Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

II Simposio Nacional de Seguridad del Paciente

Programa de Seguridad del Paciente

Organizan: CaliDA · Salud Centro · Salud Norte · Patrocinan: West · SURGIR · Apoyan: Ministerio de Salud y Protección Social

Nuestros Recursos

Personal: 1.471

Camas: 425

Consultorios: 20

Área Construida: 48.457 m²
Lote Adjunto: 2.006 m²

Quirófanos: 8
Salas de Parto: 3

Nuestros Recursos 2013

124.704 Usuarios Atendidos / año

18.869 Egresos

12.219 Cirugías

41.928 Consultas de Urgencias

47.006 Consultas Especializadas

94.458 Exámenes de Apoyo Diagnostico

540.702 Exámenes de Laboratorio

188.905 Preparaciones de Medicamentos

Seguridad del Paciente

II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

RETO MUNDIAL EN PRO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Compromisos nacionales a nivel ministerial
- Programas de mejoras decisivas en áreas piloto
- Estrategias nacionales para fomentar la higiene de las manos, basadas en las nuevas directrices
- Programas reforzados de seguridad de la sangre
- Programas reforzados de seguridad de las inyecciones y de la inmunización
- Programas reforzados de abastecimiento de agua, saneamiento y gestión de residuos
- Enhanced safety of clinical procedures

Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

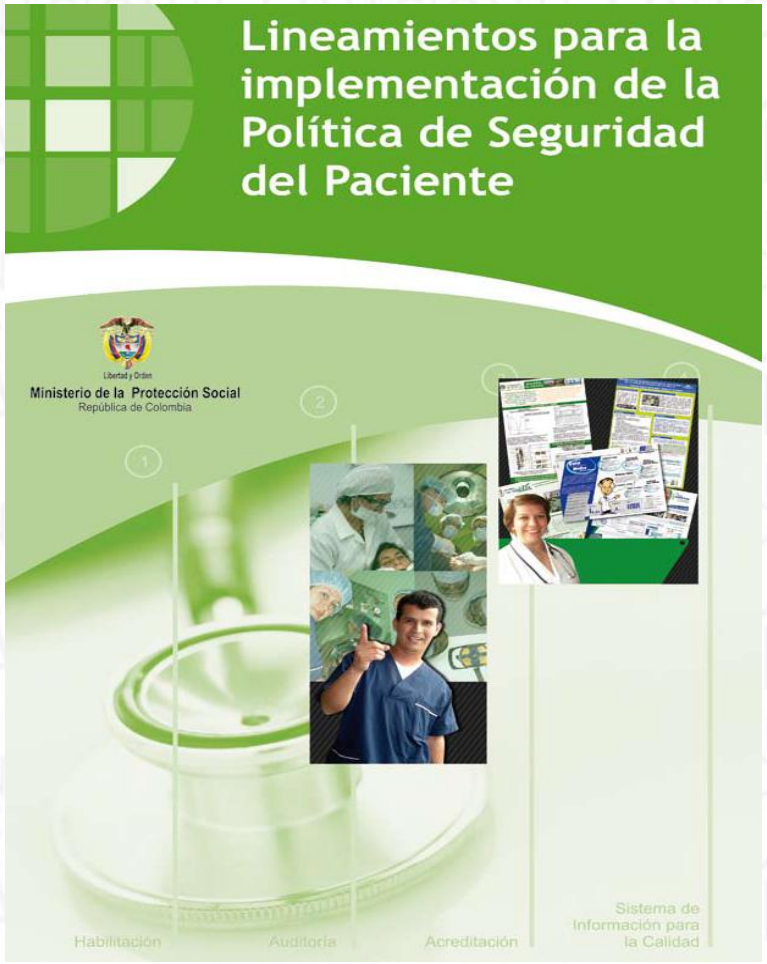
II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Metas Nacionales e Internacionales para la Seguridad del Paciente

1. Identificación correcta de pacientes
2. Mejora de la comunicación efectiva
3. Mejora de la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Asegurar cirugías en el sitio correcto, procedimiento correcto al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención y cuidado de los pacientes
6. Reducir el riesgo de daño al paciente a causa de caídas.

Joint Commission International

Seguridad del Paciente



La política nacional de seguridad del paciente

Consiste en un conjunto de acciones y estrategias que está impulsando el ministerio de protección social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud las cuales propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de ser más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud.

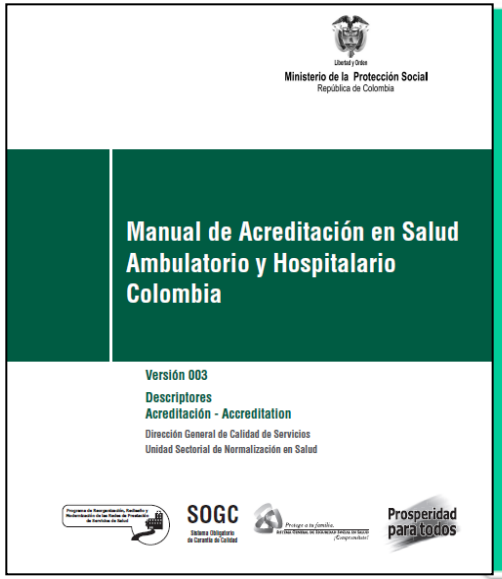
El ministerio de la protección social ha formulado diez acciones básicas para mejorar la seguridad del paciente:

1. La identificación del paciente
2. Manejo de los medicamentos
3. Comunicación clara
4. Uso de protocolos y guías diagnosticas y terapéuticas
5. En cirugía y procedimientos las “C” son solo cuatro
6. Caída de pacientes
7. Infecciones nosocomiales
8. Factores humanos
9. Haga corresponsable al paciente de su enfermedad y su tratamiento
10. Clima de seguridad para el paciente.

Resolución 123 de 2012

II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

MANUAL DE ACREDITACIÓN AMBULATORIO Y HOSPITALRIO

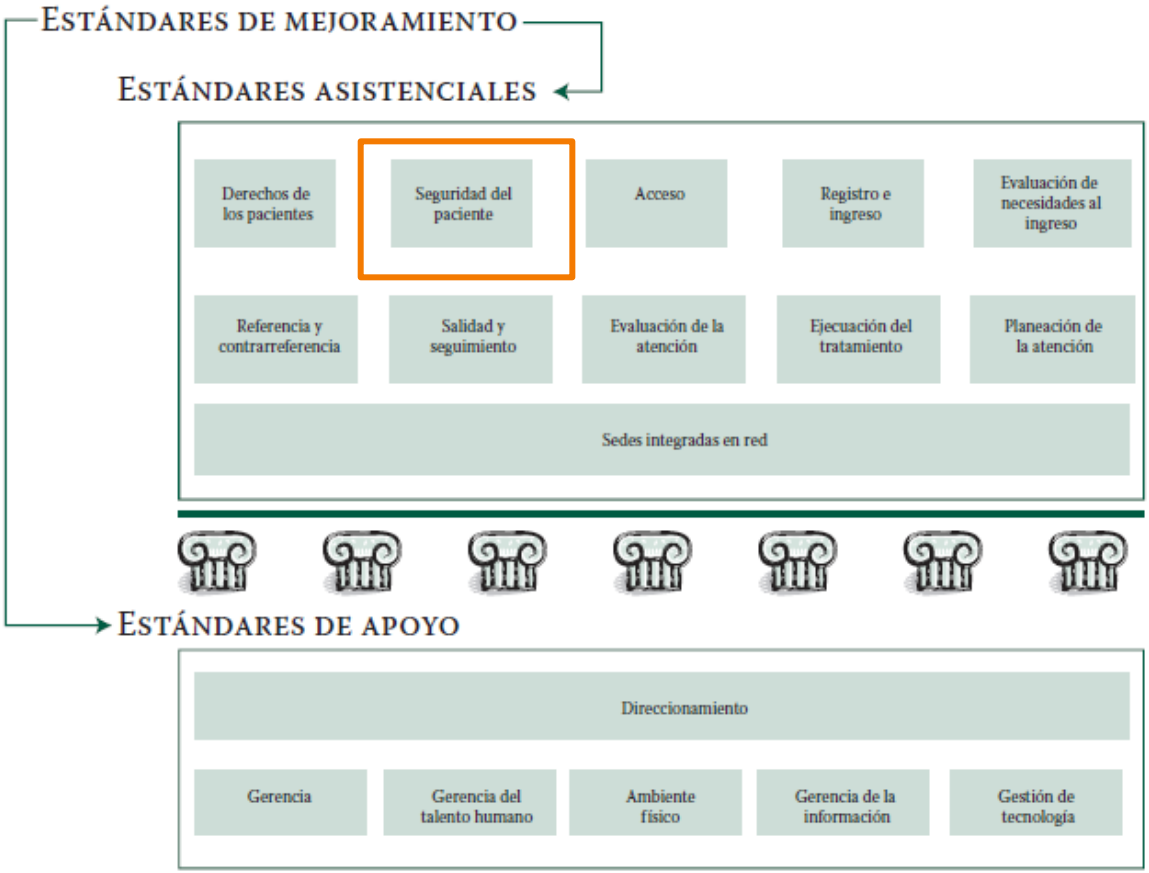


Los estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Grupos de Estándares SUA

Gráfico 1. Conceptualización gráfica de los grupos de estándares



Organizan: Patrocinan: Apoyan:

Grupo de estándares asistenciales

Seguridad del paciente

SEGURIDAD DEL PACIENTE					
Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene **formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes** y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:	5	4	3	2	1
Criterios: • Una estructura funcional para la seguridad del paciente. • La implementación de estrategias para el **fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad** que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. • Monitorización de eventos adversos. • **Evidencias de tendencias hacia la mejora** y el desempeño superior.					
Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye **la medición del clima de seguridad**), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:	5	4	3	2	1
Criterios: • La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos. • La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias. • La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.					
Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la **Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud**: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, practicas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	5	4	3	2	1

Programa de Seguridad del Paciente HGM

II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo:

Propender por la mejora continua de la seguridad en los procesos de atención de los pacientes, mediante el establecimiento de los mecanismos para responder con eficacia, y de forma proactiva y reactiva, a los problemas de seguridad de los pacientes procurando el mejoramiento continuo y la disminución de la ocurrencia de eventos adversos en la prestación del servicio.

