



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

MANUAL DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Macroproceso: Gestión Clínica / Gestión de la Seguridad del Paciente y
Humanización en los Servicios de Salud.



Sistema Integrado
de Gestión



WWW.HOSPITALDELSARARE.GOV.CO

*Evolucionamos pensando
en Usted*

TRD.312.28.113

CONTENIDO

	GENERAL
1.OBJETIVO	5
1.1 Objetivos específicos.....	5
2. ALCANCE	5
3. DEFINICIONES.....	5
4. REPOSABLES.....	8
5. POLITICAS OPERACIONALES.	9
6. CONFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	10
6.1 Comité Institucional de Seguridad del Paciente.....	10
6.2 Referente del Programa de Seguridad del paciente.	11
6.3 Logo Oficial.	12
7. LINEAS DE ACCIÓN O METODOLOGIA.....	12
7.1 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS.....	12
7.1.1 Política Nacional de Seguridad del Paciente	12
7.1.2 ¿Cómo se Construye la Política Institucional de Seguridad del Paciente?.....	13
7.1.3 Política Institucional de Seguridad del Paciente.....	14
7.1.4 Recursos para la Implementación de la Política de Seguridad.....	14
7.1.5 Integración con otras Políticas y con la Planeacion Estratégica.....	15
7.1.6 Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.	15
7.1.6.1 Apoyo de la alta gerencia.....	15
7.1.6.2 Análisis y Gestión de Riesgos.....	15
7.1.6.3 Reporte.....	15
7.1.6.4 Consolidación de los Reportes.....	19
7.1.6.5 Como se estimula el reporte	19
7.1.6.6 Gestión del evento adverso.....	20
7.1.6.9 Definición de privilegios o credenciales.....	23
7.1.6.10 Adherencia a Guías de Práctica Clínica.	24
7.1.6.11 Educación en Seguridad del paciente	25
7.1.6.12 Actividades institucionales del Programa de Seguridad del Paciente.....	26
7.1.6.13 Herramientas para la construcción de cultura de seguridad	28

TRD.312.28.113

7.1.6.14 Ronda de Seguridad Institucional.....	29
7.1.7 Medición de la cultura de seguridad del paciente.	32
7.1.8 Responsabilidades para la Prevención de Infecciones.	33
7.1.9 Inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones.....	34
7.1.10 Acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.....	35
7.1.11 Estandarización de Procedimientos de Atención.....	38
7.1.12 Seguridad en el Ambiente Físico y la Tecnología en Salud.....	38
7.1.13 Pautas para el Proceso Docente Asistencial Seguro.	39
7.2 PROCESOS ASISTENCIALES SEGURO. METAS INTERNACIONALES.....	39
7.2.1 ESTRATEGIA 1: Correcta Identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales.	39
Indicadores de Monitoreo.....	43
7.2.2 ESTRATEGIA 2: Correcta Identificación del Paciente y las Muestras en el Laboratorio.....	44
Indicadores de Monitoreo.....	46
7.2.3 ESTRATEGIA 3: Seguridad en la Utilización de Medicamentos.....	47
Indicadores de Monitoreo.....	51
7.2.4 ESTRATEGIA 4. Prevenir y Reducir la Frecuencia de Caídas.....	51
Indicadores de Monitoreo.....	55
7.2.5 ESTRATEGIA 5. Prevenir Ulceras por Presión. UPP.....	55
Indicadores de Monitoreo.....	61
7.2.6 ESTRATEGIA 6. Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos.	61
Indicadores de Monitoreo.....	69
7.2.7 ESTRATEGIA 7. Prevenir las Complicaciones Anestésicas.....	69
Indicadores de Monitoreo.....	76
7.2.8 ESTRATEGIA 8. Prevenir Complicaciones Asociadas a Disponibilidad y Manejo de Sangre, Componentes y a la Transfusión Sanguínea.	76
Indicadores de Monitoreo.....	81
7.2.9 ESTRATEGIA 9. Atención segura de la gestante y el recién nacido.	82
Indicador de Monitoreo.....	83
7.2.10 ESTRATEGIA 10. Implementación de equipos de respuesta rápida.	83
7.2.11 ESTRATEGIA 11. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares	84

TRD.312.28.113

7.2.12 ESTRATEGIA 12. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental .	86
Indicadores de Monitoreo.	91
7.2.10 ESTRATEGIA 13. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico	91
Indicadores de Monitoreo.	94
7.2.11 ESTRATEGIA 14. Prevención de la malnutrición o desnutrición	95
Indicador de Monitoreo.....	96
7.2.12 ESTRATEGIA 15. Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas	97
7.3 PRÁCTICAS QUE MEJORAN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES.....	98
7.3.1 ESTRATEGIA 16. Adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.	98
Indicadores de Monitoreo.	101
7.3.2 ESTRATEGIA 16. Prevenir el cansancio del personal de salud	101
Indicadores de Monitoreo.	104
7.3.3 ESTRATEGIA 17. Funcionalidad de los Consentimiento Informado.....	104
Indicadores de Monitoreo	110
7.4 ESTRATEGIA 18. INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD.....	111
Indicador de medición:	113
8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	114
9. CONTROL DE CAMBIOS	114

TRD.312.28.113

1. OBJETIVO GENERAL

Implementar actividades que contribuyan a fortalecer la cultura de seguridad en el Hospital Del Sarare-ESE, mejorando la calidad del servicio y, en consecuencia, la seguridad de los pacientes.

1.1 Objetivos específicos

- ✓ Desarrollar módulos de capacitación sobre prácticas seguras y protocolos de atención para todo el personal asistencial.
- ✓ Realizar eventos regulares para sensibilizar al personal sobre la importancia de la seguridad del paciente.
- ✓ Implementar y actualizar protocolos de seguridad del paciente es los diferentes paquetes instruccionales
- ✓ Establecer un sistema fácil y accesible para que los funcionarios reporten incidentes, indicios de atención insegura, y eventos adversos promoviendo un ambiente de confianza, no punitivo.
- ✓ Realizar el análisis de incidentes y eventos adversos reportados, según protocolo de Londres, identificando las fallas, factores contributivos, barreras y lecciones aprendidas.
- ✓ Proporcionar información a los pacientes sobre su tratamiento, medicamentos y derechos, para fomentar la participación activa en su atención.
- ✓ Realizar auditorías internas para evaluar el cumplimiento de los protocolos de seguridad del paciente y encontrando las oportunidades de mejora.
- ✓ Diligenciar mensualmente los indicadores de seguridad del paciente para medir y monitorear el desempeño de las áreas del hospital y de cada paquete instruccional

2. ALCANCE

Este manual es aplicable a todos los servicios del Hospital del Sarare, y sus distintas sedes de atención.

3. DEFINICIONES

- **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.

TRD.312.28.113

- **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 Adverso Prevenible:** Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento Adverso No Prevenible:** Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **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:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias
- **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.
- **Falla activa o Acciones Inseguras:** Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso y que tiene el potencial de generar daño u evento adverso.
- **Fallas Latentes:** Fallas mediante acciones u omisiones en los procesos de apoyo (Personal administrativo)
- **Factores contributivos:** Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son: Paciente, tarea y tecnología, individuo, equipo de trabajo, ambiente, organización y gerencia, contexto institucional.
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

TRD.312.28.113

- **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.
- **Pulsera de identificación:** Pulseras de control, pulseras de seguridad o pulseras de control son un dispositivo que permite la comprobación de identidad inequívoca de paciente, disminuyendo el riesgo de error
- **Estabilidad:** Aptitud de un principio activo o de un medicamento de mantener en el tiempo sus propiedades originales, dentro de las especificaciones establecidas.
- **Efectividad:** Grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en las condiciones de la práctica habitual, sobre una población determinada.
- **Efecto adverso:** Sinónimo de reacción adversa y efecto indeseado.
- **Efecto colateral:** Cualquier efecto no previsto de un producto farmacéutico, que se produzca con dosis normales utilizadas en el hombre y que esté relacionado con las propiedades farmacológicas del medicamento.
- **Efecto placebo:** Resultado de la aplicación o la administración de un placebo. Puede ser beneficioso o adverso.
- **Efecto secundario:** Efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción.

TRD.312.28.113

- **Error de medicación:** Incidente que puede evitarse y que es causado por la utilización inadecuada de un medicamento. Puede producir lesión a un paciente mientras la medicación está bajo control del personal de salud, del paciente o del consumidor.
- **Fármaco:** Es el principio activo de un producto farmacéutico.
- **Iatrogenia:** Estado anormal o alterado causado por la actividad del médico u otro personal autorizado.
- **Indicación:** Los usos a los cuales se destina un producto (medicamento, dispositivo médico, suplemento alimentario, etc.), después que se ha probado científicamente que su empleo para una finalidad determinada es efectivo y seguro.
- **Interacción medicamentosa:** Modificación del efecto de un fármaco por la acción de otro cuando se administran conjuntamente.
- **Medicamento:** Es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica, que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad.
- **Perfil Farmacoterapéutica:** Es la relación de los datos referentes a un paciente, su tratamiento farmacológico y su evolución.
- **Placebo:** Sustancia inerte, como la lactosa, usada como medicamento supuesto. No tiene actividad farmacológica inherente, pero puede producir una respuesta farmacológica por los efectos de sugestión asociados con su administración.
- **Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRUM):** Corresponden a causas prevenibles de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Estos problemas se pueden clasificar de la manera siguiente: relativos a la disponibilidad, relativos a la calidad, relativos a la prescripción, relativos a la dispensación, relativos a la administración y relativos al uso.

4. REPONSABLES.

Gerencia, subgerencia administrativa y financiera, subgerencia científica, subgerencia de talento humano, líder de seguridad del paciente, y referentes de los programas de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, Reactivovigilancia, Hemovigilancia e IAAS, así como la gestión de la calidad. Además, el responsable de cada uno de los paquetes instruccionales para las buenas prácticas en la seguridad del paciente.

5. POLITICAS OPERACIONALES.

- ✓ **Resolución Gerencial N° 126 del 9 de julio de 2020 “POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA LA POLITICA INTEGRAL DE CALIDAD; EN EL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.”**

La Alta Dirección del Hospital Del Sarare E.S.E, reconoce que un Sistema de Gestión de la Calidad debe ser una decisión estratégica en la institución.

“Se compromete a garantizar a cada usuario y su familia, servicios de salud seguros, pertinentes, oportunos y continuos; bajo un Modelo de Atención Integral, que satisfaga las necesidades del usuario; mediante el uso racional de recursos, protegiendo el medio ambiente como una responsabilidad social, cumpliendo los lineamientos legales vigentes y comprometidos con el mejoramiento continuo en cada uno de sus procesos a través de un talento humano idóneo, humanizado con sentido de pertenencia como eje central en la atención”.

- ✓ **Manual de acreditación en salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia versión 3.1. Estándar 7. Código: (AsSP3)** La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad. Procesos institucionales seguros, Procesos Asistenciales seguros, Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.
- ✓ **Manual de acreditación en salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia versión 3.1. Estándar 8. Código: (AsSP4)** La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.
- ✓ Literal 1. Del numeral 11.1.5. Estándar de procesos prioritarios Resolución 3100 de 2019. El prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Literal 2. Del numeral 11.1.5. Estándar de procesos prioritarios Resolución 3100 de 2019. El prestador de servicios de salud realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.

TRD.312.28.113

- ✓ Literal 5. Del numeral 11.1.5. Estándar de procesos prioritarios Resolución 3100 de 2019. El prestador de servicios de salud **promueve la cultura de seguridad del paciente** que involucra a todo el personal de manera sistemática con un enfoque educativo no punitivo mediante:

- 1.1 Capacitación del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención.
- 1.2 Actividades donde se ilustra al paciente y sus allegados en el autocuidado de su seguridad.

6. CONFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

6.1 Comité Institucional de Seguridad del Paciente.

A través de resolución No. 051 emitida en marzo 17 de marzo de 2022 por la alta gerencia, se modifica la conformación y el funcionamiento del comité de seguridad del institucional del paciente en la E.S.E HOSPITAL DEL SARARE, acorde con la política de calidad y valores institucionales. Esta resolución deroga a la resolución 036 del 2017.

El COMITÉ DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL estará conformado por:

- a) Gerente o su delegado.
- b) Subgerente científico
- c) Coordinador médico.
- d) Coordinador de Enfermería.
- e) Líder del Programa de IAAS y del Programa de Programa de Optimización de Antibióticos (PROA).
- f) Líder de Seguridad del Paciente
- g) Líder del Programa de Humanización
- h) Líder del Servicio de laboratorio y Referente del Programa de Reactivovigilancia
- i) Líder del servicio de Farmacia y Referente del Programa de Farmovigilancia.
- j) Líder de Gestión Biomédica y Referente del Programa Tecnovigilancia.
- k) Director de Banco de Sangre y Referente del Programa Hemovigilancia
- l) Líder de Unidad de vigilancia epidemiológica
- m) Líder de Gestión de la calidad
- n) Líder de auditoria y concurrencia médica
- o) Referente Médico de Unidad de Cuidados Críticos
- p) Líder de Gestión del Riesgo en Salud (UNAP)

TRD.312.28.113

q) Líder de Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU).

6.2 Líder del Programa de Seguridad del paciente.

La Líder del Programa de Seguridad del Paciente es una enfermera, respaldado por la colaboración de dos auxiliares de enfermería debidamente entrenados para garantizar la efectividad del programa. Estos auxiliares desempeñan un papel crucial como auxiliares de Seguridad del Paciente, y entre sus funciones se incluyen la realización de rondas de supervisión, la aplicación de listas de verificación para asegurar el cumplimiento de las estrategias implementadas, así como la búsqueda activa de acciones inseguras, incidentes y eventos adversos.

También fomentar y promover la cultura de seguridad. Las rondas de supervisión son diarias y abarcan una jornada laboral de 6 horas. Las auxiliares de seguridad del paciente, llevan a cabo un cronograma de actividades dando cumplimiento a las funciones asignadas en las diferentes sedes del hospital del Sarare.

Entre las funciones más importantes del Líder del Programa de Seguridad del Paciente están:

- ✓ Promover una Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital del Sarare.
- ✓ Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la seguridad del paciente.
- ✓ Convocar y dirigir el Comité Institucional de Seguridad del Paciente.
- ✓ Reportar y gestionar indicios de atención insegura.
- ✓ Participar en la clasificación de incidentes y eventos adversos.
- ✓ Apoyar las acciones de mejora implementadas en el programa.
- ✓ Supervisar el funcionamiento de los programas de; Farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivovigilancia, hemovigilancia e IAAS
- ✓ Realizar supervisión y análisis de los hallazgos obtenidos a través de rondas de seguridad, utilizando listas de verificación para su implementación.
- ✓ Elaborar documentación y formatos necesarios para el programa.
- ✓ Realizar un análisis y presentación mensual de los indicadores de seguridad.
- ✓ Recibir y consolidar reportes de los diferentes servicios asistenciales y áreas del hospital.
- ✓ Redactar boletines de seguridad que informen sobre cambios o recuerden pautas de los protocolos institucionales.

TRD.312.28.113

- ✓ Elaborar informes detallados de las rondas de seguridad realizadas.

6.3 Logo Oficial.

El logo del programa institucional seguridad del paciente “Súper Seguro”.



7. LINEAS DE ACCIÓN O METODOLOGIA.

7.1 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS.

7.1.1 Política Nacional de Seguridad del Paciente

En la actualidad Colombia cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente, **liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud**, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez

TRD.312.28.113

identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

7.1.2 Construcción de la Política Institucional de Seguridad del Paciente

Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la institución debe adoptar a su interior una Política de seguridad inmersa en su Política de calidad. Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

Nº	Lineamientos
1	En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos
2	Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas.
3	Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.
4	Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo
5	Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.
6	Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir
7	La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que, por favor, sean más cuidadosos.

La Política de Seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un **comportamiento seguro** deseado.

Este se caracteriza por:

- ✓ Permitir que sea el experto quien haga las cosas.
- ✓ Confiar cada vez menos en la memoria.
- ✓ Gestionar el riesgo de cada actividad.
- ✓ Alertar sin miedo sobre el error.
- ✓ Compartir el aprendizaje.



TRD.312.28.113

- ✓ Ante la duda, pedir ayuda.
- ✓ Adhesión a las guías de práctica clínica.
- ✓ Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería.
- ✓ Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras.

7.1.3 Política Institucional de Seguridad del Paciente

El HOSPITAL DEL SARARE implementa mediante el acto administrativo Resolución Gerencial 256 del 11 noviembre de 2021, la **POLITICA DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL DEL PACIENTE**.

La Dirección del Hospital del Sarare E.S.E. reconoce la seguridad del paciente como un atributo de la calidad, una prioridad gerencial y un eje transversal como prerequisite en el diseño e implementación de los procesos y procedimientos institucionales; por tal motivo se compromete a ser eje conductor del programa de seguridad del paciente apoyando las actividades encaminadas a crear una cultura de seguridad del paciente educativa no punitiva, brindando servicios de salud seguros donde se gerencia los riesgos previniendo la ocurrencia de eventos adversos durante todo el ciclo de atención del paciente; mediante las siguientes líneas de acción de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Reactivovigilancia, Hemovigilancia, bioseguridad, prevención y control de infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), Biovigilancia, procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, mejores prácticas del actuar profesional e involucramiento del paciente y sus familiares en seguridad; integrada a las políticas del sistema integrado de gestión, con dirección al aprendizaje organizacional y al fortalecimiento continuo de las competencias clínicas, técnicas, interpersonales y analíticas del talento humano, que garantice prácticas seguras basadas en evidencia y acciones de mejoramiento continuo en los procesos y colaboradores; con un enfoque de interculturalidad y de participación, que logre la satisfacción global del usuario y el cumplimiento a los lineamientos del ministerio de salud y requisitos normativos.

7.1.4 Recursos para la Implementación de la Política de Seguridad

En la planeación presupuestal del Hospital del Sarare E.S.E, en cada vigencia se incluirán los recursos requeridos para garantizar la implementación de la presente política, asegurando el apoyo financiero, físico, tecnológico y de talento humano para el logro de los objetivos planteados.

TRD.312.28.113

7.1.5 Integración con otras Políticas y con la Planeación Estratégica.

En el Hospital del Sarare E.S.E. la política de seguridad del paciente se articula con la misión y visión institucional; que busca prestar servicios seguros, promoviendo políticas transversales de atención médica segura y humanizada. Articulada con la política Integral de Calidad (Política de calidad, objetivos corporativos, plan de desarrollo institucional)

7.1.6 Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.

La implementación del programa de seguridad del paciente será mediante los siguientes ejes conductores.

7.1.6.1 Apoyo de la alta gerencia.

Mediante el involucramiento de la Junta directiva y la Gerencia en la seguridad del paciente. Con el apoyo de la dirección se realizan las acciones que redundan en el rediseño e implementación de los procesos y procedimientos institucionales.

La seguridad del paciente es una prioridad gerencial es así que, mediante la asignación de un presupuesto económico garantiza la operatividad de la política para las actividades de seguridad, presupuesto utilizado para el entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad del paciente, capacitación continua a los colaboradores y pacientes en las prácticas seguras recomendadas y en la implementan las acciones de mejora.

7.1.6.2 Análisis y Gestión de Riesgos.

El Hospital del Sarare E.S.E. gestiona el riesgo, identifica y aprovecha oportunidades para mejorar su desempeño, y lleva a cabo acciones para prevenir o mitigar la probabilidad de que ocurran nuevos incidentes o eventos. Mantiene un compromiso constante con la seguridad en sus prácticas clínicas, a través de diversas actividades de gestión de riesgos y los siguientes mecanismos de acción:

7.1.6.3 Reporte.

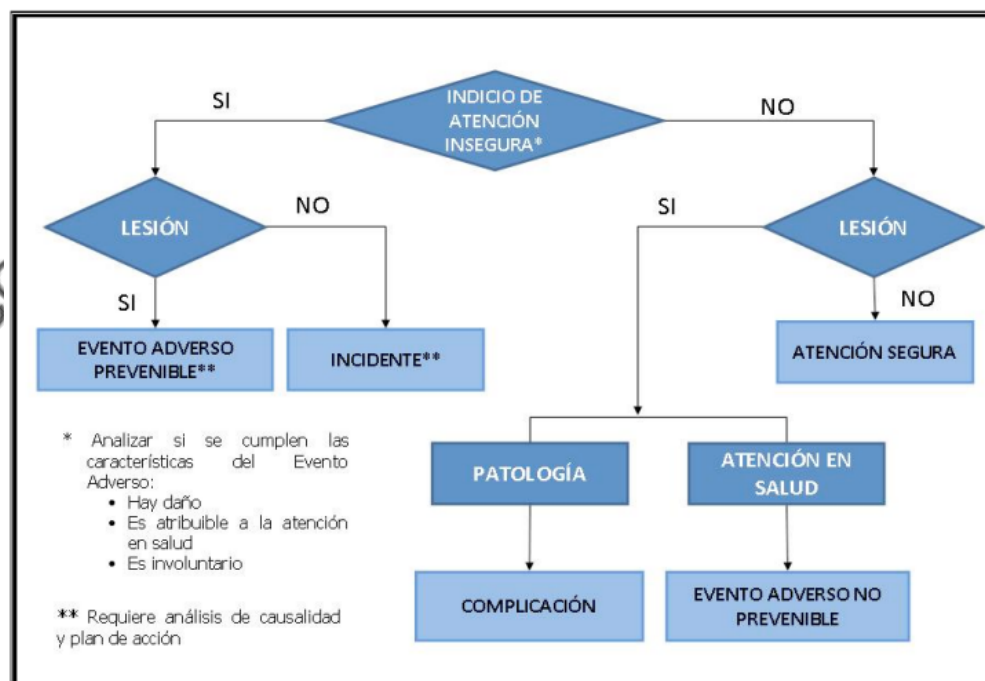
El sistema institucional para el reporte de eventos adversos se lleva a cabo a través del enlace destinado a este fin. Esta herramienta tiene como objetivo influir en la cultura organizacional y conlleva un proceso de acompañamiento en la difusión y capacitación del personal sobre la política institucional relacionada con la seguridad del paciente. Esto

TRD.312.28.113

incluye la identificación de los tipos de eventos que deben ser reportados, así como los mecanismos de reporte, el acceso al aplicativo, el llenado del formulario de reporte, las estrategias para el análisis de la información, los mecanismos de retroalimentación y la asignación de responsabilidades en cada actividad.

