



**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE.**

**Cruz Roja  
Colombiana**

## INTRODUCCIÓN

El Programa de Seguridad Del Paciente en la CRUZ ROJA SECCIONAL NARIÑO, está enfocado a todos los usuarios que asisten a los diferentes servicios que se ofrecen, mediante metodologías, procesos y estrategias internas, con la colaboración y participación de todo el equipo de salud administrativo y asistencial, en búsqueda de un entorno seguro para los pacientes, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del control del proceso de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes, y de la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención, reporte de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje organizacional.

Por lo anterior el presente documento es una herramienta útil, con recomendaciones sistémicas, organizadas, que tiene como finalidad guiar a los profesionales, para la gestión pertinente de eventos adversos que pudieran ocurrir en el desarrollo de las diferentes actividades en la atención en salud a los usuarios, logrando mejorar continuamente los eventos o incidentes Adversos detectados en la institución, además de ofrecer a los usuarios mayor seguridad en la atención recibida y servicios eficientes y de calidad durante su permanencia en la Cruz Roja Seccional Nariño.

Cruz Roja  
Colombiana

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

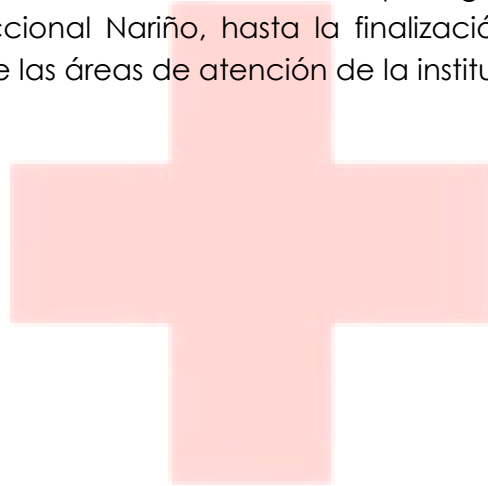
Implementar actividades para incentivar, promover, gestionar prácticas seguras, con el fin de proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios de Salud, que puedan ocasionarle daño durante la atención, fortaleciendo los procesos y Procedimientos en la Cruz Roja Seccional Nariño, manteniendo una cultura de seguridad, y responsabilidad en todos los trabajadores.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover una cultura de seguridad en todo el equipo de salud, ambiente físico y tecnologías existentes en la IPS Cruz Roja Seccional Nariño.
- Establecer y mantener los principios del programa de seguridad del paciente.
- Obtener procesos institucionales y asistenciales seguros.
- Implementar un sistema de reportes de eventos adversos que permita el análisis y gestión pertinente disminuyendo su ocurrencia.
- Implementar prácticas que mejoren el desempeño de los trabajadores y la comunicación interpersonal.
- Fomentar en los pacientes y familiares el autocuidado.
- Disminuir costos por eventos adversos ocurridos en la Institución a través de estrategias continuas de mejoramiento.
- Realizar plan de actividades de capacitación del Programa de Seguridad del Paciente.

## **ALCANCE**

Las disposiciones del presente documento aplican a todo el personal técnico y/o auxiliar y profesionales de la salud que se encuentren involucrados en la atención del paciente y su familia, desde el momento en que ingresan a las instalaciones de la IPS Cruz Roja Seccional Nariño, hasta la finalización de la prestación del servicio en cualquiera de las áreas de atención de la institución.



**Cruz Roja  
Colombiana**

## MARCO LEGAL

**Ley 100 de 1993:** Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Integral y se dictan otras disposiciones.

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

**Decreto 1011 de 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.

**ART 3: CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS.** Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

**Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Resolución 3100 de 2019:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

**Procesos Prioritarios:** Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los

lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.

Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.

Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.

El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.

Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.

Procesos Seguros: Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.

**Resolución 0256 de 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.

**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema.

La implementación del programa de seguridad del paciente está enmarcada en la aplicación de la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, emitida por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

**Resolución 0123 de 2012**, se establecen los estándares de acreditación, dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de Estructura o de la documentación de Procesos.

## **MARCO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES**

### **Principios de la Política de Seguridad**

- **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- **Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- **Multicausalidad.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

- **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- **Alianza con el paciente y su familia:** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- **Alianza con el profesional de la salud:** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

#### **Definiciones sobre riesgos y eventos adversos**

- **Atención en Salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Indicio de atención insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **Falla de la atención en salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falta de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falta de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- **Falla activa:** Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.
- **Falla latente:** Fallas en los sistemas de soporte.
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- **Riesgo en salud:** Es la probabilidad de un resultado sanitario adverso o un factor que aumenta esa probabilidad. (OMS 2002).



- **Riesgo asistencial:** Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.
- **Evento Adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- **Evento Adverso Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento Adverso No Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.
- **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- **Violación de la Seguridad de la atención en salud:** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

- **Barrera de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Sistema de gestión del Evento Adverso:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.
- Acciones de reducción de riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas.
  - ✓ **Proactivas:** como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo
  - ✓ **Reactivas:** son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.
- **Seguridad del Paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Farmacovigilancia:** Sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicamentos tradicionales con el objeto de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños a los pacientes.
- **Tecnovigilancia:** Conjunto de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión y divulgación oportuna de la información relacionada con los incidentes adversos, problemas de seguridad o efectos adversos que presenten las tecnologías durante su uso, a fin de tomar medidas eficientes que permitan proteger la salud de los pacientes.

## **DESENLACE DEL EVENTO O INCIDENTE ADVERSO**

- **Muerte:** existe una relación causal que llevó a la muerte del paciente por el uso del dispositivo médico.
- **Enfermedad o daño que amenace la vida:** el paciente estuvo en riesgo de muerte al momento de presentarse el evento o incidente adverso o en caso de que el uso continuado del dispositivo médico podría tener como resultado la muerte del paciente.
- **Daño de una función o estructura corporal:** el evento adverso tiene como resultado una alteración sustancial en la capacidad de la persona para realizar las funciones normales de la vida.
- **Hospitalización inicial o prolongada:** el ingreso al hospital o la prolongación de la hospitalización fue resultado del evento adverso.
- **Requiere intervención médica o quirúrgica:** cualquiera de estas dos situaciones se presentan debido al uso del dispositivo médico en el paciente y requiere la intervención para impedir un deterioro permanente de una función del cuerpo o prevenir el daño en una estructura del cuerpo.
- **No hubo daño:** después de presentarse el evento o incidente el paciente no presenta ningún deterioro serio de la salud.

