



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Elaboró:

Olga Cecilia Erazo Rodríguez
Referente Seguridad del Paciente

Mady Amalfi Rojas Constain
Enfermera de Apoyo Seguridad del Paciente

José Esnil Meneses Gaviria
Profesional de Apoyo Seguridad del Paciente- Afiliado participe Admisalud

María Eufracia Sandoval Pino
Enfermera de Apoyo Seguridad del Paciente - Afiliado participe Admisalud

María Mercedes Fernández Gómez
Auxilia de Apoyo Seguridad del Paciente

Leída de Jesús Concha Muñoz
Auxiliar de Apoyo Seguridad del Paciente- Afiliado participe Admisalud

Revisó:

Oscar Fernando Rosero Vargas
Subgerente Científico

Paola Andrea Vega Arias
Enfermera Especialista Gr I con funciones de Coordinadora de Aseguramiento de la Calidad.

Aprobó:

Cesar Edmundo Sarria Porras
Gerente

POPAYAN 2023

44



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
BOGOTÁ

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 2 de 34

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias¹; constituye un elemento fundamental para el logro de la satisfacción del usuario y la garantía de la atención en el marco de la estrategia de Hospital Seguro.²

El direccionamiento estratégico del hospital San José dentro de su misión y visión, orienta a la prestación de servicios de salud con enfoque de calidad y mejoramiento continuo, por medio de su talento humano comprometido con la integralidad, seguridad y humanización del servicio, apoyado en procesos de docencia e investigación.

En el modelo de atención del hospital, se incluye el eje de gestión clínica excelente y segura, el cual, junto con la política de seguridad, las características de calidad y el ciclo de atención hacen necesario la existencia del programa de seguridad el cual permita la funcionalidad de la política. Así mismo el modelo de atención trabaja el mejoramiento continuo con el PAMEC programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad basado en el manual de estándares de acreditación, generando actividades que permitan prestar servicios con estándares de alta calidad, promoviendo la gestión del riesgo asistencial a través de la política, programa, una estructura organizacional, un comité de seguridad, permitiendo la aplicación de prácticas seguras según los paquetes instruccionales.

Las guías técnicas "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD" dispuestas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, se adoptan en la política, se aplican según el programa, se evalúan según el modelo de mejoramiento institucional hacia el objetivo de contar con unos procesos institucionales seguros, unos procesos asistenciales seguros, incentivar las buenas prácticas en la actuación de los profesionales hacia una transformación cultural segura, con mínimo daño, tendiente a una prestación del servicio con cero eventos centinela, hacia una cultura educativa tanto a nivel del colaborador como del paciente y su familia, justa con acompañamiento a los colaboradores de manera responsable, no punitiva.

El modelo de mejoramiento continuo del hospital incluye los tres niveles de mejoramiento, el nivel operativo (primer nivel), el táctico (segundo nivel) y el estratégico (tercer nivel) promoviendo la aplicación, evaluación y ajustes de la política y el programa de seguridad por todos los colaboradores de la institución independiente de su rol asistencial o administrativo.

¹ Observatorio de calidad de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social

² Ministerio de la Protección Social República de Colombia Dirección General de Calidad de Servicios

LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POTRERO

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 3 de 34

ANTECEDENTES

El hospital trabaja la seguridad del paciente, desde el año 2008, adoptando los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Cumpliendo la normatividad de habilitación y acreditación vigente como base para la prestación de los servicios.

Desde el año 2015, el hospital dispone de una política de seguridad del paciente donde se implementan los lineamientos como Gestión del riesgo clínico, Identificación correcta de los pacientes, Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo, Garantizar la cirugía segura, Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud, Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas, Prevenir la aparición de zonas de presión, Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes a la transfusión sanguínea y Garantizar la atención segura del binomio madre e hijo. En 2019 se realiza una actualización a la política, para redefinir el lineamiento relacionado con los medicamentos de alto riesgo e involucrar el uso seguro de todos los medicamentos.

En el año 2019, se diseña el programa de seguridad del paciente en forma de casa, teniendo como objetivo principal la garantía de la seguridad en todos los procesos asistenciales, promoviendo la transformación cultural.

En el año 2023 se hace necesario la actualización de la política y del programa, deseando el objetivo mundial de cero eventos centinela adoptando todos los paquetes instruccionales existentes en la política nacional de seguridad del paciente.

2. OBJETIVO GENERAL:

Transformar la cultura en seguridad del paciente para minimizar la ocurrencia de los eventos adversos leves, moderados y graves o centinela, con la tendencia a CERO eventos CENTINELA.

2.1. Objetivos específicos:

2.1.1. Unificar conceptos descritos en la política de seguridad del paciente nacional.

As



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL GOBIERNO
ECUATORIANO

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 4 de 34

- 2.1.2.** Educar a nuestros usuarios internos y externos junto a su núcleo familiar acerca de los factores que pueden incidir en la seguridad durante el proceso de atención en salud.
- 2.1.3.** Promover un proceso de atención seguro mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas, adopción de las barreras de seguridad expuestas en los paquetes instruccionales nacionales.
- 2.1.4.** Identificar, gestionar el riesgo en el día a día de la atención en salud institucional.
- 2.1.5.** Fortalecer la cultura de seguridad del paciente promoviendo la política educativa, responsable y no punitiva.

3. ALCANCE

El programa de seguridad del paciente aplica para todos los colaboradores del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

4. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La estructura del programa de seguridad del paciente tiene forma de una CASA: en ella se ilustran los componentes del programa de seguridad del paciente en los cimientos, columnas, muros, viga de amarre y un techo que cubre toda la estructura. La construcción de la misma se empieza desde la base o los cimientos hasta llegar al techo que es el objetivo general del programa de alcanzar la transformación cultural con actitudes, comportamientos, costumbres de trabajo en equipo, compromiso y liderazgo en seguridad del paciente.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 5 de 34



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
ENTIDAD SOCIAL DEL ESTADO
COLOMBIA



La base del programa de seguridad del paciente, son los cimientos conformados por el direccionamiento estratégico (la misión, visión, valores institucionales), es deber del talento humano del hospital cumplir el compromiso del hospital de contar con un talento humano comprometido con una atención integral segura y humanizada.

En los cimientos se anclan las cinco columnas de color café y los cinco muros de color blanco. Todas las columnas y muros se fijan en la viga de amarre del protocolo de Londres como herramienta de análisis para los eventos centinela, finalmente la casa se cubre con el gran techo de la transformación cultural.

Las columnas están representadas por los siguientes componentes:

1. **EDUCACIÓN EN SEGURIDAD PARA TODOS LOS COLABORADORES.** El personal educado realiza su tarea de forma segura.

La primera columna se logra a través de los procedimientos de inducción, reinducción, capacitaciones específicas, dirigidas al personal vinculado como talento humano del hospital, así como al personal en formación tipo estudiantes de pre y postgrado.

La **inducción** al talento humano nuevo se realiza mensualmente según cronograma institucional planeado por el proceso de talento humano del hospital.

La **reinducción** al talento humano activo, se realiza mensualmente según cronograma institucional planeado por el equipo referente de seguridad del paciente. Se apoya de videos audio educativos dispuestos en la intranet, acompañados de test de conocimientos.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PRIVATIZADA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 6 de 34

Se realiza un **curso certificado** por el proceso de aseguramiento de calidad en **capacitación en el concepto de seguridad del paciente** con el objetivo de estandarizar la unificación de los conceptos definidos en la política institucional. Igualmente, de manera mensual según cronograma planeado por el equipo referente de seguridad del paciente, junto con el proceso de talento humano del hospital y de las asociaciones gremiales vinculadas con el hospital.