QUE SE REPORTA:

- Indicio de Atención Insegura.
- Evento Adverso.
- Evento Centinela.
- Incidente.



Las siguientes son características del reporte efectivo de incidentes y eventos adversos.

- ✓ **Que promueva el auto reporte voluntario:** Todo colaborador del Hospital del Sarare E.S.E, tiene la posibilidad de notificar un evento adverso cuando lo identifique
- ✓ **Fácil diligenciamiento:** El Link de reporte tiene los campos mínimos para conocer sobre el evento, con opciones de respuesta de selección múltiple para mayor comodidad.
- ✓ **Confidencial:** Nunca se revelan a una tercera parte las identidades del paciente, ni de quien reporta, además tiene la opción de ser anónimo.

TRD.312.28.113

- ✓ Permite que se reporten también incidentes e indicios de atención inseguras.
- ✓ Oportunidad: Los reportes se analizan prontamente y las recomendaciones se despliegan rápidamente a quienes necesiten conocerlas.
- ✓ Tiene un enfoque educativo, no punitivo: Las personas reportan sin temor a represalias o castigos.
- ✓ Independiente: El programa opera de manera autónoma, sin estar vinculado al proceso que tiene la autoridad para imponer sanciones.
- ✓ Orientado a los sistemas: Las recomendaciones se enfocan en cambios a los sistemas, procesos o productos, más que al desempeño individual.
- ✓ Respuesta efectiva: La persona que recibe el reporte es capaz de desplegar las recomendaciones y comprometer a los involucrados a implementarlas lo antes posible.
- ✓ Análisis por personal idóneo: Los eventos son analizados por el equipo de seguridad y/o líderes de seguridad de los servicios quienes entienden las circunstancias clínicas y están entrenados para identificar las causas.

*** Los reportes de la competencia de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, Hemovigilancia, Reactivovigilancia, Biovigilancia serán remitidos directamente a estas áreas para su clasificación y análisis

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

\\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\ANTIGUA_CARPETA_CALIDAD\21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\03. Seguridad del Paciente\6. Formatos, SEI-03-F01 REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS o INCIDENTES

Se puede hacer auto reporte o se pueden reportar eventos adversos de otras secciones o servicios. Informar verbalmente a la líder 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.

TRD.312.28.113

Todo funcionario de la institución está en capacidad de reportar un evento adverso en el momento que este se presente; puede ser incluso autoreporte, existen 3 medios que llevan al link de seguridad del paciente:

1. A través del enlace que se encuentra en el apartado "Seguridad del paciente" en el panel principal de la DashBoard.



2. Directamente a través de la siguiente dirección:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpOL5fijlRNAaCrLinIn3pTOxXUrTOyKDK6iPkQzhKjXT2tR--wDw/viewform>

3. A través de la página web del hospital del Sarare, en la página principal el vínculo link institucionales, eventos adversos.

AUNQUE EXISTEN OTROS MEDIOS DE OBTENER LA INFORMACIÓN

- Verbalmente se pueden reportar incidentes y/o indicios de atención insegura al personal perteneciente al programa de seguridad del paciente, quien se encargará de enseñar cómo realizar el link y de explicar la forma de diligenciamiento.
- Mediante la ronda diaria de seguridad para la supervisión diaria de atención al paciente.
- A través de correo electrónico al correo seguridadpacientehospsarare@gmail.com

CUANDO SE REPORTA

TRD.312.28.113

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

- Al programa de seguridad del paciente con cualquiera de los diferentes medios anteriormente mencionados.

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.

7.1.6.4 Consolidación de los Reportes

Una vez se ha realizado el reporte del evento en [Link de reporte de eventos adversos](#) por parte del funcionario de la institución, al correo electrónico de seguridad del paciente llega la notificación sobre el reporte, solo el equipo de seguridad tiene acceso al Link.

7.1.6.5 Como se estimula el reporte

Durante las reuniones primarias en los servicios, se institucionalizará el espacio de participación de la líder 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 el análisis de los errores y sucesos adversos como 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.

TRD.312.28.113

- 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 y la cultura de seguridad del paciente de la siguiente manera:

- ✓ Incentivo al servicio que más reporta en el Link de incidentes y eventos adversos.

Los eventos adversos no traerán como consecuencia sanciones para las personas implicadas en el mismo, se exceptúan los siguientes casos:

1. Casos en los cuales el evento ocurre como consecuencia de que el trabajador se ausente injustificadamente de la institución.
2. 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.

7.1.6.6 Gestión del evento adverso

La investigación de cada evento reportado estará a cargo de quien lidere el 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 de eventos adversos institucional. La investigación y el análisis se llevará a cabo siguiendo las recomendaciones del **PROTOCOLO DE LONDRES**. Y se dejara constancia de asistencia al análisis y quedarán las acciones de mejora en el plan de mejora anual de seguridad del paciente. A los planes de mejora instaurados desde el programa de seguridad del paciente se le realiza el seguimiento para garantizar el cambio implementado.



TRD.312.28.113

**ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD
"PROTOCOLO DE LONDRES"¹**

Falla activa No.

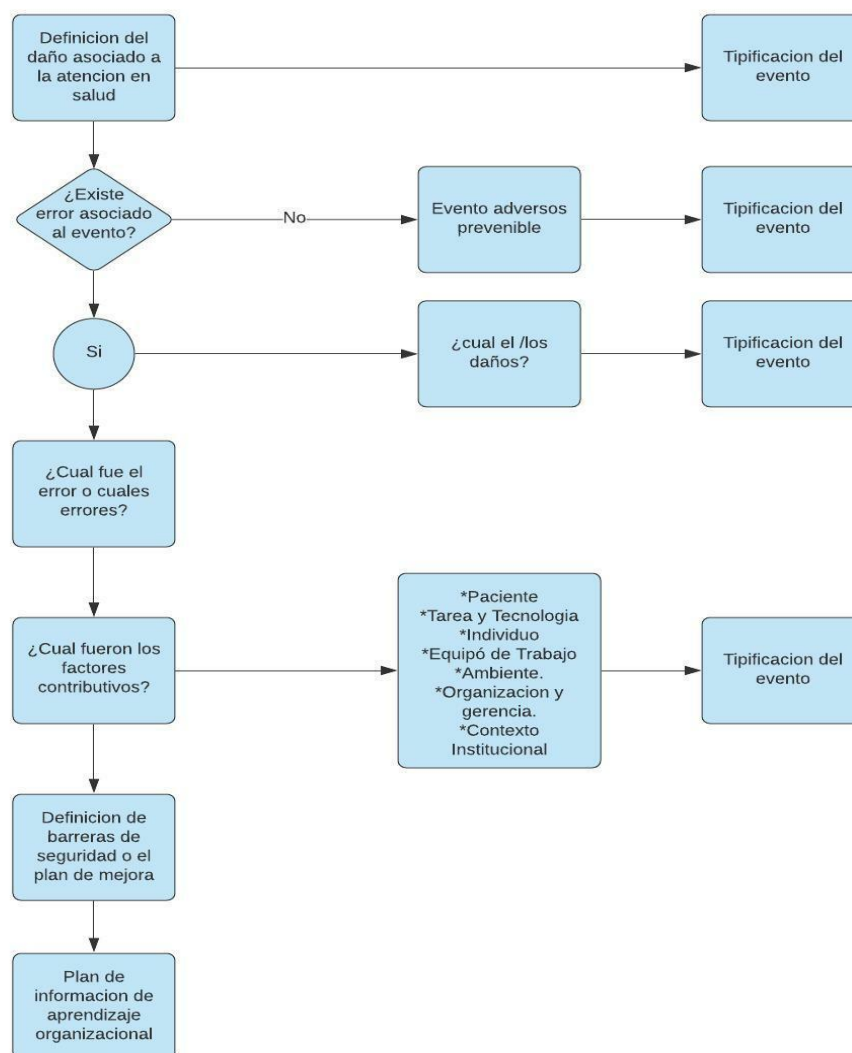


El propósito del análisis es identificar la cadena de eventos en la atención que realiza la institución, cuando ya se presentó el evento adverso, la responsabilidad radica en evitar que a otro paciente le ocurra lo mismo. Para ello analizaremos las causas que **generaron** el evento adverso y se desarrollan actividades para que en un futuro no vuelva a ocurrir. Sin embargo, la responsabilidad en la atención en salud no va solamente a esperar que se presente un evento adverso para corregirlo. Para revisar cómo se gestiona los eventos.

7.1.6.7 Diagrama de flujo para analizar los eventos adversos



TRD.312.28.113



7.1.6.8 Ruta para analizar e investigar eventos adversos

Profesional Especializado

Elaboró

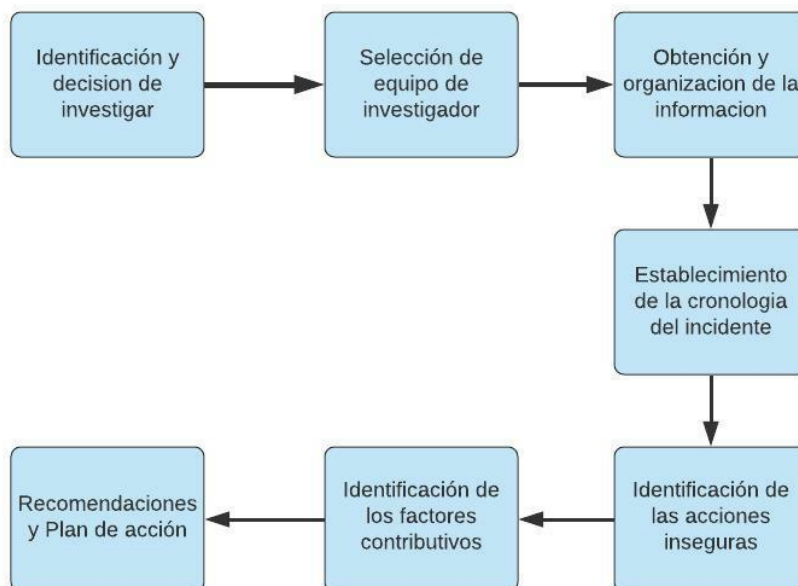
Líder de Seguridad del Paciente

Revisó

Comité de gestión y desempeño

Aprobó

TRD.312.28.113



7.1.6.9 Definición de privilegios o credenciales

Es importante anotar que la sola certificación o diploma universitario no es sinónimo de tener los privilegios. Aquí cobra importancia fundamental aquel dicho que reza que “la práctica hace al maestro”, Por lo tanto, la gerencia o en su defecto, un comité de privilegios, debe asignarlos a cada uno de los profesionales quirúrgicos en los procedimientos relacionados, basado en su entrenamiento, su actualización constante, y especialmente, a través de la verificación de que dicho profesional ha realizado un número determinado del procedimiento específico que lo vuelven idóneo para su realización.

TRD.312.28.113

7.1.6.10 Adherencia a Guías de Práctica Clínica.

Las prácticas médicas excesivamente basadas en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes.



El Hospital del Sarare E.S.E. reconoce que las Guías de Práctica Clínica disminuyen la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos; de manera que de acuerdo a su Perfil Epidemiológico por especialidad adopta las guías de manejo de las primeras causas de consulta. Asimismo, la verificación de su adherencia en la implementación mediante la evaluación periódica a través de auditoria de historias clínica, lista de chequeos, paciente trazador etc.

Debido a que las guías de práctica clínica son documentos voluminosos que pocos consultan, una estrategia que nos ha demostrado efectividad es convertirlas en listas de chequeo; incluyendo aquellos ítems que los profesionales catalogan como infaltables en la guía.

Asimismo, El Hospital del Sarare en cumplimiento a los siguientes requisitos normativos definidos en el Sistema Único de Habilitación bajo la Resolución 3100 de 2019 define:

Numeral 6 del estándar 11.1.5 Estándar de procesos prioritarios. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.

Numeral 7 del estándar 11.1.5 Estándar de procesos prioritarios. La información documentada es conocida mediante acciones de formación continua por el talento humano encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el talento humano en entrenamiento, se deja evidencia de la socialización.

TRD.312.28.113

Numeral 8 del estándar 11.1.5 Estándar de procesos prioritarios. Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados nacional o internacionalmente.

Numeral 9 del estándar 11.1.5 Estándar de procesos prioritarios. El prestador de servicios de salud de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio define la guía o guías de práctica clínica a adoptar, o adaptar o desarrollar.

Numeral 10 del estándar 11.1.5 Estándar de procesos prioritarios. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la adopción, o adaptación o desarrollo de guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica.

Se cuenta con el **Manual para la Implementación, Adopción o Adaptación de Guías de Prácticas Clínicas**. Que tiene por objeto, definir los lineamientos metodológicos para la adopción y adaptación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, que van a ser implementadas en el Hospital del Sarare ESE.

7.1.6.11 Educación en Seguridad del paciente

Con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, es fundamental capacitar al personal en el programa de seguridad del paciente, lo que contribuirá al desarrollo del equipo de salud y garantizará la implementación de prácticas seguras y barreras de seguridad efectivas.

Este programa refuerza la cultura de seguridad, lo que permitirá que el personal esté atento a la identificación y notificación de atenciones inseguras, incidentes y eventos adversos. De este modo, se facilita la gestión del evento, permitiendo mitigar y reducir posibles riesgos, además de proporcionar retroalimentación que, a su vez, contribuirá a mejorar la atención en salud, siempre con un enfoque humanizado.

TRD.312.28.113

Tema	Contenido	Metodología y/o recursos
Seguridad del paciente	Concepto del programa y definiciones.	Socialización
	✓ Política de seguridad del paciente ✓ Cultura de seguridad del paciente	Socialización
Atención Segura	Estrategias: ✓ Identificación de pacientes. ✓ Prevención de caídas. ✓ Prevención de lesiones por presión. ✓ Identificación de alergias. ✓ Protocolo de Londres.	Socialización y taller en puestos de trabajo.
IAAS	✓ Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.	
Tecnovigilancia	✓ Concepto ✓ Protocolo de Londres ✓ Notificación de incidentes y eventos.	
Hemovigilancia	✓ Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.	
Farmacovigilancia	✓ Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	
Reactivovigilancia	✓ Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio	
Cirugía segura	✓ Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	

7.1.6.12 Actividades institucionales del Programa de Seguridad del Paciente

- ✓ Mediante el programa de Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- ✓ Gestión segura del uso de medicamentos.
- ✓ Gestión segura de la tecnología biomédica.
- ✓ Implementación de las metas globales de seguridad del paciente.

TRD.312.28.113

- ✓ El **Hospital del Sarare** trabaja día a día hacia la obtención de las metas de seguridad; mejorar la identificación del paciente, mejorar la efectividad de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, mejorar la seguridad al utilizar medicamentos de alta alerta o riesgo, asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención y reducir el riesgo de daños al paciente por caídas. Cada una de ellas es motivo de un paquete instruccional específico.

- ✓ Involucramiento del paciente y la familia en su seguridad

El **Hospital del Sarare** es conscientes de que un paciente más comprometido con su salud es un paciente que ayuda a prevenir eventos adversos, de manera que se debe estimular, a sus familiares y sus acompañantes para que comuniquen o pregunten sobre cualquier inquietud o preocupación que tengan con respecto a la seguridad del cuidado que reciben o que van a recibir, asimismo desarrollar folletos ilustrativos sobre el papel activo que cada paciente en la consulta externa, el que va a ser hospitalizado, o en la que va a ser intervenido quirúrgicamente, debe desempeñar buscando ayudar al personal de salud a que le entregue un cuidado más seguro.

Los pacientes y su familia acompañante son también involucrados en su autocuidado y seguridad al momento de las **rondas de seguridad**. Cuando la misma se realiza, se indaga al paciente sobre cómo le ha parecido la seguridad de su atención y qué aspectos concernientes a la seguridad han notado ellos que se pueden implementar o que ya lo están, pero se pueden mejorar.

El **Hospital del Sarare E.S.E**, favorece la integración del usuario y su familia en el auto cuidado y en el cumplimiento de las acciones seguras que nuestros colaboradores le han enseñado y lo hace a través de las **siguientes estrategias:**

- ✓ Equipo de apoyo a la seguridad del paciente, que son auxiliares de enfermería entrenados que visitan diariamente los servicios, para entre otras cosas, dialogar con el usuario y su familia y reforzar su conocimiento en las acciones seguras que ellos pueden aportar para evitar la ocurrencia de fallas en la atención.
- ✓ Divulgación de información con el apoyo de estudiantes de ciencias de la salud y personal en formación técnica o tecnológica.

TRD.312.28.113

7.1.6.13 Herramientas para la construcción de cultura de seguridad

Partiendo de que crear cultura organizacional es algo difícil de lograr en el corto y mediano plazo debido fundamentalmente a que, como lo dice su definición, se trata de alinear comportamientos individuales en torno a unos pocos objetivos, en este caso, el de la seguridad. La cultura institucional de seguridad tiene cuatro componentes fundamentales, sobre los cuales el Hospital del Sarare se proyecta a trabajar al interior de sus procesos para lograrla.

Estos componentes son:

✓ Seguridad psicológica

Crear la convicción al colaborador de un servicio de que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Por el contrario, sabe que sus preocupaciones acerca de la seguridad serán recibidas de manera abierta y tratadas con respeto.

✓ Liderazgo efectivo

El líder del programa tiene como función crear un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad.

✓ Transparencia

La institución hace visible a sus colaboradores los eventos adversos presentados. Se basa en el concepto de que una institución transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares. La institución busca que, en la reunión de análisis, todos los participantes hablen con sinceridad sobre lo ocurrido. Dicho de otra manera, no se ocultan los eventos adversos, en vez de esto, se utilizan para mejorar.

✓ Cultura justa

La institución de ninguna manera, tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que coloquen en claro riesgo a los pacientes (ejemplo, violar frecuentemente una

TRD.312.28.113

guía de atención, falsificar un registro, trabajar bajo efectos de alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva, etc.). En estos casos, el castigo se hace necesario.

7.1.6.14 Ronda de Seguridad Institucional.

El desarrollo de las Rondas de Seguridad del paciente permitirá conocer de manera directa los factores que condicionan riesgos para el paciente, así como evitar que los pacientes sufran daños durante el tratamiento y la atención. Las Rondas de Seguridad del paciente son una herramienta fundamental dentro de la gestión de seguridad del paciente, para lograr lo anterior, se fundamenta en conceptos y criterios unificados y claramente establecidos en los protocolos y guías de manejo.

Procedimiento para la realización de rondas de seguridad

A continuación, se describen los pasos a seguir para la implementación de las Rondas de Seguridad en las áreas de atención del Hospital del Sarare E.S.E.

1. **Conformación del equipo de las Rondas de Seguridad:** El equipo estará conformado por:

- ✓ Enfermera Líder del Programa institucional de Seguridad del Paciente.
- ✓ Gestión de Ambiente físico,
- ✓ Subgerencia científica,
- ✓ Subgerente financiera y administrativa.
- ✓ Líder de Farmacovigilancia.
- ✓ Líder de Tecnovigilancia.
- ✓ Líder de Reactivovigilancia.
- ✓ Líder de Hemovigilancia.
- ✓ Líder de Mantenimiento.
- ✓ Coordinadora de Enfermería
- ✓ Coordinador de área o Enfermera asistencial asignada como líder de proceso o coordinador.
- ✓ Auxiliar de enfermería de seguridad del paciente

Adicionalmente podrán participar personal de otras áreas o dependencias.

2. **Planificación de las Rondas de Seguridad:** El área de seguridad del paciente definirá un profesional de dicha área que será responsable de coordinar la planeación, desarrollo y evaluación de las Rondas de Seguridad del paciente, quien deberá convocar a reuniones de trabajo a todos

TRD.312.28.113

los integrantes del equipo para la elaboración de un plan y un cronograma para la realización de las Rondas de Seguridad, que incluya la fecha y hora, el tamaño de la muestra a evaluar y el responsable de la ejecución de la actividad, teniendo en cuenta la disponibilidad del equipo de apoyo. El área o servicio a evaluar se identificará el mismo día, priorizando servicios mes a mes dependiendo de la necesidad de cada servicio. Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horario diferente al establecido para la realización de las revistas médicas.

3. **Las Rondas de Seguridad** deben realizarse de forma permanente, inicialmente con una periodicidad mínima semanal; posteriormente y de acuerdo a la disminución de las observaciones podrá variarse la periodicidad ya sea quincenal o mensual. La frecuencia de realización de las Rondas de Seguridad dependerá de la matriz de priorización o criterios establecidos por el equipo responsable de su coordinación.

