50 ºC
- Siempre encadene los cilindros cuando se encuentren en el área de almacenamiento
- Nunca coloque un cilindro cerca de un conductor eléctrico, incluyendo las tuberías, plomería o cualquier cosa que pueda transportar corrientes eléctricas parásitas.
- Nunca levante un cilindro por la válvula o por su tapa ni con soportes, cadenas o magnetos
- Un cilindro nunca debe ser arrastrado. Para su traslado se recomienda el uso de carritos. Los cilindros deben mantenerse y mover en posición vertical
- No almacene cilindros de oxígeno junto con otros gases
- Nunca coloque cilindros en los corredores o áreas de trabajo donde puedan recibir golpes de objetos que caigan
- No se confié en el color de un cilindro para identificar el gas que contiene en su interior. Los proveedores usan diferentes códigos de color. Por tanto, los cilindros que no se puedan identificar deben ser devueltos al proveedor.
- No trate de traspasar gas medicinal de un cilindro a otro. Nunca haga relleno

- Si un cilindro presenta fugas márquelo y ubíquelo al aire libre, lejos de fuentes de chispa o llama y de materiales inflamables. Coloque señales de advertencia al cilindro y manténgalo bien alejado de los demás
- Cierre la válvula completamente cuando no esté usando el cilindro, aun cuando el medidor indique que está vacío.
- Use siempre el regulador apropiado para el gas que contiene el cilindro
- Nunca martille, fuerce o apalanque una válvula de cilindro atascada o congelada ni use una llave de expansión para aflojarla. Si no se puede abrir manualmente llame al proveedor
- Verifique siempre el regulador antes de conectarlo a un cilindro. Si las conexiones no empatan fácilmente, es porque se está usando el regulador equivocado. Las roscas dañadas en la tuerca de conexión o en la salida de la válvula también pueden hacer que un regulador sea difícil de conectar y que posiblemente presente fugas
- Use siempre una llave de cilindro u otra llave que se ajuste perfectamente para apretar la tuerca del regulados y las conexiones de la manguera
- Conecte firmemente el regulador antes de abril totalmente la válvula
- Asegúrese que el proveedor del gas medicinal y los equipos cumplan con la normatividad vigente
- Nunca coloque guantes, ropa, paños u otro material encima del cilindro, porque puede interferir con la operación de la válvula y obstaculizar el cierre rápido del gas en caso de emergencia.
- Nunca engrase o lubrique con aceite, el regulador, la manguera, las válvulas de los cilindros o cualquier cosa que vaya a estar en contacto con oxígeno
- No coloque los cilindros de oxigeno ni el equipo en lugares donde les pueda caer grasa o aceite.
- Limpie el equipo que utiliza el oxígeno con un paño limpio y seco. Si es necesario use agua y jabón, pero enjuague completamente el equipo y séquelo antes del uso. Nunca use solventes orgánicos
- Nunca manipule un equipo ni utilizar oxígeno con manos o guantes sucios de aceite o de grasa

- Separe e identifique los cilindros con el letrero de: **EN USO, LLENO, VACIO**
- Si existe un mal funcionamiento u otro tipo de problemas con el cilindro, cámbielo por otro e informe al proveedor.
- Utilice solución jabonosa si sospecha una fuga en los cilindros.
- Realice seguimiento a los cilindros del gas medicinal que estén en la Institución para prevenir prácticas inseguras en su utilización

Cómo actuar en caso de emergencia

El oxígeno es un gas oxidante a alta presión, acelera la combustión vigorosamente, por esto puede reaccionar violentamente con materias combustibles y en presencia de fuego

- Inmediatamente detecte una emergencia relacionado con los cilindros de oxigeno
- póngase en contacto con la Coordinadora Administrativa para que se cambie inmediatamente y se devuelva al proveedor
- Desaloje inmediatamente a los pacientes, visitantes y personal del área afectada
- En presencia del fuego, si es posible retire los cilindros de oxígeno del lugar del fuego. Si no es posible retirarlos del fuego, rocié con agua para mantener fríos los cilindros, mientras llega la ayuda (Bomberos)
- Si un paciente por accidente inhala oxígeno a una concentración de 75% por más de una hora, pida evaluación médica inmediatamente e inicie el proceso de Remisión.

