

# **PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**



**ALFONSO JOSÉ JALLER CABALLERO**

GERENTE GENERAL



<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
	VERSION	2.0
<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
	PAGINAS	Página 2 de 58

## **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD**

### **PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

ELABORADO POR:

**KELLY JOHANNA CALA CALA**

REFERENTE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CLINICA JALLER SAS

---

REVISADO POR:

**EQUIPO DE CALIDAD**

CLÍNICA JALLER SAS

---

APROBADO POR:

**ALFONSO JOSÉ JALLER CABALLERO**

GERENTE GENERAL CLINICA JALLER SAS

---

FECHA EMISIÓN:

BARRANQUILLA, FEBRERO DE 2015

Documento preparado por el Gerente General, con su grupo de profesionales de Apoyo a la Gestión de las áreas de Técnica científica, Jurídica, Sistemas de Información, Administrativa y Financiera con la asesoría de la Oficina de Garantía de la Calidad, para formular el Programa de Seguridad del Paciente.

## EQUIPO DIRECTIVO

**DR. ALFONSO JOSÉ JALLER CABALLERO**

Gerente General y Director Científico

**DRA. ODETTE CHAGUI**

Directora Administrativa y Financiera

**CLAUDIA PATRICIA MIRANDA**

Directora Administrativa

**CESAR VISBAL MIRANDA**

Coordinador medico

**ABAD NASSIB BENDECK QUINTERO**

Coordinador Garantía de la Calidad

## EQUIPO DE REDACCIÓN

**ABAD NASSIB BENDECK QUINTERO ABAD**

Coordinador Garantía de la Calidad

**KELLY JOHANNA CALA CALA**

Enfermera coordinadora uci

Referente de calidad

## CONTENIDO

INTRODUCCION .....	6
2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SEGUIRIDAD DEL PACIENTE.....	7
2.1.    Objetivo General .....	7
2.2.    Objetivos Específicos .....	7
4. DEFINICIONES .....	10
5. PLANEACION ESTRATEGICA DE LA CALIDAD .....	13
5.1 POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	13
6. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	13
6.1 SERVICIOS SEGUROS.....	15
6.1.1 ESTANCIA SEGURA.....	15
6.1.2 CIRUGIA SEGURA.....	25
6.1.3 LABORATORIO SEGURO.....	27
6.2 FARMACOVIGILANCIA .....	29
6.2.1.1 PRESCRIPCION .....	31
6.2.1.2 DISPENSACIÓN .....	32
6.2.1.4 USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS .....	37
6.2.1.5 GESTION DEL RIESGO .....	37
6.3.1CLASIFICACIÓN POR RIESGO. ....	42
6.4.3 INVESTIGACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES .....	45
6.5 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	49
6.5.1 CULTURA JUSTA.....	50
6.5.2 COMUNICACIÓN.....	50
6.5.3 CAPACITACIONES .....	51
6.5.4 BUSQUEDA ACTIVA .....	52
6.5.5 AUDITORIAS .....	52
6.5.6 CAPSULAS DE SEGURIDAD.....	53
6.6 RONDAS DE SEGURIDAD.....	53



<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
	VERSION	2.0
<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
	PAGINAS	Página <b>5</b> de <b>58</b>

6.7 INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ..... 55

6.8 METAS DE SEGURIDAD ..... 58


## INTRODUCCION

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar la cadena de procesos de la atención en salud, que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones.

El programa de seguridad de paciente clinica Jaller propende optimizar las acciones y procesos institucionales con objeto de minimizar los riesgos de atención en salud, orientados en los principios de la calidad.

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 7 de 58


## 2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

### 2.1. Objetivo General

Disminuir los riesgos de atención en salud, mediante la implementación de procesos de atención seguros, la participación activa del recurso humano el paciente y su familia, desde la prevención y gestión del riesgo.

### 2.2. Objetivos Específicos

- ☞ Fomentar la cultura del reporte y análisis de eventos adversos que se presenten en la institución, mediante la participación activa de los coordinadores de área.
- ☞ Analizar los eventos adversos de forma participativa con las áreas involucradas, identificando sus causas y factores contributivos de manera que se pueda incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención
- ☞ Definir las barreras de seguridad que permitan reforzar las acciones encaminadas a brindar un entorno más seguro en los procesos prioritarios de atención de pacientes
- ☞ Realizar seguimiento a las acciones de mejora generadas de los análisis de eventos adversos
- ☞ Instaurar prácticas seguras de atención en los servicios y sedes de la institución, bajo los lineamientos de los paquetes instruccionales definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ☞ Integrarlos programas de Farmacovigilancia y tecnovigilancia dentro del marco de las acciones seguras y la administración de los riesgos en el proceso de atención en salud.
- ☞ Involucrar en las estrategias de aprendizaje, implementación y evaluación en el programa de seguridad del paciente, enriqueciendo la cultura de la seguridad y la administración de l riesgo en los procesos de atención en salud.

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 8 de 58

### 3. MARCO TEORICO

La seguridad del paciente se ha convertido en los últimos años en el elemento clave de determinación de la calidad de los hospitales de todo el mundo. Un indicador importante de la seguridad del paciente es la incidencia de efectos adversos que se producen en los hospitales.

En el contexto de las organizaciones de salud, el efecto adverso se define como las lesiones o complicaciones no intencionadas que derivan de la asistencia sanitaria, más que de la situación clínica del paciente y que pueden causar la muerte, la incapacidad en el momento del alta o prolongar la estancia hospitalaria (Brennan, Leape, Laird et al., 1991; Wilson, Runciman, Gibberd, Harrison, Newby & Hamilton, 1995).


En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS) realizado en 24 hospitales españoles, el 9,3% de los pacientes ingresados sufre algún efecto adverso relacionado directamente con la asistencia sanitaria (Ministerio de Sanidad y Consumo [MSC], 2006). Según este estudio, además de los perjuicios a los propios pacientes, los efectos adversos ocasionan un mayor gasto sanitario, ya que son los responsables de ingresos hospitalarios adicionales, de un aumento de la estancia en el hospital y de la realización de pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado en casi la mitad de los casos.

Estudios llevados a cabo en otros países confirman que, en torno a la mitad de los efectos adversos que se producen en los hospitales, son prevenibles (Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999; Vincent, Neale & Woloshynowych, 2001). Una de las conclusiones del estudio ENEAS es que las tres causas inmediatamente relacionadas con los efectos adversos en los hospitales españoles son, por orden de importancia, los efectos adversos relacionados con la medicación, las infecciones asociadas a la atención en salud y los efectos adversos relacionados con problemas técnicos durante la realización de un procedimiento. Concretamente, en relación a estos últimos, el estudio revela que el 25,04% de todos los efectos adversos detectados tiene el origen en un problema durante la realización de un procedimiento.

Desde la publicación del reporte Errar es humano, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación, en educación al rededor del tema de la seguridad de los pacientes, y en la implementación de múltiples practicas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica. Colombia no ha sido ajena a este esfuerzo. Como muestra de ello, en el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias. Hoy nuestro país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de prácticas seguras.

En Colombia en el marco de la política Nacional de Seguridad del paciente se establecen principios




	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 9 de 58

orientados a la implementación búsqueda de atención segura, ellos son:

- a) **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- b) **Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben un de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad.
- c) **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- d) **Multicausalidad.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual debe involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- e) **Validez.** Para impactar lo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- f) **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- g) **Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defender lo de señalamientos injustificados.

Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en nuestra institución pasamos de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente en atención en salud, Integrado por un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta nuestra reciente resolución 2003 de 2014

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 10 de 58

## 4. DEFINICIONES

Para el desarrollo del objetivo es de suma importancia revisar y concertar los conceptos que atañen a la seguridad del paciente y en general todas las nociones que fundamenten nuestra labor en este propósito; para ello, a continuación se enumeran varias definiciones de términos relacionados, citadas por Salcedo R. Ángela y colaboradores en el documento Herramientas para Promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.<sup>1</sup>

- ☞ **Evento Adverso:** Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error.
- ☞ **Evento Adverso Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- ☞ **Evento Adverso No Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- ☞ **Factores Contributivos:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).
- ☞ **Fallas Latentes:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)
- ☞ **Error Asistencial:** Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención por acción y/o por omisión.
- ☞ **Riesgo Asistencial:** Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.
- ☞ **Práctica Segura:** Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia del Evento Adverso.
- ☞ **Evento Centinela:** Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria y permanente o la muerte que requiere intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.
- ☞ **Programa de Seguridad:** Se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, maximicen


<sup>1</sup>Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud Ministerio de la protección social Bogotá D.C. Diciembre de 2007 pag.36

la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias. De igual forma, se incluyen todas las acciones encaminadas a la detención de incidentes que eventualmente pueden conducir a Eventos Adversos y el seguimiento a sus posibles consecuencias a fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.

- ☞ **Protocolo de Londres:** Protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos basados en el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.
- ☞ **Equipo de atención en salud:** Es el conjunto de profesionales, técnicos y tecnólogos encargados de manera conjunta, pero con el desarrollo de, diferentes responsabilidades y actividades, del proceso de atención en salud de los pacientes.
- ☞ **Paquete instruccional:** Herramientas basadas en el diseño instruccional (instructional design) que generan especificaciones instruccionales por medio del uso de diversas opciones pedagógicas que permiten el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas fundamentales en la práctica de la atención en salud y la seguridad del paciente.
- ☞ **Seguridad del Paciente:** El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- ☞ **Atención en salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- ☞ **Indicio de Atención Insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- ☞ **Falla de la Atención en Salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- ☞ **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- ☞ **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- ☞ **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- ☞ **Violación de la Seguridad de la Atención en Salud:** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.
- ☞ **Barrera de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del

incidente o evento adverso.

- ☞ **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.
- ☞ **Acciones de Reducción de Riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>13</b> de <b>58</b>

## 5. PLANEACION ESTRATEGICA DE LA CALIDAD

### 5.1 POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

CLINICA JALLER S.A.S se compromete en garantizar e implementar procedimientos, instrumentos, planes, actividades y recursos que, dentro de las normas éticas, técnico científicas y del servicio, minimicen los riesgos, incidentes y eventos adversos, para contribuir a la creación de un ambiente seguro para el paciente, su familia, el equipo asistencial y administrativo, y el entorno.

### 5.2 REFERENTE PARA LA GESTION DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

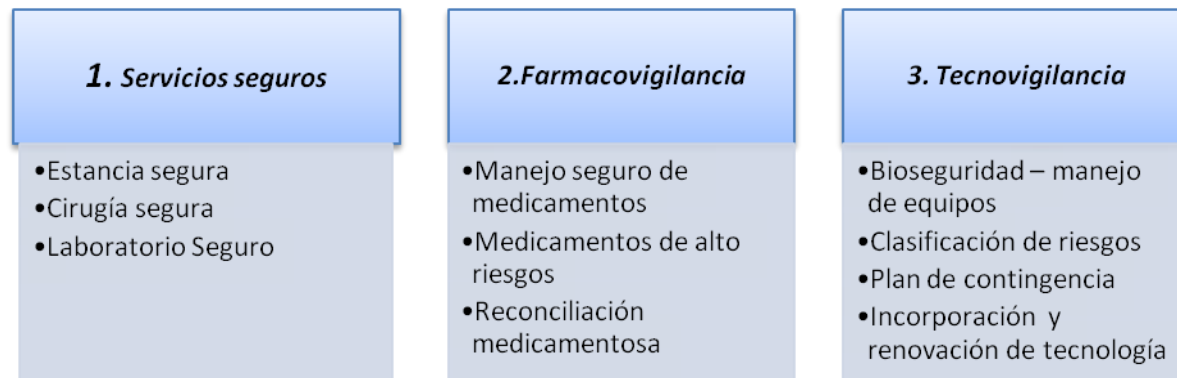
La implementación del Programa de Seguridad del Paciente, está enmarcada en la aplicación de la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, emitida por el Ministerio de la Protección Social el día 4 de Marzo de 2010, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia 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.

CLINICA JALLER S.A.S interesada por el bienestar del paciente y con objeto de dar cumplimiento a cada uno de los procesos institucionales en cada una de las áreas asistenciales y administrativas, establece un referente de seguridad del paciente liderado por las coordinadoras de cada servicio.