4. Los **instrumentos de evaluación o listas de chequeo** que se aplicaran en las rondas de seguridad serán definidos por el área de seguridad del paciente, que determinara los aspectos a evaluar los cuales podrán ser modificados de acuerdo a los resultados obtenidos o a la necesidad de priorizar nuevos asuntos, factores o barreras de seguridad del paciente. Se adjuntan como anexos los formatos existentes.

5. La **metodología para la ejecución** de las rondas de seguridad será tanto de entrevista directa y personal con el usuario o personal asistencial dependiendo del instrumento de captura de información aplicada, lo cual se complementará con la evaluación mediante observación directa de los elementos, aspectos o barreras de seguridad a evaluar, lo cual puede incluir la revisión de la historia clínica y otros registros médicos o de enfermería.

6. Los instrumentos de evaluación deben diligenciarse de forma completa, diligenciando todos los campos, incluyendo la identificación del responsable del diligenciamiento. Los instrumentos que requieran cuentan con un espacio para registrar las observaciones, comentarios o recomendaciones que el evaluador considere pertinentes.

7. Se deberán elaborar informes mensuales del resultado de la aplicación de las rondas de seguridad los cuales deberán ser dados a conocer a las áreas implicadas y también se generará un informe

TRD.312.28.113

consolidado con los resultados de las Rondas de Seguridad el cual será presentado al comité de seguridad del paciente.

8. El personal que realice las rondas de seguridad deberá mantener una conducta adecuada y objetiva frente a la evaluación, se le realizara seguimiento por parte del personal de seguridad del paciente con el fin de acordar criterios y formas de evaluación, las rondas se deben realizar respetando tanto al personal asistencial de los servicios, así como a los pacientes, para evitar la interrupción de su trabajo.
9. La presentación de los informes de rondas de seguridad puede generar la formulación de planes de mejoramiento que deben documentarse y enviar copia de los mismos al área asesora de calidad con quienes se definirá y coordinará el seguimiento y cierre de ciclo a los mismos.

7.1.6.15 Búsqueda activa de eventos adversos

Mediante la revisión de historia clínica. De situaciones como:

- ✓ Reingreso al servicio por la misma causa en menos de 72 horas
- ✓ Daño a un paciente ocurrido en el hospital (caídas, quemaduras, ulcera de presión)
- ✓ Sepsis
- ✓ Apgar score bajo
- ✓ Reacciones adversas a medicamentos
- ✓ Traslado no planeado a otra unidad de cuidado agudo del hospital
- ✓ Reingreso no planeado a cirugía
- ✓ Déficit neurológico no presente al ingreso
- ✓ Procedimientos adicionales no planeados en cirugía
- ✓ Muerte no esperada.

Existen otras alternativas utilizadas en el Hospital para monitorear la calidad y la seguridad de la atención como:

- ✓ Las PQRS colocadas en los buzones de sugerencias de pacientes y familiares)
- ✓ Las rondas de seguridad y la observación discreta (Personal del programa de seguridad del paciente)

7.1.7 Medición de la cultura de seguridad del paciente.

El Hospital del Sarare tiene definido un mecanismo que **mide o evalúa la cultura y clima de seguridad del paciente** en cada uno de los procesos institucionales como estrategia de seguimiento y evaluación a la implementación de la política de seguridad del paciente; y que, a partir de los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad toma acciones para el mejoramiento de los factores críticos que inciden en la transformación del clima de seguridad.

Se utilizará como herramienta de medición el cuestionario 'Hospital Survey on Patient Safety Culture', diseñado por la AHRQ, (Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ, 2005) versión en español. La encuesta es útil para evaluar la cultura de seguridad de un hospital como un todo o para áreas específicas dentro de él. Puede ser usada para hacer seguimiento a cambios y evaluar el impacto de intervenciones en seguridad del paciente, validada originalmente en un grupo de 1437 personas de 21 hospitales de Estados Unidos.

El cuestionario consta de nueve secciones de la A hasta la I en las que se evalúa:

- ✓ El área o unidad de trabajo,
- ✓ El supervisor,
- ✓ La comunicación,
- ✓ La frecuencia de incidentes reportados,
- ✓ El grado de seguridad del paciente,
- ✓ El hospital,
- ✓ El número de incidentes reportados,
- ✓ La información general
- ✓ Y por último los comentarios.

En total son 58 preguntas cerradas formuladas en negativo y positivo y para valorar cada ítem se usa una escala tipo Likert de cinco grados de acuerdo con cada sección. Para las secciones A-B y F: muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo y muy de acuerdo; para las secciones C-D y I: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre; para la sección E: excelente, muy bueno, aceptable, pobre, malo. La sección G refiere el número de incidentes reportados en los

TRD.312.28.113

últimos doce meses: ninguno, 1-2, 3-5, 6-10, 11-20 y 21 reportes/incidentes o más. La sección H consta de seis preguntas de selección cerradas: tiempo que lleva trabajando en el hospital en años y en el área actual, horas semanales laboradas, si tiene o no contacto con el paciente y tiempo laborando en la actual profesión.

7.1.7.1 Muestreo.

El muestreo a utilizar será bajo el método aleatorio simple. La muestra se calculó con margen de error del 5% Nivel de confianza del 95%, tamaño de la población corresponde al total de los colaboradores del nivel misional.

7.1.7.2 Periodicidad de seguimiento y evaluación

El seguimiento y evaluación se realizará una vez cada año, mediante la aplicación del instrumento adoptado para evaluar el clima y cultura de seguridad del paciente.

7.1.7.3 Mecanismo de evaluación

Este instrumento y/o mecanismo de evaluación (encuesta); recoge las opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, indicios de atención insegura, incidentes, notificación de sucesos o eventos adversos en su área de trabajo, como el servicio o área clínica o administrativa del centro donde pasa la mayor parte los funcionarios o proporciona sus servicios clínicos.

- Link del Instrumento:

https://docs.google.com/forms/d/1SqDe49K5c9k_K0JuDQZS9j1li8KtUNrIjyZMQN_EJs/edit

7.1.8 Responsabilidades para la Prevención de Infecciones.

Los líderes relacionados son y tendrá responsabilidad directa que impactará positiva o negativamente en la gestión para prevención de infecciones IAAS en el Hospital del Sarare E.S.E.

Responsable	Actividades
Gerencia	✓ Garantizar los recursos necesarios e indispensable para detectar, prevenir y reducir las IAAS en el Hospital del Sarare E.S.E.
Líder de Seguridad del Paciente	✓ Fortalecer en todos los trabajadores de la salud del Hospital del Sarare E.S.E, el conocimiento técnico sobre las infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS), así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o

TRD.312.28.113

	detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras. ✓ Establecer lineamientos de bioseguridad apropiados que minimicen el riesgo de exposición de otros pacientes y del personal de salud a estas infecciones
Líder de cirugía y esterilización.	✓ Garantizar procesos de esterilización seguros que prevenga IAAS en los procedimientos quirúrgicos.
Líder de Almacén	✓ Gestionar y garantizar insumos y recursos en cantidad y calidad para los procesos de Limpieza y desinfección en los servicios.
Líder de Farmacia.	✓ Gestionar y garantizar desinfectantes en cantidad y calidad suficiente para el cumplimiento de desinfección de manos. ✓ Implementar la Política de uso adecuado de antibióticos. Mediante la Implementación del Programa de Optimización de Antimicrobianos- PROA ✓ Fortalecer las actividades tendientes a hacer seguimiento en el adecuado uso de antimicrobianos en los prestadores de servicios
Líder de Mantenimiento Físico	✓ Garantizar estructuras físicas que garanticen su fácil limpieza y desinfección profunda, evitando ángulos de difícil acceso, grietas y superficies no aptas para estos procedimientos.
Líder de Servicios Básicos	✓ Garantizar ropa hospitalaria segura y procesos de limpieza y desinfección de áreas físicas seguros.
Líder de Gestión Ambiental	✓ Gestionar el PGIRASA (Plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades) para prevenir y reducir el riesgo de IAAS; así como evitar el impacto de los residuos al medio ambiente.
Líder de Gestión de la Calidad	✓ Promover el mejoramiento de protocolos y la inclusión de componentes sobre prevención de las IAAS en la atención de la enfermedad al interior de las guías de práctica clínica en el Hospital. ✓ Realiza auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud del SOGC, en aspecto relacionados con la implementación y seguimiento al cumplimiento de los procesos que estén relacionados con la prevención y el control de las IAAS, RAM y uso racional de antimicrobianos.

7.1.9 Inducción, re inducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones.

Hará parte de los procesos de inducción, re inducción y entrenamiento los temas relacionados a seguridad del paciente, política operacional, objetivos de seguridad del paciente, programa de prevención y control de IAAS (infecciones Asociadas a la Atención en salud) a todos los procesos que interviene directamente en seguridad sanitaria. La persona a Líder de seguridad del paciente y los lideres misionales serán los encargados de motivar la mejora continua. Asimismo, las

TRD.312.28.113

coordinaciones de enfermería y medicina tendrán a cargo la divulgación y evaluación de adherencia de los protocolos, procedimientos y guías institucionales.

Estarán incluidos en los programas de capacitación institucional y congresos institucionales temas relacionados con la atención segura como eje transversal.

7.1.10 Acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.

- ✓ Mediante los procedimientos de referencia de pacientes: Se define, implementa y realiza seguimiento a los procedimientos de los pacientes que requieren atención de manera urgente, para que, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención o definición de prestador receptor.
- ✓ Mediante procedimientos accesibles para la autorización de servicios: se ha definido e implementado mecanismo de autorización en línea de procedimientos que garanticen la realización oportuna de procedimientos y hospitalización al paciente.
- ✓ Se analiza y mide los tiempos de espera en los procesos de remisión relacionados con la seguridad del paciente

Asimismo, cada mes se realizará envío a las EAPB (a los correos establecidos) con las que existen un acuerdo contractual, los indicadores definidos en la [Resolución 0256, Dominio seguridad en la atención](#) para su socialización y generación de planes de mejora, en los casos de presentarse sesgos.

ITEM	NOMBRE DEL INDICADOR	CÓDIGO INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE VARIABLES
1	Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV)	P.2.1	Numero de Neumonías Asociadas a Ventilador nuevas en la UCI/ Número de días Ventilador mecánico en UCI. X 1000	Numero de Neumonías Asociadas a Ventilador nuevas en la UCI
				Número de días Ventilador mecánico en UCI. X 1000
2	Tasa de incidencia de infección del tracto urinario	P.2.2	Sumatoria de los casos nuevos ISTU-AC en un mes de seguimiento. / Numero días catéter	Sumatoria de los casos nuevos ISTU-AC en un mes de seguimiento.



TRD.312.28.113

	asociada a catéter (ISTU-AC)		urinario en UCI (Adulto) x 1000	Numero días catéter urinario en UCI (Adulto) x 1000
3	Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC)	P.2.3	Sumatoria de casos nuevos de Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter en un mes de seguimiento/ Número de días catéter central en UCI (Adulto o Neonatal) en un mes de Seguimiento x 1000	Sumatoria de casos nuevos de Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter en un mes de seguimiento Número de días catéter central en UCI (Adulto o Neonatal) en un mes de Seguimiento x 1000
4	Proporción de endometritis posparto vaginal	P.2.4	Número de endometritis pos parto vaginal/ Número total de partos atendidos x 100(%)	Número de endometritis pos parto vaginal Número total de partos atendidos x 100(%)
5	Proporción de endometritis pos cesárea	P.2.5	Numero de endometritis pos cesárea/ Número total de cesáreas realizadas x 100 (%)	Numero de endometritis pos cesárea Número total de cesáreas realizadas x 100 (%)
6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	P.2.6	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo/ sumatoria de días de estancias de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.x1000	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo sumatoria de días de estancias de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.x1000
7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	P.2.7	Número total de pacientes atendidos en urgencia que sufren caídas en el periodo/ total de pacientes atendidos en urgenciasx1000	Número total de pacientes atendidos en urgencia que sufren caídas en el periodo total de pacientes atendidos en urgenciasx1000
8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	P.2.8	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo/total de personas atendidos en consulta externas.x1000	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo Total de personas atendidos en consulta externas.x1000
9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	P.2.9	Número total de pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica que sufren caídas en el periodo/total de personas atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica x1000	Número total de pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica que sufren caídas en el periodo total de personas atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica x1000



TRD.312.28.113

10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	P.2.10	N° de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización/total de egresos de hospitalización x 100(%)	N° de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
				Total de egresos de hospitalización x 100
11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	P.2.11	N° de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias / total de personas atendidas en urgencias x 100(%)	N° de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias
				total de personas atendidas en urgencias x 100(%)
12	Tasa de úlceras por presión.	P.2.12	N° de personas que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo / sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización x 1000	N° de personas que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo
				sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización x 1000
13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	P.2.13	N° de personas que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de las 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso/N° total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido x 100 (%)	N° de personas que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de las 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso
				N° total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido x 100 (%)
14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	P.2.14	N° de personas que reingresan al servicio de Hospitalización en la misma institución antes de los 15 días con el mismo diagnóstico de egreso en el periodo/N° total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo x 1000	N° de personas que reingresan al servicio de Hospitalización en la misma institución antes de los 15 días con el mismo diagnóstico de egreso en el periodo
				N° total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo x 1000 egreso.
15	Proporción de cancelación de cirugía	P.2.15	N° total de cirugía programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución / N° total de cirugías programadas x 100(%)	N° total de cirugía programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución
				N° total de cirugías programadas x 100(%)
16	Flebitis asociada a catéter periférico	P.2.16	Número total de pacientes con flebitis	Número total de pacientes con flebitis en el periodo.

TRD.312.28.113

			en el periodo. / Sumatoria de días de estancia de pacientes en el periodo. x 100(%)	Sumatoria de días de estancia de pacientes en el periodo x 100(%)
17	Infección de Sitio Quirúrgico	P.2.17	Número total de pacientes con ISO. / total de cirugías. x 100(%)	Número total de pacientes con ISO en el periodo. Total de cirugías en el mismo periodo x 100(%)

7.1.11 Estandarización de Procedimientos de Atención.

El Hospital del Sarare busca garantizar espacios de atención médica segura mediante el cumplimiento en la documentación de los procesos prioritarios como mínimo; y la formulación y estandarización de procesos y procedimientos documentados, como producto de las acciones de mejora basadas en buenas prácticas en la atención. Definiendo enfoques (documentos) basados en la mejor evidencia médica y prácticas seguras que direcciona a los colaboradores a un actuar seguro disminuyendo la variabilidad durante la atención.

7.1.12 Seguridad en el Ambiente Físico y la Tecnología en Salud.

El Hospital del Sarare E.S.E cuenta con protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente. Estos protocolos son conocidos por el personal que lo aplica y por todos aquellos que la institución considere pertinente. El entendimiento y la aplicación de estos protocolos se evalúan de manera periódica para medir su adherencia.

Asimismo, se cuenta con:

- Política de No reúso. Definida en el manual de uso y reúso de dispositivos médicos.
- Proceso de esterilización seguro. Definido en el Manual de la central de esterilización
- Uso seguro de ropa hospitalaria y evaluación de su cumplimiento.
- Se tiene definido espacio físico para aislamiento. (manual de aislamiento)
- Plan de mantenimiento de infraestructura física y equipos hidráulicos.
- Plan de mantenimiento de equipos biomédicos.
- Plan de mantenimiento de equipos tecnológicos TICS.

TRD.312.28.113

7.1.13 Pautas para el Proceso Docente Asistencial Seguro.

El Hospital del Sarare E.S.E como escenario de práctica formativa en el área de la salud tiene documentado el cumplimiento al requisito normativo del Numeral 4 estándar 11.1.1 Talento Humano. El estudio de capacidad instalada que determina el número máximo de estudiantes que simultáneamente puedan acceder por programa de formación y por jornada, para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, teniendo en cuenta lo definido en el “*lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clínicos*” del Ministerio de Salud y Protección Social que busca promover la optimización el uso racional de los escenarios de práctica clínica, para evitar el exceso de estudiantes en sus servicios y espacios que puede afectar negativamente el proceso de formación, la calidad de los servicios asistenciales y la seguridad de los pacientes.

Asimismo, el Hospital de Sarare E.S.E cuenta con convenios vigentes con la institución educativa autorizada por la entidad competente. E información documentada de los mecanismos de supervisión permanente del personal en entrenamiento. La información detallada se encuentra en:

- Política de Docencia – Servicio en el Hospital del Sarare E.S.E bajo Resolución gerencial 128 de 2021
- THS-00-M3 Manual de prácticas formativas.
- Reglamento Interno Docencia – servicio.

7.2 PROCESOS ASISTENCIALES SEGURO. METAS INTERNACIONALES.

7.2.1 ESTRATEGIA 1: Correcta Identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales.



TRD.312.28.113



Objetivo:

Prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos relacionados con la identificación incorrecta del paciente.

Se busca garantizar una correcta identificación de los pacientes ya que:

- La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores.
- La Organización Mundial de la Salud, OMS, incluye la identificación de pacientes dentro de las «Nueve soluciones para la seguridad del paciente» a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria.
- La identificación del paciente y su preparación para un tratamiento previsto es una actividad que se realiza de forma rutinaria en todos los ámbitos de atención. Los riesgos para la seguridad del paciente se producen cuando hay un desacuerdo entre la identificación del paciente y los componentes de su cuidado ya sean diagnósticos, terapéuticos o de apoyo.
- **La institución busca disminuir o intervenir las fallas más comunes que conllevan a los errores en la identificación de los pacientes como son:**
 - Fallas como captura incompleta de datos
 - Ausencia de identificación en los pacientes con urgencia vital
 - Manillas con información incorrecta
 - Similitud de nombres y datos inexactos
 - Traslados del paciente con inadecuado proceso de identificación
 - Ausencia de manillas
 - Inexistencia de protocolos estandarizados que ocasionan errores en la persona equivocada
 - Los procedimientos en el lugar equivocado
 - Errores en la medicación
 - Errores de transfusión
 - Errores en las pruebas de diagnóstico

TRD.312.28.113

Prácticas seguras implementadas para evitar eventos adversos relacionados con la identificación del paciente

- ✓ Se incluye por lo menos, dos identificadores, el primero inicia con el nombre completo del paciente y el segundo se relaciona al número de identificación del paciente.
- ✓ Se considera especificidades para la adecuada identificación de pacientes con barreras de lenguaje u otras necesidades especiales.
- ✓ Se coloca una manilla de identificación al ingreso a la institución que debe ser utilizada durante su estadía mientras recibe tratamiento.
- ✓ Se identifica al recién nacido en presencia de la madre, mediante un brazalete con la siguiente información: nombre y documento de la madre, fecha y hora de nacimiento y género.
- ✓ Se utiliza mecanismos redundantes de identificación del usuario.

Acciones para implementar prácticas seguras que eviten errores en la identificación de los pacientes.

Estrategias:

- ✓ Se Inicia la correcta identificación del paciente desde el mismo momento de su ingreso.
- ✓ Se corrobora verbalmente y se diligencia bien sea en papel o en el sistema electrónico la identificación, cuando aplica, ya sea en los registros de la historia clínica, en los tableros de identificación o la manilla institucional de identificación.
- ✓ Se enfatiza en la responsabilidad principal de los trabajadores de la salud de **verificar la identidad de los pacientes** y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ejemplo, resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) **antes de** realizar la **atención**.

- ✓ Se fomenta el uso de dos identificadores (nombre y documento de identidad) para verificar la identidad del paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la atención.
- ✓ Se estandariza colores institucionales para la identificación del paciente. Se utilizará manillas de identificación que prioriza los riesgos presentes en el paciente.
- ✓ Se utilizan tableros o rótulos de identificación en todas las camas.
- ✓ Se promueve la verificación cruzada (manilla-tablero-paciente-historia clínica)
- ✓ Dentro del protocolo institucional de identificación de pacientes, se establece la importancia de separar los pacientes con el mismo nombre de tal manera que queden en diferente habitación.
- ✓ En pacientes comatosos o confundidos se desarrollan y utilizan enfoques no orales para verificar la identificación.
- ✓ Se fomenta la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso de identificación
- ✓ Se fomenta el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
- ✓ Se proporciona y socializa protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos pre analíticos, analíticos y pos analíticos.
- ✓ Se proporciona protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos encontrados cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.
- ✓ Se socializa procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente a los trabajadores que generan la atención sanitaria.
- ✓ Se brinda educación a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva. Respetando su interés por la privacidad.
- ✓ En el proceso de la identificación se tiene en cuenta la siguiente información:
 - Persona con documento de identidad (RC, TI, CC, CC DIG o CE o PA o NU)
 - Adulto sin documento de identidad. (NN)
 - Recién nacidos y menores de edad sin número de identificación (RN O MSI)
 - Para el parto normal o cesárea de un solo bebe. (IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE + # DE HIJO)
 - Para parto normal o cesárea de embarazo múltiple (IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE + # DE HIJO POR MOMENTO DE NACIMIENTO)

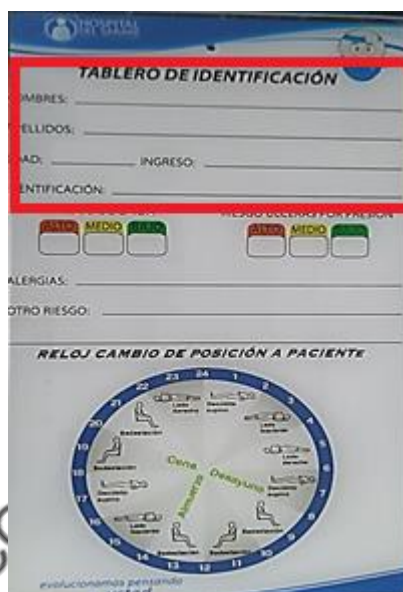
TRD.312.28.113

IDENTIFICACIÓN EN LA ATENCIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE CORRECTO

Para la identificación correcta se utiliza la siguiente manilla:

Y el siguiente tablero de identificación

Estos son los datos que corresponden a identificación.