Alcance:

El Programa de Seguridad del Paciente aplica a todos los funcionarios, procesos y áreas del Hospital General de Medellín.

Programa de Seguridad del Paciente HGM

II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Contenido:

1. Plataforma Estratégica
2. Cultura organizacional para la seguridad del paciente
3. Estrategias para la seguridad en la atención del paciente
4. Gestión de eventos adversos

II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Plataforma Estratégica

Visión

El Hospital General de Medellín será para el año 2015 una institución hospitalaria que ofrecerá servicios de salud de alta calidad, innovadores, competitivos, hasta la máxima complejidad, brindando una atención excelente, oportuna, cálida y segura, con solidez científica, docente e investigativa y con rentabilidad económica y social.

Misión

El Hospital General de Medellín es una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud hasta la alta complejidad, centrados en la seguridad del paciente, brindando afecto, confianza, satisfacción y promoviendo el desarrollo científico, docente e investigativo así como las buenas prácticas de gestión.

Modelo de Atención

El Modelo de Atención del Hospital, se define como la integralidad de los procesos organizacionales con un enfoque fundamental en la atención segura, mediante la gestión del riesgo y centrada en el usuario y su familia.

Código de Ética y de Buen Gobierno

- Liderazgo con Transparencia.
- Selección de Directivos por Méritos
- Compromisos con los Principios Éticos
- Interacción con los Grupos de Interés
- Investigación para mejorar la calidad de atención
- Gestión Humana para recurso humano comprometido, calificado y competente
- Derechos y Deberes de los Pacientes
- Seguridad del paciente dentro del contexto de la política integral de calidad
- Responsabilidad Social con el Desarrollo Sostenible y Respeto a los Derechos Fundamentales
- Coherencia con los Principios y Valores institucionales
- Resolución de Conflictos de Interés
- Detección y control de riesgos
- Contratación transparente

VALORES

Honestidad

Respeto

Responsabilidad

Rectitud

Transparencia

Justicia

Compromiso

Seguridad

Política de Calidad

En el Hospital General de Medellín enfocamos nuestros procesos a contribuir con la calidad de vida de nuestros clientes, a cuidar y proteger el medio ambiente y a mejorar las condiciones de vida y trabajo de nuestros colaboradores, para lo cual nos comprometemos con:

- Brindar una **atención segura**, oportuna, confiable y cálida.
- Prevenir el impacto ambiental negativo asociado con el uso de los recursos y la generacion de residuos, vertimientos y emisiones.
- Prevenir y controlar los riesgos operacionales.
- Promover y mantener condiciones y factores ocupacionales seguros, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestros colaboradores
- Promover y desarrollar relaciones docencia-servicio que permitan al Hospital y a las instituciones de educación superior, con las que se suscriben convenios, contribuir con el fortalecimiento de sus misiones.
- Promover y desarrollar las investigaciones básicas y aplicadas, cuyos resultados deben corresponder con desarrollos y soluciones innovadoras en beneficio del desempeño del Hospital y de sus partes involucradas.

El Hospital General de Medellín se apoya en el cumplimiento permanente de los requisitos legales aplicables, una cultura organizacional propia que involucre a los proveedores, contratistas, visitantes y población del entorno y el mejoramiento continuo del desempeño de los procesos.

Política de Seguridad del Paciente

Con el fin de propender por la seguridad en los procesos de atención, impactando en la mejora de la calidad y protegiendo al paciente de riesgos evitables que se deriven de su atención en salud, **el Hospital General de Medellín se compromete en disponer todos sus recursos, para identificar, prevenir y reducir todos los riesgos, como a minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud, igualmente a brindar un entorno seguro, a generar y mantener una cultura de seguridad.**

2. Cultura organizacional para la seguridad del paciente

Certificaciones

Adopción **por norma**, de requerimientos de entes certificadores de calidad en la atención.

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

CERTIFICA

Que el Prestador de Servicios de Salud denominado **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIRREZ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** Inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, en esta Dirección Departamental de Salud, con el Código número 05-001 02144 01, ubicado en la **CARRERA48 No 32-102** del Municipio de **MEDELLÍN** y Representado Legalmente por **CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR**, a la fecha de la visita de verificación cumple con los requisitos establecidos en el Decreto 2309 y las Resoluciones 1439 de 2002, 486 y 1891 de 2003 del Ministerio de la Protección Social, los cuales establecen las condiciones básicas de Capacidad Tecnológica y Cientifica, de Suficiencia Patrimonial y Financiera y de Capacidad Técnico Administrativa, en los servicios listados en el anexo.

El presente Certificado es Vigente hasta el 14 de

Expedido en Medellín a los 23 días del mes de m

FELIPE AC

Secretario Seccion

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

HOSPITALIZACIÓN GENERAL ADULTOS

SERVICIO DE SALUD HABILITADO

Nº 210267

Ministerio de la Protección Social

INVIMA

B P E

BUENAS PRACTICAS DE ELABORACION

Certificación en Buenas Prácticas de Elaboración Servicio Farmacéutico (BPE- INVIMA) Agosto 2011

Buenas Prácticas de Manufactura

BPM

INVIMA

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Certificación en Buenas Prácticas de Manufactura de Aire Medicinal (INVIMA) Abril 2011

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INVIMA

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Certificación en Buenas Prácticas Clínicas (INVIMA) Septiembre 2012

Certificaciones y reconocimientos

Adopción **voluntaria**, de requerimientos de entes certificadores de calidad en la atención.

II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ministerio de la Protección Social
ICONTEC
ACREDITACION EN SALUD

Acreditación N°003
Fecha: 29/02/2009

OHSAS 18001
icontec internacional

Certificado Nro. OS 212-1
Certificado NTC OHSAS 18001:2007
de Seguridad y Salud Ocupacional

ISO 14001
icontec internacional

Certificado Nro. SA 292-1
Certificado NTC ISO 14001:2004
de Gestión Ambiental

Mención Premio Baxter

Premio a la Calidad "Medellín Ciudad Saludable" 2012 Categoría Plata.

IAMI
Institución Amiga de la Mujer y la Infancia:
MPS y la UNICEF - 2000

PREMIO EXCELENCIA ARP SURA

Segundo puesto, categoría Mejor Gestión en Salud Ocupacional 2011

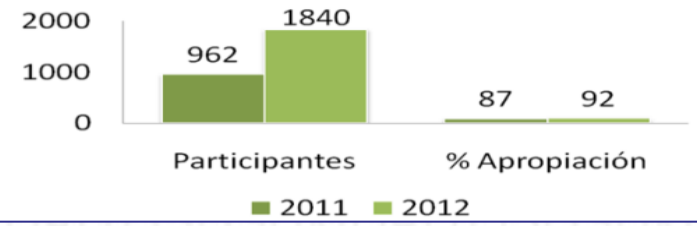
Segundo Hospital Público en el Ránkinh Hospitales y Clínicas latinoamericano 2012

Medalla al Mérito Luis Carlos Ochoa Ochoa - COHAN

Organizan: CaliDA, Salud Centro, Salud Norte, Hospital
Patrocinan: West, Surgir
Apoyan: Ministerio de Salud y Protección Social

✓ Cultura de la seguridad

Número de Personas impactadas con la estrategia	**973 68%**
Total jugadores (algunas de las personas impactadas jugaron más de una vez)	**1.840**
Partidos Jugados	**288**
Preguntas realizadas	**2.880**
Preguntas acertadas	**2.660**
Apropiación de la información	**92%**

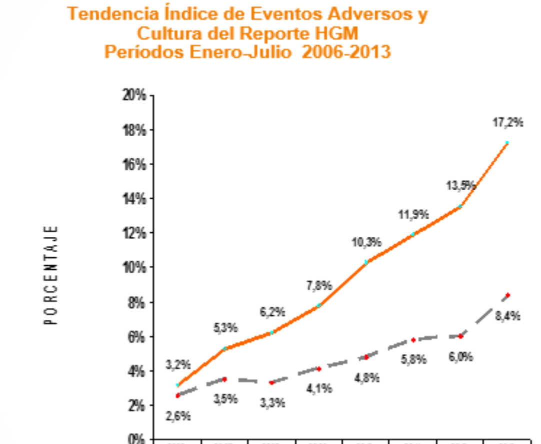


"Mundialito de Calidad" Juego de conocimiento y apropiación del SGIC

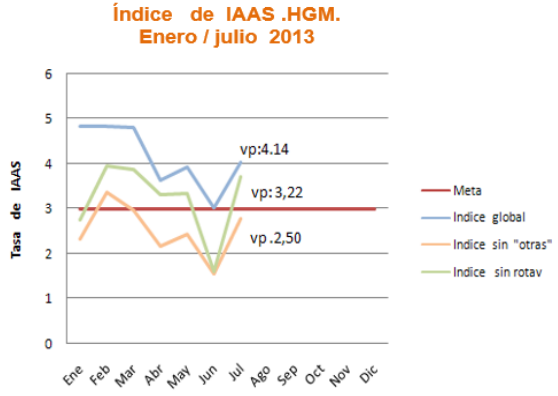
Inducción y Reinducción Virtual

✓ Cultura justa, no punitiva

- ❑ Cultura del reporte
- ❑ Desarrollo taxonómico
- ❑ Visitas de Calidad.
- ❑ Paciente Trazador.
- ❑ Rondas de Seguridad.
- ❑ Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente.
- ❑ Comité de Gerencial de Seguridad del Paciente.
- ❑ Tutoras de Calidad
- ❑ Gestores de Calidad