## **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La Cruz Roja Colombiana Seccional Nariño, implementa su política como una prioridad de la atención en salud, orientada a la Seguridad del Paciente y su familia como componente fundamental, teniendo en cuenta la normatividad vigente, la difusión y generación de conocimiento en los diferentes actores, y el compromiso con el Sistema de Gestión de Calidad para el mejoramiento continuo, disponiendo del uso apropiado de recursos, con el fin de disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes, y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención, mediante el despliegue de

metodologías científicamente probadas y la adopción de buenas prácticas, fomentando las barreras de seguridad para un entorno seguro en la institución

### **PREMISAS DEL PROGRAMA**

- La responsabilidad de la Seguridad del Paciente es de todo el equipo de salud de la institución.
- Enfoque de atención centrada en el usuario: el resultado más importante que se desea obtener es la satisfacción del usuario y su seguridad, lo cual es el eje fundamental alrededor del cual giran todas las acciones.
- Es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas en la atención, para su correspondiente análisis, plan de mejora e implementación de barreras de Seguridad.
- Trabajar en un ambiente educativo no punitivo, inculcando responsabilidad en cada uno de los colaboradores.
- Los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.
- El riesgo de sufrir eventos adversos para un paciente, existe en todas las instituciones de salud en el mundo.

### **EJES FUNDAMENTALES DE LA POLÍTICA**

- La cultura de Seguridad del Paciente
- La información asertiva y educación al paciente y su familia en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención.
- La comunicación clara, eficiente y asertiva entre los integrantes del equipo de salud.
- El uso seguro de medicamentos y dispositivos médicos
- La prevención de infecciones adquiridas en la IPS
- El sistema de reporte de eventos adversos.
- La promoción y seguimiento de Prácticas Seguras

### **PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA.**

- **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Se lleva a cabo con el manejo de charlas de sesiones educativas a personal asistencial y administrativo de la institución, pacientes y familiares acerca de la importancia de la seguridad del paciente.
- **Cultura de seguridad.** Generar la cultura del reporte de incidentes y eventos adversos, con manejo de la información de manera confidencial y no punitiva, a través de la utilización del formato destinado para dicho reporte.
- **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en salud.** Socialización a todos y cada uno de los servicios de la importancia de la Seguridad del paciente y una Institución de salud segura.
- **Multicausalidad.** Reunión mensual del comité de riesgos asistenciales con cada uno de los coordinadores de área, realizando un trabajo en equipo que permita mejorar las condiciones de calidad de atención segura.
- **Validez.** Se implementa los Lineamientos dados por el Ministerio de Protección Social y demás normatividad que rige el análisis de cada uno de los eventos adversos reportados.
- **Alianza con el paciente y su familia.** La Política de Seguridad debe contar con los usuarios y sus familias e involucrarlos en su autocuidado y en las acciones de mejora.
- **Alianza con el profesional de la Salud.** La Política de Seguridad parte del reconocimiento de carácter ético de la atención brindada por el Profesional de la Salud y de la complejidad de estos Procesos, por lo cual contara con la activa participación de ellos y procurara defenderlo de señalamientos injustificados.

### **ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA TRABAJAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

- Definir la seguridad del paciente como prioridad estratégica y transformación cultural.
- Compromiso de la alta gerencia para la implementación de todo el Programa de Seguridad del Paciente, participando activamente en la implementación de planes de mejoramiento.
- Involucrar a todos los actores críticos: Junta directiva, personal asistencial y administrativo, paciente y su familia.
- Establecer carácter no punible a la vigilancia del evento adverso, pero sin fomentar la irresponsabilidad.
- Implementar programas de educación continuada que capaciten y sensibilicen a todo el personal que labora en la Institución sobre Seguridad de Paciente permanentemente, que permita crear una cultura de seguridad de Paciente, orientado a la prevención de los principales eventos adversos y sus complicaciones, así como la importancia de la captación y prevención de los incidentes y seguridad de paciente.
- Implementar Rondas de seguridad: el objetivo de estas rondas de Seguridad son:
  - Demostrar compromiso con la seguridad desde la alta dirección.
  - Fomentar el cambio cultural frente a la seguridad.
  - Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad.
  - Establecer líneas de comunicación acerca de seguridad entre líderes, directivos y personal asistencial.
  - Comprobar mejoramientos de la seguridad de los pacientes.
  - Analizar fallas, errores y eventos adversos que han ocurrido o que estuvieron a punto de ocurrir durante la semana. Establecer las causas y formular medidas correctivas que se implementen y a las cuales se les realizará seguimiento.

### **SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE COLECTIVO**

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución. La institución debe tener claridad sobre lo que debe y no debe esperar de cada una de las metodologías.

Para el reporte se debe conocer:

- Conocer la taxonomía en los aspectos de seguridad.
- Implementar una metodología para notificar,
- Analizar y gestionar los Eventos Adversos.