## 6. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El programa de seguridad el paciente de la clinica Jaller se centra en el desarrollo de cuatro líneas de acción: servicios seguros, Farmacovigilancia, tecnovigilancia y gestión del evento adverso, todas ellas soportadas en las estrategias de fortalecimiento y promoción de una cultura de la seguridad en el proceso de atención en salud que involucran la comunicación, capacitación, acompañamiento y evaluación de acciones, con la participación activa de los trabajadores , los pacientes y sus familias.

## PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE



## CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



## 6.1 SERVICIOS SEGUROS

Dentro de los procesos de atención segura se incluyen los servicios priorizados en la institución por la demanda que presentan, los riesgos identificados en la ruta de atención y la población que atienden. De esta forma, se definieron para el desarrollo del programa de seguridad del paciente: Estancia segura, cirugía segura y laboratorio seguro. Con el fin de garantizar la atención segura de los pacientes e implementar buenas prácticas de atención definidas en los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud y Protección Social.

### 6.1.1 ESTANCIA SEGURA

El cuidado médico en los servicios brindados en la Clínica Jaller, implica la combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas durante el proceso de atención en salud, las cuales buscan en su aportar en el mejoramiento de sus condiciones de salud, con un máximo de beneficios y la disminución de los riesgos. Por lo que la atención segura en la clínica considera las siguientes condiciones y prácticas de seguridad:

- ☞ Identificación correcta del paciente y muestras de laboratorio.
- ☞ Prevención de úlceras por presión.
- ☞ Prevención y reducción del riesgo de la frecuencia de caídas institucionales.
- ☞ Prevención del riesgo de infecciones asociadas al cuidado en salud.

#### 6.1.1.1 IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE Y MUESTRAS DE LABORATORIO

##### **Introducción**

La correcta identificación del paciente es fundamental para garantizar la calidad asistencial y evitar errores que puedan dañar o incluso hacer peligrar la vida del paciente. Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados. Es por esto que en la Clínica Jaller S.A.S ha definido como mecanismo de identificación de pacientes el uso de manillas que permiten registrar los datos del paciente, y así mismo la clasificación del mismo frente al riesgo de caídas institucionales y alergias medicamentosas.

Además como herramienta de apoyo para la identificación del paciente, se cuenta con la identificación redundante en los tableros que se encuentran en cada unidad de los pacientes, donde se registra los nombres, apellidos, Eps, y diagnóstico del paciente.

**Objetivo general:**

Establecer e Identificar barreras y defensas de seguridad eficaces para minimizar los errores en la identificación del paciente

**Objetivos específicos:**

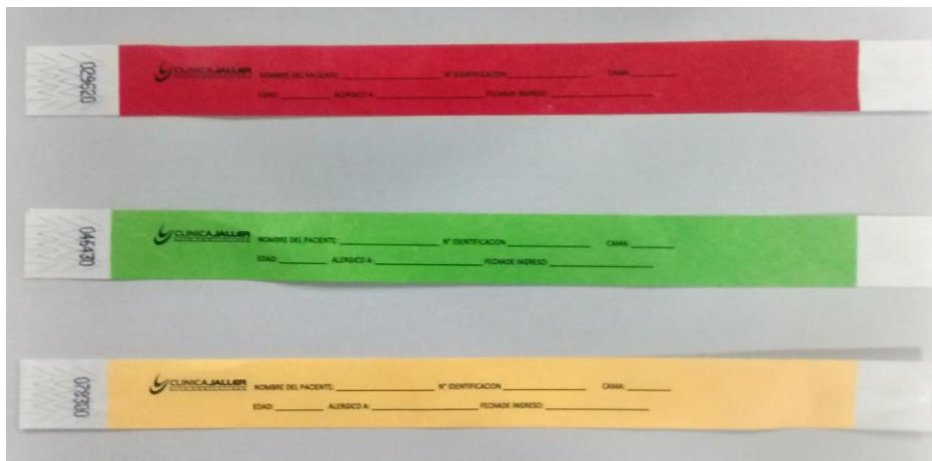
- ☞ Favorecer la dignidad del paciente al llamarlo por su nombre
- ☞ Disponer de un sistema estandarizado de identificación
- ☞ Disminuir el riesgo de errores de identificación
- ☞ Disminuir el riesgo de errores de administración de medicamentos, sangre u otros procedimientos que se realicen al paciente durante su estadía

**Alcance:**

Este proceso se aplicará en los diferentes servicios, especialmente a los pacientes ingresados en los servicios de hospitalización, urgencias y, consulta externa. Cuya atención derive a una hospitalización.

**Insumos:**

Escala de riesgo de caídas, nota de enfermería, manillas de pacientes, hoja plan de cuidados.



**Responsable del proceso:**

Jefes de enfermería asistenciales de cada servicio.

**Factores:**


- ☞ La instalación del brazalete se realizará dentro de las primeras 4 horas. de hospitalización del paciente.



- ☞ El brazalete será colocado en el brazo derecho o izquierdo, de preferencia, dependiendo de las condiciones físicas del paciente, de no ser esto posible instalarlo en las extremidades inferiores
- ☞ En el brazalete se registrará el nombre, los apellidos, identificación, cama, edad, alergias, fecha de ingreso • Deberá ser escrito por enfermera jefe en turno, diligenciar en letra legible
- ☞ Deberá educarse a la familia y al paciente respecto al uso y beneficios de la identificación
- ☞ No deberá administrarse medicamentos, ni componentes sanguíneos a pacientes sin brazaletes
- ☞ En ningún momento el paciente debe estar sin el brazalete puesto
- ☞ Deberá ser retirado al alta por el guarda de seguridad de la institución al egreso y posterior presentación de la boleta de salida institucional
- ☞ En caso de fallecimiento del paciente, el cuerpo conservará la manilla de identificación del paciente y solo al egreso y entrega del cuerpo por parte de guarda de seguridad al ente o responsable correspondiente, este realizara el retiro de la manilla de identificación

**Procedimiento:**

- A. Al ingreso del paciente hospitalizado: El personal de enfermería lo saludará amablemente junto a su familiar (si se encuentra presente) y se identificará con su nombre y cargo, indicara al paciente la sala y cama que ocupará y posteriormente se le informará a la familia las normas del servicio
- B. El jefe de enfermería del servicio, será el responsable de la transcripción de los datos del paciente en el brazalete y le instalará el brazalete de identificación en el brazo izquierdo en 1º instancia (dependiendo de las características del paciente)
- C. Las razones para su cambio son: Daño de la piel (erosión, lesión, etc.), Necesidad de acceso vascular, Necesidad de contención física del paciente, Toma de examen, sin tener otro acceso, Problemas de lectura de los datos (borroso)
- D. El cambio debe ser en presencia de un Profesional o de otro Técnico enfermería (en horarios en que no se cuenta con profesional)
- E. Observación: ♣ Las acciones antes mencionadas se realizarán en el orden requerido, dependiendo de las condiciones del paciente, dando prioridad a las actividades de atención de enfermería
- F. *registro de la actividad:* La instalación del brazalete de identificación en el paciente o cambio de este, quedará registrado en la nota de enfermería de ingreso al servicio indicando fecha, hora y responsable.

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 18 de 58

### 6.1.1.2 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las Úlceras por Presión (UPP) se constituyen en un gran problema de salud: deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentando el costo social, incrementan el consumo de recursos en salud y en la actualidad tienen una connotación legal importante para el equipo de salud, pues representan una complicación del cuidado de la salud que no debe ser atribuible exclusivamente al cuidado de enfermería. Si bien la ausencia de Úlceras por Presión es considerada un indicador del cuidado de enfermería, que los profesionales de enfermería asumen de manera más integral los pacientes, el abordaje en la prevención y manejo debe ser multidisciplinario.

CLINICA JALLER S.A.S con objeto de minimizar y prevenir la incidencia de úlceras por presión establece un programa de piel sana orientado a la capacitación continua del recurso humano para desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en Prevención de las Úlceras por Presión y las habilidades para aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes.

Ver **programa piel sana** comprometidos con su piel CLINICA JALLER S.A.S

### 6.1.1.3 PREVENCIÓN, REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS INSTITUCIONALES

#### **Introducción**

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

Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud.

Las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte. Las caídas tienen diferentes repercusiones como lo son: aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) y sociales (familia excesivamente protectora); también repercuten en los costos de atención de las instituciones prestadoras y aseguradoras.

#### **Objetivo general**

Unificar criterios de prevención y actuación para disminuir el riesgo de caídas y aumentar la seguridad de los pacientes.

### **Objetivos Específicos**

- Establecer criterios de actuación homogéneos en la prevención y cuidados a pacientes con riesgo de caídas de acuerdo a las últimas evidencias científicas disponibles.
- Disminuir el número de caídas en los pacientes ingresados y los efectos adversos derivados de las mismas.
- Fomentar la cultura de seguridad entre profesionales, pacientes y familia.

### **Alcance**

Protocolo se aplicará en todos los servicios de Urgencias, Hospitalización, Cirugía, UCI y consulta externa.

### **Responsables del proceso**

Recurso humano asistencial (Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería), como indirecto (Auxiliares Clínicos) debe ser participe en la prevención de caídas.

### **Insumos**

Escala de riesgo de caídas, Hoja de evolución de enfermería, manillas de colores, hoja plan de cuidados.

### **Glosario términos**

- ☞ *Caída:* Movimiento descendente repentino, no intencional del cuerpo hacia el suelo u otra superficie excluyendo caídas resultantes de golpes violentos o acciones deliberadas.
- ☞ *Riesgo de Caída:* Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.
- ☞ *De ambulación:* Se refiere a la forma como el paciente camina.
- ☞ *Caídas Accidentales:* Son involuntarias, no predecibles, no es culpa del paciente y caen por la presencia de condiciones causantes como: derrames en el piso, desorden, iluminación inadecuada, muebles inestables, fallas de equipo, tropezón, marcha anormal o débil, marcha con arrastre de los pies (Son accidentes que no se pueden predecir, pero si se trabaja en el ambiente se pueden prevenir).
- ☞ *Caídas Fisiológicas Anticipadas:* Son predecibles, se presentan por tropezones o resbalones en el paciente con: antecedentes de caídas, Dificultad para caminar, incapacidad mental o cognitiva, pacientes con necesidad de auxiliares para acompañar la marcha, pacientes con líquidos endovenosos en porta sueros, pacientes con sonda vesical.
- ☞ *Caídas fisiológicas No Anticipadas:* No se esperan y no son predecibles la primera vez y el objetivo es prevenir una segunda caída; se presentan en pacientes con: desmayos o mareos, ataques epilépticos, fracturas de cadera, medicamentos (antihipertensivo, diuréticos).

### **Valoración De Factores De Riesgo**

#### **A. Riesgos propios del paciente (intrínsecos):**

- ☞ Pacientes menores de 6 años y mayores de 70
- ☞ Problemas de equilibrio

- ✎ Incapacidad física que afecte la movilidad y/o la de ambulación
- ✎ Periodos postoperatorios (dentro de las 24 Horas)
- ✎ Estados de ayuno prolongado
- ✎ Estado nutricional (desnutrición u obesidad)
- ✎ Estados de hipotensión ortostática
- ✎ Problemas de audición, visión y limitaciones de comunicación oral.
- ✎ Reposo prolongado
- ✎ Antecedente de caídas previa
- ✎ Efectos o reacciones adversas a medicamentos (psicotrópicos, sustancias tóxicas) anti-hipertensivo, diuréticos, laxantes, relajantes musculares entre otros)
- ✎ Problemas neurológicos y/o psiquiátricos (agitación, agresión, confusión, desorientación, crisis, convulsivas, alteraciones de conciencia, depresión, riesgo suicida entre otros)
- ✎ Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos.
- ✎ Alcoholismo y/o drogadicción. Problemas en la de ambulación por aparatos ortopédicos, prótesis, ortesis.
- ✎ Falta de comunicación entre el equipo de salud y de este con el paciente.

#### **B. Factores del Entorno (Extrínsecos)**

Medicamentos, Prescripción o uso incorrecto de instrumentos auxiliares para la de ambulación, Riesgos ambientales.