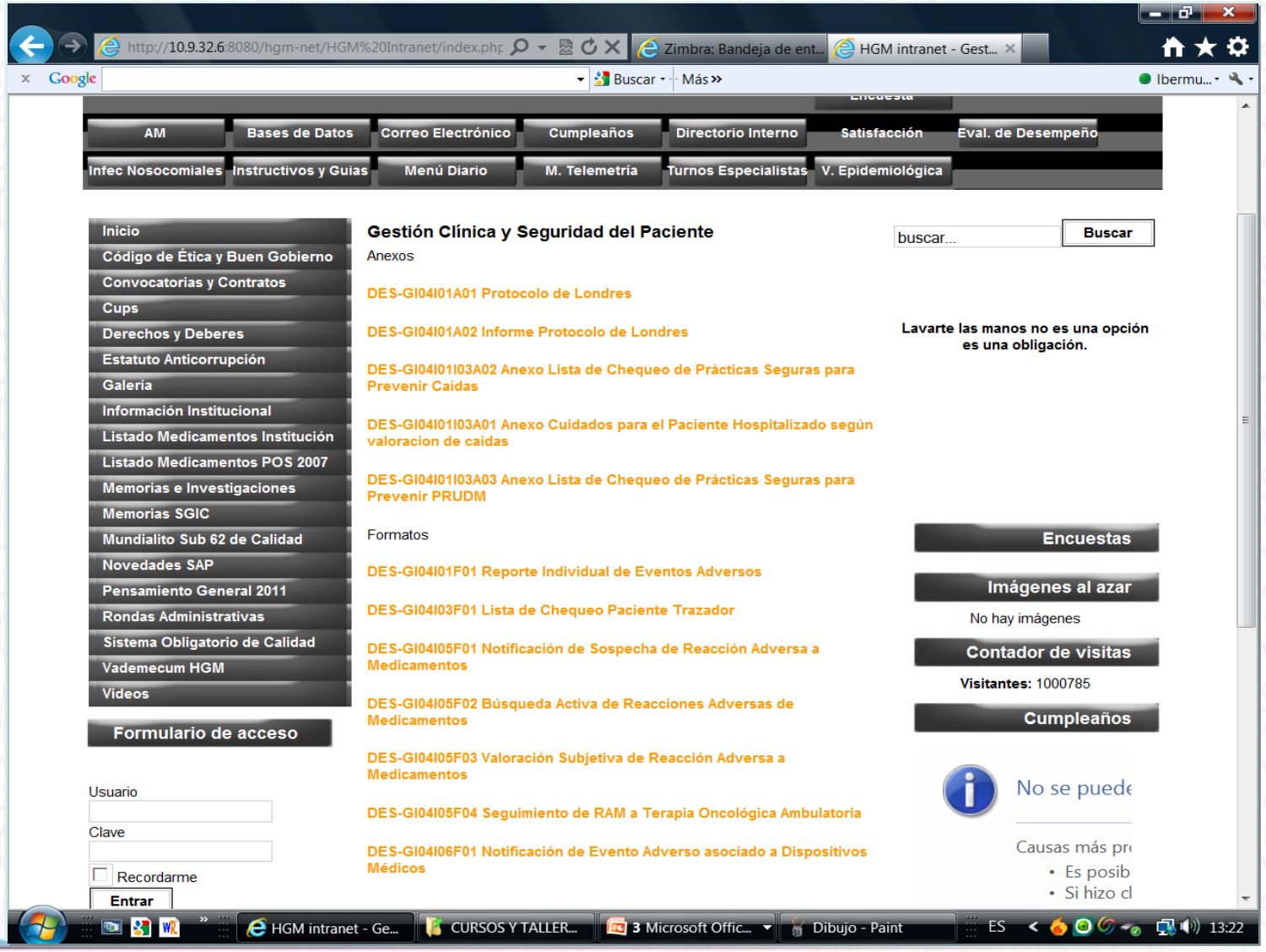


	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CULTURA DEL REPORTE	3,2%	5,3%	6,2%	7,8%	10,3%	11,9%	13,5%	17,2%
EVENTOS ADVERSOS	2,6%	3,5%	3,3%	4,1%	4,8%	5,8%	6,0%	8,4%



Organizan:
Patrocinan:
Apoyan:

✓ Desarrollo taxonómico de la seguridad del paciente



II Simposio Nacional de Seguridad del Paciente

Organizan: CaliDA, Salud Centro, Salud Norte, Hospital

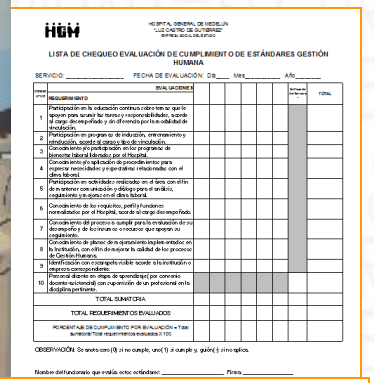
Patrocinan: West, Surgir

Apoyan: Ministerio de Salud y Protección Social

✓ Rondas de Seguridad

- Identificar oportunidades para mejorar la calidad en la atención y seguridad del paciente.
- Estandarizar conceptos y manejo del proceso de gestión de eventos adversos.
- Promover la socialización, por parte del personal, de propuestas de acciones a implementar por la Institución, para apoyar la atención segura del paciente.
- Apoyar la construcción y sostenimiento del Hospital como una institución altamente confiable.
- Facilitar la comunicación sobre seguridad clínica, entre los líderes administrativos y personal asistencial.

✓ Visitas de Calidad


HGM

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN "LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ"

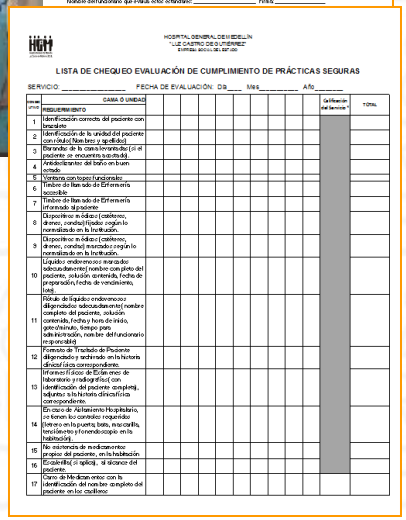
LISTA DE CHEQUEO EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES GESTIÓN HUMANA

SERVICIO: _____ FECHA DE EVALUACIÓN: Día____ Mes_____ Año_____

ítem	REQUERIMIENTO	EVALUACIONES							Calificación del Servicio	TOTAL
1	Participación en la educación continua sobre temas que le aporten para ser mejor ser humano y responsabilidades, acorde con el cargo especificado y de ofrecerle por la oportunidad de inducción.									
2	Participación en programas de inducción, entrenamiento y reinducción, acorde al cargo y área de desempeño.									
3	Conocimiento y participación en los programas de bienestar laboral ofrecidos por el Hospital.									
4	Conocimiento y aplicación de procedimientos para reportar necesidades y expectativas relacionadas con el clima laboral.									
5	Participación en actividades realizadas en el área con el fin de mantener comunicación y diálogo para el análisis, mejoramiento y ajustes en el clima laboral.									
6	Conocimiento de los requisitos, perfil y funciones normalizados por el Hospital, acorde al cargo desempeñado.									
7	Conocimiento del proceso y cumple para la evaluación de su desempeño y de los insumos o recursos que apoyan su cumplimiento.									
8	Conocimiento de planes de mejoramiento implementados en la institución, con el fin de mejorar la calidad de los procesos de Gestión Humana.									
9	Identificación con el compromiso visible acorde a la misión institucional y empresa correspondiente.									
10	Personal docente en etapa de aprendizaje (por convenio docente-asistencial) con capacitación de un profesional en la disciplina pertinente.									
	TOTAL SUMATORIA									
	TOTAL REQUERIMIENTOS EVALUADOS									
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR EVALUACIÓN = Total sumatoria/Total requerimientos evaluados X 100									

OBSERVACIÓN: Se asigna cero (0) si no cumple, uno (1) si cumple y guión ( ) si no aplica.