En las **reuniones mensuales** de segundo nivel de mejoramiento se entrega información actualizada de los resultados de la política y programa de seguridad del paciente, por parte del equipo referente, con el objetivo de continuar el flujo de información hacia los primeros niveles de mejoramiento de los procesos asistenciales por parte de los coordinadores y líderes de calidad.

Además, en el mes de septiembre en conmemoración del **día mundial de la seguridad del paciente**, se realizan actividades educativas, lúdicas, informativas.

En el **simposio de humanización** institucional realizado anualmente en el mes de noviembre, se dan a conocer las prácticas exitosas de los procesos asistenciales.

2. CAJA DE HERRAMIENTAS: La estructura organizacional en seguridad del paciente constituye un gran componente de la caja de herramientas.

El programa tiene en la caja de herramientas: El equipo referente, el aplicativo para el reporte y la gestión de eventos, herramientas para gestión de los eventos de tipo proactivo y reactivo.

Primera herramienta-Equipo referente: este equipo promueve en el hospital, el concepto de seguridad del paciente adoptado según el paquete instruccional "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD", junto con el comité de seguridad, y los niveles de mejoramiento del hospital.

Están unificados los siguientes conceptos:

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.

Indicios de atención insegura: acontecimientos o circunstancias que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Fallas de la atención en salud: son deficiencias no intencionales para realizar una acción prevista según un plan correcto.



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.A.S.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 7 de 34

Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones no intencionales que pueden generar daño al paciente por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).

Fallas latentes: son acciones u omisiones no intencionales que pueden generar daño en el paciente por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo).

Evento adverso: Es el daño producido en el paciente, no intencional, durante la atención. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **Evento adverso prevenible:** Daño no deseado, no intencional, evitable mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

- **Evento adverso no prevenible:** Daño no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Generalmente se asocia a la comorbilidad del paciente, convirtiéndose en una complicación.

- **Factores contributivos:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

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

- **Tarea y tecnología:** Tarea como toda la documentación tipo guías, procedimientos, protocolos ausentes, poco claros, no socializados, contribuyen al error. Así como la tecnología o insumos ausentes, deteriorados, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuyen al error.

- **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno, briefing, Debriefing), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

OA



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 8 de 34

• **Incidente:** circunstancia o situación durante la atención clínica de un paciente que no le genera daño, es un casi daño. No se presenta porque se detecta el incumplimiento de barreras de seguridad y se aplican las mismas.

Segunda herramienta- El aplicativo para el reporte y la gestión de eventos: Existe un aplicativo en la intranet institucional, diseñado institucionalmente promoviendo el reporte voluntario, anónimo, de una manera amigable.

El **reporte anónimo** hace parte de la transformación cultural, a mayor cultura educativa, justa y no punitiva, el reporte anónimo tiende a desaparecer. Igualmente es importante, se verifica la situación insegura y se gestiona con el objetivo de aprender del error.

Se promueve el **reporte voluntario**, principalmente el auto-report, el cual demuestra una gran transformación cultural de autoevaluación, autocontrol aportando a cumplir el compromiso con una atención cada vez más segura. Este auto-report incluye el compromiso con la seguridad como plan de mejora de la situación insegura.

Esta herramienta también incluye como usuarios del aplicativo a los **auditores concurrentes** de las EPS, permitiendo la gestión de eventos no reportados directamente por el talento humano del hospital.

Además, se realiza **búsqueda activa de eventos**, por parte del equipo referente, quienes reportan situaciones inseguras encontradas en el registro de la historia clínica cuando se valida los reportes antes de la asignación de los mismos, así como los eventos encontrados en el análisis de reingresos, análisis de mortalidad institucional por parte de los coordinadores de procesos.

El equipo referente del proceso de prevención y control de IAAS, igualmente detecta los eventos adversos tipo infecciones asociadas en la atención de salud durante la realización de las estrategias institucionales, los cuales se comparten con el equipo referente de seguridad del paciente, quien realiza el reporte para la respectiva gestión.

Una vez reportada la situación insegura, el equipo referente realiza la respectiva revisión en la historia clínica, para la correspondiente asignación hacia el coordinador o líder del proceso donde se encuentra el paciente. El coordinador o líder realizan el análisis y clasificación como evento, incidente, o falla según el concepto definido en el programa.

La gestión de los eventos leves, moderados, los incidentes y las fallas es realizada por el primer nivel de mejoramiento a nivel operativo con el objetivo de obtener un plan de mejoramiento para aprender del error y evitarlo en el proceso.

La gestión de los eventos grave o centinela es realizada por el equipo referente en acuerdo con el comité de seguridad previa entrevista con el primer nivel donde sucede el evento. Según el análisis se determina un aprendizaje institucional, así como el mecanismo de resarcimiento aprendiendo del error para evitar en el futuro.

El equipo referente además realiza análisis tipo minería de datos de los eventos centinela presentados, igualmente para fortalecer el aprendizaje institucional.



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 9 de 34

Igualmente, el equipo referente analiza la frecuencia de los eventos tipo leve, moderado y grave, de los incidentes y fallas. Se promueve avanzar a la transformación cultural de menos frecuencia de eventos adversos y mayor cantidad de incidentes, como reflejo de una institución más segura que identifica los incidentes o casi daños evitando la presencia de eventos adversos.

Tercera herramienta para gestión de los eventos de tipo proactivo y reactivo: Para la gestión de eventos de tipo proactivo, se aplica la herramienta del AMEF análisis de modo efecto de falla y para la gestión reactiva se usa la herramienta tipo Protocolo de Londres.

Para el AMEF, se dispone de las listas de chequeo de los procedimientos o protocolos a realizar institucionalmente, a las cuales se les dispone de una lista de posibles fallas y sus causas, teniendo en cuenta la frecuencia de ocurrencia en la escala de 1-10, así como la severidad del efecto potencial, y la probabilidad de detección con los controles actuales que tiene el procedimiento o protocolo, igualmente con una escala de 1-10. Al multiplicar estos factores se obtiene el resultado potencial de falla y efecto, permitiendo priorizarlos para determinar nuevos controles aportando a una atención más segura.

El **Protocolo de Londres**: se constituye en la herramienta a utilizar para el análisis de los eventos adversos graves o centinela que se han presentado. Es una guía práctica con un enfoque sistémico amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud como causas de error.

En el programa se aplica en el listado de eventos centinela definidos institucionalmente:

CH

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 10 de 34



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FUNDADA

EVENTOS CENTINELA definidos en el HUSJ: Únete al objetivo CERO EVENTOS CENTINELA

1	Robo de un bebé o entrega de un bebé a padres equivocados	16	Muerte o daño serio asociado a la introducción de objeto metálico dentro del área de RMN
2	Muerte o daño serio que resulta de la falla en comunicación de una ayuda diagnóstico (laboratorio, radiología o patología)	17	Muerte o daño serio asociado con función de equipo biomédico, usado para un objetivo diferente al creado
3	Muerte o Daño Serio por uso de medicamento incorrecto	18	Muerte o daño serio asociado con embolismo aéreo intravascular
4	Cirugía o procedimiento invasivo en paciente equivocado	19	Muerte o daño serio asociado con shock eléctrico
5	Cirugía o procedimiento equivocado	20	Muerte o daño serio asociado por quemaduras provenientes de cualquier fuente de energía
6	Cirugía o procedimiento invasivo en el sitio del cuerpo equivocado	21	Cualquier incidente con línea emisora de gas medicinal : sin gas, gas equivocado, o contaminado por tóxicos
7	Abandono no intencional de un cuerpo extraño post cirugía o post procedimiento	22	Muerte o daño serio asociado al uso de amarres
8	Muerte intraoperatorio o inmediata post cirugía o post procedimiento con ASA 1-2	23	Muerte o daño serio asociado fuga o desaparición
9	Muerte o Daño serio que resulta de la pérdida irreparable o irremplazable de tejido biológico	24	Suicidio del paciente , intento suicida, o auto daño que causa discapacidad
10	Muerte o Daño Serio asociado con el uso de insumos o DM contaminados dados por la IPS	25	Robo, rapto, o secuestro de una paciente
11	Muerte o Daño Serio asociado por caída	26	Asalto o abuso sexual
12	Úlceras presión Grado III o IV en la estancia	27	Cualquier orden clínica y acto medico hecho por alguien que suplanta a un medico, enfermera u otro profesional
13	Muerte o Daño Serio por hemocomponentes	28	Egreso de un paciente que es incapaz de tomar decisiones por si solo, o entrega del paciente a una persona no autorizada
14	Muerte Materna o Daño Serio asociado con el trabajo de parto o el parto de bajo riesgo	29	Muerte o daño serio asociado como resultado de asalto físico o agresión
15	Muerte Neonatal o Daño Serio asociado con el trabajo de parto o el parto de bajo riesgo	Fuente: Eventos centinela Clínica Imbanaco- Simposio Seguridad del paciente 2018	

Una vez se presenta el evento centinela se realizan los siguientes pasos del protocolo:

- Identificación del evento adverso según el listado institucional
- Decisión de investigar por el equipo referente
- Solicitud de entrevista con el primer nivel a la coordinación y líder del proceso donde sucede
- Revisión de la historia clínica por el equipo referente
- Revisión de la información obtenida en la entrevista del primer nivel
- Determinación de la Cronología del evento adverso
- Identificación de las acciones inseguras
- Identificación de los factores contributivos
- Determinación del plan de mejora según los factores contributivos priorizados
- Socialización del aprendizaje institucional en el segundo nivel de mejoramiento por el equipo referente



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ
MINISTERIO PÚBLICO DEL ECUADOR
EJECUTIVO

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 11 de 34

- Socialización del aprendizaje institucional en el primer nivel de mejoramiento por el coordinador y líder de los procesos
- 3. **Metas de seguridad internacionales y nacionales:** La adherencia a las metas de seguridad del paciente se logran con la aplicación de los paquetes instruccionales definidos en la política nacional de seguridad del paciente, permitiendo procesos institucionales y asistenciales seguros.

En el programa se adoptan los 19 paquetes instruccionales como buenas prácticas en seguridad del paciente

1. Meta internacional: Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
2. Meta internacional: Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente.
3. Meta internacional: Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
4. Meta internacional: Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
5. Meta internacional: Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud
6. Meta internacional: Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
7. Meta internacional: Prevenir y controlar las lesiones de piel
8. Meta nacional: Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre, hemocomponentes y a la transfusión sanguínea.
9. Meta nacional: Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido
10. Meta nacional: Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado
11. Meta nacional: Detectar, analizar y gestionar eventos adversos.
12. Meta nacional: Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.
13. Meta nacional: Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
14. Meta nacional: Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.
15. Meta nacional: Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo
16. Meta nacional: Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
17. Meta nacional: Prevención de la malnutrición o desnutrición.
18. Meta nacional: Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
19. Meta nacional: Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
20. Meta nacional: Prevenir el cansancio del personal de salud
21. Meta nacional: Atención de urgencias en población pediátrica



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 12 de 34

- 1. Meta internacional: Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.** Se adopta los identificadores institucionales como dos nombres, dos apellidos, documento de identificación y la edad, los cuales se ubican en las herramientas de identificación tipo manilla, formato del cubículo o cama y la historia clínica.

Se promueve la correcta identificación durante todo el ciclo de atención del paciente, desde el acceso, se identifica al paciente desde un scanner aplicado en el documento del paciente, por el portero de urgencias, permitiendo el registro en el sistema de dinámica gerencial, evitando errores de digitación de los identificadores. Una vez se determina el ingreso del paciente, los identificadores se ubican en las herramientas de identificación, para la posterior verificación cruzada junto con el paciente, o acudiente antes de realizar procedimientos como ingreso, traslado, egreso del paciente, así como realización de procedimientos, cirugías, administración de medicamentos, toma de muestras de laboratorio, transfusiones sanguíneas.

La VERIFICACION CRUZADA o IDENTIFICACION REDUNDANTE DEL PACIENTE consiste en identificar al paciente a través de dos mecanismos como mínimo, el verbal con el físico en alguna de las herramientas tipo manilla de identificación o historia clínica. En caso de no contar con manilla de identificación como en los procesos ambulatorios, es muy importante realizarla con la herramienta de la historia clínica, redundando en repetir los identificadores institucionales de manera verbal por el paciente o acudiente.

La identificación en los pacientes sin identificación, institucionalmente se registra como NN (NO NOMBRES), seguido de un numero consecutivo dado por el personal de facturación, junto con el género del paciente. Por ejemplo: NN 00011 mujer.

En los neonatos, se define según el paquete instruccional, identificar al recién nacido con una manilla colocada inmediatamente nace, frente a la madre, con los siguientes datos: Hijo o Hija de NOMBRE DE LA MADRE, con el número de identificación de la madre seguido del orden numérico de cantidad de hijos y fecha de nacimiento. En caso de convertirse en paciente, se ingresa en la historia clínica con el número de identificación de la madre mas el numero de orden del hijo en la madre, también se registra la historia clínica con el numero del registro de nacido vivo.

Aquellos pacientes homólogos, son detectados en el briefing del recibo de turno, con el objetivo de separarlos idealmente en servicios diferentes evitando el riesgo de realizar procedimientos al equivocado.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 13 de 34



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

Se promueve no utilizar identificadores como el número de cama, patología del paciente, o apelativos tipo abuelito, viejito, mi amorcito entre otros.

2. Meta internacional: Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.

En el hospital se adoptan las barreras de seguridad determinadas en el paquete instruccional, se resumen en las siguientes nemotecnias:

SIEMPREEE SALUDAR: se usa en todo contacto con el paciente

SIEMPREEE ISAER: se usa cuando se va a trasladar al paciente, se solicita interconsulta.

SIEMPREEE SALUBAR-R: Se usa cuando se realizan procedimientos que requieren consentimiento informado.

SIEMPREEE SALUDAR

S	Saludar
I	Identificarse junto con el cargo
E	Empatía
M	Mencionar al paciente por el nombre
P	Pausado
R	Respeto
E	Escuchar
E	Explicar
E	Educar
S	Ser
A	Amable
L	Lenguaje
U	Único
DAR	Dar tiempo-evitar el afán

SIEMPREEE ISAER

S	Saludar
I	Identificarse junto con el cargo
E	Empatía
M	Mencionar al paciente por el nombre
P	Pausado
R	Respeto
E	Escuchar
E	Explicar
E	Educar
I	Identificar al paciente y el proceso donde se encuentra

OK



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FORMOSA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 14 de 34

S	Situación por la que se hace el traslado o la interconsulta
A	Antecedentes de lo que se ha realizado durante la atención antes del traslado
E	Evaluación o examen físico del estado actual del paciente
R	Recomendaciones a continuar en la atención según los riesgos detectados

SIEMPREEE SALUBAR-R

S	Saludar
I	Identificarse junto con el cargo
E	Empatía
M	Mencionar al paciente por el nombre
P	Pausado
R	Respeto
E	Escuchar
E	Explicar
E	Educar
S	Ser
A	Amable
L	Lenguaje
U	Único para informar y obtener el consentimiento informado
B	Beneficios del procedimiento
A	Alternativas del procedimiento
R	Riesgos del procedimiento
R	Repetir por el paciente con su propio lenguaje lo que permitimos entender

Además se promueve las siguientes barreras de seguridad:

Briefing: Acción realizada por el equipo que recibe el turno, quienes se reúnen e identifican los riesgos detectados, para trabajar todas las barreras de seguridad y evitar o minimizar los eventos adversos según las metas de seguridad analizadas por el equipo.