TABLERO DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: _____
 APELLIDOS: _____
 EDAD: _____ INGRESO: _____
 IDENTIFICACIÓN: _____

RIESGO GLOBAL Y DE PRESIÓN

ALERGIAS: _____
 OTRO RIESGO: _____

RELOJ CAMBIO DE POSICIÓN A PACIENTE

evolucionamos pensando en usted

Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Proporción de pacientes identificados correctamente.
- ❖ Porcentaje de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente.



TRD.312.28.113

7.2.2 ESTRATEGIA 2: Correcta Identificación del Paciente en las Muestras en el Laboratorio



Objetivo:



Prevenir la ocurrencia de errores en el proceso de identificación del paciente y toma de muestras de laboratorio.

En el laboratorio clínico el impacto en la detección, prevención, y reducción de errores asociados a la identificación de pacientes y muestras de laboratorio es de tal magnitud que no controlarlos de la forma correcta, puede generar errores de pruebas y exámenes y/o procedimientos en pacientes incorrectos, los registros equivocados de datos producen la pérdida de información.

La identificación correcta se maneja como una actividad asistencial prioritaria en la seguridad del paciente. Por lo tanto, se tienen articulados los procesos **pre-analíticos, analíticos y post-analíticos**, tanto en las instituciones hospitalarias como en las ambulatorias, para de esta manera generar resultados seguros y confiables.

En el Hospital del Sarare es importante conocer la identidad correcta de los pacientes que se están atendiendo, para reducir ostensiblemente el riesgo potencial de confusión que puede llevar a un error médico y para facilitar el conocimiento al personal del servicio que tiene que ver con su atención y con el manejo de las muestras.

Los controles implementados para prevenir las fallas activas o las acciones inseguras más comunes relacionadas con los errores en la identificación de muestras de laboratorio están enfocados en:



- Marcado y etiquetado de muestras con la correcta identificación
- Creación y socialización de protocolos para el ingreso y remisión de muestras

TRD.312.28.113

- Implementación de Barreras de identificación en pacientes con el mismo nombre
- Intervención estandarizada y protocolizada de las personas que brindan la atención del paciente
- Trato humanizado, prioritario y colaborador a pacientes muy ancianos o con facultades mentales disminuidas,
- Uso de las TIC para la identificación entendible y correcta.

Las fallas más comunes en el laboratorio durante la atención a pacientes relacionadas con eventos adversos se deben a:

- ✓ No verificar los resultados antes de su emisión y entrega al paciente
- ✓ Falta de verificación de los datos demográficos del paciente
- ✓ Marcar los tubos sin verificación de datos del paciente



Algunas organizaciones como el College of American Pathologist CAP ha identificado como unos de los primeros errores cometidos en el laboratorio, durante la fase analítica y pos analítica, corresponde a la identificación del paciente, durante los procesos de control de calidad externa desarrollados por esta institución.

Impacto económico de la mala identificación de muestras de laboratorio

Si las muestras se identifican incorrectamente los errores en la identificación pueden generar: **costos de no calidad**, como:

- ✓ Retraso en el diagnóstico,
- ✓ Solicitud de pruebas adicionales de laboratorio,
- ✓ El tratamiento de un paciente equivocado para la enfermedad que no tiene e incluso la muerte por tratamientos o procedimientos realizados al paciente equivocado y por ende pérdida de tiempo en el establecimiento de conductas de tratamiento y seguimiento al paciente que lo necesitaba.

Acciones y prácticas seguras que eviten errores en la identificación de los pacientes y las muestras en el laboratorio

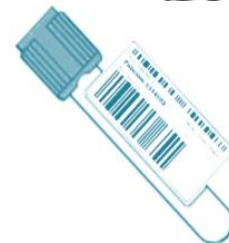
TRD.312.28.113

Estrategias:

- ✓ Se definen procedimientos conocidos y adoptados por todos los funcionarios que realizan el proceso de atención, para la identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en la institución, seguida del proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos pre analíticos, analíticos y pos analíticos. 
- ✓ Se implementa la participación activa del paciente durante los procesos de identificación y validación de la información del paciente. utilizando un lenguaje culturalmente accesible.
- ✓ Se permite la comunicación oportuna y eficaz entre el equipo de salud involucrado
- ✓ En la etiqueta de identificación de muestras del paciente, se incluye la siguiente información:
 - Nombre Completo
 - Número de Identificación: Cédula, Tarjeta Identidad, Pasaporte, Licencia de conducción.
 - Código de barras

Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Proporción de muestras correctamente identificadas.
- ❖ Proporción de errores en la identificación de las muestras de laboratorio.
- ❖ Proporción de eventos adversos por errores en el informe diagnóstico del laboratorio.
- ❖ Adherencia del personal al protocolo de identificación de muestras.
- ❖ Pérdida o daño de la muestra de laboratorio o espécimen de patología.



TRD.312.28.113

7.2.3 ESTRATEGIA 3: Seguridad en la Utilización de Medicamentos.



Objetivos:



-Prevenir los errores asociados a la administración de medicamentos en el Hospital del Sarare E.S.E.

-Identificar cuáles son los errores o fallas más comunes e impactantes en el uso de medicamentos.

- Identificar cuáles son los factores contributivos de mayor impacto que favorecen la aparición de riesgo en la utilización de los medicamentos.

- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces para prevenir la aparición del riesgo en la utilización de los medicamentos o mitigar las consecuencias.

Es importante trabajar en mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos porque:



- Los errores de medicación y sus consecuencias negativas, siguen constituyéndose en un grave problema de salud pública, no solo por las repercusiones ya conocidas desde el punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque la desconfianza de los pacientes en el sistema perjudica a los profesionales e instituciones prestadoras de salud.
- Los errores relacionados con medicamentos constituyen la principal causa de eventos adversos en los hospitales, representando un 19,4% del total de lesiones que producen discapacidad o muerte. (1)
- El 25% de los eventos adversos que se producen durante la administración de medicamentos se deben a falta de conocimientos en relación con el fármaco. (1)

TRD.312.28.113

- El 17% de los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos se deben a la falta de información en relación con el paciente. (1)

Las fallas más comunes que conllevan a que se presenten errores en el uso de medicamentos

Las causas que llevan a eventos adversos se inician desde:



- ✓ la selección prudente del medicamento
- ✓ la adquisición
- ✓ el almacenamiento
- ✓ la prescripción
- ✓ la dispensación
- ✓ la administración
- ✓ y se extiende hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente; todos estos eventos están encadenados en un proceso llamado **gestión de medicamentos**

Las prácticas seguras más eficaces para evitar los errores en el uso de medicamentos

Dentro de las prácticas seguras evidenciadas en la revisión de los diferentes artículos científicos y de las diferentes comunidades científicas en pro del manejo seguro de medicamentos, se concretan los siguientes:

- ✓ Identificación de **alergias** en los pacientes
- ✓ Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.
- ✓ Identificación y definición de los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes con la señalización de advertencia correspondiente antes de su administración.
- ✓ Identificación y Manejo de medicación de alto riesgo
- ✓ Definición de procesos de marcaje adicional de los **medicamentos de alto riesgo clínico** para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extremen los cuidados en su uso.



TRD.312.28.113

- ✓ Definición de procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas. **(LASA)**.
- ✓ Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- ✓ Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos
- ✓ Prescripción electrónica (PEA),
- ✓ Prescripción no electrónica,
- ✓ La existencia de un sistema cerrado de Guía Farmacoterapéutica.
- ✓ Etiquetado de las preparaciones de medicamentos.
- ✓ Estandarización de concentraciones y dosis de soluciones intravenosas.
- ✓ Dispensación de medicamentos a las unidades asistenciales.
- ✓ Entorno de trabajo y adecuación de la carga asistencial.
- ✓ Conciliación de la medicación al ingreso, al alta y en tránsitos del paciente (implementar un programa de reconciliación de medicamentos corresponden al tiempo adicional que el farmacéutico debe emplear para revisar la historia clínica y recolectar la información de la farmacoterapia de cada paciente, que en promedio es de 22 minutos por paciente).
- ✓ Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.
- ✓ **A**segurar que en el proceso de almacenamiento de los medicamentos, se incluya protocolo de gestión del riesgo, se respete la cadena de frío y se realice la custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites.
- ✓ No adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA, no aptas para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable.
- ✓ Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.

Mecanismos de monitoreo y seguimientos más eficaces para prevenir los errores en el uso de medicamentos

TRD.312.28.113

- ✓ Un sistema de notificación voluntario y aprendizaje de errores de medicación y otras iniciativas de gestión de riesgos que conducen a la creación de una cultura de seguridad de los pacientes.
- ✓ El establecimiento del sistema de Farmacovigilancia (detección, evaluación, conocimiento y prevención de reacciones adversas y otros posibles problemas relacionados con los medicamentos).

Prácticas seguras implementadas para evitar los errores en el uso de medicamentos

Estrategias:

- ✓ Se han estandarizado y establecido protocolos de actuación, directrices, escalas de dosificación para los medicamentos de alto riesgo con normas de correcta prescripción, detección de alergias y recomendaciones específicas que insten a evitar el uso de abreviaturas y prescripciones ambiguas.
- ✓ Se ha establecido el protocolo de administración de medicamentos, que contiene los estándares de preparación y administración, que incorpora sistemas de alertas informatizadas, prácticas de doble chequeo en la preparación y administración de estos medicamentos, limitando los protocolos a los puntos más susceptibles de error en el proceso de gestión de medicamentos.
- ✓ Se promueve la utilización de estos protocolos por los profesionales y el personal responsable en cada uno de los eslabones de la cadena de medicamento seguro, a través de un adecuado **proceso de inducción y entrenamiento**, para generar de forma automática múltiples controles en el proceso. Y disminuir la dependencia de la memoria permitiendo que el personal inexperto y recién incorporado pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulte familiar.
- ✓ Se realiza seguimiento a la adherencia de los diferentes protocolos de la cadena o proceso de medicamentos, mediante herramientas de autoevaluación.
- Se estimulan las buenas prácticas que se vienen llevando a cabo en los diferentes servicios, para facilitar y mejorar la práctica diaria en el manejo de medicamentos seguro y, en consecuencia, fortalecer la seguridad de los pacientes.

TRD.312.28.113

Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Índice de eventos adversos prevenibles asociados a la medicación
- ❖ Proporción de pacientes con errores en reconciliación medicamentosa
- ❖ Índice Errores de Medicación: Errores de Formulación, Errores de Administración y Errores de Dispensación
- ❖ Índice de errores de preparación
- ❖ Proporción de Reacciones Adversas Asociadas a la Medicación
- ❖ Errores de Conciliación
- ❖ Porcentaje de Adherencia al Proceso de Administración de Medicamentos
- ❖ Número de EA con medicamentos de Alto Riesgo.



Indicador de práctica segura

- ❖ Proporción de medicamentos de alta alerta identificados
- ❖ Proporción de fallas en el etiquetado de medicamentos de alta alerta
- ❖ Proporción de pacientes con adecuada conciliación medicamentosa
- ❖ Proporción de pacientes sobreanticoagulados
- ❖ Indicador de adherencia a las mezclas estandarizadas con Cloruro de Potasio
- ❖ Frecuencia de incidentes y eventos adversos relacionados con medicamentos (Cloruro de Potasio).

7.2.4 ESTRATEGIA 4. Prevenir y Reducir la Frecuencia de Caídas.



Objetivos:



Prevenir y reducir la frecuencia de caídas en el Hospital del Sarare E.S.E.

TRD.312.28.113

Definiciones:

- **Caída:** La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.
- **Riesgo de caída:** se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Factores extrínsecos por tratamiento:

- **Farmacológico:** Son aquellos relacionados con los medicamentos que consume el paciente que tienen efectos colaterales y producen alteraciones mentales, de la estabilidad o la marcha.
- **Prótesis:** Extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones.
- **Multifactorial:** Que ocurre debido a la interacción de varias causas.
- **Deambulación:** Se refiere a la forma como el paciente camina.
- **Hipotensión ortostática:** Se define como una reducción de presión arterial dentro de los tres minutos después de haber asumido la posición erecta o de pie después de haber estado en posición supina o acostada.
- **Síncope:** Es una pérdida de conocimiento repentina y por lo general breve y reversible

Es importante prevenir las caídas durante el proceso de atención en salud porque:

Las caídas son el incidente de seguridad más común en pacientes hospitalizados.

Las caídas son la primera causa de muerte relacionada con una lesión no intencional. El 20% de las personas mayores que sufren de fractura de cadera se mueren en un año.

Tipo de complicaciones relacionadas como consecuencia de las caídas

■ **Las consecuencias directas de la caída pueden variar de:**

Lesiones menores a pequeños hematomas (28%),

Lesiones severas lesiones de tejido blando 11.4%

Fracturas de huesos (5%): La fractura de cadera es la complicación más seria, en 20% de los **casos esta** fractura lleva a inmovilidad, y de 14 a 36% de los casos lleva a muerte en un año.



TRD.312.28.113

- Estas complicaciones usualmente resultan en estadías más largas y conllevan a un aumento en el costo del cuidado a la salud; pueden llegar a tener consecuencias legales.
- Las caídas en las personas mayores pueden causar incapacidad permanente o muerte y son particularmente más susceptibles los pacientes ancianos.

Prácticas seguras para evitar caídas durante la atención

- ✓ Elaborar y socializar el protocolo de prevención de caídas. Actualización cada tres años.
- ✓ Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto, por turno.
- ✓ Implementar que las barandas estén arriba cuando el paciente este acostado.
 - ✓ Verificar que la silla de ruedas que utiliza el paciente tenga el freno puesto durante las transferencias y tenga cinturones de seguridad.
- ✓ Mantener buena iluminación tanto diurna como nocturna.
 - ✓ Asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente (bastones, andador, gafas, audífonos, etc.). Revisar cada 12 horas.
 - ✓ Mantener ordenada la habitación aseada, retirando todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables, etc.). Se recomendará utilizar los armarios. Revisar cada 12 horas.
- ✓ Evitar deambular cuando el piso esté mojado (respetar señalización).
- ✓ Facilitar que el baño esté accesible y con asideros. Superficie antideslizante en el piso.
- ✓ El paciente debe tener accesible en todo momento el timbre de llamada y el teléfono. Por turno.
- ✓ Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente. Por turno.
- ✓ Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante. Por turno.
- ✓ Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir **hipotensión ortostática**.
- ✓ Contactar con servicios de traducción disponibles en pacientes con dificultades de comprensión del idioma
- ✓ Orientar sobre el espacio y ambiente físico de la unidad en la que se encuentre cada 8 horas.
- ✓ Educar al paciente y/o cuidadores sobre las normativas y recomendaciones del hospital. Al ingreso, el personal asistencial informará al paciente, familia y/o cuidador, sobre la importancia de la prevención de caídas, **Cada 48 horas les recordará dichas recomendaciones**.

TRD.312.28.113

Implementar prácticas seguras para evitar caídas durante la atención porque:

- ✓ Utilizar un instrumento de evaluación de riesgos de caídas y definir medidas que mitiguen el riesgo de ocurrir el evento. **Adaptación de la escala de Morse** para valoración del riesgo centrándose en los factores de riesgo que producen las caídas.
- ✓ Implementación de la manilla institucional con la clasificación del riesgo de caída de color amarillo. Esta manilla será implementada en todos los servicios de internación. A los pacientes que lo requieran.
- ✓ Brindar educación sobre el riesgo de caídas a todos los pacientes que han sido calificados de alto riesgo. Por turno se explicará al paciente, familia y/o cuidador sobre las medidas y los cuidados.
- ✓ Establecer el acompañamiento de los pacientes identificados en alto riesgo, ya que de esta manera se disminuyen las caídas al 100%.
- ✓ Realizar la clasificación de los pacientes según el riesgo de caída, teniendo en cuenta la interacción con medicamentos, edad, condición física o condición clínica. La clasificación es alto, medio o bajo, según el riesgo de caídas.
- ✓ **Incluir a todo el personal** médico en la prevención de las caídas con las siguientes funciones:
 - Médicos:** Orden en historia clínica de acompañante permanente
 - Enfermeros:** Clasificación en tableros de la clasificación del riesgo
 - Auxiliares de enfermería:** Vigilancia, cambios de posición y acompañamiento en la movilización que el paciente requiera
 - Todo el personal:** Vigilancia, verificación e informe de pacientes que requiera tomar medidas para evitar las caídas.
 - Seguridad del Paciente:** Utilización de lista de chequeo para evaluar la adherencia al protocolo de prevención de caídas. Medición semestral.

Instrumento Implementado para la gestión del riesgo de Caídas

Manilla

Tablero

En esta parte de del tablero se identifica el riesgo de caída

TRD.312.28.113

TABLERO DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: _____
 APELLIDOS: _____
 EDAD: _____ INGRESO: _____

RIESGO DE CAÍDA
 ALTO MEDIO BAJO

RIESGO ÚLCERAS POR PRESIÓN
 ALTO MEDIO BAJO

ALERGIAS: _____
 OTRO RIESGO: _____

RELOJ CAMBIO DE POSICIÓN A PACIENTE

evolucionamos pensando en usted

Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas.
- ❖ Proporción de caídas de pacientes.
- ❖ Adherencia al protocolo de prevención de caídas.



7.2.5 ESTRATEGIA 5. Prevenir Úlceras por Presión. UPP



Objetivos:



Prevenir las Úlceras por Presión y generar habilidades para aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud del Hospital del Sarare E.S.E, responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes, con el fin de prevenir y disminuir su incidencia.

TRD.312.28.113

Definiciones:

- **Necrosis:** Muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo, provocada por un agente nocivo que causa una lesión tan grave que no se puede reparar o tener curación.
- **Isquemia:** También llamada anemia local, puede definirse como la falta parcial o total de aporte de sangre a un órgano o a parte de él.
- **Excoriación:** Levantamiento o irritación de la piel, de manera que esta adopta un aspecto escamoso.
- **Eritema:** Reacción inflamatoria de la piel. Su significado literal es rojo y el rasgo que la caracteriza es un enrojecimiento de la piel.
- **Maceración:** Ablandamiento por contacto con líquidos; extracción de drogas mediante humedecimiento, extracción en frío.
- **Induración:** Endurecimiento de los tejidos de un órgano.
- **Sedestación:** Posición del cuerpo estando sentado.
- **Presión:** Fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6-32 mm de Hg. Una presión superior a 17 mm de Hg ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, provocando hipoxia y, si no se alivia, necrosis de los mismos.
- **Fricción:** Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastres. En el paciente en cama o sentado, el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción espacialmente durante las movilizaciones.
- **Cizallamiento:** Combina los efectos de la presión y la fricción. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes deslizan una sobre otra. Por ejemplo, cuando se eleva la cabecera de la cama y cuando los pacientes sentados en una silla se deslizan hacia abajo.

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



TRD.312.28.113

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

Se presentan con mayor frecuencia en la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

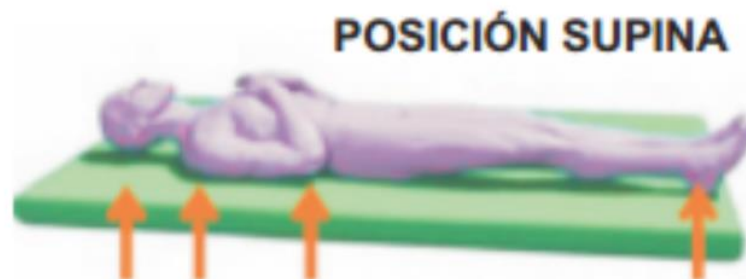
La formación de las Úlceras por Presión está asociada a tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento; se plantea que los diferentes grados de úlceras tienen diferentes orígenes, por eso los grados 2 se asocian a fricción, y los grados 3 y 4 a fuerzas de cizallamiento y presión

La formación de una Úlcera por Presión depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene esa presión; Kösiak demostró que una presión de 70 mm Hg, durante dos horas, puede originar lesiones isquémicas.

PRESIÓN + TIEMPO = ÚLCERA

Localizaciones más frecuentes: las Úlceras por Presión pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo, dependiendo de la zona de piel que esté sometida a mayor presión y de la postura más habitual del paciente.

Habitualmente, las localizaciones más frecuentes van a ser las zonas de apoyo, que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo.

