

## Sistema Integrado de Gestión

---

# Manual

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Subproceso Seguridad del Paciente.

## **POLITICA INSTITUCIONAL PROGRAMA “HOSPITAL SEGURO: PACIENTES SEGUROS” DEL HOSPITAL DEL SARARE.**

### **INTRODUCCION.**

*“Según los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el.*

*Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones.*

*La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias”.*

La intencionalidad del mejoramiento continuo de la calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud apunta más allá del desarrollo de acciones que cumplan con lo establecido en la norma con relación a la aplicación de los procesos; su base está fundamentada en generar cultura de seguridad en la mente de los colaboradores de la institución.

Los eventos adversos notificados son una de los principales elementos a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del Sistema pueden verificar si los procesos estandarizados o las acciones de mejoramiento efectivamente se están traduciendo en resultados de la calidad con que se están brindando los servicios que recibe el usuario.

La identificación de los errores hace parte del proceso enseñanza aprendizaje que en futuras acciones se van a mejorar e introducir la corrección de actitudes negativas frente a los procesos de atención.

Un evento adverso trazador se puede caracterizar por aparente falla en la prestación del servicio como señal de una alta probabilidad de que las barreras de seguridad no están funcionando correctamente.

El presente documento reúne los elementos definidos para prevenir, identificar, vigilar, reportar, analizar y gestionar los incidentes y eventos adversos relacionados con la atención del Paciente en buscar siempre de impactar los factores contributivos con las Barreras de seguridad adoptadas por la Institución ESE Hospital del Sarare.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Direccionar la política institucional y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura en el Hospital del Sarare.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Cuantificar y calificar los eventos en cuanto a su severidad.
- ❖ Cuantificar y calificar los factores de riesgo y grupos de riesgo.
- ❖ Fomentar la cultura de reporte de incidentes y eventos adversos.
- ❖ Analizar todos los incidentes y eventos adversos reportados.
- ❖ Establecer las barreras de seguridad necesarias para prevenir la ocurrencia y/o recurrencia de eventos e incidentes adversos.
- ❖ Coordinar los diferentes líderes de servicios las mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- ❖ Homologar la terminología a utilizar en el Hospital.
- ❖ 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.
- ❖ Difundir en toda la Institución ESE Hospital del Sarare la política de seguridad del paciente
- ❖ Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

## ALCANCE

La política de seguridad del paciente está dirigida a todo el equipo de salud para la identificación, notificación, registro y gestión de todos los indicios de atención inseguros, incidentes y eventos adversos relacionados con la atención del Paciente en la E.S.E. Hospital del Sarare.

**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.

**Indicio de Atención Insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

**Evento Adverso:** Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

**Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida

**Incidente:** Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**Seguridad del paciente:** Ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida, es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales.

**Barrera de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

**Falla de la Atención en Salud:** Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión.

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

**Tecnovigilancia:** sistema de vigilancia postmercado, constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo.

**Farmacovigilancia:** sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños en los pacientes (OMS). Actividad en Salud Pública que se encarga de la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos, que se dispensan con o sin fórmula (INVIMA).

**Hemovigilancia:** procedimiento consistente en la detección, recogida y análisis de la información, sobre los efectos adversos e inesperados de la transfusión y donación sanguínea.

## CONDICIONES GENERALES:

La Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente se encuentra a cargo de una Enfermera, y cuenta además con la colaboración de auxiliares de enfermería con el respectivo entrenamiento para dar cumplimiento al programa, que cumplen con la función de ser Oficiales de Seguridad del Paciente, realizando rondas de supervisión, aplicando listas de chequeo que permiten verificar el cumplimiento de las estrategias, búsqueda activa, de fallas y eventos adversos y promoción de la cultura de seguridad.

Las rondas de supervisión son diarias y abarcan una jornada laboral de 8 horas. Donde el auxiliar del Programa llevarán basada en una lista de chequeo evaluara la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente en los servicios de internación.

Entre las funciones más importantes del Programa de Seguridad del Paciente están: Promoción de la Cultura de Seguridad, reporte y gestión de indicios de atención insegura, incidentes y eventos adversos, recepcionar las notificaciones de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Hemovigilancia, Reactivovigilancia, supervisión y rondas de seguridad con la aplicación e implementación de listas de verificación, análisis y presentación de indicadores de seguridad.

## CONTENIDO

### PREMISAS DEL PROGRAMA

La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas de la institución, se incluye al personal que labora por tercerización y servicios de apoyo.

**Enfoque de atención centrada en el paciente:** el resultado más importante que se desea obtener es la satisfacción del usuario y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones.

Es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención diariamente, para analizarlas y generar una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita.

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 número de eventos adversos reportados obedece a la política institucional que induce y estimular el reporte, más no al deterioro de la calidad de la atención.

**El riesgo de sufrir eventos adversos para un paciente existe en todas las instituciones de salud del mundo.**

### **CONFORMACION DEL PROGRAMA**

A través de resolución No. 06 emitida en Febrero de 2014 por la gerencia, se conforma el Comité de Seguridad del paciente, y mediante resolución No 122A(21 Mayo del 2015) el Comité de Seguridad Institucional.

El cual tendrá por objeto Liderar la Gestión de los Eventos/Incidentes Adversos a los Programas Institucionales de Seguridad del Paciente, Tecnovigilancia, Fármacovigilancia, Reactivovigilancia, Hemovigilancia e IAAS, direccionando a cada Responsable Competente del Seguimiento Institucional, Gestión, la Unidad de Análisis y Reporte de cada caso, así como de la implementación de sus estrategias, a partir de la Política de Seguridad Institucional en la ESE Hospital del Sarare,

### **FUNCIONES DEL PROGRAMA**

#### ***Promoción de cultura de seguridad***

Para iniciar el proceso se socializa a todo el personal asistencial, el programa institucional, se da a conocer en su totalidad las guías clínicas y de procedimientos, para los cuales se utilizarán los siguientes medios:

Estrategias educativas: intranet, reuniones primarias y en general, capacitaciones, información en el puesto de trabajo, campañas recordatorias, folletos y afiches alusivos, decálogo del paciente, rondas de seguridad y la institucionalización de la semana de la seguridad del paciente.

#### ***Reporte y Gestión de Eventos Adversos***

#### ***.Acciones de reducción del riesgo:***

Revisión cada tres años de todas las guías clínicas y protocolos de procedimientos de enfermería, fisioterapia y guías médicas para determinar los riesgos inherentes a cada uno y realizar planes de acción.