**Proceso:**



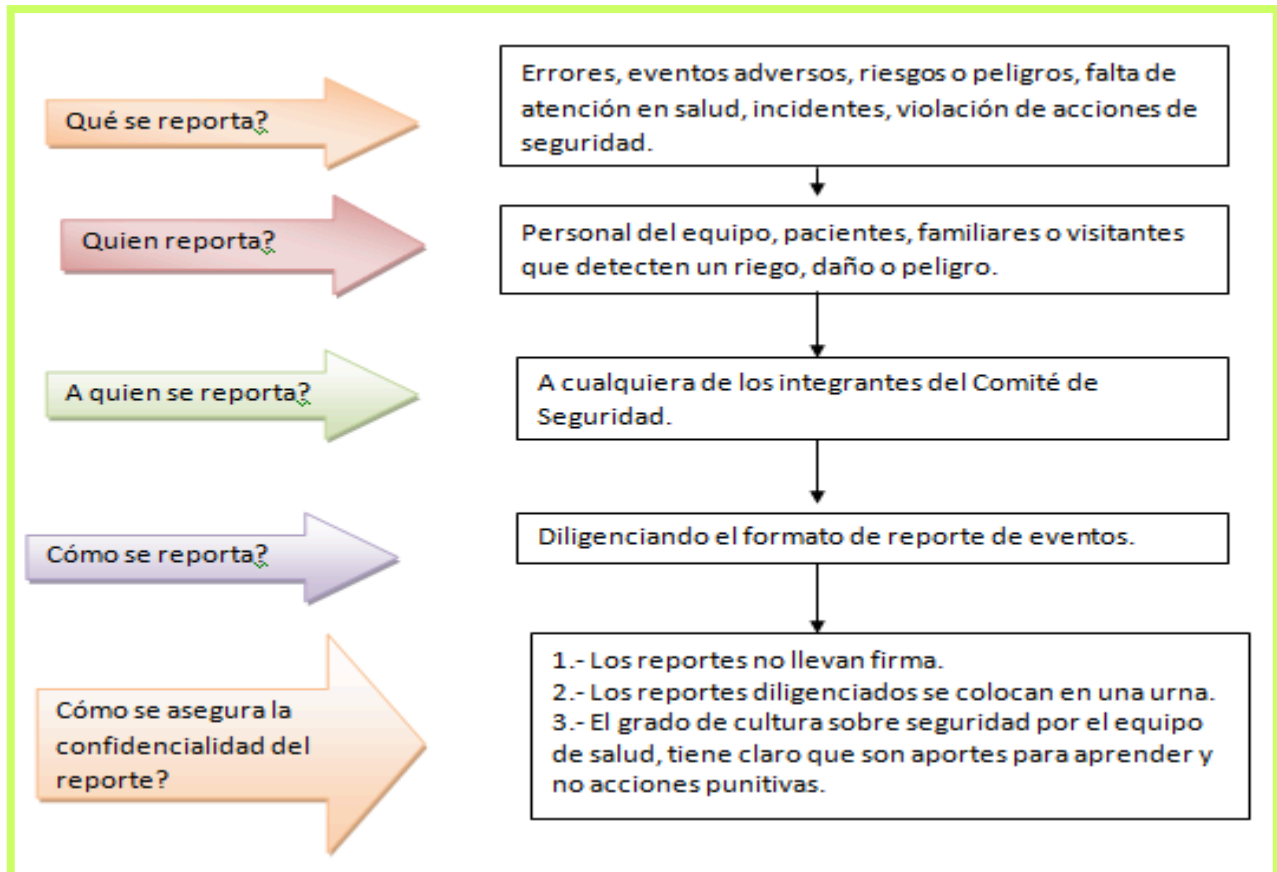
**Identificación del evento:**

La identificación puede ser dada por cualquier persona del equipo de salud, el paciente o familia o una persona externa. Los mecanismos para identificar los eventos se tienen en cuenta:

- La identificación por parte del personal de equipo de salud.
- Identificación por parte de los usuarios y/o sus familias.
- Identificación por parte de los visitantes.
- Identificación por medio de las rondas de seguridad.

	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: PG-SA-02 Versión: 04 Fecha de aprobación: 31/01/2023 Página 1 de 43
---	---	---

**Mecanismos de reporte:** Para los reportes se debe tener en cuenta:



Identificado el evento, se debe hacer el reporte mediante el diligenciamiento del mismo

### Identificación y decisión de investigar

Identificar el evento adverso, es el paso previo para el proceso de investigación y análisis. Cuando hay buena cultura hay mayor número de reportes y permite hablar de fallas libremente, sin miedo, ni castigo, donde no se sanciona el error pero sí el ocultamiento.



Para identificar el tipo de evento, se aplica el modelo conceptual del Ministerio de la Protección Social según Grafico No.1, el cual incluye la terminología de la Política de Seguridad del Paciente, e indica la triada para determinar el evento Adverso.

Todos los reportes generados en cada una de las áreas se les debe realizar la respectiva clasificación, se realiza un consolidado y aquellos que se clasifican como Evento adverso se asigna a una persona o equipo investigador para el análisis de causas, la implementación de plan de mejora y el seguimiento oportuno.

#### **Como se reporta en la Cruz Roja Seccional Nariño:**

- A través del formato para reporte de Evento Adversos, que se encuentra disponible en una carpeta rotulada en cada uno de los servicios.
- Informar verbalmente a coordinación del Programa de Seguridad del Paciente, auxiliares del programa, jefe inmediato y/o coordinación del área respectiva, quienes deben hacer el Reporte al Comité de Seguridad del Paciente

#### **Cuando se reporta**

- Se debe hacer el reporte inmediato a la ocurrencia y/o detección del incidente o Evento Adverso

#### **A quien se reporta**

- A la coordinación del Programa De Seguridad Del Paciente: todos los reportes deben ser entregados con copia a la coordinación del programa.
- Al jefe inmediato y/o a la coordinación del área respectiva: en casos de que la persona que coordina el programa de seguridad no se encuentre en el servicio. Posteriormente la persona que recibe el reporte debe pasarlo al Programa de seguridad a primera hora del día hábil siguiente

#### **Como asegurar la confidencialidad del Reporte.**

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

### **Como se estimula el reporte**

Es necesario promover una cultura que anime la discusión y la comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la seguridad de los pacientes, además que se debe tener en cuenta que la aparición de errores y sucesos adversos son una oportunidad de mejora.

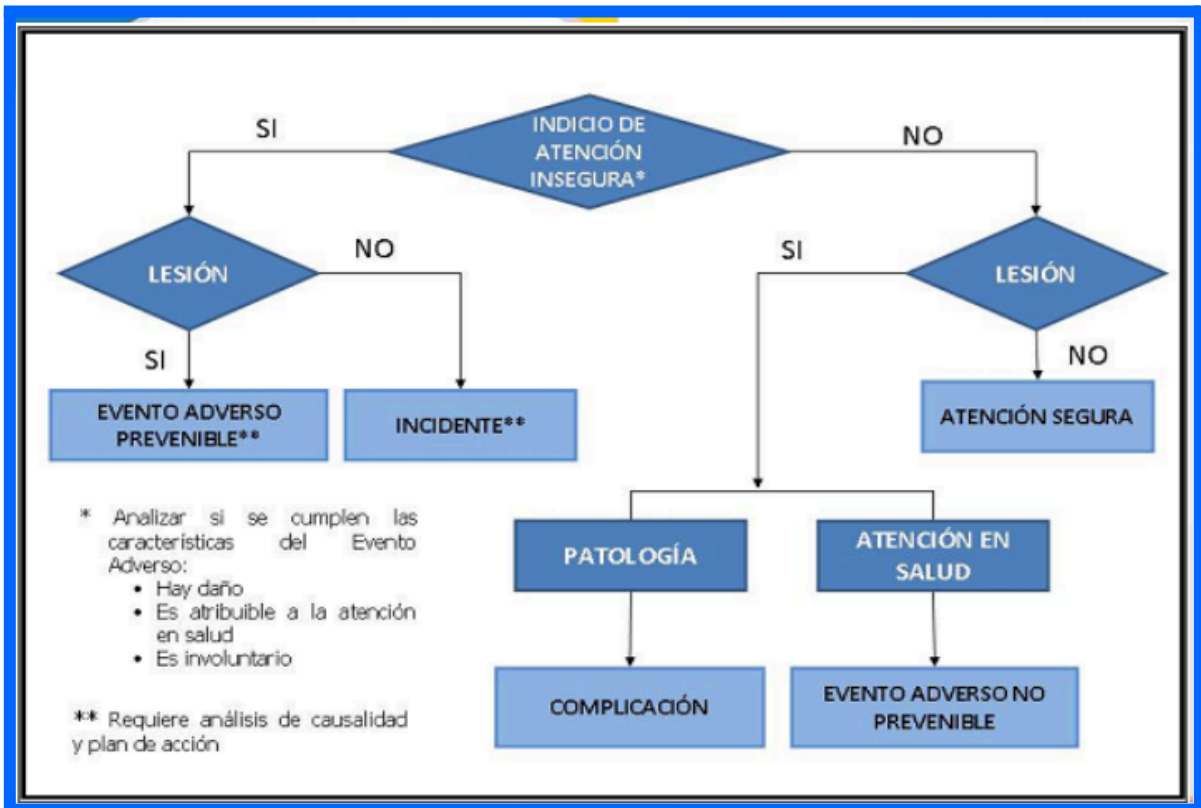
En la Cruz Roja Seccional Nariño se implementara una cultura de Seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad. Educar, capacitar, entrenar y motivar al personal en Seguridad del paciente

Garantizar la confidencialidad de los análisis y sensibilizar al personal acerca de la importancia de reportar eventos adversos, resaltando que no se denuncia a las personas sino a los hechos.