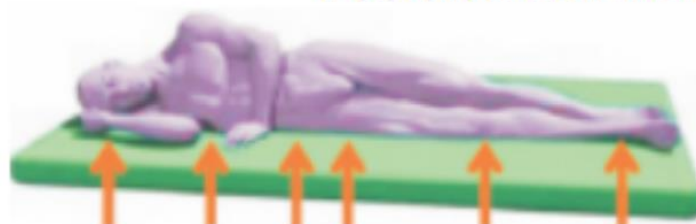


- En **decúbito supino**: región sacra, talones, codos, omoplatos, nuca/occipital, coxis



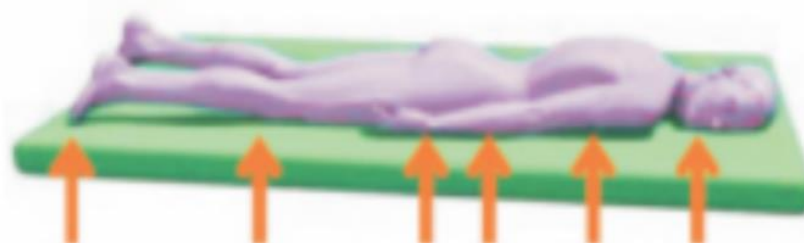
TRD.312.28.113

POSICIÓN LATERAL



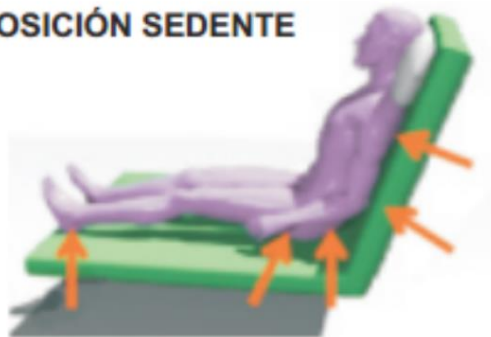
- En **decúbito lateral**: maleólos, trocánteres, costillas, hombros/acromion, orejas, crestas iliacas, cara interna de las rodillas.

POSICIÓN PRONA



- En **decúbito prono**: dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas, orejas, nariz, crestas iliacas.

POSICIÓN SEDENTE



- En **sedestación**: omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talones, metatarsianos.

TRD.312.28.113

Fallas activas más comunes que conllevan a la aparición de las Úlceras por Presión

- ✓ Evaluación incorrecta del paciente con riesgo por inmovilización prolongada,
- ✓ Realizar mala higiene al paciente,
- ✓ Posicionamiento inadecuado del paciente (paciente mal posicionado, sin los aditamentos necesarios o cambios de posición sin horario establecido)
- ✓ Paciente con inmovilización inadecuada (por cizallamiento o fricción producidos por la inmovilización o por aditamentos adicionales mal situados **que** generan escaras)
- ✓ No aplicar sustancias hidratantes o aplicar sustancias inadecuadas durante la higiene del paciente
- ✓ Realización de masajes de forma inadecuada sobre prominencias óseas
- ✓ Falta de valoración permanente de las condiciones de la piel del paciente con alto riesgo de escaras



Prácticas seguras más eficaces para evitar la aparición de las Úlceras por Presión

- ✓ Adecuado estado nutricional
- ✓ Mantenimiento de la movilidad
- ✓ Higiene corporal del paciente
- ✓ Planes de cuidados estandarizados o individualizados
- ✓ La identificación temprana del riesgo
- ✓ Educación al paciente y su familia
- ✓ Creación de un protocolo y/o monitoria de la adherencia al protocolo de manejo de pacientes con riesgo de UPP.
- ✓ Supervisión frecuente de los pacientes de mayor riesgo y que clasifican con alto riesgo de adquirir una UPP

Mecanismos de monitoreo y seguimientos más eficaces para el control de la aparición y presencia de las Úlceras por Presión

- ✓ La identificación de personas en riesgo de desarrollar Úlceras por Presión y la valoración inicial por parte del equipo multidisciplinario, en la que se combina el juicio clínico y el uso de los instrumentos estandarizados como la **escala de Braden**, que tiene alta confiabilidad entre calificadores y el porcentaje de predicciones correctas.
- ✓ Continuar las evaluaciones de riesgos de manera rutinaria, según la configuración de protocolos y los cambios en los pacientes de riesgo de UPP.

TRD.312.28.113

- ✓ Seguimiento continuo del paciente y el adecuado registro documental, son los mecanismos de monitoreo para el control de la aparición de las Úlceras por Presión.
- ✓ Elaboración, socialización de la guía para la prevención de las úlceras por presión. Actualización cada tres años. Evaluación semestral.
- ✓ Evaluar si hay contacto con protuberancias óseas, contacto permanente con sondas de drenaje o de alimentación.
- ✓ Implementación del **reloj de cambio de posición**, dentro de la tabla de identificación.

Instrumento Implementado para la gestión del riesgo de UPP

Sticker

Tablero

En esta parte de del tablero se identifica el riesgo de Úlceras por presion

The image shows a patient identification board (TABLERO DE IDENTIFICACIÓN) with a red box highlighting the 'RIESGO ÚLCERAS POR PRESIÓN' section. Below it is a 'RELOJ CAMBIO DE POSICIÓN A PACIENTE' (Patient Position Change Clock) showing various positions and times.

TRD.312.28.113

Indicadores de Monitoreo.

Indicadores de medición de impacto de aplicación de Barrera de seguridad.

- ❖ Proporción de pacientes que desarrollan Úlceras por Presión en la institución.

Indicador de práctica segura

- ❖ Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de Úlceras por Presión.
- ❖ Adherencia a la Guía de Prevención de Cuidados de la Piel.



7.2.6 ESTRATEGIA 6. Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos.

Objetivo:



Desarrollar habilidades para la ejecución de prácticas seguras (barreras y defensas) por parte del personal de salud del **Hospital del Sarare E.S.E.**, responsable de ejecutar las actividades relacionadas con la atención del paciente en todo el proceso pre, trans y postquirúrgico, para disminuir la presentación de eventos adversos o incidentes.

Definiciones:

- **Oblito:** Cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica. Entre estos se pueden citar: gasas, compresas, pinzas, retractores, agujas, electrodos, etc.
- **Escala de severidad de clavien:** Clasificación basada en la gravedad de la morbilidad postoperatoria, diseñada por Clavien y Cols, quienes la validaron y publicaron en 2004 y en 2009, basada en la gravedad de la morbilidad postoperatoria, se clasifica en cinco grados.
- **Breafing:** Sesión informativa de seguridad, en la que personal asistencial, antes de iniciar un procedimiento, comparte información acerca de los problemas de seguridad potenciales del paciente a intervenir.
- **Lista de chequeo o verificación:** Formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática. Entre los usos principales se encuentran:

TRD.312.28.113

- Realización de actividades en las que es importante que no se olvide ningún paso, para lograr que las tareas se realicen con un orden establecido.
- Realización de inspecciones donde se debe dejar constancia de cuáles han sido los puntos inspeccionados.

- **Chequeo cruzado:** Procedimiento mediante el cual en un mismo acto dos personas verifican una información muy importante para el procedimiento del paciente

Acciones inseguras (fallas activas) más comunes que conllevan a la presentación de errores en la atención en los procedimientos quirúrgicos

- Error en el diagnóstico
- Demora en el diagnóstico
- Errores de juicio— incluido error en la preparación preoperatoria
- Demora en el quirófano por preparación o evaluación inadecuada
- Error de técnica

Los errores más frecuentes fueron:

- ❖ En primer lugar, los relacionados con la técnica
- ❖ En segundo lugar, (dislocación de drenajes, sondas nasogástricas y vías venosas, mala comunicación entre el paciente y el personal de salud/entre el equipo y drenajes, gasas o suturas retenidas en la herida)
- ❖ Y, en tercer lugar, errores de juicio. Se evidencia que la incidencia de complicaciones anestésicas es baja, aunque se encontraron lesiones iatrogénicas (daño dentario) y 5 extubaciones accidentales.

Otras fallas a tener en cuenta:

- Oblitos
- Paquetes quirúrgicos mal esterilizados con batas húmedas
- Falla la grapadora quirúrgica por inadecuada manipulación
- Paciente bajo bloqueo espinal a quien no se le inmovilizaron los brazos y contamina área quirúrgica.
- Fuga de gases anestésicos y oxígeno en máquinas de anestesia

TRD.312.28.113

- Cirujano se contamina con otros miembros del equipo
- Errores en la administración del medicamento
- Fallas en equipos
- Deficiencias en la preparación

Existen dos tipos de **errores muy frecuentes** durante el proceso de atención en cirugía:

- El primero. Son los errores paciente-incorrecto, que se producen en casi todas las etapas de diagnóstico y tratamiento; estos se pueden observar en el pre, trans y post quirúrgico;
- El segundo. Son los problemas de comunicación entre el personal de salud y del personal de salud con el paciente.

Además, de los eventos relacionados con la anestesia, los eventos cardiovasculares, tales como las arritmias y los eventos isquémicos, el tromboembolismo venoso y los problemas relacionados con la transfusión sanguínea.

Prácticas seguras (barreras y defensas) más eficaces para evitar eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos

En Colombia, la Sociedad colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE), ha sido una de las abanderadas en la campaña, diseñada por la OMS, “Cirugía segura salva vidas”; desde el año 2009 asume la lista de verificación como una herramienta sencilla y práctica de fácil aplicación en cualquier sala de cirugía del mundo, y que cuenta con fundamentos científicos como práctica segura.



TRD.312.28.113

El equipo quirúrgico del Hospital del Sarare E.S.E. **implementará consiente y de manera responsable la lista de chequeo** en las salas de cirugía en 3 momentos claves del procedimiento quirúrgico:

- ✓ **Antes de la inducción de anestesia,**
- ✓ **Antes de la incisión cutánea**
- ✓ **Y antes de que el paciente salga del quirófano.**

El éxito de las listas de verificación ocurre porque **los jefes de cirugía, anestesiología y enfermería** respaldan públicamente la idea de que la seguridad es una prioridad y de que el uso de la lista de verificación puede hacer más segura la atención quirúrgica.

- ✓ Otra práctica segura y muy conocida a nivel mundial en el caso de **prevención de oblitos** es el recuento de gasas, instrumental y compresas. Al momento de detectar un faltante dentro del conteo se debe **informar inmediatamente y tomar las medidas** necesarias (estudios radiológicos, reintervenciones, etc.); esto se venía realizando de manera aislada, pero se ha incluido como parte de la lista de verificación de la OMS, como **actividad previa a la salida del paciente del quirófano**.

De manera adicional a estas medidas, existen otras que son muy importantes para disminuir la frecuencia con la que ocurren eventos adversos en el paciente quirúrgico; estas medidas incluyen:

- ✓ La adquisición del **consentimiento informado** donde la participación del paciente y la discusión con él, pueden mejorar la toma de decisiones y asegurar una participación más activa del paciente y la familia en el cuidado para la preparación y posterior al procedimiento quirúrgico.
- ✓ Un programa de orientación y formación que proporcione a las personas que usan los equipos las garantías para un funcionamiento seguro, consistente y preciso.
- ✓ El equipo especializado y la instrumentación es operado por personal competente con la educación necesaria, los conocimientos, las habilidades y la certificación.
- ✓ El equipo solo se utiliza según lo previsto por el fabricante.
- ✓ Todo el equipo se encuentra y se almacena en un lugar seguro y protegido.
- ✓ Todo el equipo de protección personal (delantales de plomo, gafas láser, etc.), cuando no se utiliza, se almacena de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

TRD.312.28.113

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) de México, elaboró una guía de práctica clínica, denominada [Intervenciones Preventivas para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico](#), donde destaca que las medidas para hacer de un acto quirúrgico un procedimiento más seguro empiezan con una adecuada preparación del paciente, y hace una serie de recomendaciones en los siguientes aspectos:

Prevención de la infección en la herida quirúrgica

- ✓ Bañar al paciente con jabón como mínimo la noche anterior al procedimiento.
- ✓ No hacer uso de cuchillas de rasurado, dado que aumentan el riesgo de infección.
- ✓ Aplicar de manera estricta el protocolo de higiene de manos.
- ✓ No utilizar campos quirúrgicos autoadheribles en forma rutinaria.
- ✓ Preparar la piel antes del procedimiento con clorhexidina; en caso de no disponibilidad, usar povidona iodada.

Prevención de eventos vasculares

- ✓ En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca, no se recomienda el uso de beta- bloqueadores ni de alfa2-agonistas como prevención de eventos cardiovasculares.
- ✓ En pacientes en tratamiento con Ácido Acetil Salicílico sometidos a cirugía no cardíaca, no se recomienda retirarlo en forma rutinaria; se deben evaluar de forma individualizada los riesgos vs los beneficios.

Prevención del tromboembolismo venoso

- ✓ Todo paciente que va ser intervenido quirúrgicamente, y que requiera hospitalización posterior al procedimiento, debe recibir algún método eficaz para la prevención de complicaciones trombóticas.
- ✓ Se debe caracterizar el riesgo de trombosis venosa profunda y de tromboembolismo pulmonar para definir las medidas de prevención.
- ✓ Se recomienda que en todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, y que requiera hospitalización posterior al procedimiento, se utilicen medias de compresión, preferiblemente graduadas hasta la cadera o el muslo, si no existe contraindicación.



TRD.312.28.113

- ✓ Los mecanismos de presión neumática intermitente son una alternativa al tratamiento farmacológico.
- ✓ Se recomienda el uso de heparinas de bajo peso molecular sobre la heparina no fraccionada dado el mayor riesgo de sangrado de esta última.
- ✓ En los pacientes en los que se decida retirar el tratamiento anticoagulante, se deberá hacer mínimo cinco días antes de la intervención en caso de warfarina, o tres días en caso de acenocumarol.

Mantenimiento de la normotermia

- ✓ La temperatura corporal debe medirse antes de trasladar el paciente al quirófano, y la inducción anestésica no debería iniciarse hasta que la temperatura del paciente sea superior a 36°C.
- ✓ La temperatura corporal deberá mantenerse abrigándolos con mantas o cobertores.

TRD.312.28.113

IFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (1ª edición)

[illegible]

PAUSA QUIRÚRGICA		SALIDA	
☐	CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN	☐	EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:
☐	CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE: • LA IDENTIDAD DEL PACIENTE • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO	☐	EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO
	PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS	☐	QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)
☐	EL CIRUJANO REVISAS: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA	☐	EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)
☐	EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISAS: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO	☐	SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS
☐	EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAS: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS	☐	EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE
	¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?		
☐	SÍ		
☐	NO PROCEDE		
	¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?		
☐	SÍ		
☐	NO PROCEDE		

DA COMPLETARLA O MODIFICARLA PARA ADAPTARLA A LA PRÁCTICA LOCAL.

Fuente: Alianza mundial para la seguridad del paciente/ la cirugía segura salva vidas/ segundo reto mundial por la seguridad del paciente.

Diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía

- | | |
|-------------|---|
| Objetivo 1. | El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto. |
| Objetivo 2. | El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor. |
| Objetivo 3. | El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones. |
| Objetivo 4. | El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones. |
| Objetivo 5. | El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente. |

TRD.312.28.113

Objetivo 6.	El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
Objetivo 7.	El equipo evitará dejar accidentalmente gases o instrumentos en la herida quirúrgica.
Objetivo 8.	El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
Objetivo 9.	El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.
Objetivo 10.	Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Fuente: Alianza mundial para la seguridad del paciente/ la cirugía segura salva vidas/ segundo reto mundial por la seguridad del paciente.

Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Proporción de pacientes con procedimiento equivocado o lugar, nivel o lateralidad equivocados.
- ❖ Proporción de cirugías no pertinentes.
- ❖ Proporción de cirugías programadas canceladas.
- ❖ Proporción de pacientes con heridas contaminadas. (ISO)



7.2.7 ESTRATEGIA 7. Prevenir las Complicaciones Anestésicas.

Las complicaciones anestésicas pueden ser prevenibles y no prevenibles. Las estrategias para lograrlo comprenden múltiples acciones combinadas que al aplicarse logran el resultado seguro para el paciente.

Para mejorar la calidad de atención de los pacientes quirúrgicos del Hospital del Sarare E.S.E, se ha propuesto adoptar y socializar una guía de manejo de complicaciones en anestesia, con fundamento académico basado en la evidencia.

Prácticas seguras (barreras y defensas) más eficaces para evitar complicaciones anestésicas

- **Evaluación Preadestésica:** Es mandataria en todo paciente. En ella el médico anesthesiólogo debe establecer el estado clínico del paciente, su estado físico según la clasificación del estado físico de la *American Society of Anesthesiologist (ASA)* y las pautas de manejo que consideren pertinentes. Debe consignarse explícitamente todo lo referido a continuación:
 - **Consulta preanestésica:** El día de la cirugía, el especialista a cargo del caso debe revisar que la información anterior esté completa y consignada en el registro anestésico. Se debe informar al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado
 - **Consulta preanestésica intrahospitalaria:** En ella debe establecerse el estado clínico actual. Informar al paciente, si no se ha hecho previamente, sobre el riesgo del acto anestésico y obtener el consentimiento informado firmado.
 - **Evaluación de Urgencias:** El paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación preanestésica (inmediata) que su condición y las circunstancias permitan.
- Crear una lista de chequeo para el acto anestésico.

Antes de iniciar el acto anestésico, el anesthesiólogo debe hacer una revisión que incluya lo siguiente:

Máquina de Anestesia:

- ✓ Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar
- ✓ Presencia de bala de oxígeno de emergencia
- ✓ Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido. (flush)
- ✓ Buen estado de flujómetros, vaporizados, circuitos (sin fugas), válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO₂.
- ✓ Buen funcionamiento del ventilador. (Incluido el sistema de alarmas)

TRD.312.28.113

Monitoreo Básico: fonendoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, oxímetro, capnógrafo y termómetro cutáneo/esofágico o timpánico, electrodos con adhesividad y que garantice el trazado durante el monitoreo del paciente en el procedimiento quirúrgico.

Paciente:

- ✓ Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica,
- ✓ Los exámenes paraclínicos requeridos.
- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis
- ✓ Vía venosa.

Posición del paciente: se deben conocer las necesidades de posicionamiento del paciente durante el procedimiento. Deben disponerse de los elementos para proteger al paciente en los puntos de presión y en las posiciones no anatómicas

Materiales, medicamentos y equipo:

- ✓ Equipo básico para el manejo de la vía aérea
- ✓ Medicamentos a utilizar
- ✓ Succión
- ✓ En el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo para manejo de la vía aérea difícil.

Hipertermia maligna: Es altamente deseable que todo sitio con ofrecimiento de servicios anestesiológicos tenga estrategias explícitas para la obtención urgente de **dantrolene** para el manejo de una crisis de hipertermia maligna.

El Registro anestésico debe incluir:

- ✓ Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico.
- ✓ Monitoreo del paciente
- ✓ Medicamentos administrados
- ✓ Líquidos administrados
- ✓ Técnica empleada

TRD.312.28.113

- ✓ Estado del paciente al final del acto anestésico
- ✓ Monitoreo básico intraoperatorio
- ✓ Estrategias de control del dolor postoperatorio.

Siempre debe haber un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía. En el quirófano debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico.



Todo procedimiento anestesiológico invasivo deberá realizarse previo lavado de manos.

Cuidado Perianestésico: Durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente.

Oxigenación:

- ✓ Debe medirse la saturación del oxígeno en sangre mediante un oxímetro de pulso
- ✓ Debe medirse la concentración de oxígeno en el gas inspirado mediante un analizador de oxígeno.

Ventilación:

- ✓ Cuando se utilicen métodos para controlar la vía aérea, se deben auscultar los ruidos respiratorios, evaluar la excursión de tórax y observar el balón reservorio.
- ✓ Cuando se practique intubación endotraqueal, se debe verificar la posición del tubo a través de la auscultación.
- ✓ Si la ventilación es mecánica se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión
- ✓ Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o cánula oro faríngea COPA- cuffed oropharyngeal airway- o afín), se deberá tener alarma de presión alta de la vía aérea.

La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.

Circulación:

El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanente. Se deben hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardiaca por lo menos cada cinco minutos. Cuando lo considere necesario, el anestesiólogo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardiacos.

TRD.312.28.113

Temperatura:

Es mandataria en cirugía cardiaca, en trauma moderado o severo, en cirugía de neonatos y de infantes menores, en cirugías de más de tres horas y en aquellas en la que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia que haya posibilidad de monitorizar la temperatura.



Es altamente deseable disponer de métodos para evitar el enfriamiento, y/o calentar al paciente.

Sistema Nervioso Central:

Es recomendable el uso del análisis biespectral o similares (Parámetro), en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides.

Gases Anestésicos:

Altamente deseable el monitoreo de gases inspirados y espirados.

Otros elementos de monitoreo:

Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la diuresis, la presión arterial invasiva, la saturación venosa de oxígeno, el gasto cardiaco, presión venosa central, la presión de arteria pulmonar y otros parámetros según necesidad.

Es altamente deseable monitorizar la relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico.

Alarmas y Monitores:

Durante todo el tiempo que dure el procedimiento anestésico, los monitores deben permanecer prendidos, con las alarmas activadas y con el volumen adecuado para que puedan ser escuchadas. Se considera práctica muy peligrosa desconectar o silenciar las alarmas sin una justificación expresa, tanto en el quirófano como en las áreas de recuperación, mientras el paciente esté bajo el cuidado de un anestesiólogo.



Disponibilidad para RCCP:

En el área en el cual se administre anestesia, debe disponerse siempre de todos los elementos necesarios para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar (RCCP), incluyendo las drogas.

