PROGRAMA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del Cambio
1	02/04/2013	Se actualiza documentación que conforma el manual de calidad de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, ya que se cambia logo de la entidad
2	29/07/2013	Se detalla la metodología herramientas a utilizar para la implementación de la Política de Seguridad, se definen 7 procesos como seguros para aplicación en los diferentes centros de atención
3	18/09/2013	Se incluye la ficha técnica de los indicadores
4	17/02/2016	Ajuste en las actividades para la implementación
5	25/05/2018	Ajuste en el plan de capacitacion anual. Anexo PROGRAMA DE CAPACITACION ANUAL
6	23/08/2018	Revisión del contenido teniendo en cuenta los establecido en la Resolución 2003, estándar de procesos prioritarios. Inclusión de los 11 correctos.
6.1	02/10/209	Actualización de los procesos seguros adoptados por la institución, los cuales pasan de ser 8 a 10, se incluyen: ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad y comunicación efectiva entre

		pacientes que atienden y cuidan a los pacientes. Ajuste del proceso seguro de prevención de infecciones.

1. **PLANEACION ESTRATEGICA:** La misión de la ESE incorpora como elemento fundamental de su quehacer **"garantizar el derecho a la adecuada y segura atención en salud".**

   Su política Integral de Gestión**,** incluye la de Seguridad del Paciente**,** en el enunciado en el cual se compromete a "**garantizar servicios de calidad para la satisfacción y seguridad de nuestros clientes".**

   El equipo institucional para la gestión del Programa de Seguridad del Paciente, se hará a través de los **Comités locales** en cada centro de atención y **Comité Central**, con el apoyo de **líderes de seguridad** en cada centro de seguridad.

2. **FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL**

El Programa de Seguridad del Pacientes tendrá como herramientas para la implementación, las siguientes etapas:

2.1. **PROCESO FORMAL PARA EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS**: Todo el personal asistencial está habilitado para reportar los posibles incidentes y eventos adversos. El reporte se hará a través del formato FTO-GCAL-IREA-135, el cual está disponible en medio físico y magnético.

2.2. **ANÁLISIS DEL REPORTE DE LOS EVENTOS ADVERSOS Y MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS**: esta actividad se desarrolla de manera local en cada uno de los servicios de los centros de atención, la metodología adoptada por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias es el **Protocolo de Londres**.

2.3. **PROGRAMA DE CAPACITACION ANUAL**: se designa recurso humano del Área de Calidad para el programa de capacitacion, se elaborara material educativo en físico y magnético que será entregado a cada líder o referente. Se coordina con la Subgerencia Científica el bloqueo de una hora para asistir a la capacitacion. Adicional se programan actividades por servicio.

2.4. **IMPLEMENTACION DE LAS SESIONES BREVES**: corresponde a una actividad de duración de 5 minutos la cual se realizara de manera semanal en una jornada y se irá incrementando a medida de los resultados para incentivar la cultura.

2.5. IMPLEMENTACION DE LA RONDA DE SEGURIDAD: el Coordinador o referente será el encargado de realizar según cronograma realizado la ronda de seguridad, teniendo en cuenta los servicios que oferte el centro de atención.

2.6. SEGUIMIENTO A RIESGO: contamos con un formato de seguimiento a riesgo para todos los servicios que debe diligenciarse diariamente, de manera mensual se consolida y entregara al Coordinador o referente para consolidar los indicadores por el centro de atención, que serán socializado en el comité de Seguridad del Paciente.

3. **MEDICIÓN, ANÁLISIS, REPORTE Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS**:

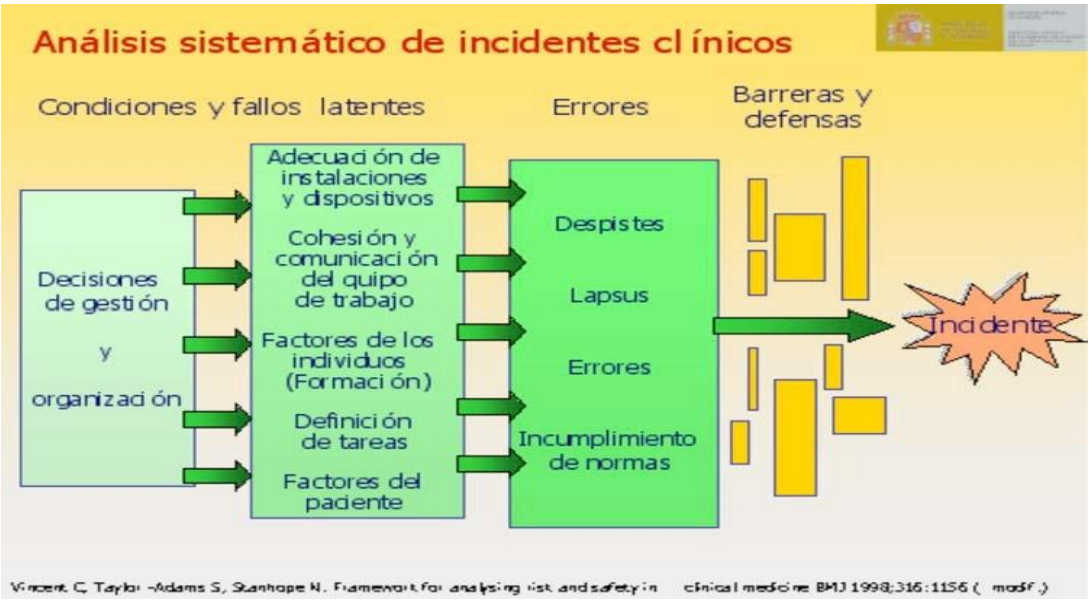
3.1 METOLOGIA ADOPTADA PARA EL ANALISIS: PROTOCOLO DE LONDRES

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como **"Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos"**.[1]
Consiste en un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos.

La metodología del abordaje mejora el proceso investigativo porque:
• Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia con respecto a una buena práctica es apenas el primer paso de una investigación profunda.
• Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y hasta cierto punto predecible.
• Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado.
• Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa.

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas.



3.2 ELEMENTOS DEL PROTOCOLO DE LONDRES

- **ACCIONES INSEGURAS**

Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:
1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en Salud	No se realiza cuando está indicado
	Incompleta o Insuficiente
	No disponible
	Paciente equivocado
	Proceso o servicio equivocado
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	No se realiza cuando está indicado
	Incompleta o insuficiente
	No disponible
	Paciente equivocado
	Proceso equivocado/ Tratamiento /procedimiento.
	Parte del cuerpo equivocada/ cara/ sitio
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	Documentos que faltan o no disponibles
	Retraso en el acceso a documentos
	Documento para el paciente equivocado o Documento equivocado
	Información en el Documento confusa o ambigua /

	ilegible / incompleta
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	Torrente sanguíneo
	Zona quirúrgica
	Absceso
	Neumonía
	Cánulas intravasculares (catéteres)
	Prótesis infectadas / sitio
	Urinario dren / Tubo (Sondas vesicales)
	Tejidos blandos.
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	Paciente equivocado
	Medicamento equivocado
	Dosis / Frecuencia incorrecta
	Formulación incorrecta o presentación
	Ruta equivocada
	Cantidad incorrecta
	Etiquetado / Instrucción incorrectos
	Contraindicación
	Almacenamiento incorrecto
	Omisión de medicamento o dosis
	Medicamento vencido
	Reacción adversa al medicamento.
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	Paciente equivocado
	Sangre equivocada / producto sanguíneo
	Dosis o frecuencia incorrecta
	Etiquetado / instrucción incorrectos
	Contraindicado
	Almacenamiento incorrecto
	Omisión de medicación o la dosis
	Sangre / derivado sanguíneo caduco efectos adversos
Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	Paciente equivocado
	Dieta incorrecta
	Cantidad incorrecta
	Frecuencia incorrecta
	Consistencia incorrecta
	Almacenamiento incorrecto
Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxigeno o gases medicinales	Paciente equivocado
	Gas / vapor incorrecto
	Flujo y concentración equivocados
	Modo de entrega equivocado
	Contraindicación
	Almacenamiento incorrecto
	Fallas en la administración