- ❖ Los coordinadores de cada servicio de internación realizan las solicitudes de modificaciones y actualización de los protocolos de acuerdo a la evaluación de riesgos encontrada.
- ❖ Realizar y aplicar listas de chequeo cada 6 meses de las guías y protocolos de los procedimientos y patologías más frecuentes para evaluar la adherencia del personal y las fallas que se cometen, para intervenirlos.
- ❖ Socializar todas las guías y protocolos y evaluar.
- ❖ El Programa de Seguridad del Paciente en conjunto con los Coordinadores de las áreas, realiza campañas recordatorias para prevenir los errores que sean detectados con mayor frecuencia.
- ❖ El Programa de Seguridad del Paciente en conjunto con los Coordinadores de las áreas, elabora material didáctico como folletos y afiches, sobre los procesos de seguridad en la atención en salud y las estrategias de la institución.
- ❖ Rondas de seguridad y supervisión diaria de pacientes.
- ❖ Programas de educación continuada.
- ❖ Llevar registro estadístico de los errores y eventos adversos reportados e informar a todo el personal periódicamente a través de las reuniones primarias, haciendo análisis de las causas y generar planes de acción para evitar que se repitan.
- ❖ Identificación de los riesgos en áreas priorizadas con el fin de dirigir las acciones a minimizar dichos riesgos.

#### **MECANISMOS PARA LA IDENTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS:**

#### **ACCIONES PARA CUMPLIR CON LA POLITICA:**

- ❖ Se institucionalizará el Comité de Seguridad del Paciente.
- ❖ Se nombrara un Referente de la Seguridad del Paciente; quien será la persona responsable del programa de Seguridad del Paciente.

- ❖ Programa institucional “Hospital Seguro: Pacientes Seguros”
- ❖ Se aprobará por resolución de Comité de Calidad el Manual de Seguridad del Paciente.
- ❖ Se hará capacitación a todo el personal que ingrese a la institución.
- ❖ Se estimulará la cultura del reporte; los eventos adversos NO TRAERÁN COMO CONSECUENCIA SANCIONES PARA LAS PERSONAS IMPLICADAS EN EL MISMO, se exceptúan los siguientes casos:
  - ❖ Casos en los cuales el evento ocurre como consecuencia de que el trabajador se ausente injustificadamente de la institución.
  - ❖ Casos de reincidencia por tercera vez en la ejecución de actos inseguros por parte del mismo funcionario, con el mismo tipo de incidente o evento en un servicio o área en donde ya se han realizado intervenciones con anterioridad y se mantienen acciones de seguimiento.
- ❖ Se Fomentara el auto reporte de incidentes, errores y eventos adversos, teniendo en cuenta la premisa de trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- ❖ Se sancionará el no reporte de eventos adversos centinela, el ocultamiento o manipulación de la información en el marco de las investigaciones que realicen las personas encargadas.
- ❖ -La Seguridad del paciente será una prioridad en el plan de desarrollo institucional y se garantizará la asignación de recursos para el adecuado funcionamiento del programa de Seguridad
- ❖ Se aceptan los reportes de otras personas o procesos en casos en que no se genere el auto reporte.
- ❖ Rondas de Seguridad semanal realizada por el referente en conjunto con los líderes de tecno vigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia, y reactivo vigilancia cuando se requiera..
- ❖ Rondas diarias de Supervisión de Seguridad.

## **RONDAS DE SEGURIDAD**

### **DEFINICION**

Consiste en una visita planificada del personal relacionado con el área y con Seguridad del Paciente, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento guardar una actitud educativa.

Se puede hacer rondas de seguridad general o específica, por ejemplo de medicamentos, siendo este un proceso crítico dentro del tema de seguridad del paciente.

### **PROCESO PARA EL REPORTE DEL EVENTO ADVERSO:**

#### **QUE SE REPORTA:**

- \* Indicio de Atención Insegura
- \* Evento Adverso
- \* Evento Centinela
- \* Incidente

#### **COMO SE REPORTA**

Todo funcionario de la institución está en capacidad de reportar un evento adverso en el momento que este se presente; puede solicitar el respectivo formato al jefe de turno correspondiente o imprimir de la siguiente dirección: [\192.168.1.3](#) en la carpeta de calidad 2, proceso hospitalización, formatos , HOS-00-FO8 EVEN ADVERSOS

Se puede hacer autoreporte o se pueden reportar eventos adversos de otras secciones o servicios.

Informar verbalmente a la Coordinación del Programa de Seguridad del paciente, a la auxiliar que se desempeña como oficial del Programa, al jefe inmediato y/o a la coordinación del área respectiva, quienes deben hacer el reporte al Programa de Seguridad.

#### **A TRAVES DE QUE MEDIOS**

- ❖ Verbalmente se pueden reportar incidentes y/o indicios de atención insegura.

- ❖ Lista de verificación de supervisión diaria de pacientes
- ❖ Formato de evento adverso: se utiliza para incidentes y/o indicios de atención insegura, eventos adversos y eventos centinelas.
- ❖ En formatos de farmacovigilancia, tecnovigilancia y hemovigilancia según corresponda el caso.
- ❖ - A través de correo electrónico al correo [hsarare.hseguropacientesseguro@hotmail.com](mailto:hsarare.hseguropacientesseguro@hotmail.com)

## **CUANDO SE REPORTA**

Se debe hacer reporte inmediato a la ocurrencia y/o detección del incidente o evento adverso y hasta 3 días después de ocurrido el incidente. **Los eventos centinela deben reportarse inmediatamente.**

## **A QUIEN SE REPORTA**

- ❖ A la Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente.
- ❖ Al jefe inmediato y/o a la Coordinación del área respectiva: en casos de que la persona que coordina el Programa de Seguridad no se encuentre en el servicio. Posteriormente la persona que recibe el reporte debe pasarlo al Programa de Seguridad dentro de los tres días siguientes a la ocurrencia.
- ❖ A la auxiliar de enfermería que ejerce funciones de oficial de seguridad del paciente, quien a su vez hará la respectiva entrega a la coordinación del programa.

## **COMO SE ASEGURA LA CONFIDENCIALIDAD DEL REPORTE**

Todos los documentos y la información relacionada con un incidente o evento adverso, son manejados y custodiados por el Programa de Seguridad y son conocidos únicamente por el grupo investigador y las personas implicadas en el hecho.

Los eventos adversos ocurridos y el análisis que se hace de ellos, se dan a conocer a todo el personal periódicamente, como estrategia para prevenir la ocurrencia de errores en la atención y evitar que se repitan los que ya han ocurrido, pero sin mencionar los nombres de los trabajadores involucrados.

## COMO SE ESTIMULA EL REPORTE

Durante las reuniones primarias en los servicios, se institucionalizará el espacio de participación de la coordinación del programa de seguridad, con el fin de promover una cultura que anime la discusión y la comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la seguridad de los pacientes y que promueva que el análisis de los errores y sucesos adversos son una oportunidad de mejora.

