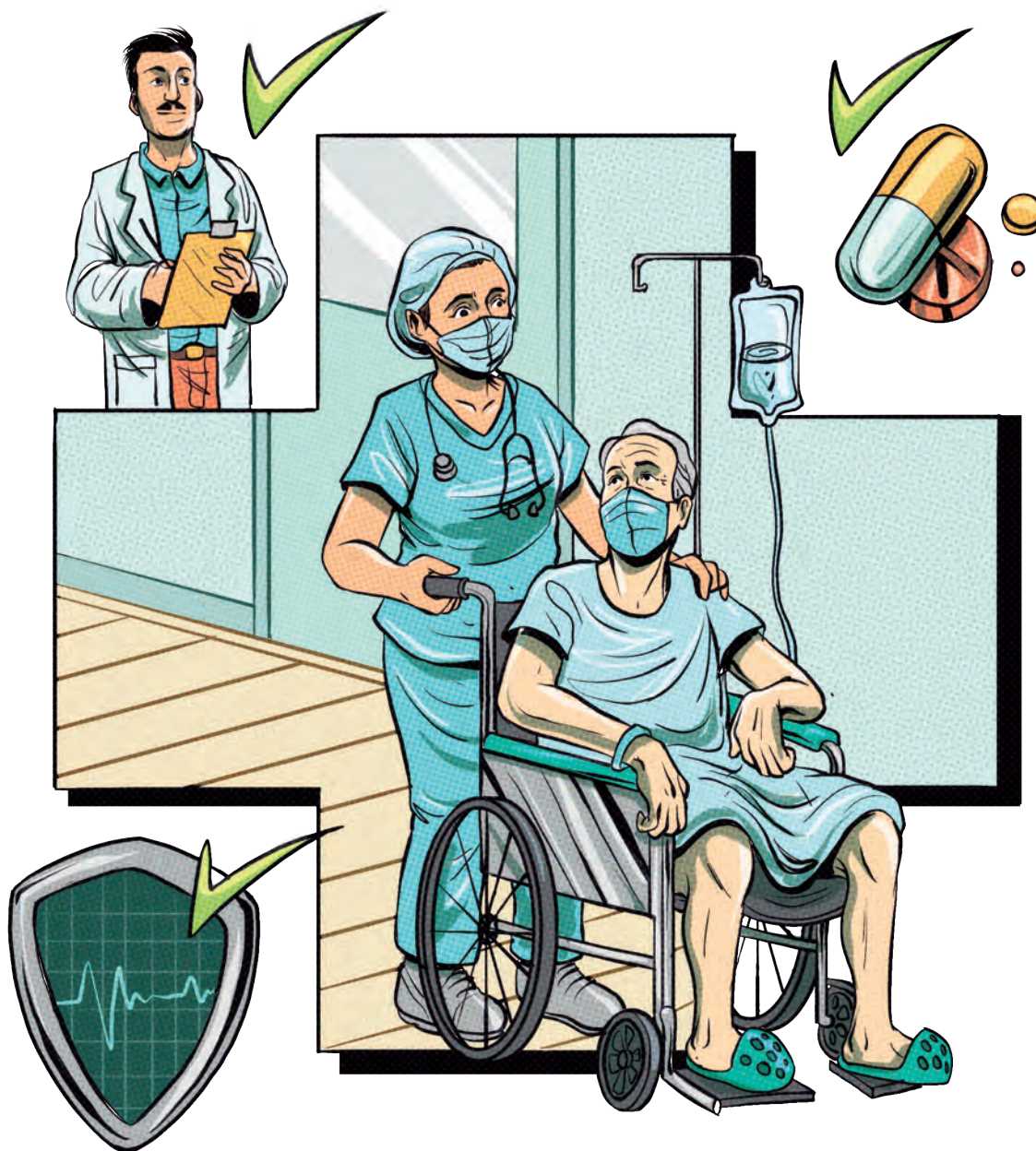


Consolidación de la seguridad del paciente en la ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas “rumbo a la acreditación”

Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas
Universidad Católica de Manizales



Editorial
S.C.A.R.E.



Universidad[®]
Católica
de Manizales

Acreditación de
Alta Calidad
en el camino de la excelencia
Res. 013600 - 09 dic. 2019 - vig. 4 años

VIGILADA MINECUCACIÓN

Santa Sofía
E.S.E.
Hospital Departamental Universitario de Caldas

Consolidación de la seguridad del paciente en la ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas “rumbo a la acreditación”

Erika Paola Cifuentes Martínez
Gimena Mejía Arango
Jenny Alexandra Escobar Gómez
Luz Stella Giraldo Ramírez
María Emilia González Gutiérrez

Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas
Universidad Católica de Manizales

Editorial S.C.A.R.E.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.





Editorial
S.C.A.R.E.

Consolidación de la seguridad del paciente en la ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas "rumbo a la acreditación"

© 2021, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

ISBN: 978-958-8873-72-5

Primera edición noviembre de 2021

JUNTA DIRECTIVA

Presidente

Mauricio de Jesús Vasco Ramírez

Vicepresidente

Fredy Ariza Cadena

Miembros de la junta

Juan José Morales Tuesca

Patricia Vélez

Marco Aurelio Pompeyo Hernández

Guillermo León Giraldo

Jorge Rubio Elorza

Néstor Sánchez Mojica

Francisco Javier Restrepo

ALTA DIRECCIÓN

Director ejecutivo

Gustavo Reyes Duque

Subdirección científica

Luz María Gómez Buitrago

Subdirección corporativa

Martha Castellanos Vargas

Subdirección jurídica

Olga Yaneth Cubides

AUTORAS

Erika Paola Cifuentes Martínez

Gimena Mejía Arango

Jenny Alexandra Escobar Gómez

Luz Stella Giraldo Ramírez

María Emilia González Gutiérrez

PREPARACIÓN EDITORIAL

Investigaciones y Publicaciones Científicas

publicaciones@scare.org.co

Carrera 15A # 120-74

Bogotá, D. C.

PBX: (57-1) 619 6077

www.scare.org.co

Edición

Nubia Fernanda Sánchez Bello

Corrección de estilo

Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación

Jeisson Malagón

Catalogación en la publicación – Biblioteca Nacional de Colombia

Consolidación de la seguridad del paciente en la ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas: rumbo a la acreditación / Erika Paola Cifuentes Martínez ... [et al.]. -- 1a ed. -- Bogotá : Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, 2021.

p. – (Seguridad del Paciente)

Incluye glosario. -- Contiene referencias bibliográficas.

ISBN 978-958-8873-72-5

1. E.S.E. Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas - Medidas de seguridad 2. Atención al enfermo - Medidas de seguridad I. Cifuentes Martínez, Erika Paola II. Serie

CDD: 362.11 ed. 23

CO-BoBN- a1084370

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier otra forma de cesión del copyright, sin el permiso previo escrito del titular de los derechos o de la editorial.

Contenido

Introducción _____ 9

Capítulo 1

Fundamentos de la prestación de servicios de salud en el marco de la seguridad del paciente, contexto _____ 11

Capítulo 2

Estructura de un programa de seguridad del paciente _____ 17

Nivel Operativo

Procesos institucionales seguros

Capítulo 3

Política de seguridad del paciente _____ 23

Capítulo 4

Cultura por la seguridad del paciente _____ 29

Línea 1. Gestión del riesgo

Línea 2. Gestión de los eventos adversos

Línea 3. Sistema de monitoreo de seguridad

Línea 4. Cultura de seguridad del paciente

Capítulo 5

Buenas prácticas de seguridad del paciente _____ 33

Identificación correcta de pacientes en los procesos asistenciales

Manejo seguro de medicamentos

Identificación del riesgo y prevención de caídas

Identificación del riesgo y prevención de úlceras por presión

Transfusión segura

Cirugía segura

Involucrar al paciente y a sus allegados en su seguridad

Prevención del riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares

Reducción del riesgo de la atención del paciente crítico

Nutrición segura

Comunicación efectiva y segura

Consentimiento informado

Capítulo 6

Programa de prevención y control de
infecciones asociadas a la atención en salud _____ 67

Higiene de manos

Asepsia y antisepsia

Prevención y control de infecciones

Conclusiones _____ 79

Glosario _____ 81

Referencias _____ 85

Recursos complementarios _____ 89

Lista de figuras

- Figura 1. Estructura de un programa de seguridad del paciente
- Figura 2. Política de seguridad del paciente
- Figura 3. Minisitio Seguridad del Paciente
- Figura 4. Módulo para el registro de eventos de seguridad
- Figura 5. Política de seguridad
- Figura 6. Cultura de la seguridad del paciente
- Figura 7. Resultados indicador “Percepción cultura de seguridad del paciente en la institución”
- Figura 8. Matriz de Riesgos SGI Almera
- Figura 9. Manilla impresa de identificación de pacientes
- Figura 10. Manilla manual para identificación de pacientes
- Figura 11. Sticker de identificación del paciente
- Figura 12. Tablero de identificación del paciente. Servicios de urgencias y Hospitalización
- Figura 13. Código de barras para la identificación de muestras de laboratorio clínico
- Figura 14. Reconciliación medicamentosa Hosvital
- Figura 15. Sticker medicamentos de alto riesgo y LASA
- Figura 16. Invitación al Festival de Medicamentos
- Figura 17. Encuestas digitales de seguridad del paciente
- Figura 18. Nemotecnia para la prevención de caídas PROTEGER
- Figura 19. Nemotecnia para la prevención de úlceras por presión EVITANDO
- Figura 20. Evaluación de adherencia protocolo “Prevención de lesiones y úlceras por presión”
- Figura 21. Lista de verificación cirugía segura
- Figura 22. Encuesta servicios hospitalarios

Figura 23. Encuesta servicios ambulatorios

Figura 24. Lista de chequeo para identificación de los riesgos potenciales en la unidad de cuidado intensivo

Figura 25. Modelo IDEAS

Figura 26. Encuesta encuentros con la seguridad V2

Figura 27. Encuesta

Figura 28. Mailing información SOFIA: Tips de acreditación

Figura 29. Planeación para el control e infecciones del Hospital

Figura 30. Indicadores para el control y seguimiento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)

Figura 31. Dispensador de alcohol glicerinado con hablador

Figura 32. Hablador. Técnica de higiene de manos

Figura 33. Adherencia al protocolo de lavado clínico e higiene de manos, 2021

Figura 34. Documentos relacionados con limpieza y desinfección

Figura 35. Barreras de prevención de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a la utilización de catéteres vasculares

Figura 36. Encuesta de manejo seguro de catéteres vasculares

Lista de tablas

Tabla 1. Legislación colombiana relacionada con seguridad del paciente

Tabla 2. Indicadores del procedimiento de seguridad del paciente

Tabla 3. Encuesta de percepción de seguridad del paciente. Hospital Universitario Departamental Santa Sofía de Caldas

Tabla 4. Lista de chequeo identificación segura del paciente

Tabla 5. Encuentros de seguridad, medicamentos

Tabla 6. Escala de Braden

Tabla 7. Adherencia al protocolo de “Prevención de lesiones y úlceras por presión” 2021, por criterio

Tabla 8. Adherencia al manejo seguro de cadena transfusional

Tabla 9. Resultados por criterios, pausa quirúrgica, primer trimestre de 2021 0

Tabla 10. Cumplimiento de la comunicación segura, información y autocuidado

Tabla 11. Adherencia higiene de manos por momento. Consolidado primer trimestre 2021

Tabla 12. Adherencia a higiene de manos

Tabla 13. Evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento hospitalario del Hospital, primer trimestre de 2021

Tabla 14. Evaluación de adherencia protocolo “Accesos vasculares”

Tabla 15. Evaluación de adherencia protocolo “Catéter urinario”

Introducción

Como requisito para la prestación de servicios de salud en Colombia, se exige contar con un programa de seguridad del paciente de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social. El Hospital, dentro del camino del mejoramiento continuo y adhiriéndose a la Resolución 5095 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, plantea su programa de seguridad del paciente alineado con el eje de gestión clínica excelente y segura.

Es decir, nuestro Hospital se preocupa por disminuir los daños o lesiones de los pacientes durante su proceso de atención. Cambia su enfoque de atención a las patologías de los pacientes y se enfoca a la evaluación y prevención de los riesgos propios de este, de su enfermedad y los asociados a la estancia hospitalaria.

Como parte de su responsabilidad social con la población de nuestro país y especialmente del Eje Cafetero, ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, como cabeza de red del departamento de Caldas, en su proceso de mejoramiento continuo, ha decidido incorporar y consolidar la seguridad del paciente dentro de su direccionamiento estratégico, como línea de trabajo del plan de desarrollo del gerente, con capacidad de innovación y compromiso.

Todo ello ha permitido soportar la trazabilidad y mejora del programa de atención segura, a escala institucional y nacional, al brindar la información necesaria para la evaluación constante y pertinente de las políticas y normativas de seguridad del paciente, lo que se traduce en los siguientes capítulos que se desarrollan en el presente documento:

- **Capítulo 1.** Marco normativo
- **Capítulo 2.** Estructura de un programa de seguridad del paciente
- **Capítulo 3.** Política de seguridad del paciente
- **Capítulo 4.** Cultura por la seguridad del paciente
- **Capítulo 5.** Buenas prácticas de seguridad del paciente
- **Capítulo 6.** Programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud

Capítulo 1

Fundamentos de la prestación de servicios de salud en el marco de la seguridad del paciente, contexto

Se inicia este capítulo con el concepto de que el error es un aspecto inherente a la atención en salud. Por tal razón, se aborda la teoría del error humano de J. Reason, quien propone “estudiar el error humano desde dos enfoques: 1. Centrado en las personas o modelo personal; 2. Centrado en los sistemas o modelo sistémico” (1). En la actualidad se aborda el enfoque multicausal para encontrar el origen de los eventos adversos, reconociendo que se requieren múltiples fallos para la ocurrencia de dichos eventos.

La estructuración de la seguridad del paciente se ha realizado por medio de un recorrido en la historia de la humanidad, donde se dividen las etapas de la seguridad del paciente en diferentes periodos, que abarcan desde los inicios de la civilización hasta hoy, con las diferentes publicaciones como: *Errar es humano*, el establecimiento de los “Retos Globales” de la OMS y el *Estudio IBEAS*.

Errar es humano: estudio realizado por los hospitales de Estados Unidos, durante los años noventa, que trata de la calidad de la atención médica. Se publicó en el 2000 y concluyó “que entre 44. 000 y 98. 000 personas mueren al año en los hospitales de ese país,

como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención. De estas muertes, 7. 000 suceden específicamente como resultado de los errores en el proceso de administración de medicamentos” (2).

La OMS (3) ha liderado desde 2004 la atención segura, con la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el concepto de los retos mundiales para mejorar la atención en salud, que son:

- Año 2005, se inició con la promoción de “Una atención limpia es una atención más segura”, campaña que enfatiza el lavado de manos para disminuir infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- Año 2008, se lanza la campaña “La cirugía segura salva vidas”, cuyo objetivo es apoyarse en listas de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS.
- Año 2017, se promueve la campaña “Medicación sin daño”. Como resultado de esta estrategia se espera que en cinco años se disminuyan en un 50 % los eventos adversos asociados a medicamentos.

Para 2019, el informe del director general de la OMS, en la asamblea anual, expone que “se estima

que anualmente se pierden en todo el mundo 64 millones de años de vida, ajustados en función de la discapacidad, a causa de una atención poco segura” (3). Esto significa que los daños a pacientes, debidos a acontecimientos adversos, probablemente figuren entre las 10 principales causas mundiales de muerte y discapacidad. Los datos disponibles indican que “cada año se producen en hospitales de países de ingresos bajos y medios, 134 millones de acontecimientos adversos por atención poco segura, que dan lugar a 2,6 millones de fallecimientos” (3).

En el estudio IBEAS (4), realizado entre 2007 y 2009 en 58 hospitales de cinco países en Latinoamérica: Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina, Colombia mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1 %, de los cuales el 27,3 % se presentó en menores de 15 años y el 27,7 %, durante la realización de un procedimiento.

Se debe tener en cuenta que el principio en que se basan los actos asistenciales es el de no hacer daño, a la vez que es la base de los procesos asistenciales.

Es de suma importancia considerar que en el proceso salud-enfermedad existe participación humana, la cual tiene inmerso un porcentaje de

error en la atención; por lo tanto, se hace necesario proponer soluciones inmediatas. Una manera de plantear acciones que impacten en la calidad de la atención es por medio de capacitación del personal de salud. Como lo define Portela Romero: “La complejidad de las organizaciones sanitarias y de los procesos de salud ha llevado a considerar que, para garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes, son necesarios nuevos modelos de entrenamiento de los profesionales sanitarios” (1).

Es de resaltar que la seguridad del paciente debe propender por afianzar competencias y desarrollar habilidades en el personal de salud, para afianzar la cultura de seguridad. Para Rocco y Garrido “La cultura de seguridad, se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir” (5).

Con el conocimiento de la situación mundial en seguridad del paciente, se abordarán los avances en calidad en salud en el marco de la legislación colombiana, para finalmente concentrarlo en la estrategia de seguridad del paciente a escala país (tabla 1).

Tabla 1. Legislación colombiana relacionada con seguridad del paciente

| Resumen | Año | Planteamiento | Publicado por |
|-----------------------------------|------|---|---------------------------------|
| Constitución Política de Colombia | 1991 | La atención de la Salud es un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza el acceso de todas las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud [...]. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. | Asamblea Nacional Constituyente |

| Resumen | Año | Planteamiento | Publicado por |
|----------------|------|--|---|
| Ley 100 | 1993 | Orientada hacia la promoción y la prevención de las enfermedades. Creó las entidades promotoras de salud y trató conceptos de atención primaria, secundaria y terciaria. Concibe la calidad como parte fundamental de la atención en salud. En un sistema de salud basado en el aseguramiento como el SGSSS, pluralista, con participación pública y privada, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. La generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población, ha estado presente en los postulados y desarrollos de la reforma desde su concepción. | Gobierno de Colombia |
| Decreto 2174 | 1996 | Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. | Gobierno de Colombia |
| Acuerdo 117 | 1998 | Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública [...] administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención. | Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud |
| Resolución 412 | 2000 | Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. | Ministerio de Salud |
| Decreto 1011 | 2006 | Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tendrá como componentes los siguientes: 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. 3. El Sistema Único de Acreditación. 4. El Sistema de Información para la Calidad. | Ministerio de la Protección Social |

| Resumen | Año | Planteamiento | Publicado por |
|--|------|---|------------------------------------|
| Ley 1122 | 2007 | <p>Artículo 23°. Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios. Las empresas promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo, las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.</p> <p>Artículo 39°. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:</p> <p>a. Fijar las políticas de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>b. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.</p> <p>c. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el SGSSS y promover el mejoramiento integral del mismo.</p> <p>d. Proteger los derechos de los usuarios, en especial el derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.</p> | Congreso de la República |
| Líneamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia | 2008 | Su propósito 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. | Ministerio de la Protección Social |
| Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 1 | 2010 | Su propósito es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los líneamientos en los procesos asistenciales; recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos. | Ministerio de la Protección Social |

| Resumen | Año | Planteamiento | Publicado por |
|--|------|---|---|
| Promoción de la cultura de seguridad del paciente | 2010 | Integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora. | Ministerio de la Protección Social |
| Circular externa 045 | 2011 | Implementación del Sistema de Administración de Riesgos (SAR). | Ministerio de la Protección Social |
| Resolución 4505 | 2012 | Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. | Ministerio de Salud y Protección Social |
| Decreto 0903 | 2014 | En el cual se dictan disposiciones, realizan ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud y se dictan reglas para la operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales. | Ministerio de Salud y Protección Social |
| Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2 | 2015 | Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales. Esta versión comprende 23 paquetes instruccionales buscando propiciar un espacio de reflexión, actualización y diálogo de saberes en seguridad del paciente, siguiendo el modelo de aprendizaje basado en problemas (ABP), con el fin de que, en el desempeño laboral cotidiano, los profesionales de la salud cumplan las disposiciones establecidas en la Política Nacional de Seguridad del Paciente y la Guía Técnica # 1 de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. | Ministerio de Salud y Protección Social |
| Decreto 780 | 2016 | Decreto único reglamentario del sector salud y protección social donde se recopilan las normas del sector salud. Cuenta con libros distribuidos así: Libro 1: Estructura del sector salud y de la protección social. Libro 2: Régimen reglamentario del sector salud y protección social. Libro 3: Normas comunes de la seguridad social integral. Libro 4: Disposiciones finales. Aborda aspectos importantes de farmacia, sistema obligatorio de garantía de calidad. | Ministerio de Salud y Protección Social |

| Resumen | Año | Planteamiento | Publicado por |
|---|------|--|---|
| Resolución 256 | 2016 | Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. | Ministerio de Salud y Protección Social |
| Resolución 5095 Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Versión 3. 1. | 2018 | Incluye los estándares que deben cumplir las entidades acreditadas o en proyecto de acreditarse. | Ministerio de Salud y Protección Social |
| Resolución 3100 | 2019 | <p>Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción.</p> <p>Establece en los estándares prioritarios lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que el prestador de servicios de salud cuente con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. Que el prestador de servicios de salud realice actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente. 3. Que el prestador de servicios de salud cuente con un Comité de Seguridad del Paciente y de Infecciones 4. Que el prestador de servicios de salud adopte y realice las siguientes prácticas seguras, según aplique a su servicio de salud y cuente con información documentada para: asegurar la correcta identificación del paciente; gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes; detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud, que incluya protocolo de higiene de manos; detectar, analizar y gestionar eventos adversos; garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado; mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos; prevenir y reducir la frecuencia de caídas; garantizar la atención segura de la gestante y del recién nacido; prevenir complicaciones asociadas con la disponibilidad y el manejo de sangre; prevenir úlceras por presión; mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. 5. Que el prestador de servicios de salud promueva la cultura de seguridad del paciente que involucra a todo el personal de manera sistemática con un enfoque educativo no punitivo. | Ministerio de Salud y Protección Social |

Capítulo 2

Estructura de un programa de seguridad del paciente

Con la aparición de los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente (6) en 2008, Colombia estableció una directriz que apunta a la construcción de una cultura de seguridad del paciente liderada por la alta gerencia. Esta estrategia, que incluye una taxonomía, glosario y unos objetivos, es de obligatorio cumplimiento para las instituciones que hacen parte del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según la Resolución 3100 de 2019 emitida por MinSalud (7).

Es así como la alta dirección, por medio de su política de seguridad del paciente, debe construir una cultura de seguridad que apoye su gestión. “El liderazgo es una parte esencial para que la seguridad de procesos funcione. En algunos casos, es la parte más importante. Y puede también ser la más difícil” (8).

Por eso, se establecen algunas pautas para desarrollar la cultura de seguridad:

“¿Qué deberían hacer los Directores Generales de las organizaciones de salud para desarrollar y mantener una cultura de seguridad?”

- Establecer una visión convincente de la seguridad.

- Valorar la confianza, el respeto y la inclusión.
- Seleccionar, desarrollar e involucrar a la Junta Directiva.
- Priorizar la seguridad en la selección y desarrollo de líderes.
- Liderar una cultura justa y premiar a quienes la aplican.
- Establecer expectativas de conducta en toda la organización” (9).

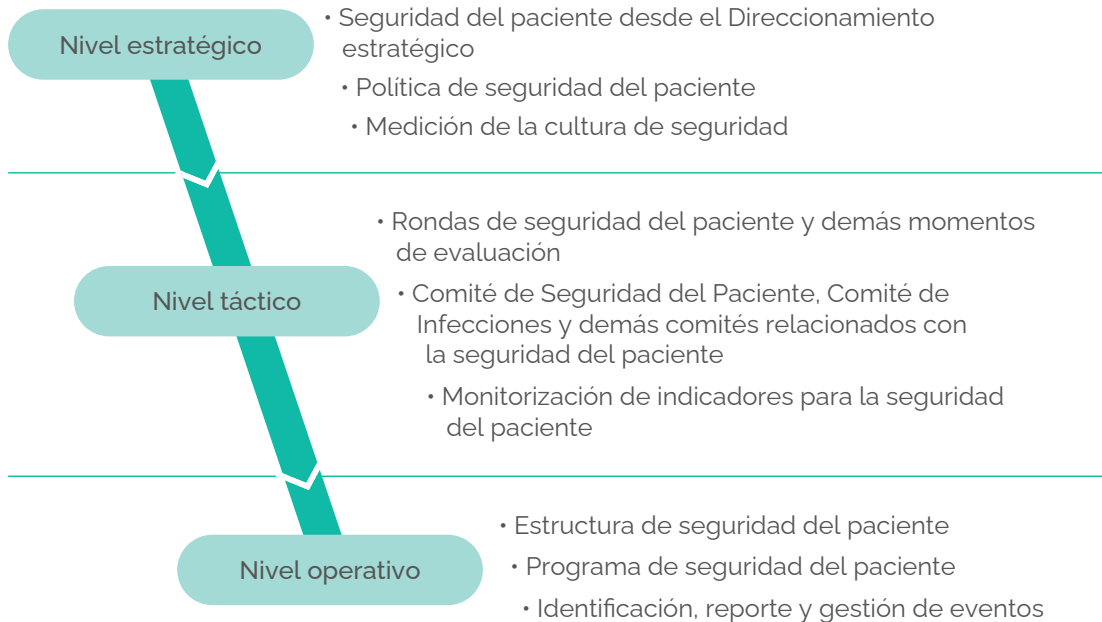
Se propone establecer la jerarquía de seguridad del paciente, de acuerdo con la estructura organizacional, con un componente estratégico, táctico y operativo.

A continuación se presenta el esquema de un programa de seguridad del paciente, y se explican los contenidos de los diferentes niveles (figura 1).

2. 1. Nivel estratégico

- Desde el Direccionamiento estratégico se concibe la seguridad del paciente. Se hace mediante la formulación de objetivos estratégicos que citen la seguridad del paciente como aspecto fundamental. De igual manera, el enfoque de riesgo: desde

Figura 1. Estructura de un programa de seguridad del paciente



Fuente: Elaboración propia.

el objetivo estratégico se define la política de seguridad y con el liderazgo de la junta directiva, se trabaja para adoptar y promover una cultura de seguridad (10).

- **Política de Seguridad del Paciente:** Incluye lineamientos de atención del usuario de acuerdo con sus necesidades; definición de una cultura de seguridad, con enfoque en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, en aras de mitigar el riesgo y percibe al paciente como a la primera víctima, al personal de salud como la segunda y a la institución como la tercera.

- **Medición de la Cultura de Seguridad:** Es una de las líneas de acción del eje de acreditación “gestión clínica excelente y segura”. Se tiene como referente la encuesta mundial de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (11), valores indivi-

duales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud.

2.2. Nivel táctico

- Incluye rondas de seguridad del paciente que favorecen la conexión del personal de primera línea con los líderes institucionales, con el objetivo de generar cambios que fortalezcan la cultura organizacional de seguridad del paciente.

- **Comités.** Están definidos los comités que por norma se exigen para este tipo de instituciones y operan ceñidos al manual metodológico para el establecimiento y la operación institucional. Los que tienen relación con la seguridad del paciente son:

- Comité de infecciones, profilaxis y política antibiótica
- Comité de seguridad del paciente
- Comité de transfusión sanguínea
- Comité de farmacia y terapéutica

• **Indicadores.** Se cuenta con resultados de indicadores institucionales y específicos de eventos adversos desde 2012, que muestran tendencia a la mejora en la gestión de riesgos de seguridad del paciente. Cuando se presentan desviaciones se realiza análisis causal y el plan de intervención respectivo para ajustar el indicador.

En la tabla 2 se aprecian algunos de los indicadores del tablero de seguridad del paciente. Es importante resaltar que, con el objetivo de mejorar el seguimiento a la seguridad del paciente, el hospital incrementó el número de los indicadores de seguimiento al procedimiento, de 15 en 2010 pasó a 37 durante el 2020.

2.3. Nivel operativo

- Se elabora el plan institucional de capacitación en seguridad del paciente que incluye metas internacionales de seguridad del paciente (inducción, reinducción y capacitación).

Tabla 2. Indicadores del procedimiento de seguridad del paciente

| Indicador | Actividad |
|-------------|---|
| GC020-R5I1 | Gestión de eventos adversos |
| GC020-R5I10 | (Hospitalización) Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos |
| GC020-R5I11 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa |
| GC020-R5I12 | Tasa de úlceras por presión |
| GC020-R5I13 | (Urgencias) Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos |
| GC020-R5I14 | (Hospitalización) Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) |
| GC020-R5I15 | Gestión de incidentes |
| GC020-R5I16 | Proporción de eventos adversos confirmados relacionados con el reuso de dispositivos médicos |
| GC020-R5I17 | Proporción de eventos adversos prevenibles |
| GC020-R5I18 | Porcentaje de perfiles con adherencia a la higiene de manos satisfactoria |
| GC020-R5I19 | Porcentaje de controles de luminometría con resultado satisfactorio de acuerdo con protocolo de limpieza y desinfección |
| GC020-R5I2 | Índice de infección asociado al cuidado de la salud |
| GC020-R5I20 | Percepción de cultura de seguridad del paciente en la Institución |
| GC020-R5I21 | Tasa de ocurrencia de eventos adversos |
| GC020-R5I22 | Porcentaje de cumplimiento de adherencia a la administración de profilaxis antibiótica |

| Indicador | Actividad |
|-------------|--|
| GC020-R5I27 | Porcentaje de cumplimiento de sesiones del Comité de Infecciones |
| GC020-R5I28 | Porcentaje de cumplimiento de sesiones del Comité de Seguridad del Paciente |
| GC020-R5I29 | Porcentaje de cumplimiento de sesiones del Comité de Transfusiones |
| GC020-R5I3 | Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) |
| GC020-R5I30 | Tasa de flebitis en urgencias |
| GC020-R5I31 | Porcentaje de fallas en la identificación del paciente (Urgencias) |
| GC020-R5I32 | Porcentaje de fallas en la identificación del paciente (Hospitalización) |
| GC020-R5I33 | Porcentaje de muestras rechazadas por fallas en la identificación |
| GC020-R5I34 | Porcentaje de casos de suicidio en pacientes internados |
| GC020-R5I35 | Porcentaje de eventos adversos relacionados con procedimientos en sitio equivocado |
| GC020-R5I36 | Proporción de adherencia al protocolo de consentimiento informado |
| GC020-R5I37 | Tasa de flebitis en hospitalización |
| GC020-R5I4 | (UCI) Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) |
| GC020-R5I5 | (Hospitalización) Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) |
| GC020-R5I6 | Tasa de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización |
| GC020-R5I7 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias |
| GC020-R5I8 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico |
| GC020-R5I9 | (UCI) Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) |

Fuente: Software SGI Almera, opción garantía de calidad, seguridad del paciente, indicadores.

- Gestión de incidentes y/o eventos adversos.
- Identificación de nuevos riesgos, gestión de barreras de seguridad y autocontrol mediante monitoreo continuo.

El Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas (HDUSSC) ha conformado un equipo interdisciplinario con el fin de documentar, desplegar, implementar y realizar medición de adherencia e impacto del programa de atención segura. Este equipo se encuentra conformado por:

- Un profesional de enfermería, líder de seguridad del paciente.
- Un auxiliar de enfermería, apoyo operativo de seguridad del paciente.
- Un médico infectólogo, apoyo científico del programa de prevención y control de infecciones.
- Un profesional de enfermería, líder del programa de prevención y control de infecciones.
- Un auxiliar de enfermería, apoyo operativo del programa de prevención y control de infecciones.
- Un bacteriólogo, apoyo para los programas de hemovigilancia y reactivo-vigilancia.
- Un químico farmacéutico, apoyo para el programa de farmacovigilancia.
- Un ingeniero biomédico, apoyo para el programa de tecnovigilancia.

El líder de seguridad del paciente, entre otras, tiene funciones como:

- Elaboración del plan de formación institucional en seguridad del paciente, que incluye las metas internacionales de seguridad del paciente (inducción, reinducción y capacitación).
- Realización de las rondas de seguridad del paciente.
- Ejecución de las actividades indicadas por los comités respecto a la seguridad del paciente e infecciones.
- Monitorización de los indicadores para la seguridad del paciente.
- Evaluación y mejora del programa de atención segura.
- Control y vigilancia tanto pasiva como activa a todo lo referente a la seguridad del paciente.
- Clasificación, análisis y gestión de los incidentes y eventos adversos.

Así mismo, el Hospital cuenta con el *software* SGI Almera, el cual dispone de un módulo denominado “Riesgos”, que a su vez contiene la pestaña ‘Eventos’ donde se realiza el reporte y compilación de todos los fallos en la atención para su debida clasificación en: indicios de atención insegura, incidentes y eventos adversos, con el respectivo análisis. La gestión busca identificar las acciones inseguras para intervenirlas y prevenir nuevos eventos. Este es el *software* que almacena toda la información, como insumo para el diligenciamiento de los indicadores.

2.4. Procesos institucionales seguros

La institución, basada en la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” V2 (12), la cual contiene los componentes fundamentales de un programa institucional de seguridad del paciente e indicaciones de implementación y monitoreo, adaptó e implementó

la mayoría de estos, los cuales se enuncian a continuación y se amplían en el capítulo 5.

Las guías técnicas adoptadas por el hospital, son:

- *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos clave relacionados con la seguridad del paciente* (13)
- *Modelo pedagógico* (14)
- *Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud* (15)
- *Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos* (16)
- *Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas* (17)
- *Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos* (18)
- *Prevenir úlceras por presión* (19)
- *Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales* (20)
- *Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio* (21)
- *Reducir el riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares* (22)
- *Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea* (23)
- *Reducir riesgo de la atención del paciente crítico* (24)
- *Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental* (25)
- *Prevención de la malnutrición o desnutrición* (26)
- *Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria* (27)
- *Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos* (28)
- *Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes* (29)
- *Prevenir el cansancio en el personal de salud* (30)
- *Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado* (31)

Capítulo 3

Política de seguridad del paciente

La ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, consciente de su protagonismo como centro de referencia para la atención en salud de la población de Caldas y congruente con la responsabilidad social que esto significa, enuncia en la misión la seguridad del paciente como pilar del proceso de atención: “Somos el Hospital Público Universitario del Departamento de Caldas que presta servicios de mediana y alta complejidad con calidad, atención humanizada y segura para mejorar la salud de nuestra gente”. También incluye en sus objetivos institucionales “Obtener y mantener la acreditación en salud” y “Promover el modelo de atención SOFÍA para el bienestar de nuestra gente”.

La institución cuenta con una política de seguridad del paciente, que reza: “Brindamos siempre una atención confiable, con mentes y manos seguras que identifican y controlan los riesgos, con el propósito de lograr mayores beneficios y resultados clínicos a nuestros pacientes, en un ambiente apropiado para aplicar los mejores conocimientos y tecnologías, obteniendo reconocimiento y preferencia de la comunidad, destacándonos como una institución con estándares de calidad superior”. El Hospital utiliza el correo electrónico institucional como herramienta de difusión de información (figura 2).

El área de garantía de calidad contiene el procedimiento de seguridad del paciente, estructura fundamental cuyo propósito es definir estrategias para facilitar la apropiación de buenas prácticas en seguridad del paciente, acordes con el conocimiento científico disponible para promover en la actividad habitual un entorno seguro a partir de la identificación y control de los riesgos, la detección, análisis y mejoramiento de fallas, que permitan disminuir la incidencia de eventos adversos y sus consecuencias en la salud del paciente y su grupo familiar.

El alcance de este procedimiento aplica para los procesos institucionales e incluye la participación del paciente y su familia. Sus políticas de operación son:

- Política institucional de seguridad del paciente
- Política institucional de calidad

La política orienta el diseño e implementación de estrategias de identificación, prevención y control de riesgos asociados a la atención en salud, con base en una cultura de seguridad que genere confiabilidad en la prestación de los servicios y afiance el liderazgo del Hospital en el logro de mejores resultados clínicos para los pacientes.

Figura 2. Política de seguridad del paciente



Fuente: Galería de imágenes Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas.

Los objetivos de la política de seguridad del paciente son los siguientes:

- Incluir el enfoque de riesgos de seguridad del paciente, en los lineamientos directivos para fortalecer la prestación de los servicios de salud.
- Promover una cultura de seguridad del paciente en todos los niveles tanto administrativos como asistenciales, involucrando y vinculando a todos los colaboradores de la institución.
- Fomentar la aplicación de las herramientas definidas en el programa de atención segura, con el fin de disminuir la manifestación de los riesgos en la atención a pacientes.
- Lograr la participación del paciente y su familia en el proceso de atención segura.
- Generar confiabilidad y reconocimiento con los clientes externos (aseguradores, otros prestadores, entes de vigilancia y control y comunidad en general).

El programa de atención segura se definió como un tema fundamental en la inducción institucional. En este espacio se difunde la política de seguridad del paciente, el aplicativo por medio del cual se pueden reportar y compilar todos los eventos de seguridad presentados. Es así como, durante los últimos tres años se han capacitado en estos aspectos a 470 cola-

boradores durante el proceso de inducción. Como mecanismo para afianzar y garantizar la apropiación de la política, se realizan de forma permanente actividades de difusión y apropiación de la política con el personal asistencial, administrativo, contratistas, estudiantes, pacientes y visitantes, por medio de la promoción del eslogan: “Santa Sofía Siempre Segura” o “Súmate con mentes y manos seguras”.

En la intranet se diseñó el minisitio “Seguridad del paciente”, en el cual se encuentran como herramien-

tas de consulta permanente y desde cualquier computador del hospital, la política, el programa de atención segura, las buenas prácticas para la seguridad del paciente, la estrategia “El servicio más seguro para todos” —que tiene como propósito realizar la gestión de los riesgos priorizados para la seguridad—, los programas de vigilancia de riesgos —alertas y protocolos de farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia y reactivo-vigilancia—, y píldoras formativas. Con todo lo anterior se busca fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el Hospital (figura 3).

Figura 3. Minisitio “Seguridad del Paciente”



Fuente: Intranet del Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas.

El Hospital definió un espacio para que el nivel gerencial evalúe el plan de trabajo diseñado para la seguridad del paciente. Se trata del Comité de Seguridad del Paciente, presidido por el gerente, con la participación de: el asesor de garantía de la calidad, el subdirector científico, el coordinador de talento humano, un referente de seguridad del paciente, un referente de infecciones y todos los coordinadores médicos y de enfermería de los procesos asistenciales.

El programa de atención segura determina el procedimiento para la gestión de un evento centinela, considerándolo como el evento en salud que más repercusión tiene en la calidad de la atención, contempla la atención inmediata que se le brinda al paciente y el acompañamiento que se le da a este y su familia y al equipo de salud involucrado.

La identificación de eventos de seguridad se hace mediante búsqueda activa en revisión de histo-

rias clínicas o rondas de seguridad, así como en los reportes que realizan todos los colaboradores, quienes —por medio del usuario y contraseña asignados para el manejo del *software* de calidad SGI Almera— realizan la notificación del evento. Para los colaboradores que no cuentan con permisos o quieren hacer un informe anónimo, se ha creado un usuario y contraseña general denominados “INVITADO-INVITADO”; este, además, lo pueden utilizar los auditores de las entidades aseguradoras, al igual que las manifestaciones de los usuarios relacionadas con prácticas inseguras durante el manejo médico asistencial. Lo anterior, para facilitar el reporte, análisis, gestión y monitorización constante de los incidentes y eventos adversos por medio del módulo de riesgos, en el *software* SGI Almera.

En la figura 4 se muestra la información que se registra en el Módulo de Riesgos para el reporte de eventos de seguridad del SGI Almera.

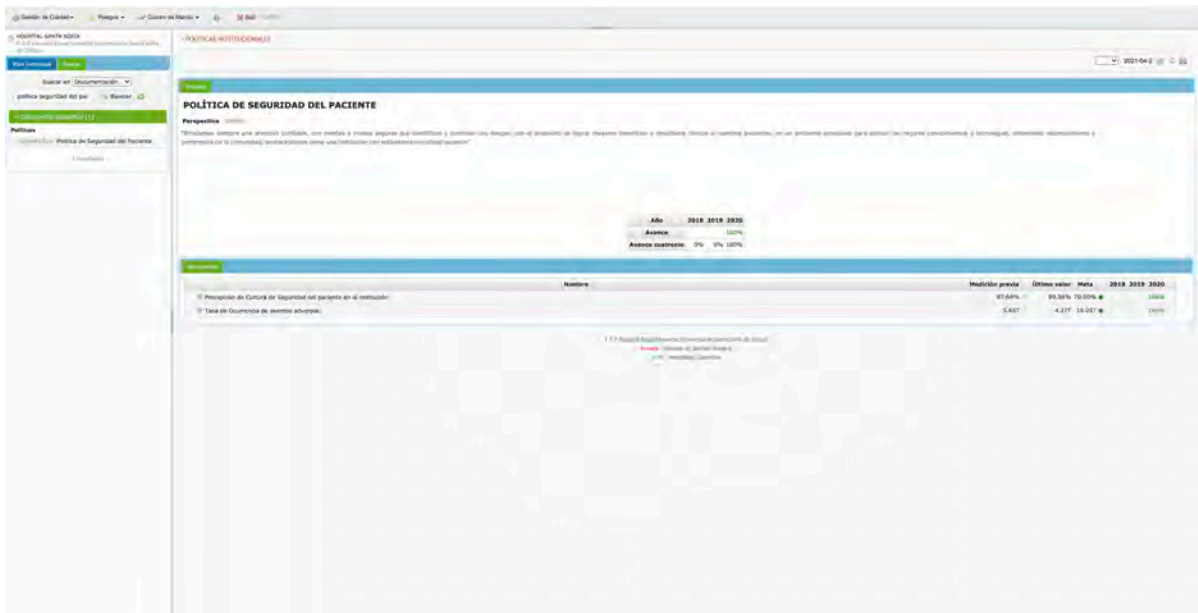
Figura 4. Módulo para el registro de eventos de seguridad

Fuente: Software SGI Almera, riesgos, registrar evento.

Así mismo, en la vigencia 2021 se definieron dos indicadores para medir el impacto y apropiación de la política de seguridad del paciente: percepción de cultura de seguridad del paciente y tasa de ocurrencia de eventos adversos.

Durante el 2020 el resultado de medición de la política de seguridad del paciente fue del 100 % (figura 5).

Figura 5. Política de seguridad



Fuente: SGI Almera, políticas institucionales.

Capítulo 4

Cultura de la seguridad del paciente

La seguridad del paciente en la institución se fundamenta en la gestión de las cuatro líneas (12,32) que se muestran en la figura 6.

Figura 6. Cultura de la seguridad del paciente



Fuente: Intranet Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, Boletín Tips Sofía.

• Línea 1. Gestión del riesgo

- Taxonomía en seguridad del paciente (definición y siglas, estructura para la planeación estratégica y gestión del programa de atención segura).

- Identificación y evaluación de riesgos a partir de la metodología AMFE.
- Riesgos más frecuentes por servicio y por programa de vigilancia (hemovigilancia, reactivovigilancia, farmacovigilancia y tecnovigilancia).
- Plan de intervención para el control de riesgos.

• Línea 2. Gestión de los eventos adversos

- Educación y participación del paciente y su familia en su seguridad.
- Rondas de seguridad del paciente.
- Gestión de problemas relacionados con la seguridad del paciente, identificación y reporte de indicios de atención insegura, incidentes y eventos adversos.
- Clasificación y análisis de incidentes y eventos adversos.
- Atención del evento adverso.

• Línea 3. Sistema de monitoreo de seguridad

- Monitorización de indicadores para la seguridad del paciente, evaluación del programa de atención segura.
- Metodología para el análisis de eventos adversos: espina de pescado, protocolo de Londres y algoritmo de Naranjo.
- Categorías de los eventos adversos.

- Acciones inmediatas tras un evento centinela.
- Reporte de eventos a entidades de control, como el INVIMA.

• **Línea 4. Cultura de seguridad del paciente**

- Metas institucionales para la seguridad del paciente.
- Buenas prácticas para la seguridad del paciente.
- Capacitación para el fortalecimiento de la seguridad del paciente en todos los frentes (colaboradores, paciente y familia).

Los objetivos de la política de seguridad del paciente se evalúan midiendo la percepción que tienen los colaboradores con respecto al nivel de implementación de la cultura de seguridad. Esta medición se hace aplicando la encuesta mundial de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) que contempla nueve dimensiones, pero que la institución—considerando la importancia que representa—, la amplió con algunas preguntas que se adaptaron para una mejor comprensión de los colaboradores.

A continuación, se relacionan los aspectos que incluye la encuesta referente de la AHRQ.

Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales. Encuesta de la AHRQ con sus dimensiones (33)

Sección A: Su área/unidad de trabajo

Sección B: Su supervisor/director

Sección C: Comunicación

Sección D: Frecuencia de sucesos notificados

Sección E: Grado de seguridad del paciente

Sección F: Su hospital

Sección G: Número de sucesos notificados

Sección H: Características de los encuestados

Sección I: Sus comentarios

En la tabla 3 se relacionan los ítems de la encuesta que se aplica en el Hospital anualmente; en ella se define el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud.

Tabla 3. Encuesta de percepción de seguridad del paciente. Hospital Universitario Departamental Santa Sofía de Caldas

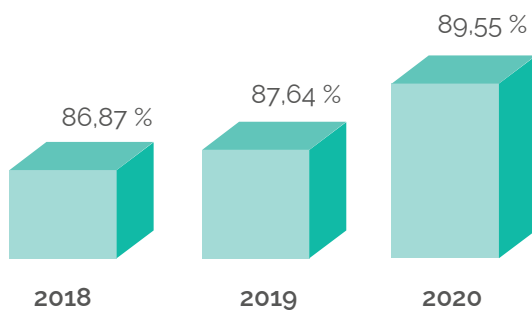
| | |
|------------------|--|
| Sección A | Trabajo en equipo en los servicios asistenciales |
| Sección B | Expectativas del coordinador que promueven la seguridad |
| Sección C | Aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo de la cultura de seguridad de los pacientes |
| Sección D | Apoyo y soporte de la institución para la seguridad del paciente |
| Sección E | Percepciones generales de la seguridad del paciente |
| Sección F | Retroalimentación y comunicación sobre eventos adversos e incidentes |
| Sección G | Estado de la comunicación sobre la seguridad de los pacientes |
| Sección H | Frecuencia de reporte de eventos o incidentes |

| | |
|------------------|--|
| Sección I | Trabajo en equipo entre los servicios de la institución |
| Sección J | Personal de la institución |
| Sección K | Seguridad en los traslados en la institución |
| Sección L | Respuesta no punitiva al error |
| Sección M | Por favor, evalúe el grado general de la seguridad del paciente en su servicio |

Fuente: SGI Almera.

A continuación, se presentan los resultados de la medición de la cultura por la seguridad del paciente, obtenidos en 2018, 2019 y 2020.

Figura 7. Encuesta de percepción de seguridad del paciente. Hospital Universitario Departamental Santa Sofía de Caldas



Fuente: SGI Almera. Encuesta cultura de seguridad del paciente. Procedimiento Seguridad del paciente.

En la medición correspondiente al 2020, los ítems mejor calificados fueron:

1. Trabajo en equipo en los servicios asistenciales, con un 97 % de respuestas positivas.
2. Estado de la comunicación sobre la seguridad de los pacientes, con un 96 % de respuestas positivas.
3. Retroalimentación y comunicación de incidentes y eventos, con un 95 %.

Como aspectos sobresalientes en la cultura de seguridad se observa mejora constante en las variables, entre 2019 y 2020, en ítems como el trabajo en los procesos asistenciales, la comunicación sobre la seguridad de los pacientes y la frecuencia del reporte de eventos adversos o incidentes. Para garantizar la participación de los colaboradores de la ESE en el diligenciamiento de la encuesta, se realizó una convocatoria a todos los perfiles asistenciales y administrativos de la institución por medio de correo electrónico, perifoneo y voz a voz; se les invitó a responder el formulario a través de Google Forms, mecanismo que facilitó la participación de más colaboradores.

Los siguientes son aspectos que el hospital ha mejorado, a partir del reporte de los fallos en la atención y que le han permitido identificar acciones inseguras para el análisis de los eventos adversos, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad:

- Integración de los riesgos para la seguridad del paciente en la matriz institucional de gestión del riesgo desde 2018.
- Implementación de un esquema de profesionales de enfermería las 24 horas del día en los procesos de atención integral en cuidado crítico (unidades de cuidado intensivo y cuidado intermedio), atención integral en hospitalización y atención integral en urgencias, con el fin de mejorar la seguridad en la administración de medicamentos.

- Construcción de una guía para la inducción específica del personal de enfermería, durante un mes, en la que se socializan y realizan tutorías para la apropiación de las prácticas seguras aprobadas en la institución.
- Implementación progresiva de dosis unitaria de los medicamentos que representan mayor riesgo en la reconstitución, como los antibióticos.
- Adecuaciones en infraestructura en la unidad de cuidado intensivo, quirófanos, centro cardiovascular, cardiología no invasiva, urgencias, imagenología y central de esterilización.
- Fortalecimiento en la selección para adquisición de dispositivos y equipos con el fin de minimizar los riesgos asociados a la atención en salud, como monitores, calentadores de líquidos, sistema de calentamiento de pacientes, camas eléctricas, angiógrafo, tomógrafo, ecógrafos, mamógrafo, ecocardiógrafo, arco en C, rayos X portátiles y fijo, torres de laparoscopia, reprocesador de equipos de endoscopia, actualización de los sistemas de esterilización (óxido de etileno y plasma), automatización del laboratorio clínico, impresoras para manillas de identificación de pacientes, rótulos para muestras de laboratorio y creación de un *software* para asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos, entre otros.
- Elaboración y socialización con el personal asistencial de guías rápidas para manejo de los equipos que van haciendo parte de la renovación tecnológica institucional.
- Actualización permanentemente de las guías y protocolos para estandarizar procesos seguros a partir de la identificación y control de riesgos asociados al procedimiento.

Capítulo 5

Buenas prácticas de seguridad del paciente

Desde 2010, el Hospital viene desarrollando las siguientes guías para el control de los riesgos clínicos más frecuentes de los pacientes:

- Identificación correcta del paciente y muestras de laboratorio
- Identificación del riesgo y prevención de caídas
- Prevención de lesiones y úlceras por presión
- Cirugía segura

El mecanismo implementado desde la vigencia 2015 para la evaluación de los riesgos, aplicando la metodología AMFE, ha permitido concentrar la participación del equipo de salud, y así se ha logrado ejecutar el componente proactivo para la gestión de los riesgos.

De igual forma, se han integrado los riesgos asociados a la seguridad del paciente al mapa de riesgos institucional desde la vigencia 2018. Es de anotar que lo anterior fortalece la sistematicidad y el seguimiento a los controles específicos de los riesgos, pues se encuentra publicado en el SGI Almera (figura 8).

Las buenas prácticas de seguridad del paciente se han documentado como protocolos, tomando

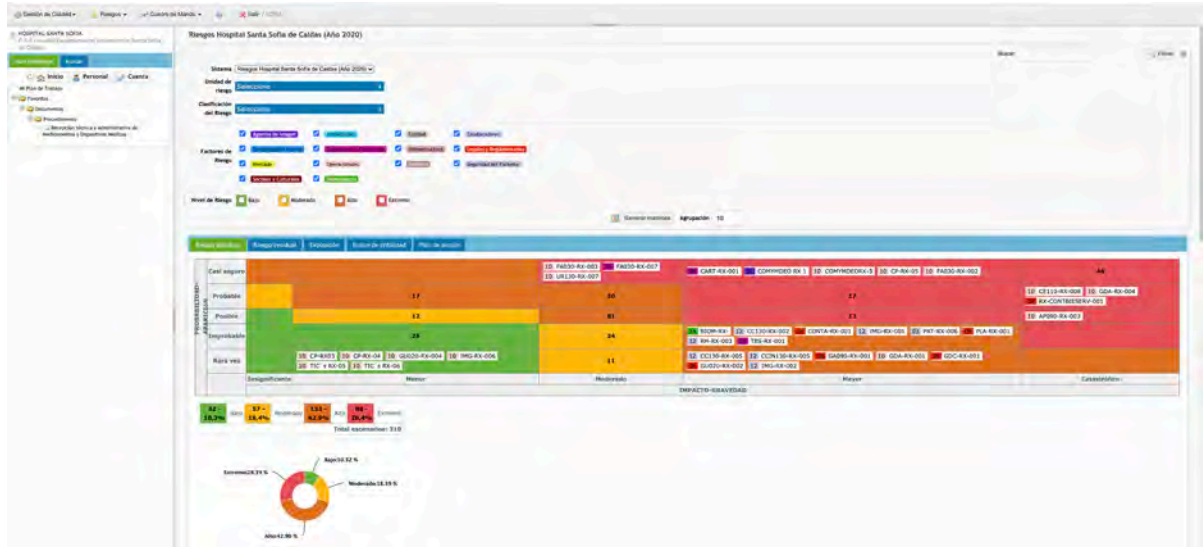
como guía los paquetes instruccionales emanados del Ministerio de Salud y Protección Social y de acuerdo con los riesgos más frecuentes identificados en la atención. El Hospital cuenta con un instructivo que orienta la construcción de protocolos, con el fin de generar documentos detallados que respondan a la necesidad de mitigación de los riesgos específicos y faciliten la comprensión e interiorización por parte del personal que brinda la atención.

Los protocolos de buenas prácticas para la seguridad del paciente se han implementado de forma gradual, de acuerdo con las metas internacionales de la OMS y los riesgos más frecuentes para los pacientes en la institución. Los paquetes instruccionales definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, que aplican a la ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, son:

• Procesos institucionales seguros

- Seguridad del paciente y la atención segura
- Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos clave relacionados con la seguridad del paciente

Figura 8. Matriz de Riesgos SGI Almera Santa Sofia de Caldas



Fuente: SGI Almera, Módulo riesgos.

• **Procesos asistenciales seguros**

- Detección, prevención y reducción de infecciones asociadas con la atención en salud
- Aumento de la seguridad en la utilización de medicamentos
- Prevención y reducción de la frecuencia de caídas
- Incremento de la seguridad en los procedimientos quirúrgicos
- Prevención de úlceras por presión
- Identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales
- Identificación correcta del paciente y de las muestras de laboratorio
- Reducción del riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares
- Prevención de complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea
- Reducción del riesgo en la atención del paciente crítico
- Reducción del riesgo en la atención de pacientes con enfermedad mental
- Prevención de la malnutrición o desnutrición

- Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria
- Creación del sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.

• **Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales (este es el nombre dado por el ministerio)**

- Gestión y desarrollo de la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
- Prevención del cansancio en el personal de salud
- Procedimientos de consentimiento informado funcionales

A continuación, se describen breves apartes de los principales avances en algunos de ellos.

5.1. Identificación correcta de pacientes en los procesos asistenciales

El protocolo “Identificación correcta del paciente y de muestras de laboratorio” se documentó ali-

neando las metas internacionales de la OMS para la seguridad del paciente. Su propósito es garantizar la identificación segura, rápida y confiable durante todo el proceso de atención, aplicando continuamente la verificación cruzada del paciente y utilizando las herramientas disponibles.

El protocolo contiene los siguientes procedimientos:

- Valoración inicial, confirmación de datos de identificación e indicaciones de uso
- Precauciones para el uso adecuado de la manilla de identificación
- Momentos para la verificación
- Identificación correcta de las muestras de laboratorio
- Identificación de los pacientes con riesgo de fuga

Para garantizar la identificación correcta de los pacientes, el Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas ha implementado cuatro mecanismos:

- **Manillas impresas.** La manilla cuenta con nombres y apellidos completos, número de identifica-

ción, edad, fecha de ingreso y RH. Se utiliza para los pacientes que ingresan a los procesos de atención integral en urgencias, atención integral en hospitalización y atención integral en cuidado crítico (unidades de cuidado intensivo y cuidado intermedio) (figura 9). Estas manillas cuentan con código de barras para la identificación del paciente y con casilla para fijar adhesivo después de identificar los riesgos resultantes de la aplicación de escalas establecidas. Para ello, se realiza valoración del riesgo de caída utilizando la escala Crichton, de acuerdo con la información suministrada por el paciente y/o historia clínica; en caso de riesgo alto se semaforiza con adhesivo color rojo.

En el caso de los pacientes que manifiestan antecedentes de alergias, se hace la semaforización con adhesivo amarillo y se registra en el tablero de identificación el medicamento que le causa alergia, con un marcador permanente; además, se consigna en la historia clínica a través de Hosvital Clínico. De igual forma se procede si el paciente tiene riesgo de úlceras por presión, en cuyo caso la semaforización del riesgo se hace con adhesivo color verde.

Figura 9. Manilla impresa de identificación de pacientes



Fuente: SGI Almera, protocolo Identificación correcta del paciente y muestras.

- **Manillas manuales.** Estas se diligencian con lapicero de color negro y letra legible, y los datos solicitados: nombres y apellidos completos, número de identificación, edad, fecha de ingreso y observaciones. Este tipo de manilla se utiliza para los pacientes que ingresan a los servicios de cirugía ambulatoria,

centro cardiovascular, cardiología no invasiva, imagenología; toda vez la prestación del servicio es de tipo ambulatorio, para exámenes diagnósticos, terapéuticos y procedimientos quirúrgicos, cuya duración en la institución es igual o menor a 6 horas (figura 10).

Figura 10. Manilla manual para identificación de pacientes



Fuente: Galería de imágenes HDUSSC.

- **Sticker de identificación.** Se diligencia con los nombres completos y número de identificación del paciente en el proceso de atención integral en consulta externa, laboratorio clínico, imagenología (rayos X, tomografía, resonancia, laboratorio de epilepsia y trastornos del sueño) y rehabilitación. Se utiliza para usuarios que entran a procedimientos ambulatorios, cuya permanencia en el hospital es inferior a 6 horas (figura 11).

Figura 11. Sticker de identificación del paciente

Fuente: SGI Almera, protocolo Identificación correcta del paciente y muestras de laboratorio.

- **Tablero de identificación.** Se ubica en la cabecera de cada cama y se diligencia realizando verificación cruzada con los datos registrados en la manilla de identificación y con el paciente (figura 12).

Figura 12. Tablero de identificación del paciente. Servicios de urgencias y hospitalización

Fuente: SGI Almera, protocolo Identificación correcta del paciente y muestras de laboratorio.

Desde la admisión del paciente al Hospital en cualquiera de los servicios, el encargado de facturación verifica con el paciente o su familia y el documento de identificación los datos completos para realizar de manera correcta el registro en el sistema de información Hosvital. Así mismo, antes de la aplicación de cualquiera de los mecanismos de identificación, se verifican en voz alta con el paciente o su familia los datos de identificación y se valoran los riesgos de caída, úlceras por presión y antecedentes de alergias, que se semaforizan en la manilla o *sticker* con adhesivos de color rojo, verde y amarillo respectivamente.

Se le explica al paciente y a la familia los beneficios de utilizar la manilla o *sticker* de identificación durante su permanencia en el Hospital, y el personal responsable de la atención realiza verificación cruzada en cada momento de contacto con el paciente, comprobando su identidad mediante tres mecanismos: verbal, manilla e historia clínica.

Los momentos en que se verifica la identificación son:

- En la admisión del paciente en cualquier servicio.
- Antes de la valoración de triage.
- Antes de la valoración física del paciente.
- Antes de registrar la evolución y formulación del paciente.
- En la recepción de medicamentos.
- Antes de administrar medicamentos.
- Antes de administrar componentes sanguíneos.
- Antes de la administración de las dietas o nutriciones.
- Antes de la toma de muestras de laboratorio.
- Antes del traslado del paciente intra y extrainstitucionalmente.

Para los pacientes que no aportan documentación, y por consiguiente no es posible conocer su identidad, se describe en la manilla de identificación en el espacio de nombre y apellidos: NN, género, número de identificación: adulto sin identificación (ASI), fecha de ingreso y el consecutivo (01, 02, 03.) —por ejemplo: ASI 2411201901—.

5.1.1. Identificación correcta de las muestras de laboratorio y patología

Desde el proceso de admisión hasta la comunicación de los resultados, se debe realizar verificación cruzada, asegurando que durante todo el proceso preanalítico, analítico y postanalítico se ejecutan acciones que previenen posibles fallas de identificación de las muestras. Para lo cual se establecen las siguientes barreras:

- Identificación en la solicitud de muestras y/o paraclínicos: verificación de la identificación correcta del paciente, paraclínicos que se van a solicitar, comprobando resultados recientes. En caso de ingreso ambulatorio, se debe confirmar concordancia de datos de identificación y datos de la solicitud médica.
- Verificación cruzada: se realiza antes de la toma de las muestras.

- Sistema de código de barras para la identificación de las muestras: todas las muestras de laboratorio que se tomen deben contar con el *sticker* de código de barras para su identificación, garantizando aún más la seguridad durante su procesamiento (figura 13).

Figura 13. Código de barras para la identificación de muestras de laboratorio clínico



Fuente: Galería de imágenes Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas.

El proceso de atención se puede ver afectado por actividades críticas de tipo asistencial —administrar un medicamento, efectuar un procedimiento de enfermería, una terapia física o de rehabilitación cardíaca, tomar o recibir una muestra de laboratorio, la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o de habilitación y rehabilitación, entre otros—. Sin embargo, la cultura de seguridad que se ha fomentado permite la adherencia a la doble verificación de la identidad del paciente. Esta práctica se fortalece durante las rondas realizadas por el grupo de seguridad, quienes, de manera permanente a través de acciones de educación y capacitación a pacientes y familiares, informan sobre la importancia de facilitar al personal la verificación de la correcta identificación (tabla 4).

Tabla 4. Lista de chequeo de identificación segura del paciente

| Criterio | Cumple | No cumple | No aplica |
|---|--------|-----------|-----------|
| El paciente está correctamente identificado con alguno de los mecanismos establecidos por la institución. | | | |
| El mecanismo de identificación es adecuado con la estancia y/o procedimiento para el cual ingresa el paciente a la institución. | | | |
| Los datos registrados están completos y legibles (aplica también para la manilla manual). | | | |
| La manilla está ajustada al tamaño del sitio donde se instaló para que no cause lesiones. | | | |
| Confirma con el paciente y/o familia y el documento de identificación los datos del paciente. | | | |
| Los datos registrados en la manilla de identificación y el tablero son iguales. | | | |
| Verifica en voz alta con el paciente, tablero e historia clínica antes de cualquier procedimiento (verificación cruzada). | | | |
| Durante el proceso de atención, siempre se dirigen al paciente por su nombre completo. | | | |
| El paciente/familia comprendieron la importancia de la manilla de identificación. | | | |
| Los formatos físicos: hoja de gastos, consentimiento informado y otros formatos que se manejen en este servicio, se encuentran diligenciados en forma correcta: no tienen tachones ni enmendaduras, la letra es legible y el encabezado completo con los datos del paciente. | | | |
| Cuando se realiza un procedimiento diagnóstico terapéutico, los frascos y tubos de ensayo donde se depositan las muestras (biopsias) se rotulan frente al paciente, previa verificación doble (nombres y apellidos contra el documento de identidad), y de acuerdo con la solicitud del examen. | | | |

La buena práctica de identificación se evalúa por medio de una lista de chequeo que, a junio del 2020, tenía un porcentaje aproximado de cumplimiento del 80 %. El criterio mejor calificado fue “El paciente/familia comprendieron la importancia de la manilla de identificación”; el ítem con calificación más baja fue “Verifica en voz alta con el paciente, tablero e historia clínica antes de cualquier procedimiento (verificación cruzada)”. Para 2021 la adherencia a la práctica de identificación se encuentra en un 91 %. El criterio mejor calificado es “Durante el proceso de atención, siempre se dirigen al paciente por su nombre completo”; el que tiene menor cumplimiento es “Cuando se realiza un procedimiento diagnóstico terapéutico, los frascos y tubos de ensayo donde se depositan las muestras (biopsias) se rotulan frente al paciente previa verificación doble (nombres y apellidos contra el documento de identidad)”.

Con el objetivo de mejorar las barreras de seguridad para la identificación del paciente, se documentan e

implementan indicadores de seguimiento a fallas de identificación en los servicios de urgencias, hospitalización y porcentaje de muestras rechazadas por esta razón.

5.2. Manejo seguro de medicamentos

El manejo seguro de los medicamentos se debe garantizar desde el momento de ingreso del paciente al servicio de urgencias. El médico que presta la atención inicial indaga sobre los medicamentos que actualmente consume el paciente para el tratamiento de patologías de base, con el fin de hacer reconciliación medicamentosa. Esta información se registra en la historia clínica, lo cual reduce la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos por interacciones medicamentosas. Para esto, el Hosvital clínico cuenta con parametrización para registrar la reconciliación medicamentosa (figura 14).

Figura 14. Reconciliación medicamentosa Hosvital

RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

Pagina 1 Pagina 2

DATOS INICIALES

RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS - ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

ALERGIA A MEDICAMENTOS: CUÁLES:

FUENTE DE LA INFORMACIÓN FUENTE DEL MEDICAMENTO

FÓRMULA MÉDICA MEDICACIÓN HABITUAL FORMULADA POR MÉDICO DE CABECERA

PACIENTE FORMULADA EN LA FARMACIA

FAMILIA FORMULADA EN ALTA DE HOSPITALIZACIÓN PREVIA

HISTORIA CLÍNICA RECOMENDACIÓN DE FAMILIAR O ALLEGADO

MÉDICO TRATANTE - EPS PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

¿EL PACIENTE TOMA MEDICAMENTOS?

MEDICAMENTOS SIN FÓRMULA Y AUTOMEDICADOS

MEDICAMENTOS

| | MEDICAMENTO | CONCENTRACIÓN, DOSIS, FRECUENCIA Y VÍA | ORDEN MÉDICA |
|---|----------------------|--|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

WCapEncu

tes que lo requieran para el diagnóstico, prevención o tratamiento de una enfermedad, minimizando el riesgo de efecto adverso indeseado y prevenible.

Este protocolo incluye los siguientes procedimientos:

- Reconciliación de medicamentos.
- Formulación del medicamento.
- Revisión del plan de tratamiento.
- Dispensación del medicamento.
- Distribución y transporte de medicamentos desde la farmacia.
- Recepción y transporte del medicamento.
- Administración del medicamento al paciente.
- Supervisión del medicamento por el profesional de enfermería.

- Seguimiento al efecto terapéutico del medicamento.
- Reacciones adversas medicamentosas.

El protocolo cuenta con los siguientes anexos:

- Dilución y preparación de medicamentos.
- Listado de medicamentos de alto riesgo.
- Instructivo del diligenciamiento de la tarjeta de medicamentos.
- Vías de administración parenteral de medicamentos.
- Manejo de derrames y ruptura de medicamentos.

Desde la recepción en el servicio farmacéutico de los medicamentos de alto riesgo se realiza el etiquetado con el *sticker* correspondiente (figura 15).

Figura 15. *Sticker* medicamentos de alto riesgo y LASA



Fuente: SGI Almera, protocolo Manejo seguro de medicamentos de alto riesgo y LASA.

En el proceso de atención asistencial, las barreras de seguridad se aplican en el momento de la formulación por el médico con el doble chequeo de principio activo, concentración, forma farmacéutica, dosis, frecuencia, cantidad necesaria para la dosis solicitada y posibles interacciones y reacciones alérgicas.

También se cuenta con las recomendaciones que facilitan la correcta formulación, según el grupo farmacológico, y se registran en la historia clínica todas las observaciones que se consideren pertinentes para la correcta administración por parte del personal de enfermería, quien puede consultar con el químico

farmacéutico las recomendaciones de la ficha de seguridad Medicamento de Alto Riesgo (MAR).

Las barreras de seguridad que se aplican para el manejo seguro de los medicamentos de alto riesgo son:

- Dispensación con aplicación de los “5 correctos”: paciente, medicamento, dosis, presentación, cantidad de unidades formuladas.
- En la recepción en los servicios asistenciales se verifica conjuntamente con el auxiliar de farmacia la correcta identificación de los medicamentos con el adhesivo correspondiente.

- Almacenamiento de los medicamentos por paciente, en las cantidades que correspondan con la fórmula médica; no se dejan diferencias por exceso o por defecto.
- Antes de la administración del medicamento, se realiza doble chequeo con la tarjeta y se aplican los “10 correctos”.
- La preparación del medicamento solo se realiza en el momento antes de la administración y se rotula con el nombre del paciente, número de identificación, nombre del medicamento, concentración, fecha y hora de preparación, fecha y hora de vencimiento y responsable de la preparación.
- Se deben desechar los residuos, de acuerdo con las indicaciones institucionales.
- Se hace seguimiento de la terapia, evaluando la respuesta del paciente al medicamento, buscando signos y síntomas que indiquen reacciones adversas asociadas.
- También se cuenta con el protocolo “Administración de medios de contraste”, el cual indica que durante la administración vía endovenosa de medios de contraste, se debe minimizar el riesgo de lesiones en el paciente, mediante la identificación temprana de antecedentes alérgicos (lista de verificación), y de los síntomas característicos de las diferentes reacciones que se pueden presentar durante el estudio radiológico. Se debe asegurar una óptima calidad de la imagen en el estudio radiológico, mediante la estandarización de las cantidades y flujos de administración del medio de contraste y de una adecuada administración del mismo con el manejo correcto del inyector, para evitar la ocurrencia de eventos adversos en el paciente y el rechazo de estudios por parte del radiólogo, ante una inadecuada técnica de contrastado.

La medición de adherencia al manejo seguro de medicamentos de alto riesgo y LASA por el programa de farmacovigilancia se implementó en 2018, con el seguimiento de los resultados, los cuales se socializan en el Comité de Seguridad del Paciente. Este seguimiento ha generado las siguientes acciones

para mejorar la seguridad en el manejo de dichos medicamentos:

- Rotulación individual de los medicamentos de alto riesgo y LASA desde el servicio farmacéutico.
- Identificación de los medicamentos con *sticker* en los servicios asistenciales durante la administración.
- Verificación cruzada durante la dispensación y la administración.
- Administración de medicamentos de alto riesgo y LASA exclusivamente por profesionales de enfermería.
- Seguimiento al efecto terapéutico por médico general y profesional de enfermería.
- Rondas de seguimiento, desde el programa de farmacovigilancia, con el fin de identificar riesgos o fallas latentes en el proceso de dispensación, almacenamiento y administración de medicamentos de alto riesgo.
- Identificación de alergias a medicamentos: en los pacientes que responden afirmativamente a la pregunta de alergias a medicamentos se agrega un *sticker* de color amarillo en la manilla de identificación; así mismo, se marca la alergia en el tablero de la cabecera y en la tarjeta de medicamentos.

Para el refuerzo de las buenas prácticas en el manejo de medicamentos, se lleva a cabo cada vigencia el Festival de Medicamentos, donde se realizan actividades lúdicas, dirigido a perfiles médicos, profesionales de enfermería, terapia respiratoria, químicos farmacéuticos, regentes y auxiliares de enfermería y farmacia (figura 16).

Adicionalmente, se llevan a cabo los encuentros de Seguridad, por medio de las cuales se realiza medición de adherencia a los protocolos establecidos en los servicios asistenciales. Esta información se encuentra digital en el SGI Almera (figura 17):

- Generales, normas de bioseguridad y presentación.
- Orden y aseo.

- Higiene de manos y manejo de soluciones antisépticas.
- Comunicación segura.
- Información y autocuidado.
- Manejo seguro de catéteres vasculares.
- Seguridad en los procedimientos diagnóstico-terapéuticos.
- Medicamentos.
- Asepsia y antisepsia.
- Manejo de residuos.

Figura 16. Invitación al Festival de Medicamentos



Fuente: Boletín Institucional Salud Hoy, Intranet HDUSSC.

Figura 17. Encuestas digitales de seguridad del paciente



Fuente: SGI Almería, encuestas, seguridad del paciente.

La figura 16 nos permite observar la lista de chequeo para la medición de adherencia al protocolo “Manejo seguro de medicamentos”. Esta herramienta se aplica mensualmente según procesos priorizados durante los encuentros de seguridad (tabla 5).

Tabla 5. Encuentros de seguridad, medicamentos

| Criterio | Sí | No | No aplica |
|--|----|----|-----------|
| Verifique que los pacientes con alergias a medicamentos están identificados de manera correcta: tienen el color amarillo en la manilla o <i>sticker</i> de identificación. | | | |
| Rotulación y diligenciamiento de formatos: los medicamentos inyectables, los medicamentos multidosis, los medicamentos envasados en jeringas y los líquidos endovenoso se encuentran correctamente identificados, y el rótulo diligenciado en todos sus campos. | | | |
| Buenas prácticas de almacenamiento: se evidencia que los medicamentos y medios de contraste se encuentran correctamente almacenados: balas de oxígeno sujetas a la pared, cajas sobre estibas, medicamentos alejados de la luz directa del sol o luz artificial, toma de factores ambientales al día y verificado a las horas indicadas—7 a. m. y 2 p. m.— y vencimientos inferiores a 6 meses debidamente semaforizados. El carro de paro del servicio se encuentra disponible y sellado; el candado instalado concuerda con el registrado. | | | |
| Prevención de extravasaciones y medicamentos: para los pacientes a quienes se les administren soluciones o mezclas y medios de contraste, se realiza el procedimiento de canalización de vena periférica según el protocolo institucional y se hace purga de la vena del paciente con solución salina, antes y después de la administración del medio de contraste y demás medicamentos. | | | |
| Correctos de administración: se cumple con los “10 correctos” en la administración de medicamentos y medios de contraste —paciente, medicamento, vía, dosis, hora, alergias, interacciones, registro, información al paciente y medidas de bioseguridad (lavado de manos, uso de guantes diferentes por paciente, así como el uso de todos los elementos de protección personal)—. | | | |
| Se cuenta con kit antiderrames debidamente rotulado y de conocimiento del personal. | | | |
| Los medicamentos de alto riesgo se encuentran debidamente identificados. | | | |
| Se tiene custodia de los medicamentos de control especial. | | | |

Fuente: SGI Almera, encuestas, seguridad del paciente, encuentro de seguridad del paciente.

Para el primer semestre de 2020 la adherencia al protocolo “Manejo seguro de medicamentos” fue del 73 % y el resultado para el primer trimestre de 2021 ascendió al 93 %. El ítem mejor calificado es “Prevención de extravasaciones y medicamentos: para los pacientes a quienes se les administren soluciones o mezclas y medios de contraste, se realiza el procedimiento de canalización de vena periférica según el protocolo institucional y se hace purga de la vena del paciente con solución salina, antes y después de la administración del medio de contraste y demás medicamentos”. El ítem con menor puntuación es “Rotulación y diligenciamiento de formatos: los medicamentos inyectables, los medicamentos multidosis, los medicamentos envasados en jeringas y los LEV se encuentran correctamente identificados y el rótulo diligenciado en todos sus campos”.

5.3. Identificación del riesgo y prevención de caídas

Lograr que tanto los pacientes como sus familiares tengan una estancia segura en las instalaciones del Hospital, disminuyendo el riesgo de caídas, es el objetivo que se propone el protocolo institucional “Identificación del riesgo y prevención de caídas”. Este protocolo presenta como objetivos específicos, los siguientes:

- Determinar los riesgos identificados en el proceso de atención y las barreras para neutralizarlos.
- Desarrollar destrezas en el personal de enfermería con la identificación de factores individuales y del ambiente que pueden desencadenar una caída.
- Identificar y valorar a la población con alto riesgo de caída con la escala Crichton.
- Minimizar en forma efectiva las complicaciones de las caídas optimizando el plan de cuidados de enfermería.

- Fomentar la aplicación de conductas y actuaciones seguras con los profesionales, pacientes y familiares.

Se tiene estandarizada la escala de Crichton modificada para la evaluación de factores de riesgo del paciente desde el ingreso. Los pacientes con puntuación ≥ 3 puntos se identifican con el *sticker* de color rojo en la manilla y en el tablero. Una vez realizada la valoración del riesgo, se registra en el plan de cuidados de enfermería, con el resultado de la valoración de la escala de Crichton y, según la calificación, se registran las barreras de seguridad para prevenir una caída, como:

- Mantenga la cama en posición baja, si es posible, y siempre con las barandas arriba y frenada.
- Ubique el timbre o sistema de llamado al alcance del paciente.
- Asista al paciente en las actividades de rutina de higiene y de eliminación.
- Verifique la presencia de la manilla de identificación en los pacientes con riesgo de caída.
- Asegúrese de que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente (bastones, andador, gafas, audífonos). Revisar cada 12 horas.
- Evite deambular por las instalaciones cuando el piso esté mojado (respetar señalización).
- Realice la educación al paciente y acompañante, haciendo énfasis en signos de alarma y precauciones.
- Mantenga al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, para evitar un episodio de hipotensión ortostática.
- Favorezca y oriente al acompañante permanente en los casos en que persista el alto riesgo de caída.
- Se le debe advertir al familiar acompañante que si se retira de la habitación, debe asegurarse de dejar las barandas arriba e informar al personal de enfermería.

Se indica al paciente y acompañante el funcionamiento de los dispositivos y ubicación de elementos que se encuentran en la habitación: timbre de llamado de enfermería, el cual debe quedar a la mano y se debe utilizar siempre que requiera ser atendido. Este timbre de llamado está instalado en la cama y en el baño. Se explica el funcionamiento de la cama para la movilización, cómo deben estar los frenos y las barandas; se enseña que existe una norma institucional que señala que un paciente acostado siempre debe tener las barandas elevadas. Se enseña la ubicación de la unidad sanitaria y el encendido de la luz. Por último, se informa sobre el uso adecuado del calzado, ropa indicada y se verifica el estado de las gafas o audífonos.

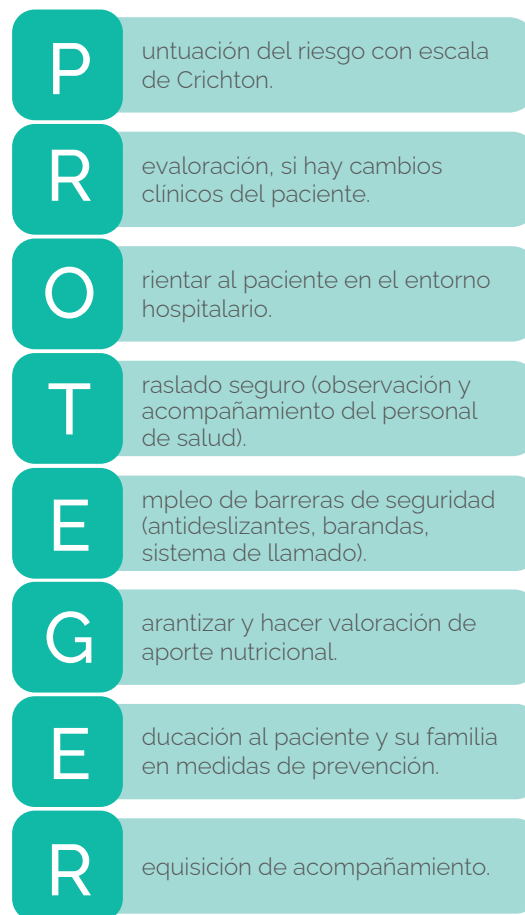
En los casos en que aplica acompañante permanente, se solicita el diligenciamiento del formato de consentimiento correspondiente y se dan las recomendaciones al cuidador, según protocolo de acompañamiento al paciente hospitalizado. Se verifica con el paciente y acompañante la comprensión de las indicaciones impartidas.

Para facilitar la interiorización de la estrategia, el grupo de seguridad del paciente diseñó una nemotecnia (PROTEGER) que recuerda cómo prevenir las caídas en el Hospital. Esta herramienta se utiliza como refuerzo en todas las capacitaciones relacionadas con las prácticas seguras (figura 18).

Para el primer semestre del 2020 la adherencia al protocolo “Identificación del riesgo y prevención de caídas” fue del 88 %, resultado que se mantiene para el primer trimestre de 2021. Los ítems mejor calificados son: “El personal médico, de enfermería y de apoyo conoce y aplica la escala de Crichton”, “Verifique que el área donde se encuentra el paciente no tenga situaciones que puedan generar riesgos de caída, como pisos húmedos, cables en el suelo y obstáculos, entre otros”. El ítem con menor

puntuación es “Verifique que los pacientes tienen el timbre de llamado a la mano, conocen cuál es su uso y se encuentra funcionando”.

Figura 18. Nemotecnia para la prevención de caídas PROTEGER



Fuente: SGI Almera, protocolo Identificación del riesgo y prevención de caídas.

5.4. Identificación del riesgo y prevención de úlceras por presión

El Hospital cuenta con el protocolo “Prevención de lesiones y úlceras por presión”. Desde el ingreso del paciente se realiza la evaluación del riesgo de úlceras por presión y lesiones de piel, mediante la aplicación

de la escala de Braden (tabla 6), dada la alta estandarización y validez de este instrumento. Los pacientes clasificados como riesgo alto se identifican con el *sticker* verde en la manilla y en el tablero, y en el plan de cuidado se establecen las barreras para la prevención de lesiones, entre las que se incluyen:

- Observar la integridad de la piel mientras se realiza la higiene, sobre todo las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura.
- Hidratar la piel con aceite de almendras, de naranja o ácidos grasos hiperoxigenados, con una periodicidad establecida en el programa de piel: piel seca cada 6 horas, piel normal cada 8 horas y piel húmeda cada 12 horas.
- No utilizar alcoholes.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
- Dedicar especial atención a las zonas donde existieron lesiones por presión.
- Restringir el uso de flotadores, bolsas plásticas debajo de las sábanas de movimiento, mezclas magistrales y talcos.
- Proteger con apósitos que simulan la piel, las áreas expuestas a fricción, roce o cizalla.
- Cuidar la piel en contacto con pañales, con barreras cutáneas a base de óxido de zinc, en capas muy delgadas.
- Controlar el exceso de humedad valorando y manejando los diferentes procesos que pueden originarla, mantener la cama limpia, seca y sin arrugas, hacer el cambio de sábanas cada vez que sea necesario, aplicar cremas a base de óxido de zinc, desmontar el uso de pañal y limpiar y secar los sitios de inserción de tubos de drenaje, traqueostomías y gastrostomías.
- En el caso de incontinencia fecal, en los pacientes en quienes no es posible controlar con medicamentos el factor desencadenante, se im-

planta el sistema de drenaje fecal como medida preventiva para ocurrencia de úlceras por presión asociadas a la humedad amoniacal.

Se cuenta con camas ergonómicas que permiten diferentes posiciones y facilitan el manejo del paciente que no se puede movilizar por sus propios medios. Se implementaron dispositivos que facilitan el manejo de la presión estática y dinámica al paciente, espumas de poliuretano, apósitos hidrocoloides y *fixomull* transparente para proteger la piel de fricción y roce. Se estableció la rotación de fijaciones de sondas de alimentación enteral cada 24 horas.

Dado que es alto el volumen de pacientes que ingresa al Hospital con lesiones por presión, debido a que es población adulta, que en ocasiones tiene deteriorada su capacidad motora y/o funcional, se creó una lista para el seguimiento de las lesiones existentes con el fin de evitar que aumenten o progresen; se estableció la nemotecnia EVITANDO (figura 19), para favorecer la recordación de las barreras de seguridad y prevenir las lesiones ocasionadas por la presión.

El resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en las distintas categorías puede oscilar entre 6 y 23 puntos. Según la puntuación se identifican los siguientes grupos de riesgo:

- Riesgo alto: < 12 (evaluación diaria).
- Riesgo moderado: 13-14 (evaluación diaria).
- Riesgo bajo: 15-16, si es < 75 años; 15-18 > 75 años (evaluación cada dos días).

Se cuenta con seguimiento a la evaluación de adherencia al protocolo “Prevención de lesiones y úlceras por presión (UPP)” en el módulo encuestas Almera; se aplica semanalmente en todos los servicios en los que se identifiquen los pacientes con riesgo (figura 20, tabla 7).

Tabla 6. Escala de Braden

| | Percepción sensorial | Exposición a la humedad | Actividad | Movilidad | Nutrición | Roce y peligro de lesiones cutáneas |
|---|------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | Completamente limitada | Constantemente húmeda | Encamado | Completamente inmóvil | Muy pobre | Problema |
| 2 | Muy limitada | Húmeda con frecuencia | En silla | Muy limitada | Probablemente inadecuada | Problema potencial |
| 3 | Ligeramente limitada | Ocasionalmente húmeda | Deambula ocasionalmente | Ligeramente limitada | Adecuada | No existe problema aparente |
| 4 | Sin limitaciones | Raramente húmeda | Deambula frecuentemente | Sin limitaciones | Excelente | |

Fuente: SGI Almera, protocolo "Prevención de lesiones y úlceras por presión".

Figura 19. Nemotecnia para la prevención de úlceras por presión EVITANDO

- E** valuar el riesgo (escala de Braden)
- V** igilancia activa (inspección diaria del estado del piel)
- I** ntegridad cutánea (mantener higiene e hidratación)
- T** ratamiento tópico (protección de la piel)
- A** livio de la presión (movilización y plan de cuidado específico)
- N** utrición (plan y seguimiento nutricional)
- D** ocumentar (registros de valoración, cambios en riesgo y cuidados realizados)
- O** rientar (educación a equipo de enfermería y cuidadores en cuidado de la piel)

Fuente: SGI Almera, protocolo Reducción del riesgo de atención del paciente crítico, prevención de lesiones y úlceras por presión.

Figura 20. Evaluación de adherencia protocolo "Prevención de lesiones y úlceras por presión"



Fuente: SGI Almera, encuestas, seguridad del paciente.

Tabla 7. Adherencia al protocolo "Prevención de lesiones y úlceras por presión" 2021, por criterio

| Criterio | Sí | No |
|--|----|----|
| Valora el riesgo del paciente de presentar UPP con la escala de Braden | | |
| Coloca el <i>sticker</i> verde en la manilla de identificación, cuando el riesgo es alto | | |
| Se explica al paciente el significado del <i>sticker</i> verde que tiene en la manilla de identificación | | |
| Realiza valoración de la piel del paciente identificando alteraciones (sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, etc.) | | |
| Revisa zonas expuestas a humedad (incontinencia, secreciones, estomas, drenajes) | | |
| Realiza lubricación de la piel para evitar la sequedad | | |
| Utiliza superficies de apoyo y protección local | | |
| Realiza los cambios posturales de acuerdo con la necesidad del paciente | | |
| Cuando se realizan los cuidados para prevenir las UPP se brinda un trato amable al paciente, llamándolo por su nombre | | |
| Brinda educación al paciente y su familia sobre la importancia de tomar precauciones para la prevención de UPP | | |
| Registra en la historia clínica los cuidados realizados para la prevención de UPP | | |

Fuente: SGI Almera, encuestas, seguridad del paciente, evaluación de adherencia protocolo "Prevención de úlceras por presión".

Para el primer semestre de 2020, la adherencia al protocolo “Identificación de lesiones y prevención de UPP” fue del 82 %, resultado que para el primer trimestre de 2021 ha mejorado hasta el 97 %; los ítems mejor calificados son: “Valora el riesgo del paciente de presentar UPP con la escala de Braden”, “Realiza valoración de la piel del paciente identificando alteraciones (sequedad, excoriaciones, eritema, maceración)”, “Revisa zonas expuestas a humedad (incontinencia, secreciones, estomas, drenajes)”, “Utiliza superficies de apoyo y protección local”, “Realiza los cambios posturales de acuerdo con la necesidad del paciente”. El ítem con menor adherencia fue “Se explica al paciente el significado del *sticker* verde que tiene en la manilla de identificación”.

La medición ha permitido identificar fortalezas, como el uso de la escala de Braden para la valoración del riesgo en los pacientes, la valoración de la piel del paciente para identificar alteraciones (sequedad, excoriaciones, eritema, maceración), la lubricación de la piel para evitar la sequedad, la utilización de superficies de apoyo y protección local y los cambios posturales de acuerdo con la necesidad del paciente.

De igual forma, ha orientado el mejoramiento continuo al identificar debilidades en la explicación que se brinda al paciente sobre el significado del *sticker* verde que tiene en la manilla de identificación.

5.5. Transfusión segura

Teniendo en cuenta los riesgos que conllevan las transfusiones sanguíneas, se implementó en 2016 el *software* SSOFTHIA RUNTS (registro único de transfusión sanguínea), el cual tiene como objetivo asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos administrados, minimizando los riesgos asociados a la comunicación y/o transcripción de órdenes médicas. Además, se ha garantizado que la provisión

de hemocomponentes se realice por parte de una institución reconocida en la región, por sus altos estándares de calidad, como banco de sangre.

Todo lo anterior, considerando que la seguridad de un paciente que precisa una transfusión de hemocomponentes, depende directamente de la exactitud y fiabilidad de los resultados de las pruebas pretransfusionales. Por consiguiente, los materiales de las pruebas y procedimientos son inspeccionados periódicamente, mediante un control de calidad interno y externo, de acuerdo con los manuales de calidad con que cuenta la institución.

Actualmente, el Hospital cuenta con el manual de “Procedimientos del servicio de transfusión sanguínea”, que permite estandarizar todas las actividades en el servicio de transfusión sanguínea para garantizar la calidad, seguridad y efectividad de los hemocomponentes antes de ser transfundidos al paciente, y sirve como ayuda para el correcto desempeño del profesional durante los procesos de manejo de hemoderivados, así:

- Condiciones adecuadas de almacenamiento.
- Garantía de la cadena de frío (2 °C-6 °C).
- Neveras de transporte entre servicios.
- *Stock* de urgencia.
- Hemoderivados sobre pedido, con un tiempo de entrega aproximado de 30 minutos.
- Realización de pruebas pretransfusionales: hemoclasificación, pruebas cruzadas y rastreo de anticuerpos irregulares para células I y II.

Al ser considerada la transfusión sanguínea como un acto médico, se tiene estipulado que el médico tratante debe estar al inicio de la transfusión y realizar seguimiento estricto durante el procedimiento. La administración de los componentes sanguíneos es de exclusividad de los profesionales de enfermería, así como el seguimiento y registro. En la administración segura de un hemoderivado, el personal

asistencial médico y de enfermería del servicio realizan de forma obligatoria y sistemática la aplicación de las barreras de seguridad que para este caso también se conocen como los “correctos”. Estos son:

- Paciente correcto
- Hemocomponente correcto
- Equipo de aplicación correcto
- Velocidad correcta
- Vigilancia correcta
- Registros correctos
- Bioseguridad correcta

Se cuenta con el protocolo “Identificación, manejo y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones”, socializado y evaluado, el cual tiene como objetivo prevenir, identificar y realizar el manejo inicial de las posibles reacciones transfusionales en los pacientes.

El protocolo incluye los siguientes procedimientos:

- Monitoreo de los procedimientos transfusionales.
- Identificación oportuna de reacciones adversas transfusionales (RAT).
- Intervenciones luego de la identificación de una RAT (actividades de enfermería, actividades médicas y actividades en el laboratorio clínico).
- Reporte, investigación y análisis de posibles reacciones adversas transfusionales.