Debriefing: Acción realizada por el equipo que entrega turno, quienes se reúnen e identifican los eventos, incidentes y fallas presentados durante el turno trabajado, definiendo como equipo la realización del respectivo reporte o la confirmación del mismo.

Equipo de respuesta rápida: es aquel procedimiento de interconsultas que requiere una muy rápida y oportuna respuesta en aquel paciente de internación que se torna crítico según los signos y síntomas encontrados por la escala de NEWS, a lo cual se da una oportunidad de atención menor a 30 minutos por el equipo básico responsable del paciente, quien si considera necesario solicita la interconsulta a la especialidad a través del sistema con la observación de solicitud como Equipo de respuesta rápida. Además, se notifica al



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ
COMPROMISO SOCIAL DEL ECUADOR
EPM-SAN JOSÉ

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 15 de 34

proceso de referencia para la respectiva ubicación del especialista en menos de una hora. Esta barrera pretende minimizar los códigos azules, prestar una atención mas segura.

Comunicación redundante en casos de atención o resultados críticos se permite la comunicación verbal no escrita, más se redunda al repetir el mensaje que da el emisor por el receptor, por ejemplo, en situaciones de código azul, código rojo, y resultados críticos de laboratorio o imágenes.

Registro en la historia clínica tipo ORACION, evitando el registro total en letras mayúsculas.

Evitar el uso de abreviaturas

Evitar el copie y pegue favoreciendo la comunicación efectiva.

Código CAFE, el cual se convierte en la comunicación efectiva como el término a usar para solicitar apoyo al personal especializado o el proceso de apoyo que requiera el paciente que tiene sospecha de un evento adverso. De esta manera se desea actuar oportunamente, minimizando el daño, uniéndonos al reto de cero eventos centinela.

Ronda médica, recibo y entrega de turno, planes de cuidados de enfermería, son procedimientos institucionales que favorecen la comunicación efectiva por seguridad del paciente.

3. **Meta internacional: Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.** En pro de la seguridad del paciente el hospital adopta el paquete instruccional implementado las barreras de seguridad para evitar eventos adversos por errores de dispensación y administración de medicamentos de alto riesgo.

- ✓ Marcación de medicamentos de alto riesgo con un **sticker de color rojo**, con el objetivo de ser una barrera física tipo semáforo recordando al equipo asistencial realizar el **PARE o SEMAFORIZACION** para verificar de manera redundante los diez correctos. Esta barrera física recuerda el tipo de medicamento con una ventana terapéutica muy corta, es decir el efecto primario es muy rápido ante la necesidad del paciente de lograr un efecto para salvar su vida. La barrera recuerda su uso en el paciente correcto, vía correcta, dosis correcta.
- ✓ Igualmente se cuenta con barreras físicas de **colores amarillo y verde** para los medicamentos LASA, y de **color morado** para los medicamentos de control. Además, para la identificación de alergia a medicamentos se usa el sticker de **color naranja**, el cual apoya la actividad de los Diez correctos, como recordatorio para evitar el uso de los medicamentos a los cuales el paciente es alérgico.

OK



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
EN PROPIO

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 16 de 34

- ✓ **Lista de medicamentos de alto riesgo**, disponible en la intranet del hospital, para usarla en el momento de dudas, o de aumento de conocimientos para la administración segura de medicamentos de este tipo.
- ✓ **La conciliación medicamentosa** permite la revisión de los medicamentos que viene recibiendo el paciente desde el hogar, en el ingreso, durante y hasta el egreso del paciente.
- ✓ Se promueve el uso de los **Diez correctos** como la máxima barrera para prevenir eventos.
 - Administrar el medicamento correcto.
 - Paciente correcto
 - Indicación y dosis correcta.
 - Vía correcta
 - Verificar alergias
 - Educar e informar al paciente sobre el medicamento a administrar
 - Verifique que el paciente no esté tomando medicamentos que no estén prescritos
 - Identifique interacciones farmacológicas
 - Registro
 - Seguimiento a la respuesta

4. Meta internacional: Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.

Las barreras de seguridad institucionales para promover el sitio, procedimiento y paciente correcto se apoyan en la adopción del paquete instruccional "Guía de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS", durante las tres fases quirúrgicas como la pre, trans y post quirúrgica inmediata.

Valoración preanestésica con una oportunidad hasta de 12 horas después de solicitado el turno quirúrgico.

Marcación de la cama hospitalaria un día antes al momento de la cirugía, se ubica una lámina en la cabecera de la cama, la cual recuerda la importancia de no comer 6 horas antes del procedimiento, no usar anticoagulantes.

Marcación del sitio operatorio, donde se recomienda identificar el sitio con marcador indeleble, usando imágenes tipo línea, círculo o cuadrado, evitando el uso de la X, se indica realizarla en la sala de internación por el especialista tratante, con la respectiva remarcación por el equipo de enfermería para el paciente de cirugía electiva hospitalizado, la marcación de los pacientes ambulatorios se realiza en recepción de cirugía ambulatoria, los procedimientos quirúrgicos de especialidades como proctología, otorrino entre otras que las zonas quirúrgicas no son de fácil marcación se utiliza la boleta de marcación del sitio operatorio una vez el paciente ingresa al servicio. Esta marcación se evalúa y remarca en la recepción del paciente una hora antes del horario definido para el procedimiento en la sala de cirugía.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
GUAYANES

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 17 de 34

Verificación prequirúrgica por el personal médico general y de enfermería, se realiza una vez el paciente se encuentra en la lista de programación de cirugía, donde se encuentre el paciente por parte del médico y enfermera del servicio. Los pacientes ambulatorios están a cargo de la jefe de cirugía ambulatoria y el médico ayudante quirúrgico del quirófano donde está asignado.

Comunicación efectiva SIEMPREE ISAER, cuando se realiza el traslado del paciente, para la entrega en recepción de quirófano.

Lista de chequeo de cirugía segura, se realiza la máxima barrera de seguridad una vez el paciente se encuentra en quirófano, en el hospital llamado **gerencia del acto quirúrgico**, realizada con el paciente despierto, liderada por el instrumentador o el anestesiólogo, momento en el cual se presentan todos los integrantes del acto quirúrgico, verificando la identificación del paciente, el tipo de cirugía, la lateralidad, para aquellas áreas de acceso quirúrgico difíciles de marcar como orificios anatómicos, tipo ojos, nariz, oídos, boca, o recto entre otros, el procedimiento institucional determina realizar el diligenciamiento de un formato donde se menciona la lateralidad a intervenir, el cual se verifica en la recepción de quirófano, y durante la gerencia del acto quirúrgico. En este acto además se enfatiza en los riesgos identificados con sus respectivos controles garantizando la seguridad de la cirugía.

Conteo de compresas, cotonoides, gasas radiopacas y agujas de sutura, se realiza antes del cierre de la herida quirúrgica confirmando por parte del cirujano, instrumentador y circulante de la sala el procedimiento realizado, nombre de las muestras de patología y requerimiento de exámenes adicionales, cumpliendo así con la totalidad de los ítems del procedimiento de la gerencia del acto quirúrgico.