- ✎ Barandales de cama, camillas.
- ✎ Timbre de llamada
- ✎ Iluminación
- ✎ Suelo húmedo y deslizante
- ✎ Desorden
- ✎ Ropa y calzado inadecuado
- ✎ Dispositivos de ayuda como caminadores, sillas de ruedas, entre otros para la movilización faltantes de gomas antiadherentes, llantas desgastadas, rotas o sucias al grado de que impidan su libre rodamiento, frenos en mal estado.
- ✎ Ausencia de barras de apoyo de seguridad en el baño y limitación en el espacio físico.

#### **Fallas Latentes (Organización Y Cultura)**

Son fallas latentes que permiten la aparición de los factores contributivos: Decisiones Gerenciales y Procesos Organizacionales deficientes.

- ✎ Políticas Institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención, particularmente en la reducción y prevención de caídas.
- ✎ Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras
- ✎ Inadecuado plan de mantenimiento de la infraestructura física
- ✎ Deficiencia del programa de inducción del personal
- ✎ No implementación de rondas de seguridad que verifiquen el correcto uso de los dispositivos.

- ☞ No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- ☞ Falta de supervisión y auditoria de los procesos

Nota: Se deben identificar y reportar al área de calidad para su corrección y medidas de acción de manera inmediata.

### ***Acciones Inseguras (Fallas Activas)***

Son acciones que pueden llevar a la aparición de una caída:

- ☞ No identificar el riesgo de caída del paciente
- ☞ Dejar solo al paciente. (En el borde de la cama, en el baño, cuando se debe trasladar a algún sitio dentro de la institución, cuando se va a realizar algún tipo de examen, imágenes diagnósticas, Laboratorio)
- ☞ Inmovilizar al paciente de forma inadecuada
- ☞ No mantener las barandas de las camas arriba
- ☞ Movilización del paciente con un equipo humano insuficiente
- ☞ Realizar limpieza de pisos de forma inadecuada (dejar pisos húmedos sin señalización, uso de productos inadecuados)
- ☞ No involucrar al paciente y a la familia en la prevención de caídas

### ***Barreras De Seguridad (Defensas)***

Se deben diseñar para evitar el evento adverso (caídas) o para minimizar las consecuencias de las acciones inseguras.

- ☞ Aplicación de la Guía y Evaluación del riesgo de caída de los pacientes (ESCALA MORSE)
- ☞ Realización de capacitaciones y Talleres teórico-prácticos para identificar, evaluar y controlar factores de riesgos y prevenir caídas de pacientes, dirigidos al personal asistencial.
- ☞ Socialización Guía de Prevención y Reducción de la frecuencia de Caídas
- ☞ Socialización el instructivo para movilización de pacientes
- ☞ Proporcionar todos los equipos, muebles e infraestructura necesaria continua y segura, para la atención oportuna del paciente.
- ☞ Aplicación y adherencia guías y protocolos.
- ☞ Educar al paciente y a la familia en prevención de caídas.

### ***Precauciones Para La Prevención De Caídas***

La escala de caída de Morse es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída. Se considera oportuno realizar una valoración de todos los pacientes, al ingreso, en la clínica.

**Evaluación De Riesgo De Caídas (Escala De Morse)**

ITEMS	RESPUESTA	PUNTOS
1. Antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses	No	0
	Si	25
2. Diagnostico secundario	No	0
	Si	15
3. Ayuda para la Deambular	Reposo en cama, ayuda de enfermera	0
	Muletas, Bastón, andador	15
	Se apoya en los Muebles	30
4. Catéteres IV/ Vía heparinizada	No	0
	Si	20
5. Marcha	Normal, inmovilizado, reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterado	20
6. Estado mental	Consciente de sus capacidades y limitaciones	0
	Olvida sus limitaciones	15
TOTAL		

**Antecedentes De Caídas Recientes:** Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente hospitalización o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 punto.

**Diagnóstico Secundario:** Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica 0.

**Ayuda Para Deambular:** Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aún siendo ayudado por una enfermera/o), se encuentra en silla de ruedas o está en reposo y no se levanta de la cama para nada. Si el paciente utiliza muletas, bastón o andador se asignan 15 puntos. Si el paciente sólo camina apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.

**Vía Endovenosa:** Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV. En caso contrario, el puntaje es 0.

**Marcha:** Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erecta, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos: 0. Con una marcha débil (puntaje 10) el paciente camina encorvado pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Con una marcha alterada (puntaje 20) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos en los brazos de la silla o "tomando enviñón", ej: realizando varios intentos por incorporarse. La cabeza del paciente está baja, mirando al piso. Como tiene muy poco equilibrio, el paciente se agarra de los muebles, de una persona de apoyo o de bastones/andadores y no puede caminar sin esta asistencia.

**Conciencia - Estado Mental:** Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente acerca de su capacidad para caminar. Se le pregunta al paciente "¿Puede ir al baño sólo o necesita ayuda?" Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 punto. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus propias capacidades y no es consciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos.

**Puntuación Final Y Nivel De Riesgo:** Se suman los puntajes de los 6 ítems y se documenta en la historia clínica. Se identifica así el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas.

NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE DE ESCALA MORSE	ACCION
Riesgo Bajo	0 - 24	Cuidados Básicos de Enfermería
Riesgo Medio	25 – 50	Implementar plan de prevención de caída estándar
Riesgo Alto	> 51	Implementar medidas especiales

#### **6.1.1.4 PREVENCIÓN DE RIESGOS DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO EN SALUD**

Las infecciones hospitalarias son una de las complicaciones más frecuente durante el proceso de atención en salud, siendo un riesgo inherente a la internación, que aumenta las estancias hospitalarias, los costos económicos, disminuye la calidad de vidas de los pacientes y desmotiva el equipo de salud.

Existe evidencia importante de que el lavado de manos disminuye la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Un bajo nivel de cumplimiento de lavado de manos contribuye a la transmisión de microbios capaces de causar infección asociada a la atención sanitaria. Es por ello que la higiene de manos se considera una acción fundamental para la seguridad del paciente.

La atención sanitaria en el medio extrahospitalario no se suele desarrollar en entornos favorables en lo que a condiciones higiénicas se refiere, por lo que la realización de técnicas invasivas y ciertos procedimientos pueden suponer una amenaza aún mayor a la que supondría en un medio de asepsia controlada.

La clinica Jaller, tiene como responsabilidad disminuir las acciones inseguras que fomentan la aparición de este evento adverso a través de las siguientes prácticas seguras:

- ✎ Incrementar la búsqueda activa de casos de infección intrahospitalaria en los Servicios de hospitalización y ambulatorios.
- ✎ Análisis de las probables causas e intervención sobre estas infecciones.
- ✎ Lavado e higienización de manos de acuerdo al protocolo institucional que acoge la recomendación de los cinco momentos d la OPS/OMS.
- ✎ Uso de elementos de bioseguridad según lo requerido para el procedimiento
- ✎ Realizar asepsia cutánea en piel sana y heridas con clorhexidina 2%
- ✎ No lavar ni aplicar antiséptico en una herida con el mismo apósito con el que se haya limpiado otra parte corporal del paciente, ni en la misma herida en distintas zonas.
- ✎ Aislamiento Hospitalario
- ✎ Uso adecuado de equipos desechables y reusó bajo protocolos establecidos.
- ✎ Protocolo de limpieza, desinfección, esterilización y almacenamiento de dispositivos médicos.
- ✎ Limpieza y desinfección de áreas y superficies.
- ✎ Garantizar asepsia y antisepsia en los procedimientos invasivos.
- ✎ Garantizar la adherencia a protocolos de atención, especialmente los de venopunción, inserción de sondas y paso de catéteres.
- ✎ Disposición de residuos hospitalarios de acuerdo a lo establecido en el plan de gestión.
- ✎ Procedimentar la limpieza y desinfección de superficies de material de electromedicina, camillas de transporte, sillas de evacuación, material de inmovilización y zonas de la cabina asistencial.
- ✎ Uso adecuado de ventiladores mecánicos elementos de oxigenoterapia y aerosolterapia bajo parámetros de bioseguridad.
- ✎ Uso controlado de antibióticos.



### 6.1.1.5 PREVENCIÓN DE RIESGOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL.

El riesgo de eventos adversos en pacientes con enfermedad mental está relacionado en la literatura mundial con la ocurrencia de eventos como suicidios, caídas, fugas y errores en la medicación; estos se asocian en los análisis causales a la deficiente identificación, clasificación y monitorización del paciente.

La Clínica Jaller, ha identificado como acciones seguras de la atención al paciente con enfermedad mental, las siguientes medidas:

- ☞ Medidas de seguridad con intervención administrativa y del equipo de salud para prevenir fugas, identificando al paciente con enfermedad mental, uso obligatorio de bata institucional, retiro de elementos personales y ubicación en áreas de observación dentro del servicio de urgencia de fácil monitoreo por parte del personal asistencial.
- ☞ Identificación con la manilla correspondiente para el riesgo de caídas.
- ☞ Identificar al paciente farmacodependiente, con las características de la adicción para dar inicio oportuno al tratamiento adecuado.
- ☞ Determinación de riesgo de suicidio para inicio de tratamiento y monitorización permanente.

## 6.1.2 CIRUGIA SEGURA

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

De acuerdo a ello, dentro de los propósitos del servicio de cirugía se encuentra el ofrecer una atención segura durante todas las intervenciones quirúrgicas realizadas, buscando contribuir en el proceso de recuperación de la salud del paciente.

### 6.1.2.1 LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA

La clínica Jaller ha instaurado las listas de chequeo para los tiempos preoperatorio, intra-operatorio y postoperatorio, como una herramienta de afianzamiento del equipo quirúrgico que busca incorporar medidas de seguridad esenciales para la seguridad en el trabajo que se realiza habitualmente en los quirófanos y que aplicada de manera sistemática aporta a la minimización de los riesgos evitables más

habituales.

El equipo de salud del servicio quirúrgico es el responsable de acuerdo a sus tareas y responsabilidades de la aplicación de la lista de chequeo como herramienta de verificación de las condiciones del paciente, tipo y lugar de la cirugía y la disponibilidad de equipos e insumos.

***Antes de la inducción anestésica:***

- ☞ Confirmar la identidad del paciente, el procedimiento quirúrgico, el sitio correcto de cirugía y el consentimiento informado.
- ☞ De ser necesario, marcar con tinta indeleble la región anatómica a intervenir.
- ☞ El equipo de anestesia debe contar con dispositivos, materiales y fármacos necesarios y adecuados.
- ☞ Verificar la adecuada colocación y funcionamiento del oxímetro de pulso antes de la inducción anestésica.
- ☞ Verificar la historia de alergias del paciente y el riesgo de interacciones medicamentosas.
- ☞ Identificar a los pacientes con vía aérea de difícil abordaje o con riesgo de aspiración.
- ☞ Identificar a los pacientes en riesgo de pérdida sanguínea considerable (adultos >500 ml, niños >7ml/kg), así como las medidas para prevenirla y corregirla.

***Antes del inicio de la cirugía:***

- ☞ Verificar por el cirujano responsable la presencia del equipo quirúrgico.
- ☞ Verificar por los equipos quirúrgico, anestésico y de enfermería en voz alta la identidad del paciente, el procedimiento quirúrgico y el sitio a intervenir.
- ☞ Verificar la adecuada aplicación de antibiótico profiláctico.


***Al concluir la cirugía:***

- ☞ Verificar a través de la enfermera instrumentista que el conteo de instrumental, textiles y agujas esté completo y reportarlo de acuerdo con el cirujano.
- ☞ Identificar y etiquetar correctamente los especímenes de tejido que deberán enviarse a patología o cultivos.
- ☞ El cirujano revisa con el anestesiólogo y enfermería los puntos clave de posible riesgo de complicación para la atención postoperatoria inmediata y particular de cada paciente.

**Ver anexo. Lista de chequeo de cirugía**

### **6.1.2.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este documento debe considerarse por parte del equipo de salud como un acto profesional de comunicación con el paciente, que bajo el cumplimiento del derecho de información al usuario, le permite a este decidir de acuerdo a sus valores y principios sobre los procedimientos y actividades de tipo

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>27</b> de <b>58</b>

terapéutico y diagnóstico que se van a realizar una vez explicados de manera suficiente los beneficios, riesgos y condiciones clínicas. Para la validez del documento de consentimiento informado es necesario garantizar:<sup>2</sup>

- ☞ Libertad del paciente para ejercer su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo.
- ☞ Competencia para la toma de decisiones por parte del paciente o su familiar, considerada como la capacidad para comprender la situación a la cual se enfrentará.
- ☞ Información en cantidad y calidad suficiente sobre la actividad o procedimiento a realizar.