- ❖ Se instituirá una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- ❖ Se educará, capacitará, entrenará y motivará el personal para la seguridad del paciente a través de campañas.
- ❖ Se garantizará la confidencialidad de los análisis y sensibilizar al personal acerca de la importancia de reportar errores y eventos adversos, resaltando que no se denuncia a las personas sino los hechos.
- ❖ Se estimulará el reporte de eventos adversos de la siguiente manera: se llevará un sistema de puntos, cada funcionario que reporte un incidente o evento adverso se le dará un punto por cada evento reportado, cuando el funcionario reúna un total de 20 puntos, se le dará un día libre durante el mes. Los puntos se vencen cada dos meses y solo aplica para los reportes hechos por escrito o a través del correo electrónico.
- ❖ Los eventos adversos no traerán como consecuencia sanciones para las personas implicadas en el mismo, se exceptúan los siguientes casos:
  - ❖ Casos en los cuales el evento ocurre como consecuencia de que el trabajador se ausente injustificadamente de la institución.
  - ❖ Casos de reincidencia por tercera vez en la ejecución de actos inseguros por parte del mismo funcionario, con el mismo tipo de incidente o evento en un servicio o área en donde ya se han realizado intervenciones con anterioridad y se mantienen acciones de seguimiento.

**INVESTIGACIÓN:**

La investigación de cada evento reportado estará a cargo de la coordinación del programa de seguridad del paciente, en conjunto con el líder del proceso implicado, o el coordinador de área, según la gravedad del evento o el caso se requerirá la participación de otras personas, en todo caso se seguirá el protocolo de investigación (LONDRES).

Durante esta investigación se recolectarán todos los datos necesarios y se hará una clasificación de los eventos e incidentes. La investigación y el análisis se llevara a cabo siguiendo las recomendaciones del protocolo de Londres.

El segundo miércoles de cada mes se reunirá el comité de seguridad institucional allí se presentara el análisis realizado a los eventos adversos, incidentes e indicios de atención inseguros que se presentaron en el mes inmediatamente anterior con sus respectivos planes de mejora.

El comité está conformado por un equipo multidisciplinario en el que participan las siguientes personas:

- a) Gerente o su delegado
- b) Subgerente Científico
- c) Subgerente administrativo.
- c) Coordinador de calidad
- d) Medico o enfermera con funciones de Auditor
- e) Enfermera profesional (Coordinador del programa de Seguridad del paciente)
- f) Enfermera profesional (Coordinador de enfermería)
- g) Profesional Universitario (Coordinador de epidemiología)
- h) Médico (Coordinador Médico)
- l) Profesional Universitario (Quimico farmaceutico)

Dentro del Comité de Seguridad del Paciente hay un grupo investigador de incidentes y eventos adversos, que se reúne con mayor frecuencia de acuerdo al número y tipo de eventos reportados en especial en caso de eventos centinela.

Este grupo de personas son :

Enfermera profesional (Coordinador del programa de Seguridad del paciente )

Coordinador de calidad.

Médico o enfermera con funciones de auditor

Enfermera profesional (Coordinador de Epidemiología)

Enfermera profesional (Coordinador de Enfermería)

Médico (Coordinador Médico )

Entre las actividades del comité está:

- ❖ -Evaluación de indicadores de Seguridad del Paciente
- ❖ -Desarrollar planes para seguridad según priorización de riesgos
- ❖ -Presentación y análisis de casos
- ❖ -Toma de decisiones frente a seguridad del paciente
- ❖ -Evaluar planes de acción.

### INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ❖ Definir, elaborar, alimentar, analizar, socializar y evaluar los indicadores específicos para Seguridad del Paciente.
- ❖ El objetivo de los indicadores es realizar seguimiento y medir cumplimiento de las estrategias para la Seguridad del Paciente definidas por la institución.
- ❖ La Información será obtenida a través de supervisión directa al personal y a pacientes, revisión de historias clínicas, aplicación de listas de chequeo y sistema de reporte de eventos adversos.
- ❖ Los resultados y análisis de los indicadores serán socializados con el personal para generar compromiso y apropiación de la información y así contribuir al fomento de la cultura de seguridad en todos los colaboradores.
- ❖ Algunos serán aplicables para todas las áreas de internación donde se hará supervisión y otros serán específicos de cada área.
- ❖ Los siguientes son los indicadores que se llevarán para todas las áreas hospitalarias:

### **INFECCIONES HOSPITALARIAS: (Enfermera epidemióloga)IAAS**

*Neumonía por asistencia respiratoria mecánica*

*Infección de sitio operatorio*

*Endometritis postparto*

*Flebitis infecciosas asociadas al uso de cateteres perifericos.*

*Infección de vías urinarias asociadas al uso de sondas.*

*Infecciones de torrente sanguíneo asociado al uso de cateteres Venosos Centrales*

**COMPLICACIONES INTRA Y POST-OPERATORIAS: ( Jefe de quirófano)**

*Complicaciones de la anestesia*

*Fractura de cadera post-operatoria*

*Embolismos pulmonar post-operatorio o trombosis venosa profunda*

*Sepsis post-operatoria*

*Dificultades técnicas con el procedimiento.*

**EVENTOS CENTINELA: (Cada líder de proceso en su sección )**

*Reacción transfusional Graves*

*Grupo sanguíneo erróneo*

*Sitio operatorio erróneo*

*Cuerpo extraño dejado durante el procedimiento*

*Eventos adversos relativos al equipo médico*

*Errores de medicación*

**OBSTÉTRICOS: ( Líder de proceso de partos)**

*Trauma o injuria neonatal*

*Trauma vaginal obstétrico*

*Trauma obstétrico por cesárea*

*Problemas con el parto*

**OTROS EVENTOS ADVERSOS ASISTENCIALES:**

- *Caída del paciente*
- *Fractura o traumatismo de cadera intra-hospitalarios*
- *Úlceras por presión.*
- *Errores en la administración de medicamentos*

**ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES.**

**ESTRATEGIA 1: IDENTIFICACION DE PACIENTES**

**OBJETIVO:** Estandarizar la identificación de todos los pacientes que se ingresan al Hospital del Sarare.

**ACCIONES:**

Para la identificación de los pacientes en el Hospital del Sarare, se utilizarán 4 identificadores:

- ❖ -Nombres completos
  - ❖ -Apellidos completos
  - ❖ -Documento de identidad
  - ❖ -Numero de ingreso actual
- 
- ❖ Los colores a utilizar en la identificación son los siguientes:
  - ❖ Paciente hospitalizado: Color azul rey
  - ❖ Paciente en observación: color verde
  - ❖ Riesgo de caídas: amarillo neon
  - ❖ Riesgo de úlceras por presión: rojo neon
  - ❖ Naranja neon otros riesgos (Bronco aspiración, Alergias; inmunosupresión, lesión):
  - ❖ Procedimiento quirúrgico: azul claro.

**En Pacientes que ingresa desde cirugía programada:**

Los auxiliares de enfermería de cirugía programada serán los responsables de verificar los datos de identificación de los pacientes y colocar los brazaletes.