Garantía del control del dolor postoperatorio. Al salir del quirófano el anestesiólogo y circulante a cargo del paciente, entregan el paciente en el área de recuperación al anestesiólogo, médico general, jefe de enfermería y auxiliares de recuperación del área posanestésica,

5. Meta internacional: Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud:

Según el paquete instruccional, se adoptan y aplican las barreras de seguridad para prevenir o controlar las Infecciones asociadas a la atención en salud. En el hospital disponemos de una nemotecnia para recordarlas más fácilmente. Usamos la HULATIVATOS. H de higiene de manos, U de uso racional de antibiótico, L de limpieza y desinfección, A de aislamientos, TIVA de terapia intravascular y TOS lo relacionado con terapia en ostomías y lesiones de piel para manejo especializado. Cada una de estas estrategias tiene sus barreras y adherencias respectivas contribuyendo a prevenir los eventos tipo infecciones asociadas a la atención en salud.

6. Meta internacional: Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

En el hospital se promueve la prevención y control de las caídas siguiendo el paquete instruccional PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA

Handwritten signature



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 18 de 34

DE CAÍDAS como guía técnica "BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD". El riesgo se identifica por la escala de DOWNTON, enfatizando en el riesgo alto en pacientes menores de 5 años y mayores de 65 años. Además de promover el realizarla al ingreso del paciente, en los traslados, o después de una caída. Una vez se determina riesgo alto, lo más importante es aplicar las barreras de seguridad. Estas se describen como un recordatorio de todas las barreras a tener en cuenta según cada paciente, promoviendo la realización de las barreras en conjunto como equipo de trabajo.

Se distribuyen las barreras como revisión de uso de gafas, audífonos, vestuario, calzado adecuado para prevenir caídas, uso de elementos para la marcha, para verificar por el auxiliar de enfermería en el momento del baño y del cuidado diario. Las barreras como disposición y uso del timbre, mantenerse sentado un tiempo antes de pararse después de estar acostado mucho tiempo, dar el material para la educación tanto al paciente como al acudiente, así como promover el acompañante permanente e informar al equipo una vez se retira el acudiente, quedan a cargo de la enfermera jefe. La atención oportuna en el dolor se deja para responsabilidad principalmente por el médico y/o el terapeuta.

Además, todo lo relacionado con el entorno seguro como uso de señalética para piso mojado, entorno sin obstáculos, sillas apropiadas para el descanso, se apoya por el equipo de servicios generales.

Se promueve la actividad de realizar el Briefing, enfatizando en aquellos pacientes con riesgo igual o mayor a 3 puntos, distribuyendo las barreras entre todo el equipo de trabajo, especialmente la evaluación presencial del paciente cuando no tiene acompañante permanente, ubicación estratégica en el servicio, así como la atención presencial y oportuna en caso de dolor o necesidad.

7. Meta internacional: Prevenir y controlar las lesiones de piel:

Una lesión de piel, tipo úlcera por Presión es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico, producido por prolongada presión ejercida por un objeto externo sobre prominencias óseas, provocando ulceración y necrosis del tejido involucrado, que puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso, y es catalogada como un evento adverso, si se presenta durante la atención hospitalaria. Se identificará al paciente con riesgo de úlceras por presión mediante el COLOR VERDE. En el tablero de identificación de la cabecera, en la historia clínica y en el Kárdex de enfermería. El riesgo se identifica según la escala de Braden.

Se adoptan las siguientes barreras:

Valoración de la piel en recibo del paciente, al ingreso, al traslado y entrega del paciente

Cambios de posición

Ejercicios posturales o isométricos (Contracción y relajación).



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 19 de 34

Uso de apósitos transparentes para catéter central y para catéter periférico y central de inserción periférica.

Valoración de escala de Braden y clasificación.

Supervisión de aseo.

Aplicación de cremas hidratantes "sin alcohol".

Valoración por nutricionista para corregir falencias nutricionales.

Educación al paciente y su familia.

8. Meta nacional: Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre, hemocomponentes y a la transfusión sanguínea.

Se adoptan y aplican las barreras mencionadas en el paquete instruccional:

- ❖ **Transfusión adecuada, Indicación médica basada en guías apropiadas, con el respectivo Consentimiento informado y la solicitud correcta de la transfusión**
- ❖ **Componente correcto: Doble verificación del componente enviado.**
- ❖ **Paciente correcto: Doble verificación de la identificación del paciente, junto con la verificación de la solicitud, tipo de componente, tipo de sangre, temperatura, integridad del componente, sello de calidad, número de unidades, fechas de vencimiento.**
- ❖ **Momento oportuno: Verificar el momento y tiempo de aplicación según el hemocomponente y la condición clínica.**

Crioprecipitados de 10-20 minutos

Plasma Fresco Congelado de 30- 60 minutos

Plaquetas de 10-20 minutos

Glóbulos Rojos de 2 a 4 horas

- ❖ **Seguimiento y monitorización de la transfusión por parte del médico y enfermería, actuando ante las Reacciones adversas.**

9. Meta nacional: Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido

- **Identificación del riesgo en la mujer gestante**
- **Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal.**



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 20 de 34

- Promover la búsqueda de información acerca de su salud a través de medios de comunicación masivos, comunicación telefónica, internet, medios escritos (periódicos, libros, revistas)
- Promover el uso de los servicios, programas de control prenatal
- Educar a las gestantes y a su red de apoyo familiar en los signos de alarma sobre el momento apropiado para buscar ayuda
- Brindar información apropiada a todas las gestantes durante el embarazo, parto y puerperio sobre prevención y reconocimiento de enfermedades de transmisión sexual
- Realizar tamizaje para sífilis en el primer control prenatal y en el momento del parto
- Realizar tamizaje para VIH a toda paciente
- Remitir para atención en el nivel indicado de complejidad
- Promover la inmunización y uso de micronutrientes
- Iniciar tratamiento con antirretrovirales para disminuir la transmisión vertical de HIV en pacientes con recuento CD4 mayor a 200 células/mm3
- Priorización de atención segura y oportuna en el binomio Madre e hijo.

10. Meta nacional: Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado

Se adoptan y aplican las barreras de seguridad del paquete instruccional:

- Informar al paciente sobre la importancia de conocer y solicitar información acerca de los procedimientos asistenciales a los que es sometido.
- Informar al paciente sobre los beneficios, riesgos de su tratamiento, procedimiento o examen con palabras entendibles.
- Informar al paciente y a su familia sobre la voluntariedad o libertad del consentimiento informado y sobre el responsable en caso de que el paciente no tenga las condiciones de dar el consentimiento por sí mismo.
- Información sobre los deberes y derechos del paciente (consentimiento informado) visible en la entidad, usando medios audiovisuales, información escrita, prueba/retroalimentación y discusión extendida de los procedimientos.
- Adecuados sistemas de archivo documental del consentimiento informado.
- Disponibilidad a través del sistema de información de consentimientos informados predefinidos por cada tipo de tratamiento, procedimiento y examen describiendo claramente beneficios y riesgos con espacios para personalizarlos en la consulta.
- Contar con tiempo para brindar explicación clara para el usuario y/o familia.



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ESTERO
PERMANENTE

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 21 de 34

11. Meta nacional: Detectar, analizar y gestionar eventos adversos.

Según el primer estudio IBEAS realizado en Latinoamérica en el año 2010, se evidenció en promedio que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. Según el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS, la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación.

Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad, sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, permitiendo identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso.