Nombre del funcionario que realiza este evaluación: _____ Firma: _____

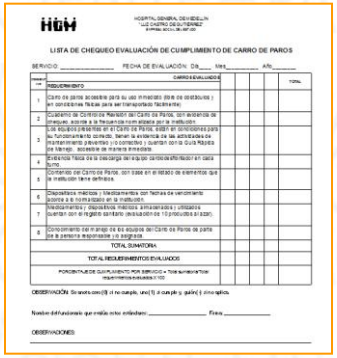

HGM

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN "LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ"

LISTA DE CHEQUEO EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PRÁCTICAS SEGURAS

SERVICIO: _____ FECHA DE EVALUACIÓN: Día____ Mes_____ Año_____

	CAMA O UNIDAD										Calificación del Servicio	TOTAL
1	Identificación correcta del paciente con brazalete											
2	Identificación de la unidad del paciente con rótulo(Nombre y apellido)											
3	Barandas de la cama levantadas (si el paciente se encuentra sustituido)											
4	Antedelantar del baño en buen estado											
5	Ventana con topes funcionales											
6	Timbre de llamada de Enfermería accesible											
7	Timbre de llamada de Enfermería informado al paciente											
8	Dispositivo médico (caldero, drenes, canulas) fijados según lo normalizado en la Institución.											
9	Dispositivo médico (caldero, drenes, canulas) marcados según lo normalizado en la Institución.											
10	Líquido endovenoso marcados adecuadamente(nombre completo del paciente, solución contenida, fecha de preparación, fecha de vencimiento, hora)											
11	Rótulo de líquido endovenoso diligenciados adecuadamente(nombre completo del paciente, solución contenida, fecha y hora de inicio, goteo/minuto, tiempo para administración, nombre del funcionario responsable)											
12	Formato de Traslado de Paciente diligenciados y archivado en la historia clínica(área correspondiente.											
13	Informes Físicos de Exámenes de laboratorio y radiográficos(con identificación del paciente completa), ajustados a la historia clínica(área correspondiente.											
14	En caso de Alistamiento Hospitalario, se tienen los controles requeridos (brazo en la puerta, bata, mascarilla, tensiómetro y fonendoscopio en la habitación)											
15	No existencia de medicamentos propios del paciente, en la habitación.											
16	Escalerilla(si aplica), al alcance del paciente.											
17	Cama de Medidas anexo con la identificación del nombre completo del paciente en los cabezales											


HGM

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN "LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ"

LISTA DE CHEQUEO EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CARRO DE PAROS

SERVICIO: _____ FECHA DE EVALUACIÓN: Día____ Mes_____ Año_____

ítem	REQUERIMIENTO	CARRO EVALUADO				TOTAL
1	Carro de paros accesible para su uso inmediato (libre de obstáculos) y en condiciones físicas para ser transportado fácilmente.					
2	Cuaderno de Control de Revisión del Carro de Paros, con evidencia de chequeo acorde a la frecuencia normalizada para la institución.					
3	Los equipos presentes en el Carro de Paros, están en condiciones para su funcionamiento correcto, tener la evidencia de las actividades de mantenimiento preventivo y/o correctivo y cuentan con la Guía Rápida de Manejo, accesible de manera inmediata.					
4	Evidencia física de la descarga de equipo cardiodesfibrilador en cada turno.					
5	Contenido del Carro de Paros, con base en el listado de elementos que la institución tiene definidos.					
6	Dispositivos médicos / medicamentos con fechas de vencimiento acorde a lo normalizado en la institución.					
7	Medicamentos y dispositivos médicos almacenados y utilizados cuentan con el registro sanitario otorgado por el Invima (o el que haga sus veces).					
8	Conocimiento del manejo de los equipos del Carro de Paros por parte de la persona responsable o designada.					
	TOTAL SUMATORIA					
	TOTAL REQUERIMIENTOS EVALUADOS					
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR SERVICIO = Total sumatoria/Total requerimientos evaluados X 100					

OBSERVACIÓN: Se asigna cero (0) si no cumple, uno (1) si cumple y guión ( ) si no aplica.

Nombre del funcionario que realiza este evaluación: _____ Firma: _____

OBSERVACIONES: _____

- Verificar el cumplimiento de estándares de Calidad, contribuir a la construcción de una relación de trabajo que genere confianza y fortalecer la cultura de calidad.
- Promover la Seguridad del Paciente.
- Identificar y analizar las limitantes que afectan la prestación de los servicios.
- Analizar alternativas de solución a problemas y lograr compromisos realizables y duraderos.

II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

✓ Tutores de Calidad

✓ Paciente Trazador

HGM	PACIENTE TRAZADOR	ATENCION INTEGRAL EN SALUD ATENCIÓN DEL PACIENTE		Julio (22)	Agosto (15)	Sept (20)	Oct (21)	Nov (17)	Dic (25)
5	El Equipo de Salud conoce la Política de Seguridad del Paciente, existente en el Código de Ética y de Buen Gobierno y es divulgada dentro del servicio o area.		S5	64%	87%	65%	67%	76%	72%
7	Se utilizan al menos dos (2) datos diferentes para corroborar la identidad del usuario en su sitio de hospitalizacion.		S7	91%	87%	95%	100%	100%	96%
8	Se hace verificacion al menos de dos formas siempre que se va a realizar un procedimiento: toma o recepción de muestras de laboratorio, realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y administración de medicamentos, productos biológicos, sangre o componentes sanguíneos.		S8	68%	80%	85%	100%	100%	92%
9	Los recipientes utilizados para recolectar muestras u otros especímenes de laboratorio son marcados en presencia del usuario.		S9	41%	47%	80%	86%	88%	76%
10	En caso de haber tenido la necesidad de iniciar una transfusión, la verificación de la identidad del paciente es realizada por un mínimo de dos (2) miembros del equipo de salud y en presencia del usuario (Chequeo cruzado) y supervisada por personal medico.		S10	64%	80%	85%	71%	88%	88%
11	Se presta especial atención a la comunicación y coordinación durante los traslados entre servicios y durante las remisiones, con el fin de controlar los posibles riesgos derivados de una información incompleta, imprecisa o equivocada y queda soporte escrito.		S11	68%	60%	95%	76%	100%	76%
12	Se identifican y registran los medicamentos ambulatorios (de cualquier tipo) que el usuario esta tomando (reconciliacion medicamentosa) para su admon en la institucion previniendo		S12	77%	47%	75%	100%	100%	80%
13	En caso de haber sido programado para un procedimiento quirurgicose realizo la profilaxis antibiótica de acuerdo con las guias institucionales.		S13	95%	73%	95%	81%	100%	92%
14	Se cuenta con procedimientos estandarizados para la detección e investigación de las infecciones asociadas a la prestación de servicios de salud.		S14	91%	100%	95%	95%	88%	100%
15	Se cuenta, es conocido, diligenciado y actualizado el mecanismo para identificar y controlar los riesgos en aquellos usuarios que en razón de su edad, condición clínica, tratamiento que están recibiendo u otros factores, pudieran presentar un mayor riesgo de caídas u otros accidentes		S15	86%	100%	95%	100%	100%	100%
16	Los procedimientos prequirúrgicos incluyen la doble verificación del paciente correcto (Por Anestesiólogo, Cirujano y/o Auxiliar), del procedimiento correcto y sitio correcto durante las		S16	77%	89%	95%	86%	71%	92%
17	Se diligencia la lista de chequeo en cirugia y se marca el sitio quirurgico cuando el procedimiento es en organo homologo.		S17	77%	100%	85%	86%	76%	92%
28	Se realizo la preparacion adecuada para las ayudas diagnosticas y los procedimientos que se han realizado		C28	91%	87%	95%	95%	100%	100%
30	La aplicacion de los tratamientos es realizada acorde con las ordenes medicas		O30	95%	93%	100%	90%	88%	100%
	SUMATORIA DE ADHERENCIA DEL EVENTO			78%	81%	82%	86%	86%	77%

Comportamiento del cumplimiento de variables de Paciente Trazador relacionadas con las prácticas seguras - 2012

Organizan: Patrocinan: Apoyan:

✓ Multiplicadores de la Política de Seguridad

✓ Gestores de Calidad

Organizan: Patrocinan: Apoyan:

3. Estrategias para la seguridad en la atención del paciente

✓ Desarrollo y mantenimiento de la infraestructura

Unidad de Neonatología

Área de Endoscopias

Toma de muestras en Laboratorio Clínico

Ampliación de servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización

Adecuación de Sala de espera para pacientes de Cirugía, Ginecoobstetricia y UCI

✓ Adquisición y renovación tecnológica

Equipos para visualización de imágenes en Cirugía

Equipo de Fisiología Pulmonar

Carros de Medicamentos

Central de Mezclas Parenterales

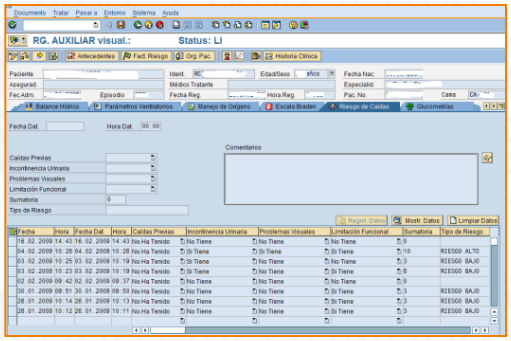
Actualización en SAP

Telemetría

✓ Socialización y despliegue de prácticas seguras

Valoración e intervención del riesgo de caídas

"Habladores" con cuidados

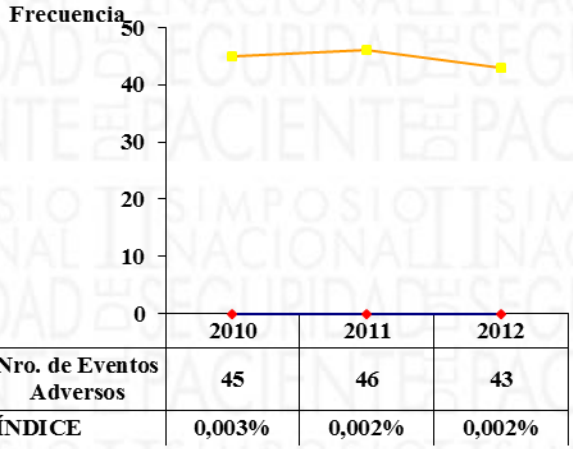


Escala de valoración del riesgo

Utilización de brazalete

Sillas de ruedas metálicas para el baño del paciente

Comportamiento del indicador de Índice de eventos adversos por Caídas HGM 2010-2012