	Contaminación
	Deficiente técnica de preparación
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	Presentación y embalaje deficientes
	Falta de disponibilidad
	Inapropiado para la Tarea
	Sucio / Mal funcionamiento
	Desalojado / desconectado / eliminado
	Error de uso
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	Incumplimiento de normas o falta de cooperación / Obstrucción
	Desconsiderado / Rudo / hostil / inapropiado
	Arriesgado / temerario / peligroso
	Problema con el uso de sustancias / abuso
	Acoso
	Discriminación y Prejuicios
	Errático / fuga
	Autolesionante / suicida
Tipo 11: Caídas de pacientes	Catre/ Cama
	Silla
	Camilla
	Baño
	Equipo terapéutico
	Escaleras / Escalones/pasillo
	Siendo llevado / apoyado por otra persona
Tipo 12: Accidentes de pacientes	Mecanismo (Fuerza) Contundente
	Mecanismo (Fuerza) cortante penetrante
	Otras fuerzas mecánicas
	Temperaturas
	Amenazas para la respiración
	Exposición a sustancias químicas u otras
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	Inexistente / inadecuado
	Dañado / defectuoso / desgastado
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
	Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
	Recursos humanos / disponibilidad de personal / adecuación
	Organización de Equipos / personal
	Protocolos / Políticas / procedimientos / Disponibilidad de guías/ Adecuación
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de	Recolección
	Transporte
	Clasificación

patología	Registro de datos
	Procesamiento
	Verificación / Validación.
	Resultados

- **FACTORES CONTRIBUTIVOS**

Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	Complejidad y gravedad Lenguaje y comunicación Personalidad y factores sociales
TAREA Y TECNOLOGIA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura Disponibilidad y uso de protocolos Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnosticas 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 del equipo
AMBIENTE	Personal suficiente Mezcla de habilidades Carga de trabajo Patrón de turnos Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos Soporte administrativo y gerencial Clima laboral Ambiente físico
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras Estructura organizacional Políticas, Estándares y metas Prioridades y cultura organizacional
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio Contactos externos

- **BARRERAS DE SEGURIDAD**

FISICAS	Barandas

	Bandas antideslizantes Señalización
HUMANAS	Listas de verificación Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación. Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación y entrenamiento Protocolos para la remisión oportuna de pacientes. Adherencia a Guías de atención
NATURALES	Construcción en zonas libres de riesgo
TECNOLOGICAS	Manual de mantenimiento preventivo Barreras de seguridad en la utilización de tecnología
ADMINISTRATIVAS	Entrenamiento y Supervisión Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación y entrenamiento Programas para evitar las caídas de pacientes. Dotación de Dispensadores de alcohol Procesos, protocolos, guías, manuales Programa salud ocupacional
FARMACOLOGICAS	Manual de Farmacovigilancia

3.3 PASOS EN LA INVESTIGACION Y ANALISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

1. **IDENTIFICACIÓN Y DECISIÓN DE INVESTIGAR:** posterior a su reporte corresponde realizar el análisis. Aquí es importante resaltar que se promueva activamente la cultura de no sanción y de una oportunidad de mejoramiento el reporte efectivo y oportuno de los incidentes y/o eventos adversos. Sin importar la gravedad del incidente y/o evento se debe entender el potencial de aprendizaje institucional que resultara de este análisis.

2. **SELECCIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR:** en la ESE existirán dos instancias, una que se desarrolla en el centro de atención que reporta y uno posterior que se realizara con los coordinadores asistenciales, personal médico y el referente.
3. **OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** debe recolectarse la información que oriente sobre los hechos que influyeron en la presentación del incidente o evento adverso. Como mínimo: historia clínica completa, protocolo y procedimiento relacionado con el incidente, entrevista, registros del servicio y otros que sean relevantes. Para la entrevista contamos con el protocolo que sugiere esta metodología codificado con
4. **PRECISE LA CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE:** establecer qué y cuándo ocurrió.
5. **IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES INSEGURAS:** en esta etapa se requiere la participación de todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. Es importante que se definan si las acciones inseguras sean conductas específicas, ya sea por acción o por omisión.
6. **IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS:** análisis que utiliza como herramienta el Diagrama de Espina de pescado para definir qué factores contribuyeron para presentación del incidente y/o evento adverso.

La medición se realizara en un tablero de control de consolidación mensual. El instrumento es el formato codificado FTO-GCAL-TREA-138 Tablero de reporte de indicadores de eventos adversos.