- **Protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.**

  Objetivo: garantizar que el personal asistencial de la IPS conozca el conjunto de medios técnicos así como los procedimientos puestos a disposición por la ciencia, la investigación y los operadores del sector salud para su uso en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y permanezcan en condiciones aptas para su uso, durante la atención del paciente en cada servicio de la IPS

  Alcance: implica el conocimiento de los medicamentos, reactivos de diagnóstico in vitro, equipos biomédicos y demás dispositivos médicos asì como los procedimientos y buenas prácticas que se utilizan en la atención de los pacientes en los servicios de la IPS para su uso y correcta aplicación por parte del personal asistencial.

  Metodología:

  - Conocer el mapa de procesos de la IPS, identificar el proceso o procesos en los cuales participa cada funcionario
  - Conocer cada funcionario la manera como se desarrolla el proceso en el cual participa para la atención al usuario, las interrelaciones con los demás procesos y la importancia de sus actividades para garantizar los resultados esperados.
  - Conocer cada funcionario las guías de práctica clínica para el manejo de las patologías que atiende a los usuarios del servicio
  - Conocer cada funcionario los procedimientos en los cuales participa durante la atención de los usuarios
  - Conocer los principales riesgos a los cuales está expuesto el paciente en los diferentes servicios que presta la IPS, los puntos más críticos en los cuales se debe hacer control para evitar que sucedan lesiones o daños en el paciente.
  - Verificar y actualizar diariamente, en cada servicio, el inventario de los equipos biomédicos requeridos para la atención de los usuarios, con una lista de chequeo, por parte de la auxiliar de enfermería designada.

- Verificar mensualmente en cada servicio la existencia y la fecha de vencimiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, con una lista de chequeo, por parte de la auxiliar de enfermería designada.
- Verificar diariamente, antes de iniciar el turno, la existencia y el funcionamiento adecuado de los equipos biomédicos, mediante una lista de chequeo, por parte de la auxiliar de enfermería designada.
- Socializar los manuales de funcionamiento de los equipos biomédicos, según necesidad y de acuerdo a la adquisición de los equipos, con las guías rápidas de operación, por parte de la auxiliar de enfermería designada.
- Hacer seguimiento a la realización del mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos que utiliza en la atención de los usuarios, verificando la fecha registrada en el sticker ubicado en el equipo, y recordar a la persona asignada en la IPS del mantenimiento preventivo cuando ésta se encuentre próxima a vencer y solicitar el mantenimiento o correctivo cuando se requiera.
- Conocer las Buenas Prácticas Seguras que aplican a la IPS y la manera como se realiza la verificación de su cumplimiento, para la implementación correcta teniendo en cuenta la retroalimentación recibida una vez sea verificada, con el fin de mejorar la seguridad del paciente durante la atención en salud.
- Conocer el protocolo para el manejo del oxígeno medicinal en la IPS
- Conocer el protocolo para la realización correcta de la venopunción, con el fin de prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- Conocer el protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.
- Conocer cada funcionario las Buenas Practicas en Seguridad del Paciente que debe implementar en la IPS según el rol que desempeña (programa de seguridad del paciente, identificación correcta del paciente, utilización segura de medicamentos,

prevención y detección de caídas, atención segura de la gestante y el recién nacido, prevención y detección de infecciones asociadas a la atención en salud), implementarlas, recibir la retroalimentación y establecer acciones de mejoramiento para la seguridad del paciente.

- Comprender la importancia de los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios
- Recibir la retroalimentación sobre el uso de medicamentos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro, y además los resultados de la verificación permanente de las alertas emitidas por el Invima
- Conocer el procedimiento que la IPS estandarizó para la notificación, registro y procesamiento de eventos, análisis clínico de la información y envío de reportes correspondiente con el fin de aprender de los errores.