### **Gráfico 1: MODELO CONCEPTUAL PARA DETERMINAR UN EVENTO ADVERSO**

El evento adverso se caracteriza por la presencia de una triada, es decir, se requieren de tres elementos para que podamos hablar de un evento adverso, estos son:

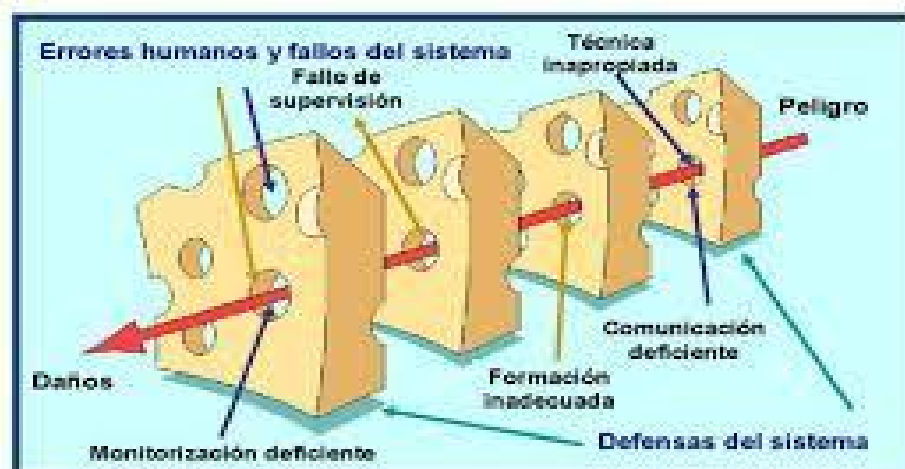
- 1) Hay lesión,
- 2) Es atribuible a la atención en salud, y
- 3) Se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial



Cruz Roja  
Colombiana

### **Análisis de los eventos adversos.**

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso es el Queso suizo de J. Reason (2000). Para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso. Cuando algunos de ellos no lo hace, el daño no se produce. Pero igualmente se produce una falla en uno de los procesos que puede acentuar las fallas existentes en otros procesos.



Por esa razón, en **la Cruz Roja Seccional Nariño**, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

- Confirmado el evento como adverso o incidente se inicia el análisis de cada uno.
- Los eventos confirmados tendrán análisis de causas utilizando El Protocolo de Londres.

Igualmente para analizar los factores contributivos y establecer prioridades se utilizará como Herramienta la Espina de Pescado. Después en la medida que se fortalezca el Programa se implementarán otras Herramientas.

Las personas encargadas del análisis de los reportes según el caso son: Coordinadores de área, Médico, Jefe del Programa de Seguridad del Paciente, En algunos casos se solicita intervención de personas externas a los procesos, cuando el grupo investigador lo considera necesario.

El Programa de Seguridad debe hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejoramiento planeadas y garantizar retroalimentación al reportante.

Los eventos adversos ocurridos y el análisis que se hace de ellos, se dan a conocer a todo el personal periódicamente, como estrategia para prevenir la ocurrencia de errores en la atención y evitar que se repitan los que ya han ocurrido, pero sin mencionar en ningún momento los nombres o cargos de las personas involucradas

### **Plan de acción**

- Diseño e implementación de planes de mejora.
- Compartir experiencias exitosas.
- Aprender a promover las lecciones de seguridad aprendidas.
- Implementar barreras de seguridad
- Brindar la atención requerida por el usuario.
- Informar al usuario y/o su familia el evento ocurrido

### **Evaluación y seguimiento**

Definir, elaborar, alimentar, analizar, socializar y evaluar los indicadores específicos para Seguridad del Paciente.

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

Los resultados y análisis de los indicadores serán socializados con el personal para generar compromiso y apropiación de la información y así contribuir al fomento de la cultura de seguridad en todos los colaboradores.

### **Barreras para la Notificación**

- La falta de conciencia que un error ha ocurrido
- La falta de conciencia de qué se debe documentar y por qué.
- La percepción de que el paciente es indemne al error.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- Falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.
- Pérdida de autoestima.
- Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar.
- La falta de uniformidad o acuerdo en las definiciones a la hora de clasificar un EA.
- La falta de liderazgo en la prevención de errores.

### **¿Por qué notificar?**

- Aprender de las experiencias y también contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro de los ámbitos de trabajo.
- Permite mejorar e implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos; alertando de nuevos riesgos, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad.
- El análisis de los datos permite revelar tendencias y riesgos que requieren la atención y también recomendar "buenas prácticas" a seguir

**¿Que Notificar?** Se entenderá como sucesos adversos:

- Incidentes
- Eventos Adversos
- Eventos Centinela

**PROCEDIMIENTO SEGUIMIENTO A RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS**

<b>PASO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>
1	Indaga verbalmente a la fuente	Persona que detecta el evento.
2	Diligencia el formato de Reporte de Incidente-reporte mediante el QR	Persona que detecta el evento adverso.
3	Entrega y radica el formato en la Dirección y/o persona de Calidad y/o Seguridad del paciente.	Persona que detecta el evento adverso.
4	Prepara los documentos para el análisis del caso y elaboración del plan de mejoramiento	Responsables del Comité de seguridad del paciente.
5	Convoca al comité de Seguridad para el análisis del caso.	
6	Análisis de las posibles causas del evento incidente, causa fundamental y elaboración del plan de acción.	
7	Elaborar el indicador y comunicar a Auditoria junto con el plan de acción.	
7	Ejecución plan de acción.	
8	Seguimiento al plan de acción.	
9	Socializar, implementar y/o estandarizar las determinaciones tomadas en el comité	

**PRINCIPALES RIESGOS A CONTROLAR**

Los siguientes son los indicadores que se llevaran para cada una de las áreas de la IPS Cruz Roja Colombiana Seccional Nariño:

SERVICIO	RIESGOS	DEFINICIÓN OPERACIONAL	META	FUENTE
Consulta Externa	Caídas de pacientes durante la atención	Nº de caídas / Nº total de consultas en el mes x100	Menor de 1%	Registros de Notificación
	Pacientes no identificados correctamente.	Nº de Registros incorrectos/total de pacientes atendidos en consulta externax100	2%	Registros de Notificación
Procedimientos	Procedimiento a paciente equivocado	Nº de procedimientos a ptes equivocados/ total de procedimientos x100	0%	Registros de Notificación
	Error en la administración de medicamentos.	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en procedimientos/	0%	Registros de Notificación
Vacunación	EAPV	Nº EAPV/total de usuarios en el mes	0%	Registros de Notificación
Laboratorio clínico	Proporción de muestras no identificadas correctamente.	Nº de muestras incorrectas/total de muestras realizadas en el mes	1%	Registros de Notificación
	Entrega equivocada de reportes de laboratorio	Nº de entrega de reportes equivocados	0%	Registros de Notificación



## **RONDAS DE SEGURIDAD**

### **DEFINICIÓN**

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

### **PORQUE DEBEN HACERSE**

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

### **METODOLOGÍA**

- Conversación de corredor.
- Conversaciones individuales.
- Observación directa
- Revisión de Historias Clínicas
- Entrevistar tanto personal de salud como pacientes.
- Consignar las observaciones en acta.
- Informar a la Dirección Ejecutiva por medio de acta y a los servicios involucrados para cumplimiento de las recomendaciones.
- Reconocimiento escrito a quienes realizan prácticas seguras.