### 6.1.2.3 PREVENCIÓN DE RIESGOS DE INFECCIONES ASOCIADAS EN SALUD

El equipo quirúrgico deberá aplicar todos los métodos reconocidos y protocolizados por la institución para minimizar el riesgo de infecciones en la herida quirúrgica,<sup>3</sup> entre ellas deben considerarse:

- ☞ Aplicación del protocolo de higienización de manos y el cumplimiento de los cinco momentos.
- ☞ Cumplimiento de las prácticas asépticas en procedimientos quirúrgicos, lo que incluye la administración profiláctica de antibiótico para evitar la infección en sitio operatorio.
- ☞ Confirmación previa de presencia y estado de los equipos necesarios, medicamentos disponibles e insumos, así como del equipo de trabajo quirúrgico completo, acorde al tipo de procedimiento a realizar.
- ☞ Monitoreo de los equipos durante el procedimiento quirúrgico para evitar sucesos inseguros.

### 6.1.3 LABORATORIO SEGURO

El laboratorio clínico es un servicio de apoyo diagnóstico de vital importancia para la definición de la conducta terapéutica. La garantía de la seguridad y confianza en la etapa pre-analítica, analítica y post-analítica se convierte en un factor importante dentro del ámbito clínico y en la seguridad del paciente.

Las acciones seguras deben partir desde la identificación correcta, con información suficiente y atendiendo lo estipulado en el manual de toma de muestras. La Clínica Jaller, ha identificado los

---

<sup>2</sup> Ministerio de la Protección Social. Paquetes instruccionales “Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud”, Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado. Bogotá – Colombia.

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Cirugía salva vidas. 2008.

siguientes factores críticos en la seguridad:

- ☞ Procedimientos que cubran la entrega y recepción de las muestras y la identificación de las mismas. Si la muestra es insuficiente o se encuentra en malas condiciones debido al deterioro físico, temperatura incorrecta, envases rotos o etiquetado deficiente, el laboratorio debe consultar con el personal asistencial antes de decidir si va a analizar o rechazar la muestra.
- ☞ Verificación de los datos de la prueba solicitada contra orden médica y factura emitida.
- ☞ Durante la toma de la muestra se debe explicar claramente el procedimiento, transmitiendo seguridad al paciente.
- ☞ Verificar que se cuente con todos los insumos necesarios y estén en buen estado al momento de la toma.
- ☞ Después de la toma se previene el hematoma y el sangrado excesivo presionando localmente por unos minutos evitando el uso de alcohol y colocando una banda adhesiva (cura).
- ☞ Las muestras en espera para procesamiento deben almacenarse en condiciones adecuadas para minimizar los cambios en cualquier población microbiana presente. Las condiciones de almacenamiento estarán validadas, definidas y registradas.
- ☞ Prevención de la infección con uso de guantes por cada paciente higienización de manos, procedimiento bajo estricta asepsia y antisepsia.
- ☞ Los envases y etiquetas de las muestras deben manipularse y almacenarse guardando las condiciones de seguridad, limpieza y desinfección que no afecten la integridad de la muestra.
- ☞ La entrega de resultados se verifica con la enfermera del servicio en que se encuentra ubicado el paciente, por medio de la historia clínica e identificación.

### **6.1.3.1 MANEJO SEGURO DE HEMODERIVADOS Y TRANSFUSION SANGUINEA**

La terapéutica transfusional está orientada a proporcionar los elementos sanguíneos celulares y/o plasmáticos que el paciente requiere para la complementación de la acción definida en su curso de atención, esta actividad es considerada como un trasplante de tejido de gran valor para mantener o salvar una vida y para permitir un tratamiento definitivo y efectivo, pero su uso puede condicionar también efectos adversos, por lo que su indicación debe considerarse muy cuidadosamente en función de la relación riesgo beneficio y es importante considera las acciones inseguras.<sup>4</sup>

Las acciones determinadas como estratégicas para ofrecer seguridad transfusional dependen de la disponibilidad y oportunidad de la sangre, así como seguridad de los componentes sanguíneos. Con base en ello se contemplan dentro de la institución como acciones seguras las siguientes:

- ☞ Se cuenta con un convenio con el banco de sangre de la clínica la asunción quien brinda el

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. El uso clínico de la sangre. Ginebra, 2001

servicio y apoya en la demanda requerida de la clinica.

- ☞ Recepción y conservación que permite la trazabilidad en las características físicas y biológicas de los componentes sanguíneos.
- ☞ Aplicación de correctos para administración de componentes sanguíneos, como son identificación correcta de la unidad, indicando tipo de componente sanguíneo, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo y del paciente a quien va dirigido para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre.
- ☞ Registro en la historia de la siguiente información: tipo y volumen de cada producto transfundido, número único de donación de cada unidad transfundida y número del sello de calidad de sangre, grupo sanguíneo de cada unidad transfundida, hora de comienzo de la transfusión de cada unidad y finalmente, firma del profesional que administra la sangre.
- ☞ Monitorización del paciente antes, durante y al finalizar el procedimiento de transfusión.

## 6.2 FARMACOVIGILANCIA

La Farmacovigilancia es definida por la OMS como la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.<sup>5</sup>

Los principales objetivos que se enmarcan en la Farmacovigilancia son:<sup>6</sup>


- ☞ Mejorar la atención al paciente y su seguridad en relación con el uso de medicamentos.
- ☞ Contribuir a la evaluación de las ventajas, la nocividad, la eficacia y los riesgos que puedan presentar los medicamentos, alentando una utilización segura, racional y más eficaz (lo que incluye consideraciones de rentabilidad).
- ☞ Fomentar la comprensión y la enseñanza de la Farmacovigilancia, así como la formación clínica en la materia y una comunicación eficaz dirigida a los profesionales de la salud y a la opinión pública.

La Farmacovigilancia es responsabilidad de todo el equipo de salud y su éxito radica precisamente en el compromiso y participación activa de cada uno de ellos. Para el grupo de expertos de la Organización Panamericana de la Salud estos profesionales de la salud son los más idóneo para realizar notificación

---

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud. Buenas prácticas de Farmacovigilancia para las Américas. Washington, 2010.

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, Titulo 9 La Farmacovigilancia garantía de seguridad en el uso de los medicamentos. Ginebra, octubre de 2004.

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>30</b> de <b>58</b>

de acciones inseguras o sospechas de reacciones adversas en los pacientes durante la práctica clínica diaria.<sup>7</sup>

La Clinica Jaller, definió como líneas de trabajo en Farmacovigilancia ligados al proceso de reporte, análisis y mejoramiento continuo lo relacionado con manejo seguro de medicamentos, administración segura de medicamentos, medicamentos de alto riesgo y reconciliación medicamentosa.

## 6.2.1 MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS

### **Introducción**

Los errores de medicación se definen como: "cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización". Estos se producen por fallos en el proceso de utilización de los medicamentos y se deben analizar como errores del sistema.

Los Errores de Medicamentos (EM) más frecuentes ocurren en las etapas de la prescripción y administración. Se ha determinado que hasta un 67% de prescripciones médicas tienen uno o más errores y que de estos, un 46% ocurren en el ingreso y en alta hospitalaria, es decir, en la transición de los pacientes entre diferentes niveles asistenciales. En la región de las Américas, América Latina y el Caribe están realizando grandes esfuerzos por documentar los eventos adversos relacionados con los medicamentos, pero estas actividades son relativamente recientes.

El proceso de utilización de los medicamentos es muy complejo y en él intervienen diferentes colectivos. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso y en su mayoría se producen por múltiples fallos o deficiencias en el mismo. Existen, por tanto, múltiples posibilidades de prevenirlos y se necesita la participación y el esfuerzo de todos los implicados para lograr evitarlos.


### **Objetivo General:**

- ☞ Garantizar al paciente el manejo de medicamentos en forma segura, oportuna e informada.

### **Objetivos Específicos:**

- ☞ Identificar los errores o fallas que determinan la presencia de eventos adversos asociados al uso de medicamentos.
- ☞ Identificar los factores contributivos asociados a los eventos adversos
- ☞ Identificar las causas de los errores en la medicación.
- ☞ Determinar Medidas de prevención de errores en la medicación.

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud. Buenas prácticas de Farmacovigilancia para las Américas. Washington, 2010.

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>31</b> de <b>58</b>

- ☞ Identificar situaciones que pueden desencadenar un error en la medicación.

**Glosario:**

- ☞ *Uso Seguro De Los Medicamentos:* Ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a los medicamentos.
- ☞ *Acontecimientos Adversos Por Medicamentos (Aam):* Cualquier daño grave o leve causado por el uso terapéutico (incluyendo la falta de uso) de un medicamento.
- ☞ *Error De Medicación (Em):* Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos (incluida la falta de uso), cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor

Frente al manejo seguro de medicamentos los análisis han identificado como una acción prioritaria la adecuada comunicación entre el equipo de salud y con el paciente, buscado disminuir los riesgos presentes. En la práctica, la institución ha desarrollado las siguientes acciones en los diferentes momentos:

- ☞ Prescripción.
- ☞ Dispensación: Esta incluye la interacción con el paciente para brindar una información con calidad sobre su uso adecuado.
- ☞ Administración: Con la implementación de la metodología de chequeo de los diez correctos.
- ☞ Uso adecuado de medicamentos.
- ☞ Gestion del Riesgo: Reporte de acciones inseguras o posibles problemas como interacciones, reacciones adversas, sinergismos o incompatibilidades.

### 6.2.1.1 PRESCRIPCION

El uso racional de medicamentos consiste en que el paciente reciba la medicación apropiada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un período de tiempo adecuado, y al menor costo para él y la comunidad”(OMS 1985). Es por esto que la clinica para evitar errores en la prescripción de medicamentos, Implementa medidas seguras como:

- ☞ Listado básico institucional
- ☞ Prescripción electrónica ( Programa CNT)
- ☞ Guías de practica clínica
- ☞ Definición y alertas para medicamentos de estrecho margen de seguridad
- ☞ Dosis mínimas y máximas en la prescripción
- ☞ Interacciones medicamentosas
- ☞ Actualización permanente por el servicio farmacéutico de las dosis y alertas
- ☞ Barreras de seguridad.
- ☞ Visualización previa de las ordenes medicas

## 6.2.1.2 DISPENSACIÓN

La dispensación de medicamentos es un acto farmacéutico asociado a la entrega y distribución de medicamentos. Las buenas prácticas en la dispensación, aseguran que el medicamento correcto es entregado al usuario indicado, en la dosificación y cantidad adecuada, con instrucciones claras y envases que garanticen la estabilidad y calidad del medicamento; es por esto que se toman como acciones seguras en la institución:

- ☞ Dispensación informada
- ☞ Seguimiento Fármaco-terapéutico personalizado
- ☞ Información escrita al personal y usuarios sobre los medicamentos de alto riesgo.
- ☞ Sistemas de marcación de medicamentos.
- ☞ Promoción del uso racional de medicamentos

## 6.2.1.3 ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS

### **Introducción**

Uno de los mayores riesgos, no sólo por su Multicausalidad. Al manifestarse un caso centinela o un evento adverso, sino también por la gran repercusión humana, asistencial y económica, es la administración de medicación. Estudios realizados muestran que los efectos adversos motivados por errores en la medicación tienen una magnitud asistencial y económica en muchos países de nuestro entorno.

El error de medicación puede ser debido a la práctica profesional, producto sanitario, procedimientos y sistemas, incluyendo la prescripción, la comunicación de la orden, etiquetado, envase y denominación del producto, composición dispensación, distribución, administración, monitorización y utilización.

La administración de medicamentos es una de las intervenciones de enfermería más frecuentes en el área hospitalaria, por lo que es fundamental disponer de protocolos, que aseguren su correcta realización, asegurando la calidad de los cuidados y disminuyendo el riesgo potencial de eventos adversos asociados con la administración de terapia farmacológica.

### **Objetivo General**

- ☞ Proporcionar al paciente la administración de medicamentos en forma segura, oportuna e informada.