9.6 ESTRATEGIAS PARA EL DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se sugiere a la IPS, los siguientes mecanismos para desplegar el Programa de Seguridad del Paciente:

Tabla 7. Plan para el despliegue del programa de seguridad del paciente

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	CÓMO
Publicar la Política de Seguridad del Paciente	Equipo Referente de Seguridad del Paciente Institucional	Según cronograma establecido por la IPS	Sitios estratégicos de la Institución	Afiches Videos
Socializar a todo el personal de la IPS la Política de	Equipo Referente de Seguridad del Paciente Institucional	Según cronograma establecido por la IPS	Inducción al personal nuevo y reinducción al personal que	Reuniones presenciales

Seguridad del Paciente			ya está laborando en la IPS	
Socializar al personal de la IPS en el Programa de Seguridad del Paciente	Equipo Referente de Seguridad del Paciente Institucional y Lideres de cada uno de los Servicios	Según cronograma establecido por la IPS	Espacios definidos por el Equipo Referente Institucional	Reuniones
Elaborar Cartilla resumen del Programa de Seguridad del Paciente	Líder del Programa de Seguridad del Paciente	Según fecha establecida	Escrito y entregar a cada funcionario de la IPS	Resumen Práctico de los temas que se abordan en el Programa

CONCLUSIONES

- Se documentó el Programa de Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social
- Se seleccionaron las herramientas a utilizar en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente
  - Análisis de Modo de Falla para identificar riesgos potenciales en los diferentes procesos y procedimientos que se realizan en la atención en salud para intervenirlos con prácticas seguras y evitar que sucedan eventos adversos
  - Identificación de los Eventos Adversos trazadores para hacer el seguimiento correspondiente
  - Estandarización de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente para la implementación por parte de todo el personal con el fin de evitar fallas en la atención y minimizar la ocurrencia de eventos adversos
  - Capacitación al personal de salud en los eventos adversos trazadores y en las principales practicas seguras para evitar su ocurrencia o recurrencia
  - Educación al paciente y su cuidador
  - Ronda de Seguridad
  - Sesiones Breves de Seguridad
  - Reporte de Incidentes y Eventos Adversos
  - Investigación de incidentes y Eventos Adversos
  - Retroalimentación del análisis de eventos adversos para aprender de los errores
  - Acciones de mejoramiento cuando se presente el evento adverso para evitar su recurrencia.
- Se realizó una propuesta con las estrategias o mecanismo que podría desarrollar la IPS para desplegar el Programa de Seguridad del Paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. 10 datos sobre seguridad del paciente [Internet]. 2016 [citado 27 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/1l5XpwL

2. Colombia. Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. 2010 [citado 6 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2b7kYYR

3. Colombia. Ministerio de Salud. Resolucion 2003 de 2014, Mayo 28, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Diario Oficial, 49167 (may, 30 2014).

4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá; 2007. Disponible en: http://bit.ly/2fxmnNE

5. LEGIS. Constitución política de Colombia. Bogotá: LEGIS; 2016. 717 p.

6. Colombia. El Presidente de la República, Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial; 46230 (abr, 3 2006).

7. Fundibeq. Análisis modal de fallos y efectos. (A.M.F.E.) [Internet]. 2004 [citado 29 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2efTUdp

8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía Técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente [Internet]. 2010 [citado 29 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2f1JFua

9. Colombia. Ministerio de Salud. Prevención de la malnutrición o desnutrición [Internet]. [citado 29 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2ft4KiO

10. European Commission. Declaración Conjunta de la Cumbre de Praga de la Asociación Oriental [Internet]. 2009 [citado 2 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://europa.eu/rapid/press-release_PRES-09-78_es.htm

11. Colombia. Ministerio de Salud. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido [Internet]. 2015 [citado 29 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2dN9Zsq

12. Colombia. Ministerio de Salud. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias [Internet]. Disponible en: http://bit.ly/2eGwEpo

13. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. Bogotá; 2008. Disponible en: http://bit.ly/1oo3Pha

14. OMS. Atención primaria de salud [Internet]. WHO. [citado 29 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

15. Colombia. Ministerio de Salud. Seguridad del Paciente [Internet]. 2014 [citado 29 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2esvrz6

16. Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press; 1980. 163 p.

17. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Promoción de la seguridad del paciente [Internet]. Bogotá; 2012. Disponible en: http://bit.ly/2dWcFE4

18. Colombia. Ministerio de Salud. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos [Internet]. 2014 [citado 29 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2cCa24w

19. Hospital Federico Lleras Acosta. Glosario [Internet]. Ibagué; Disponible en: http://www.hflleras.gov.co/glosariohfla.pdf

20. Colombia. Ministerio de Salud. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad [Internet]. 2015 [citado 29 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2dXQtEL

21. Colombia. Ministerio de Salud. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud [Internet]. 2015 [citado 2 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/1MztHDE

22. OMS. Materiales y documentos sobre la higiene de manos [Internet]. 2016 [citado 2 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/

23. Colombia. Ministerio del Medio Ambiente. Resolución Número 01164 de 2002, Por el cual se Adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares. Diario Oficial, 45009 (nov, 25 2002).

24. Colombia. Ministerio de Salud. Manual de conductas basicas en bioseguridad manejo integral [Internet]. Bogotá; 1997. Disponible en: http://bit.ly/2dN84Ee

25. Sumimedical S.A.S. Protocolo de prevención de caídas. 2016.

26. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994, Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio; 1994.

27. Valbuena Mojica Y. Manual programa materno perinatal para usuarias de subsistema de salud de las fuerzas militares [Internet]. Bogotá; 2014. Disponible en: http://bit.ly/2fnziS6

28. Hospital San Pedro San Pablo. Manual del procedimiento de la atención segura del binomio madre - hijo [Internet]. Risaralda; 2013 [citado 28 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2e6FqJo

29. Colombia. Ministerio de la Protección Social, editor. Guías de la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007. 302 p. (Colección PARS).

30. Metro Salud. Manual de atención segura al binomio madre e hijo. Medellín; 2013.

31. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS [Internet]. Bogotá: MInisterio de la Protección Social; 2011 [citado 29 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2dRa2TK

32. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política de seguridad del paciente del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud [Internet]. 2012 [citado 29 de octubre de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/2ePsjOu

33. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007. Disponible en: http://bit.ly/2f0cVPP

34. Sumimedical S.A.S. Protocolo de seguridad en los procedimientos de baja complejidad en los CIS-SUMIMEDICAL. 2012.

ANEXOS

Anexo a. Formato de indicadores

Nombre del Indicador Proporción de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente de la IPS Sumimedical S.A.S		**Código:** xxxx
Definición:	Capacitar a todos los colaboradores que prestan servicio en la IPS Sumimedical S.A.S	
Forma de Cálculo:		**Componentes de la Fórmula de Cálculo**
		Numerador: número de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente
		Fuente del Numerador: Base de datos Departamento de calidad
		Denominador: número de total de colaboradores de la IPS Sumimedical
		Fuente del denominador: Base de datos Departamento de calidad
		Unidad de medida: número de colaboradores
		Factor[1]: 100
Niveles de desagregación		**Periodicidad: mensual**
Meta[2]	95%	
Umbral de desempeño no aceptable[1]	Menor de 90%	

Tendencia esperada[1]	90-95 %	
Sustento Normativo/ Referencia		
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	**Líder del programa de seguridad del paciente**	
Observaciones	**Médicos que renuncian, incapacitados o en licencia**	
Dominio	**Seguridad**	
Versión	**1**	**Elaborado por: xxxx**
Fecha	**Xxxx**	

Anexo b. Formato encuesta percepción de la seguridad del paciente

ENCUESTA DE PERCEPCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE *					No. _____
NOMBRE IPS: _____	Fecha diligenciamiento	DD	MM	AA	

Estamos interesados en conocer el grado de avances que la Institucion tiene frente a seguridad del paciente, por esto lo invitamos a contestar con sinceridad las siguientes preguntas de acuerdo a la percepcion que usted tenga en su área de trabajo, en caso de que usted esté en más de una área solo señale una y con base en esta responda el cuestionario. Por favor verifique que conteste todas las preguntas, pues este es un insumo valioso para el fortalecimiento de nuestra institución.