3.4. **EVIDENCIA DE ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN LA ATENCIÓN-COMITÉ DE SEGURIDAD:** teniendo como soporte la Resolución 0194/2016 se le da creación al comité de Seguridad del Paciente que tendrá una periodicidad mensual, con funciones específicas y diferentes a las establecidas en el comité de calidad.

3.5. **REGISTROS DE LAS ACCIONES REALIZADAS DEL TRATAMIENTO POR UNA FALLA:** los procedimientos o actividades realizadas por el Equipo de salud en virtud de hacer la corrección de una falla en la atención, deberá ser **obligatoriamente,** registrada en la historia clínica.

3.6. MEDICION ANUAL DE LA PERCEPCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se establece que la medición se realizara el segundo semestre del año. Se aplicara a una muestra de 10 funcionarios en los centros de atención con servicios

hospitalarios y 5 funcionarios en los centros de atención ambulatoria. El formato establecido para esta evaluación es FTO-GCAL- ECP-116.

4. PROCESOS SEGUROS

Para la evaluación de los procesos seguros adoptados por la Institución en cada uno de los servicios que se oferta en el centro de atención. El formato FTO-GCAL-EPS-326.

Los procesos seguros que se deben aplicar son:

4.1 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN

- **HIGIENE DE LAVADO DE MANOS**

a. 5 momentos para la higiene de las manos
   Antes de tocar al paciente
   Antes de realizar una tarea limpia/aséptica
   Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
   Después de tocar al paciente
   Después del contacto con el entorno del paciente

b. Protocolo de higiene de manos codificado PT-GCAL-LDM-305
c. Instrumento de evaluación de la adherencia equipo de salud y usuarios. Formato FTO-GCAL-EPLL-306
d. Material educativo y ayudas para el fomento de la aplicación de la Estrategia de Lavado de manos.
e. Consolidado de consumo de elementos de la Estrategia de lavado de manos por centro de atención.

De responsabilidad en la parte documental del Área de Calidad, en la difusión tanto el equipo de calidad como los Coordinadores Misionales, lo mismo que en la evaluación.

- **PREVENCION DE INFECCIONES**

a. Definición de condiciones de aislamiento: realizar aislamiento de pacientes que los requieran
b. Normas de bioseguridad en los servicios
c. Normas sobre uso y reúso de dispositivos médicos
d. Manejo y gestión de los residuos
e. Protocolos de limpieza y desinfección de áreas, superficies, manejo de ropa hospitalaria y descontaminación por derrames

f. Vacunar a todos los miembros del equipo de salud
g. Esterilización de instrumental y material utilizado
h. Implementar medidas en sitio quirúrgico
i. Participación de la familiar en las actividades de autocuidado

Para el cumplimiento de estos requerimientos, cada coordinador de los servicios ajustara y actualizara los documentos que soporten estos procedimientos.

4.2 SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

- **USO DE LOS 11 CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

Estos se realizaran en dos etapas: preparación y administración.

Preparación:

- ✓ Medicamento correcto
- ✓ Dosis correcta
- ✓ Vía correcta
- ✓ Hora correcta

Administración:

- ✓ Paciente correcto
- ✓ Educación correcta al usuario y a la familia sobre el medicamento administrado y su indicación.
- ✓ Registro correcto de la historia farmacológica del paciente.
- ✓ Revisión correcta de historia de alergias medicamentosas.
- ✓ Correcto conocimiento de las posibles interacciones farmacológicas.
- ✓ Registro correcto de cada medicamento administrado.
- ✓ Correcto cumplimiento de normas de bioseguridad.

- **IDENTIFICACION Y DEFINICION DE LOS MEDICAMENTOS DE USO CON EFECTOS SECUNDARIOS IMPORTANTES Y MOLESTOS**
- **IDENTIFICAR Y DEFINIR LOS MEDICAMENTOS CON SIMILITUD EN NOMBRE O SU PRESENTACION PARA SU CORRECTA DIFERENCIACION**
- **UTILIZACION SEGURA DE MEDICAMENTOS**

Información al paciente con el medicamento prescrito

Marcaje de medicamentos de alto riesgo clínico

Cumplimiento de procedimiento de almacenamiento

4.3. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES:

Este proceso seguro lo aplicaremos teniendo en cuenta los momentos del proceso de atención: antes del ingreso, antes de la realización de cada procedimiento o atención y después del egreso.

1. **Antes del ingreso verificar:**

- ✓ **Nombres y apellidos completos del paciente**
- ✓ Tipo de documento de identificación, el número.
- ✓ Sexo
- ✓ **Fecha de nacimiento**
- ✓ Edad
- ✓ Lugar de residencia habitual
- ✓ Número telefónico

Nota: datos más relevantes resaltados.

2. **Antes de la realización de cada procedimiento o atención:**

- ✓ Identificación verbal: dos identificadores inequívocos del paciente: nombres y apellidos completos y fecha de nacimiento.
- ✓ Verificación cruzada: brazalete/verbal/ficha clínica, tablero de identificación de paciente (paciente urgencia y hospitalización)

3. **Después del egreso:**

- ✓ Verificar personal, paciente y/o familiares que la información suministrada sea la correcta en ordenes, formulas y otros,

Uso del brazalete:

- ✓ Pacientes adultos hospitalizados: este brazalete debe registrar nombres y apellidos, documento de identificación y fecha de nacimiento.
- ✓ Pacientes recién nacidos: este brazalete debe registrar nombres y apellidos, de las madres, fecha de nacimiento, hora de nacimiento y sexo.
- ✓ Pacientes discapacitados de entregar información sin acompañante, sin documentación: este brazalete debe registrar sexo y NN en lugar del nombre.

Ubicación del brazalete:
En la muñeca del brazo que más utiliza y al nacer en el pie derecho.

- **REGLAMENTO DE LA IDENTIFICACION VERBAL DEL PACIENTE**

Proceso mediante el cual el profesional sanitario comprueba la identidad del paciente preguntando: nombre apellidos y fecha de nacimiento.[5]

1. Todo paciente atendido en la ESE se le solicitaran sus datos de identificación, haciendo énfasis en la correcta escritura y se **hará previa a la prestación del servicio**, excepto en los casos de urgencias vitales.
2. La verificación de la identidad se hará de manera **obligatoria** antes de los procedimientos; consistirá en la correspondencia de dos identificadores inequívocos del paciente: nombres y apellidos y fecha de nacimiento.
3. **Todos** los funcionarios responsables de las comprobaciones de derechos deben realizar la verificación de los identificadores inequívocos: nombres y apellidos y fecha de nacimiento.

- **USO DE BRAZALETE EN SERVICIOS DE SALAS DE PARTO**

Características de la pulsera:
Pulsera de color BLANCA.

- Texto en negro, con tamaño mínimo de letra 12 y fuente común.
- Material antialérgico (sin látex) e inocua para el paciente.
- Resistente a la tensión y rotura en cualquier dirección ya sea en seco o en mojado.
- Inmunes al calor y a la humedad.
- Tinta indeleble e impresión resistente a la abrasión y al agua.
- Flexibles y cómodas, sin bordes cortantes.
- Cierre seguro con troquel de seguridad no manipulable.
- Imposibilidad de reutilización tras la rotura del cierre de seguridad.
- Ajustada a la normativa vigente en materia de calidad y protección del medio ambiente.
- La pulsera adaptada al tamaño del paciente (desde neonatos a adultos).
- Que permita un manejo fácil por parte del profesional (almacenaje, cumplimentación de los datos, impresión, actualización de la información, colocación en el paciente, etc.).

OTRAS MEDIDAS DE IDENTIFICACION

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.

4.4. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO

Para este proceso seguro definimos 9 pasos a tener en cuenta

1. Solicitud de la orden medica
2. Identificación del paciente: verificación cruzada (orden/identificación)
3. Dar indicaciones al paciente
4. Selección de la zona a puncionar
5. Selección de los insumos con que se toma la muestra
6. Recolección de la muestra
7. Transporte y almacenamiento
8. Análisis de la muestra:

Todos estos pasos contribuirán a evitar acciones inseguras asociadas con la etapas de proceso como son:

En la etapa pre analítica:

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

En la etapa analítica:

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

En la etapa post analítica

- Errores en la entrega de resultados.

4.5 PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS

- **CLASIFICACION DEL RIESGO DE CAIDAS**

Aplicación de la escala de Morse.

Las actividades a implementar en este proceso seguro las clasificamos por el equipo de salud y por el paciente

Equipo de salud

a. Clasificar el riesgo de caída
b. Supervisar elevación de barandas en camilla
c. Bloquear movimiento de las barandas en camilla
d. Educar sobre el uso del timbre de enfermería
e. Mantener el orden de la habitación o sala
f. Participación de las familia en las actividades de autocuidado
g. Colocar cintas antideslizantes en pisos
h. Emplear las barreras de apoyo
i. Promover el uso de la escalerilla

El paciente

a. Evitar caminar sobre suelo mojado. Respete la demarcación y sigue las rutas de circulación
b. Espeta las señales de advertencia y/o precaución
c. Evita transitar por áreas poco iluminadas
d. Apóyate de los pasamanos
e. Si es necesario utilice su andador, bastón o silla de ruedas
f. Cumpla con las normas de prevención
g. Avise cualquier novedad

4.6 PREVENCION DE ESCARAS O ULCERAS POR PRESION (DECUBITO)

Aplicación de la escala de Braden.

La escala permitirá valorar según los siguientes criterios el riesgo del paciente que será alto cuanto el resultado es < de 12 puntos, moderado entre 12 y 16 puntos y bajo de 15-16 (si <75 años) y 15-18 (si >75 años)

PERCEPCIÓN SENSORIAL
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD
ACTIVIDAD
MOVILIDAD
NUTRICIÓN
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO
ROCES
1
Completamente limitada
< Nivel de conciencia
Sedación
No reacción ante dolor
< Capacidad sensitiva
Constantemente húmeda
Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente
Encamado/a
Completamente inmóvil
Muy pobre
<2
1/3 del alimento
0 ayunas, dieta líquida o suero > 5 días
Problema
Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido
2
Muy limitada
Reacciona solo ante estímulo doloroso
No comunica malestar
Déficit sensorial
A menudo húmeda
Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno
En silla
Muy limitada
Probablemente inadecuada
x3
1/2 del alimento
0 recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG
Problema potencial
Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia
3
Ligeramente limitada
Reacciona ante órdenes verbales
No siempre comunica malestar
Alguna dificultad sensorial
Bla, bla...
Ocasionalmente húmeda
Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día
Deambula ocasionalmente
Ligeramente limitada
Adecuada
x4
> 1/2 del alimento
0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral
No existe problema aparente
Se mueve en la cama y en la silla con independencia
4
Sin limitaciones
Responde a órdenes verbales
Sin déficit sensorial
Bla, bla...
Raramente húmeda
Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
Deambula frecuentemente
Dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas
Sin limitaciones
Excelente
>4
Come entre horas y no requiere suplementos
ALTO = < 12 PUNTOS
MODERADO = 12 - 14 PUNTOS
BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años)
15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)
Hospital Local Cartagena de Indias

4.7 ATENCION SEGURA DEL BINOMIO MADRE- HIJO

- Política para evitar barreras administrativas a las gestantes
- Prescripción segura de medicamentos como:

Antibióticos, anticonvulsivantes, oxitócicos, líquidos y hemoderivados y sustitutos

- Atención por personal calificado teniendo en cuenta:

Identificación de todo recién nacido

Contar con kit de manejo de la emergencia obstétrica e insumos y dispositivos necesarios para la atención del parto

Partograma

Educación efectiva

Vigilancia del postparto inmediato

4.8 GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

4.9 ILUSTRAR AL PACIENTE EN EL AUTO CUIDADO DE SU SEGURIDAD

Este proceso seguro lo implementamos a través de la enseñanza de los 5 momentos para el uso seguro de la medicación.

a. Inicio de tratamiento

¿Cuál es el nombre del medicamento?
¿Para qué sirve?
¿Cuáles son los riesgos y posibles efectos secundarios?

b. Tomando el medicamento

¿CUÁNDO tengo que tomar el medicamento?
¿Qué CANTIDAD debo tomar?
¿Qué debo hacer en caso de efecto secundario?

c. Adición de un medicamento

¿POR QUÉ necesito otro medicamento más?
¿He informado al resto de profesionales sanitarios?
¿Debo esperar algún tipo de interacción con mi tratamiento actual?

d. Revisión del tratamiento

¿Hasta CUÁNDO debo tomar cada medicamento?
¿Estoy tomando algún medicamento que ya no necesito?
¿Cada cuánto tiempo debe ser revisado mi tratamiento?

e. Finalización del tratamiento

¿CUÁNDO tengo que dejar de tomar cada medicamento?
¿Alguno de ellos debo hacerlo poco a poco?
¿Qué hago si me quedo sin medicación?

4.10 COMUNCIACION EFECTIVA ENTRE PERSONS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES

Este proceso se iniciara con la implementación de 5 actividades fundamentalmente

- ✓ TECNICA TEACH BACK: consiste en que el paciente explique con sus palabras lo transmitido por el profesional
- ✓ Protocolo de comunicación redundante: el equipo que atiende el paciente informa, registra, comunica lo registrado y verifica (IRCV), especialmente en los casos de resultados de paraclínicos.
- ✓ No órdenes verbales
- ✓ Prescripción previa revisión de medicamentos del paciente
- ✓ Listado de acrónimos permitidos

ANEXOS FICHAS TECNICAS INDICADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROCESO: GESTION CALIDAD PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
INDICADOR: PORCENTAJE DE ERRORES EN IDENTIFICACION	
OBJETIVO DEL INDICADOR	Hacer la medición de las fallas en la atención ocasionadas por el no cumplimiento del proceso de identificación.
JUSTIFICACIÓN	Cumplir con la implementación de los procesos seguros
CATEGORIA	Proceso
ATRIBUTOS DE LA CALIDAD	Seguridad
FORMULA DEL INDICADOR	No de eventos o incidentes relacionados con la identificación incorrecta de pacientes en el mes /Total de pacientes atendidos durante el mes X100
ESTANDAR	≤1%
FUENTE DE LOS DATOS	Reportes de eventos o incidentes
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLE	Coordinador del centro de atención

NOMBRE DEL PROCESO: GESTION CALIDAD PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
INDICADOR: FALLAS EN EL PROCESO DE ATENCION POR ADMINISTRACION INCORRECTA DE MEDICAMENTO	
OBJETIVO DEL INDICADOR	Conocer el número de fallas que se generan por la administración incorrecta de los medicamentos
JUSTIFICACIÓN	Medir la adherencia de los cinco correctos en el proceso seguro de administración de medicamentos
CATEGORIA	Proceso
ATRIBUTOS DE LA CALIDAD	Seguridad
FORMULA DEL INDICADOR	No de eventos o incidentes relacionados con la administración de medicamento errónea /Total de pacientes que reciben medicamento durante el mes x 100
ESTANDAR	≤1%
FUENTE DE LOS DATOS	Reportes de eventos o incidentes
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLE	Coordinador del centro de atención
OBSERVACION	Este indicador se medirá en cada servicio donde aplique y el consolidado es que el quedara registrado en este indicador

NOMBRE DEL PROCESO: GESTION CALIDAD PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
INDICADOR: EVENTOS ADVERSOS GENERADOS POR INFECCIONES	
OBJETIVO DEL INDICADOR	Hacer la medición de las fallas en la atención ocasionadas por el no cumplimiento del procedimiento de lavado de manos
JUSTIFICACIÓN	Cumplir con la implementación de los procesos seguros
CATEGORIA	Proceso
ATRIBUTOS DE LA CALIDAD	Seguridad
FORMULA DEL INDICADOR	No de eventos relacionados con la infecciones posterior a la realización de procedimientos /Total de pacientes atendidos en procedimientos durante el mes x 100
ESTANDAR	≤1%
FUENTE DE LOS DATOS	Reportes de eventos o incidentes
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLE	Coordinador del centro de atención

NOMBRE DEL PROCESO: GESTION CALIDAD PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
INDICADOR: PREVENCIÓN DE CAIDAS	
OBJETIVO DEL INDICADOR	Hacer la medición de las caídas que se generaron durante el proceso de atención
JUSTIFICACIÓN	Cumplir con la implementación del proceso seguro de prevención de caídas
CATEGORIA	Proceso
ATRIBUTOS DE LA CALIDAD	Seguridad
FORMULA DEL INDICADOR	No de caídas reportadas en los pacientes /Total de pacientes atendidos
ESTANDAR	≤1%
FUENTE DE LOS DATOS	Reportes de eventos o incidentes
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLE	Coordinador del centro de atención

NOMBRE DEL PROCESO: GESTION CALIDAD PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
INDICADOR: PREVENCIÓN DE ULCERAS DE POSICION	
OBJETIVO DEL INDICADOR	Hacer la medición de las ulceras presentadas en pacientes hospitalizados durante su estancia
JUSTIFICACIÓN	Cumplir con la implementación del proceso seguro de prevención de ulceras de posición
CATEGORIA	Proceso
ATRIBUTOS DE LA CALIDAD	Seguridad
FORMULA DEL INDICADOR	No de pacientes con ulceras de posición reportadas en los pacientes hospitalizados en el mes /Total de pacientes hospitalizados en el mes x 100
ESTANDAR	≤1%
FUENTE DE LOS DATOS	Reportes de eventos o incidentes
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLE	Coordinador del centro de atención

NOMBRE DEL PROCESO: GESTION CALIDAD PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
INDICADOR: COMPLICACIONES OBSTETRICAS	
OBJETIVO DEL INDICADOR	Hacer la medición de las fallas en la atención que generaron complicaciones en el proceso de atención del parto
JUSTIFICACIÓN	Cumplir con la implementación del proceso seguro del binomio madre hijo.
CATEGORIA	Proceso
ATRIBUTOS DE LA CALIDAD	Seguridad
FORMULA DEL INDICADOR	No de complicaciones obstétricas /Total de pacientes atendidos en el servicio de sala de parto
ESTANDAR	≤1%
FUENTE DE LOS DATOS	Reportes de eventos o incidentes
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLE	Coordinador del centro de atención

ANEXOS DOCUMENTOS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. EVALUACION DE LAVADO DE MANOS OMS FTO-GCAL-ELM-325 aplicación anual
2. EVALUACION DE PROCESOS SEGUROS FTO-GCAL-EPS-326
3. SESIONES BREVES DE SEGURIDAD FTO-GCAL-SBS-136
4. RONDA DE SEGURIDAD EN LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES FTO- GCAL-RSCI-238
5. RONDA DE SEGURIDAD .EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS FTO- GCAL-RSUM-239
6. RONDA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION DEL BINOMIO MADRE HIJO FTO- GCAL-RSBM-240
7. RONDA DE SEGURIDAD ASOCIADA PARA EVITAR CAIDAS DE PACIENTES FTO- GCAL-RSCP-241
8. RONDA DE SEGURIDAD ASOCIADA A PREVENCION DE INFECCIONES FTO- GCAL- RSAI-242
9. RONDA DE SEGURIDAD EN PRACTICAS ASOCIADAS A LA CORRECTA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS DEL PACIENTE FTO-GCAL-SAMP-243
10. RONDA DE SEGURIDAD EN PRACTICAS ASOCIADAS A EQUIPOS FTO-GCAL-RSAE-245
11. RONDA DE SEGURIDAD EN PRACTICAS ASOCIADAS A DISPOSITIVOS FTO-GCAL-RSDM-244
12. FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS FTO-GCAL-SAP-135
13. FORMATO DE SESIONES BREVES FTO-GCAL-SBS-136
14. INDICADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE FTO-GCAL-IPSP-323
15. FORMATO DE SEGUIMIENTO A RIESGO FTO-GCAL-SEGR-307
16. TABLERO DE ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS FTO-GCAL-AEA-141
17. TABLERO DIARIO DE INDICADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE FTO-GCAL-IPSP-238
18. ENCUESTA DE CLIMA DE PERCEPCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE FTO-GCAL-ECP-116 aplicación anual
19. FORMATO DE BRIGADA O RONDA DE SEGURIDAD FTO-GCAL-BRS-119
20. EVALUACION DE LAVADO DE MANOS FTO-GCAL-EPLL-306

Realizó	Revisó	Aprobó
DRA. EMPERATRIZ CARDOZO MEZA COOR. CALIDAD		DR. ROQUE BOSSIO BERMUDEZ GERENTE MEDIANTE RESOLUCION