### **Objetivos Específicos**

- ☞ Estandarizar el procedimiento de administración de medicamentos a través de un protocolo.
- ☞ Reducir el potencial riesgo de incidentes relacionados con la administración de medicamentos, en



nuestros pacientes.

### **Alcance**

Este protocolo se aplicará en los servicios de urgencias, Hospitalización, Cirugía, UCI, consulta externa) de la clínica Jaller en que se efectúe administración de medicamentos.

### **Definiciones:**

- ☞ *Administración de medicamentos:* Procedimiento mediante el cual un fármaco, es proporcionado por el personal de salud idóneo al paciente, por diferentes vías de administración, según indicación médica escrita, debidamente informado y registrado.
- ☞ *Vías de administración:* vía oral, enteral, rectal, vaginal, ocular, ótica, nasal, inhalatoria, dérmica, intramuscular, subcutánea, intradérmica, intravenosa, epidural, intratecal y otras.
- ☞ *Indicación Médica:* Terapia farmacológica diaria indicada por el médico en forma escrita completa, con letra clara, legible.
- ☞ *Error de medicación: (EM)* es cualquier incidente prevenible, que pueda causar daño al paciente, o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
- ☞ *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.
- ☞ *Farmacovigilancia:* es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.
- ☞ *Fármaco:* es el principio activo de un producto farmacéutico.
- ☞ *Farmacocinética Clínica:* es la disciplina que aplica los principios farmacocinéticos para asegurar las concentraciones séricas de los fármacos dentro de su margen terapéutico y conseguir la máxima eficacia con una mínima incidencia de efectos adversos.
- ☞ *Forma Farmacéutica:* la disposición individualizada a que se adaptan los principios activos y excipientes para constituir un medicamento. Es la presentación final de un producto, definida de acuerdo a su forma farmacéutica y grado de esterilidad.
- ☞ *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.
- ☞ *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 Farmaco Terapéutico:* es la relación de los datos referentes a un paciente, su tratamiento farmacológico y su evolución.
- ☞ *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.

- ☞ *Reacción Adversa A Los Medicamentos (Ram):* según la OMS, “reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función biológica”.
- ☞ *Tecnovigilancia:* conjunto de métodos y observaciones que permiten detectar incidentes adversos durante la utilización de un dispositivo médico, que puedan causar un daño al paciente, al operador o a su entorno.

### **Responsables**

Enfermeras jefes de cada servicio

### **Procedimiento para la aplicación de prácticas seguras en la administración de medicamentos**

Se aplicarán medidas de prevención de acuerdo a potenciales riesgos:


#### **Relacionados con la prescripción**

La indicación de tratamiento farmacológico y/o cualquier indicación diagnóstica- terapéutica es de responsabilidad médica. El médico debe registrarla por escrito en la historia clínica, extendiendo fórmula de acuerdo a norma vigente:

- ☞ Nombre completo del usuario
- ☞ Identificación o Numero de historia Clínica
- ☞ Fecha y hora de la indicación.
- ☞ Nombre del medicamento.
- ☞ Dosis según presentación del fármaco.
- ☞ Vía de administración.
- ☞ Frecuencia de la administración.
- ☞ Nombre y firma del médico

#### **Relacionados con la transcripción de la orden médica**

- ☞ La transcripción de la indicación médica será realizada por un profesional de enfermería.
- ☞ La transcripción deberá ser copia exacta de las indicaciones médicas y realizadas en los registros establecidos.
- ☞ Para una administración de tratamiento efectiva se usará como pauta de seguridad el kardex de medicamentos en los servicios de hospitalización, responsabilidad de la enfermera jefe.
- ☞ La tarjeta de medicamentos debe incluir:
  - Nombre del paciente
  - Habitación
  - Nombre del medicamento
  - Dosis indicada

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>35</b> de <b>58</b>

- Vía de administración
- Horario programado

### ***Relacionados con la dispensación***

El profesional de enfermería revisará que los medicamentos despachados sean los indicados en la orden médica, si hay error en la dispensación del medicamento, deberá comunicarse con personal de farmacia.

### ***Relacionados con la administración***

- ☞ Será responsabilidad del profesional de enfermería la administración de tratamiento al paciente.
- ☞ Las Enfermeras jefes de cada Servicio clínico deberán realizar orientación, entrenamiento y capacitación del personal de enfermería en todo lo relacionado con la administración de medicamentos y supervisión correspondiente.
- ☞ La preparación y administración del fármaco la ejecutará el mismo profesional.
- ☞ La administración de medicamentos se realizará según los “5 correctos”: Paciente correcto, Fármaco correcto, Dosis correcta, Hora correcta, Vía de administración correcta.
- ☞ Lavado de manos según norma.
- ☞ Verificar el fármaco en el momento de la preparación: nombre, concentración, caducidad, vía de administración, estado del fármaco y del envase.
- ☞ Rotular los medicamentos y líquidos endovenosos con el nombre del paciente, medicamento, dosis, vía de administración y hora.
- ☞ Antes de administrar un medicamento verificar la identidad del paciente, consultándole por su nombre (si su condición clínica lo permite), o mediante la revisión del brazalete de identificación.
- ☞ Verificar alergias del paciente así como tratamientos previos valorando posibles interacciones farmacológicas.
- ☞ Informar al paciente acerca del procedimiento que se va a efectuar, de la medicación que va a administrarse y de los posibles efectos.
- ☞ Uso de dispositivos de infusión segura para tratamiento con fármacos de alto riesgo.
- ☞ Verificar siempre la permeabilidad del catéter intravenoso antes de administrar cualquier medicación, con el fin de evitar extravasaciones, flebitis.
- ☞ Una vez administrado un medicamento, se registrara en la hoja de Enfermería; nombre del fármaco, dosis, vía, horario, nombre y firma del funcionario que realizó la acción.
- ☞ Reevaluar al paciente tras la administración de fármacos y fluidos
- ☞ La “no administración de un medicamento” deberá ser registrado en la hoja de enfermería correspondiente, especificando las causas.
- ☞ La administración errónea de un medicamento debe ser informada de inmediato al profesional encargado y médico tratante o de turno y notificarse como evento adverso, en formulario correspondiente y de igual forma deberá informarse y registrarse cualquier sospecha o reacción adversa confirmada.



# 10 CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

**1**  
**PACIENTE**  
**CORRECTO**



**2**  
**DOSIS**  
**CORRECTA**



**3**  
**VÍA**  
**CORRECTA**



**4**  
**HORARIO**  
**CORRECTO**



**5**  
**MEDICAMENTO**  
**CORRECTO**



**6**  
**EDUCAR E INFORMAR**  
**AL PACIENTE SOBRE EL**  
**MEDICAMENTO QUE**  
**RECIBE**



**7**  
**ESTAR ENTERADO**  
**DE POSIBLES**  
**REACCIONES**



**8**  
**INDAGAR SOBRE**  
**POSIBLES ALERGIAS**  
**A MEDICAMENTOS**



**9**  
**VERIFICAR FECHA**  
**DE CADUCIDAD**  
**DEL MEDICAMENTO**



**10**  
**REGISTRAR**  
**MEDICAMENTO**  
**APLICADO**



#### 6.2.1.4 USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS


El medicamento es un producto indispensable que mejora nuestra calidad de vida, permitiendo prevenir, diagnosticar, tratar o curar enfermedades. Sin embargo, si no se hace un uso responsable del mismo, podría tener consecuencias negativas para la salud. El uso irracional de medicamentos por parte de prescriptores y consumidores es un problema muy complejo, que exige la aplicación simultánea de muchas intervenciones diferentes. Los esfuerzos encaminados a promover el uso racional de los medicamentos. A continuación, se describen algunas recomendaciones para un uso adecuado de los medicamentos:

- El desarrollo de directrices clínicas basadas en evidencias como base para la formación, la prescripción, la fiscalización del uso de medicamentos, su suministro y el reembolso de su costo.
- El establecimiento y fomento de comités de farmacoterapéutica.
- La promoción de los conceptos de medicamentos esenciales, uso racional de los medicamentos y prescripción de genéricos en la formación básica y la capacitación en el servicio de los profesionales de la salud.
- El consumo del medicamento debe ser racional.
- Conservar el medicamento en su envase original y con su prospecto. Con el fin, consultar en todo momento la fecha de caducidad y la dosis de presentación del medicamento, a la vez permite identificar correctamente el producto en caso de ingesta accidental o aparición de reacciones adversas.
- Administrar los medicamentos según las dosis, intervalos y duración de tratamiento ordenado.
- Almacenar el medicamento de modo apropiado, dependiendo de la naturaleza del fármaco y de las recomendaciones sobre su conservación.

#### 6.2.1.5 GESTION DEL RIESGO

Un error de medicación es todo aquel incidente prevenible que se produce en cualquiera de los pasos de la cadena terapéutica y puede causar daño en el paciente o propiciar el uso inadecuado del medicamento. Actualmente se requiere que los programas de farmacovigilancia a nivel de entidades regulatorias evalúen con un sistema de reporte y una metodología específica los errores de medicación. Por esta situación, la institución plantea las siguientes estrategias para vigilancia y control de eventos adversos por error en medicación:

- Realizar Comité de Farmacia y terapéutica y establecer Programa de Farmacovigilancia
- Reporte de eventos adversos, Análisis de los eventos reportados e indicadores
- Notificación y Socialización de los resultados

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>38</b> de <b>58</b>

- ☞ Elaboración de Planes de mejoramiento y seguimiento a su implementación
- ☞ Realizar Comité de gestión del riesgo clínico y Comité de vigilancia epidemiológica

### 6.2.2. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Los medicamentos de alto riesgo son definidos en la literatura como aquellas sustancias que tienen el potencial de provocar un serio perjuicio al paciente en caso de ser suministrados por error. 8Las acciones más recurrentes y con mayor impacto sobre la prevención del riesgo lo constituyen, la identificación, monitoreo constantes y doble verificación, en este entendido las acciones a desarrollar para mitigar los riesgos en la institución son:

- ☞ Identificación de medicamentos de alto riesgo. Determinar dentro del listado de medicamentos utilizados por la institución aquellos que pueden categorizarse como de alto riesgo dentro de las fases de prescripción, dispensación o administración.
- ☞ Adherencia a protocolo de administración de medicamentos
- ☞ Uso de técnicas de doble chequeo durante la dispensación de los medicamentos
- ☞ Educar a los pacientes
- ☞ Estandarizar y simplificar la comunicación de los tratamietos.
- ☞ Estandarización de la dosificación.
- ☞ Favorecer el acceso a la información

---

<sup>8</sup> Jeannell M. Mansur. Mayor seguridad en el manejo de medicamentos en [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org)

## **MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO**

### **GRUPOS TERAPÉUTICOS**

- Agentes de contraste IV
- Agentes Inotrópicos IV (Ej: Digoxina)
- Agonistas Adrenérgicos IV (Ej: Adrenalina, Dopamina, Noradrenalina)
- Anestésicos Generales Inhalados e IV (Ej: Ketamina, Propofol)
- Antagonistas Adrenérgicos IV (Ej: Labetalol)
- Anti arrítmicos IV (Ej: Amiodarona)
- Anticoagulantes orales (Ej: ASA, Clopidrogel)
- Antidiabéticos orales (Ej: Glibenclamida)
- Bloqueantes Neuromusculares (Ej: Rocuronio, Vecuronio)
- Citostaticos, parenterales y orales
- Heparina y otros anticoagulantes parenterales (Ej: Heparina Sodica, Enoxaparina)
- Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas (Ej: Anfotericina B)
- Medicamentos para Administración por vía epidural o intratecal
- Nutrición parenteral
- Opiáceos IV, transdermicos y orales (todas las presentaciones)
- Sedantes moderados IV (Ej: Midazolam)
- Soluciones de glucosa hipertónica (> 20%)
- Trombolíticos

### **MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS**

- Agua Estéril para inyección, inhalación e irrigación en envases de volumen > 100 ml (Excluyendo Botellas)
- Cloruro potásico IV (Solución concentrada)
- Cloruro sódico hipertónico (>0.9%)
- Insulina IV o Subcutáneas
- Nitroprusiato sódico IV
- Sulfato de magnesio IV
- Vasopresina

### 6.2.3 RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

La reconciliación medicamentosa se considera como un proceso formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa al ingreso hospitalario del paciente con la prescripción médica inmediata o después de la transición asistencial. Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones entre los tratamientos crónicos y hospitalarios deben comentarse con el médico y, si procede, modificar la prescripción médica<sup>9</sup>.