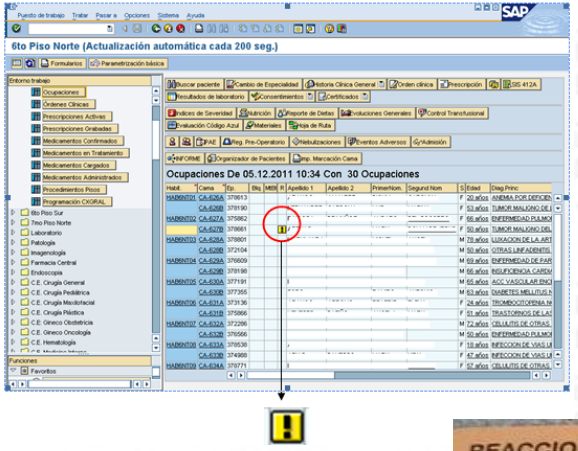


	2010	2011	2012
Nro. de Eventos Adversos	45	46	43
ÍNDICE	0,003%	0,002%	0,002%

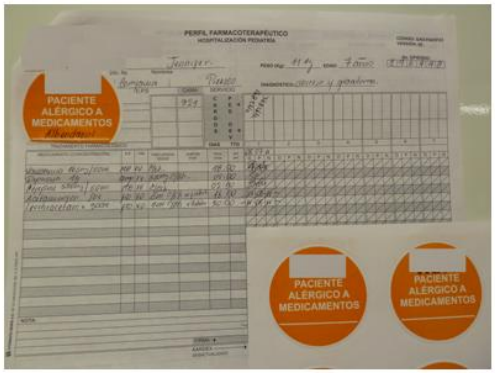
✓ Socialización y despliegue de prácticas seguras Farmacovigilancia

II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ejemplo de Factor de Riesgo en SAP de paciente alérgico a penicilina



Sticker naranja en Perfil Farmacoterapéutico



Identificación de paciente con manilla naranja (RAM)

MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA	SISTEMA DE DIFERENCIACIÓN
MORFINA 10 MG	AMPOLLA	
MEPERIDINA 100 MG	AMPOLLA	
DOPAMINA 200 MG/5ML	AMPOLLA	
BETAMETASONA 4 MG	AMPOLLA	
DIPIRONA 1 GR	AMPOLLA	
ADRENALINA 1MG	AMPOLLA	

Identificación de una lista LASA propia

Identificación de electrolitos concentrados

BASE DE DATOS PARA LA PREPARACIÓN DE ELECTROLITOS

Ingrese en las celdas naranja el volumen requerido de cada componente de la mezcla deseada. Verifique la información.

PRODUCTO	VOLUMEN PRESCRITO (ml)
Cloruro de Sodio (2mEq/ml)	0
Bicarbonato de Sodio (1mEq/ml)	10
Cloruro de Potasio (2mEq/ml)	20
Sulfato de Magnesio (1,62 mEq/ml)	0
Gluconato de Calcio (0,455mEq/ml)	0
Fosfato de Potasio (3mMol/ml de Fósforo y 4,4 mEq/ml de Potasio)	0
Cloruro de Sodio 0,9%	0
Dextrosa en Agua Destilada 5%	500
Lactato de Ringer	0
Agua	0

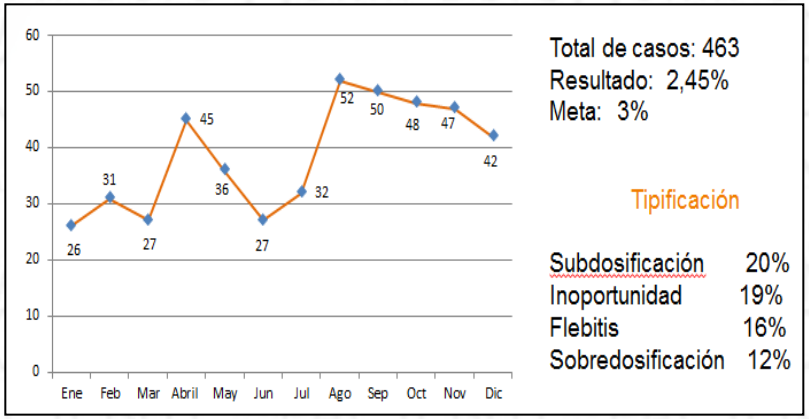
INFORMACIÓN DE ESTA MEZCLA		
Sodio (total)	10 mEq	230 mg
Cloro (total)	40 mEq	1420 mg
Potasio (total)	40 mEq	1560 mg
Magnesio (total)	0 mEq	0 mg
Calcio (total)	0 mEq	0 mg
Fósforo (total)	0 mMol	0 mg
Lactato (total)	0 mEq	
Calorías (total)	85 Kcal	
Osmolaridad	426,42 mOsm/L	VÍA PERIFERICA
VOLUMEN TOTAL	530 ml	

Desarrollo de herramientas de apoyo para cálculo de osmolaridad.

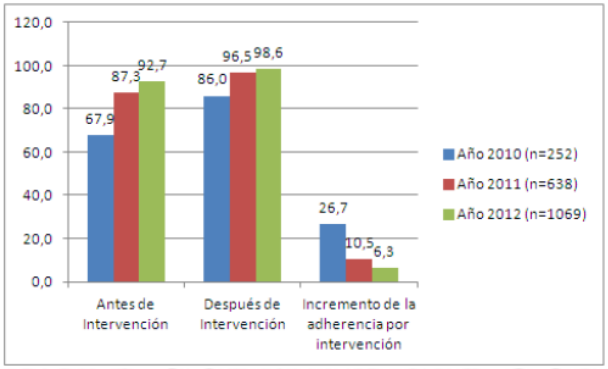
Ampliación del portafolio de preparación centralizada.

✓ Socialización y despliegue de prácticas seguras Farmacovigilancia

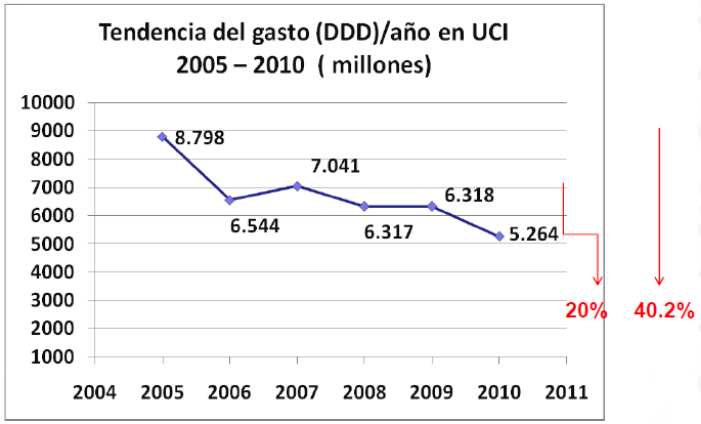
Participación del Químico Farmacéutico



Comparativo anual del porcentaje de adherencia Período 2010 - 2012



logros institucionales en el uso racional de antibióticos

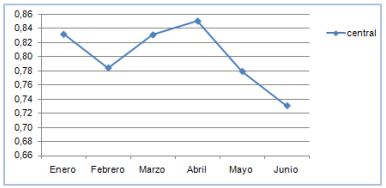


✓ Socialización y despliegue de prácticas seguras

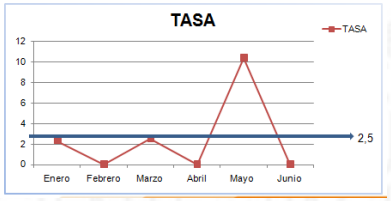
Control de Infecciones intrahospitalarias

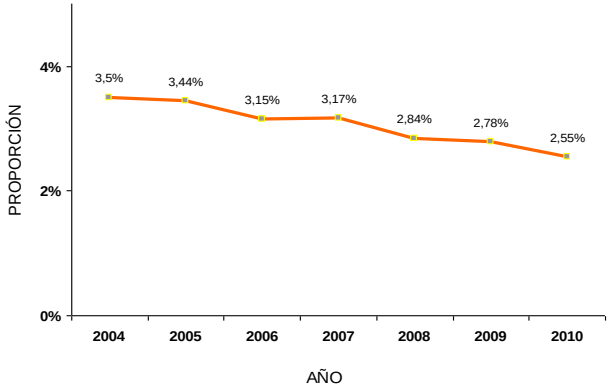
Catéter Central

Tasa de uso: 0,9
Referente externo
NHSN 2009
90%: 0,76



Tasa de infección: 2,5
Referente externo
NHSN 2009
90%: 3,8

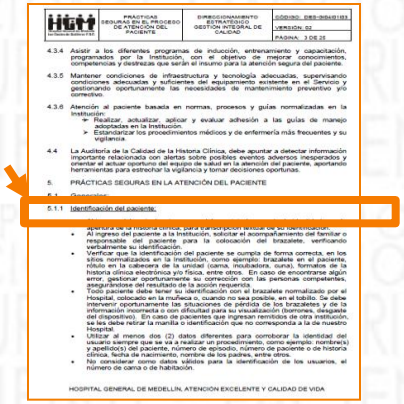




Tendencia Proporción de IIAS
Periodo 2004 – 2010 HGM

✓ Socialización y despliegue de prácticas seguras

Identificación del paciente



HGM

PRÁCTICAS SEGURAS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE | DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD | CÓDIGO: DES-[illegible] VERSIÓN: 02 PÁGINA: 3 DE 25

4.3.4 Asistir a los diferentes programas de inducción, entrenamiento y capacitación, programados por la Institución, con el objetivo de mejorar conocimientos, competencias y destrezas que serán el insumo para la atención segura del paciente.