Según la OMS, los daños no intencionales son evitables aproximadamente en un 50%, ante las múltiples disciplinas, y actividades a realizar en el paciente. Para prevenir es conveniente cambiar el diseño de los sistemas, de los procesos, que el comportamiento rutinario de las personas, así como trabajar fuertemente en equipo, aportando a la comunicación efectiva, con un comportamiento seguro deseado:

- ❖ Adhesión a las guías de práctica clínica
- ❖ Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería
- ❖ Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras
- ❖ Gestionar el riesgo de cada actividad
- ❖ Permitir que sea el experto quien haga las cosas
- ❖ Confiar cada vez menos en la memoria
- ❖ Alertar sin miedo sobre el error
- ❖ Ante la duda, pedir ayuda
- ❖ Compartir el aprendizaje

Los riesgos definidos institucionalmente, tienen sticker de colores así:

Riesgo	Color de sticker como barrera física
Fuga- Robo	Morado
Alergia	Naranja
Aislamiento	Rojo
Caída	Azul
Lesiones de Piel	Verde

Los pasos a seguir para la gestión del riesgo:

1. Detección del incidente o evento adverso.
2. Atención inmediata al paciente y registro en la historia clínica.
3. Brindar información a la familia sobre el evento.
4. Notificar el evento adverso.
5. Clasificar los reportes entregados en incidentes y eventos adversos.
6. Realizar el análisis del evento adverso a través del Protocolo de Londres
7. Priorizar los factores contributivos



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 22 de 34

- 8. Elaborar un plan de mejoramiento.
- 8. Seguimiento a los planes de mejoramiento.
- 9. Socializar los resultados de frecuencia de eventos, indicadores, y el aprendizaje organizacional de los eventos analizados en el comité de seguridad del paciente, niveles del modelo de mejoramiento.

12. Meta nacional: Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad. AUTOCUIDADO:

Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Se adopta y aplica el paquete instruccional:

- ❖ Parafraseo para verificar el nivel de entendimiento por el paciente y/o cuidador.
- ❖ Enseñar durante la prestación del servicio, tanto al paciente como a sus acompañantes los signos de alarma, cuando y donde acudir
- ❖ Enseñar el uso de la tecnología necesaria para su proceso de enfermedad, igualmente durante la prestación del servicio.
- ❖ Promover la asistencia a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad antes del egreso y durante el egreso.

13. Meta nacional: Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.

Se adoptan y aplican las barreras del paquete instruccional:

1. Paciente correcto verificando la identificación, con verificación cruzada, identificación redundante.
2. Examen correcto
3. Preparación correcta, se cumplan las condiciones preanalíticas necesarias para el examen, condiciones específicas de acuerdo con el manual de toma de muestras: ayuno, toma de medicamentos, reposo etc.
4. Tecnología correcta para la muestra, verificar la cantidad de muestra suficiente para el procesamiento, en caso de dudas consultar el manual para toma de muestras.
5. Transporte Correcto mantener la muestra a la temperatura adecuada, asegurar condiciones de transporte adecuadas, conocer la estabilidad de los analitos en la muestra.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ECUADOR

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 23 de 34

Código de color	Aditivo	Análisis
Rojo	Sin aditivo	Química clínica y serológica
Oro	Gel separador	Determinación de suero y química clínica
Azul	Citrato de sodio	Tiempo de coagulación
Lila	EDTA K	Estudios de hematología, inmunohematología, y análisis de banco de sangre
Verde	Heparina de sodio o litio	Determinación de química clínica en plasma
Gris	EDTA/NaF u Oxilato de Potasio/NaF	Determinación de glucosa en el plasma

14. Meta nacional: Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.

Se adoptan y aplican las barreras definidas en el paquete instruccional, para enfrentar los eventos más frecuentes en la atención del paciente crítico:

Hemorragia digestiva en pacientes críticos.

Neumonía asociada al ventilador.

Bacteriemia asociada a catéter central

Infección urinaria asociada a sonda vesical.

Úlceras por presión.

Bronco aspiración.

Neumotórax por catéter.

BARRERAS Y PRACTICAS SEGURAS

- Realizar una evaluación al ingreso del paciente con énfasis en identificar los riesgos gestionarlos en equipo a través del Briefing y Debriefing.
- Supervisión constante de los pacientes y los riegos
- Realizar un adecuado posicionamiento del paciente ventilado.
- Garantizar sedación protocolizada de estos pacientes.
- Evaluación diaria para extubación temprana.
- Profilaxis de trombosis venosa profunda y de úlceras de estrés.
- Adherencia a guías procedimientos y protocolos establecidos por parte del grupo de trabajo.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COLOMBIA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 24 de 34

- Apoyo oportuno de los procesos de apoyo como laboratorio, radiodiagnóstico.
- Analizar con un enfoque sistémico los incidentes de seguridad en la UCI y, especialmente, para establecer las medidas de corrección pertinentes para prevenir nuevos incidentes.

15. Meta nacional: Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo

Se adopta y aplica el paquete instruccional:

- Realizar reuniones periódicas del equipo de la UCI para analizar con un enfoque sistémico los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la UCI y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes.
- Realizar un análisis de riesgos proactivo (Análisis a Modo de Fallo y Efecto, AMFE) de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en la UCI, con el fin de identificar los posibles riesgos de fallos que puedan existir e implantar medidas preventivas para evitar o mitigar su aparición.
- Fomentar el flujo de comunicación con respecto a temas de seguridad de pacientes, incluyendo regularmente la discusión sobre incidencias de seguridad registradas y la revisión de temas de seguridad del paciente en las reuniones y sesiones conjuntas.

16. Meta nacional: Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.

Se adopta y aplican las barreras de seguridad expresadas en el paquete instruccional:

- Valorar el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Programa de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de casos de evento adverso o incidente relacionados con pacientes con enfermedad cardiovascular, garantizando la confidencialidad.
- Capacitar a los miembros del equipo de salud en técnicas de comunicación efectiva y trabajo en equipo.
- Aplicar el instrumento de valoración del riesgo (TMI, GRACE, según criterio médico).
- Adherencia a protocolos y guías de práctica clínica y de consulta externa.
- Adherencia a directrices institucionales de seguridad del paciente.
- Promover el briefing y debriefing.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
FUNDACIÓN SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 25 de 34

17. Meta nacional: Prevención de la malnutrición o desnutrición.

Se adoptan y aplican las barreras expuestas en el paquete instruccional:

- Transformación Cultural hacia la oportuna valoración nutricional.
- Diseñar, aplicar y evaluar el tamizaje nutricional
- Disponer de la tecnología pertinente para los planes de tratamiento nutricional
- Promover espacios de educación, evaluación, consensos interdisciplinarios de diagnóstico, manejo nutricional
- Seguimiento para la identificación de consumo inadecuado de alimentos por falta de apetito, procesos de la enfermedad e interrupciones a la hora de las comidas.
- Educar en autocuidado nutricional durante la atención, promoviendo un egreso seguro.

18. Meta nacional: Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.

Se adoptan y aplican las barreras expresadas en el paquete instruccional:

- Evaluación diagnóstica y valoración periódica del riesgo.
- Identificación de las situaciones amenazantes para el paciente que estimulan respuestas defensivas por parte de éste.
- Inclusión en el plan de tratamiento de medidas específicas para garantizar la seguridad del paciente y la familia en caso de crisis.
- Seguimiento específico de síntomas de inquietud, agitación y agresividad.
- Valoración del grado de prioridad de la intervención y elaboración de un plan en el que intervengan el responsable y otros profesionales del equipo relevantes para la resolución del caso.
- Inclusión en el plan de tratamiento ambulatorio de medidas que aumenten el sentimiento de seguridad del paciente y reduzcan la probabilidad de exposición a estímulos vividos como amenazantes.
- Implementación de un plan de prevención de recurrencia de crisis.
- Implementar estrategias de educación al paciente para la identificación de factores de riesgo para recaídas y las medidas a adoptar ante pródromos de crisis.

19. Meta nacional: Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.

Se adoptan y aplican las barreras expresadas en el paquete instruccional:

- La planificación del alta.
- Identificar los laboratorios u otras pruebas cuyos resultados finales siguen pendientes en el momento del alta.
- Mejorar la comunicación de las pruebas de laboratorio pendientes al alta.
- Designar un responsable del seguimiento de los laboratorios pendientes.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
COMPROMISO SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 26 de 34

- Explicar los resultados de los exámenes al paciente y su familia. Si los resultados no están disponibles al momento del alta, explique cuándo y dónde pueden recibirlos.
- Epicrisis completas que incluyan información administrativa y médica importante, resultados de las pruebas importantes.
- Analizar y ajustar los resultados de Reingresos asociados a la falta de conducta según resultados de ayudas diagnósticas no evaluadas antes del egreso.

20. Meta nacional: Prevenir el cansancio del personal de salud

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

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

El personal de salud está expuesto a múltiples factores desencadenantes del cansancio, que a su vez es un factor que contribuye a la generación de fallas activas o acciones inseguras en salud, por lo tanto, es responsabilidad de las organizaciones implementar barreras que eviten altos niveles de estrés y cansancio en el personal asistencial.

Dentro de las barreras más eficaces en disminuir el cansancio se encuentran:

- Garantizar turnos no mayores a 12 horas.
- Definición de responsabilidades y autoridad acorde a las competencias del personal. (Perfil de cargo)
- Garantizar condiciones de infraestructura adecuadas en cuanto a iluminación, espacio, ergonomía y control de ruido.
- Intervenciones que promuevan espacios de descanso y esparcimiento en el equipo de trabajadores

4. Columna de GUIAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS

Las guías de práctica clínica, son consideradas como el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención de salud más apropiada y a seleccionar las opciones



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 27 de 34

diagnósticas y terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Desde el proceso de Aseguramiento de la calidad, se promueve la adopción o adaptación de guías de práctica clínica, determinada en cada servicio por el perfil epidemiológico según las primeras causas de consulta.

Así mismo es el compromiso con la disminución en la variabilidad clínica de los protocolos de manejo, que corresponden a documentos elaborados por el personal asistencial responsable de la ejecución y supervisión, donde se definen las recomendaciones consensadas para una práctica clínica segura basada en la evidencia.

En el hospital todas las actividades realizadas durante la atención se encuentran descritas documentalmente en guías, protocolos y procedimientos, basados en la evidencia científica, con el objetivo de estandarizar las acciones, verificarlas a través de auditorías internas, externas, y ajustar los resultados encontrados, enfocados hacia una atención cada vez mas segura. Los documentos se encuentran en el mapa de procesos, se socializan en los niveles de mejoramiento según el modelo, y se evaluar y ajustan de acuerdo a resultados de adherencia.

5. Columna de PRIVILEGIOS: Todo procedimiento de primera vez se hace por el experto.

Este componente esquematizado en una columna, permite hacer cumplir el compromiso por parte del personal asistencial que realiza procedimientos, hacerlo bien a la primera vez. Esta columna desea que el experto realice el procedimiento en compañía del equipo que va aprender, con el objetivo de sumar destrezas al lado del experto, garantizando la seguridad del paciente, midiendo el aprendizaje para llegar a realizar el procedimiento como el experto.

Esta actividad se describe en el procedimiento institucional de prerrogativas, liderado por el proceso de talento humano del hospital, apoyado por la subdirección científica y el proceso de convenio docencia servicio.

Dentro de los cinco muros formados entre columna y columna del programa, se encuentran:

1. Prevención y control de IAAS

Comprometidos con disminuir la cantidad de IAAS. Constituye una responsabilidad de todas las personas y los servicios que proveen atención en salud, el hospital cuenta con el comité de prevención de infecciones el cual se reúne de manera periódica y brinda información como insumo y cooperación multidisciplinaria e intercambio de información. Este comité

OK



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
COORDINACIÓN GENERAL DEL CENTRO
DE INVESTIGACIÓN

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 28 de 34

está liderado por: Gerente o su delegado, subgerente científico y administrativo o su delegado, coordinador del proceso de prevención y control de IAAS, médico infectólogo, así como las coordinaciones de laboratorio clínico, coordinación de enfermería, referente de seguridad del paciente, líderes y coordinadores asistenciales.

Las funciones del comité son identificar y analizar las necesidades institucionales con el fin de actualizar, implementar, capacitar en programas, guías, normas, procedimientos, nuevas tecnologías, identificar los factores que condicionan la presencia de las IAAS, identificar los cambios en la flora microbiana y la resistencia a los antibióticos, vigilar las condiciones ambientales, analizar las medidas adoptadas de prevención vigilancia y control de las IAAS, intervenir de forma oportuna en caso de brotes, establecer las normas y conductas del manejo de los pacientes con enfermedades infecciosas

Las estrategias implementadas para la PIAAS son

- 1.1 Higiene de manos
- 1.2 Aislamientos hospitalarios
- 1.3 Limpieza y desinfección hospitalaria, procesos de esterilización
- 1.4 Uso racional de antimicrobianos
- 1.5 Seguimiento a Terapia intravascular
- 1.6 Seguimiento a Terapia de ostomías y lesiones de piel

Cada una de las estrategias es medida y sus resultados dados a conocer en los comités de prevención de IAAS.

2. AUDITORIA

El equipo de seguridad del paciente como parte del proceso de aseguramiento de la calidad, realiza verificación de todos los componentes mencionados, a través de:

Rondas según estrategia PARES: distribuidas mediante cronograma anual, de tal manera que los procesos asistenciales sean evaluados en las barreras de cada uno de los metas de seguridad nacionales e internacionales.

Metodología de paciente trazador, según cronograma anual, trimestralmente se realiza este tipo de auditoria para evaluar en el paciente, y el equipo asistencial el cumplimiento de las barreras de seguridad según las metas de seguridad adoptadas.

3. INVESTIGACION

A través de la búsqueda activa de casos, durante la revisión de historias clínicas monitorizadas por la coordinación de los servicios asistenciales, líderes de calidad, seguridad del paciente, el análisis de reingresos clasificados como una complicación o



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ECUADOR

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 29 de 34

posible evento clínico, los hallazgos en el paciente trazador y los reportes de las EPS, reportes realizados de posibles acciones inseguras en los estudios de investigación, así como los indicios de procedimientos o diagnósticos realizados al paciente no relacionados con la patología a tratar permiten la investigación de acciones inseguras, factores contributivos al error con el objetivo de obtener un plan de mejora como aprendizaje institucional.

4. GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA: TECNO, FARMACO, HEMO Y REACTIVOVIGILANCIA.

Comprometidos con la vigilancia de todos los elementos que apoyan el diagnóstico y manejo del paciente.

4.1 La Farmacovigilancia: Registra, analiza y gestiona todos los eventos o incidentes susceptibles de ser causados por los medicamentos: Reacciones adversas medicamentosas, flebitis químicas, fallos terapéuticos, así mismo la intervención de los químicos farmacéuticos en los errores de prescripción, errores de dispensación, errores en formulación. Seguimiento a la conciliación medicamentosa. Todas estas actividades son analizadas, evaluadas y mejoradas continuamente.

4.2 Tecno vigilancia: Registra, analiza y gestiona todos los eventos o incidentes ocasionados con el uso de la tecnología (insumos, dispositivos médicos, instrumental médico quirúrgico) además determina el tipo de evento según la unificación de conceptos. Consolida el tipo de causas analizadas en los eventos, como: Defecto de fábrica, uso inadecuado, desgaste del material entre otros.