### **FRECUENCIA**

Inicialmente se realizar 2 veces por mes y posteriormente espaciar a una vez por mes cuando el proceso esté fortalecido:

## **QUIENES PARTICIPARAN**

- Coordinador del Programa de Seguridad del Paciente
- Coordinador medico
- Coordinador de área o Enfermera asistencial asignada como líder de proceso

## **METAS**

- Que el 100% de los colaboradores esté convencido de que la política no punitiva frente a eventos adversos está activa y funciona.
- El reporte de eventos adversos incidentes e indicios de atención insegura se incremente en un 70%.
- Que se logre la meta de los indicadores de seguridad.
- Eventos adversos (<10%)

### **Implementar listas de chequeo:**

Para reducir errores, eventos adversos, minimizar riesgos, promover el cumplimiento de medidas y garantizar la mayor seguridad para el paciente. Se debe considerar realizar listas de verificación de las actividades más importantes.

Alguna de las listas de verificación serán diligenciadas por el mismo personal asistencial, otras serán aplicadas durante rondas de seguridad y por las personas del programa que estarán realizando supervisión en las diferentes áreas de la Institución.

### **Evaluación**

El comité de Seguridad del paciente de la institución, realizara informe de los hallazgos por áreas y de acuerdo a lo encontrado se fortalecerá con capacitaciones, implementación de barreras de seguridad o la estandarización de procesos.

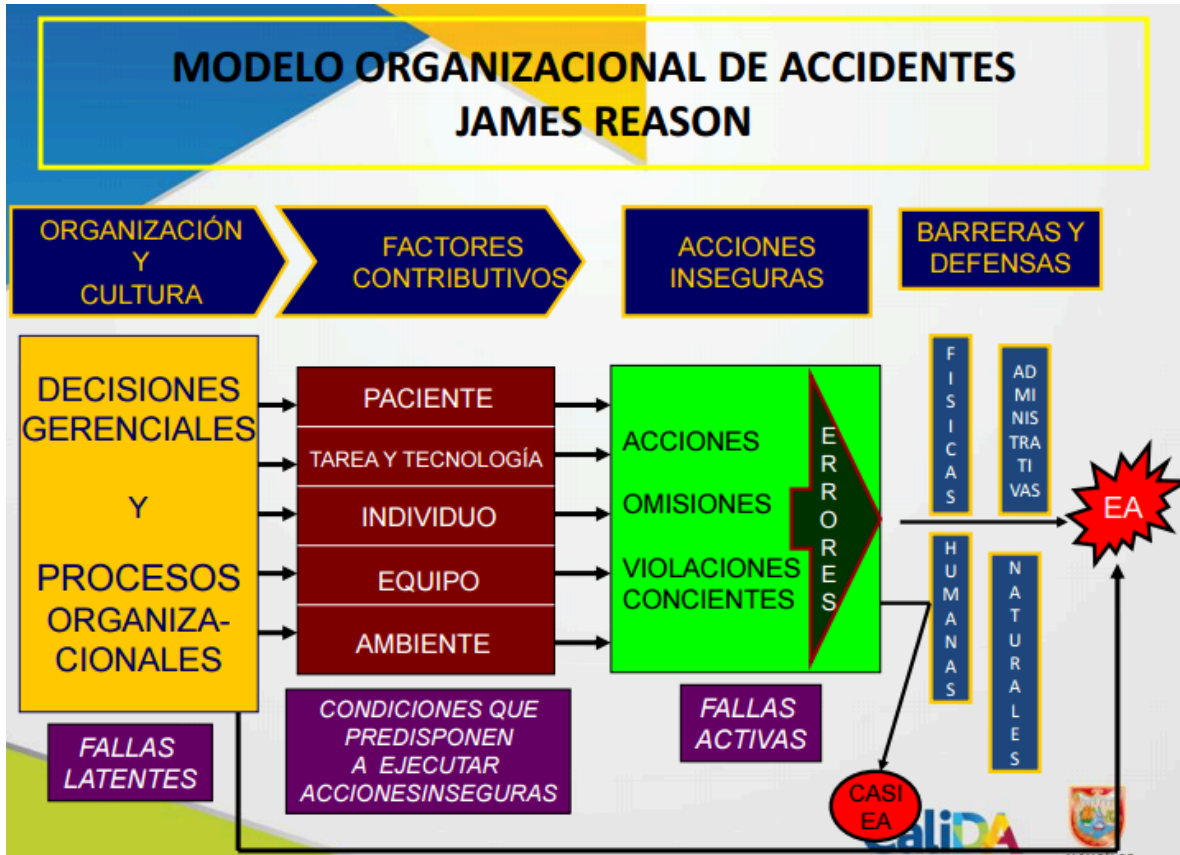
## **PROTOCOLO DE LONDRES**

Conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”, es una metodología basada en el modelo organizacional de accidentes de James Reason, el cual facilita el análisis de los incidentes, en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado un papel causal.

El objetivo del Protocolo es garantizar una amplia investigación y el análisis de un incidente o evento adverso, profundizando más allá de la habitual identificación de evento y del culpable.

### **CONSIDERACIONES**

- El hombre que ha cometido un error y no lo corrige comete otro error mayor.
- Los errores son inevitables, lo que importa es como respondemos ante todos.
- El error es más que una ayuda a aprender... en el camino del aprendizaje.
- Fallar es parte de la condición humana
- No podemos cambiar la condición humana, pero si podemos cambiar las condiciones bajo las que trabajan los humanos
- Los seres humanos van a cometer errores.
- Señalar y castigar al que comete el error no tiene valor correctivo



Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.

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

### **METODOLOGIA PARA ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS.**

El primer paso en cualquier análisis es identificar las fallas activas: actos inseguros u omisiones, cometidos por lo que se encuentran al final del sistema (personal del

equipo de salud), cuyas acciones pueden tener consecuencias negativas inmediatas.

El primer paso en la investigación es la identificación de las acciones inseguras, para luego analizar las circunstancias en que ocurrieron, es decir, identificar los factores que contribuyeron o predispusieron a dicha conducta, para así crear las recomendaciones y planes de acción cuyo propósito son mejorar las debilidades identificadas.

### **Organizacionales y Cultura.**

- Determinaciones gerenciales: políticas, prioridades, recursos y limitaciones financieras, capacitaciones, otros.
- Estructura y procesos organizacionales: cultura organizacional, estándares y metas

Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros

**FACTORES CONTRIBUTIVOS:** Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

Factores relacionados al paciente: condiciones como:

- Condición clínica, física, psicológica. Ejemplos: Paciente angustiado que le impide entender instrucciones. Discapacidad. Embriaguez.
- Lenguaje y comunicación.
- Personalidad y factores sociales

A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores.

Factores relacionados con el individuo (prestador):

- Conocimientos, experiencia y habilidades.
- Salud física y mental.
- Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.

Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo. Por este motivo todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien.

Factores relacionados con la tarea y el uso de la tecnología:

- Diseño de la tarea y claridad de la estructura.
- Disponibilidad y uso de protocolos, normas o procedimientos
- Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas.

- Ayudas para la toma de decisiones.

Factores relacionados con el ambiente:

- Personal insuficiente.
- Mezcla de habilidades.
- Carga de trabajo.
- Patrón de turnos.
- Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos
- Soporte administrativo y gerencial.
- Clima laboral.
- Ambiente físico: espacio, temperatura, humedad, polvo, luz.
- Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos.

Equipo

- Comunicación verbal y escrita.
- Supervisión y disponibilidad de soportes.
- Estructura del equipo: consistencia, congruencia, otros.

#### **FACTORES CONTRIBUTIVOS QUE PUEDEN INFLUENCIAR LA PRÁCTICA CLÍNICA.**

<b>ORIGEN</b>	<b>FACTOR CONTRIBUTIVO</b>
<b>PACIENTE</b>	Complejidad y gravedad lenguaje y comunicación personalidad y factores sociales
<b>TAREA Y TECNOLOGÍA</b>	Diseño de la tarea y claridad de la estructura; disponibilidad y uso de protocolos; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas; ayudas para toma de decisiones

	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: PG-SA-02 Versión: 04 Fecha de aprobación: 31/01/2023 Página 1 de 43
---	---	---

<b>INDIVIDUO</b>	Conocimiento, habilidades y competencia salud física y mental
<b>EQUIPO de TRABAJO</b>	Comunicación verbal y escrita supervisión y disponibilidad de soporte estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc)
<b>AMBIENTE</b>	Personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo; patrón de turnos; diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos; soporte administrativo y gerencial; clima laboral; ambiente físico (luz, espacio, ruido)
<b>ORGANIZACIÓN Y GERENCIA</b>	Recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional; políticas, estándares y metas; prioridades y cultura organizacional
<b>CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	Económico y regulatorio contactos externos

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

**Características de las acciones inseguras:**

- La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
- La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

- No monitorear, observar o actuar.
- No buscar ayuda cuando se necesita.
- Medir presiones arteriales con tensiómetros no calibrados. Acción insegura.
- Sabiendo que el tensiómetro estaba dañado hizo uso de él. – Violación consciente.



- No se le brindó el tratamiento pertinente. – Omisión
- Realizar la limpieza del piso de forma inadecuada sin aviso de precaución.

## **ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE EVENTOS ADVERSOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL NARIÑO.**

### **BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD**

La institución cuenta con el Manual de Buenas Prácticas del Ministerio de la Protección Social y fomenta en el día a día la aplicación de las barreras de Seguridad, que van desde el lavado de manos, cuidados de enfermería procedimientos médicos seguros, siguiendo guías y protocolos, realización de exámenes de laboratorio siguiendo prácticas seguras, trámites administrativos seguros y fortalecimiento de los programas de salud ocupacional, entre otros.

Algunas de las buenas prácticas que se consideran en la institución, por su naturaleza de prestación de servicios de salud de carácter ambulatorio, son:

### **PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS**

- Programa de Seguridad del paciente.
- Capacitar al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente.
- Estandarización de procedimientos de atención.
- Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.
- Monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
- Fortalecimiento del software para los registros clínicos para disminuir riesgos en la prestación del servicio.
- Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.

## **PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS**

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- Prevenir las complicaciones anestésicas.
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.
- Implementar equipos de respuesta rápida.
- Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.

## **INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES**

- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
- Prevenir el cansancio del personal de salud
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.
- Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

## **INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD**

- Ilustrar al paciente en el auto cuidado de su seguridad.
- Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.
- Medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes.
- Garantizar un ambiente físico y tecnológico seguro, involucrando familiares y allegados, en el tema de seguridad del paciente.

	<b>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Código: PG-SA-02 Versión: 04 Fecha de aprobación: 31/01/2023 Página 1 de 43
---	---	---

- Realizar análisis a partir de los reportes de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.

**BARRERAS DE SEGURIDAD:** Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación de un incidente o evento adverso"

Pueden ser:

- Barreras administrativas.
- Barreras físicas.
- Barreras Humanas.
- Barreras natural

**PRÁCTICAS SEGURAS.** Para mejorar la seguridad del paciente en la Institución tendremos en cuenta las siguientes prácticas:

### IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL USUARIO.

**OBJETIVO GENERAL:** Identificar de forma fidedigna al usuario como la persona a la que va dirigido el tratamiento, los cuidados o el servicio para prevenir errores que involucran al usuario equivocado

#### **Barreras y defensas**

**Humanas:** realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento de ingreso a la institución, solicitando el documento de identidad para obtener una adecuada información y corroborando frecuentemente los datos con el usuario. En caso que no hubiera documento de identificación, se le solicita al usuario o a su acompañante de una manera clara los datos personales básicos.

Informar siempre al paciente su derecho de exigir que en toda la atención, el personal de salud, le debe llamar siempre por su nombre y que los registros estén correctamente diligenciados.

**Administrativas:** diseño e implementación de formatos de historia clínica y demás registros necesarios que contengan todos los datos generales del paciente sin omitir alguno, logrando una adecuada identificación.

### **MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS.**

**OBJETIVO GENERAL:** Desarrollar acciones que promuevan el uso seguro de medicamentos con el fin de prevenir errores en el proceso de preparación y administración de éstos.

#### **Barreras y Defensas**

##### **Humanas:**

- Identificación de medicamentos de alto riesgo y de presentación similar.
- Promover la utilización de los 10 correctos en la administración de medicamentos:
  - ✓ Medicamento correcto.
  - ✓ Usuario correcto.
  - ✓ Dosis correcta.
  - ✓ Vía correcta.
  - ✓ Hora correcta.
  - ✓ Fecha de vencimiento
  - ✓ Educar e informar al usuario sobre su medicamento.
  - ✓ Generar una historia farmacológica completa.
  - ✓ Indagar sobre posibles alergias a medicamentos.
  - ✓ Estar enterado de posibles interacciones.
  - ✓ Registrar cada medicamento inmediatamente que se administre.
- Actualización al personal en manejo de medicamentos.
- Reportes de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.
- Promover acciones que permitan la identificación precoz de flebitis química por administración de medicamentos.
- siempre preguntar y rectificar todos los medicamentos y tratamientos que el usuario esté utilizando, inclusive los que no requieren receta médica u otro tipo de tratamientos alternativos.

- Involucrar al usuario y su familia en comprobar la administración y monitorizar los efectos de los medicamentos.

### **Administrativas**

- Planeación de capacitaciones continuas al personal médico y de enfermería en manejo seguro de medicamentos y farmacovigilancia
- Implementar procesos de inducción y reinducción al personal temporal que ingresa a laborar en la institución.
- Socialización de guías y protocolos.
- Determinar la sobrecarga laboral y los turnos respectivos

## **COMUNICACIÓN CLARA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.**

**OBJETIVO GENERAL:** Prevenir eventos adversos que se puedan presentar a los usuarios que ingresan a la institución por una inadecuada comunicación con él y su familia.

### **BARRERAS Y DEFENSAS**

#### **Humanas:**

- Hablar correctamente sin omitir explicaciones, hay que ser paciente con el usuario.
- Ser conciso, claro, específico y oportuno, comunicarse con el usuario de acuerdo al nivel sociocultural.
- No utilizar abreviaturas, acrónimos o símbolos, al menos que la institución cuente con estandarización de los mismos.
- Cerciorarse de que se ha dado a entender, pregunte al usuario si tiene alguna duda sobre su padecimiento y su tratamiento.
- Limitar la información a lo que es necesario. –
- se deben tener en cuenta iniciar siempre con la identificación Nombres y Apellidos completos.
- Invitar al usuario a que sea acompañado de un familiar.
- Sugiera que el usuario escriba todas las dudas, con la finalidad de que en el momento de tener contacto con usted resuelva la mayor cantidad de estas.

## PREVENCIÓN CAÍDA DE USUARIOS

**OBJETIVO GENERAL:** Disminuir la incidencia de caídas en los usuarios que ingresan a la institución y sus secuelas adversas derivadas de los mismos.

### BARRERAS Y DEFENSAS

#### Organización Y Cultura

Desarrollar y fortalecer destrezas para prevenir y reducir las caídas en los usuarios, con el fin de detectar errores o fallas en la atención, que favorecen las caídas, las barreras de seguridad para prevenirlas e implementar buenas prácticas que favorezcan la cultura institucional que vele por la prevención de caídas en los usuarios.

Implementar, socializar y evaluar la adherencia al protocolo de prevención de caídas, con el fin de detectar las principales fallas o errores en la atención, que favorecen a las caídas de los pacientes.

#### Humanas

- Promover la identificación de todos los usuarios con riesgo, de forma precoz para iniciar planes de cuidado.
- Utilización de escala de caídas para valoración e identificación del riesgo
- Identificación del riesgo en historia clínica usuarios involucrando a la familia en el cuidado.

#### Físicas:

- Implementar en la institución la señalización respectiva en gradas o espacios que sean de difícil visualización y que favorezcan a las caídas de los usuarios
- Adecuar barreras para prevenir caídas

**ATENCIÓN LIMPIA Y SEGURA.**

**OBJETIVO GENERAL:** Adelantar acciones para detectar, prevenir, y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.

### **Administrativos**

- Capacitar al personal en protocolos y guía
- Capacitaciones y evaluación permanentes en protocolo de lavado de manos y su adherencia.
- Promover los cinco momentos del lavado de manos
- Dotación de insumos necesarios para Limpieza y Desinfección
- Estandarización de procesos, realizando verificación con listas de chequeo.
- Garantizar la vacunación respectiva a todo el equipo de salud.

### **Humanos:**

- Cumplir con los protocolos establecidos
- Cumplimiento de normas de bioseguridad
- Realizar lavado de manos en los cinco momentos.

### **CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO**

**Objetivos:** Disminuir el riesgo de confusión de los pacientes y las muestras realizadas en el área de laboratorio clínico, con el fin de garantizar la calidad, confianza y seguridad en los procesos establecidos.

### **Humanos**

· Información clara, completa y correctamente diligenciada de Tipo y número de identificación, Nombres y apellidos completos, Edad, sexo, dirección y teléfono, Exámenes requeridos

### **Toma de muestras**

- Se debe marcar correctamente el tubo donde se va a tomar la muestra en el momento de tomar la muestra.
- En el momento de tomar o recibir la muestra, el personal de laboratorio confirma la identidad del paciente, preguntando el nombre o corroborando

con algún documento de identificación o mostrándole al paciente que su muestra quedó marcada adecuadamente.

- De otro lado la persona que va a tomar o recibir la muestra debe verificar en la orden del médico o en la factura del paciente, que le hayan ingresado los exámenes que se le ordenaron, que no le hayan ingresado un examen que no es y que el paciente si cumpla con las condiciones necesarias para la realización de dicho examen.

### **Dirección**

- Para mayor control de los procesos se realizaran una vez a la semana las rondas de seguridad y adherencia a través de la lista de chequeo y de esta forma dar cumplimiento con los requerimientos de calidad y seguridad.
- Dotación de insumos necesarios para desarrollar actividades en Laboratorio clínico.
- Estandarización de procesos, realizando verificación con listas de chequeo

### **Entrega equivocada de resultados.**

- En este caso si se detecta el error inmediatamente y el paciente no se ha retirado del laboratorio, se procede a explicarle y cambiar el resultado. En caso de que el paciente ya se ha retirado del laboratorio, se llama al celular o al fijo para explicar la situación y corregir el error. Inmediatamente la persona que capta el error diligenciará el formato de Registro de Incidentes y eventos adversos para dar seguimiento y propuesta de correctivos.
- Entrega de resultado con nombre o identificación errada. Se procederá a mostrarle al paciente el registro diario para que verifique que es su resultado y se cambiará el reporte con la corrección correspondiente. Inmediatamente la persona que capta el error diligenciará el formato de Registro de Incidentes y eventos adversos para dar seguimiento y propuesta de correctivos.



- Entrega de resultados no solicitados. En este caso se revisará el registro diario de pacientes para verificar los exámenes consignados. En caso de que los exámenes entregados no concuerden con lo solicitado se tomará nueva muestra al paciente para realizar lo solicitado en la orden médica. Se diligenciará formato de Registro de Incidentes y eventos adversos para dar seguimiento y propuesta de correctivos.

### **Prevención De EAPV**

**Objetivo:** Adelantar acciones para detectar, prevenir, y reducir el riesgo de eventos que afecten la seguridad del paciente en el área de vacunación.

#### **Administrativos**

- Capacitar al personal en protocolos de vacunación
- Capacitaciones y evaluación permanentes en protocolo de lavado de manos y su adherencia.
- Promover los cinco momentos del lavado de manos
- Dotación de insumos necesarios para el desarrollo de actividades
- Estandarización de procesos, realizando verificación con listas de chequeo.