4.3.5 Mantener condiciones de infraestructura y tecnología adecuadas, supervisando condiciones adecuadas y suficientes del equipamiento existente en el Servicio y gestionando oportunamente las necesidades de mantenimiento preventivo y/o correctivo.

4.3.6 Atención al paciente basada en normas, procesos y guías normalizadas en la Institución:
- Realizar, actualizar, aplicar y evaluar adhesión a las guías de manejo adoptadas en la Institución.
- Estandarizar los procedimientos médicos y de enfermería más frecuentes y su vigilancia.

4.4 La Auditoría de la Calidad de la Historia Clínica, debe apuntar a detectar información importante relacionada con alertas sobre posibles eventos adversos inesperados y orientar el actuar oportuno del equipo de salud en la atención del paciente, aportando herramientas para estrechar la vigilancia y tomar decisiones oportunas.

5. PRÁCTICAS SEGURAS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

5.1 Generales

5.1.1 Identificación del paciente:

- Apertura de la historia clínica, para transcripción fehaciente de su identificación.
- Al ingreso del paciente a la Institución, solicitar el acompañamiento del familiar o responsable del paciente para la colocación del brazalete, verificando verbalmente su identificación.
- Verificar que la identificación del paciente se cumpla de forma correcta, en los sitios normalizados en la Institución, como ejemplo: brazalete en el paciente, rótulo en la cabecera de la unidad (cama, incubadora, cuna), formatos de la historia clínica electrónica y/o física, entre otros. En caso de encontrarse algún error, gestionar oportunamente su corrección con las personas competentes, asegurándose del resultado de la acción requerida.
- Todo paciente debe tener su identificación con el brazalete normalizado por el Hospital, colocado en la muñeca o, cuando no sea posible, en el tobillo. Se debe intervenir oportunamente las situaciones de pérdida de los brazaletes y de la información incorrecta o con dificultad para su visualización (borrones, desgaste del dispositivo). En caso de pacientes que ingresan remitidos de otra institución, se les debe retirar la manilla o identificación que no corresponda a la de nuestro Hospital.
- Utilizar al menos dos (2) datos diferentes para corroborar la identidad del usuario siempre que se va a realizar un procedimiento, como ejemplo: nombre(s) y apellido(s) del paciente, número de episodio, número de paciente o de historia clínica, fecha de nacimiento, nombre de los padres, entre otros.
- No considerar como datos válidos para la identificación de los usuarios, el número de cama o de habitación.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA

Rótulo para identificación de cajetines de los Carros de Medicamentos

HGM

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN CAMILLA | ATENCIÓN INTEGRAL EN CALIDAD ATENCIÓN DEL PACIENTE | CÓDIGO: [illegible] VERSIÓN: 01 FECHA: [illegible]

FECHA			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE (PROCEDIMIENTOS)			
EPISODIO		EDAD	
CIRUJANO			
ANESTESIOLOGO			
AUXILIAR			

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA

Ròtulo para paciente en camilla (Cirugía y Urgencias)

Registro de niños al ingreso

Brazalete y datos de rótulo de la unidad originados desde la historia clínica electrónica

Acceso a servicios de salud con registro de los datos transcritos del documento de identidad

Entrega de medicamentos y componentes sanguíneos con verificación por doble chequeo

Organizan: CaliDA, Salud Centro, Salud Norte, Hospital
Patrocinan: West, SURGIR
Apoyan: Prosperidad para todos, Ministerio de Salud y Protección Social

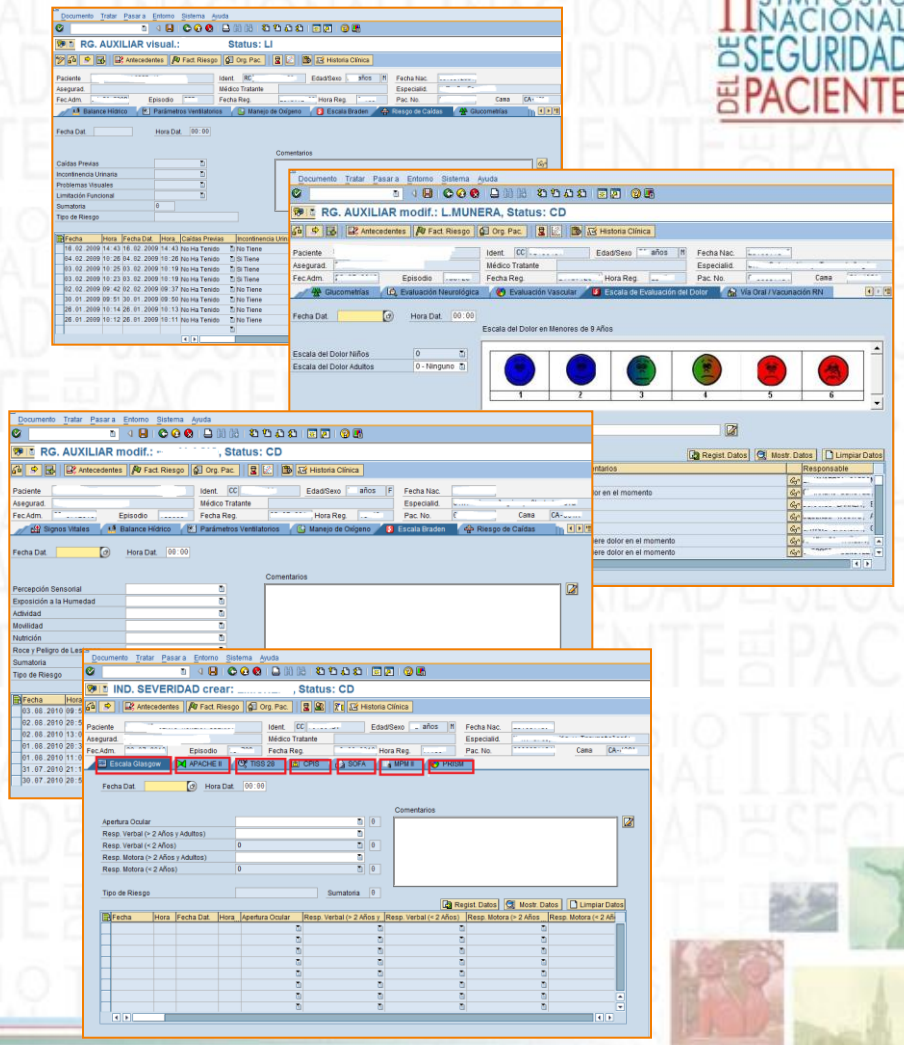
✓ Socialización y despliegue de prácticas seguras

Escalas de valoración de riesgo

En aquellos usuarios que en razón de su edad, de su condición clínica, del tratamiento que están recibiendo o de otros factores pudieran estar en riesgo para la generación de eventos adversos o complicaciones.

Estas valoraciones combinan el juicio clínico y los instrumentos estandarizados. Se reevalúan a los pacientes con regularidad, se documentan los hallazgos y se incrementa la frecuencia de las valoraciones si se deteriora el estado del paciente.

- Escala de Braden
- Escala del Dolor
- Riesgo de Caídas
- Índices de Severidad



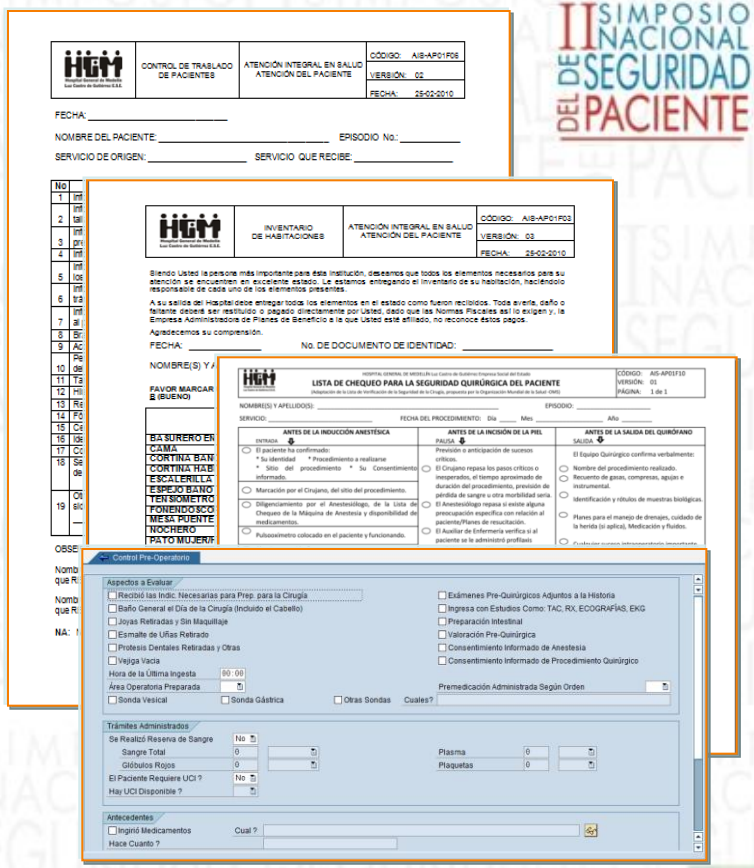
✓ Listas de chequeo durante el proceso de atención

➢ **CONTROL DE TRASLADO DE PACIENTES:**
Verificación de la continuidad del cuidado de enfermería para el paciente en los procesos donde la responsabilidad del equipo de salud sea transferida entre servicios.