Se cuenta con el consolidado del seguimiento a la adherencia del manejo seguro de cadena transfusional 2020 (tabla 8).

La adherencia de protocolos de la cadena transfusional para el 2020 fue de un 86 %.

Tabla 8. Adherencia al manejo seguro de cadena transfusional

| Procedimientos | Observaciones |
|---|--|
| Valoración, recepción, almacenamiento de componentes sanguíneos en el banco transfusional | <ul style="list-style-type: none"> • Se verifica en entrega de turno el <i>stock</i> físico y en el sistema. • El almacenamiento de las unidades se realiza en orden de llegada. • Hay registro de temperatura en cada congelador, con observaciones. |
| Verificación en el servicio del banco transfusional | <ul style="list-style-type: none"> • El área de ingeniería biomédica se encarga de dar cumplimiento al cronograma de mantenimiento. • Las actas de incineración están en físico. Una vez incinerados los remanentes de la transfusión sanguínea, las actas regresan y son sistematizadas, terminando de diligenciar el último ítem del formato de verificación de despacho de hemocomponentes para ser archivadas. |
| Verificación de la solicitud para transfusión sanguínea | La solicitud se hace en el sistema y debe cumplir todos los requisitos que pide la planilla. No permite hacerla si los ítems no están llenos en su totalidad. Incluye además: grupo sanguíneo, otras transfusiones del receptor y unidad. |
| Verificación de despacho y transporte de hemocomponentes | <ul style="list-style-type: none"> • El libro de registro y envío de hemocomponentes debe tener los datos completos del paciente. • El ítem de oportunidad en llamado de mensajería (menor de 5 min) es de difícil verificación; las condiciones varían si es de día o de noche, entre semana o fin de semana, además de la distancia entre el laboratorio y el área de hospitalización, con excepción de urgencias. |

Fuente: SGI Almera, proporción de seguimientos presentados sobre programa de hemovigilancia.

5.6. Cirugía segura

El protocolo institucional de la buena práctica para la seguridad del paciente, “Cirugía segura”, que hace parte de las metas internacionales de la OMS, establece los lineamientos para asegurar la aplicación sistemática y permanente de la lista de cirugía segura, para disminuir los riesgos en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Los objetivos específicos de este protocolo son:

- Mejorar la seguridad de los procedimientos y reducir el riesgo de complicaciones evitables.
- Fortalecer la comunicación efectiva y oportuna para la toma de decisiones, con el fin de optimizar

los recursos y beneficiar al usuario durante el proceso de atención.

- Disminuir el riesgo de eventos asociados a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, mediante la revisión completa de los criterios de la lista de verificación de cirugía segura.

La lista de verificación de cirugía segura, empleada para controlar los riesgos asociados a los procedimientos quirúrgicos, ha sido actualizada de acuerdo con la estrategia mundial Cirugía Segura. Según recomendaciones del equipo quirúrgico, se tiene un instrumento adaptado para el Centro cardiovascular y otro para Imagenología, donde se realizan procedimientos invasivos con sedación y anestesia general (figura 21). Este instrumento institucional cuenta con cuatro momentos de aplicación.

Figura 21. Lista de verificación cirugía segura

| Lista de verificación Cirugía Segura Centro Cardiovascular | | Santa Sofía |
|--|--|--|
| Datos del paciente | | |
| Nombres y apellidos: | | Identificación: |
| Procedimiento: | | Fecha: |
| Valoración de riesgos: | Caldas: | Upp: |
| Alergias: | | Aislamiento: |
| Especialista: | | |
| Antes de ingresar a la sala de cirugía | PAUSA QUIRÚRGICA. En voz alta con todo el grupo quirúrgico | Antes de salir de sala de cirugía |
| Confirma identificación del paciente: <input type="radio"/> Sí El consentimiento informado está completo y firmado: <input type="radio"/> Sí Cumple con ayuno > 6 horas: <input type="radio"/> Sí Cumple preparación para el procedimiento: <input type="radio"/> Sí Cumple con higiene oral y corporal: <input type="radio"/> Sí Tiene valoración de anestesia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No aplica Tiene: Exámenes de laboratorio <input type="radio"/> EKG <input type="radio"/> Imágenes diagnósticas <input type="radio"/> Otros: El paciente toma: <input type="radio"/> Clopidogrel <input type="radio"/> ASA <input type="radio"/> Warfarina <input type="radio"/> Medicamentos naturistas <input type="radio"/> Ninguno Lo suspendió según prescripción médica*: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Tiene reserva de hemoderivados: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si tiene reserva, cuáles: Concentrado globular <input type="radio"/> Plaquetas <input type="radio"/> Crioprecipitado <input type="radio"/> Plasma fresco congelado <input type="radio"/> El paciente tiene alergias: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No. Cuáles?: Se retiró las prótesis dentales, maquillaje y accesorios: <input type="radio"/> La duración del procedimiento está previsto para un tiempo mayor a 2 horas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Nombre del responsable: | Confirma en voz alta identificación del paciente: <input type="radio"/> Sí El acceso venoso esta permeable: <input type="radio"/> Sí El paciente tiene alergias: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No. Cuáles: Realiza marcación del sitio operatorio: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No aplica Realizó profilaxis antibiótica 30 min antes: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No aplica Antibiótico utilizado: Personal de enfermería verifica disponibilidad de: Campos quirúrgicos estériles: <input type="radio"/> Sí Materiales quirúrgicos: <input type="radio"/> Sí Instrumental quirúrgico estéril: <input type="radio"/> Sí Soporte técnico presente: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No aplica El paciente presenta vía aérea difícil: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No. Los equipos están disponibles: El paciente tiene riesgo de aspiración: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Tiene equipo de aspiración: <input type="radio"/> Sí Los monitores están completos (EKG, capnógrafo, presión arterial): <input type="radio"/> Sí Hay riesgo de pérdida de sangre > 1000 cc: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Hay reserva de UCI/ Intermedio cuando se requiere: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No aplica Se usa protección para prevenir UPP (cuando hay alto riesgo y/o tiempo procedimiento > 2 h): <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No aplica Nombre de especialista: Nombre del anestesiólogo: Nombre profesional enfermería: | Está completo el recuento de: Compresas/gasas: <input type="radio"/> Sí Material quirúrgico: <input type="radio"/> Sí Confirma verbalmente el procedimiento realizado: Complicaciones en el procedimiento: Se obtienen muestras: Laboratorio: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Patología: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Verifica en las muestras de laboratorio: Rotulo muestra: <input type="radio"/> Sí Medio de cultivo: <input type="radio"/> Sí Nombre muestra: Verifica en las muestras de patología: Rotulo muestra: <input type="radio"/> Sí Medio (formol): <input type="radio"/> Sí Nombre muestra: Nombre del responsable: Antes de salir de sala de recuperación Los signos vitales del paciente están estables: <input type="radio"/> Sí La herida quirúrgica está limpia, seca y cubierta: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No aplica Confirma la recuperación de la anestesia del paciente: <input type="radio"/> Sí Escala de Aldrete al egreso: Nombre del responsable: |
| Observaciones: * En caso de no haber suspendido estos medicamentos por favor informar al anestesiólogo y cirujano(s). | | |

Fuente: SGI Almera, lista de verificación cirugía segura.

• **La primera fase o entrada (Sign In) “registrarse”:** Corresponde al momento de ingreso del paciente al servicio en el cual se va a realizar el procedimiento intervencionista. Durante este momento, el profesional de enfermería verifica y confirma la identificación, por medio de un doble chequeo (verbal y visual) con el paciente; así mismo, verifica que estén correctas las órdenes de servicio y admisión, y que el consentimiento informado esté completo; realiza chequeo de las indicaciones especiales suministradas al paciente, condiciones higiénicas y las indicaciones relevantes para la cirugía, como:

- Necesidad de unidad de cuidado intensivo.
- Hemoderivados.
- Arco en C y material de osteosíntesis.

Se despejan todas las dudas que tenga el paciente.

El complemento de esta fase de entrada se ejecuta en el momento del ingreso del paciente a la sala de cirugía, donde el médico anestesiólogo corrobora el ayuno adecuado, la existencia de alergias, posibles dificultades en la vía aérea y la profilaxis antibiótica aplicada según protocolo institucional. El profesional de instrumentación quirúrgica verifica los requerimientos especiales para la cirugía y la esterilidad confirmada del paquete quirúrgico. Por último, se presentan cada uno de los integrantes del grupo médico quirúrgico asistencial.

• **Segunda fase o (Time Out) “se acabó el tiempo, empiece”:** En el momento previo al inicio de sedación, con el paciente en sala de cirugía, el anestesiólogo realiza en voz alta verificación y confirma verbalmente los “4 correctos”: paciente correcto, órgano correcto, cirugía correcta y lateralidad correcta (si aplica), teniendo en cuenta que el paciente es una fuente de información y preven-

ción de errores. Una vez anestesiado el paciente, el profesional en instrumentación quirúrgica verifica y confirma verbalmente antes de la incisión quirúrgica en voz alta los “4 correctos”: paciente correcto, órgano correcto, cirugía correcta y lateralidad correcta (si aplica); informan adicionalmente si existe algún riesgo para la cirugía y paciente de manera especial.

• **Tercera fase o durante la salida (SignOut) “salir”:** En presencia del cirujano, el anestesiólogo, el instrumentador quirúrgico y la enfermera circulante repasan en voz alta los siguientes aspectos: si se presentaron incidentes durante la intervención; la enfermera circulante confirma la identificación de las muestras de patología cuando aplique; el instrumentador quirúrgico confirma el recuento de gases, compresas e instrumental quirúrgico y, por último, el médico anestesiólogo ordena el plan para un postoperatorio seguro en sala de recuperación.

• El Hospital determinó incluir una fase adicional de **verificación en el momento de la salida de recuperación**, donde se realiza verificación de signos vitales, estado de la herida quirúrgica y recuperación de la anestesia.

La evaluación de adherencia al protocolo “Cirugía segura”, se realiza en cuatro momentos:

- Antes de ingresar a sala.
- Pausa quirúrgica.
- Antes de salir de sala.
- Antes de salir de recuperación.

En la tabla 9 se presentan los resultados por criterios, pausa quirúrgica, correspondiente al primer trimestre 2021.

Tabla 9. Resultados por criterios, pausa quirúrgica, primer trimestre de 2021

| Criterio | Sí | No |
|---|----|----|
| Identificación | | |
| Procedimiento | | |
| Valoración de riesgos | | |
| El profesional de enfermería confirma identificación del paciente | | |
| Consentimiento informado completamente diligenciado | | |
| Cumple ayuno mayor a 6 horas | | |
| Tiene valoración anestésica | | |
| Cuenta con los exámenes necesarios para realizar el procedimiento | | |
| Se confirma reserva de hemoderivados | | |
| Se interrogó sobre alergias | | |
| La duración del procedimiento está prevista para un tiempo mayor a 2 horas | | |
| Cuenta con la firma del profesional que realizó la lista antes de ingresar a sala de cirugía | | |
| El profesional realiza pausa quirúrgica en voz alta y con todo el grupo quirúrgico | | |
| Se administra dosis de profilaxis antibiótica 30 minutos antes del procedimiento | | |
| Se realiza marcación del sitio quirúrgico, si corresponde | | |
| El instrumentador quirúrgico verifica disponibilidad de material médico-quirúrgico e instrumental garantizando su esterilidad | | |
| El anestesiólogo valora vía aérea | | |
| Los monitores y máquinas de anestesia están completos | | |
| Hay riesgo de pérdida de sangre > 1000 mL- Hay reserva de cama en UCI o UCIN | | |
| Se usa protección para prevenir UPP | | |
| Se diligencian correctamente los nombres de responsables | | |
| Antes de salir de sala de cirugía | | |
| Se encuentra completo el recuento de compresas y material quirúrgico | | |
| Se confirma en voz alta el procedimiento realizado | | |
| Se confirma el medio adecuado de conservación de muestra para patología o cultivo | | |
| Se diligencia el nombre del responsable | | |

| Criterio | Sí | No |
|--|----|----|
| Antes de salir de sala de cirugía | | |
| El paciente se encuentra con signos vitales en rangos de normalidad | | |
| Se confirma la recuperación de la anestesia con la escala de Aldrete | | |
| La herida quirúrgica se encuentra limpia y seca | | |
| El anestesiólogo que avala el traslado del paciente firma en la historia clínica | | |
| Se diligencia nombre del responsable | | |

Fuente: SGI Almera, encuestas, seguridad del paciente, evaluación de adherencia protocolo "Cirugía segura".

Para el primer semestre del 2020, el porcentaje de adherencia a la lista de verificación Cirugía segura-pausa quirúrgica fue del 78,5 %, resultado que para el primer trimestre de 2021 ha mejorado al 95 %. Los ítems mejor calificados son: "Identificación", "Procedimiento", "Valoración de riesgos", "El profesional de enfermería confirma identificación del paciente", "Cumple ayuno mayor a 6 horas", "Tiene valoración anestésica", "La duración del procedimiento está prevista para un tiempo mayor a 2 horas" y "Se encuentra completo el recuento de compresas y material quirúrgico". El ítem con menor adherencia es: "Se realiza marcación del sitio quirúrgico, si corresponde".

5.7. Involucrar al paciente y a sus allegados en su seguridad

El Hospital ha avanzado en el propósito de involucrar al paciente en el autocuidado y en su seguridad. Para ello, estandarizó el protocolo "Educación al paciente en el autocuidado y la preservación de la seguridad en su atención", que contribuye a la prevención de eventos asociados a la atención en salud.

Sus objetivos específicos son:

- Suministrar herramientas al personal de salud para promover la participación del paciente en su autocuidado.
- Establecer una secuencia lógica que permita estandarizar la orientación al paciente sobre su autocuidado y seguridad en la atención.
- Promover la participación del paciente en su cuidado, con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos asociados a la atención en salud.
- Implementar buenas prácticas (administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional e involucren al paciente en el autocuidado.

El protocolo aborda aspectos que se han identificado como importantes en el análisis de incidentes y eventos adversos en el Hospital, así:

- Abordaje inicial.
- Escala de la autonomía para el autocuidado (EVAA).
- Información al paciente sobre su patología y tratamiento.

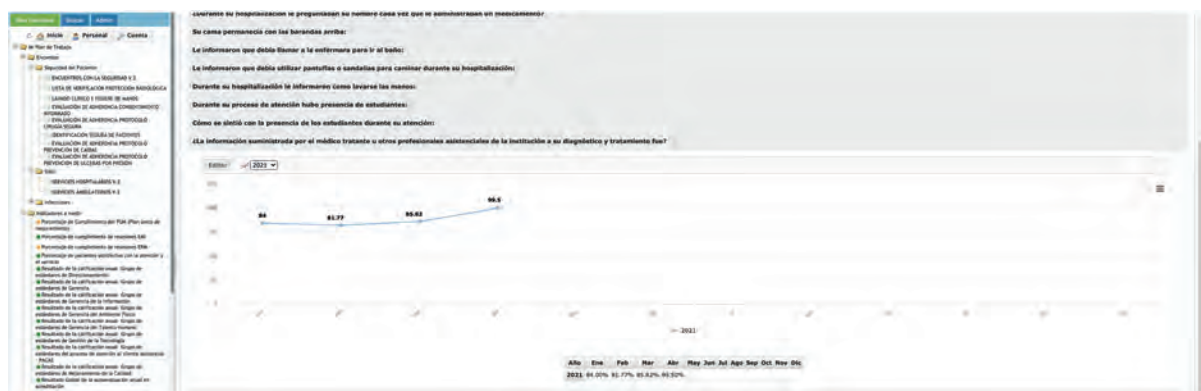
- Información al paciente sobre los riesgos de la atención.
- Participación del paciente en la política de seguridad.
- Educación al paciente sobre la identificación segura.
- Prevención y reducción del riesgo de caídas.
- Prevención y reducción del riesgo de úlceras por presión (UPP).
- Participación del paciente en la reconciliación y administración de medicamentos.
- Participación del paciente para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Colaboración del paciente en las actividades diarias.
- Autocuidado en el hogar.

Se han realizado actividades con el personal asistencial para sensibilizarlos frente a la importancia de educar y hacer partícipes a los pacientes en su

seguridad. Se cuenta con material de información, educación y comunicación —como el rotafolio— para facilitar la comprensión de los pacientes, actividad que se realiza en los procesos de atención integral en hospitalización, atención integral en cuidado crítico (unidad de cuidado intermedio) y atención integral en urgencias. En las rondas de seguridad se verifica y se refuerza la información dada a los pacientes.

En la vigencia 2020 se implementó en la encuesta de satisfacción al usuario la verificación de la información brindada al paciente y su familia por el equipo de salud, sobre aspectos de seguridad del paciente durante su estancia en el Hospital y después del egreso. Las preguntas estructuradas priorizan temas relacionados con la identificación correcta, higiene de manos, prevención de caídas, información acerca de los medicamentos que se administran, cuidados y signos de alarma (figura 22).

Figura 22. Encuesta de servicios hospitalarios



Fuente: SGI Almera, encuestas Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU).

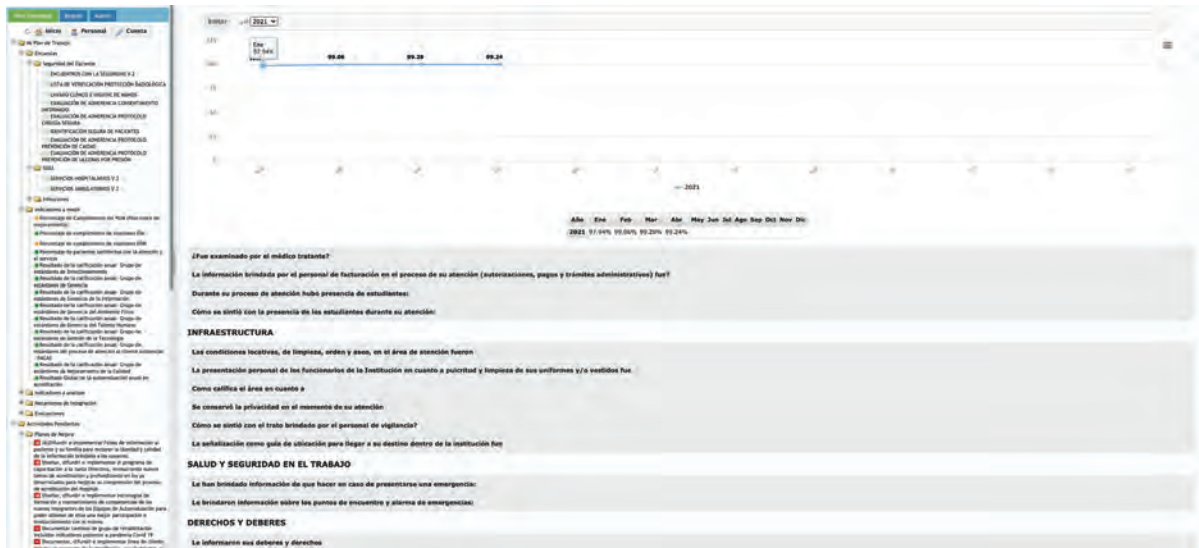
En hospitalización, la percepción de los usuarios en la pregunta *¿La información suministrada por el médico tratante u otros profesionales asistenciales de la institución a su diagnóstico y tratamiento fue?* en 2020 obtuvo un

puntaje de 84 % y para el primer trimestre de 2021 el promedio es 81.77 %. Es importante aclarar que la tendencia del 2021 va en ascenso y la última medición, abril de 2021, sobrepasó el 98 %.

En cuanto a servicios ambulatorios, la percepción de los usuarios en la pregunta *¿La información suministrada por el médico tratante u otros profesionales asistenciales*

de la institución a su diagnóstico y tratamiento fue? en 2020 obtuvo un puntaje de 99 % y para el primer trimestre de 2021 se mantiene la tendencia (figura 23).

Figura 23. Encuesta de servicios ambulatorios



Fuente: SGI Almera, encuestas Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU).

5.8. Prevención del riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (34) define las enfermedades cardiovasculares como “todos aquellos trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, entre ellos las cardiopatías coronarias, las enfermedades cerebrovasculares, la hipertensión, las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardiaca congestiva”. El Hospital está implementando el protocolo “Prevención del riesgo en pacientes con patología cardiovascular”, con el cual se pretende:

- Fortalecer las destrezas en el equipo de salud en el buen diligenciamiento de la historia clínica

y abordaje al paciente de riesgo cardiovascular.

- Explicar al usuario y a su familia en qué consiste la seguridad del paciente, la patología de base de este y de qué manera el Hospital aborda el manejo clínico del paciente encaminado a la minimización de sus riesgos.
- Fortalecer la adherencia a la guía de práctica para la atención del paciente con infarto de miocardio.
- Valorar el riesgo de isquemia cardiaca aguda de los pacientes candidatos a cirugía electiva, para iniciar tratamiento profiláctico con beta-bloqueadores.
- Mejorar los registros de historia clínica, valoración de la clase funcional y antecedentes.
- Identificar tempranamente los riesgos de complicación.

5.9. Reducción del riesgo de la atención del paciente crítico

En las unidades de cuidado intensivo e intermedio se está implementando el protocolo “Reducción del riesgo de la atención del paciente crítico”, cuyo objetivo general es intervenir oportunamente los factores contributivos en la aparición de riesgo en el cuidado del paciente crítico en la ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, implementando escalas de valoración y barreras de seguridad en los diferentes momentos de la atención en salud.

Sus objetivos específicos son:

- Intervenir los factores contributivos que predisponen a la generación de riesgos asociados a la atención del paciente crítico en las unidades de cuidado intensivo.
- Establecer las barreras de seguridad que previenen la generación de riesgos asociados a la atención del paciente crítico en las unidades de cuidado intensivo.
- Implementar la ruta de identificación de riesgos y barreras de seguridad asociados a la atención del paciente crítico.

En las unidades de cuidado crítico e intermedio se trabaja para prevenir complicaciones o eventos clínicos derivados de la condición clínica de los pacientes y de su proceso de atención. Para minimizar los riesgos identificados durante este proceso, se definieron los siguientes criterios:

- Valoración integral del paciente crítico e identificación de riesgos potenciales de la atención en salud.
- Acciones dirigidas a la prevención del riesgo de infección de vías urinarias asociada al uso de catéter vesical.
- Acciones dirigidas a la prevención del riesgo de infección asociado al uso de dispositivos vasculares.

- Acciones dirigidas a la prevención del riesgo de neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- Acciones dirigidas a la prevención de úlceras por presión.
- Acciones dirigidas a la prevención de retiro o desplazamiento de dispositivos médicos.
- Acciones dirigidas a la prevención de los riesgos relacionados con la administración de medicamentos.
- Acciones dirigidas a la prevención de los riesgos relacionados con la administración de productos sanguíneos.
- Acciones dirigidas a la prevención del riesgo de tromboembolismo venoso.
- Información a la red de apoyo del usuario.

Se definió e implementó la lista de chequeo para la identificación de los riesgos potenciales en la unidad de cuidado intensivo, y a partir de esta valoración se prioriza en el plan de cuidados, las actividades y barreras de seguridad para prevenir eventos adversos (figura 24).

5.10. Nutrición segura

Según la buena práctica de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social, prevención de la malnutrición o desnutrición, la desnutrición puede definirse como “un estado de déficit de proteínas, energía y otros micronutrientes que provocan alteraciones funcionales y/o anatómicas del organismo asociado o no al empeoramiento del pronóstico de ciertas enfermedades que son reversibles con una terapia nutricional”.

De acuerdo con lo anterior, el Hospital realiza interconsulta por nutrición clínica a los pacientes que requieren soporte enteral o parenteral. Se cuenta con protocolos para asegurar la correcta administración y con el protocolo “Prevención de la malnutrición y desnutrición mediante nutrición enteral

Figura 24. Lista de chequeo para identificación de los riesgos potenciales en la unidad de cuidado intensivo

| LISTA DE CHEQUEO PARA IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS POTENCIALES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO | | | |
|--|-----------|--|---|
| Nombre del usuario: | | Documento de identificación: | |
| 1. Riesgo de infección asociado a uso de dispositivos médicos. | | 2. Riesgo de retiro de dispositivos médicos. | |
| Criterio | Si | No | Criterio |
| Identifica riesgos propios del paciente como: | | Identifica riesgos propios del paciente como: | |
| Edad (> 65 años) | | | Alteraciones en el estado de consciencia |
| Comorbilidades (inmunosupresión, infecciones previas) | | | Trastornos mentales o de ansiedad |
| Alteraciones del estado nutricional | | | Antecedentes de consumo de antipsicóticos o sustancias psicoactivas. |
| Identifica riesgos propios de la atención como: | | Identifica riesgos propios de la atención como: | |
| No pertinencia de uso del dispositivo médico | | | Altas dosis de sedoanalgesia o uso prolongado |
| Signos de infección en el sitio de inserción del dispositivo. | | | Delirium (Cam ICU positivo) |
| Desconexión frecuente de los circuitos cerrados | | | Uso incorrecto de fijaciones |
| Deficiencia de la higiene corporal | | | Visualización ineficaz del sitio de inserción |
| Estancia prolongada en la unidad | | | Elementos que generen tracción involuntaria |
| Limpieza/desinfección ineficaz de los equipos médicos | | | Número de personas presentes en la movilización |
| Total | | | Total |
| 3. Riesgo asociado a la administración de medicamentos. | | Aplique la lista de chequeo en los siguientes caso: | |
| Criterio | Si | No | -Al ingreso a la unidad de cuidado intensivo. |
| Identifica riesgos propios del paciente como: | | -De manera diaria durante la estancia en la unidad de cuidado intensivo. | |
| Alteraciones en el estado de consciencia | | | Asigne 1 punto a cada uno de los ítems que clasifica como "Si" Sume y calcule el riesgo individual. Sume el puntaje de los 3 segmentos de la lista y saque el puntaje general. De la clasificación según el puntaje de manera individual: 0: No hay riesgo. < 3 puntos Riesgo Bajo. > 4 puntos Riesgo Alto. |
| Identifica Polifarmacia | | | |
| Antecedente de alergias. | | | |
| Identifica riesgos propios de la atención como: | | | |
| Formulación e indicación de soporte vasopresor | | | |
| Formulación e indicación de soporte inotrópico | | | |
| Formulación e indicación de Hipoglucemiantes | | | |
| Identificación de medicamentos LASA | | | |
| Identificación de medicamentos Alto Riesgo | | | |
| Identificación de medicamentos con la misma acción terapéutica | | | |
| Total | | | |
| - Si usted identifica riesgo solo en la primera parte de la lista, identifique las intervenciones específicas del protocolo institucional para infecciones asociadas a dispositivos médicos. - Si usted identifica riesgo en la segunda parte de la lista, aplique las intervenciones específicas para la prevención de retiro de dispositivos médicos. - Si usted identifica riesgo en la tercera parte de la lista, aplique las intervenciones específicas para la prevención del riesgo durante la administración de medicamentos. - Combine las acciones si encuentra riesgo en una o más de las secciones evaluadas. | | | |

Fuente: SGI Almera, protocolo "Reducción del riesgo de la atención del paciente crítico".

y parenteral”, como una herramienta para la identificación del riesgo y prevención de la desnutrición intrahospitalaria. El objetivo general es desarrollar y fortalecer la estrategia institucional de nutrición segura, desplegando barreras y mejorando las destrezas y competencias del personal médico asistencial, para prevenir eventos como la desnutrición y la malnutrición, implementando prácticas seguras.

Los objetivos específicos son:

- Prevenir las complicaciones secundarias a fallas mecánicas o metabólicas que puedan presentarse en los pacientes sometidos a regímenes de soporte nutricional por vía enteral o parenteral, mediante seguimiento de al menos el 60 % de los pacientes interconsultados a nutrición.
- Mantener el estado nutricional del paciente según los requerimientos nutricionales individuales, ya sea por vía oral, enteral, parenteral o mixta.
- Mantener la función del tracto gastrointestinal y sus estructuras de barrera intestinal.

Las actividades del procedimiento son:

- **Tamizaje de nutrición inicial.** Se realiza mediante la aplicación del tamizaje de Ferguson a cada paciente que ingrese al proceso asistencial o a urgencias; requiere el peso en kg y la talla en cm. Se registra en el sistema Hosvital y se informa el resultado al jefe de enfermería. Si el resultado es positivo, se genera interconsulta a nutrición.
- **Escala visual de ingesta.** Se escribe en el formato de escala visual de ingesta la identificación del paciente, fecha de inicio de la dieta y número de cama; se ubica junto a la hoja hemodinámica y se registra, en cada comida, el consumo de alimentos del paciente en los servicios de hospitalización e intermedios. Se informa al médico a cargo si la ingesta es inferior al 75 % durante más de tres días. Se debe pesar diariamente al paciente, en la medida

de lo posible; de lo contrario, se utiliza la fórmula de peso ajustado, para registrar el peso del paciente.

- **Valoración por nutrición y/o grupo de soporte nutricional.** La nutricionista realiza la valoración nutricional a cada paciente que lo tenga indicado, de acuerdo con el tamizaje de Ferguson y la escala visual de ingesta. Además, revisa la historia clínica, hoja hemodinámica, registra peso actual y ajustado en kg, talla en metros, índice de masa corporal, requerimiento calórico basal, indica tipo de nutrición, vía, acceso y fórmula que se debe suministrar con su aporte calórico y gramos de proteína, velocidad de infusión al iniciar y conducta para llegar a la meta calórica. Indica plan de seguimiento nutricional e informa al médico a cargo la necesidad de interconsulta al grupo de soporte nutricional, si es pertinente.

El grupo de soporte nutricional realiza valoración nutricional y se inicia el plan de seguimiento nutricional. Todas estas actividades se realizan mensualmente.

5.11. Comunicación efectiva y segura

El protocolo institucional “Comunicación efectiva y segura” tiene como objetivo estandarizar formas de comunicación efectivas con los pacientes y entre los miembros del equipo de salud, con el fin de garantizar la transmisión de información completa, clara y relevante necesaria para la continuidad y seguridad de los procesos de atención.

Incluye los siguientes procedimientos:

- Actividades generales para una mejor comunicación con los pacientes y sus familias.
- Instrucciones para una comunicación segura entre los miembros del equipo de salud.
- Estrategia para comunicación de información en entregas de pacientes en diferentes momentos: en-

tregas de turno, interconsultas y remisiones, traslados de pacientes y entrega de resultados críticos de laboratorio e imágenes diagnósticas

- Comunicación en emergencias intrahospitalarias.

Resalta los momentos clave en los cuales es preciso implementar la estandarización de la comunicación:

la entrega de turno, el traslado de pacientes, las interconsultas y remisiones, y la entrega de resultados críticos de imágenes o laboratorio clínico.

Adopta el Modelo IDEAS para mejorar el proceso de comunicación entre el equipo que atiende al paciente (figura 25).

Figura 25. Modelo IDEAS

3. ESTRATEGIA PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN MOMENTOS CLAVE DE LA ATENCIÓN:

- Entrega de turno
- Traslado de pacientes
- Interconsultas y remisiones
- Entrega de resultados críticos de laboratorio clínico.

I

1. Identificación: Identificación del paciente que ha de incluir nombre, ubicación y datos básicos. Así como del profesional responsable o de referencia.

- *¿Quién es el paciente?, ¿cómo es?, ¿dónde está?*
- *¿Quién es el responsable de su cuidado/atención?*

D

2. Diagnóstico: Consiste en una definición clara, estandarizada y codificada del problema actual objeto de asistencia, así como de los antecedentes y enfermedades crónicas de relevancia.

- *¿Cuál es el problema que da objeto a la asistencia?*
- *¿Cuáles son los antecedentes relevantes?*

E

3. Estado: Una exposición breve y ordenada de las funciones vitales del paciente reseñando las alteraciones existentes.

- *¿Cómo se encuentra el paciente actualmente?*
- *¿Cómo se manifiesta la enfermedad?*

A

4. Actuaciones: Incluye las medidas terapéuticas que se han llevado a cabo hasta el momento de la transferencia y el plan de acción a seguir.

- *¿Qué se ha hecho hasta ahora?*
- *¿Qué queda por hacer?*
- *¿Qué tengo que hacer yo?*

S

5. Signos y síntomas de alarma: Se centra en los aspectos clave que requieren de una atención especial dadas las alteraciones del paciente.

- *Presta atención, cuidado a...*
- *Vigila especialmente...*

Frecuencia:
En entrega de turnos, traslado de pacientes, interconsultas, remisiones o información de reportes críticos de laboratorio o imágenes diagnósticas.

Lugar:
En todos los servicios del hospital.

Responsable:
Todos los integrantes del equipo de salud.

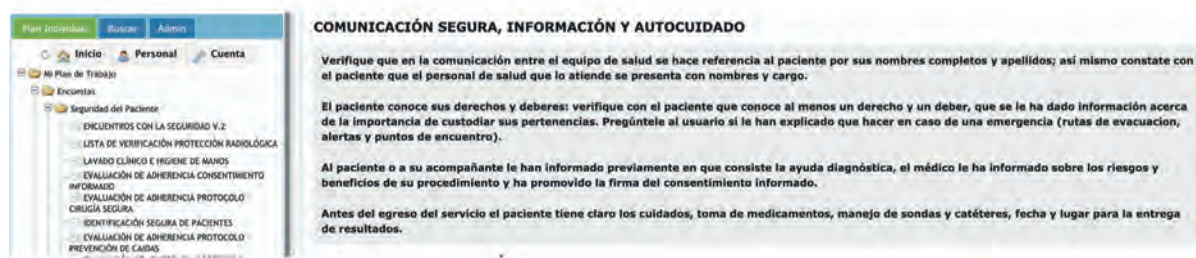
Fuente: SGI Almera, protocolo institucional "Comunicación efectiva y segura".

En la evaluación de riesgos, el asociado a las fallas en la comunicación entre el equipo de salud se priorizó en todos los servicios asistenciales y administrativos, con el fin de fortalecer la apropiación del

modelo y minimizar errores identificados en el análisis de incidentes y eventos adversos.

El seguimiento al protocolo se realiza por medio de Almera Seguridad del paciente (figura 26, tabla 10).

Figura 26. Encuesta encuentros con la seguridad V2



Fuente: SGI Almera, encuestas, seguridad del paciente, encuentros con la seguridad V2.

Tabla 10. Cumplimiento de la comunicación segura, información y autocuidado

| criterio | Sí | No |
|---|----|----|
| Verifique que en la comunicación entre el equipo de salud se hace referencia al paciente por sus nombres completos y apellidos; así mismo, constate con el paciente que el personal de salud que lo atiende se presenta con nombres y cargo. | | |
| El paciente conoce sus derechos y deberes: verifique con el paciente que conoce al menos un derecho y un deber, que se le ha dado información acerca de la importancia de custodiar sus pertenencias. Pregúntele al usuario si le han explicado qué hacer en caso de una emergencia (rutas de evacuación, alertas y puntos de encuentro). | | |
| Al paciente o a su acompañante le han informado previamente en qué consiste la ayuda diagnóstica; el médico le ha informado sobre los riesgos y beneficios de su procedimiento y ha promovido la firma del consentimiento informado. | | |
| Antes del egreso del servicio, el paciente tiene claros los cuidados, toma de medicamentos, manejo de sondas y catéteres, fecha y lugar para la entrega de resultados. | | |

Fuente: SGI Almera, encuestas, seguridad del paciente, encuentros con la seguridad V2.

Para el primer trimestre de 2021, el porcentaje de adherencia a la lista de verificación del protocolo “Comunicación efectiva y segura” fue del 82 %. El ítem mejor calificado fue “Verifique que en la comunicación entre el equipo de salud se hace referencia al paciente por sus nombres completos y apellidos;

así mismo, constate con el paciente que el personal de salud que lo atiende se presenta con nombres y cargo”; y el de menor adherencia: “Antes del egreso del servicio, el paciente tiene claros los cuidados, toma de medicamentos, manejo de sondas y catéteres, fecha y lugar para la entrega de resultados”.

5.12. Consentimiento informado

El protocolo “Consentimiento informado” tiene como objetivo asegurar una información completa y clara al paciente sobre los beneficios, riesgos y alternativas de los procedimientos que se puedan realizar en la institución durante el proceso de atención, garantizando la consignación clara, completa y firmada de dicha información y su consentimiento.

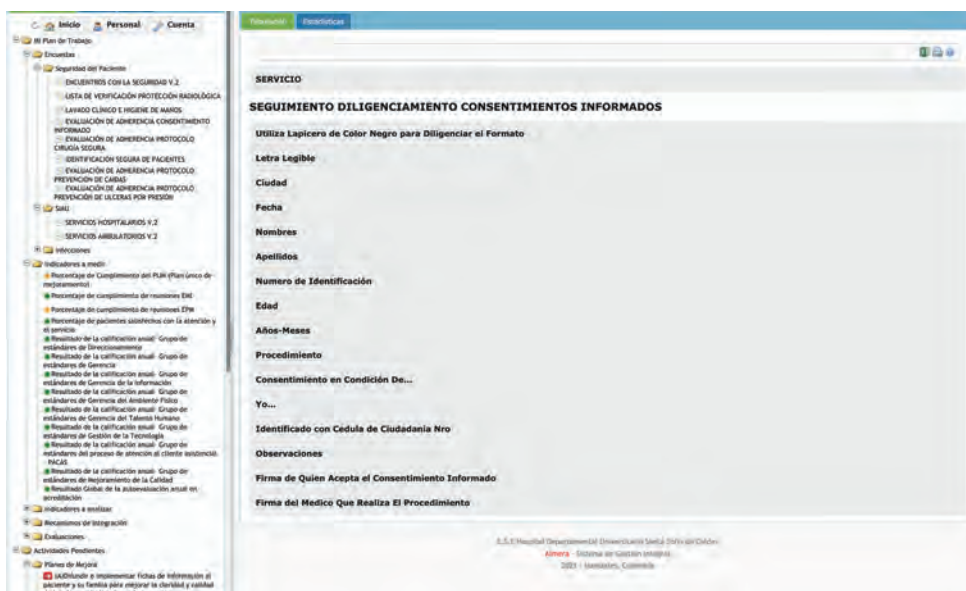
Incluye los siguientes aspectos:

- Indicaciones del consentimiento informado.
- Responsables de la información y diligenciamiento del consentimiento informado.
- Personas sujeto del consentimiento informado.
- Parámetros básicos de comunicación efectiva para obtener el consentimiento.
- Diligenciamiento de formatos de consentimiento informado.
- Puntos de control para la verificación del consentimiento.

- Archivo y custodia documental de los consentimientos diligenciados.
- Consentimientos diligenciados fuera de la institución.
- Consentimientos informados para proyectos de investigación.
- Consentimiento informado al ingreso de un paciente para hospitalización.
- Consentimiento informado para transfusiones de sangre y hemocomponentes.
- Consentimiento informado para realización de pruebas SARS-CoV-2, v. 1.
- Consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos o diagnósticos.
- Consentimiento informado para pruebas de VIH.
- Consentimiento informado para anestesia.

La buena práctica del consentimiento informado cuenta con diferentes mecanismos para medir la adherencia e impacto, a través de encuestas que se diligencian en el *software* Almera, de la auditoría de historias clínicas médicas y de enfermería, y del diligenciamiento de los indicadores (figura 27).

Figura 27. Encuesta encuentros con la seguridad V2



Fuente: SGI Almera, encuestas, seguridad del paciente, evaluación de adherencia consentimiento informado.

Para el primer trimestre de 2021 la adherencia a la lista de verificación de consentimiento informado fue del 93,5 %. Los ítems mejor calificados fueron: “Nombre”, “Apellido”; el ítem con menor adherencia fue “¿Usted comprendió la información que le brindaron sobre el consentimiento informado?”.

5.13. Difusión de información

El Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, por medio del Plan Estratégico de Comunicación Organizacional y en compañía de los diferentes procesos institucionales, ha im-

plementado un Boletín de acreditación, con el fin de informar a los colaboradores sobre el proceso de acreditación. Este documento se les entrega impreso, independientemente del modelo de contratación (figura 28).

Es importante observar que en la página 4 de este Boletín se encuentra un código QR para que los lectores lo escaneen y se evalúe la apropiación del conocimiento. Esta estrategia es acompañada por los integrantes del proceso de garantía de calidad y el procedimiento de acreditación, quienes realizan simulacros en los procesos para mejorar la apropiación de la información.

Figura 28. Mailing información SOFIA: Tips de acreditación



EDICIÓN NO. 12
ABRIL 7 DE 2021



TIPS Sofia
TE INFORMA



PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

La implementación de buenas prácticas en el **PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES** tiene como objetivo contribuir a mejorar la seguridad del paciente brindando atención humanizada y con calidad. Cuenta con los siguientes paquetes instruccionales o protocolos institucionales.


Accreditación




- GC020-R5-P33 Precauciones de aislamiento hospitalario
- GC020-R5-P10 Protocolo de lavado clínico e higiene de manos
- GC020-R5-P37 Inserción y mantenimiento de catéteres periféricos
- GC020-R5-P38 Inserción y mantenimiento de catéteres venosos centrales
- GC020-R5-P16 Cateterismo vesical
- GA090-R2-P1 Manejo de residuos hospitalarios
- CC130-R4-P01 Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica
- GC020-R5-P36 Protocolo uso y reuso de dispositivos médicos

2
3

EDICIÓN NO. 12
ABRIL 7 DE 2021



TIPS Sofia
TE INFORMA



¡ANALIZA QUÉ TANTO APRENDISTE!

1. El eje de gestión clínica excelente y segura en el programa de seguridad del paciente ha implementado buenas prácticas para la prevención de eventos adversos.
Falso ___ Verdadero ___
2. El programa de prevención y control de infecciones tiene como objetivo contribuir a mejorar la seguridad del paciente brindando una atención humanizada y con calidad.
Falso ___ Verdadero ___
2. Menciona 2 de los paquetes instruccionales con los que cuenta en el programa de seguridad del paciente para prevención de eventos adversos.

4. Menciona 2 buenas prácticas para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.

Tu compromiso es fundamental para alcanzar nuestra meta institucional:
LA ACREDITACIÓN
¡Contamos contigo!

ESCANEA EL CÓDIGO Y CONTINÚA TU PROCESO



bit.ly/3sWDeu4

PAQUETES INSTRUCCIONALES

El eje de **GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA** en el programa de seguridad del paciente ha implementado buenas prácticas para la prevención de eventos adversos, conocidos como **PAQUETES INSTRUCCIONALES**, los cuales se encuentran incluidos en nuestros protocolos institucionales.



- GC020-R5-P12 Identificación del riesgo y el paciente de riesgo
- GC020-R5-P09 Prevención de lesiones y úlceras por presión
- GC020-R5-P14 Identificación correcta del paciente y muestras de laboratorio
- GC020-R5-P08 Manejo seguro de medicamentos
- GC020-R5-P46 Protocolo de comunicación clínica y del paciente
- GC020-R5-P31 Grupos seguros
- SH100-R1-P3 Nutrición enteral y parenteral
- UR130-R3-P09 Prevención y manejo de fuga de pacientes

Capítulo 6

Programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud

El Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas cuenta con el “Programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud”, que tiene como objetivo “definir e implementar barreras de seguridad para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud para contribuir a mejorar la seguridad del paciente”.

En este programa, dirigido a brindar una atención segura a los pacientes, se identifican los riesgos y se aplican barreras de seguridad enfocadas en controlar la ocurrencia de infecciones asociadas a la atención en salud, reconocer las complicaciones derivadas y disminuir la estancia hospitalaria. El documento describe las diferentes normativas y estrategias institucionales implementadas para lograr el objetivo de seguridad.

La planeación para el control de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) se enmarca en el ciclo de mejoramiento PHVA, para asegurar la aplicación de las barreras de seguridad, acorde con los riesgos específicos en el Hospital y la necesidad de tomar precauciones de aislamiento de protección (figura 29).

El Programa define las metas institucionales en cuanto a los indicadores trazadores de infección definidas según las indicaciones del Instituto Nacional de Salud, la tendencia de los últimos cuatro años en el Hospital y la referenciación realizada en entidades acreditadas—, así: las buenas prácticas para el control de infecciones en el Hospital son protocolos estandarizados que aplican para todos los servicios, tienen como fin establecer las barreras y comportamientos que el personal debe implementar durante la atención y realización de procedimientos, así como la información y educación a los pacientes y familias para lograr su participación en el proceso de atención y disminuir los riesgos de desarrollar una infección durante la estancia hospitalaria.

Las principales normas para la prevención de IAAS, implementadas en el HDUSSC, son:

- Higiene de manos.
- Inserción y manejo seguro de catéteres vasculares centrales.
- Inserción y manejo seguro de catéteres vasculares periféricos y prevención de flebitis.
- Prevención de infección del sitio operatorio.

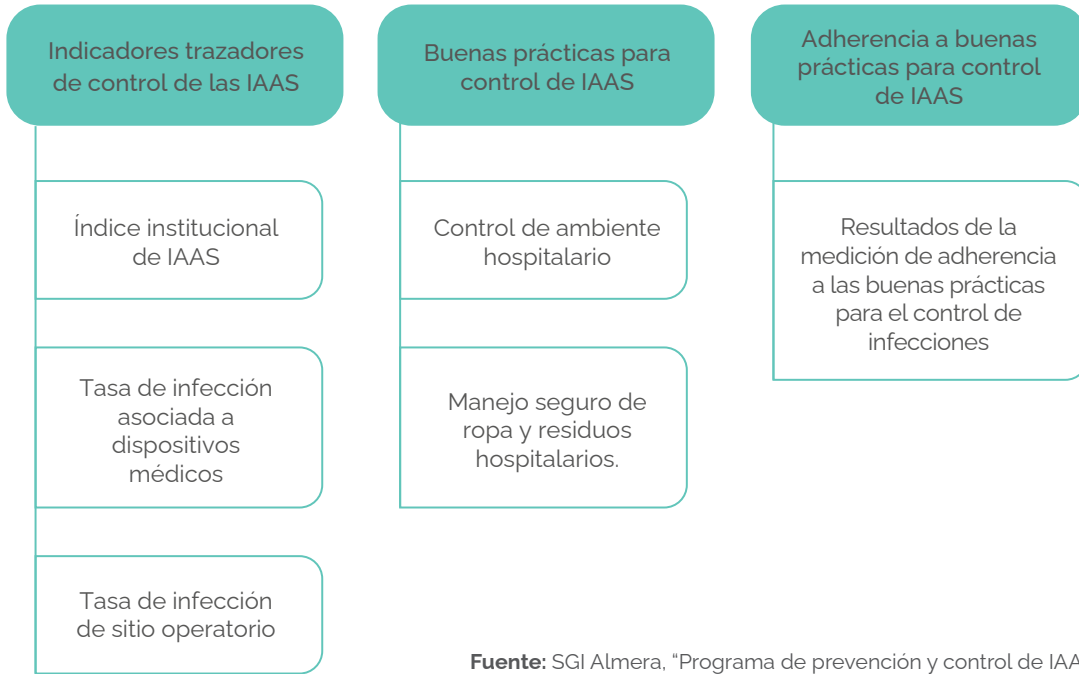
- Prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- Manejo seguro de cateterismo vesical.
- Manual de bioseguridad.
- Manual de asepsia y antisepsia.
- Limpieza y desinfección de áreas y superficies.
- Precauciones de aislamiento hospitalario.
- Manejo seguro de ropa hospitalaria.
- Manejo y gestión de residuos hospitalarios.
- Procesos seguros de esterilización.
- Reuso de dispositivos médicos autorizados por el fabricante.
- Manual de uso prudente de antibióticos.

Figura 29. Planeación para el control de infecciones del Hospital



Fuente: SGI Almera, "Programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud".

Figura 30. Indicadores para el control y seguimiento de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)



Fuente: SGI Almera, "Programa de prevención y control de IAAS".

6.1. Higiene de manos

El Hospital cuenta con el "Protocolo clínico de lavado e higiene de manos". El propósito es promover la ejecución correcta de esta práctica, en los momentos definidos, generando un ambiente de seguridad para el paciente por medio de una atención limpia. Para esto, se cuenta con dispensadores de jabón antiséptico, lavamanos, dispensadores de toallas y dispensadores de alcohol glicerinado en todas las áreas asistenciales, así como dispensadores de jabón cosmético, lavamanos, dispensadores de toallas y dispensadores de alcohol glicerinado en áreas administrativas.

Se cuenta con 182 dispensadores de alcohol glicerinado para visitantes, ubicados a las entradas de la institución, del bloque de hospitalización, de consulta externa y de urgencias, los cuales tienen ha-

bladores que educan en la técnica correcta para la higiene de las manos (figura 31).

Figura 31. Dispensador de alcohol glicerinado con hablador



Fuente: Galería de imágenes HDUSSC.


Durante la inducción institucional se socializa a los nuevos colaboradores el protocolo de higiene de manos, haciendo énfasis en su importancia y me-

dante un taller se muestra la correcta técnica para la higiene (figura 32).

Figura 32. Hablador. Técnica de higiene de manos

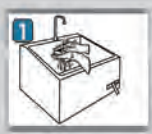
CÓMO LAVARSE LAS MANOS

LAVADO DE MANOS CLÍNICO




los 5 momentos de la higiene de manos


LAVADO DE MANOS CLÍNICO




1 Moje las manos




2 Aplique 2 puff de jabón para cubrir toda la superficie de las manos.



3 Frote las palmas de las manos entre sí.




4 Frote la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.



5 Frote las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.




6 Frote el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta manteniendo unidos los dedos.



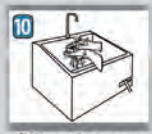
7 Rodee el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frótele con un movimiento de rotación y viceversa.




8 Frote la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.




9 Frote las muñecas en círculos.



10 Enjuague las manos hasta retirar la totalidad del jabón.



11 Tome una toalla y seque las manos completamente.



12 Nuestras manos promueven LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

1 Antes del ingreso a cada servicio

2 Antes y después del contacto con el paciente

3 Después de la exposición con líquidos corporales

4 Antes de realizar una tarea aséptica

5 Después del contacto con el entorno del paciente

60 segundos harán tu trabajo + seguro

Duración del lavado de manos clínico: entre 40 y 60 segundos.

Solo usar agua y jabón

Orgullosamente público y universitario...¡Para todos!

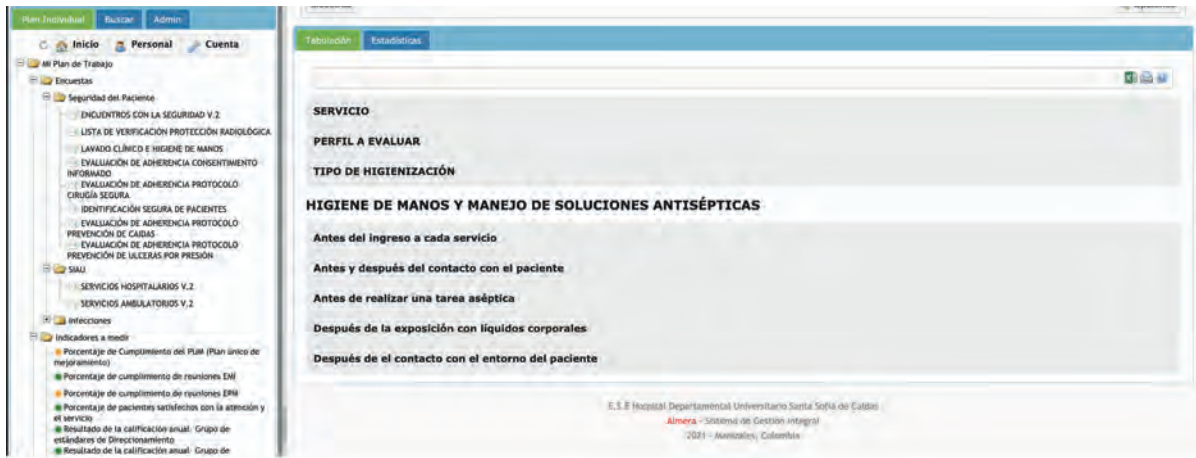


Santa Sofía
Hospital Departamental Universitario de Cádiz

En el programa de seguridad del paciente se incluyen jornadas de fortalecimiento de buenas prácticas, donde se priorizan las campañas dirigidas al equipo de salud, pacientes y visitantes para afianzar la aplicación de la higiene de manos. Para la verificación de adherencia se realizan sesiones de 20

minutos en cada servicio, llamadas “encuentros de seguridad”, donde un tercero oculto identifica las oportunidades que el personal tiene para realizar higiene de manos y evalúa el cumplimiento de los “5 momentos” y la técnica correcta de la higiene (figura 33, tabla 11).

Figura 33. Adherencia al protocolo de lavado clínico e higiene de manos, 2021



Fuente: SGI Almera, encuestas, seguridad del paciente lavado clínico e higiene de manos.

Tabla 11. Adherencia higiene de manos por momento. Consolidado primer trimestre de 2021


| Criterio | Sí | No | No aplica |
|--|----|----|-----------|
| Antes del ingreso a cada servicio | | | |
| Antes y después del contacto con el paciente | | | |
| Antes de realizar una tarea aséptica | | | |
| Después de la exposición con líquidos corporales | | | |
| Después del contacto con el entorno del paciente | | | |

Fuente: SGI Almera, encuestas, seguridad del paciente, encuentros con la seguridad V2.

Para el primer trimestre de 2021, el porcentaje de adherencia al “Protocolo de lavado clínico e higiene de manos” fue del 80 %. Los momentos mejor calificados fueron “Antes de realizar una tarea aséptica” y “Después de la exposición con líquidos cor-

porales”. El momento con menos adherencia fue “Después del contacto con el entorno del paciente”. La adherencia a higiene de manos en el Hospital ha tenido tendencia a la mejora, desde 2018, como se puede evidenciar en la tabla 12.

Tabla 12. Adherencia a higiene de manos

| Año | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Tendencia |
|--------------------------|------|------|------|------|---|
| Porcentaje de adherencia | 61 | 74 | 78 | 80 |  |

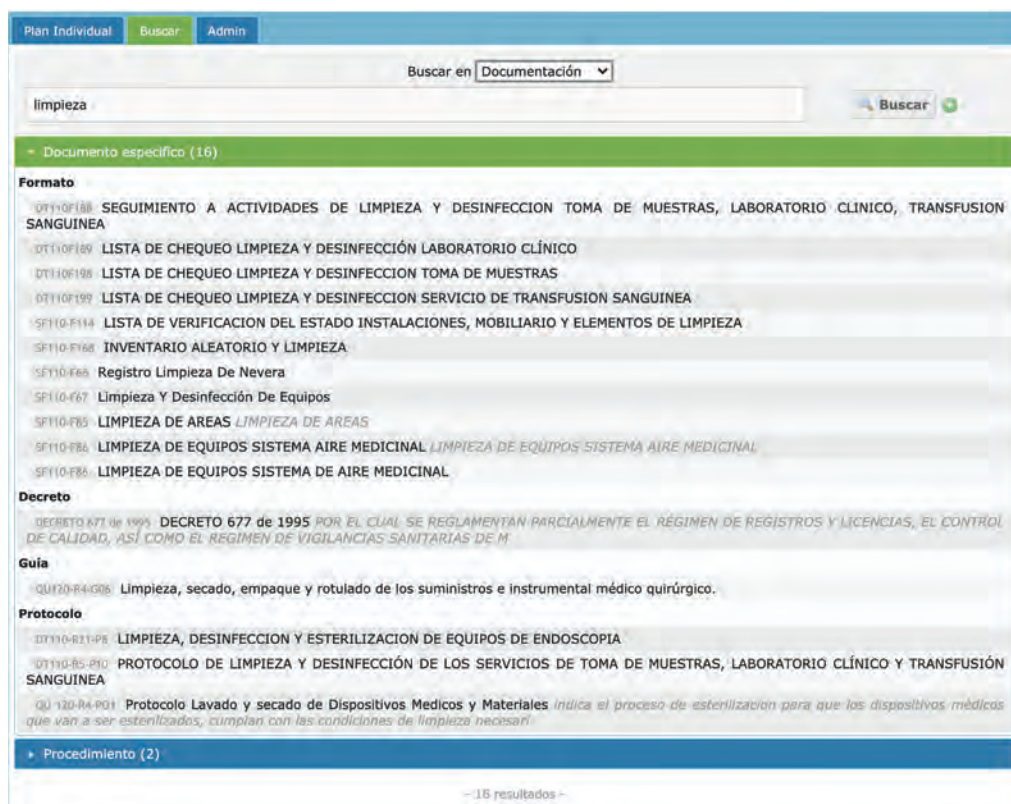
Fuente: SGI Almera.

6.2. Asepsia y antisepsia

El “Manual de asepsia y antisepsia” establece los criterios en el manejo de asepsia y antisepsia en los servicios asistenciales y con el personal de salud, de aplicación permanente en el quehacer diario, con el fin de mantener un entorno seguro que refleje el control efectivo de los riesgos y la aplicación de las normas establecidas.

La institución tiene protocolos definidos para la limpieza de áreas y superficies, para la selección y rotación de desinfectantes, así como instrumentos de seguimiento que se aplican en todas las áreas asistenciales semanalmente, como se muestra en la figura 34.

Figura 34. Documentos relacionados con limpieza y desinfección



Plan Individual | Buscar | Admin

Buscar en Documentación

limpieza

Buscar

Documento específico (16)

Formato

- DT110-F188 SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES DE LIMPIEZA Y DESINFECCION TOMA DE MUESTRAS, LABORATORIO CLINICO, TRANSFUSION SANGUINEA
- DT110-F189 LISTA DE CHEQUEO LIMPIEZA Y DESINFECCION LABORATORIO CLINICO
- DT110-F196 LISTA DE CHEQUEO LIMPIEZA Y DESINFECCION TOMA DE MUESTRAS
- DT110-F197 LISTA DE CHEQUEO LIMPIEZA Y DESINFECCION SERVICIO DE TRANSFUSION SANGUINEA
- SF110-F114 LISTA DE VERIFICACION DEL ESTADO INSTALACIONES, MOBILIARIO Y ELEMENTOS DE LIMPIEZA
- SF110-F168 INVENTARIO ALEATORIO Y LIMPIEZA
- SF110-F68 Registro Limpieza De Nevera
- SF110-F67 Limpieza Y Desinfección De Equipos
- SF110-F85 LIMPIEZA DE AREAS LIMPIEZA DE AREAS
- SF110-F86 LIMPIEZA DE EQUIPOS SISTEMA AIRE MEDICINAL LIMPIEZA DE EQUIPOS SISTEMA AIRE MEDICINAL
- SF110-F86 LIMPIEZA DE EQUIPOS SISTEMA DE AIRE MEDICINAL

Decreto

- DECRETO 677 de 1995. DECRETO 677 de 1995 POR EL CUAL SE REGLAMENTAN PARCIALMENTE EL RÉGIMEN DE REGISTROS Y LICENCIAS, EL CONTROL DE CALIDAD, ASÍ COMO EL RÉGIMEN DE VIGILANCIAS SANITARIAS DE M

Guía

- QUI70-R4-G06 Limpieza, secado, empaque y rotulado de los suministros e instrumental médico quirúrgico.

Protocolo

- DT110-R21-P8 LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION DE EQUIPOS DE ENDOSCOPIA
- DT110-R5-P10 PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS SERVICIOS DE TOMA DE MUESTRAS, LABORATORIO CLINICO Y TRANSFUSION SANGUINEA
- QU 120-R4-P01 Protocolo Lavado y secado de Dispositivos Medicos y Materiales. Indica el proceso de esterilizacion para que los dispositivos medicos que van a ser esterilizados, cumplan con las condiciones de limpieza necesaria.

Procedimiento (2)

- 15 resultados -

Fuente: SGI Almera.

Atendiendo a las necesidades de fortalecimiento en control de infecciones por la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2, se realizó la priorización en capacitación y refuerzo en buenas prácticas para el manejo seguro del ambiente hospitalario en:

- Limpieza y desinfección (difusión de lineamientos institucionales relacionados con las tareas de higiene hospitalaria).
- Resocialización del protocolo de limpieza y desinfección con el personal de higiene hospitalaria.
- Precauciones de los productos para desinfección autorizados.
- Rotulación de los productos para desinfección.
- Manejo seguro de desinfectantes.
- Higiene de manos.
- Aislamiento hospitalario.
- Uso correcto de elementos de protección personal (colocación y retiro).
- Socialización del programa de prevención y control de infecciones del HDU SSC.
- Socialización respecto a la correcta segregación y disposición de residuos hospitalarios.

6.3. Prevención y control de infecciones

El “Programa de prevención y control de IAAS” define las buenas prácticas y precauciones del aislamiento hospitalario, así como del manejo seguro de dispositivos médicos: catéteres vasculares centrales, periféricos, catéteres urinarios.

6.3.1. Precauciones de aislamiento hospitalario

Es importante anotar que la ESE HDU SSC ha realizado adecuaciones físicas, en aras de garantizar la atención de pacientes que requieren aislamiento con estándares de calidad. Entre estas se encuentran:

- Adecuación de salas de aislamiento con recambio de aire, cámara anterior.
- Dos salas de cirugía con el sistema de recambio de aire.
- Antecámara en la central de esterilización para fortalecer la higiene de manos y la utilización correcta de los elementos de protección personal.

Documentalmente se ha realizado actualización del protocolo “Precauciones de aislamiento hospitalario” y del “Manual de uso racional de antibiótico”, con el apoyo del médico infectólogo de la institución. Además, se definieron e implementaron actividades para la vigilancia y evaluación de adherencia al “Protocolo de aislamiento hospitalario” (tabla 13), como:

- Definición de un cronograma con la frecuencia de muestras de aislamiento por servicio, que se toman en las rondas de seguridad semanalmente.
- Tabulación de los resultados en el SGI Almera y retroalimentación con los coordinadores de cada servicio.

Para el primer trimestre de 2021, el porcentaje de adherencia al protocolo de aislamiento hospitalario del Hospital fue del 95 %. Los momentos mejor calificados fueron “Descarta los elementos de protección personal en la bolsa roja”, “Dispone en la puerta de entrada a la habitación del aviso visible y legible del tipo de aislamiento que hay allí”, “¿Cuenta con equipo de monitoreo exclusivo para el paciente que está aislado (fonendoscopio, tensiómetro, termómetro, y demás elementos requerentes)?”, “¿Se le explica al paciente por qué no puede deambular fuera de la habitación?”, “Habitación para un solo paciente (de acuerdo con la precaución de aislamiento)”, y “Se sirven los alimentos en vajilla desechable para facilitar el desecho”. En general todos los criterios superaron el 90 %.

Tabla 13. Evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento hospitalario del Hospital, primer trimestre de 2021

| Criterio | Sí | No |
|---|----|----|
| Lavado de manos antes de entrar y al salir de la habitación. | | |
| Dispone de dos batas marcadas (con la fecha menor a 24 horas) para el personal y visitantes en cada habitación. | | |
| Hace uso obligatorio de todos los elementos de bioseguridad (gorro, guantes, monogafas, mascarillas de acuerdo con el tipo de aislamiento y bata). | | |
| Descarta los elementos de protección personal en la bolsa roja. | | |
| Dispone en la puerta de entrada a la habitación del aviso visible y legible del tipo de aislamiento que hay allí. | | |
| ¿Cuenta con equipo de monitoreo exclusivo para el paciente que está aislado (fonendoscopio, tensiómetro, termómetro y demás elementos requerentes)? | | |
| ¿Se le explica al paciente por qué no puede deambular fuera de la habitación? | | |
| ¿Se cuenta con habitación exclusiva el paciente (de acuerdo con la precaución de aislamiento)? | | |
| La ropa de cama del paciente se deposita en bolsa roja y se marca con el nombre del paciente y tipo de aislamiento. | | |
| Se sirven los alimentos en vajilla desechable para facilitar el desecho. | | |

Fuente: SGI Almera, encuesta, infecciones, evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento hospitalario.

6.3.2. Inserción y mantenimiento de catéteres venosos centrales y periféricos

El protocolo “Inserción y mantenimiento de catéteres venosos centrales” tiene como propósito establecer los criterios y técnicas seguras para la selección, inserción y mantenimiento de catéteres vasculares de origen central, para el cumplimiento eficaz de su propósito y la reducción de riesgos de lesión en los pacientes. El protocolo “Inserción y mantenimiento de catéteres periféricos” tiene como objetivo establecer los criterios y técnicas seguras para la selección, inserción y mantenimiento de catéteres vasculares periféricos, para el cumplimiento eficaz del objetivo terapéutico y la prevención de flebitis asociada a su uso.

Describe los siguientes procedimientos:

- Valoración general para la inserción de catéteres periféricos.
- Indicación y técnica para la inserción de accesos venosos periféricos.
- Indicación y técnica para inserción de líneas arteriales.
- Cuidados de enfermería en el mantenimiento de catéteres periféricos.
- Procedimiento para el retiro de catéteres periféricos.

Este documento, además, incluye anexos específicos para:

- Selección anatómica del vaso.

- Prueba de Allen.
- Identificación y prevención de flebitis.
- Uso de equipos durante la terapia intravenosa.

En los protocolos se establecen como estrategia cinco barreras de prevención, con las que se ha logrado controlar la tasa de infección del torrente sanguíneo asociada a la utilización de catéteres vasculares. En la figura 35 se detallan las barreras de seguridad.

Figura 35. Barreras de prevención de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a la utilización de catéteres vasculares



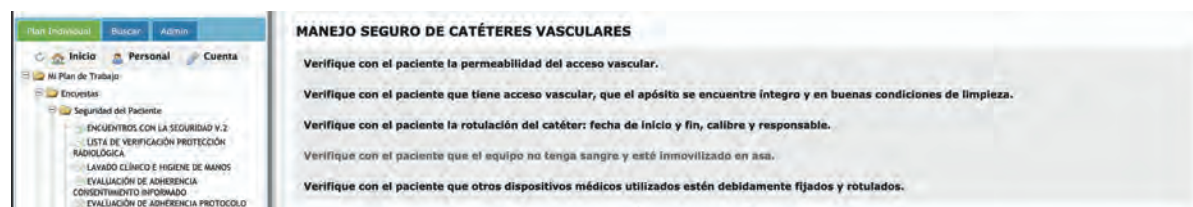
Para vigilar y evaluar la adherencia a los protocolos de accesos vasculares se realizan (figura 36, tabla 14):

- Rondas de seguridad con periodicidad semanal,

donde se toman muestras de adherencia que posteriormente

- Se tabulan en el SGI Almera (los resultados se retroalimentan con los coordinadores de cada servicio).

Figura 36. Encuesta de manejo seguro de catéteres vasculares



Fuente: SGI Almera, encuesta, seguridad, encuentros con la seguridad V. 2.

Tabla 4. Evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento hospitalario del Hospital, primer trimestre de 2021

| Criterio | Sí | No |
|---------------------------------|----|----|
| Indicación del acceso | | |
| Lugar anatómico de menor riesgo | | |
| Ha estado libre de dolor | | |
| Hipersensibilidad, induración | | |
| Apósito estéril | | |
| Apósito íntegro | | |
| Apósito limpio y seco | | |
| Equipos inmovilizados | | |
| Solo conexiones necesarias | | |
| Equipos permeables | | |
| Equipos sin sangre | | |
| Conexiones compatibles | | |
| Fechas, calibre y responsable | | |
| Administración correcta | | |
| Soluciones rotuladas | | |
| Visible y completo | | |

Fuente: SGI Almera, encuestas, infecciones, evaluación de adherencia protocolo accesos vasculares.

Para el primer semestre de 2020, la adherencia al protocolo de accesos vasculares fue del 93 % y para el primer trimestre de 2021, del 90 %. Los criterios mejor calificados durante el 2021 son: “Indicación del acceso”, “Lugar anatómico de menor riesgo”, “Apósito estéril”, “Equipos permeables”, “Equipos sin sangre”, “Fechas, calibre y responsable” y “Administración correcta. El momento con menos adherencia fue “Conexiones compatibles”.

Dentro del plan de trabajo institucional se continúa la aplicación de barreras para el control de este riesgo, mediante actividades que buscan activación de barreras para evitar manipulaciones y fijaciones inadecuadas de los catéteres vasculares en los pacientes hospitalizados. Constantemente se desarrollan actividades de capacitación y seguimiento de adherencia al protocolo.

6.3.3. Protocolo de cateterismo vesical

El “Protocolo de cateterismo vesical” tiene como propósito prestar la atención a pacientes con catéteres vesicales, que permitan optimizar el uso y manejo del dispositivo médico, facilitando la toma

de decisiones para ofrecer una atención con calidad y seguridad al paciente. En este protocolo se describen los procedimientos y las barreras para la prevención de infección del tracto urinario asociado a catéter, así:

- Indicaciones del cateterismo vesical.
- Valoración del paciente e información al mismo y a su familia.
- Preparación del equipo y realización del procedimiento.
- Mantenimiento del catéter urinario.
- Toma de muestras de laboratorio desde el catéter vesical.

- Cuidados de enfermería.
- Retiro del catéter urinario.

Las acciones implementadas para vigilar y evaluar la adherencia al “Protocolo de cateterismo vesical” (tabla 15) son:

- Cronograma donde se enuncia por servicio la frecuencia de muestras que se toman en las rondas de seguridad con periodicidad semanal.
- Estos datos de las observaciones son tabulados en el SGI Almera y los resultados se retroalimentan con los coordinadores de cada servicio de la institución.

Tabla 15. Evaluación de adherencia al protocolo “Catéter urinario”

| Criterio | Sí | No |
|--|----|----|
| La bolsa colectora se encuentra debidamente rotulada: fecha de instalación, nombre de quien la instaló, calibre de la sonda, cantidad de agua en el balón. | | |
| El catéter urinario cuenta con un circuito cerrado permanente. | | |
| Se observa que el flujo urinario se mantiene sin evidencia de obstrucción. | | |
| La bolsa colectora está por debajo del nivel de la vejiga del paciente, independientemente de la posición del paciente. | | |
| La bolsa colectora se dispone en la base fija de la cama sin colgarla en la baranda móvil. | | |
| La bolsa colectora no entra en contacto con el suelo. | | |
| La zona genital se observa siempre limpia. | | |
| Se lleva a cabo limpieza diaria del meato urinario y de la zona perineal. | | |
| El personal de salud que manipula el catéter realiza higiene de manos antes y después de tocar el dispositivo. | | |
| La manipulación de la sonda vesical se lleva a cabo con el equipo de bioseguridad: guantes y tapabocas. | | |
| Se evita la permanencia de apósitos húmedos cercanos al catéter. | | |
| Se utilizan guantes limpios al cuantificar la orina y se cambian inmediatamente. | | |
| La orina se cuantifica en un recipiente limpio y seco. | | |
| Se utiliza recipiente individual para medir y vaciar la orina del paciente. | | |
| El extremo de la válvula de vaciamiento de la bolsa colectora no toca el recipiente en el cual se vacía la orina. | | |

| Criterio | Sí | No |
|--|----|----|
| Se pinza la sonda en el momento que se moviliza o se traslada el paciente. | | |
| Se fija la sonda a un lado de la camilla o silla de ruedas, en el momento de traslado del paciente. | | |
| La toma de muestras se realiza del extremo distal del catéter, desinfectando el área antes y después de la aspiración con jeringa estéril. | | |
| Se lleva a cabo el cambio del catéter urinario en los casos de filtración o desconexión del sistema. | | |

Fuente: SGI Almera, encuestas, infecciones, evaluación de adherencia protocolo catéter urinario.

Para el primer semestre de 2020, la adherencia al “Protocolo de catéter urinario” fue del 96 % y para el primer trimestre de 2021 fue del 98 %. Los criterios mejor calificados durante el 2021 son: “La bolsa colectora se encuentra debidamente rotulada: fecha de instalación, nombre de quien la instaló, calibre de la sonda, cantidad de agua en el balón”, “El catéter urinario cuenta con un circuito cerrado permanente”, “Se observa que el flujo urinario se mantiene sin evidencia de obstrucción”, “La bolsa colectora está por debajo del nivel de la vejiga del paciente, independientemente de la posición del paciente”, “La bolsa colectora no entra en contacto con el suelo”, “La zona genital se observa siempre limpia”, “Se lleva a cabo limpieza diaria del meato urinario y de la zona perineal”, “La manipulación de la sonda vesical se lleva a cabo con el equipo de bioseguridad: guantes y tapabocas”, “Se evita la permanen-

cia de apósitos húmedos cercanos al catéter”, “Se utilizan guantes limpios al cuantificar la orina y se cambian inmediatamente”, “La orina se cuantifica en un recipiente limpio y seco”, “Se utiliza recipiente individual para medir y vaciar la orina del paciente”, “El extremo de la válvula de vaciamiento de la bolsa colectora no toca el recipiente en el cual se vacía la orina” y “Se pinza la sonda en el momento que se moviliza o se traslada el paciente”. El criterio con menos adherencia fue: “Se fija la sonda a un lado de la camilla o silla de ruedas, en el momento de traslado del paciente”.

Se cuenta con perfil microbiológico de resistencia bacteriana del Hospital. Como estrategia de difusión de la información, el médico infectólogo socializa este documento, de manera presencial y virtual por Google Meet.

Conclusiones

El éxito en la mejora de los servicios de salud depende en gran medida de la cultura de las instituciones y de los profesionales que en ellas trabajan.

La cultura de seguridad del paciente implica la adquisición de conocimientos y habilidades, así como cambios de comportamiento, promovidos con políticas adecuadas que incorporen la excelencia como objetivo prioritario y que utilicen estrategias de consenso para aunar esfuerzos entre todos los actores implicados.

La adopción de las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social son la herramienta más útil para la implementación de un Programa de Seguridad del Paciente.

El papel de los servicios de apoyo, como el laboratorio clínico y el servicio de imagenología, es fundamental en la prevención de eventos adversos, porque facilitan información y asesoría sobre las limitaciones de las pruebas, su utilidad y rendimiento. Su trabajo en alianza con los diferentes profe-

sionales asistenciales y los pacientes es necesario para mejorar la calidad y seguridad de la atención en salud.

Los sistemas adecuados de vigilancia, más estrategias que integren prácticas seguras basadas en evidencia y programas de seguridad, han mostrado efectividad en la reducción de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

El reto actual de las instituciones prestadoras de servicios de salud, es ofrecer una atención centrada en la persona; es decir, enfocada en el paciente y su familia o acompañante, facilitar su actuar en todas las etapas de la atención en salud y darles voz para que puedan hablar por sí mismos.

En la ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, la Seguridad del Paciente está concebida desde el direccionamiento estratégico y es una de las líneas del modelo de atención; aspecto fundamental en lo que denominamos un enfoque de riesgo para el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales.

Glosario

A continuación se presenta una lista de términos de seguridad del paciente que fueron tomados del Ministerio de Salud y Protección Social, Seguridad del paciente: Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia (6); Guía de buenas prácticas de seguridad del paciente (12); Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (35), The Joint Commission (36); Decreto 4725 de 2005 (37), Decreto 1083 de 2015, Sector de Función Pública (38); Decreto 1443 de 2014 (39).

Acciones de reducción del riesgo: Intervenciones 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 (obtenidas del aprendizaje, luego de la presentación del incidente o el evento adverso) (6).

AMEF: Metodología empleada para el análisis del modo y efecto de las fallas (12).

Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud (6).

Atención segura: Decisiones clínicas basadas en pruebas a fin de maximizar los resultados sanitarios de un individuo y reducir al mínimo la capacidad de causar daño (35).

Barrera de seguridad: Acción o circunstancia que reduce la posibilidad de presentación del incidente o evento adverso (6).

Complicación: Daño o resultado clínico no esperado y no atribuible a la atención en salud, sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente (6).

Evento adverso: Falla, no intencional, que se puede presentar durante el proceso de atención, que se evidencia como un daño al paciente (12).

Evento adverso leve: Falla que generó lesión o daño, pero no aumenta la hospitalización o no requiere procedimiento o tratamiento adicional (35).

Evento adverso moderado: Falla que aumenta la hospitalización de un día en adelante y requiere tratamiento médico adicional (35).

Evento adverso severo: Falla que genera daño en el mismo órgano objeto del procedimiento de la ci-

rugía o en otro órgano, o que genera discapacidad transitoria o permanente en el paciente (35).

Evento adverso centinela: Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro (36).

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 (12).

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (12).

Factores contributivos: Condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Pertenecen a la metodología de análisis de causa raíz o espina de pescado y son (12):

- **Ambiente:** Ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Contexto institucional:** Situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad.
- **Equipo de trabajo:** Conductas del equipo de salud (enfermeros, médicos, regentes de farmacia, fisioterapeutas, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliares de enfermería, odontólogos) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

- **Individuo:** Equipo de salud (enfermeros, médicos, regentes de farmacia, fisioterapeutas, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliares de enfermería, odontólogos) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia ni aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones, como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

- **Organización y gerencia:** Decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

- **Paciente:** Paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.

- **Tarea y tecnología:** Documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología, o insumos, ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades por realizar, tecnología con fallas.

Fallas de la atención en salud: Deficiencia para realizar una acción prevista, según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (fallas de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (fallas de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son, por definición, NO intencionales (6).

Fallas activas o acciones inseguras: Acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeros, médicos, regentes de farmacia, fisioterapeutas, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliares de enfermería, odontólogos) (12).

Fallas latentes: Acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo) (12).

Fallas administrativas: Eventos administrativos que se pueden presentar durante la ejecución del proceso, ya sea relacionado o no con la atención al usuario, y que ponen en riesgo la operación de la institución o generan una pérdida para la organización, la cual normalmente genera un costo de no calidad. Este tipo de incidentes se relacionan básicamente con el manejo inseguro de la información, el desempeño inseguro de los equipos biomédicos, las prácticas inseguras del talento humano y las fallas en la facturación, entre otros (37,38).

Farmacovigilancia: Conjunto de métodos, observaciones y registros obtenidos durante el uso de un medicamento, en la etapa de su comercialización, con el fin de establecer una relación de causalidad entre su administración y la aparición de un efecto nocivo, como también el de promover el uso seguro y racional de los medicamentos. Como tal, está orientada inevitablemente a la toma de decisiones que permitan mantener la relación riesgo-beneficio de los medicamentos en una situación favorable, o bien suspender su uso cuando esto no sea posible. La OMS la define como: “Ciencia y las actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de efectos adversos o algún otro posible problema relacionado con medicamentos” (4,40).

Hemovigilancia: Conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica que permiten la detección, registro y análisis de la información relativa a los eventos adversos e indeseables, derivados tanto de la donación como de la transfusión de la sangre o sus componentes, según el Manual de hemovigilancia del Instituto Nacional de Salud (41).

Incidente: 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 (12).

Indicio de atención insegura: Circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso (12).

Práctica segura: Intervención tecnológica, científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso (12).

Reactivovigilancia: Programa que busca notificar, registrar y evaluar sistemáticamente los problemas relacionados con los reactivos de diagnóstico *in vitro*, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición (42).

Riesgo: Posibilidad de ocurrencia de eventos, tanto internos como externos, que afectan o impiden el logro de los objetivos organizacionales, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones o generando oportunidades para su cumplimiento (43).

Segunda víctima: Profesional sanitario que participa en un evento adverso, un error médico o una lesión relacionada con el paciente, no esperado, y que se convierte en víctima en el sentido que queda traumatizado por el evento (44).

Seguridad del paciente: 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 (12).

Seguridad informática: Protección de los recursos informáticos de la institución, tales como la

información y la tecnología utilizada para su procesamiento, frente a amenazas internas o externas, deliberadas o accidentales (45).

Seguridad del ambiente físico: Compendio de estrategias, procedimientos y actividades, tendientes a la conservación y mejoramiento del ambiente físico de la institución, en lo referente a seguridad tanto de la infraestructura como de los equipos y de las personas que se encuentren dentro del hospital. Este concepto está encaminado a la proactividad, la prevención, la detección de eventos, la manera de analizarlos y las estrategias de acción para su intervención, solución y posterior prevención (7).

Seguridad del cliente interno: Conjunto de acciones que garantizan la salud y la prevención de lesiones y enfermedades laborales a los trabajadores (46).

Sistema de gestión del evento adverso: Conjunto de herramientas, procedimientos y acciones 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 (6).

Tecnovigilancia: Conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la cualificación de efectos adversos serios e indeseados producidos por los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a estos efectos o características, con base en la notificación, registro y evaluación sistemática de los efectos adversos de los dispositivos médicos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición, según el Decreto 4725 de 2005 (47).

Tercera víctima: Organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la seguridad del paciente (48).

Referencias

1. Portela M, Bugarín R, Rodríguez MS. Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educación Médica* [Internet]. 2019 [citado: 2021 jun. 21]; 20 (S1): 169-74. doi <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.027>
2. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colomb. Med.* [Internet]. 2005 [citado: 2021 jun. 4]; 36 (2): 130-3. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342005000200011&lng=en.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente. [Internet]. 2019 [citado: 2021 jun. 4]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
4. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [Internet] 2009 [citado: 2021 jun. 25]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>
5. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Médica Clín Las Condes.* [Internet]. 2017 [citado: 2021 jun. 21];28(1):785-95.
6. Ministerio de Salud y la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet] 2021. [citado: 2021 jun. 25]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
7. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 3100 de 2019. [Internet] 2019 [citado: 2021 jun. 23]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf
8. Consejo Colombiano de Seguridad. Liderazgo y cultura de seguridad de procesos [Internet]. 2021 [citado: 2021 jun. 22]. Disponible en: <https://ccs.org.co/articulos-tecnicos/liderazgo-y-cultura-de-seguridad-de-procesos/>
9. Noble Compañía de Seguros. Liderazgo y seguridad del paciente los 6 dominios [Internet]. 2021 [citado: 2021 jun. 22]. Disponible en: <https://www.nobleseguros.com/sitio/2020/06/02/liderazgo-y-seguridad-del-paciente-los-6-dominios/>

10. Birk S. Acelerar la adopción de una cultura de seguridad. *Healthc Exec.* 2015;30(2):18-26.
11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. *Ahrq.gov*. [citado:2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/>
12. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
13. MinSalud. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
14. MinSalud. Modelo Pedagógico [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Modelo-pedagogico.pdf>
15. MinSalud. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Detectar-Infec-ciones.pdf>
16. MinSalud. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>
17. MinSalud. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>
18. MinSalud. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>
19. MinSalud. Prevenir úlceras por presión [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulce-ras-por-presion.pdf>
20. MinSalud. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identifi-cacion-paciente-procesos-asistenciales.pdf>
21. MinSalud. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/garantizar-correc-ta-identificacion-del-paciente.pdf>
22. MinSalud. Reducir el riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-en-pa-cientes-cardiovasculares.pdf>
23. MinSalud. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y

a la transfusión sanguínea [Internet]. Gov.co. [citado 24 de junio 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/complicaciones-manejo-de-sangre-y-transfusion-sanguinea.pdf>

24. MinSalud. Reducir riesgo de la atención del paciente crítico [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-del-paciente-critico.pdf>

25. MinSalud. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-pacientes-enfermedad-mental.pdf>

26. MinSalud. Prevención de la malnutrición o desnutrición [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-la-malnutricion-o-desnutricion.pdf>

27. MinSalud. Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluar-pruebas-diagnosticas-alta-hospitalaria.pdf>

28. MinSalud. Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-unidad-cuidados-intensivos.pdf>

29. MinSalud. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cui-

dan a los pacientes [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf>

30. MinSalud. Prevenir el cansancio en el personal de salud [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf>

31. MinSalud. Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado [Internet]. Gov.co. [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-funcionalidad-procedimientos.pdf>

32. Ministerio de Sanidad de España. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. [Internet]. 2015 [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

33. Silvestre C. Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente. [Internet]. 2021 [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/Encuesta%20seguridad%20FIS.pdf>

34. Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? [Internet]. 2021 [citado: junio 4 2021]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

35. Ministerio de la Protección Social. Seguridad del paciente. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema obligatorio de

- garantía de calidad e la atención en salud. [Internet]. 2007 [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
36. The Joint Commission. Sentinel Event. [Internet]. 2021 [citado: 2021 jun. 24]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/>
37. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4725 de 2005. [Internet]. 2005 [citado: 4 junio 2021]. Disponible en: https://www.who.int/medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_colombia.pdf
38. Presidencia de la República. Decreto 1083 de 2015. [Internet]. 2015 [citado: 4 junio 2021]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=62866>
39. Ministerio del Trabajo. Decreto 1443 de 2014. [Internet]. 2014 [citado: 2021 jul.4]. Disponible en: https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto_1443_sgsss.pdf/ac41ab70-e369-9990-c6f4-1774e8d9a5fa
40. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Farmacovigilancia [Internet]. 2021 [citado: 2021 jun. 25]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/farmacovigilancia>
41. Instituto Nacional de Salud. Manual de Hemovigilancia. [Internet]. 2010 [citado: 2021 jun. 25]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionSangre/Publicaciones/Manual%20de%20Hemovigilancia.pdf>
42. INVIMA. ABC de Reactivovigilancia. [Internet]. 2014 [citado; 2021 jun. 25]. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/documents/20143/442961/Archivo+2.+pdf+ABC+Reactivovigilancia.pdf/ce5ab4be-b873-8fe4-18dc-d2bdac826b69>
43. Universidad Nacional de Colombia. Gestión del riesgo del macroproceso de gestión administrativa y financiera en la Universidad Nacional de Colombia. [Internet]. 2013 [citado:2021 jun. 25]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-329159_archivo_pdf_GEFIES6_4UN.pdf
44. Lizarazo S. El personal en salud: la segunda víctima de un evento adverso [Internet]. 2019 [citado: 2021 jun. 25]. Disponible en: <https://scare.org.co/noticias/el-personal-en-salud-la-segunda-victima-de-un-evento-adverso/>
45. Contraloría General de Caldas. Políticas de seguridad de la información para la Contraloría General de Caldas. [Internet]. 2020 [citado: 2021 jun. 25]. Disponible en: <https://contraloriageneralcaldas.gov.co/wp-content/uploads/2021/03/IN.2-105-Instructivo-Policas-de-Seguridad-de-la-Informacion.pdf>
46. Congreso de Colombia. Ley 1562 de 2012. [Internet]. 2012 [citado: 2021 jun. 21]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201562%20de%202012.pdf
47. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4725 de 2005. [Internet]. 2005 [citado: 2021 jun. 25] Disponible en: https://ids.gov.co/web/2020/MEDICAMENTOS/Decreto_4725_2005-Dispositivos%20M%C3%A9dicos.pdf
48. Segundas y terceras víctimas. Proyecto de Investigación. Definiciones y FAQ. [Internet]. 2021 [citado: 2021 jun. 25]. Disponible en: <http://www.segundasvictimas.es/definiciones>

Recursos complementarios

- Política de seguridad del paciente, código GC020-R5-PL01, versión vigente 4. 0.
- Proceso de garantía de calidad, código GC020, versión vigente 4. 0.
- Procedimiento de seguridad del paciente, código GC020-R5, versión vigente 3. 0.
- Programa para una atención segura del paciente, código GC020-R5-M01, versión vigente 2. 0.
- Programa de farmacovigilancia, código GC020-R5-M02, versión vigente 3. 0.
- Manual de buenas prácticas de esterilización, código QUI120-R4-M1, fecha 2016-07-14, versión vigente 2. 0.
- Manual de uso prudente de antibióticos, código CC130-R4-M01, fecha 2020-04-08, versión vigente 1. 0.
- Manual de procedimientos del servicio de transfusión sanguínea, código DT110-R5-M08, versión vigente 2. 0.
- Manual de asepsia y antisepsia, GC020-R1M01, fecha 2018-10-05, versión vigente 2. 0.
- Protocolo de identificación correcta del paciente y muestras de laboratorio, código GC020-R5-P14, versión vigente 3. 0.
- Protocolo de manejo seguro de medicamentos, código GC020-R5-P08, versión vigente 3. 0.
- Protocolo de manejo seguro de medicamentos de alto riesgo y LASA, código SF110-R4-P2, versión vigente 1. 0.
- Protocolo institucional de identificación del riesgo y prevención de caídas, código GC020-R5-P12, versión vigente 3. 0.
- Protocolo de prevención de lesiones y úlceras por presión, código GC020-R5-P09, versión vigente 2. 0.
- Protocolo de cirugía segura, código GC020-R5-P31, versión vigente 1. 0.
- Protocolo de educación al paciente en el autocuidado y preservar la seguridad en su atención, código GC020-R5-P21, versión vigente 1. 0.

- Protocolo de prevención del riesgo en pacientes con patología cardiovascular (en implementación).
- Protocolo de reducción del riesgo de la atención del paciente crítico, código GC020-R5-P48, versión vigente 1. 0 (en implementación).
- Protocolo de identificación del riesgo y prevención de la desnutrición intrahospitalaria (en implementación).
- Protocolo de comunicación efectiva y segura, código GC020-R5-P45, versión vigente 1. 0.
- Programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, código GC020-R1-M01, fecha 2020-04-08, versión vigente 1. 0.
- Protocolo de manejo y control de ropa hospitalaria, código GC020-R5-P42, fecha 2018-10-05, versión 1. 0.
- Protocolo de lavado clínico e higiene de manos, código GC020-R5-P10, fecha 2017-07-14, versión vigente 2. 0.
- Protocolo de precauciones de aislamiento hospitalario, código GC020-R5-P33, fecha 2020-04-08, versión vigente 2. 0.
- Protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres venosos centrales, código GC020-R5-P38, fecha 2018-10-25, versión vigente 1. 0.
- Protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres periféricos, código GC020-R5-P38, fecha 2018-10-25, versión vigente 1. 0.
- Protocolo de cateterismo vesical, código GC020-R5-P16, fecha 2016-08-19, versión vigente 2. 0.
- Protocolo de prevención de la infección de sitio operatorio (ISO), código GC020-R5-P41, fecha 2018-10-25, versión vigente 1. 0.
- Protocolo de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica, código CC130-R4-P01, fecha 2018-10-25, versión vigente 1. 0.
- Lista de verificación de cirugía segura, código QU120F12, versión vigente 1. 0.
- Lista de chequeo para la identificación de los riesgos potenciales en la unidad de cuidado intensivo. Archivo digital. Procedimiento seguridad del paciente.
- *Software* RUNTS, Registro único de transfusión sanguínea.
- Resultados encuesta Cultura de seguridad del paciente, archivo digital. Procedimiento Seguridad del paciente.
- *Software* SGI Almera, módulo Riesgos.

Editorial S.C.A.R.E.
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.



Editorial
S.C.A.R.E.

**Consolidación de la seguridad del paciente en la ESE Hospital Departamental
Universitario Santa Sofía de Caldas “rumbo a la acreditación”**

© 2021, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

ISBN: 978-958-8873-72-5

Primera edición noviembre de 2021

AUTORAS

Erika Paola Cifuentes Martínez
Gimena Mejía Arango
Jenny Alexandra Escobar Gómez
Luz Stella Giraldo Ramírez
María Emilia González Gutiérrez