#### **Humanos:**

- Cumplir con los protocolos establecidos
- Cumplimiento de normas de bioseguridad
- Realizar lavado de manos en los cinco momentos.
- Informar al usuario acerca de los cuidados pos vacunales
- Corroborar la información de la orden con el biológico a aplicar

#### **Citologías Cervicouterinas**

**Objetivos:** Brindar a la usuaria servicios seguros y de calidad

#### **Humanos**

- Garantizar la correcta identificación de la muestra: N° de identificación, nombres, consecutivo interno de número de placa.
- Aseguramiento de camilla
- Evitar quema con la lámpara a usuaría
- Cumplimiento a guías y protocolos

### Administrativos

- Suministros de insumos y tecnologías adecuadas
- Capacitaciones en protocolo y toma de citología
- Mantenimiento preventivo de camillas

### ESPINA DE PESCADO

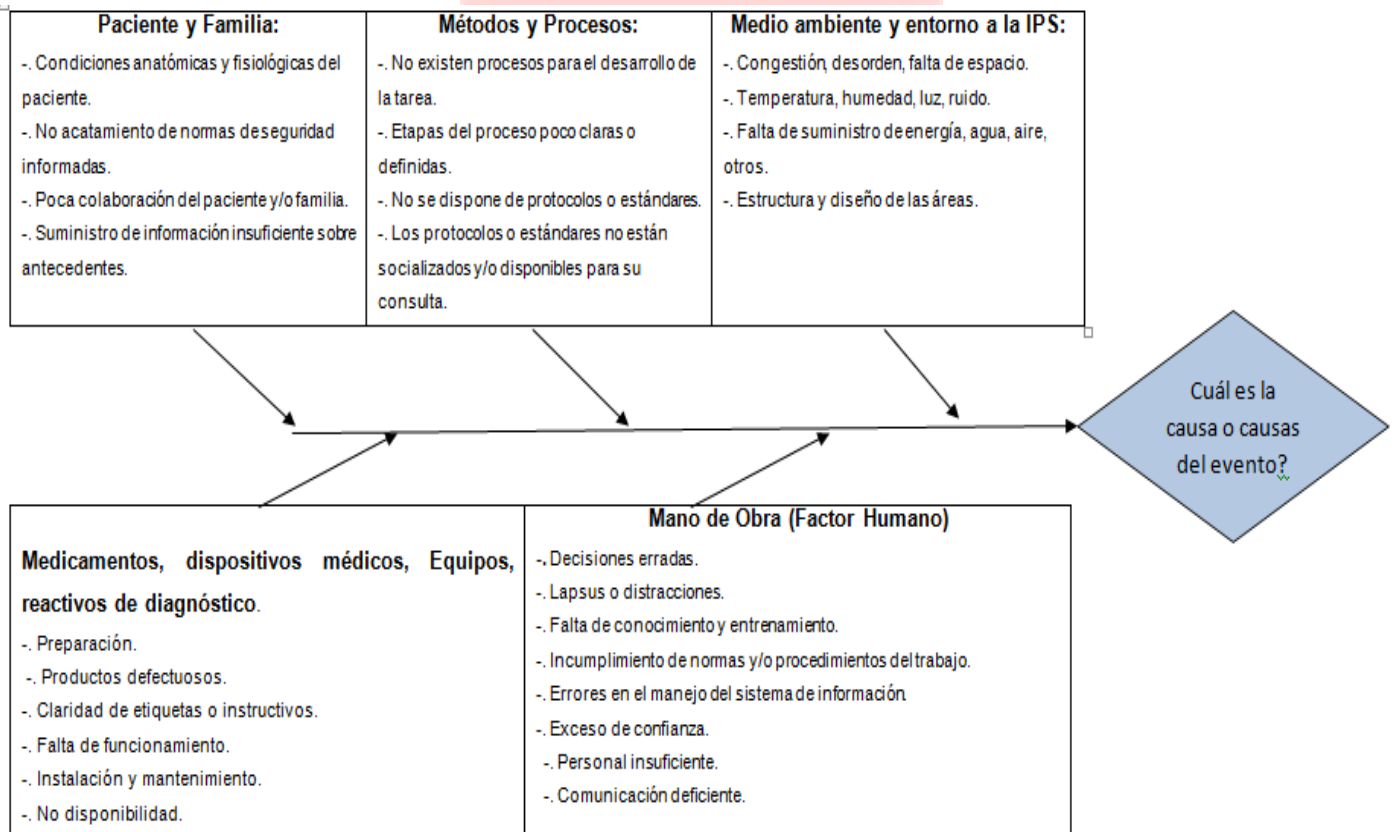


Diagrama de espina de pescado – Acción Insegura

La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas.

El plan de acción debe incluir la siguiente información:


- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir el tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.

Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción. El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización.

Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen. En ese orden de ideas se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende:

Individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

**FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y DE EVENTOS ADVERSOS**

		<b>FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y DE EVENTOS ADVERSOS</b>			Código: FO-SA-41 Versión: 2 Fecha: 25/03/2021 Responsable: Dirección IPS
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>		<b>NUMERO DE IDENTIFICACION</b>	<b>EPS</b>		<b>INCIDENTE</b>
<b>AREA DONDE OCURRE</b>		<b>FECHA DE OCURRENCIA</b>	<b>HORA</b>	<b>FECHA DE REPORTE</b>	<b>HORA</b>
<b>NOMBRE DE LA PERSONA QUE REPORTA</b>					
<b>DESCRIPCION DEL EVENTO ADVERSO</b>					
<b>INVESTIGACION Y ANALISIS DEL EVENTO</b>					
<b>RESPONSABLE DEL ANALISIS</b>					
<b>ACCIONES INSEGURAS</b>					
<b>FALLAS EN LA BARRERA DE SEGURIDAD</b>					

<b>FACTORES CONTRIBUTIVOS</b>				
<b>ANALISIS CAUSAL ESPINA DE PESCADO</b>				
<b>TAREA Y TECNOLOGIA</b>	<b>EQUIPO DE TRABAJO</b>	<b>PERSONAL ASISTENCIAL</b>	<b>PACIENTE</b>	<b>ACCION INSEGURA</b>
<b>ORGANIZACIÓN Y GERENCIA</b>	<b>AMBIENTE</b>	<b>CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	<b>RECURSOS</b>	
<b>CAUSA RAIZ IDENTIFICADA</b>				
<b>PLAN DE ACCION</b>				
<b>ACCION DE MEJORA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>FECHA DE EJECUCION</b>	<b>FECHA DE SEGUIMIENTO</b>

### BIBLIOGRAFÍA

- Guía técnica de buenas prácticas en la Seguridad del paciente en la Atención en salud. Ministerio de la Protección Social.
- Herramientas para promover la seguridad del paciente. Ministerio de la Protección Social.
- [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO\\_DE\\_LONDRES\\_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf)
- <http://hospitalsanblas.gov.co/attachments/article/39/MANUAL%20PROGRAMA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITAL%20SAN%20BLAS.pdf>
- [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20003%20de%202014.pdf)

VERSIÓN.	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
3	26/03/2021	ACTUALIZACIÓN DE INDICADORES Y FORMATO DE REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.
4	31/01/2023	Inclusión de QR como método para reporte de incidentes y hallazgos

**Información del Documento**

<b>Elaborado por</b>	<b>Revisado por</b>	<b>Aprobado por</b>
FIRMA	FIRMA	FIRMA
Cargo	Cargo	Gerente



**Cruz Roja  
Colombiana**