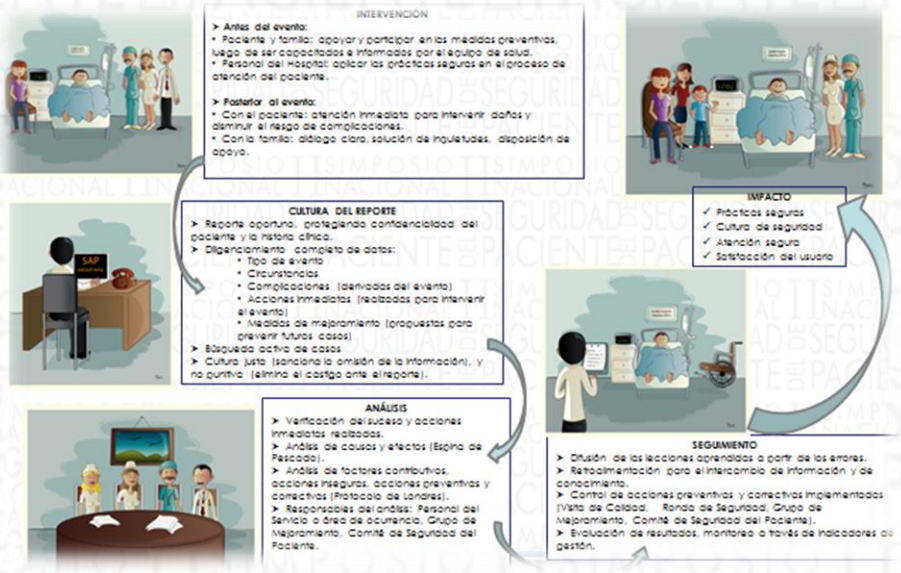
➢ **INVENTARIO DE HABITACIONES:**
Verificación al inicio de la hospitalización, de que los elementos necesarios para la atención del paciente se encuentren en la suficiencia y condiciones necesarias, haciendo partícipe al paciente y/o familiares de su cuidado.

➢ **LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DEL PACIENTE:**
Lista de chequeo para la seguridad quirúrgica recomendada por la OMS (*Surgical Safety Checklist*) que permite realizar las verificaciones críticas tendientes a evitar los principales errores que ocurren antes, durante e inmediatamente después de una intervención quirúrgica.

➢ **CONTROL PREOPERATORIO:**
Verificación realizada en los servicios de hospitalización, del cumplimiento de las condiciones en las cuales debe llegar el paciente al área quirúrgica.



Organizan: CaliDA · Salud Centro · Salud Norte · Patrocinan: West · SURGIR · Apoyan: Ministerio de Salud y Protección Social



4. Gestión de eventos adversos

Gestión de Eventos Adversos

INTERVENCIÓN

➢ **Antes del evento:**

• Paciente y familia: apoyar y participar en las medidas preventivas, luego de ser capacitados e informados por el equipo de salud.

• Personal del Hospital: aplicar las prácticas seguras en el proceso de atención del paciente.

➢ **Posterior al evento:**

• Con el paciente: atención inmediata para intervenir daños y disminuir el riesgo de complicaciones.

• Con la familia: diálogo claro, solución de inquietudes, disposición de apoyo.

Gestión de Eventos Adversos

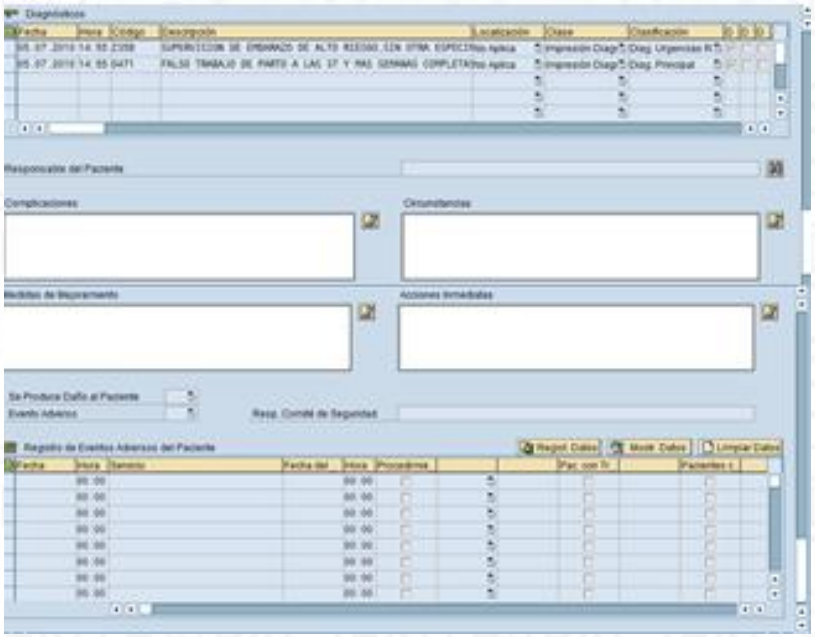
CULTURA DEL REPORTE

- Reporte oportuno, protegiendo confidencialidad del paciente y la historia clínica.
- Diligenciamiento completo de datos:
  - Tipo de evento
  - Circunstancias
  - Complicaciones (derivadas del evento)
  - Acciones inmediatas (realizadas para intervenir el evento)
  - Medidas de mejoramiento (propuestas para prevenir futuros casos)
- Búsqueda activa de casos
- Cultura justa (sanciona la omisión de la información), y no punitiva (elimina el castigo ante el reporte).

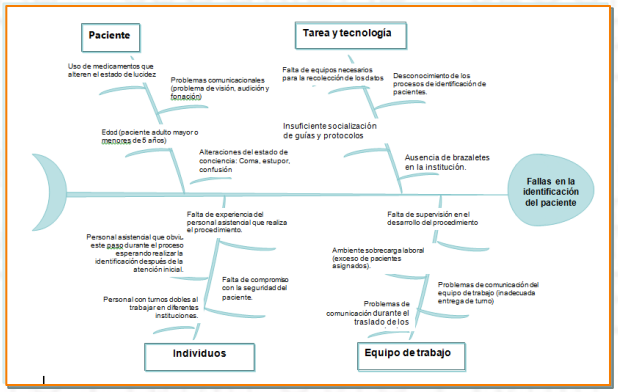
Gestión de Eventos Adversos

II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cultura del reporte



Gestión de Eventos Adversos

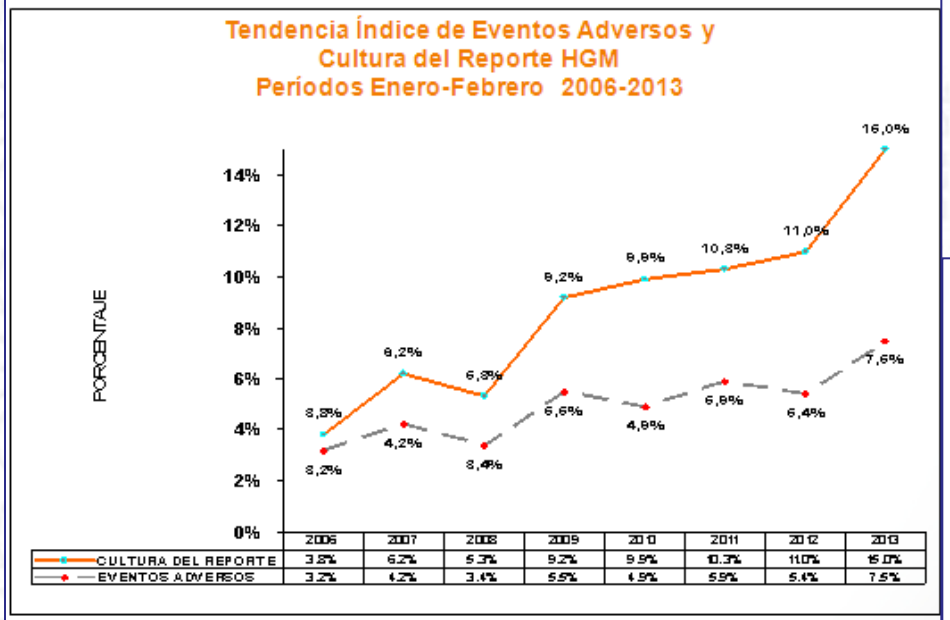


ANÁLISIS

- Verificación del suceso y acciones inmediatas realizadas.
- Análisis de causas y efectos (Espina de Pescado).
- Análisis de factores contributivos, acciones inseguras, acciones preventivas y correctivas (Protocolo de Londres).
- Responsables del análisis: Personal del Servicio o área de ocurrencia, Grupo de Mejoramiento, Comité de Seguridad del Paciente.