El hospital se encuentra comprometido en garantizar la efectividad y seguridad de las terapias farmacológicas con el desarrollo de un programa de reconciliación medicamentosa que contempla la educación a los equipos de trabajo y los pacientes para identificar la medicación previa a la atención en los servicios de urgencias y hospitalización, buscando alcanzar resultados óptimos según las metas terapéuticas establecidas al momento de la prescripción médica, para ello se desarrollan las siguientes actividades:

- ✎ Identificación en el ingreso del paciente de los medicamentos de uso ambulatorio del paciente.
- ✎ Comparar los medicamentos que el paciente consume ambulatoriamente con la prescripción realizada intrahospitalariamente para determinar interacciones y resolver diferencias que puedan presentarse.
- ✎ Verificar la administración de los medicamentos bajo responsabilidad del equipo de salud de la institución.
- ✎ Asegurar la medicación de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente por las cuales ingreso a la institución y las patologías de base o crónicas que se manejan con otros medicamentos.

### 6.3 TECNOVIGILANCIA

La tecnovigilancia se puede definir como el conjunto de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión y divulgación oportuna de la información relacionada con los incidentes adversos, problemas de seguridad o efectos adversos que presente la tecnología utilizada en la atención en salud de los pacientes, a fin de tomar medidas eficientes que permitan proteger la salud de ellos<sup>10</sup>.


Desde la política de gestión de la tecnología, se busca que los dispositivos médicos y en general la tecnología sanitaria de la Clínica Jaller, cumpla con los siguientes principios que los dispone como

---

<sup>9</sup> Mar Crespi. Conciliación de medicación. Palma Mallorca, 2009.

[www.invima.gov.co](http://www.invima.gov.co). Estrategias de vigilancia y evaluación sanitaria en pro de la seguridad de los pacientes. Consulta de julio de 2013.



	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>41</b> de <b>58</b>

instrumento para garantizar la seguridad del paciente:

- ☞ **Evaluadas:** satisfacción a necesidades según la especialidad a la que aplique, intervenciones seguras, eficaces, costo-efectivas.
- ☞ **Reguladas:** dispositivos efectivos, seguros según pautas de fábrica, de calidad para ser utilizados en servicios de salud.
- ☞ **Gestionadas:** Procesos de planificación, adquisición, instalación, capacitación, uso, mantenimiento, evaluación y disposición final.
- ☞ **Adherencia Normativa:** ajustadas a normas y protocolos, guías asistenciales, Que cumplan requisitos normativos para una optima prestación de servicios de salud.

En consonancia con lo anterior las herramientas administrativas que el programa de tecnovigilancia La Clinica Jaller ha impulsado para garantizar la seguridad en el uso de dispositivos médicos son:

- ☞ Diseño e implementación de un procedimiento de evaluación de necesidades y adquisición de la tecnología biomédica y sanitaria.
- ☞ Formulación e implementación del programa de mantenimiento preventivo, que deberá contener las actividades a realizarse, el cronograma de mantenimientos, indicando la periodicidad y duración de las mismas, y el personal que va a estar a cargo del servicio.
- ☞ Formulación y ejecución del plan metrológico para equipo biomédico, que contiene la descripción del equipo, periodicidad de calibración, parámetro a calibrar, la empresa encargada de la calibración.
- ☞ Contratación de personal técnico biomédico idóneo, con su respectivo registro de Inscripción de recurso humano del INVIMA.
- ☞ Construcción e implementación del programa de capacitación enfocado en el uso de equipos biomédicos y dirigido a todo el personal asistencial, así como al equipo de trabajo de ingeniería biomédica, teniendo en cuenta el funcionamiento del equipo en cuanto a uso, cuidado, limpieza, desinfección y asistencia técnica en mantenimiento.

Las herramientas técnicas impulsadas desde el programa de tecnovigilancia institucional son las siguientes:

- ☞ Ficha técnica, donde se especifique las características técnicas del equipo.
- ☞ Manual de Servicio Técnico.
- ☞ Protocolo de mantenimiento y calibración

- Manual de Operación de los equipos disponible en los servicios para consulta del equipo de salud que se encuentra a cargo de su manejo, cuidado y supervisión.
- Guía rápida de funcionamiento laminada e instalada en el equipo en un lugar visible, que contiene el procedimiento de manejo, interpretación de alarmas, instrucciones de seguridad básicas, señalización de factores de riesgo que puedan afectar el correcto funcionamiento del equipo biomédico, limpieza y desinfección.

### 6.3.1 CLASIFICACIÓN POR RIESGO.

Se fundamenta en los riesgos potenciales relacionados con el uso y el posible fracaso de los dispositivos con base en la combinación de varios criterios tales como, duración del contacto con el cuerpo, grado de invasión y efecto local contra efecto sistémico.


- Clase I:** Son aquellos dispositivos médicos de bajo riesgo, sujetos a controles generales, no destinados para proteger o mantener la vida o para un uso de importancia especial en la prevención del deterioro de la salud humana y que no representan un riesgo potencial no razonable de enfermedad o lesión.
- Clase IIa:** Son los dispositivos médicos de riesgo moderado, sujetos a controles especiales en la fase de fabricación para demostrar su seguridad y efectividad.
- Clase IIb:** Son los dispositivos médicos de riesgo alto, sujetos a controles especiales en el diseño y fabricación para demostrar su seguridad y efectividad.
- Clase III:** Son los dispositivos médicos de muy alto riesgo sujetos a controles especiales, destinados a proteger o mantener la vida o para uso de importancia sustancial en la prevención del deterioro de la salud humana, o si su uso presenta un riesgo potencial de enfermedad o lesión.

## 6.4 MEDICION, ANALISIS, REPORTE Y GESTION DE EVENTOS ADVERSOS

### 6.4.1 PROCEDIMIENTO FORMAL

La gestión del evento adverso es reconocida a nivel institucional como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones encaminadas a identificar y analizar los sucesos inseguros que puedan causar daño en el paciente durante el proceso de atención, con el único fin de prevenir las causas y mitigar las consecuencias.

Desde la plataforma estratégica de la Clínica Jaller, se promulga el compromiso por garantizar el día a día de la atención en salud un ambiente seguro y confiable que maximice los resultados clínicos en beneficio del usuario y su familia.

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>43</b> de <b>58</b>

La seguridad del paciente es una prioridad en nuestra institución por lo que favorecemos la identificación de acciones inseguras, incidentes, eventos adversos o complicaciones reportadas por el equipo de salud, pacientes, familiares o auditores.

**¿Qué se reporta?:** se debe reportar cualquier tipo de Evento Adverso, Evento Centinela, Incidente, o Indicio de Atención Insegura.

**¿Como se reporta?:**


- ☞ A través del formato para reporte de evento adverso (), que se encuentra disponible en cada uno de los servicios.
- ☞ Informar verbalmente a la Coordinación de calidad, Referente del Programa de Seguridad del paciente, al jefe inmediato y/o a la coordinación del área respectiva, quienes deben hacer el reporte al Programa de Seguridad. A través de los siguientes canales:
- ☞ Formatos de reporte de Evento Adverso en medio físicos disposición en todos los servicios.
- ☞ Correo electrónico: [Calidad@clinica.jaller.com](mailto:Calidad@clinica.jaller.com)
- ☞ Teléfono: numero 3856084 ext. 121

**¿Cuando se reporta?:** Se debe hacer reporte inmediato a la ocurrencia y/o detección del incidente o evento adverso.

El reporte es responsabilidad de todos y aporta al mejor desempeño y a la seguridad y calidad en la atención de los servicios que la clinica ofrece a los usuarios y sus familias, por ello guarda las características de confidencial y no ser punitivo. Los datos mínimos al momento del reporte son:

- ☞ Historia clínica
- ☞ Nombre y apellido del paciente
- ☞ Sexo
- ☞ Edad
- ☞ Fecha y hora del suceso
- ☞ Resumen de lo sucedido
- ☞ Firma del Reportante

**¿Porque reportar?**

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	VERSION	2.0
		AÑO	2015
		PAGINAS	Página 44 de 58

- ☞ Tener la oportunidad de analizar el evento y ejercer acciones tendientes a mejorar la calidad y seguridad de la atención asistencial.
- ☞ Compartir el aprendizaje al interior e incluso al exterior de la organización.
- ☞ Conformar un sistema de información que permita visualizar causas comunes entre eventos e incrementar el impacto de las acciones tomadas.
- ☞ El reporte en si mismo debe generar una investigación profunda para identificar fallas en el sistema y orientar un rediseño de los mismos.
- ☞ El reporte por sí mismo no mejora la calidad. Es la respuesta al reporte la que lleva al cambio.

Ver anexo de formato de reporte de eventos adversos


## 6.4.2 ANALISIS RETROSPECTIVO DEL EVENTO ADVERSO (PROTOCOLO DE LONDRES)

Con el objeto de realizar una investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer responsables Clínica Jaller S.A.S ha tomado como herramienta practica para el análisis de los eventos adversos el enfoque estructurado y organizado del **protocolo de Londres**.

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



Su implementación en el campo de la atención en salud se soporta en la experiencia que se tiene utilizándolo en otros sectores como la aviación, las petroleras, y el de la producción de energía nuclear,

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 45 de 58

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

### 6.4.3 INVESTIGACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES

Una vez se reporta un evento adverso, la persona o el equipo líder o referente para la seguridad del paciente debe seguir los siguientes pasos para la investigación:

**a. Revisión de la historia clínica:** la primera fuente de información debe ser la historia clínica. Allí se encuentra la mayor parte de la información necesaria para, objetivamente, saber qué pasó. Quien investiga (referente de seguridad de la institución) debe hacer una revisión muy cuidadosa de la historia clínica, elaborar un resumen que contenga las fechas y los aspectos clínicos más importantes de la atención médica, haciendo énfasis especial en los atributos de calidad: oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Este resumen y la historia clínica completa deben estar disponibles al momento del análisis del evento en el comité de seguridad.

**b. Entrevistas:** es muy importante, también, para quien investiga hablar previamente con los involucrados y preguntarles sobre su versión de lo sucedido. En ocasiones, si es posible, hablar con el paciente y la familia con objeto de tener más elementos de juicio para la discusión al momento del análisis. Se debe indagar sobre la acción insegura o falla activa y los factores que contribuyeron en la acción.

**c. Indagación documental:** el referente de seguridad deberá verificar si en el servicio donde se presentó el evento se cuenta con guías, protocolos, procedimientos relacionados con barreras de seguridad que sirvan de barreras de seguridad, si éstos se conocen y están disponibles para consulta. Para esto se entrevista al personal responsable de la gestión documental y a las personas que deberían conocer estos documentos.

Adicionalmente se revisara la estructura y consistencia de la documentación, la facilidad de acceso a los mismos y la socialización.

**d. Verificación de los recursos tecnológicos:** se verifica si se cuenta con la tecnología adecuada para la prestación del servicio, si se encuentra en buen funcionamiento, si cuenta con el mantenimiento preventivo y si el personal ha sido entrenado en el uso de la tecnología. Para esto se entrevista al personal del servicio y al personal responsable de mantenimiento de equipos, cuando se considere necesario.

**e. Disponibilidad del personal completo:** Se verificar si para el día del evento se encontraba todo el personal del servicio o si existió algún cambio en el personal o una ausencia del mismo. Para ello se indaga con el personal del servicio, cuando se considere necesario.

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

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

FACTORES CONTRIBUTIVOS *		EJEMPLO
DEL PACIENTE	Edad.	Paciente de edad avanzada, o neonato, recién nacido o niño.
	Antecedentes.	Paciente con antecedentes clínicos de importancia.
	La complejidad de su enfermedad.	Paciente con varias enfermedades de base.
	La severidad de su condición clínica.	Paciente inconsciente.
	Sus factores sociales y culturales.	Paciente con creencias sociales o culturales que limitan la atención: omisión de información o no adherencia al tratamiento.
	Su personalidad.	Paciente ansioso.
	Su forma de comunicación.	Paciente que omite información.

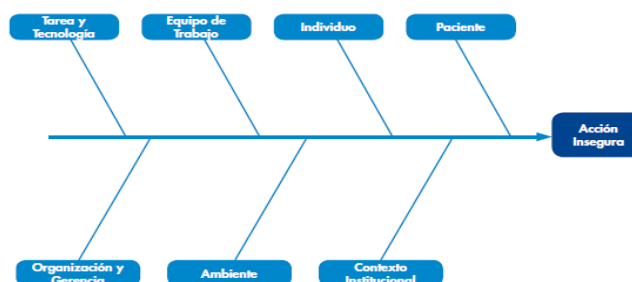
FACTORES CONTRIBUTIVOS *		EJEMPLO
DE LA TAREA Y TECNOLOGÍA	El diseño de la tarea y calidad de la estructura de la misma.	Procesos o procedimientos poco claros o incompletos o inexistentes o desactualizados o no socializados.
	La presencia de calidad de la información, socialización, disponibilidad y facilidad de consulta de guías, protocolos, y procedimientos misionales	No contar con protocolos de atención, guías clínicas, manuales asistenciales, o con dicha información desactualizada o no socializada.
	La presencia, disponibilidad, estado de los equipos, y capacitación sobre los equipos.	Equipos en mal estado sin mantenimiento, personal que opera los equipos sin capacitación en el manejo de éstos.
DEL INDIVIDUO	Cansancio.	Personal asistencia, medico, enfermería, entre otros, con turnos de más de 16 horas.
	Somnolencia.	Personal asistencial somnoliento por carga laboral alta en múltiples organizaciones.
	Sus competencias técnicas y no técnicas	Personal asistencial sin actualización o con poca experiencia.
	Su estado de salud física y mental.	Personal asistencial estresado.
	Su actitud y motivación.	Personal asistencial desmotivado y poco comprometido.
La apropiación de lineamientos institucionales.	Adherencia a guías, manuales, protocolos, procedimientos, etc.	

FACTORES CONTRIBUTIVOS *		EJEMPLO
DEL EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se presta el servicio.	Entrega de turno sin comunicación de los eventos importantes o relevantes. No comentar entre los miembros del equipo que atiende las pautas terapéuticas y colaborativas requeridas.
	Falta de supervisión.	El supervisor del personal en entrenamiento no está disponible o la supervisión es deficiente.
	La falta de liderazgo del equipo.	No hay un líder en el equipo que atiende o coordine o su coordinación es deficiente.
	Disponibilidad de soporte.	No hay disponibilidad de profesionales para una interconsulta o solicitud de concepto terapéutico.
DEL AMBIENTE	Deficiencias en la infraestructura.	Camillas sin barandas, rampas sin antideslizantes, baños sin antideslizantes etc.
	La sobrecarga de trabajo.	Alto volumen de pacientes en el servicio de urgencias u oleadas de pacientes en ciertos momentos del día.
	Mezcla de habilidades.	Ambiente en el que se cuenta con personal con poca experiencia o en entrenamiento y pocos especialistas.
	El ambiente físico.	Falta de iluminación, ventilación, espacio reducido, sitio ruidoso.
	Patrón de turnos.	Turnos mal diseñados que afectan el ambiente de trabajo.

FACTORES CONTRIBUTIVOS *		EJEMPLO
DEL AMBIENTE	Clima laboral.	Ambiente laboral punitivo, con restricciones para la comunicación, deficientes relaciones con superiores. Nota: Si la restricción para la comunicación es con el equipo directo con el que se atiende un paciente es de tipo equipo de trabajo.
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Deficiente estructura de los procesos de apoyo	No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos o de apoyo claros o desactualizados o no socializados, organización cuya política es la compra de lo más económico afectando la calidad.
	Cultura organizacional, políticas y decisiones organizacionales.	Cultura de la rapidez, improvisación e inmediatez. Decisiones no tomadas o poco claras, inexistencia o deficiencia en los procesos de auditoría o seguimiento al cumplimiento de políticas y lineamientos institucionales.
	Recursos y limitaciones financieras.	Crisis financiera, falta de pago a proveedores por falta de disponibilidad de flujo de caja.
	Estructura organizacional.	Estructura deficiente, poco personal, personal con múltiples tareas.
	Metas organizacionales.	Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente.
	Prioridades organizacionales.	Prioridades organizacionales no alineadas con la seguridad del paciente.
	Debilidades en la administración y gerencia.	Gerencias sin continuidad con cambios frecuentes, deficiencia en administración y gerencia.

FACTORES CONTRIBUTIVOS *		EJEMPLO
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Factores externos a la organización como:	
	Economía del país.	Crisis económica del país.
	Regulación y normatividad que afecte la institución.	Normatividad que restringe el uso de ciertos medicamentos y la disponibilidad en el mercado de los mismos.
	Actuaciones de entes externos como EPS o otras IPS.	No autorizaciones de las EPS, deficiente comunicación en remisión de pacientes entre la Red de la EPS.

📌 **Registro de los factores en la espina de pescado:** el referente toma nota ubicándolos en la estructura de espina de pescado de los factores contributivos que los participantes identifiquen, no solo que contribuyeron a la presencia de la falla activa del caso o casos objetos del análisis, si no que en un futuro podrían contribuir a la generación del mismo tipo de falla y por ende al daño.



- Priorización de los factores:** se priorizara los factores a trabajar. Los criterios de priorización pueden serán definidos por la el comité de seguridad de paciente; teniendo en cuenta los criterios de probabilidad e impacto en el paciente y la institución.

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

Tabla de probabilidad e impacto

- Definición de plan de mejoramiento:** la organización define en el comité de seguridad los factores contributivos a priorizar. Se priorizara los que tengan calificación de 25 y los demás que la institución consideren se encuentran en la capacidad de trabajar según recursos físicos, humanos, financieros de la organización, para la realización del plan de mejoramiento se redactara según el ciclo PHVA con el fin de garantizar el cierre del plan de mejoramiento. El plan de mejoramiento debe ser plasmado con tiempos, responsables y acciones a desarrollar, realizando un seguimiento de autocontrol por parte del área responsable mensualmente y trimestral por parte del referente de seguridad del paciente.

## 6.4.4 MEDICIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS


Después del análisis realizado por los integrantes del comité de seguridad del paciente, es importante medir el impacto, la incidencia y recurrencia de los eventos adversos en nuestra institución para ello se cuenta con indicadores que permiten realizar un seguimiento al cumplimiento de las actividades ejecutadas para minimizar los riesgos de atención en salud.

Ver anexo indicadores seguridad del paciente.

## 6.4.5 FORMALIZACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nuestra institución cuenta con el Comité de Seguridad de Paciente conformado por un equipo multidisciplinario quienes a través de rondas de seguridad semanales en los diferentes servicios



	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>49</b> de <b>58</b>

asistenciales buscan detectar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos e identificar oportunidades de mejora para hacer nuestros procesos de atención cada vez más seguros.


Dentro de sus funciones están:

- ☞ Generar estrategias que permitan la búsqueda activa y el reporte anónimo de eventos adversos
- ☞ Promover actividades de carácter educativo en la prevención de eventos adversos
- ☞ Realizar análisis y generar planes de acciones de mejora con el fin de establecer acciones de seguimiento y preventivas en la presentación de eventos adversos
- ☞ Identificar y aprender de los errores sucedidos en la atención clínica, creando prácticas seguras a través de implementación de procesos seguros dentro de la Clínica
- ☞ Asesorar a la administración de la institución en la planeación sobre adquisición y manejo de los elementos para la prevención de eventos adversos
- ☞ Diseñar nuevas estrategias de minimización del riesgo y analizar el grado de severidad, frecuencia y tipificación del evento en sí.
- ☞ Investigar e implementar las mejores prácticas existentes para el desarrollo de una cultura de seguridad de paciente al interior de la Clínica.
- ☞ Diseñar acciones específicas que fomenten y promueven la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes reportados Esta actividad se hará en conjunto con el equipo operativo

## **6.5 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La cultura en seguridad el paciente se crea a través de la transformación de procesos y conductas, ejerciendo la autoformación para obtener métodos asistenciales seguros, involucrando a los pacientes y sus familiares, incentivando prácticas que mejoren las actuaciones de los profesionales y en general del equipo de salud, así como desplegando un ambiente de seguridad con un entorno de confidencialidad y confianza entre quienes hacen parte de la atención en salud.

En el modelo del programa de seguridad de la Clinica Jaller, la cultura de la seguridad es la base para el desarrollo y éxito de las estrategias de estancia segura, cirugía segura y laboratorio seguro, así como para farmacovigilancia y tecnovigilancia, la confluencia de unos elementos mínimos de comunicación, formación e información desplegados en todos los niveles de la organización, tienen el propósito de generar las

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>50</b> de <b>58</b>

sinergias suficientes para alcanzar los objetivos y metas trazadas frente a la seguridad del paciente y el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud.

### 6.5.1 CULTURA JUSTA

Ambiente en el que los errores no se personalizan, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable.

Es necesario 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 vea en la aparición de errores y sucesos adversos una oportunidad de mejora.

Las Directivas y Coordinadores de área de la Clínica deben demostrar y ser explícitos en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad. Es por esto que la clínica Jaller se compromete con el programa de seguridad del paciente a:

- ☞ Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- ☞ Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente.
- ☞ Garantizar 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

### 6.5.2 COMUNICACIÓN

La base de la creación o cambios de cultura organizacional de equipos de trabajo que encaminan sus actividades hacia un mismo fin, es la comunicación, “bajo ella se permiten la puesta en común de propósitos, objetivos métodos, procesos acciones y resultados del ente colectivo”, <sup>11</sup>pero a su vez la alineación de las necesidades e intereses de el recurso humano, los proveedores y los usuarios.

De esta forma se distinguen dentro del proceso de comunicación para el programa de Seguridad del paciente temas relevantes y canales de comunicación, así:

---

<sup>11</sup> [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) Definición de comunicación organizacional. Consultada en julio de 2013.


PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
TEMAS RELEVANTES	CANALES DE COMUNICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Gestión del evento adverso</li> <li>☞ Acciones seguras</li> <li>☞ Guías clínicas y protocolos de atención</li> <li>☞ Buenas prácticas en la seguridad del paciente para el aprendizaje organizacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Comité de seguridad del paciente</li> <li>☞ Referentes de los procesos de tecnovigilancia, farmacovigilancia y seguridad de paciente</li> <li>☞ Correo electrónico</li> <li>☞ Afiches</li> </ul>

### 6.5.3 CAPACITACIONES

La socialización de guías de práctica clínica y protocolos de atención en el marco de la implementación de acciones seguras en los servicios de la clínica Jaller se realizara mediante jornadas de capacitación, formación e información a nivel grupal o individual.

El objetivo principal de estas formas de socialización de información relevante para seguridad del paciente es la de generar un proceso de aprendizaje, estandarización de procedimientos y desarrollo de habilidades y destrezas de los servidores para instaurar prácticas seguras dentro de la atención en salud de los usuarios. Se implementaran estrategias como:

- ☞ La capacitación sobre Eventos Adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el fin de favorecer la “cultura del reporte”.
- ☞ Educación continuada en: Prácticas seguras, prevención de infecciones nosocomiales, respuesta afectiva ante emergencias.
- ☞ Hacer que el Personal sea consiente en ofrecer la Paciente un ambiente Seguro.
- ☞ Estimulando y favoreciendo la respuesta oportuna.
- ☞ Informando al Paciente sobre sus Derechos y Deberes e involucrándolo en las soluciones, dentro de un ambiente de confidencialidad y confianza.
- ☞ Analizando uno a uno cada evento, asociándolos por causas y montando estrategias de mejoramiento auto gestionadas por los servicios.
- ☞ Elaborando planes de mejoramiento en cuanto: control de condiciones peligrosas en el ambiente

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 52 de 58

físico, mitigación de Eventos Adversos, guías de manejo.

-  Educación al paciente y su familia a través de folletos y cartillas en el cultura del auto cuidado.

#### 6.5.4 BUSQUEDA ACTIVA

La búsqueda activa es definida como una acción proactiva para la detección de casos que por cualquier razón no fueron notificados o ingresado al sistema de reporte. Es una fuente de información más y un instrumento de control de calidad frente a la vigilancia.<sup>12</sup>

Desde la perspectiva de seguridad del paciente la aplicación de la búsqueda activa no solo identifica sucesos inseguros no reportados de manera voluntaria, sino que adicionalmente busca detectar practicas inseguras que a su vez permitan llamar la atención del equipo de salud para la prevención de eventos adversos. Para tal fin, la Clinica Jaller, cuenta con un cronograma periódico establecido por parte de los referentes de seguridad del paciente, tecnovigilancia y Farmacovigilancia, empleando una lista de chequeo con los sucesos inseguros de mayor presentación o en el marco de la vigilancia prioritarios, así como de acciones seguras y verificación de insumos, dispositivos y equipo biomédico.

La búsqueda activa de seguridad del paciente permite generar espacios de confianza con el equipo de salud en la visita a los diferentes servicios y sedes para el reporte de sucesos inseguros, la formación y el compromiso sobre las mediadas a tomar en detección de prácticas inseguras o falta de barreras para la seguridad y la socialización con las áreas administrativas de fallas detectadas para su intervención en ambiente seguro, encaminando de esta manera el cumplimiento de los objetivos del programa y de la institución frente a la calidad de los servicios de salud.

Finalmente, los eventos inseguros identificados durante las jornadas de búsqueda activa se relacionan en el formato de reporte de evento adverso para realizar la gestión correspondiente.

#### 6.5.5 AUDITORIAS

La auditoría en los niveles de autocontrol, interno y externo nos permite contar con información acerca de prácticas y sucesos inseguros en la atención al usuario, complementando el reporte de evento adverso y su gestión, así como las acciones preventivas.

Una recopilación, acumulación y evaluación de evidencia sobre información de una entidad, para determinar e informar el grado de cumplimiento entre la información y los criterios establecidos.

<sup>12</sup> Organización Panamericana de la salud. Definición de búsqueda activa en epidemiológica.

Las auditorías internas y externas son un medio más, para identificar los sucesos inseguros que se pueden presentar en la asistencia médica. De la cual sacamos provecho para corregir las acciones que no se debieron presentar realizando los diferentes procesos. Procedimientos y actividades.

### 6.5.6 CAPSULAS DE SEGURIDAD

La estrategia de capsulas de seguridad aporta a la cultura, en tanto brinda información de acciones seguras al equipo de salud, usuarios y sus familias durante la atención en salud. Estas fueron construidas basadas en la información de acciones correctivas derivadas del aprendizaje organizacional y como barreras de seguridad identificadas en la práctica. Ellas se divulgan en los diferentes servicios de la institución de manera verbal y con la entrega de material impreso con información precisa, lenguaje directo y de fácil recordación.

## 6.6 RONDAS DE SEGURIDAD

### ***Definición***


Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área y con Seguridad del Paciente, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento guardar una actitud educativa. Se puede hacer rondas de seguridad general o específica, por ejemplo de medicamentos, siendo este un proceso crítico dentro del tema de seguridad del paciente.

### ***Objetivo General***

Implementar mecanismos para medir, evaluar y mejorar la seguridad de los pacientes. Sensibilizar y generar conciencia en todos los colaboradores acerca de asuntos de seguridad, para fomentar ambientes seguros donde se comparte información sin temor a represalias e integrar información teórica practica con respecto a asuntos de seguridad del paciente.

### ***Objetivos Especificos***

- ☞ Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en la prestación del servicio.
- ☞ Fortalecer una cultura justa de seguridad de pacientes.
- ☞ Medir el grado de cumplimiento de las barreras de seguridad implementadas
- ☞ Verificar el cumplimiento de los procesos seguros
- ☞ Identificar los riesgos latentes y tomar acciones correctivas para prevenir la ocurrencia de eventos adversos
- ☞ Comprobar los avances y mejoras de la seguridad del paciente

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>54</b> de <b>58</b>

### **Alcance**

La implementación de estas herramientas de seguridad se deben aplicar en todos los servicios de la Clínica Jaller

### **Porque Deben Hacerse:**

- ☞ Demostrar compromiso con la seguridad.
- ☞ Fomentar cambio de cultura frente a seguridad.
- ☞ Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad.
- ☞ Establecer líneas de comunicación acerca de seguridad entre líderes, colaboradores y ejecutivos.
- ☞ Comprobar mejoramientos de la seguridad del paciente.

**Quién las lidera:** Coordinación de calidad, Coordinación de enfermería de cada servicio, Químico farmacéutico.

**Quién participa:** El personal asistencial que este de turno en el momento de la ronda de seguridad

**Donde se realizan:** En la clínica Jaller (se incluyen todos los servicios).

**Frecuencia y Duración:** Se deben realizar una vez por semana, debe durar una hora, se deben programar en horarios que no interfieran con la actividad asistencial para involucrar todo el personal del servicio. Hay que generar la cultura y la creencia que esta es una actividad prioritaria para la dirección.

Se debe iniciar explicando al personal el objetivo que se persigue, su foco esta centrado en la seguridad de los pacientes y sus familias. De manera muy importante, se debe hacer énfasis en su carácter no punitivo y confidencial. Se recomienda, los siguientes ejemplos para su abordaje inicial:

- ☞ Estamos empeñados en tener una organización con comunicación abierta, libre de inculpaciones para hacer un entorno más seguro.
- ☞ ¿Ha habido alguna circunstancia que pudo llevar a un evento adverso?
- ☞ ¿Que condiciones pueden estar llevando a lesiones de los pacientes?
- ☞ ¿Que podemos hacer para disminuir el riesgo de padecer eventos adversos?
- ☞ ¿Que fallas están afectando su trabajo?

**Temas a discutir y a evaluar:** Se debe discutir con el personal asistencial temas relacionados con la seguridad del paciente; incluyendo condiciones inseguras en la administración de medicamentos, caídas, úlceras por presión, infecciones, daño de los equipos, demoras y retrasos en el transporte asistencial, fallas en el proceso de toma de muestras, falencia en los procesos asistenciales y administrativos entre otros.

Adicionalmente, en estas rondas se debe realizar una inspección, con ojos de auditor, para detectar fallas en los siguientes procesos:

- Cumplimiento del plan de residuos
- Condiciones de la infraestructura física
- Estado de los baños
- Estado del mobiliario; camas, cajoneras, ventanas, escaleras
- Monitores y cámaras de las habitaciones se encuentran funcionando
- Se están cumpliendo y aplicando las barreras de seguridad para evitar: Caídas, úlceras, infecciones, errores en la administración de medicamentos. Se realiza lavado de manos según el protocolo definido, los tableros están marcados, se hace doble identificación de los pacientes.

**Ver anexo: listas de chequeo de rondas de seguridad**

**Cierre:** Es importante que las personas que participan sepan que las medidas o temas discutidos van a producir un mejoramiento en la prestación del servicio y la seguridad de todos los usuarios. De no ser así, se puede sentir que los aportes de la misma son inútiles y son una pérdida de tiempo.

## 6.7 INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La monitorización de indicadores se entiende así como una actividad planificada y sistemática que tiene el objetivo de identificar problemas o situaciones que deben ser estudiadas en profundidad o ser objeto de intervención para mejorar. Es una puerta de entrada a la dinámica de los ciclos de mejora y un componente ineludible de las actividades de diseño o planificación de la calidad

El objetivo de los indicadores es realizar seguimiento y medir cumplimiento de las estrategias para la Seguridad del Paciente definidas por la institución. La Información será obtenida a través de supervisión directa al personal y a pacientes, revisión de historias clínicas, aplicación de listas de chequeo y sistema de reporte de eventos adversos.

Los resultados y análisis de los indicadores serán socializados con el personal para generar compromiso y apropiación de la información y así contribuir al fomento de la cultura de seguridad en todos los colaboradores. Algunos serán aplicables para todas las áreas hospitalarias donde se hará supervisión y otros serán específicos de cada área.


Los siguientes son los indicadores que se llevarán para todas las áreas hospitalarias:

INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	META	OBETENCION DE LA INFORMACION	OBJETIVO
<b>Identificación de pacientes</b>	Promedio diario de pacientes con identificación completa/	100%	Supervisión diaria de pacientes-Lista de chequeo	Evaluar cumplimiento de estrategia Identificación de

	Promedio diario de pacientes supervisados x 100			Pacientes para prevenir errores
<b>Úlceras por presión</b>	Número de úlceras por presión nuevas/ No. pacientes hospitalizados en el periodo x 100	<2.5 %	Supervisión diaria de pacientes-Lista de chequeo-Sistema de Reporte de Eventos	Evaluar la implementación y adherencia a la estrategia del programa Piel Sana
<b>Flebitis</b>	Numero de pacientes que presentaron flebitis en el periodo/ pacientes hospitalizados en el periodo X100	<0.7 %	Supervisión diaria de pacientes-Revisión de historias clínicas-Lista de chequeo-Sistema de Reporte de Eventos	Evaluar la implementación y adherencia a la estrategia Atención limpia y segura y medicación segura.
<b>Errores en administración de medicamentos</b>	No. errores en administración de medicamentos/ No. pacientes ingresados en el periodo x 100	<1.5 %	Supervisión diaria de pacientes-Revisión de historias clínicas-Lista de chequeo-Sistema de Reporte de Eventos	Evaluar la implementación y adherencia a la estrategia Medicamentos Seguros.
<b>Administración de Medicamentos</b>	Nº de servicios clínicas que cumplen con pausas de seguridad en la administración de Medicamentos de acuerdo a protocolo / Numero total de servicios X 100.	100%	Supervisión diaria de pacientes-Revisión de historias clínicas-Lista de chequeo-Sistema de Reporte de Eventos	Evaluar la implementación y adherencia a la estrategia Medicamentos Seguros.
<b>Caídas de pacientes</b>	No. caídas de pacientes/ No. pacientes ingresados en el periodo x 100	<2.7 %	Supervisión diaria de pacientes-Lista de chequeo-Sistema de Reporte de Eventos	Evaluar la implementación y adherencia a la estrategia Prevención de Caídas
<b>Detección y</b>	No. eventos	<10%	Supervisión diaria	Evaluar sistema



<b>registro de eventos adversos</b>	Adversos detectados y registrados/ No. pacientes ingresados en el periodo x 100		de pacientes- Revisión de historia clinica Lista de chequeo- Sistema de Reporte de eventos	de reporte y de Cultura de seguridad.
<b>Gestión de eventos adversos</b>	No. eventos Adversos gestionados/ No. eventos adversos reportados en el periodo x 100	100%	Base de datos de reporte de eventos adversos-análisis y planes de acción	Evaluar la gestión de los eventos adversos y hacer seguimiento
<b>Tasa de infección intrahospitalaria</b>	Numero de pacientes con infección intrahospitalaria confirmada en el periodo / Numero de pacientes hospitalizados en el periodo X 100	<2.7 %	Base de datos de reporte de cultivos -análisis y planes de acción	Evaluar la tasa de infección intrahospitalaria
<b>Tasa de incidencia de Infección intrahospitalaria</b>	Numero de infecciones / total días personas expuestas  x1000	<2.7 %	Base de datos de reporte de cultivos análisis y planes de acción	Evaluar la tasa de incidencia de infección intrahospitalaria
<b>Reingreso al Servicio de Urgencias y hospitalización por la misma causa antes de 72 horas después del egreso</b>	Número de reingresos al servicio de urgencias y hospitalización por la misma causa antes de 72h/ Número total de ingresos en el periodo x 100		Libro de ingresos de pacientes a urgencias y hospitalización.	Medir la capacidad de resolutivez de la institución y racionalidad técnica científica ofrecida y efectividad de tratamiento.

	<b>SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD</b>	CODIGO	DC-021-05
		VERSION	2.0
	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	AÑO	2015
		PAGINAS	Página <b>58</b> de <b>58</b>

## 6.8 METAS DE SEGURIDAD

1. Lograr la sensibilización del personal asistencial y administrativo de la institución frente al tema de seguridad al paciente.
2. Mejorar la calidad de en la atención de los servicios prestados por la institución, logrando así una atención e institución segura para los pacientes y familiares que a esta acuden.
3. Generar la cultura de reporte de evento adverso en los funcionarios de la institución como mecanismo de mejora en los servicios prestados por la institución.