TRD.312.28.113

pertinentes y el desfibrilador cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente. El anestesiólogo es por definición experto en RCCP.

Equipo mínimo para el Manejo de la vía aérea:

Dirijo por el servicio de anestesiología, el área debe tener disponible las 24 horas un carro de vía aérea, móvil con los siguientes elementos:

- ✓ Hojas de laringoscopia curvas y rectas de diferentes tamaños incluidas pediátricas.
- ✓ Guías.
- ✓ Máscaras laríngeas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas.
- ✓ Equipo para practicar cricotiroidectomía por punción percutánea.
- ✓ Es **altamente recomendable** disponer de una máscara laríngea tipo Fastrach
- ✓ Disponer de elementos para practicar intubación retrograda.

Entrega de pacientes:

Cuando un anestesiólogo tiene que entregar su paciente a otro anestesiólogo, debe informarle la condición previa del paciente, el manejo realizado, eventos relevantes y plan inmediato.

En el registro anestésico, el anestesiólogo que entrega debe dejar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento.

Normas específicas para la anestesia obstétrica:

Ningún procedimiento anestésico debe practicarse hasta que la paciente y el feto hayan sido evaluados por la persona acreditada para ello. En la **sala de cirugía debe haber una persona calificada**, diferente al anestesiólogo, **para atender al recién nacido**. Ante la ausencia del pediatra, la responsabilidad del anestesiólogo es primero para la madre; si esta no corre ningún peligro, el anestesiólogo podrá asistir al recién nacido.

Cuidado Pos anestésico:

TRD.312.28.113

- ✓ En la institución existe un sitio en donde se realiza cuidado pos anestésico de todos los pacientes que hayan recibido anestesia general o regional, bajo la responsabilidad de un anestesiólogo, mientras exista un paciente ahí.
- ✓ Debe establecerse un mecanismo ágil de contacto con este anestesiólogo responsable.
- ✓ El paciente que sale de sala de cirugía debe ser transportado al área recuperación anestésica o a Cuidados Intensivos, por el anestesiólogo que administró la anestesia, con el monitoreo requerido y oxígeno suplementario, si es necesario.
- ✓ El paciente debe llegar a la unidad con un control adecuado de la vía aérea, hemodinámicamente estable y con un nivel de conciencia cercano al que tenía antes del acto anestésico.
- ✓ En la **Unidad de Recuperación Anestésica** se debe hacer la entrega del paciente al personal responsable de la Unidad. Debe incluir condiciones preoperatorias, manejo anestésico y el puntaje de Aldrete modificado en ese momento, el cual debe ser mínimo de 7, salvo limitaciones previas del paciente. Todo lo anterior debe quedar consignado en la Historia Clínica o en el registro anestésico.
- ✓ El cuidado en la Unidad de recuperación anestésica debe ser realizado por personal aprobado y calificado, con entrenamiento en reanimación básica (personal auxiliar) y reanimación avanzada (profesionales).
- ✓ En la **Unidad de Recuperación Anestésica**, el paciente debe tener el monitoreo y soporte necesario acorde a su condición, similar al de la sala de cirugía, por el tiempo que sea necesario, bajo la supervisión del anestesiólogo encargado. Se prestará especial atención a la oxigenación (oximetría de pulso), a la ventilación y a la circulación. El dolor debe ser medido, y deben establecerse medidas para controlarlo de manera adecuada.
- ✓ En la **Unidad de Recuperación Anestésica** debe haber un promedio de 1.5 camilla por cada sala de cirugía del hospital. Cada paciente que se encuentre en recuperación debe contar permanentemente mínimo con los elementos para monitorizar de Tensión arterial, trazado electrocardiográfico y oximetría de pulso.
- ✓ Cada cubículo debe contar con dos tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia del hospital, una fuente de oxígeno, una fuente de succión. Debe haber:
 - Un auxiliar por cada tres pacientes quirúrgicos de alta complejidad.
 - Un auxiliar por cada cinco pacientes de complejidad baja o media.

TRD.312.28.113

- Una enfermera profesional independiente del área quirúrgica cuando superan 6 salas de cirugía funcionando.

- ✓ La **Unidad de Recuperación Anestésica** debe contar con los elementos adecuados para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar, incluyendo desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente.
- ✓ Los egresos deben ser autorizados por escrito en la Historia o en el registro anestésico por el anesthesiologist responsible. El puntaje de Aldrete modificado para el egreso debe ser de 10 salvo que el paciente tenga una limitación previa por la cual no puede alcanzar dicho puntaje.

Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Proporción de pacientes con fallas anestésicas.

7.2.8 ESTRATEGIA 8. Prevenir Complicaciones Asociadas a Disponibilidad y Manejo de Sangre, Componentes y a la Transfusión Sanguínea



Objetivo:



Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad, manejo de sangre, componentes sanguíneos, transfusión sanguínea y habilidades para aplicación de prácticas seguras, en el personal de salud del **Hospital del Sarare E.S.E** que participan en el proceso.

Definiciones:

- **Hemovigilancia:** Terminó que incluye la detección, clasificación y el análisis de los efectos no deseados de la transfusión sanguínea con el fin de corregir causas y prevenir su repetición.
- **Reacción adversa transfusional (RAT):** Respuesta indeseada asociada a la transfusión de sangre o hemocomponentes que se presenta durante o después de la transfusión y afecta la seguridad del paciente que la recibe.

TRD.312.28.113

- **Leucorreducción o leucodepleción:** Proceso utilizado para eliminar leucocitos de los componentes sanguíneos antes de la transfusión.
- **Donación autóloga:** Sangre y componentes sanguíneos extraídos de una persona y destinados exclusivamente a su transfusión autóloga posterior u otra aplicación terapéutica a la misma persona.
- **Donación alogénica:** Sangre y componentes sanguíneos extraídos a una persona y destinados a la transfusión de otra persona, para su utilización en procedimientos médicos o como materia prima para la fabricación de medicamentos.
- **Complicaciones transfusionales:** Es la caracterización de las situaciones no controladas durante las transfusiones de los pacientes en servicios hospitalarios.

Las complicaciones no infecciosas incluyen:

- Reacción transfusional febril.
- Incremento de la temperatura mayor a un grado centígrado, que se presenta en las primeras 24 horas posteriores a la transfusión sin otra causa que lo explique que puede o no asociarse a escalofríos.
- **Hemólisis intravascular.** Destrucción acelerada del eritrocito que ocurre dentro del vaso sanguíneo.
- **Hemólisis extravascular.** Destrucción acelerada del eritrocito que ocurre fuera del vaso sanguíneo generalmente en órganos del sistema reticuloendotelial.
- **Alergias:** Desde urticaria hasta la anafilaxia.

Las reacciones alérgicas a la transfusión son un espectro muy variado, en la gran mayoría son leves en la forma de urticaria, lesiones eritematosas bien definidas y elevadas en el tronco superior y el cuello, a veces con picazón que en general no se acompañan de fiebre ni de otros eventos. En el

TRD.312.28.113

otro extremo del espectro se encuentran las reacciones anafilácticas, con manifestaciones sistemáticas incluyendo hipotensión, pérdida del conocimiento, shock y, en casos excepcionales, la muerte.

- **Lesión pulmonar aguda transfusional (TRALI).** Cada vez que un paciente receptor de una transfusión presente insuficiencia respiratoria aguda y/o hallazgos radiológicos compatibles con edema pulmonar, pero sin signos de insuficiencia cardíaca o sin causa de enfermedad pulmonar, cabe pensar en TRALI.

Los síntomas característicos de la reacción son:

- Escalofríos,
- fiebre,
- cianosis e hipotensión generalmente dentro de la primera o segunda hora de la trasfusión y con un inicio inmediato y dramático.

El TRALI es un síndrome con:

1. Inicio agudo.
2. Hipoxemia ($\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 < 300 \text{ mg Hg}$. O saturación $\text{O}_2 < 90\%$ en aire ambiente o basada en otra evidencia clínica.
3. Infiltrados pulmonares bilaterales en radiografía de tórax.
4. Sin evidencia de sobrecarga circulatoria.

- **Sobrecarga circulatoria.** Los rápidos incrementos de la volemia a costa de la expansión del volumen plasmático en pacientes con compromiso cardíaco o pulmonar y/o anemia crónica son mal tolerados. La infusión de albúmina al 25% que desplaza grandes volúmenes de líquido intersticial hacia el espacio vascular, también podría producir sobrecarga circulatoria. Si se comprueba disnea, cianosis, ortopnea, cefalea intensa, hipertensión o insuficiencia cardíaca congestiva durante o poco después de la transfusión, debe pensarse en hipervolemia. En los casos de sobrecarga circulatoria se puede observar que los niveles de péptido natriurético cerebral están elevados.
- **Complicaciones de transfusiones masivas.** Entre las numerosas complicaciones que podrían acompañar a las transfusiones masivas, las alteraciones metabólicas y hemostáticas revisten

TRD.312.28.113

particular importancia. La función ventricular izquierda podría deprimirse por alguna y/o todas las alteraciones metabólicas siguientes:

- Hipotermia por la sangre refrigerada,
- Toxicidad del citrato,
- Acidosis láctica por hipoperfusión sistémica e isquemia tisular a menudo complicada con hipercalcemia.

- **Toxicidad por citrato.** Cuando se transfunden volúmenes considerables de PFC, sangre entera o plaquetas en presencia de hepatopatías, los niveles plasmáticos de citrato podrían aumentar y llevar a hipocalcemia por fijación del citrato de calcio.
- **Coagulopatía en transfusiones masivas.** Coagulopatía que ocurre durante la dilución de plaquetas y factores de coagulación cuando el paciente pierde sangre y esa sangre es reemplazada con concentrados de glóbulos rojos y fluidos.
- **Embolia gaseosa.** La embolia gaseosa puede deberse a la administración de sangre a presión en un sistema abierto o el ingreso de aire cuando se cambian las bolsas o las tubuladuras. El volumen mínimo de la embolia gaseosa que es potencialmente fatal en un adulto es de aproximadamente 100mL.

Las manifestaciones clínicas incluyen:

- Tos,
 - Disnea,
 - Dolor precordial y shock.
- **Transfusión sanguínea:** la transfusión es un procedimiento terapéutico consistente en la inyección intravenosa a una persona de una cantidad considerable de sangre procedente de un donante.

Es importante trabajar en el control de complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea porque:

TRD.312.28.113

La transfusión de sangre es una herramienta terapéutica útil en la práctica médica actual y aunque su papel es salvar vidas, no está libre de riesgos. Se ha demostrado que la sangre es un potencial transmisor de enfermedades infecciosas y parasitarias, entre otras, sífilis, VIH, Hepatitis B, Hepatitis C. y no solo esto, la transfusión de sangre puede generar complicaciones agudas no infecciosas, como reacciones alérgicas, TRALI (daño pulmonar agudo relacionado con la transfusión), reacciones hemolíticas, complicaciones tardías no infecciosas, reacciones hemolíticas tardías, púrpura post transfusional, sobrecarga de hierro, etc., e incluso eventos adversos ocasionados por errores humanos. En otras palabras, la sangre usada adecuadamente puede salvar muchas vidas o mejorar el estado de salud de una persona, pero si no se toman las medidas suficientes para garantizar que se ofrece un producto y tratamiento con el mínimo riesgo para el tratamiento de los pacientes, también podría llevar a la muerte.

Las fallas más comunes que conllevan a presentar complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea

La causa más importante de reacciones graves y muerte es la transfusión del tipo de sangre equivocado por errores durante el proceso de transfusión clínica tales como:

- La identificación incorrecta del paciente
- **Identificación incorrecta de las muestras** sanguíneas o las bolsas de sangre
- Errores de muestreo y rotulado
- Errores de laboratorio
- Errores administrativos, almacenamiento y manipulación inapropiados de la sangre
- Omisión de la comprobación final a la cabecera del paciente antes de administrarle la sangre
- Y falta de vigilancia del paciente durante la transfusión.



Prácticas seguras más eficaces para evitar complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea

La transfusión debe ser adecuada;

- ✓ En el paciente correcto,
- ✓ En el momento oportuno,
- ✓ En las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas.

TRD.312.28.113

Una cadena de acontecimientos integrados, que comienza con la decisión de que un paciente realmente necesita sangre y finaliza con una evaluación del resultado clínico de la transfusión. Un proceso para conseguir el uso seguro, clínicamente eficaz y eficiente de la sangre humana donada, sin reacciones adversas ni infecciones, que beneficie al paciente y que no se realice innecesariamente.

Asimismo, las instituciones de salud deben prevenir la presentación de eventos adversos o errores mediante el fortalecimiento de:

- ✓ Procesos como capacitación
- ✓ Establecimiento de guías de manejo para que el personal médico brinden el mejor tratamiento al paciente y así determinar si el tratamiento transfusional es la mejor opción
- ✓ Adicional, deben contar con procedimientos estandarizados, que indiquen los pasos a seguir en la recepción, mantenimiento o conservación, prescripción, dispensación, administración y monitoreo del tratamiento

Mecanismos de monitoreo y seguimiento más eficaz de las complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea

La OMS recomienda que deban crearse en todas las instituciones de salud, comités de transfusión y sistemas para notificar las reacciones adversas a las transfusiones, esto para hacer un seguimiento del uso seguro y racional de los componentes sanguíneos. El Hospital de la Sarare E.S.E., cuenta con los comités de Transfusión y comité institucional de seguridad del paciente.

A través de la Hemovigilancia y seguridad transfusional se pueden tamizar e identificar las transfusiones que cursan con justificación medica no pertinente donde posteriormente se pueda validar y retroalimentar con el personal médico si la orden medica no ponen en riesgo al paciente.

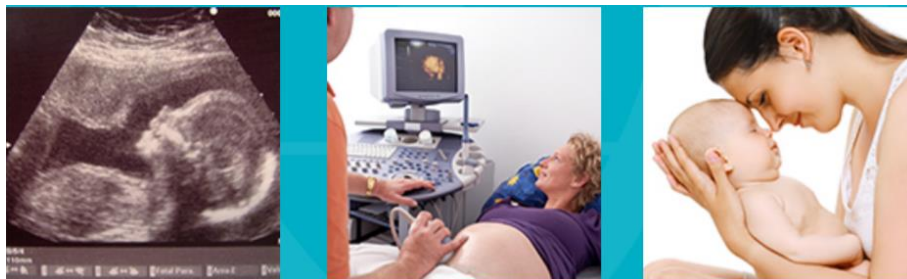
Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Proporción de pacientes trasfundidos con grupo y Rh correctos.
- ❖ Proporción de fallas en la identificación de sangre y hemocomponentes
- ❖ Proporción de eventos adversos derivados de procesos transfusionales.
- ❖ Porcentaje de RAT (Reacciones Transfusionales)



TRD.312.28.113

7.2.9 ESTRATEGIA 9. Atención segura de la gestante y el recién nacido.



Objetivo:



Fortalecer el conocimiento técnico en la atención segura de la gestante y el recién nacido, así como las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores y disminuir los riesgos en la atención del binomio madre-hijo.

Principales causas de muerte materna

Dentro de las principales complicaciones causantes del 80% de las muertes maternas se encuentran:

- Las hemorragias graves (en su mayoría en las primeras 24 horas del postparto).
- Las infecciones (generalmente tras el parto).
- La hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia).
- Los abortos peligrosos.
- Las demás se encuentran asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo

Estrategias:

Para el cumplimiento del objetivo el **Hospital del Sarare E.S.E.** adopta e implementa:

- ✓ La Ruta de Atención integral Materno perinatal definido en la Resolución 3280 de 2018. Que abarca atención del puerperio, atención de emergencias obstétricas, atención para el cuidado del recién nacido, atención de las complicaciones perinatales y/o postnatales del recién nacido.
- ✓ Guía de manejo de atención del parto evaluando la adherencia cada tres meses.

TRD.312.28.113

- ✓ Evaluación de la guía de manejo de trastornos hipertensivos en gestantes. Evaluando la adherencia cada tres meses
- ✓ Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato.
- ✓ Seguimiento mensual al 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.
- ✓ Implementación de la manilla institucional Fucsia que significa morbilidad materna extrema. Esta manilla será implementada en todos los servicios de urgencias maternas, sala de partos, cirugía y cuidados intermedios.

Indicador de Monitoreo.

- ❖ Razón de mortalidad materna
- ❖ Oportunidad en la asignación de citas de consulta de ginecoobstetricia
- ❖ Tasa de mortalidad materna
- ❖ Desgarro perineal grado III – IV
- ❖ Trauma del neonato en el nacimiento
- ❖ Atención instrumentada del parto
- ❖ Efectividad del control prenatal
- ❖ Tasa de ingreso a uci neonatal
- ❖ Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer
- ❖ Ingreso a control prenatal en el primer trimestre



7.2.10 ESTRATEGIA 10. Implementación de equipos de respuesta rápida.

- ✓ Estandarizar que todos los pacientes que se encuentran en situación clínica delicada y que aún no cumplen los criterios para cuidado intermedio, deben ser sean 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.

TRD.312.28.113

- ✓ 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.

7.2.11 ESTRATEGIA 11. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares



Objetivo: Fortalecer el conocimiento técnico en la atención a pacientes cardiovasculares y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud del **Hospital del Sarare E.S.E**, con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir los riesgos de la misma.

Se implementará la guía de manejo de Atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto Agudo de Miocardio (IAM). Actualización cada tres años. Se evaluará adherencia a la guía, por medio de listas de chequeo cada tres meses.

Fallas activas y latentes más frecuentes en la atención y las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores.

TRD.312.28.113

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

Barreras de seguridad:

- ✓ Aplicar el instrumento de valoración del riesgo al ingreso de pacientes con alto riesgo cardiovascular (TMI, GRACE, según criterio médico).
- ✓ Adherencia a protocolos y guías de práctica clínica.
- ✓ Aplicar herramientas de comunicación y trabajo en equipo.
- ✓ Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería.
- ✓ Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de enfermedad cardiovascular.
- ✓ Capacitar a los miembros del equipo de salud en técnicas de comunicación efectiva y trabajo en equipo.
- ✓ Identificación con barras de colores a los pacientes con riesgo alto.
- ✓ Sobrecarga de trabajo.
- ✓ Aplicar la lista de chequeo quirúrgico (cirugía segura por la OMS)
- ✓ Documentar, actualizar y socializar guías de práctica clínica y protocolos de manejo que establezcan que todo paciente con antecedentes de hipercolesterolemia familiar sea reconocido como paciente de alto riesgo para enfermedad cardiovascular programas de promoción y prevención del riesgo cardiovascular
- ✓ Capacitar al personal médico y de enfermería encargado del alta hospitalaria en comunicación efectiva con el paciente y equipo de trabajo.

TRD.312.28.113

Indicadores

- ❖ Tasa de mortalidad hospitalaria en ICC
- ❖ Prevalencia de re-hospitalización por falla cardiaca en los primeros seis meses después del ingreso.



7.2.12 ESTRATEGIA 12. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental



Objetivo:



Reducir el riesgo en la atención al paciente con enfermedad mental y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud, con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir los riesgos de la misma haciendo énfasis en el entendimiento de las características diferenciales de esta población.

Definiciones:

- **Conducta agresiva:** Aunque la agresividad puede tomar diversas formas de expresión, siempre tendrá como característica más sobresaliente el deseo de herir. El agresor sabe que a su víctima no le gusta lo que está haciendo y, por lo tanto, no tiene que esperar a que el grupo evalúe su comportamiento como una violación de las normas sociales, sino que la víctima ya le está proporcionando información directa sobre las consecuencias negativas de su acción, lo cual hace que, con frecuencia, se refuercen y se mantengan esas mismas conductas.
- **Pródromo:** Período de tiempo que se presenta antes de la crisis que puede variar entre varios días e incluso meses.
- **Evaluación del riesgo de crisis:** Identificación de los individuos susceptibles y evaluación de los factores que influyen en el riesgo de padecer una crisis. También se revisan las actuaciones protocolizadas existentes en las instituciones de salud para la atención a los pródromos de la enfermedad mental y la evaluación de riesgos.

TRD.312.28.113

- **Intervención:** Recomendaciones establecidas en las intervenciones de los equipos asistenciales para el seguimiento de pacientes con enfermedad mental en riesgo de crisis, se aplican protocolos de seguridad para los servicios de hospitalización y se regulan las diversas medidas restrictivas.
- **Factores que aumentan la probabilidad de aparición de crisis:**
 - **No adherencia terapéutica:** Relacionada con las características de la organización de los servicios de salud, factores relacionados con el entorno del paciente, factores relacionados con el paciente y características del régimen terapéutico.
 - Negación o abandono del tratamiento.
 - Ausencia o precariedad de la red de apoyo del paciente
- **Agresividad:** hostilidad, tendencia más o menos manifiesta a conductas destructivas verbales o físicas dirigidas contra personas u objetos.
- **Violencia:** según la OMS, consiste en el uso deliberado o planificado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, con muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Fallas activas y latentes más frecuentes en la atención y las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores.

1. No valoración de riesgo de crisis en la fase prodrómica.

Barreras y defensas

- ✓ La implementación de un modelo de atención primaria integral al paciente que incluya acciones de colaboración con la familia y el entorno del paciente.

2. Error en el diagnóstico o definición del plan de tratamiento durante la atención de urgencias.

Barreras y defensas

- ✓ Implementar el código blanco en urgencias y la atención integral liderada por un médico especializado en psiquiatría.
- ✓ Realizar un análisis global de la situación para establecer el diagnóstico y plan de manejo.

TRD.312.28.113

- ✓ Precisar el origen de la crisis (patologías, antecedentes, consumo de sustancias psicoactivas, origen orgánico).
- ✓ Realizar entrevista a los familiares, acompañantes o testigos del episodio.
- ✓ Valorar los riesgos asociados a la crisis, factores desencadenantes o agravantes, apoyos situacionales existentes, factores de protección del medio, factores propios del paciente.
- ✓ Realizar intervenciones (plan de manejo) que faciliten el proceso cognitivo y emocional del paciente con el fin de conseguir su colaboración.
- ✓ Aplicar actuaciones aisladas, combinadas o secuenciales según la intensidad sintomatológica, las circunstancias y la respuesta del paciente: Contención verbal, física, farmacológica, apoyo del entorno, medidas de protección y apoyo del paciente en crisis.

3. Error durante el traslado inter o intrainstitucional del paciente.

Barreras y defensas

- ✓ Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la implementación del protocolo para traslado de pacientes que incluya indicaciones para sedación e implementación de medidas de sujeción.
- ✓ Evaluar la adherencia al protocolo institucional para el traslado inter o intra institucional de pacientes
- ✓ Evaluar la pertinencia del medio de transporte a utilizar (silla de ruedas, camilla, cama)
- ✓ Evaluar las medidas de contención a implementar (química o física).
- ✓ Evaluar la necesidad de personal requerido para el traslado seguro.
- ✓ Informar al servicio o institución receptora del paciente acerca de la condición clínica del mismo.
- ✓ Aplicar el protocolo institucional de manejo y custodia de objetos peligrosos.
- ✓ Disponer de medios de transporte (silla de ruedas, cama, camillas) suficientes o en adecuadas condiciones de funcionamiento.

4. Manejo inadecuado del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones u omisión en la identificación del riesgo.

Barreras y defensas

- ✓ Crear adherencia al protocolo de valoración y manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones.

TRD.312.28.113

- ✓ Aplicar por psiquiatra o psicólogo, la herramienta de evaluación del riesgo (escala SAD personas) al ingreso del paciente a la institución, en cada cambio de servicio; debe ir acompañada de una valoración clínica detallada del experto.
- ✓ Establecer el nivel de vigilancia, control de permanencia y/o observación continuada.
- ✓ Incluir al paciente en actividades terapéuticas
- ✓ remitir a unidades de cuidado intensivo psiquiátrico a los pacientes en casos que requiera un nivel mayor, para garantizar un entorno tranquilizador, contenedor y la supervisión constante.
- ✓ En los casos de salida, elaborar el plan de alta y hacer seguimiento post alto notificando a la EAPB o aseguradora del paciente.

5. Manejo inadecuado del paciente con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales u omisión en la identificación del riesgo.

Barreras y defensas

- ✓ Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la implementación del instrumento para valoración del riesgo de agitación y/o comportamientos antisociales
- ✓ Verificar la adherencia al protocolo de valoración y manejo del paciente con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales
- ✓ Realizar la valoración en un espacio físico seguro
- ✓ No aislado
- ✓ Con un mecanismo de alarma
- ✓ Desprovisto de seguro interno
- ✓ Con visitas restringidas
- ✓ Sin la presencia de objetos que en su momento puedan ser usados como armas.
- ✓ Con distribución del mobiliario que facilite la activación de mecanismos de alarma e ingreso de personal de soporte
- ✓ Evitar que el paciente se sienta acorralado (trastorno paranoico),
- ✓ Valorar si los acompañantes del paciente ejercen una función desestabilizadora o sirven de apoyo y ayudan al control.
- ✓ Brindar un espacio tranquilizador, contenedor, que evite el contacto con la mayoría de los estresores externos que puedan exacerbar la sintomatología agresiva del paciente.

TRD.312.28.113

6. Manejo inadecuado del paciente con riesgo de evasión, u omisión en la identificación del riesgo.

Barreras y defensas

- ✓ Valoración del riesgo de evasión mediante la aplicación del instrumento.
- ✓ Verificación de la evaluación siempre que se mantenga el riesgo elevado.
- ✓ Aplicar el protocolo institucional que conlleva a una adecuada valoración.
- ✓ Aplicar el protocolo de inmovilización y sedación en caso de riesgo alto de evasión.
- ✓ Aplicar el protocolo de inmovilización y sedación en caso de riesgo alto de evasión.
- ✓ Ubicar al paciente en un entorno provisto de un clima de seguridad que tranquilice al paciente.

7. Error en la prescripción o aplicación de medidas restrictivas.

Barreras y defensas

- ✓ Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la adherencia al protocolo para la aplicación de medidas restrictivas (restricción terapéutica de estímulos y movimientos – contención mecánica).
- ✓ Definir en el protocolo indicaciones para la administración de sedación farmacológica en pacientes con indicación de inmovilización o sujeción física.
- ✓ Capacitar al personal asistencial en técnicas de sujeción o inmovilización física y su mantenimiento.
- ✓ Evaluar la adherencia al protocolo para la aplicación de medidas restrictivas.
- ✓ Informar al paciente y familiares o red de apoyo acerca del procedimiento a realizar incluyendo los motivos y objetivos de éste.
- ✓ Implementar el uso adecuado de técnicas de sujeción física.
- ✓ Tener disponibilidad de juegos de sujeción que incluyan: una sujeción o cinturón de tronco, dos sujeciones o cintas para las muñecas, dos sujeciones o cintas para los tobillos, cuatro alargaderas, ganchos para la sujeción y un boto de fijación.
- ✓ Disponer de camas fijas al piso o con sistemas de frenado.

8. Omisión o monitoreo deficiente de efectos secundarios de los medicamentos prescritos.

Barreras y defensas

- ✓ Prestar especial atención al seguimiento de pacientes a quienes se les prescriben medicamentos
Psicotrópicos

TRD.312.28.113

- ✓ Operatividad del programa de Farmacovigilancia mediante seguimiento a efectos secundarios que pueden presentar los pacientes medicados.
- ✓ Programas de educación continuada al personal asistencial.

Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Número de casos de suicidio en pacientes internados.
- ❖ Suicidio del paciente o intento suicida o auto daño que resulta en una discapacidad mientras es atendido en la institución.



7.2.10 ESTRATEGIA 13. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico



Objetivo:

Reducir los riesgos en la atención del paciente crítico en el Hospital del Sarare E.S.E.



Acciones Inseguras más frecuentes.

1. No identificar riesgos del paciente al ingreso. (Riesgo de caída, UPP, trombosis venosa, sangrado gastrointestinal, infección).

Barreras de seguridad.

- ✓ Realizar una evaluación al ingreso del paciente con énfasis en identificar los riesgos que pueden tener o presentar.
- ✓ Identificar y gestionar adecuadamente los riesgos. (Eliminar riesgos evitables/prevenir y proteger de los que hay que asumir de forma inevitable)
- ✓ Garantizar que el talento humano del servicio liderado por enfermería profesional, supervise constantemente los pacientes y los riesgos a los que se enfrentan los pacientes con ventilación mecánica monitoria invasiva, agitación, inconsciencia, ansiedad, etc.
- ✓ Requerir al personal asistencial que se encuentra a cargo de los pacientes en UCIM/UCI la formación y/o experiencia en manejo de paciente crítico.



TRD.312.28.113

- ✓ Definir el perfil y credenciales que deben tener las personas que laboren en una UCIM/UCI
- ✓ Contar con un programa de formación continua, donde se socialicen guías, manuales, protocolos y procedimientos propios del servicio.
- ✓ Garantizar espacios de actualización para el talento humano de los servicios críticos.
- ✓ Adoptar y/o adaptar Guías de Práctica Clínica de acuerdo a su perfil de morbilidad.
- ✓ Definir, socializar y evaluar adherencia de protocolos de atención del paciente crítico.
- ✓ Definir el número de pacientes por personal asistencial de acuerdo al grado de complejidad.
- ✓ Garantizar tecnología adecuada con mantenimiento preventivo y correctivo.

2. Error en la prescripción y administración de medicamentos de alto riesgo/falta de control sobre el efecto adverso del medicamento.

Barreras de seguridad:

- ✓ Se limitarán órdenes verbales y telefónicas excepto emergencias.
- ✓ Implementar sistemas de doble chequeo independiente (cálculo, preparación, dilución, carga y programación de bombas).
- ✓ Supervisión permanente de los efectos secundarios de los medicamentos administrados.
- ✓ Control en la administración de medicamentos (mediando por los correctos en la administración).
- ✓ Estandarizar las concentraciones de medicamentos y las técnicas de preparación de los medicamentos de Alto Riesgo.
- ✓ Evaluar riesgo de alergias.
- ✓ Hacer uso de bombas inteligentes y concentraciones estándares.
- ✓ Etiquetado y almacenamiento diferencial de drogas de alto riesgo.

3. Acción insegura: Inadecuado manejo del paciente que se encuentra en ventilación mecánica.

Barreras de seguridad:

- ✓ Realizar un adecuado posicionamiento del paciente ventilado.
- ✓ Garantizar sedación protocolizada de estos pacientes.
- ✓ Evaluación diaria para extubación temprana.
- ✓ Profilaxis de trombosis venosa profunda y de úlceras de estrés.
- ✓ Realizar la aspiración de secreciones según la guía de la institución.

TRD.312.28.113

- ✓ Controlar la asepsia durante la aspiración de secreciones y el manejo del ventilador y circuitos.
- ✓ Manejo ventilatorio del paciente según régimen establecido por la evaluación previa.
- ✓ Mantener parámetros del ventilador ordenados.
- ✓ Adherencia a guías procedimientos y protocolos establecidos por parte del grupo de trabajo.
- ✓ Evaluación y supervisión permanente del paciente en ventilación mecánica.
- ✓ Documentar, actualizar y socializar protocolos de mantenimiento preventivo y correctivo de los ventiladores, manipulación de la vía aérea y manipulación de los dispositivos de ventilación mecánica.
- ✓ Capacitar al personal encargado del ventilador sobre su manejo seguro.
- ✓ Definir tareas claras del personal encargado de los diferentes procesos para el manejo del paciente en ventilación mecánica.
- ✓ Contar con equipos biomédicos (ventilador) de **reserva** para garantizar adecuado proceso de limpieza y desinfección.
- ✓ Garantizar en el servicio los insumos necesarios para la realización de los procedimientos de higienización de la vía aérea, manejo del ventilador y circuitos y manejo de la vía aérea.

4. Error de diagnóstico/retraso injustificado en el diagnóstico por elección del examen complementario inadecuado/equivocación/retraso en el examen equivocado en la interpretación de los resultados.

Barreras de Seguridad:

- ✓ Mejorar la comunicación del grupo y del grupo con el paciente
- ✓ Solicitar los exámenes por medios físicos o electrónicos
- ✓ Identificar correctamente el paciente, la unidad y la cama (acrílicos, manillas, según el código de colores).
- ✓ Disponer de un grupo de salud altamente entrenado.
- ✓ Asegurar el etiquetado seguro de radiografías, especímenes de laboratorio u otros estudios diagnósticos, garantizando que el estudio corresponda al paciente. (correcta identificación de imágenes y laboratorios)
- ✓ Evaluar periódicamente las habilidades del personal encargado del paciente en las diferentes áreas y requerimiento en las unidades de cuidado crítico.



TRD.312.28.113

- ✓ Actualizar el personal en los conocimientos relativos a la seguridad de los pacientes y calidad del servicio mediante los programas de formación continua.

5. **Acción insegura:** Infección por inadecuada colocación de dispositivos invasivos (catéteres, TOT, sondas, venopunciones, etc.)

Barreras de seguridad:

- ✓ Aplicar las directrices del protocolo de colocación de catéteres, inserción de sondas urinarias, venopunciones, etc. y medidas de bioseguridad en la institución.
- ✓ Aplicar listas de verificación antes y durante la realización del procedimiento.
- ✓ Diligenciar en los registros clínicos del paciente el uso de dispositivos médicos que incluya indicaciones para el uso del dispositivo, fecha y hora de colocación, así como fecha y hora de retiro del mismo, como puntos de control.
- ✓ Evaluar adherencia a las recomendaciones institucionales para el control de infecciones.
- ✓ Garantizar condiciones de humedad, ventilación temperatura e iluminación dentro del servicio.

6. Extracción accidental de dispositivos biomédicos (tubos endotraqueales, tubos de drenaje, sondas, accesos venosos centrales y periféricos, catéteres de presiones intracardíacas o intracraneales)

Barreras de seguridad:

- ✓ Implementar barreras de contención e inmovilización adecuadas y de buena calidad.
- ✓ Actualizar y adiestrar en el manejo de los diferentes dispositivos de monitoreo y tratamiento del paciente crítico.
- ✓ Evaluar periódicamente las habilidades del personal encargado del paciente en las diferentes áreas en las Unidades de Cuidado Crítico.
- ✓ Fomentar la cultura de seguridad en el manejo de los diferentes dispositivos del paciente crítico.

Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Proporción de muertes en uci
- ❖ Proporción de riesgo de tromboembolismo
- ❖ Incidencia de barotrauma
- ❖ Prevención de la enfermedad tromboembólica.



TRD.312.28.113

- ❖ Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV).
- ❖ Errores de medicación en el servicio de medicina intensiva (SMI)

7.2.11 ESTRATEGIA 14. Prevención de la malnutrición o desnutrición



Objetivo:



Prevenir eventos como la desnutrición y la malnutrición durante las estancias de los pacientes.

Definición:

- **Desnutrición:** Estado de déficit de proteínas, energía y otros micronutrientes que provocan alteraciones funcionales y/o anatómicas del organismo asociado o no a la agravación del pronóstico de ciertas enfermedades que son reversible con una terapia nutricional.
- **Desnutrición severa:** Estado patológico en el que el IMC (índice de masa corporal) es inferior a 16 o el peso respecto al ideal es menor que el 75% y/o la albúmina inferior a 2.5 gr/dl.
- **Equipo o grupo de soporte nutricional:** Equipo interdisciplinario que provee y supervisa los cuidados de los pacientes que requieren nutrición parenteral durante la hospitalización.
- **Evaluación nutricional:** Evaluación para definir el estado nutricional incluyendo la historia clínica, la historia dietética, el examen físico, las mediciones antropométricas y los datos de laboratorio.
- **Formulación parenteral:** Mezcla definida de macro y micronutrientes que se administran por vía intravenosa
- **Nutrición:** Suma de los procesos por los cuales se toman y se usan los nutrientes.
- **Proceso institucional seguro:** Conjunto de actividades y procedimientos derivados de una Política Institucional que conllevan a fomentar la seguridad del paciente en los servicios de salud.
- **Riesgo nutricional:** Probabilidad de mejor o peor evolución debido a factores nutricionales y que puede ser modificado mediante una adecuada intervención nutricional.

TRD.312.28.113

Relevancia de la desnutrición en la práctica clínica

Tiene como consecuencias un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados, debido al alto riesgo de complicaciones como infecciones, flebitis, embolismo pulmonar, falla respiratoria, baja cicatrización de heridas y fístula que sufren los pacientes. Como consecuencia, la estancia hospitalaria y los costos de la terapia se incrementan significativamente.

La valoración nutricional debe formar parte integral de toda evaluación clínica con el fin de identificar pacientes que requieren un soporte nutricional agresivo y temprano con el fin de disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad secundarios a la desnutrición preexistente en los pacientes hospitalizados.

Barrera de seguridad.

- ✓ Implementar que el nutricionista acompañe en la ronda médica a los especialistas para verificación de condiciones nutricionales y necesidades de los pacientes. Se elabora el procedimiento de ronda diaria del servicio de nutrición
- ✓ Ajustar el tipo de dieta, al estado del paciente de acuerdo con el diagnóstico.
- ✓ Formular diariamente el manejo médico nutricional del paciente y trabajar en conjunto con el nutricionista clínico y de alimentación para determinar los ajustes de la dieta según la patología, los gustos y cultura del paciente, para lograr una ingesta adecuada de calorías y nutrientes.
- ✓ Evaluar adherencia a guía y protocolos relacionados con la nutrición del paciente hospitalizado.
- ✓ Comunicar los planes de cuidado nutricional a todos los integrantes del equipo de salud.
- ✓ Realizar seguimiento del estado nutricional del paciente desde su ingreso y posterior a su alta hospitalaria.

Indicador de Monitoreo.

- ❖ Porcentaje de desnutrición en Unidad de cuidado crítico.

TRD.312.28.113

7.2.12 ESTRATEGIA 15. Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas



Objetivo: Reducir los riesgos en la atención relacionadas con ayudas diagnósticas en el Hospital del Sarare E.S.E.

Los estudios radiológicos y de imágenes diagnósticas del servicio de Imagenología del Hospital del Sarare deben contar con los siguientes elementos:

- ✓ Nombre.
- ✓ Número de identificación o número de historia clínica.
- ✓ Género.
- ✓ Fecha de nacimiento o edad.
- ✓ Órgano objeto del estudio.

En el servicio de Radiología se debe:

- ✓ Prevenir la extravasación
- ✓ Identificar y verificar el acceso vascular.
- ✓ Identificar pacientes de alto riesgo y gestionar los riesgos de complicaciones.
- ✓ Prevenir la fibrosis sistémica nefrogénica
- ✓ Identificar pacientes con insuficiencia renal.
- ✓ Asegurar el procedimiento correcto y el paciente correcto en los departamentos de imágenes diagnósticas.
- ✓ Reducir las infecciones en radiología e imágenes diagnósticas
- ✓ Evaluar adherencia a normas de higiene y bioseguridad.
- ✓ Reducir las caídas de pacientes
- ✓ Implementar medidas para reducir caídas en pacientes de alto riesgo

Acciones de Radioprotección a pacientes

Barreras de seguridad.

1. Capacitar y reentrenar a los técnicos en el manejo de nuevos equipos.
2. Evitar el uso de radiaciones médicas innecesarias, como son:
 - ✓ Evitar repetir exámenes que ya realizados.
 - ✓ Evitar pedir exámenes complementarios que seguramente no alteraran la atención al paciente.

TRD.312.28.113

- ✓ Evitar pedir exámenes con demasiada frecuencia
- ✓ Evitar pedir exámenes inadecuados
- ✓ Evitar dejar sin especificar en la orden médica la información clínica necesaria
- ✓ Evitar generar exceso de exámenes complementarios
- ✓ Cumplir con las normas de Radioprotección
- ✓ Garantizar que el médico remitente tenga un conocimiento claro de los estudios por modalidad, sus indicaciones, contraindicaciones, así como las limitaciones y complicaciones de los mismos, para proporcionar un uso racional y con la pertinencia debida.
- ✓ Conocer la posibilidad del diálogo del médico tratante y el radiólogo que permita tener criterios claros para la solicitud y la evaluación de los exámenes.
- ✓ Evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas
- ✓ Prevenir daño inducido por medios de contraste
- ✓ Conocer los niveles de creatinina en sangre del paciente
- ✓ Conocer los factores de riesgo, edad del paciente (mayor de 65 años), diabetes mellitus, función renal disminuida, insuficiencia cardiaca, toma de sustancias nefrotóxicas, analgésicos, antiinflamatorios, algunos antibióticos, deshidratación, dislipidemia, hiperuricemia y mieloma múltiple.
- ✓ **Evitar** el uso de medio de contraste yodado repetido antes de las 72 horas.

7.3 PRÁCTICAS QUE MEJORAN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES.

7.3.1 ESTRATEGIA 16. Adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.

Objetivo:



Desarrollar implementar y fortalecer destrezas, habilidades y competencias para el adecuado proceso de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.

Al desarrollar la comunicación se debe:

Asegurar una comunicación abierta entre los miembros del equipo y desde los miembros del equipo. Definiciones e instrucciones simples permiten disminuir las equivocaciones que pueden ser provocadas por el uso de tecnicismo profesional o palabras inapropiadas

TRD.312.28.113

Es importante trabajar en la adecuada comunicación entre el personal que interactúa en la atención al paciente para garantizar prácticas seguras y garantizar prácticas seguras y estrategias para mejorar la comunicación, tales como:

- ✓ Educación continua del paciente y sus cuidadores.
- ✓ Dirigir la consulta por el nombre del paciente.
- ✓ Hacer presentación del personal que atiende.
- ✓ Hablar lento y claro.
- ✓ Confirmar con quien está hablando.
- ✓ Ser respetuosos siempre.
- ✓ Escuchar sin interrupción.
- ✓ Hablar con tono modulado.
- ✓ Aceptar las diferencias de opinión.
- ✓ Ser agradable.

Las listas de chequeo de seguridad mejoran la calidad percibida del equipo de cirugía y la comunicación y reducen los errores observados atribuibles a la baja capacidad del equipo de trabajo.

Las acciones inseguras más comunes en el proceso de la comunicación (falla activa) que conllevan a generar eventos adversos son:

- No estandarizar los mecanismos de comunicación.
- Utilización de acrónimos no estandarizados ni socializados en los registros clínicos.
- No tener una comunicación apropiada durante los cambios de turno y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.
- Problemas en la configuración de las agendas médicas.
- El soporte de atención en diversos sitios y pérdida del enfoque de cuidado psicosocial
- Ausencia en la evaluación de las expectativas de pacientes.
- Reporte de ayudas diagnósticas inoportunas y/o a destiempo.



TRD.312.28.113

Las prácticas seguras más eficaces en el proceso de la comunicación para evitar que se generen incidentes y eventos adversos son:

- ✓ Incentivar que el paciente pueda realizar lista de preguntas durante la atención en salud en los servicios de salud.
- ✓ Generar en el personal asistencial capacidades organizacionales, habilidades de comunicación e interpersonales y conocimiento médico.
- ✓ Racionalizar y estandarizar los informes de cambio de turno para mejorar el razonamiento crítico y minimizar el tiempo que se pasa lejos del paciente.
- ✓ Efectuar una comunicación redundante por parte del grupo que atiende el paciente.
- ✓ Dar Información concerniente a riesgos para los pacientes y sus cuidadores a través de medios textuales, visuales, auditivos que refuercen la comprensión de las instrucciones y guías

Los mecanismos de monitoreo y seguimientos más eficaces para generar la adecuada comunicación entre el personal de salud y los pacientes son:

- ✓ Formular un protocolo para detección, registro y comunicación de errores de medicación en el que participa el servicio de farmacia.
- ✓ Medir la frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente son repetidas en voz alta por parte de quien las recibe.
- ✓ Medir la frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente se anotan o escriben en los registros asistenciales.
- ✓ Medir la frecuencia con la que cualquier nueva información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en su atención.
- ✓ Medir la frecuencia con la que se realizan prescripciones sin revisar toda la medicación que el paciente está tomando.
- ✓ Medir la frecuencia con la que el personal se asegura de que el paciente ha entendido los riesgos y complicaciones antes de firmar el consentimiento informado.

Implementación de prácticas seguras para evitar errores en la comunicación entre el personal que interactúa en la atención al paciente mediante.

TRD.312.28.113

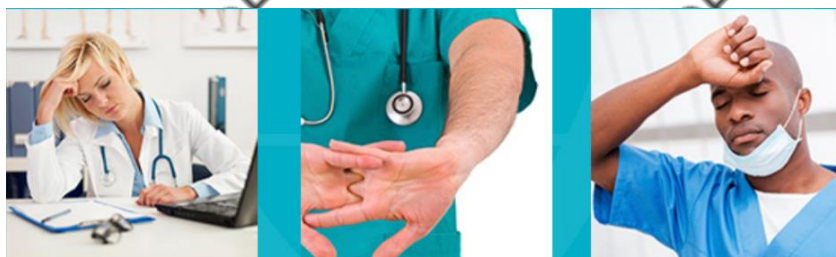
- ✓ La creación de espacios adecuados para el proceso comunicativo y para la discusión de conceptos y alternativas de tratamiento.
- ✓ La realización de las rondas médicas en conjunto por las diferentes especialidades que participan de la atención.
- ✓ Generación de diferentes medios para incentivar el uso de las tecnologías tanto a nivel intramural como extramural para que el personal que participa de la atención se mantenga en contacto frecuentemente.
- ✓ El desarrollo y sostenimiento de programas de capacitación continuada en comunicación asertiva que evidencie y alerte sobre el impacto de los errores en la comunicación entre el equipo de trabajo.
- ✓ El aseguramiento de una comunicación abierta entre los miembros del equipo y desde los miembros del equipo, el paciente y los cuidadores.

Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Proporción de órdenes verbales que son transcritas en la historia clínica.
- ❖ Proporción de resultados críticos de exámenes de laboratorio que son informados verbalmente al servicio.



7.3.2 ESTRATEGIA 16. Prevenir el cansancio del personal de salud



Objetivo:



Fortalecer en todos los trabajadores de la salud del Hospital del Sarare E.S.E, el conocimiento técnico sobre el cansancio del personal de salud, así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras.

Definiciones:

- **Estrés ocupacional:** Reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador.

TRD.312.28.113

- **Síndrome del quemado profesional (BURNOUT SYNDROME):** Respuesta a una situación de estrés laboral crónico, prolongada en el tiempo. Esta respuesta se caracteriza por desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, así como hacia el propio papel o rol profesional; es sinónimo de encontrarse emocionalmente agotado.

Es importante detectar, prevenir y reducir el estrés en el personal de salud porque:

El estrés ocupacional es uno de los principales factores predisponentes del cansancio en el personal de salud. Algunos estudios indican que los trabajadores de la salud presentan tasas más altas de abuso de sustancias psicoactivas y suicidio que otros trabajadores. Adicionalmente se han encontrado en este grupo elevadas tasas de depresión y ansiedad.

Consecuencias del estrés ocupacional en los trabajadores de la salud

Se ha identificado que el estrés es un factor predisponente de diversos fenómenos no solo en el personal de salud sino también en el paciente, entre los cuales se encuentran:



- Psicológicos: Agotamiento o cansancio, irritabilidad, descontento en el trabajo, depresión, tensión emocional, ganas de abandonar el trabajo.
- Conductuales: Problemas para dormir, ausentismo laboral, errores en el diagnóstico, errores en el tratamiento.
- Físicas: dolor de cabeza, malestar estomacal, cambios en la presión sanguínea.
- Menor satisfacción del paciente.

Principales aspectos relacionados con estrés en el personal de salud

- Niveles inadecuados de dotación
- Largas jornadas de trabajo, dentro o fuera de una misma institución
- Patrón de trabajo por turnos
- Ambigüedad en las funciones
- Exposición a sustancias peligrosas y patógenos infecciosos
- Sobrecarga de trabajo

TRD.312.28.113

- Presión por tiempo
- Falta de apoyo social en el trabajo (especialmente de supervisores, enfermeras a cargo y dirigentes de la gerencia)
- Exposición a enfermedades infecciosas
- Lesiones por punciones con agujas
- Exposición a violencia relacionada con el trabajo o amenazas
- Falta de sueño
- Ambigüedad y conflicto en las funciones
- Escasez de personal
- Preocupaciones de crecimiento profesional
- Trato de pacientes difíciles o gravemente enfermos
- Carga de trabajo excesiva
- Trato de pacientes terminales o el tema de la muerte
- Conflictos interpersonales con otros empleados
- Expectativas de los pacientes
- Amenaza de demandas por mala práctica

Es importante controlar el estrés y el cansancio en el personal al:

- ✓ Realizar Intervenciones para el cambio organizacional orientadas a eliminar los factores causantes del estrés:
- ✓ Definir claramente los roles y responsabilidades del trabajador incluso rediseñando las funciones laborales.
- ✓ Asegurar un volumen de trabajo coherente con la capacidad del trabajador y los recursos de los cuales dispone para su ejecución.
- ✓ Incluir a los trabajadores en la toma de decisiones relacionadas con su rol (formación de grupos).
- ✓ Implementar estrategias para mejorar la comunicación.
- ✓ Reducir la incertidumbre sobre el crecimiento profesional y estabilidad laboral.
- ✓ Proveer espacios para la interacción social entre los trabajadores. Actualmente se realiza mediante el plan de bienestar.
- ✓ Analizar la mejora salarial de los profesionales de la salud o incluso los contratos de exclusividad.

TRD.312.28.113

Las Intervenciones para el manejo del estrés centradas en el trabajador suelen estar compuestas por:

- ✓ Capacitación en estrategias para sobrellevar situaciones estresantes.
- ✓ Relajación progresiva
- ✓ Bioretroalimentación
- ✓ Técnicas conductuales cognoscitivas.
- ✓ Manejo del tiempo
- ✓ Destrezas interpersonales
- ✓ Cambios en los métodos de trabajo
- ✓ Adquisición de destrezas para reducir las demandas excesivas.

Indicadores de Monitoreo.

- ❖ Proporción de colaboradores con más de 12 horas de trabajo continuo.
- ❖ Ausentismo por enfermedad general.

Nota: Se recomienda realizar un análisis del ausentismo de enfermedad general en donde se identifique cuáles de estas enfermedades son de tipo psicosomático, o estados depresivos que puedan relacionarse con el cansancio laboral.



7.3.3 ESTRATEGIA 17. Funcionalidad de los Consentimiento Informado.



Objetivo:

Desarrollar, implementar y fortalecer el conocimiento técnico en la aplicación de prácticas seguras, tener claramente definido la consecución, verificación y entendimiento del consentimiento Informado, desarrollando y fortaleciendo destrezas y competencias relacionadas con la funcionalidad de los **procedimientos de consentimiento informado**, para que no se presenten errores en la atención y disminuir así la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionados.



TRD.312.28.113

Definiciones:

- **Acciones de reducción del riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas; proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.
- **Firma del consentimiento informado:** Procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto a todos los alcances de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa propuesta por el profesional de salud con total conocimiento de esta decisión, lo cual debe constar por escrito.

Es importante el diligenciamiento del consentimiento informado porque:

Es una herramienta y un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico - paciente, en virtud del cual el paciente acepta o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de que el médico le ha informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, **los riesgos y beneficios** que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas

El consentimiento informado es una práctica segura en el actuar médico por lo que es necesario implementar e ir estimulando la cultura de seguridad, adecuando la capacidad de los servicios a las necesidades, la transmisión de la información y la comunicación entre el personal tratante y el paciente.

Consideraciones legales en Colombia

- ❖ La Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, estableció en su artículo 15 que “el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente”

TRD.312.28.113

- ❖ La Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, en su artículo 11 define que son considerados anexos de la historia clínica; “ todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes”.

Son elementos del consentimiento informado los siguientes:

- **Voluntariedad:** Acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación.
- **Información en cantidad suficiente:** Relación que se ha establecido que permite establecer cuáles son las necesidades reales de conocimiento del paciente respecto a su patología.
- **Información con calidad suficiente:** Información provista usando un lenguaje inteligible para el paciente, esto es de acuerdo a su nivel cultural y sus posibilidades de comprensión.
- **Competencia:** según la teoría del consentimiento informado, solo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto, o sea de otorgar o no el consentimiento.

El consentimiento informado es un documento que hace parte de la historia clínica por lo que:

- Se reglamenta mediante procedimientos de consentimiento informado en la institución.
- Hace parte de la implementación los procesos de capacitación al personal asistencial y a los pacientes en la importancia de la participación de los pacientes y su aprobación o no de los procedimientos asistenciales que se puedan presentar durante la atención.
- Es importante capacitar al personal asistencial en la importancia legal del consentimiento informado y sus repercusiones.
- Hay que concientizar al personal asistencial acerca de la importancia de que la información brindada al paciente sea oportuna, confiable, entendible y la necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones.
- Se requiere realizar auditorías constantes en torno al cumplimiento de los procedimientos de consentimiento informado en la institución y tomar las acciones de mejoramiento a que haya lugar.

TRD.312.28.113

- Es fundamental generar una cultura alrededor del consentimiento informado como proceso vital dentro de los procedimientos asistenciales en la institución.
- Al generar el diligenciamiento se debe realizar con los datos necesarios y teniendo en cuenta los requerimientos legales.
- Se debe verificar que se asegure el registro del consentimiento informado en la historia clínica a través de auditorías constantes al proceso.

Un consentimiento informado debe contener Información:

- a) Sobre qué se está pidiendo consentimiento (qué es lo que se va a hacer).
- b) Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros).
- c) Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados).
- d) Cuáles pueden ser los riesgos que se corre (riesgos más frecuentes y más graves).
- e) Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo (alternativas disponibles).
- f) Qué ocurriría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento).
- g) Qué hacer si necesita más información (a quién preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada).
- h) Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad).

Ítems a tener en cuenta en el momento de pre-diseñar consentimiento informado

- ✓ Escribir con términos sencillos y frases cortas
- ✓ Organizar los contenidos por epígrafes
- ✓ Incluir dibujos, si es posible
- ✓ Utilizar varios tipos y tamaños de letra
- ✓ No ocupar más de un folio por las dos caras
- ✓ Evaluar la legibilidad del texto
- ✓ Posible valoración por el Comité de Ética
- ✓ Papel oficial, cuidando la calidad de las copias

Factores contributivos más comunes en el manejo del consentimiento informado

- Profesionales poco comprometidos con la cultura del consentimiento informado.

TRD.312.28.113

- Profesional asistencial que usa un lenguaje inapropiado para dar la información al paciente.
- Ausencia de registro en la historia clínica.
- Falta de verificación de los procedimientos de consentimiento informado.
- Diligenciamiento incorrecto del consentimiento informado.
- No indagación al usuario o familia del entendimiento del consentimiento informado

Prácticas seguras enfocadas en consentimiento informado

La voluntariedad, la autonomía y la claridad informativa son elementos esenciales, y “el consentimiento informado” está en relación directa con la escala de valores de cada persona consultada, por lo que se recomienda elaborar un documento único para cada procedimiento y con las siguientes especificaciones:

1. Llenar el formato en el momento adecuado, con suficiente anterioridad a la aplicación del instrumento o prueba, ya que evita momentos de tensión, ansiedad o depresión y deja tiempo al paciente para decidir.
2. Hacerlo en un lugar adecuado, pues las circunstancias o espacio temporales influyen en la coerción o autonomía que puede tener la persona.
3. Hacerlo con la persona adecuada: una persona idónea y conocedora de todo el proceso y no un delegado o auxiliar, debe ser en lo posible quien va a realizar el procedimiento.
4. Asegurarse de la claridad con preguntas de realimentación que comprueben la real comprensión.
5. Deben evitarse dos extremos, ambos perjudiciales para el real propósito del “consentimiento informado”, presentar tecnicismos que obstaculicen la claridad informativa o el excesivo detalle en la información, que lejos de aclarar puede asustar y alejar, produciendo angustia o desesperación.
6. Los consentimientos informados no deben hacerse genéricos: cada procedimiento, con sus objetivos, es un caso distinto.
7. Los documentos deben extenderse en lo posible por duplicado, una copia para la institución que realiza la consulta o prueba y otra copia para el paciente.

Estrategias para comprometer al profesional con la cultura del consentimiento informado

- ✓ Reforzar en la importancia de informar al paciente sobre la necesidad de conocer y solicitar información acerca de los procedimientos asistenciales a los que es sometido.

TRD.312.28.113

- ✓ Crear formatos de consentimiento informado claros y amigables para su lectura, comprensión y diligenciamiento.
- ✓ Definir el número de pacientes por personal asistencial, a través del estudio de capacidad instalada.
- ✓ Capacitar permanentemente sobre cultura de seguridad del paciente y la importancia de una cultura de consentimiento informado.
- ✓ Realizar auditorías periódicas al diligenciamiento completo del consentimiento informado y a su entendimiento por el usuario y/o familia y retroalimentar al profesional de la salud.

Estrategias para el profesional asistencial en el uso de un lenguaje apropiado para dar la información al paciente

- ✓ Entablar con los pacientes una comunicación clara y en un lenguaje comprensible para el paciente, respetando sus capacidades y limitaciones.
- ✓ Brindar apoyo profesional o del equipo médico para dar a entender al paciente y su familia los procedimientos a realizar.
- ✓ Socializar el Programa de Humanización para entablar diálogos con calidad y calidez.
- ✓ Preguntar al usuario y/o familia qué entendieron.

Mecanismos que monitorean el funcionamiento del consentimiento informado

- ✓ Realizar Auditorías a las historias clínicas con el fin de verificar que los anexos, entre ellos el “consentimiento informado”, se estén diligenciando, teniendo en cuenta la calidad de diligenciamiento del mismo. Dentro de los elementos mínimos a evaluar son:

1. Nombre y apellido del paciente y médico que informa.
2. Explicación de la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural.
3. Nombre del procedimiento a realizar, especificando en qué consiste y cómo se llevará a cabo.
4. Explicación de los beneficios que razonablemente se pueden esperar del procedimiento o examen y consecuencia de la negación.
5. Información sobre riesgos de la cirugía, probables complicaciones, mortalidad y secuelas.
6. Planteamiento de alternativas de tratamiento para la cirugía o procedimiento propuesto
7. Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos.

TRD.312.28.113

8. Autorización para obtener fotografías, videos o registros gráficos en el pre, intra y postoperatorio y para difundir resultados o iconografías en revistas médicas y/o ámbitos científicos.
 9. Información de la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.
 10. Satisfacción del paciente por la información recibida y resolución de sus dudas.
 11. Fecha y firma aclarada del médico, paciente y testigos, si la hubiere.
- ✓ Realizar auditorías periódicas a los usuarios y/o familia para verificar el entendimiento del consentimiento informado explicado por el profesional de la salud y la aceptación voluntaria del procedimiento o la intervención.
 - ✓ Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación de los profesionales con los pacientes.
 - ✓ Aplicar periódicamente, herramientas como “Paciente Trazador” la cual representa un procedimiento para la gestión del riesgo que refleja el direccionamiento estratégico en la prestación de los servicios y mide la seguridad institucional.
 - ✓ Implementar un consentimiento informado por cada especialidad (Se implementará el consentimiento informado para los tres procedimientos más 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.

Indicadores de Monitoreo

- ❖ Proporción de consentimientos informados adecuadamente diligenciados.
- ❖ Medición del entendimiento del paciente del consentimiento informado.



TRD.312.28.113

7.4 ESTRATEGIA 18. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD.



Objetivo:



Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en el autocuidado para la aplicación de prácticas seguras con el fin de lograr el involucramiento de los pacientes en el autocuidado de su salud durante su estancia en el Hospital del Sarare E.S.E.

Definiciones:

- **Autocuidado:** Prácticas cotidianas y las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.
- **Autocontrol:** Capacidad que tiene una persona para controlar sus decisiones. El control tiene un papel fundamental sobre las decisiones en torno al autocuidado, es así como el control interno está relacionado con las creencias que tiene la persona y la capacidad de influir en el medio y en el curso de la propia salud.
- **Resiliencia:** "Capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado". Permite focalizar los aspectos que protegen a las personas ante las adversidades y trabajar sobre sus recursos y fortalezas, promoviendo el desarrollo humano como posibilidad de aproximarse a sus condiciones de calidad de vida. La resiliencia es importante en el autocuidado porque facilita a las personas actuar de manera más 'sana' frente a los obstáculos a la calidad de vida.

Es importante trabajar la promoción del autocuidado y la autonomía del paciente

Dentro del proceso de atención en salud en las instituciones sanitarias, se debe trabajar con los pacientes y su familia, en el fomento del autocuidado, en la responsabilidad sobre su salud para que

TRD.312.28.113

participen en el proceso de atención intrainstitucional. La importancia de este proceso es que, **el paciente se asume como partícipe de la atención, con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos.**

Acciones inseguras más comunes que perjudican el involucramiento del paciente en su autocuidado

- Desestimar la información y recomendaciones que suministran los pacientes, sus familiares y/o cuidadores, considerándolos sobreprotectores.
- Deficiente ilustración al paciente acerca del autocuidado de su seguridad, 
- Inadecuada verificación de la comprensión de las actividades de cuidado en casa al paciente y/o su cuidador.
- Limitado acceso a servicios de salud de buena calidad.
- Deficiente educación interinstitucional dirigida a promover un mejor autocuidado.
- Desinterés o evasión de responsabilidad del paciente en el autocuidado de su salud.
- **Escasa promoción sostenida de estilos de vida saludables.**
- Comunicación no efectiva entre los pacientes y los equipos de salud que los atienden.

Prácticas seguras más eficaces para promover el autocuidado en el paciente

- ✓ Humanizar los servicios y la atención.
- ✓ Asignar el tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el paciente y/o cuidador formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible.
- ✓ Evitar el uso de tecnicismos médicos.
- ✓ Verificar mediante parafraseo el nivel de entendimiento por el paciente y/o cuidador.
- ✓ Verificar por parte del personal asistencial la comprensión en el paciente, familia y/o cuidador de las órdenes médicas verbales y escritas.
- ✓ Formar al personal de salud en técnicas de comunicación con el paciente y comunicación asertiva.
- ✓ Evaluar la capacidad instalada del personal para asignación de tareas.
- ✓ Generar una comunicación oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.

TRD.312.28.113

- ✓ Usar guías con ilustraciones para la explicación de la información
- ✓ Impulsar el apoyo mediante cuidadores informales.
- ✓ Enseñar a los pacientes a estar alertas para identificar síntomas e ir modificando gradualmente el comportamiento hacia un correcto autocuidado.
- ✓ Realizar programas educativos que enseñan habilidades prácticas de autocuidado ya que son más eficaces que el suministro de información por sí sola.

Mecanismos de monitoreo y seguimiento que permiten garantizar la seguridad del paciente a través de prácticas seguras de autocuidado y la auto-responsabilidad

- ✓ La habilidad del paciente para la resolución de problemas.
- ✓ Proporción de pacientes que mejoran la toma de sus medicamentos vía oral.
- ✓ Implementación de vigías de seguridad del paciente como estrategia para minimizar los eventos adversos.
- ✓ Intervenciones educativas en enfermedades crónicas.
- ✓ Uso de medicamentos en el domicilio.

Indicador de medición:

- ❖ Proporción de pacientes hospitalizados quien se les entregó información sobre autocuidado.



TRD.312.28.113

8. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.

- (1) Leape LL et si, Systems snalysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. JAMA. 1995 Jul 5;274(1):35-43.
- (2) <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
- (3) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- (4) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Modelo-pedagogico.pdf>
- (5) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/manual-prevencion-iaas.pdf>
- (6) https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51545/ControllnfecHospitalarias_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (7) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

9. CONTROL DE CAMBIOS

REVISION No.	FECHA DE APROBACIÓN DD/MM/AA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
00	26-07-2021	Creación del Documento