**Paciente que ingresan desde el servicio de urgencias:**

El personal de facturación es el responsable de realizar la admisión del usuario con los datos de identificación veraces. Si las condiciones del paciente lo permiten, se debe solicitar el documento de identidad, con el fin de evitar errores en la escritura del nombre y/o apellidos

**Si el paciente se hospitaliza durante el día,** el personal de información será el encargado de colocar el brazalete al usuario, corroborando previamente los datos de identificación que correspondan, si hay inconsistencias deben ser solucionadas antes de colocar el respectivo brazalete.

**Si el paciente se hospitaliza durante la noche,** los enfermeros del servicio donde ingresa el paciente, deben colocarle los brazaletes.

**El personal de seguridad del paciente** realizara diariamente verificación de que la totalidad de los pacientes se encuentren identificados.

Cada vez que un usuario sea trasladado de servicio, el personal que recibe, debe verificar los datos de identificación.

- ❖ El brazalete se colocará preferiblemente en la muñeca del brazo derecho, en caso de que pueda interferir con los cuidados, se colocará en el brazo izquierdo, si no es posible en estos dos sitios, se colocará en el tobillo derecho
- ❖ En los niños menores de diez años, el sitio de colocación será el tobillo derecho, ante la posibilidad de necesitar las muñecas para venopunciones y posterior inmovilización.
- ❖ Si algún procedimiento requiere el retiro del brazalete, éste debe ser reemplazado lo antes posible por el personal de seguridad del paciente.
- ❖ Todos los procedimientos que se le realicen al paciente deben contemplar la previa identificación del paciente.
- ❖ No deberá realizarse ningún procedimiento invasivo a pacientes internados en observación u hospitalizados que no tengan brazalete.
- ❖ Todo personal que detecte la ausencia de brazalete en algún paciente, puede informarlo vía correo electrónico, telefónicamente o verbalmente al personal de seguridad del paciente.
- ❖ En caso de alta hospitalaria, el brazalete será retirado por el personal de seguridad de la institución, previa verificación de la boleta de salida.
- ❖ En caso de referencia, el paciente abandona la institución con el brazalete y es entregado en la institución receptora con el mismo.
- ❖ El personal de seguridad del paciente dará información al paciente y familiares sobre la importancia de mantener el brazalete, informar su deterioro y solicitar a todo funcionario que vaya a realizar algún procedimiento, la verificación de la identificación.

#### **Neonatos nacidos den la institución:**

La auxiliar de enfermería de sala de partos es la encargada de la colocación de la manilla de identificación al neonato. Este es un cuidado dentro de los cuidados del recién nacido. La forma de identificación es la siguiente:

- ❖ -Hijo ( digito consecutivo de nacimientos de la madre) de : nombres completos y apellidos completos de la madre
- ❖ -El número de identificación : número de identificación de la madre-consecutivo de nacimientos.

**Situaciones especiales :**

En emergencias o en situaciones en que la vida del paciente se puedan ver afectadas, tienen prioridad los cuidados antes que la identificación del paciente; en cuanto sea posible, la enfermera que está encargada del paciente será la responsable de colocar el brazalete de identificación.

En el caso en que el paciente rechace llevar puesto el brazalete, debe explicársele al paciente la importancia de la identificación y en caso de persistir la negación, debe dejarse constancia en la historia clínica.

En caso de que el paciente no pueda ser identificado por ausencia de documentación o información, el ingreso que realizara el personal de facturación es el siguiente:

Nombre: NN

Apellidos: NN

Número de identificación: día mes año, sin dejar espacios entre los números.

En caso de que sean varios los pacientes que ingresen en un mismo día bajo estas circunstancias, la identificación se hará de la siguiente forma:

Nombre: NN1 y consecutivos

Apellidos: NN

Número de identificación: día mes año 1; sin dejar espacios y consecutivos.

**ESTRATEGIA 2 PARA UNA COMUNICACIÓN ACERTIVA.****Entrega de turnos.****Objetivo:**

- ❖ Estandarizar el procedimiento de recibo y entrega de turno en el Hospital del Sarare.
- ❖ Asegurar la transmisión efectiva y asertiva de la información más relevante sobre el paciente, su enfermedad, tratamiento, ayudas diagnósticas y demás aspectos.
- ❖ Disminuir el riesgo en la atención del paciente como consecuencia de errores en la comunicación de enfermería sobre el manejo de los pacientes.

**Acciones:****DEFINICIÓN**

La entrega y recibo de turno es la información completa verbal y/o por escrito del estado de salud del enfermo.

**La comunicación** es el intercambio de ideas, que en este caso tiene dos objetivos:

**Usuario:** Disminuir el nivel de ansiedad al comprobar que el motivo de su ingreso está siendo evaluado, estudiado y tratado por el personal médico y paramédico de acuerdo a la complejidad de su enfermedad.

**Personal de enfermería:** Dirigir y coordinar las acciones diarias según la prioridad de los procedimientos y manejo terapéutico ordenado. Evaluar las mismas acciones y proporcionar al usuario la garantía que lo propuesto al inicio de turno fue cumplido y en su defecto las causas que determinaron no se pudieran realizar.

## **HORARIO**

### **Turno diurno:**

Mañana de 6:30 A.M- 12:30 m

Tarde: 12:30 m a 18:30 p.m.

Turno nocturno: 18:30 p.m. a 06:30 a.m.

El grupo de enfermería ejecutará una entrega de turno tipo revista donde realizará la entrega de los pacientes con el Kárdex de los aspectos más relevantes de la condición médica de cada paciente.

Posteriormente se dirigirá a cada usuario en las respectivas unidades dispuestas en cada habitación, contando con la presencia de la enfermera jefe que entrega y la que recibe, más los auxiliares de enfermería que entregan y reciben turno, con el fin de supervisar y revisar lo anteriormente mencionado.

El personal que entrega y recibe se congrega alrededor de la unidad del usuario iniciando en orden de numeración de los usuarios por habitación.

La enfermera que entrega el turno toma el kárdex y la auxiliar de enfermería la boleta de medicamentos como base de la información que se va a mencionar y se tendrán en cuenta estos aspectos sin excepción:

Antes del ingresar a la unidad.

- ❖ Nombre del usuario
- ❖ Edad
- ❖ Diagnóstico
- ❖ Médico tratante
- ❖ Exámenes de laboratorio pendientes y exámenes de laboratorios realizados cuyo resultado sea pertinente informar y verificar que los resultados estén escritos en la hoja del kárdex
- ❖ Procedimientos que se realizaron durante el turno (preparación para exámenes, toma de exámenes, suturas, inmovilizaciones, curaciones, valoración por especialistas, medicamentos especiales administrados )
- ❖ Procedimientos pendientes por realizar (teniendo en cuenta los mismos criterios mencionados en el punto anterior). Si son pacientes con procedimientos quirúrgicos pendientes, se debe mencionar si ya se solicitó el respectivo turno.

- ❖ Mencionar muy especialmente si ha ocurrido algún tipo de accidente, y si fue reportado.
- ❖ Mencionar incidentes o actos inseguros y reportarlos
- ❖ Informar sobre defectos de la unidad del paciente.

**La enfermera jefe y el personal auxiliar que recibe tomarán atenta nota de lo enunciado a la vez que:**

- ❖ Saluda al paciente y la familia si el estado lo permite
- ❖ Se presenta todo el personal que va a estar a cargo del paciente durante el turno, indicando el nombre y el cargo que desempeña.
- ❖ Revisar sitios de venopunción
- ❖ Revisar catéteres, soluciones endovenosas, heridas, drenajes (tubos a tórax, sondas naso-gástricas vesicales)
- ❖ Revisar la limpieza del usuario, de la unidad, baños , contenedores de agujas.
- ❖ Vigilar la ubicación de los desechos.
- ❖ Detecta fallas de mantenimiento en el cubículo del paciente.
- ❖ En caso de encontrar algún evento adverso notificar en el formato establecido.
- ❖ Establecer con el grupo un cuidado de enfermería específico para la jornada de trabajo y el grupo de enfermería que recibe evaluará el cumplimiento del mismo.
- ❖ Una vez terminada la entrega de turno se debe revisar los inventarios correspondientes a enfermeros (recibo de carro de paro) y auxiliares de enfermería (elementos del servicio) y diligenciar en un libro de registro con los nombres de los responsables.
- ❖ Verificar el cumplimiento del protocolo de venopunción, cateterismo vesical, sondaje nasogástrico.
- ❖ Revisión de drenajes: estado, características, inmovilización.
- ❖ Revisión de estado de higiene del paciente y aseo de la unidad y de los baños.

**ESTRATEGIA 3 MEDICAMENTOS SEGUROS:****Objetivo:**

- ❖ Estandarizar el procedimiento de administración de medicamentos a través de bombas de infusión en los diferentes servicios del Hospital del Sarare.
- ❖ Disminuir el riesgo de lesiones como consecuencia de fallas en el procedimiento de administración de medicamentos de riesgo.
- ❖ Aumentar la seguridad en la administración de medicamentos asociado al uso de bombas de infusión.

**Acciones:**

Administración segura de medicamentos:

El siguiente listado de medicamentos y casos en los cuales deben administrarse SIEMPRE utilizando bombas de infusión:

- ❖ Mezclas de electrolitos en pediatría.
- ❖ Todas las sedaciones en pacientes críticos.
- ❖ Todos los inotrópicos y agentes adrenérgicos.
- ❖ Antiarrítmicos.
- ❖ Oxitocina para inducciones.
- ❖ Sulfato de magnesio en infusión
- ❖ Toda mezcla en infusión continua: omeprazol, atropina, furosemida, bicarbonato de sodio, nimodipino
- ❖ Mezclas de insulina.
- ❖ Antihipertensivos endovenosos: nitroprusiato de sodio, labetalol.
- ❖ Vasodilatadores endovenosos: nitroglicerina.
- ❖ Mezclas de solución hipertónicas, solución al medio, mezclas con más de dos. electrolitos o medicamentos para infusión continúa.
- ❖ Cualquier tipo de LEV con o sin mezcla en el servicio de neonatos
- ❖ Todo paciente pediátrico con orden de líquidos endovenosos a una dosis menor a 50 cc hora.
- ❖ Todo adulto con orden de administrar líquidos endovenosos a un goteo inferior a 50 cc hora ( Ej: pacientes con comorbilidades que se encuentran sin vía oral, postoperatorios con ICC, IRC).
- ❖ Es imprescindible que antes de utilizar una bomba de infusión se conozca su funcionamiento. El personal que inicia labores en un servicio debe familiarizarse con los dispositivos y equipos del servicio, ésta debe ser una de las actividades contempladas en la inducción.
- ❖ Lavado de manos
- ❖ Alistar todos los materiales y medicamentos necesarios.
- ❖ Preparar la mezcla según las indicaciones médicas, rotular la mezcla indicando los componentes nombre y cantidad de cada uno, fecha y hora de preparación y persona que realiza la preparación.
- ❖ Asegurarse que el equipo que se va a colocar es el indicado para la bomba que se tiene antes de destaparlo.
- ❖ Utilizar técnica aséptica en la manipulación de los extremos de equipos y conexiones cuando no tengan el tapón de protección, y de los catéteres venosos centrales siempre se deben utilizar guantes estériles para estos procedimientos.
- ❖ Siempre se debe purgar el equipo de bomba con la mezcla preparada, nunca purgue los equipos previamente con solución salina, porque esto retardaría el inicio del tratamiento.
- ❖ Programe los siguientes parámetros en la bomba de infusión:
- ❖ Tenga la precaución de verificar en qué modo se encuentra la bomba, hay bombas de infusión que se pueden programar de varios modos: por centímetros hora, por volumen, por tiempo.

- ❖ Dosis: según la forma en que vaya a programar la bomba, si por volumen (centímetros/hora) o por tiempo.
- ❖ Volumen total ó dosis límite: es el total de volumen que se va a infundir en un tiempo determinado; coloque en este espacio el total de la mezcla que queda pendiente de infundir.
- ❖ Verifique en el tablero de la bomba la dosis a infundir y la dosis límite en cada recibo y entrega de turno y cada vez que prepare nueva infusión para confirmar que son los correctos
- ❖ Verifique la ausencia de burbujas y dele inicio a la infusión.

Protocolo para la entrega adecuada del medicamento proveedor-almacén. Lista de chequeo de entrega adecuada del medicamento-proveedor- almacén.

Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación. Debe estar acorde con las guías de manejo clínico. Actualización cada tres años. Lista de chequeo para medir adherencia al protocolo. Medición semestral.

Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización. Actualización cada tres años. Lista de chequeo para medir la adherencia a la administración segura de los medicamentos.

Procedimiento para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia. Actualización cada tres años. Incluye dispensación segura de dosis unitarias. Lista de chequeo para evaluar la adherencia al procedimiento de dispensación segura de los medicamentos. Medición semestral.

Protocolo para conciliación medicamentosa. Actualización cada tres años. Lista de chequeo para medir adherencia al protocolo.

Socializar el Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia a los servicios para estimular el reporte. Se institucionalizan las rondas de seguridad de medicamentos, dentro de las rondas de seguridad.

#### **ESTRATEGIA 4 ATENCIÓN SEGURA**

**Objetivo:** detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud

**Acciones:**

- ❖ Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.

- ❖ Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales.
- ❖ Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico.
- ❖ Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT)
- ❖ Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador.
- ❖ Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post – parto.
- ❖ Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO).
- ❖ Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad.
- ❖ Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes.
- ❖ Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución.
- ❖ Actualización de los protocolos de ven punción y de cateterismo vesical incluyendo acciones para reducir el riesgo de infecciones asociadas a estos procedimientos.
- ❖ Actualización cada tres años, Evaluación semestral.
- ❖ Actualización del protocolo de lavado de manos incluyendo los cinco momentos del lavado de manos de la OPS. Actualización cada 3 años. Evaluación semestral de la adherencia.

## **ESTRATEGIA 5 PREVENIR ULCERAS POR PRESIÓN**

### **OBJETIVO**

- ❖ Este documento tiene por finalidad establecer la aplicación de un procedimiento de valoración y prevención de la úlceras por presión (UPP) en todos los servicios del hospital del Sarare.
- ❖ Evaluación del riesgo mediante aplicación de una escala de valoración de riesgo y descripción de las medidas de prevención a aplicar, en todos los pacientes hospitalizados en los servicios del Hospital del Sarare.
- ❖ Estandarizar los cuidados de enfermería relacionados con la prevención de UPP, según riesgo.

### **DEFINICIONES**

Las UPP constituyen un indicador indirecto de calidad y representan un importante problema de salud con graves consecuencias a diferentes niveles, a pacientes y sus familiares, a profesionales sanitarios y sistema de salud.

La aparición de las úlceras por presión es un proceso que está íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, lo que obliga a realizar una prevención eficaz, tanto en términos de beneficios para el usuario como en la reducción en los costos de los cuidados y cargas de trabajo de los profesionales de enfermería.

Se define UPP como el "área de la piel o tejidos adyacentes que presenta daño o trauma localizado generalmente sobre una prominencia como consecuencia de presión, sola o en combinación con cizallamiento o fricción" (European Pressure Ulcer Advisory Panel 2007).

### **INSTRUMENTO DE VALORACIÓN**

El instrumento de valoración a usar será la Escala de Norton, que identificará según puntaje: usuarios con

Riesgo muy alto: 5 a 9 puntos

Riesgo alto: 10 -12 puntos

Riesgo moderado: 12-14 puntos

Riesgo mínimo o sin riesgo: mayor o igual a 15 puntos (ver Anexo )

Se aplicará instrumento de valoración y prevención de úlceras por presión a todos los usuarios hospitalizados en los servicios de internación que cumplan los siguientes criterios de inclusión: PACIENTES INCONSCIENTES, POSTRADOS Y/O CON LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD Y DEPENDAN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA PARA SUS CUIDADOS DE HIGIENE Y MOVILIDAD

A TODO PACIENTE CON RIESGO ALTO DE DESARROLLAR ULCERAS POR PRESIÓN SE LE INDICARÁ EL USO DE SUPERFICIE DE ALIVIO DE PRESIÓN Y CAMBIO DE POSICIÓN PROGRAMADO.

Los cambios de posición en los pacientes con riesgo medio y alto de desarrollar úlceras por presión serán los siguientes :

- 8 am: Decúbito lateral izquierdo
- 10 am: Decúbito lateral derecho.
- 12 m: Decúbito supino
- 2 pm: Decúbito lateral izquierdo.
- 4 pm: Decúbito lateral derecho.
- 6 pm: Decúbito supino
- 8 pm: Decúbito lateral izquierdo.
- 10 pm: Decúbito lateral derecho.
- 12 pm: Decúbito supino
- 2 am: Decúbito lateral izquierdo.
- 4 am: Decúbito lateral derecho.
- 6 am: Decúbito supino

**Acciones:**

Revisión, adaptación de la escala de Norton para valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión, implementación en todos los servicios.

Elaboración, socialización de la guía para la prevención de las úlceras por presión. Actualización cada tres años. Evaluación semestral.

**ESTRATEGIA 6: PREVENCIÓN DE CAÍDAS****OBJETIVO**

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en el hospital del Sarare.

- ❖ Identificar el riesgo de caídas en todos los pacientes que sean internados en los diferentes servicios del Hospital del Sarare.
- ❖ Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención e identificar las causas.
- ❖ Identificar los factores de riesgo que inciden en la ocurrencia de caídas con el fin de intervenir en esos factores.
- ❖ Estandarizar el empleo de las medidas de contención y de prevención de caídas, en todas las unidades del Hospital.
- ❖ Educación del paciente y cuidadores en la prevención de caídas.

**DEFINICIONES**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.

Acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de caídas, estas son:

- ❖ No identificar el riesgo de caída de los pacientes.
- ❖ Dejar al paciente solo.
- ❖ Inmovilización inadecuada del paciente.
- ❖ Movilización del paciente con un equipo humano insuficiente.
- ❖ Realizar limpieza inadecuada de pisos.
- ❖ Traslado del paciente por medio de equipos inadecuados.

**RIESGOS QUE FAVORECEN LA OCURRENCIA DE CAIDAS.****FACTORES DEL ENTORNO**

- ❖ Baranda de la cama inadecuada ó ausencia de ésta.
- ❖ Freno de la cama inadecuado o defectuoso.
- ❖ Iluminación no adecuada.

- ❖ Timbre de llamada muy retirado o inaccesible ó ausencia del mismo.
- ❖ Poco espacio para la ubicación de muebles y atriles.
- ❖ Distribución de las habitaciones , distancia con respecto al strand de enfermería, no hay visualización directa de las mismas.
- ❖ Falta de señalización cuando el suelo esta mojado o deslizante.
- ❖ Ropa y calzado inadecuado, ausencia de sandalias.

### **FACTORES DEL PACIENTE**

- ❖ Movilización y deambulación sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad.
- ❖ Edad superior a 70 años o inferior a 5 años.
- ❖ Estado de confusión, desorientación y/o alucinación
- ❖ Impotencia funcional (amputación de miembro, paresia, parálisis, Parkinson, artrosis...) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada.
- ❖ Alteraciones oculares o sensitivas.
- ❖ Postoperatorio inmediato.
- ❖ Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos.
- ❖ Alcoholismo y/o drogadicción.
- ❖ Actitud resistente, agresiva o temerosa.
- ❖ Hipotensión.
- ❖ Hipoglucemia.
- ❖ Ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.
- ❖ Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones...)
- ❖ Enfermedades cardiacas (arritmias, portadores de marcapasos...)
- ❖ Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia...)
- ❖ Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulación (sondas vesicales, drenajes, atriles, bastones, caminadores...

### **DESARROLLO**

Al ingreso de todo paciente que sea hospitalizado en los servicios de internación o en el servicio de urgencias, la enfermera profesional le realizará la valoración del riesgo de caída, siguiendo la escala que la institución adaptó que es la escala de Morse, dicha escala se encuentra en todos los folders o carpetas de los kardex de enfermería.

También se elaborarán cuadros enmarcados con la escala para fácil consulta en los diferentes servicios. Cada vez que las condiciones del paciente varíen, es responsabilidad de la enfermera aplicar nuevamente dicha escala.

El resultado de dicha valoración se consignara en el kárdex de enfermería, en el ítem de cuidados de enfermería.

Identificación del riesgo a través de la manilla y el tablero de identificación: Cada unidad del paciente tendrá un tablero de identificación en el cual estará consignada la siguiente información : nombre, edad, número de identificación y traerá la clasificación para demarcar el riesgo de caída. Esta actividad estará a cargo de la enfermera profesional.

**Medidas generales de protección y reducción del riesgo de presentar caídas de obligatorio cumplimiento por parte de todo el personal que labora en la institución.**

- ❖ Todo niño menor de 12 años que se hospitaliza en la institución debe estar acompañado de un adulto.
- ❖ Todo paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender órdenes debe tener acompañante permanente.
- ❖ Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos debe tener acompañante permanente.
- ❖ Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o tiene limitación de por lo menos una de las extremidades inferiores o limitación en alguno de los órganos de los sentidos debe tener acompañante permanente.
- ❖ Paciente con edad  $\geq$  60 años debe tener acompañante permanente.
- ❖ Todo paciente con Glasgow  $<$  14 debe tener acompañante permanente.
- ❖ Todos estos acompañantes deben estar debidamente carnetizados y autorizados ante la portería.
- ❖ Todo paciente que en el postquirúrgico vaya a levantarse por primera vez, o pacientes que hayan estado encamados durante periodos prolongados debe hacerlo con ayuda del personal de salud
- ❖ Todo paciente que en la escala de caídas de Morse de riesgo medio, debe estar registrado en el kardex de enfermería, boleta de medicamentos y los paciente con alto riesgo además de las medidas anteriores , tendrán una manilla de identificación de color distinto ( amarillo) una manilla que recuerde que es un paciente con alto riesgo de caída y en todo cambio de turno debe mencionarse ese aspecto importante, igualmente cuando el paciente sea trasladado de servicio.
- ❖ Todas las camas y camillas en los servicios hospitalarios deben poseer barandas funcionantes.
- ❖ Todos los baños de pacientes deben tener agarraderas en las duchas y sanitarios
- ❖ Todas las rampas y escaleras deben tener superficie antideslizante

- ❖ Los pasillos deben estar libres de obstáculos, las sillas y camilas deben tener un sitio específico para su colocación.

**PROCEDIMIENTO EN CASO DE CAIDA DE PACIENTE:****LA ENFERMERA Y EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A CARGO DEL PACIENTE:**

- ❖ Valorará las consecuencias de la caída y avisará al médico de turno en todos los casos.
- ❖ Registrará en la nota de enfermería la: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente
- ❖ -antes y después de la caída, médico que valoró al paciente, tratamiento ordenado y consecuencias inmediatas.
- ❖ Cumplirá con las órdenes médicas dadas.
- ❖ Diligenciará el formato de registro de eventos adversos (HOS-01-F08) y hará entrega del mismo al personal del programa de seguridad del paciente.
- ❖ Controlará el estado del paciente en horas sucesivas en su turno , avisando cualquier cambio .

**LA COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:**

- ❖ Realiza la investigación del evento o incidente de acuerdo al protocolo establecido.
- ❖ Registra en el sistema el evento o incidente, en el formato registro de eventos adversos
- ❖ Ejecuta seguimiento a las acciones correctivas, compromisos planteados.
- ❖ Realiza el cierre de las acciones correctivas o preventivas.

**Acciones:**

Elaboración, socialización del protocolo de prevención de caídas. Actualización cada tres años.

Adaptación de la escala de Morse para valoración del riesgo de caídas.

Lista de chequeo para evaluar la adherencia al protocolo de prevención de caídas. Medición semestral.

**ESTRATEGIA 7 ATENCIÓN SEGURA A PACIENTES CRÍTICOS**

Elaboración, socialización y seguimiento a las guías de prevención de la hemorragia de vías digestivas en paciente crítico y prevención de la neumonía asociada al ventilador. Actualización cada tres años. Seguimiento semestral de la adherencia a las guías.

Se implementará la guía de manejo de IAMSEST e IAMCEST en los servicios de urgencias, UCINT y hospitalización. Actualización cada tres años. Se evaluará adherencia a la guía, por medio de listas de chequeo semestralmente.

**ESTRATEGIA 8 CIRUGIA SEGURA**

## PREVENIR LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

Adaptación, socialización y seguimiento de la lista de chequeo para el acto anestésico por parte de la institución, tomando como base la lista de chequeo de la OMS cirugía segura. Evaluación semestral de la aplicación de esta lista de chequeo.

## ESTRATEGIA 9 : IMPLEMENTAR LOS EQUIPOS DE RESPUESTA RÁPIDA.

Estandarizar que todos los pacientes que se encuentran en situación clínica delicada y que aun no cumplen los criterios para cuidado intermedio, deben ser colocados en habitaciones cercanas al stand de enfermería, con el fin de atender oportunamente al llamado ya que no se cuenta con timbres en las habitaciones.

Todo paciente que presente empeoramiento de su condición clínica, debe solicitarse valoración al especialista tratante en un periodo menor a una hora con el fin de establecer tratamiento y definir si requiere traslado a la unidad de cuidado intermedio. En los servicios hospitalarios todo paciente en regulares condiciones generales deberá tener acompañante debidamente carnetizado y autorizado.

Se implementará la guía de código azul en todos los servicios. El personal que labora en la unidad de cuidado intermedio estará disponible permanentemente para asesorar y apoyar a todos los servicios asistenciales en caso de código azul siempre y cuando las condiciones del servicio lo permitan.

Se capacitará a todo el personal asistencial sobre soporte vital básico y avanzado y la guía de código azul institucional. Estas actualizaciones se realizarán cada dos años y estarán a cargo de las coordinaciones de enfermería.

## ESTRATEGIA10. REDUCIR EL RIESGO DE ATENCION A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL

Se elaborará el protocolo de atención segura al paciente con enfermedad mental (sedación, suplencia alimentaria, barreras de infraestructura)

## ESTRATEGIA11. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE – HIJO

Implementación, socialización y seguimiento de las guías de manejo del ministerio de la protección social para la atención de las 10 primeras causas de morbilidad materna .Incluyen la atención a las gestantes durante el periodo prenatal, parto y postparto.

- ❖ Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener, también se incluye la obligatoriedad de registrar el partograma.
- ❖ Actualización cada tres años y evaluación semestral de la adherencia.
- ❖ Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato.
- ❖ Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante.
- ❖ Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto.
- ❖ Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes.
- ❖ Elaboración y socialización de Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios.
- ❖ Se seguirá la guía de atención a la MME.
- ❖ **ESTRATEGIA NO 12. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LAS ACTUACIONES DE LOS PROFESIONALES**
- ❖ Elaboración, socialización y seguimiento al protocolo de información al usuario Elaboración a cargo del SIAU. Seguimiento semestral.
- ❖ Elaboración; socialización y seguimiento a la guía de uso de acrónimos en la Historia Clínica. Elaboración a cargo del comité de historias clínicas. Seguimiento semestral.
- ❖ Elaboración y Socialización y seguimiento del procedimiento de reporte de laboratorios con resultados relevantes para el manejo de los usuarios. La elaboración estará a cargo de la coordinación de laboratorio.

### **ESTRATEGIA13. GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Se implementará un consentimiento informado por cada especialidad (Por cada especialidad se implementara el consentimiento informado para los tres procedimientos mas comunes) y por proceso.

El programa de seguridad realizara seguimiento a los diferentes procedimientos de consentimiento informado que se implementan en la institución, por servicio, por especialidad.

#### **ESTRATEGIA14. INVOLUCRAR AL PERSONAL EN FORMACIÓN EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Todo personal que ingrese a la institución a realizar prácticas, debe recibir capacitación sobre el programa de seguridad del paciente.

#### **ESTRATEGIA 15. INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y SUS CUIDADORES EN SU SEGURIDAD:**

Las auxiliares de enfermería responsable del programa de seguridad del paciente brindaran educación a los pacientes y sus familiares en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, esta educación se llevara a cabo a través de sesiones educativas con una duración de media hora ó 40 minutos hora y se realizarán en los diferentes servicios y en las diferentes sedes de la institución.

Se elaborarán rotafolios haciendo énfasis en los aspectos más relevantes de la seguridad de los pacientes en los cuales ellos mismos y sus familias pueden participar.

#### **ESTRATEGIA16. MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA OBTENCION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

Elaboración, socialización y seguimiento a la guía de seguridad del paciente en radiología.

#### **ESTRATEGIA17. PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**

Elaboración-ajuste, socialización de la guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes.

Actualización cada tres años. Evaluación semestral de adherencia .

Se llevara el programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas.

#### **ESTRATEGIA NUMERO 18: PROCESOS SEGUROS**

- ❖ Elaboración, revisión, socialización de las guías de manejo Clínico de las 10 patologías más frecuentes por egreso en los servicios de internación, neonatos, cuidado intermedio, con la identificación de los momentos críticos y haciendo énfasis en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
- ❖ Elaboración, socialización y seguimiento a los 10 procedimientos más frecuentes de enfermería.
- ❖ Elaboración, socialización y seguimiento al protocolo 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.
  
- ❖ Elaboración, socialización y seguimiento al protocolo de manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.
- ❖ Todos los documentos enunciados anteriormente serán revisados y actualizados cada tres años, se hará seguimiento semestral a la adherencia a los mismos.

#### **LISTAS DE CHEQUEO.**

El seguimiento a la implementación y cumplimiento de los protocolos y guías de manejo se hará a través de listas de verificación, que serán aplicadas por las oficiales de seguridad del paciente, líderes de procesos y coordinación de seguridad, la periodicidad en la aplicación de las mismas será semestral; Los resultados serán socializados a las partes interesadas y se tomarán acciones correctivas.

- ❖ Las listas de chequeo que se implementarán son las siguientes :
- ❖ Lista de chequeo de adherencia al protocolo de identificación del usuario. Medición semestral.
- ❖ Evaluación de la adherencia a las guías de urgencias
- ❖ Lista de chequeo para adherencia a cada uno de los 10 protocolos de enfermería. Medición semestral.
- ❖ Lista de chequeo para evaluación de adherencia a cada guía en cada servicio. Medición semestral.
- ❖ Lista de chequeo de entrega adecuada del medicamento-proveedor- almacén.
- ❖ Lista de chequeo para el protocolo de marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo.
- ❖ Lista de chequeo para medir adherencia al protocolo para uso racional de antibióticos en los servicios de internación. Medición semestral.
- ❖ Lista de chequeo para medir la adherencia al proceso para administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización.
- ❖ Lista de chequeo para evaluar la adherencia al procedimiento de dispensación segura de los medicamentos en la farmacia. Medición semestral.
- ❖ Lista de chequeo a la adherencia al protocolo de recibo y entrega de turno.
- ❖ Lista de chequeo para medir adherencia al protocolo de conciliación medicamentosa.
- ❖ Lista de chequeo para evaluar la adherencia al manual de bioseguridad. Medición semestral.

- ❖ Lista de chequeo para medir la adherencia a la guía de aislamiento. Medición semestral.
- ❖ Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de lavado de manos. Medición semestral.
- ❖ Lista de chequeo para medir la adherencia a la guía para la prevención de úlceras por presión.
- ❖ Lista de chequeo para evaluar la adherencia al protocolo para minimizar los riesgos de caídas de pacientes.
- ❖ Adaptación, revisión de las escala de Morse, adicionar las medidas de prevención.
- ❖ Lista de chequeo para medir adherencia a la guía de prevención de la hvda en paciente crítico. Medición semestral.
- ❖ Lista de chequeo para medir adherencia a las guías de prevención de la NAV. Medición cada seis meses.
- ❖ Lista de chequeo para medir la adherencia a las guías de manejo de IAMSEST y IAMCEST.
- ❖ Evaluación de la aplicación de la lista de chequeo cirugía segura, semestral.
- ❖ Lista de chequeo para evaluar la adherencia a protocolo de manejo de gases medicinales.
- ❖ Protocolo de atención segura al paciente con enfermedad mental.
- ❖ Lista de chequeo para evaluar la adherencia al protocolo de atención segura al paciente con enfermedad mental
- ❖ Lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato.
- ❖ Evaluación semestral a la lista de chequeo de vigilancia en el postparto inmediato.
- ❖ Lista de chequeo para revisión mensual del kit de emergencias obstétricas.
- ❖ Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes.
- ❖ Lista de chequeo para evaluar la adherencia a las guías, aplicación semestral (10 guías )
- ❖ Lista de chequeo para evaluar adherencia al protocolo de información al usuario.
- ❖ Lista de chequeo para evaluar la adherencia a la guía de uso de acrónimos.
- ❖ Lista de chequeo para evaluar la adherencia a procedimiento de reporte de laboratorios con resultados relevantes para el manejo de los usuarios.
- ❖ Lista de chequeo de la guía de consentimiento informado.
- ❖ Lista de chequeo para evaluar la adherencia a la guía de consentimiento informado, evaluación semestral por cada proceso.
- ❖ Lista de chequeo para evaluación de la guía de seguridad al paciente en radiología.
- ❖ Lista de chequeo al protocolo de sedación.
- ❖ Lista de chequeo al protocolo de manejo de emergencias durante la sedación.

## 8. CONTROL DE CAMBIOS

REVISION	FECHA DE	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
----------	----------	------------------------



No.	APROBACIÓN DD/MM/AA	
0	30/01/2014	Creación del Documento