Gestión de Eventos Adversos

Resultados



Fuente: Comité de Seguridad del Paciente HGM

Comportamiento en orden de frecuencia de las primeras causas en Cultura del Reporte (Casi Eventos y Eventos Adversos) Enero a Febrero 2006 a 2013

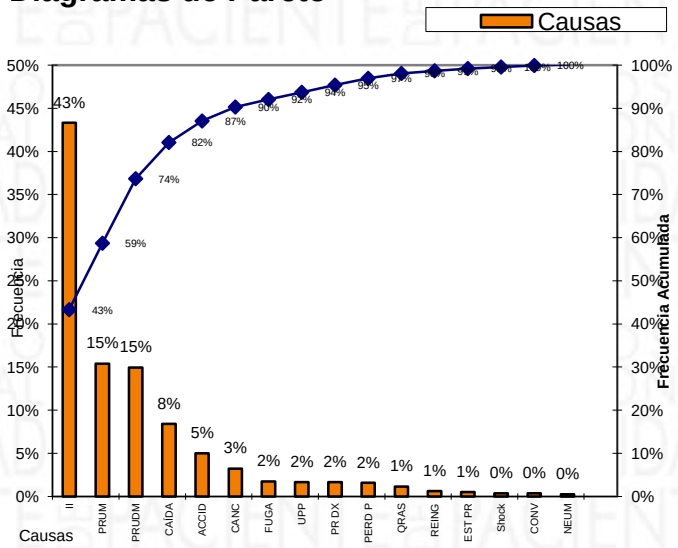
ORDEN	1	2	3	4	5
AÑO					
2006	II	CAÍDA	PRUDM	FUGAS	PRUM
2007	II	PRUM	CAÍDA	PRUDM	TRAUMA (Reintervención, daño a órgano)
2008	II	PRUM	PRUDM	CAÍDA	TRAUMA (Reintervención, daño a órgano)
2009	II	PRUDM	PRUM	CANC	CAÍDA
2010	II	PRUM	PRUDM	CANC	CAÍDA
2011	II	PRUM	PRUDM	CANC	TRAUMA (Reintervención, daño a órgano)
2012	II (ISO-ITU)	PRUM (Fleb-Subd-Inop)	PRUDM (SNG-TOT-CVC-Ostom)	CANC (Adherencia a guía)	TRAUMA (Daño a órgano-Deterioro)
2013	II (Sepsis-ISO)	PRUM (Presc-Fleb-Subd-Inop)	PRUDM (SNG-TOT-CVC-Ostom)	**CAÍDAS** (Desde su propia altura) CANC (Adherencia a guía)	ESTANCIA INADECUADA (En espera de oxígeno domiciliario o cualquier otra condición Remisión pendiente de aceptación Procedimientos médico quirúrgicos cancelados o no programados)

Organizan: Patrocinan: Apoyan:

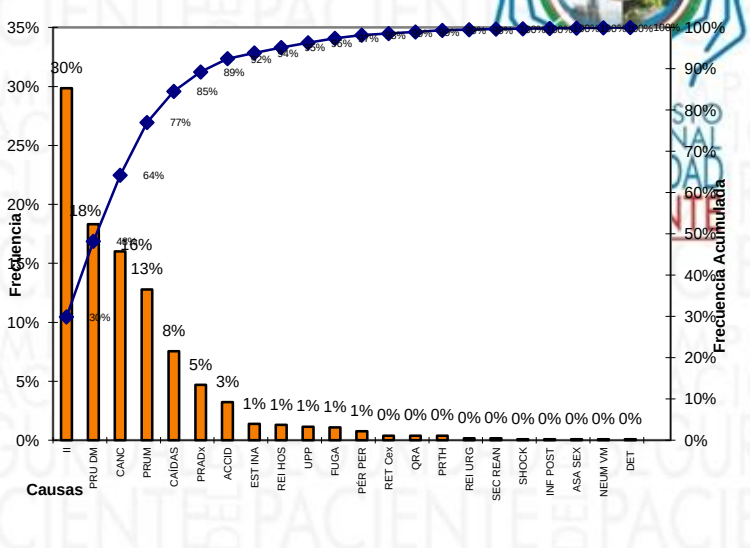
Comparativo comportamiento de los eventos adversos más frecuentes en el HGM 2010 a 2012

Diagramas de Pareto

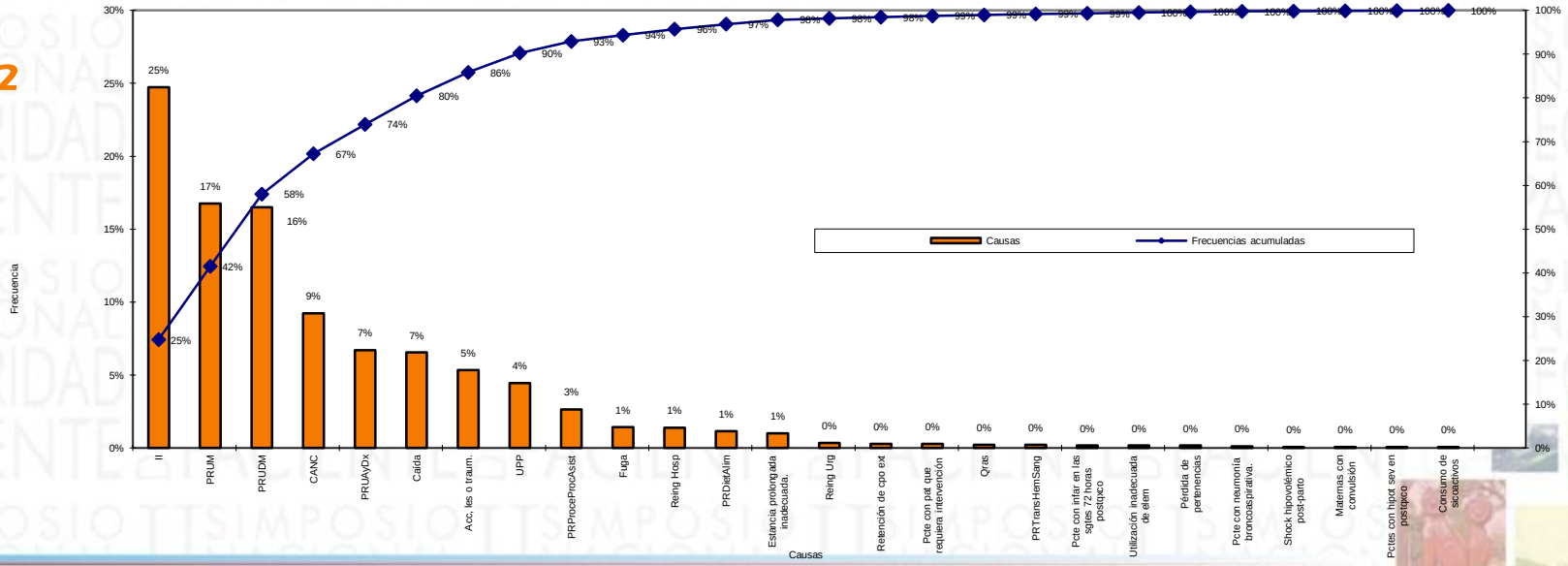
2010



2011



2012



Fuente: Reportes individuales HGM

Gestión de Eventos Adversos

Grupos para el apoyo del análisis e intervención

✓ Grupos de Mejoramiento

- Sus reuniones son lideradas y coordinadas por el Director del área.
- Los temas tratados son: despliegue de información y novedades, socialización e intervención de inquietudes o problemáticas observadas en el área, indicadores de productividad y de calidad en la atención.

✓ Comité de Seguridad del Paciente

FUNCIONES:

- Emitir recomendaciones sobre políticas tendientes a garantizar la seguridad del paciente.
- Facilitar consensos
- Apoyar el desarrollo e implementación de medidas y herramientas prácticas.
- Promover estrategias para el fortalecimiento institucional de la seguridad.
- Gestionar la información clínica y estadística.
- Apoyar actividades de capacitación en temas de seguridad

✓ Comité Gerencial de Seguridad del Paciente

Con participación de comités relacionados (Ampliado de Seguridad del Paciente, Seguridad del Paciente, Estancia Hospitalaria, Historias Clínicas, COVE, CII, Reuso, Fármaco-Tecnovigilancia…)

Gestión de Eventos Adversos

SEGUIMIENTO

- Difusión de las lecciones aprendidas a partir de los errores.
- Retroalimentación para el intercambio de información y de conocimiento.
- Control de acciones preventivas y correctivas implementadas (Visita de Calidad, Ronda de Seguridad, Grupo de Mejoramiento, Comité de Seguridad del Paciente).
- Evaluación de resultados, monitoreo a través de indicadores de gestión.

Gestión de Eventos Adversos

IMPACTO

- ✓ Prácticas seguras
- ✓ Cultura de seguridad
- ✓ Atención segura
- ✓ Satisfacción del usuario

II SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Gracias

ghernandez@hgm.gov.co

Organizan: Patrocinan: Apoyan: