1. OBJETIVOS

- Enfocar la atención en salud de la ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, bajo los preceptos de una atención en salud segura minimizando los riesgos que puedan generarse al paciente, su familia y los rabajadores.

- Prevenir la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos derivados de la atención en salud prestada a los usuarios durante la estancia de los pacientes en las sedes de la ESE.

- Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en los colaboradores y usuarios de la institución

2. ALCANCE

El Programa de Seguridad del Paciente determina las prácticas seguras para la atención en todos los servicios de la ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario y las cuales comprenden los diferentes niveles de atención desde el ingreso del paciente hasta el respectivo egreso.

3. MARCO CONCEPTUAL

Barreras de Seguridad: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de incidente o evento adverso.

Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente. (Ministerio de Protección Social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente).

Cultura de Seguridad: Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individual y grupal que determinan el compromiso y desempeño de la institución.

Evento adverso: Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia, es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Incidente desfavorable, hecho inesperado, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que ocurre en asociaciones directa con la atención médica. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles. (Ministerio Protección Social, Frecuencia de eventos adversos – Paquetes Instruccionales).

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. (Ministerio Protección Social, Frecuencia de eventos adversos – Paquetes Instruccionales).

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (Ministerio Protección Social, Frecuencia de eventos adversos – Paquetes Instruccionales)

Evento centinela: Según la Joint Commission on Accreditation of Health Organization un evento centinela puede definirse como un "Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro" (Ministerio Protección Social, Herramientas para la Seguridad del Paciente).

Falla en la atención en salud: Deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (fallas de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

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.) (Ministerio Protección Social, Frecuencia de eventos adversos – Paquetes Instruccionales).

Factor Contributivo: Son las condiciones que facilitaron una acción insegura. (Ministerio de la protección Social, Protocolo de Londres).

Farmacovigilancia: Sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicamentos tradicionales con el objeto de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños a los pacientes. (INVIMA.ABC de seguridad en el uso de medicamentos. Bogotá D.C. Ministerio de salud y protección social).

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. (Ministerio Protección Social, Frecuencia de Eventos Adversos –Paquetes Instruccionales)

Práctica Segura: Intervención tecnología, científica y/o administrativa en el proceso asistencial en salud como resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

Riesgo en salud: En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad, los factores causales son los múltiples factores que se asocian con la ocurrencia de esa enfermedad y los efectos las diversas situaciones que se generan una vez la enfermedad ocurre. (Ministerio de salud y protección social, Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia 2014)

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. (Ministerio de Protección Social, Lineamiento para la Implementación de Política de Seguridad del Paciente).

Seguridad del Paciente: Se define como la ausencia de un daño innecesario o potencial asociado a la atención sanitaria. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Ministerio Protección Social, Seguridad del Paciente y la Atención Segura).

4. CONTENIDO

4.1 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El hospital Integrado San Juan de Cimitarra tiene como compromiso en la Política de la Seguridad del paciente la atención segura de sus usuarios, fundamentada en la identificación, prevención, seguimiento de riesgos y promoción de una cultura de seguridad en sus colaboradores, a través de cada una de las sedes se compromete a capacitar y apoyar a los equipos de trabajo con todo lo relacionado al trabajo en equipo, la comunicación asertiva y la importancia del autoreporte de los eventos adversos.

4.2 PRINCIPIOS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Enfoque de atención centrado en el usuario: Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, constituyéndose el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

Cultura de seguridad: El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: El programa de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos sus componentes.

Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual, deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

Validez: Para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

Alianza con el paciente y su familia: El programa de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

Alianza con el profesional de la salud: El programa 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.

4.3. METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se definen siete metas de seguridad del paciente, sin embargo, teniendo en cuenta el nivel de complejidad y los servicios prestados en el Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, a continuación, se documentan las aplicadas a nuestra institución

Meta 1. Identificar correctamente a los pacientes

Objetivos

- Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la identificación de los pacientes y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos relacionados.
- Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica relacionados con la identificación del paciente.
- Identificar cuáles son los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen los errores en la identificación del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces y su aplicación para mitigar los errores en la identificación del paciente.
- Socializar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados tanto para el seguimiento a la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de fallas en la identificación de los pacientes.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.

Implementación de prácticas seguras.

- Hacer énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores en verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ejemplo, resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.
- Fomentar el uso de al menos dos identificadores, (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno a la atención y previo a la administración de la atención. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente y/o de la cama.
- Estandarizar los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria. Por ejemplo, el uso de manillas de identificación sobre las que se pueda escribir un patrón o marcador estándar e información específica (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) o la implementación de tecnologías biométricas.
- Proporcionar protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre.
- Deben desarrollarse y utilizarse enfoques no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
- Fomentar la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
- Fomentar el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
- Proporcionar protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos pre analíticos, analíticos y pos analíticos.
    - Proporcionar protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.
    - Prever controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos a la computadora.
    - Incorporar una capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria.
    - Educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.

Personal de salud

- Realizar la identificación a través de manillas según el riesgo.
- Registrar todos los datos en la historia clínica y demás formatos necesarios para la atención del paciente.
- Rotular de forma completa legible y correcta: Muestra de laboratorio, imágenes diagnósticas, medicamentos, tablero de programación de cirugía, teteros, dietas.
- Realizar identificación cruzada al momento del traslado del paciente.

- Separación de ambientes para pacientes con el mismo nombre.
- Información que el personal de salud brinda al paciente y su familia:
- Informar al paciente sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales.
- Informar al paciente, familiar y/o acompañante el motivo por el cual se le identifica, indicándole que durante su estancia hospitalaria deberá cuidarla y si por algún motivo se pierde o se daña deberá informar al personal de salud para realizar el respectivo cambio y explicar la importancia de mantenerla hasta el egreso a la institución.

Meta 2. Mejorar la comunicación asertiva

Objetivos

- Desarrollar y fortalecer destrezas, habilidades y competencias para el adecuado proceso de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- Identificar los factores contributivos o fallas en la atención que favorecen la ocurrencia de los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- Incentivar la generación de acciones administrativas y políticas que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- Estandarizar el proceso de la comunicación intrainstitucional e interinstitucional como barrera y defensa de seguridad eficaz para evitar la ocurrencia de eventos adversos asociados a la comunicación.
- Identificar las fallas más comunes en la atención relacionados con brechas en la circulación de la información que originan eventos adversos.
- Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica que se presentan por problemas de comunicación entre las personas que participan en el proceso de atención a los pacientes, que cuidan y atienden a los pacientes.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.

Implementación de prácticas seguras

Dos factores son fundamentales para mejorar la calidad de la comunicación; el primero es entender la creciente complejidad de las patologías del paciente y los múltiples proveedores de servicios. El segundo son los eventos adversos por comunicación pobre que son comunes; es por ello que en la actualidad las instituciones de salud han implementado programas y prácticas que han sido exitosas en el tema y sirven como ejemplo a seguir, ya que exponen como hacerlo con las condiciones particulares de la institución en nuestro medio.

Es de resaltar que cualquier práctica segura debe garantizar una sinergia entre el personal que interactúa en la atención al paciente, para ello la institución debe disponer:

- Espacios adecuados para el proceso comunicativo y para la discusión de conceptos y alternativas de tratamiento.
- Realizar las rondas médicas en conjunto por las diferentes especialidades que participan de la atención.
- Generar diferentes medios e incentivar el uso de las tecnologías tanto a nivel intramural como extramural para que el personal que participa de la atención se mantenga en contacto frecuentemente.
- Desarrollar y sostener programas de capacitación continuada en comunicación asertiva que evidencie y alerte sobre el impacto de los errores en la comunicación entre el equipo de trabajo.
- Asegurar una comunicación abierta entre los miembros del equipo y desde los miembros del equipo, el paciente y los cuidadores; entre los demás

Personal de salud

- Dirigir la consulta por el nombre del paciente.
- Hacer presentación al paciente de todo el personal que lo atiende.
- Siempre recuerde hablar lento y claro y en un tono agradable.
- Cuando se comunique por teléfono no olvide presentarse y confirmar con quien está hablando.
- Ser respetuoso siempre
- Escuche sin interrupción
- Educación continua al equipo de trabajo para indagar sobre cambios en la patología y plan de tratamiento.
- La construcción de mensajes y plan de manejo en conjunto con el paciente.
- Verificar la comprensión por parte del personal asistencial de las órdenes médicas verbales y escritas (redundancia)
- El receptor debe registrar y leer nuevamente la orden verbal completa, y la persona que realizó la orden debe confirmarla.
- El receptor debe registrar y leer nuevamente la orden telefónica completa, y la persona que realizó la orden debe confirmarla.
- El receptor debe registrar y leer nuevamente el resultado completo de la prueba diagnóstica, y el individuo que proporcionó dicho resultado debe confirmarlo.
- Verificar la comunicación efectiva en las entregas de turnos y en el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente

ESTRATEGIA SBAR

- Garantizar la prescripción de la orden médica en la historia clínica.
- Mejorar las relaciones entre el personal asistencial a través de diferentes medios visuales, textuales, auditivos y personas (orientadores, facilitadores).
- Información concerniente a riesgos para los pacientes a través de medios textuales, visuales, auditivos.

- Generar espacios naturales para la adecuada comunicación que permita adquirir e intercambiar conocimientos.
- Promover revisiones de narrativa.
- Políticas para la elaboración de protocolos y manuales sobre la documentación clínica y oposición a la utilización de acrónimos o abreviaturas en la institución.
- El entrenamiento de los estudiantes en habilidades de comunicación.
- Definir e implementar políticas de contratación y manejo de personal temporal.
- Establecer medios de comunicación masivos y seguros de comunicación: telefónica, Internet, medios escritos, periódicos, libros, revistas y promover su utilización por parte de los usuarios institucionales.
- Compromiso con los reportes oportunos.
- Historia clínica sistematizada en red con el laboratorio clínico.
- Utilizar lista de chequeo para traslado de paciente intra e interinstitucional

Información que el personal de salud brinda al paciente y su familia

- Verificar con preguntas al paciente y su familia, si comprende la educación y recomendaciones dadas por el personal de salud.

Meta 3. Mejorar la seguridad en la administración de medicamentos

Objetivos

- Identificar cuáles son los errores o fallas más comunes e impactantes en el uso de medicamentos.
- Identificar cuáles son los factores contributivos de mayor impacto que favorecen la aparición de riesgo en la utilización de los medicamentos.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces para prevenir la aparición del riesgo en la utilización de los medicamentos o mitigar las consecuencias.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales) que velen por la prevención del riesgo en la utilización de los medicamentos.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de la aplicación de prácticas seguras y disminución de los riesgos en el uso de medicamentos.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.

Implementación de prácticas seguras

- Por medio de la estandarización y el desarrollo de protocolos. Se deben establecer protocolos de actuación, directrices, escalas de dosificación para los medicamentos de alto riesgo que incluyan normas de correcta prescripción, detección de alergias y recomendaciones específicas que insten a evitar el uso de abreviaturas y prescripciones ambiguas.
- Estandarizar preparación y administración, énfasis en incorporar sistemas de alertas informatizadas, prácticas de doble chequeo en la preparación y administración de

estos medicamentos, limitando los protocolos a los puntos más susceptibles de error en el proceso de gestión de medicamentos.
- Si se fortalece la utilización de estos protocolos por los profesionales y el personal responsable en cada uno de los eslabones de la cadena de medicamento seguro, a través de un adecuado proceso de inducción y entrenamiento, esto genera de forma automática múltiples controles en el proceso. Además, logra disminuir la dependencia de la memoria y
- permite que el personal inexperto y recién incorporado pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulte familiar.
- Realizar seguimiento a la adherencia de los diferentes protocolos de la cadena o proceso de medicamentos.

Personal de salud
- Aplicación de los correctos en seguridad del paciente.
- Manejo de medicamentos de alto riesgo.
- Rotulación correcta de infusiones.
- Rotulación correcta de medicamentos consumidos parcialmente.
- Presencia física con dispositivos (manilla) para alerta de alergias.
- Aplica la conciliación medicamentosa con el usuario y su familia.
- Información que el personal de salud brinda al paciente y su familia:
- Educación al paciente y su familia sobre el uso seguro de los medicamentos.
- Acceso a información relevante y comprensible sobre sus medicamentos.
- Explicar al paciente y su familia sobre la importancia de informar al personal de salud acerca de los medicamentos que usa en la casa con el fin de realizar la conciliación de los fármacos

Meta 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud

Objetivos
- Fortalecer en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre las infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS), así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras.
- Identificar los errores o fallas más comunes e impactantes en la práctica de atención que ponen en riesgo al paciente de adquirir Infecciones Asociadas con la Atención en Salud (IAAS).
- Identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de errores o fallas relacionados con infecciones asociadas con la atención en salud
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces, así como su aplicación para mitigar las fallas en la atención relacionadas con infecciones asociadas a la atención en salud.

- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados durante el seguimiento tanto para la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de fallas relacionadas con infecciones asociadas a la atención en salud.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.

Implementación de prácticas seguras

- El programa busca contribuir en la reducción de estas infecciones y lograr el reconocimiento universal de que su control es una base indispensable para la seguridad del paciente.

Personal de salud

- Realizar el correcto lavado de manos.
- Verificar el cumplimiento de los 5 momentos del lavado de manos.
- Aplicar las normas de precaución universal.
- Hacer uso adecuado de los elementos de protección personal).

Información que el personal de salud brinda al paciente y su familia

- Educación en cuanto al lavado de manos al paciente y su familia.
- Educación en cuanto a los dispositivos con el que cuenta el paciente recomendaciones generales de no manipulación.
- Verificación de aplicación de las medidas de seguridad en caso de asilamiento por partes de familiares

Meta 6. Reducir el riesgo de daños al paciente causado por caídas

Objetivos

- Fortalecer destrezas, competencias y desarrollar habilidades en todos los integrantes del equipo de salud, los pacientes y sus cuidadores para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones.
- Identificar los errores o fallas más comunes que pueden ocasionar caídas durante la atención.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de caídas durante el proceso de atención.
- Detectar cuáles son las fallas en la atención que pueden contribuir a la aparición de caídas en los pacientes.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de caídas en la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de caídas en las instituciones.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados tanto para el seguimiento a la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de aparición de caídas en las instituciones.

- Presentar las experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras

Implementación de prácticas seguras

- Identificación de los factores de riesgos y a partir de estos determinar los mecanismos necesarios para la prevención y la disminución de la ocurrencia de caídas.

Personal de salud

- Verificación de barandas arriba.
- Identificación del riesgo de caída desde el ingreso del usuario al servicio
- Aplicación cuidadosa del instrumento de valoración del riesgo de caídas.
- Comunicar durante la entrega de turno la existencia del riego de caída en el paciente.

Meta 7. Prevenir la aparición de zonas de presión en el paciente

Objetivos

- Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en Prevención de las Úlceras por Presión y las habilidades para aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes, con el fin de prevenir y disminuir su incidencia.
- Identificar cuáles son las fallas en la atención clínica más comunes que favorecen la aparición de escaras en los pacientes.
- Identificar los factores contributivos comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de escaras en la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más efectivas y su aplicación para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de escaras en el paciente.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de escaras en los pacientes de la institución.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de la aplicación de las prácticas seguras y la disminución de las Úlceras por Presión.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.

Implementación de prácticas seguras

- Identificar y analizar los factores contributivos, que favorecen la aparición de las acciones inseguras o fallas activas, y ayuda a identificar las fallas latentes relacionadas con la cultura y los procesos organizacionales.
- Identifica y propone nuevas barreras de seguridad y planes de acción, para promover la política de seguridad del paciente.
- Implementa y aplica en su desempeño, buenas prácticas institucionales y asistenciales, que involucran al usuario y a su familia, lo mismo que prácticas que mejoran la actuación de los profesionales que favorezcan la creación.

Personal de salud

- Identificar factores de riesgo de zonas de presión en el paciente y documentar en historia clínica.
- Aplicar medidas preventivas (médico y enfermera): movilización del paciente, hidratación de la piel, vigilancia activa, dejando registro en historia clínica del paciente.
- Realizar correcta higienización al paciente.
- Posicionamiento adecuado del paciente.
- Realizar cambios de posición.
- Asegurarse de que el paciente que tiene aditamentos adicionales, como sondas, se encuentre bien posicionado y que dichos elementos no ejerzan ningún tipo de presión en el paciente.

Información que el personal de salud brinda al paciente y su familia

- Educar al paciente y su familia en cuanto al riesgo de presentar úlceras por presión.
- Educar al paciente y su familia en cuanto a la importancia de las medidas preventivas (inspección de la piel, posición del paciente, hidratación etc).

4.4. PAQUETES INSTRUCCIONALES

De acuerdo con los servicios prestados en la ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, los paquetes instruccionales a ser implementados por nuestra institución, son los siguientes:

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- Prevenir ulceras por presión.
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.
- Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.
- Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo.

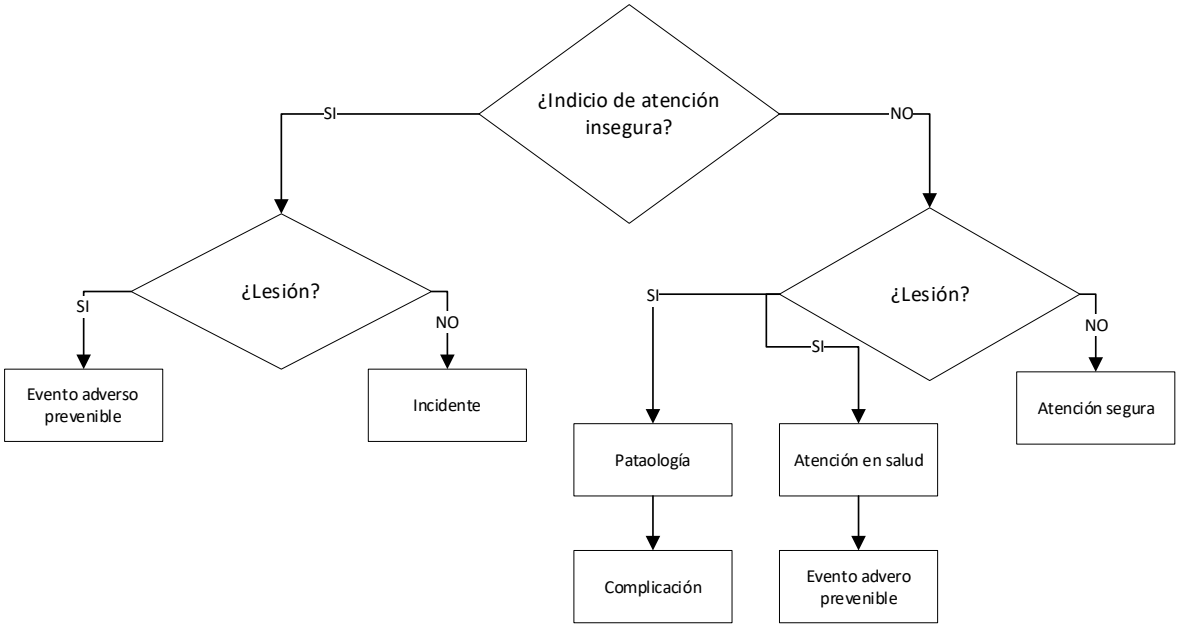
La implementación de los citados paquetes instruccionales, inicia con la documentación de las estrategias, seguido por la capacitación y socialización de dichas estrategias con el personal y por último la evaluación y medición de adherencia a la implementación.

4.5. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El fomento de la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital, se enfoca en el fortalecimiento de la identificación de incidentes y eventos; para esto se desarrollarán las siguientes estrategias:

- Capacitación y sensibilización del personal en cultura del reporte de eventos.
- Generar consciencia al personal sobre la importancia de ofrecer al usuario un ambiente seguro, estimulando y favoreciendo la respuesta oportuna ante un evento.
- Involucrar a los trabajadores en el análisis de eventos adversos.
- Involucrar a la familia mediante la educación por el personal de salud en el cuidado adecuado del paciente.
- Explicar al paciente y su familia los riesgos asociados a la atención en salud y las medidas determinas para mitigarlos.
- Ejecución de rondas de seguridad donde se realice la identificación de riesgos, se evalúe la implementación de las medidas de seguridad y se sensibilice al personal de los servicios.
- Evaluación de la medición de adherencia a la implementación de los paquetes instruccionales.

4.6. GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS



4.6.1. Notificación de eventos

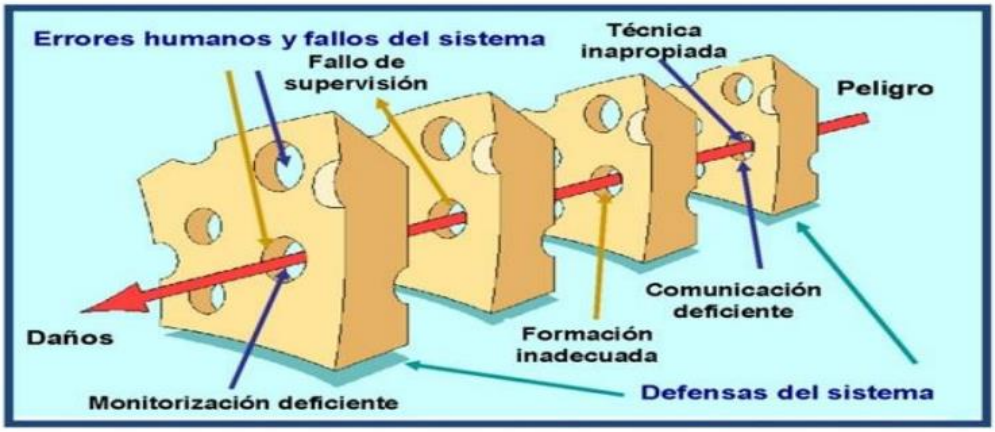
La notificación de los eventos puede ser realizada por cualquiera colaborador de la ESE, quien identifique un posible riesgo o suceso que puede ser catalogado como incidente o evento adverso, dicho reporte debe ser realizado mediante el formato respectivo de acuerdo con el tipo de evento, según la clasificación descrita a continuación: evento.

Es importante tener en cuenta que el reporte se realice teniendo en cuenta mediante la siguiente clasificación:

Tipo de evento	Formato de reporte	Reportar a	Responsable del análisis
Evento adverso o incidente asociada a la atención en salud	F-SP-04. Reporte de incidente y/o evento adverso asociado a la atención en salud	Líder del Programa de Seguridad del Paciente	Comité de seguridad del paciente
Reacción adversa a medicamento	F-FAR-01. Reporte de reacciones adversas a medicamentos	Coordinador de Farmacia	Comité de farmacovigilancia
Evento adverso o incidente con dispositivo médico.	F-GT-01. Reporte de incidentes y-o eventos asociados al uso de dispositivos médicos	Coordinador de Farmacia	Comité de tecnovigilancia

4.6.2. Metodologías de análisis de eventos adversos

Análisis Teoría del Queso Suizo



Esta teoría pretende ilustrar la forma en que se presenta un evento adverso. Entendiendo como punto de partida que los agujeros del queso suizo no tienen continuidad dentro de la estructura, esto quiere decir que si se ingresa por un agujero no se podrá atravesar hasta otro agujero de salida siguiendo líneas rectas.

Entonces, lo anterior se ha aplicado a la presentación de los eventos adversos. Se considera que el sistema es un “queso suizo” diseñado para que el evento adverso no se presente. Sin embargo, en ciertas situaciones la presentación de un error o un evento adverso sucede por la alineación de varios factores que llevan a su ocurrencia. Para mayor entendimiento de esta teoría hemos de Si el evento es clasificado como moderado, grave.

El programa de seguridad del paciente, realizará el análisis respectivo al reporte, teniendo en cuenta la información obtenida mediante la metodología del Modelo Organizacional de Causalidad de Errores y Eventos Adversos (Protocolo de Londres).

Análisis Protocolo de Londres

Es otro método utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. El protocolo de Londres mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud, y no simplemente al evento en sí para detectar las causas del error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos.

A continuación, se muestra el modelo:

Su implementación en el campo de la atención en salud se soporta en la experiencia que se tiene utilizándolo en otros sectores como la aviación, las petroleras, y el de la producción de energía nuclear, donde un resultado no esperado (accidente)usualmente es catastrófico.

Por ello, la investigación exhaustiva para saber qué pasó, es mandatorio. Para su implementación exitosa se recomienda que, en lo posible, se aleje de la evaluación del desempeño individual y no genere procesos disciplinarios y retaliaciones, lo cual ocurre muy frecuente en nuestro sistema de salud.

4.6.3. Investigación de eventos adversos e incidentes

Una vez es recibido el reporte del evento, el referente del programa respectivo debe realizar la verificación del mismo, complementar los datos requeridos y convocar al comité que corresponda para efectuar el respectivo análisis; para esto tener en cuenta las metodologías

de análisis determinadas en el *M-FAR-01. Manual de Farmacovigilancia* y en el *P-GT-01. Programa de Tecnovigilancia.* Para el caso de los eventos adversos asociados a la atención en salud, el análisis se realizará teniendo en cuenta:

Para realizar el análisis de los eventos tener en cuenta lo siguiente:

- Revisión de la historia clínica: la primera fuente de información debe ser la historia clínica. Allí se encuentra la mayor parte de la información necesaria para, objetivamente, saber qué pasó. Debe hacer una revisión muy cuidadosa de la historia clínica, elaborar un resumen que contenga las fechas y los aspectos clínicos más importantes de la atención médica, haciendo énfasis especial en los atributos de calidad: oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Este resumen y la historia clínica completa deben estar disponibles al momento del análisis del evento en el comité de seguridad.
- Entrevistas: es muy importante, también, para quien investiga, hablar previamente con los involucrados y preguntarles sobre su versión de lo sucedido. En ocasiones, si es posible, hablar con el paciente y la familia ayudará también a tener más elementos de juicio para la discusión al momento del análisis. Se debe indagar sobre la acción insegura o falla activa y los factores que contribuyeron en la acción. Se recomienda entrevistar a todos los miembros del servicio en búsqueda de factores que pudieron contribuir a la presencia de la acción insegura o falla activa.
- Indagación documental: se debe verificar si en el servicio donde se presentó el evento se cuenta con guías, protocolos, procedimientos que generen barreras de seguridad, si éstos son conocidos por el personal asistencial y están disponibles para la consulta. Para esto se entrevista al personal responsable de la gestión documental y a las personas que deberían conocer estos documentos. Adicionalmente se revisa la estructura y consistencia de la documentación, la facilidad de acceso a los mismos y la socialización.
- Verificación de los recursos tecnológicos: Se verifica si se cuenta con la tecnología adecuada para la prestación del servicio, si se encuentra en buen funcionamiento, si cuenta con el mantenimiento preventivo y si el personal ha sido entrenado en el uso de la tecnología. Para esto se entrevista al personal del servicio y al personal responsable de mantenimiento de equipos, cuando se considere necesario.
- Disponibilidad del personal completo: Se verifica si para el día del evento se encontraba todo el personal del servicio o si existió algún cambio en el personal o una ausencia del mismo. Para ello se indaga con el personal del servicio, cuando se considere necesario. Este modelo multicausal considera diferentes factores contribuyentes como son los del paciente, de la institución, de la gerencia, de la tarea y tecnología, del ambiente, del individuo y del trabajo en equipo. Los creadores del modelo recomiendan enfocarse inicialmente en los del paciente y su carga de enfermedad como los fundamentales para tener resultados no esperados. Identificado el factor contribuyente y priorizadas las causas por frecuencia e impacto, seguidamente nace la acción correctiva, la cual se vuelve preventiva a futuro (barrera) para evitar que el mismo evento se repita. En el

transcurso del tiempo la Dirección del programa de seguridad del paciente debe hacer vigilancia a que efectivamente se implementen las acciones de mejora recomendadas.

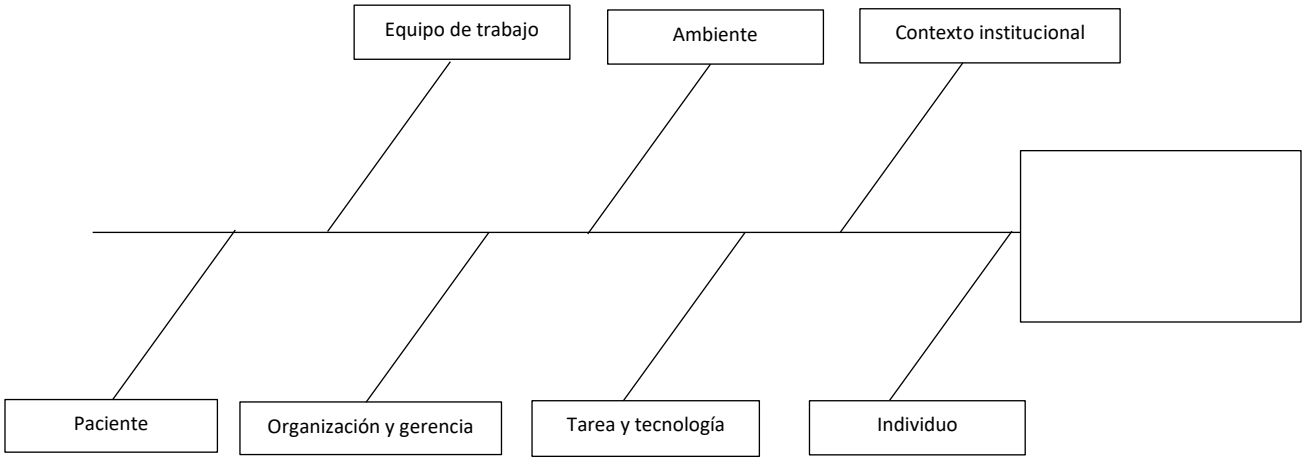
Una vez finalizada la etapa de investigación, se realiza el análisis en el comité de seguridad; para esto se deben seguir los siguientes pasos:

- Invitación al comité: se debe invitar a los miembros permanentes y las personas relacionadas con el evento.
- Lectura del resumen de la investigación: la persona o el equipo referente para la seguridad del paciente realiza la lectura de los resultados de la investigación.
- Se realiza el análisis: para esto, el referente inicia indagando a los participantes del comité: "¿cómo cada factor contributivo predispuso o no a la presencia de la falla activa o acción insegura?", uno por uno.

Durante el análisis realizado por el comité tener en cuenta:

Origen	Factor Contributivo
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 - Confiabilidad de pruebas diagnósticas - Ayuda para la toma de decisiones
Individuo	- Conocimiento, habilidades y competencia - Salud física y mental
Equipo de Trabajo	- Comunicación verbal y escrita - Supervisión y disponibilidad de soporte - Estructura del equipo
Ambiente	- Personal suficiente - Mezcla de habilidades - Carga de trabajo, patrón de turnos
Organización y Gerencia	- Disponibilidad y mantenimiento de equipos - Soporte administrativo y gerencial - Clima laboral, ambiente físico
Contexto Institucional	- Disponibilidad y mantenimiento de equipos - Soporte administrativo y gerencial - Clima laboral, ambiente físico

Los factores contributivos se registran en la figura de espina de pescado



Determinados los factores contributivos, se sugiere realizar la priorización de los mismos de tal manera que se identifique las causas reales y se efectúe la respectiva determinación de las acciones de mejoramiento, para la priorización tener en cuenta lo siguiente:

Probabilidad	Nivel	Impacto	Nivel
1	Baja: es muy poco factible que el hecho se presente	1	Baja: Si el hecho llegara a presentarse tendría bajo impacto o efecto en la entidad.
2-3	Media: Es factible que el hecho se presente	2-3	Media: Si el hecho llegara a presentarse tendría impacto medio o efecto en la entidad.
4-5	Alta: Es muy factible que el hecho se presente	4-5	Alta: Si el hecho llegara a presentarse tendría alto impacto o efecto sobre la entidad.

Finalizada la priorización, se evalúan los que se encuentren ponderado con una calificación mayor, se realiza la determinación del plan de mejoramiento; antes de iniciar la ejecución del análisis del evento se debe realizar la recolección de la información en el formato *F-SP-05. Registro de Entrevista de Eventos de atención en salud* y la información del análisis realizado, quedara registrado en el formato *F-SP-06. Análisis de eventos asociados a la atención en salud.*

4.7. MANEJO DE VÍCTIMAS DE UN EVENTO EN SALUD

Paciente: Es la primera víctima del evento adverso, si sobrevive al evento adverso, sus trastornos psicológicos, espirituales y socio-culturales será proporcional a la incapacidad que se le haya generado, pero dependerán también del tipo de personalidad que tenga, del tipo de familia a que pertenezca y del entorno social en que se mueva, que actuarán como

caja de resonancia. Se debe tener en cuenta todos estos factores en el ejercicio de sus funciones como tal.