No.	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA				
1	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?	a. Servicio Vulnerable__ b. Promocion y prevención__ c. Consulta Externa __ d. Procedimientos				
2	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. Mas de 5 años a 10 años	d. Mayor de 10 años	
3	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. Mas de 5 años a 10 años	d. Mayor de 10 años	
4	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	a. Menos de 20 horas	b. De 20 a 39 horas	c. De 40 a 69 horas	d. De 70 a 79 Horas	e. Mas de 80 horas
En las siguientes preguntas, señale con una X la opción que usted considera más acertada		Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
		1	2	3	4	5
5	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes					
6	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes					
7	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes					
8	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez					

9	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente					
10	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos					
11	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad					
12	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan					
13	En esta área, la gente se apoya mutuamente					
14	Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo					
15	En esta área, el personal se trata con respeto					
16	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente					
17	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad					
18	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto					
19	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos					
20	Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área					
21	En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer					
22	El personal siente que sus errores son usados en su contra					
23	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema					
24	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida					
25	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo					
26	El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente					
27	Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente					
28	Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente					

29	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente					
30	Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
31	La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso					
32	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí					
33	Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente					
34	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución					
35	Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes					
36	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra					
37	Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno					
38	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución					
39	Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes					
40	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios					
41	La seguridad del paciente compromete a hacer más trabajo					
42	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área					
43	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir					
44	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?					
45	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?					
46	¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?					
47	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?	a. Ningun reporte	b. De 1 a 2 reportes	c. De 3 a 5 reportes	d. De 6 a 10 reportes	e. Mas de 11 reportes
48	Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	Excelente	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Malo
49	¿Cuál es su cargo en esta institución?	a. Medico __ b. Lider de proceso __ c. especialista, cual? _____ d. Personal de dirección y gerencia __ e. Personal administrativo __				
50	¿Qué tipo de contrato tiene?	a. Nombrado (carrera adm. o provisional)	b. Cooperativa	c. Contrato de Prestación de Servivios	d. otro. Cual _____	
51	En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	a. SI	b. NO			
52	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c.Mas de 5 años a 10 años	d. Mayor de 10 años	

Anexo c: Informe de incidentes y/o eventos adversos de salud de usuarios o trabajadores

INFORME DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS DE SALUD DE USUARIOS O TRABAJADORES	**ESPACIO EXCLUSIVO PARA DEPTO DE PERSONAL**			
	CÉDULA		**D E**	
	GRUPO		**CLASE**	
	ESTADO			
	RESPONSABLE:			

EMPRESA		SEDE									
TIPO DE EVENTO ADVERSO								FECHA OCURRENCIA			
INCIDENTE		ACCIDENTE DE TRABAJO		EVENTO ADVERSO		AAAA	MM	DD	HORA		
PERSONA AFECTADA											
USUARIO	PROVEEDOR		CONTRATISTA	T. TEMPORAL		TELEFONOS FIJO y CELULAR					
NOMBRE	**1° APELLIDO**		**2° APELLIDO**								
DOCUMENTO DE IDENTIDAD					EDAD	EPS o EPS-S	IPS	ARP	AFP	Ninguno	
C.C	T.I	Otro, CUAL	N°								
NOMBRE DEL CONTACTO				PARENTESCO		TELEFONOS FIJO Y CELULAR					
EMPRESA DEL TRABAJADOR INDIRECTO			JEFE INMEDIATO			TELEFONO DE LA EMPRESA					

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE	
SITIO DE OCURRENCIA	
ACTIVIDAD QUE DESARROLLABA LA PERSONA CUANDO OCURRIO EL SUCESO	
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN O EVENTO ADVERSO	DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE
PARTE DEL CUERPO AFECTADA	
PRIMEROS AUXILIOS APLICADOS	ACCIONES DE CONTROL APLICADAS
SE REMITE LA PERSONA PARA ATENCIÓN EN ENTIDAD DE SALUD	
SI CUAL NO	
LA PERSONA SALE POR SU PROPIOS MEDIOS	
SI NO	
TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO PLACAS	

PARTICULAR		
AMBULANCIA		
SERVICIO PÚBLICO		
OTRO		

NOMBRE ACOMPAÑANTES	DOCUMENTO IDENTIDAD	TELEFONOS FIJO Y CELULAR

NOMBRE TESTIGOS	DOCUMENTO IDENTIDAD	TELEFONOS FIJO Y CELULAR

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA SEDE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA

Anexo d. Formato protocolo de Londres

FALLA ACTIVA		FACTORES CONTRIBUTIVOS		BARRERAS Y DEFENSAS	PROCESOS GERENCIALES
ACCIONES		**INDIVIDUO**		**HUMANAS**	
OMISIONES		**EQUIPO**		**FISICAS Y TECNOLOGICAS**	**PROCESOS ORGANIZALES**
NEGLIGENCIA		**PACIENTE**		**ADMINISTRATIVAS**	
		AMBIENTE		**NATURALES**	
		DESCRIPCION:		**DESCRIPCION:**	**DESCRIPCION:**

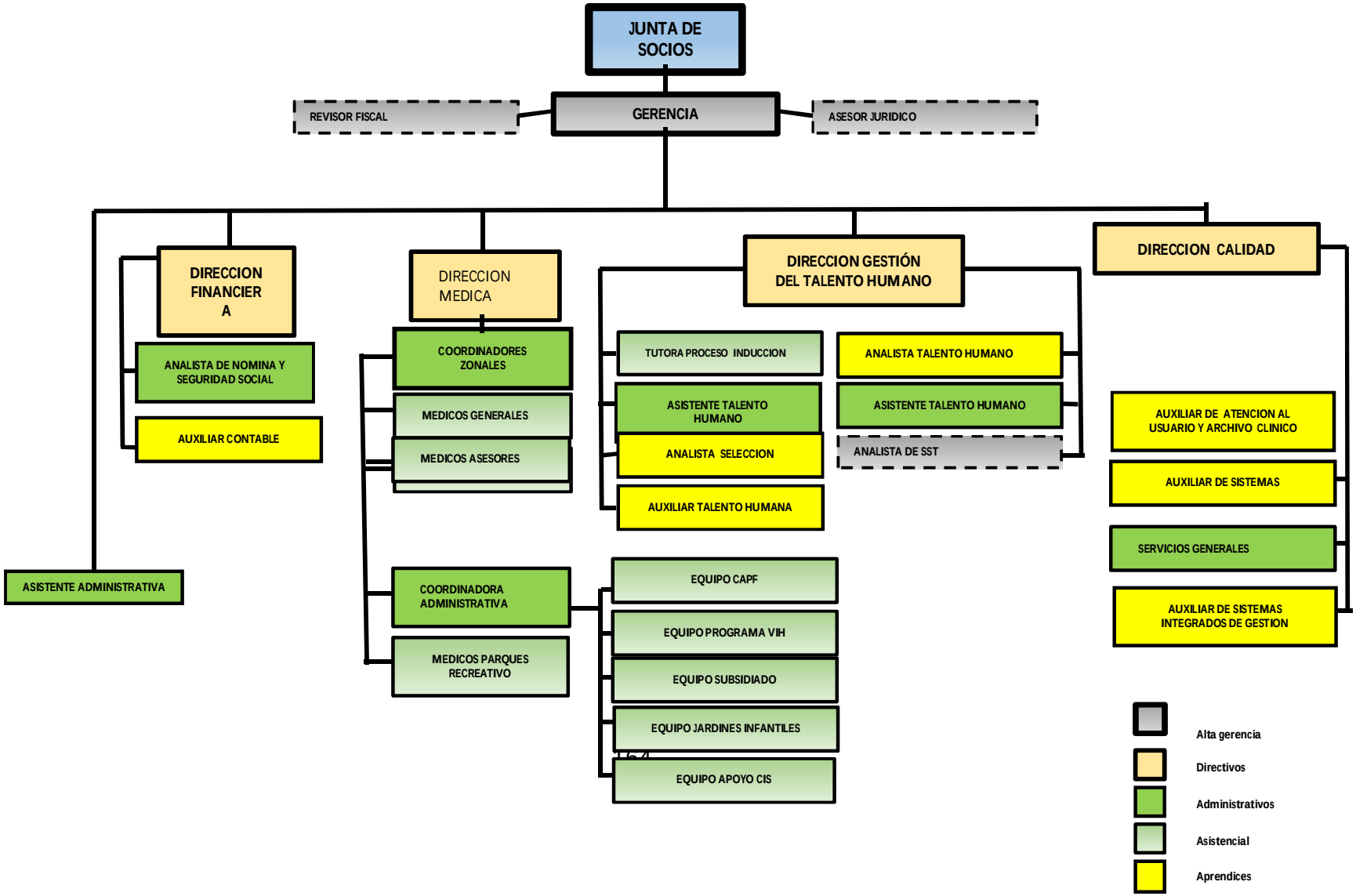
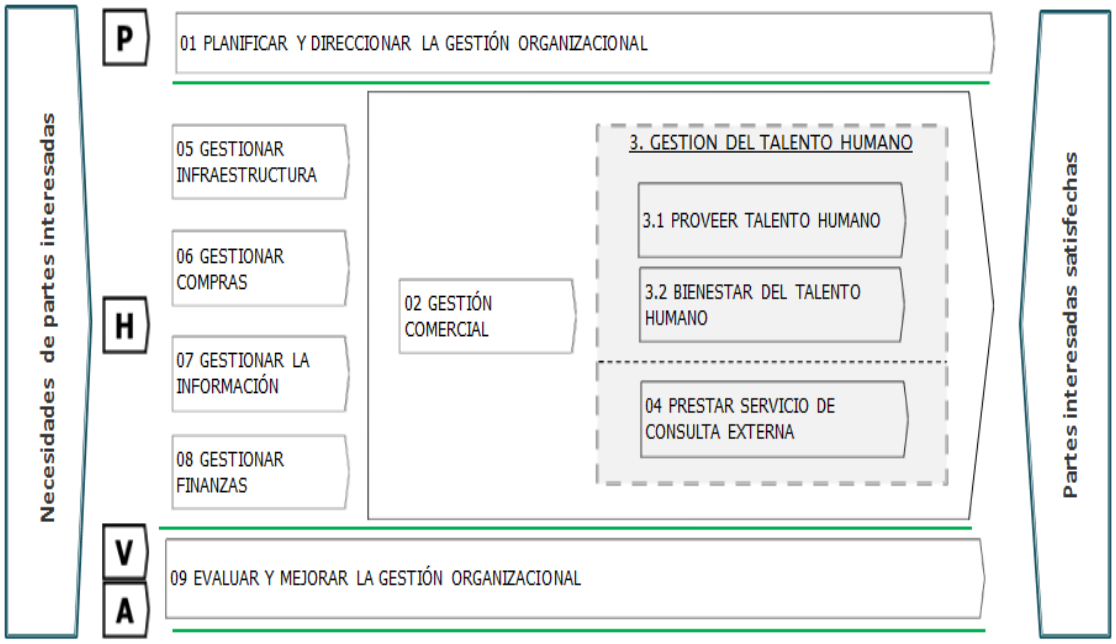
1. ¿Qué podemos hacer nosotros para hacerle más fácil su trabajo?
2. ¿Qué piensa usted que se podría hacer para que en su trabajo no pase nada malo?
3. ¿Si usted pudiera cambiar algo de su servicio para mejorar la seguridad del paciente que debería ser?
4. ¿Cuál fue el último incidente que usted observó y que le causó daño a un paciente?
5. ¿Qué cree usted teniendo en cuenta las condiciones de su servicio será causante del próximo evento adverso?
6. ¿Cuál fue el último incidente que prolongo la hospitalización de un paciente?
7. ¿Que estuvo mal ayer?
8. ¿Cuándo las cosas van mal, a quien contacta usted?
9. ¿Si usted pudiera iniciar este día otra vez, que haría usted diferente?
10. ¿Qué pregunta debí haberle hecho yo y no la hice?

Anexo f. Formato sesiones breves de seguridad del paciente

Fecha:	Hora:	Lugar:
Asistentes:		
Tema de Seguridad del Paciente, compartido en la sesión		
Cambios a implementar en la IPS después de la sesión breve de seguridad del paciente (si aplica)		
Firma de quien lideró la sesión:		

Anexo g. Tabla matriz de análisis de modo de falla y efecto (AMFE)

Anexo h. Organigrama Sumimedical SAS



Anexo i. Mapa de procesos IPS Sumimedical SAS