Equipo de salud: Segunda víctima de su propio evento adverso. El equipo de salud es también una segunda víctima porque puede tener los mismos daños que se observan en la primera víctima, incluidos los físicos si como resultado de su actuar adquiere una infección, por Ej.: El sida o hepatitis. En su caso también juegan papel su personalidad, la de su familia y la índole del entorno en el cual se mueve.

Familias: Son las víctimas terciarias del evento adverso. No cabe duda que las familias de los pacientes se constituyen en víctimas del evento adverso. Ven cambiada su existencia y requieren ayuda psicológica para superar los estragos del trauma.

Instituciones de salud: Se consideran terceras víctimas del evento adverso Las instituciones de salud se consideran como terceras victimas en temas de costos y aspectos legales, puesto que la prolongación de la estancia hospitalaria, las intervenciones realizadas para mitigar o solventar el evento generan pérdidas desde el punto de vista financiero, además de la afectación legal y la imagen corporativa de la institución.

Acciones de Mejora Asume el Equipo de Salud como Segunda Víctima

Ante la ocurrencia de un evento adverso:

- Socialización del evento adverso al equipo de la especialidad para fortalecer la Política de Seguridad del Paciente.
- Implementación de nuevas prácticas seguras, en caso de requerirse.
- Desarrollo de acciones educativas, entre ellas: Revisión, socialización de protocolos, procedimientos y/o guías clínicas relacionadas con el Evento.
- Acompañamiento al paciente y su familia hasta la resolución del evento adverso
- Acompañamiento Institucional por Asesoría jurídica si el evento adverso es centinela.
- En caso de eventos adversos repetitivos donde se encuentra involucrado el factor humano, especialmente por el mismo
- personal de salud se tomarán acciones relacionadas en la evaluación de desempeño institucional.

Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.

El objetivo de la notificación y el análisis del evento es el aprendizaje a partir de la información recibida, la mayoría de los eventos adversos atribuibles a la atención en salud no deberían ser tributarios de acciones legales, ya que en sus causas no se puede identificar intencionalidad o negligencia.

Información a suministrar al paciente y su familia ante un evento adverso

Una vez efectuada la revisión del caso con la segunda víctima y definida la necesidad de informar el evento adverso al paciente y su familia, se procede a dar la información, para lo cual tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Establecer con el paciente y/o su familia una comunicación asertiva y efectiva, esta práctica le ofrece al paciente seguridad y confianza, cumpliendo con el respeto a los derechos de los pacientes.
- Utilizar lenguaje común, que sea entendible a cualquier tipo de población, evitar usar términos científicos o médicos que puedan confundir a quien esta recibiendo la información.
- Expresar compasión por el sufrimiento ajeno: decir “siento mucho lo que ustedes están sintiendo” no es lo mismo que decir “fue mi culpa”.
- Siempre dar una explicación sobre lo que paso y porqué pasó. Su silencio puede ser interpretado por el paciente y/o su familia como una falta de compasión con su dolor.
- Recordar que decir lo siento no significa que usted esté aceptando culpabilidad.
- Diferentes estudios han mostrado que para los pacientes es muy importante asegurarse de que el error sucedido con ellos no volverá a pasar, por lo tanto, confírmeles que la institución tomará acciones en este sentido.
- Brindar información sobre las opciones terapéuticas para el tratamiento oportuno y efectivo de las consecuencias del evento adverso sucedido.
- Por ningún motivo se debe prometer lo que no que no puede cumplir ni hay que comprometerse con información sobre indemnización o conciliación financiera.
- Es importante realizar acompañamiento al paciente y su familia hasta la resolución del evento adverso

4.8. INDICADORES DE GESTIÓN

Para evaluar la gestión del programa de seguridad del paciente, se calcularán los siguientes indicadores:

- Eventos adversos
- Incidentes adversos.
- Tasa de caída de pacientes en consulta externa, hospitalización, urgencias y ayudas diagnósticas.
- Tasa de úlceras por presión
- Reingreso de pacientes al servicio de urgencias por la misma causa en las primeras 72 horas.
- Reingreso al servicio de hospitalización por la misma causa en los primero 15 días.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2. Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf (minsalud.gov.co)

6. ANEXOS Y DOCUMENTOS ASOCIADOS

- F-SP-04. Reporte de incidente y/o evento adverso asociado a la atención en salud.
- F-FAR-01. Reporte de reacciones adversas a medicamentos.
- F-GT-01. Reporte de incidentes y-o eventos asociados al uso de dispositivos médicos.
- F-SP-05. Registro de Entrevista de Eventos de atención en salud.
- F-SP-06. Análisis de eventos asociados a la atención en salud.

7. CONTROL DE CAMBIOS Y MODIFICACIONES

No	Fecha	Motivo de revisión
00	20/05/2014	Liberado
01	13/03/2015	Actualización
02	22/04/2021	Revisión y actualización de la información.