4.3 Hemovigilancia: Registra, analiza y gestiona todos los eventos o incidentes asociados a transfusión de hemocomponentes, Reacciones adversas a transfusiones, no disponibilidad de hemocomponentes, analizando, evaluando Y ajustando las acciones de mejora de manera continua.

4.4 Reactivovigilancia: Registra, analiza y gestiona todos los eventos o incidentes susceptibles de ser causados por un reactivo de diagnóstico in vitro, recomendar las medidas preventivas para toma de decisiones en casos de eventos adversos.

5. EDUCACIÓN AL PACIENTE: Deseamos que el paciente participe en la seguridad del paciente.

La educación en las barreras de seguridad a los pacientes y familiares es fundamental para hacerlos parte del autocuidado en su propia seguridad. La verificación del cumplimiento de



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
GOBIERNO NACIONAL DEL ECUADOR
ECONOMÍA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 30 de 34

la educación en el autocuidado se realiza a través de la revisión de los registros en HC y del dialogo con los pacientes y familiares en las rondas, autorondas, paciente trazador. Así como en el análisis de reingresos, pqrs, análisis de mortalidad.

Al disponer de los cimientos, las columnas, los muros, se requiere de la **VIGA DE AMARRE**, para que todo lo anterior sea firme y seguro. Esa viga de amarre es transversal a todo y está contenida en el componente de **ANÁLISIS DE CASOS PARA APRENDER DEL ERROR**:

En el hospital el evento adverso moderado y centinela se analiza por un comité de seguridad conformado, por el referente de seguridad del paciente, por la subgerencia científica, la coordinación de enfermería, el equipo asistencial implicado, pares del equipo asistencial del mismo servicio.

El programa de seguridad del paciente cierra el evento con los planes de mejora y medidas establecidas tendientes a mitigar el daño en el paciente. Con esto se protege al personal asistencial cuando de forma responsable y ética cumple con el compromiso de mejora continua.

Cuando derivado del análisis se encuentren acciones inseguras producidas por imprudencia o negligencia, se hayan generado estas acciones de forma repetitiva, o se tiene la evidencia de no compromiso con la seguridad del paciente, se pasarán al área administrativa para los fines pertinentes. (Comité de ética hospitalaria, supervisión de contratos, etc.).

La finalidad del análisis en el comité de seguridad, es definir si el evento se puede evitar o no, así mismo se hace énfasis en el sistema o la cadena de actividades realizadas en el proceso de atención y no en la persona asistencial.

El análisis se realiza bajo la Metodología del protocolo de **Londres**, el cual determina primero las acciones inseguras como Fallas activas en el personal asistencial, tipo omisión o de acción. Luego se determinan los factores contributivos del paciente, del personal asistencial, de la tarea y la tecnología, del trabajo en equipo, del ambiente. Finalmente, las fallas latentes, de carácter organizacional y del contexto externo.

Se dispone de plantilla para el respectivo análisis, en el aplicativo de gestión de eventos en la intranet institucional, se determinan los factores contributivos al evento según los diferentes actores del sistema o proceso, para luego del análisis, determinar el plan de mejoramiento, con el respectivo responsable y meta de tiempo a realizar.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
COMPROMISO, SEGURIDAD, CALIDAD, CERCANÍA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 31 de 34

Se promueve el reconocimiento del error, no evadir situaciones, con el énfasis de aprender de ellas, y corregirlas o mejorarlas. Internamente se deja el análisis y el plan de mejora, en un acta archivada y codificada en el aplicativo de la intranet institucional.

Las actas de comité de seguridad del paciente de los eventos centinela se archivan en físico y en el archivo del programa de Seguridad del paciente de la vigencia. En caso de requerimiento externo, se comparte el plan de mejora de acuerdo al análisis realizado.

Los líderes y coordinadores de los procesos analizan los eventos leves, moderados así como los incidentes y las fallas, analizándolos con el equipo asistencial, determinando planes de mejora, los cuales se socializan cada mes en las reuniones de mejoramiento, bajo el requisito de confidencialidad, enfocándose en el lineamiento afectado, y los planes de mejora para lograr la seguridad en el futuro con el compromiso de todos. Estos planes de mejora igualmente quedan consignados en un acta, que se anexa al aplicativo de la intranet institucional.

Disponiendo de los cimientos, las columnas, los muros y la viga de amarre transversal, lograremos colocar el **TECHO** de la seguridad del paciente como último componente.

El techo de la casa, cubre a todos los demás, permitiendo brindar una atención segura de manera continua. Una vez lograda la construcción de la Transformación cultural, logramos disponer de una estructura con todos los componentes de la seguridad del paciente, dispuestos a cumplir el objetivo de continuar diseñando, aplicando, evaluando, mejorando y manteniendo, continuamente una cultura de seguridad para minimizar los errores en la práctica clínica y evitar la aparición de los eventos adversos serios con la tendencia hacia **CERO EVENTOS CENTINELA**.

Para entrar a esta casa, permanecer en ella y mantenerla, se requiere por parte de todos los integrantes del equipo del Hospital Universitario San José, las cualidades de compromiso, liderazgo, y trabajo en equipo.

MEDICION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el hospital cada año se evalúa la cultura de seguridad del paciente. Se cuenta con una herramienta para evaluarla, avalada por el Ministerio de Salud y protección social, y adaptada de la encuesta original de la Agency for Health Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos.

El propósito de la encuesta es medir la percepción de los colaboradores del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E de la cultura de seguridad del paciente con el fin de establecer acciones de mejora encaminadas a la divulgación e implementación de dichas acciones.

CSJ



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
COSTA RICA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 32 de 34

El programa debe fomentar en cada uno de los integrantes del equipo asistencial, el Manejo del Paciente que sufre un evento adverso:

- Aceptar la ocurrencia del evento adverso
- Demostrar solidaridad hacia el paciente y la familia
- Brindar información y apoyo.
- Demostrar el cumplimiento de todas las barreras de seguridad necesarias para mitigar las consecuencias del evento adverso.

En caso de incumplimiento de alguna o varias barreras, evitar el uso de expresiones como: Error, negligencia, equivocación, dado que el evento sucede de manera no intencional. Utilizar expresiones tales como:

- Estamos dispuestos ayudarle ante esta situación indeseable.
- Asumir las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso prevenible
- Demostrar voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
- Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del Evento Adverso

Realizar resarcimiento al paciente que ha padecido el evento adverso prevenible: entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente. Además, se incluye la acción de realizar análisis del caso y toma de acciones de mejora para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.

Es conveniente recordar el adecuado manejo del Paciente que sufre un evento adverso, así como del equipo de trabajo del momento del evento, y el nombre institucional ante la comunidad.

Las claves para lograr la transformación cultural y mantener la cultura de seguridad del paciente, son la formación, el liderazgo y el trabajo en equipo. Con esto disminuirán las primeras, segundas y terceras víctimas.

El paciente y su familia serán atendidos por el equipo, con manifestaciones de solidaridad, comprensión, confidencialidad. Igualmente se promueve manifestaciones de acompañamiento, solidaridad hacia la segunda víctima (personal de salud), dado el contexto de presentarse un evento adverso en cualquier momento y a cualquier integrante del equipo.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PUNTA ARENAS

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

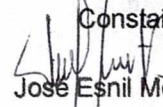
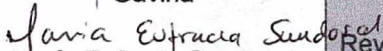
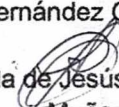
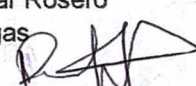
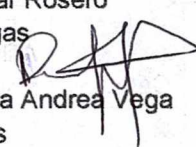
PGR-SP-01

Versión: 0

Página 33 de 34

6. CONTROL DE CAMBIOS

Código	Versión	Fecha	Descripción del Cambio
PGR-SP-01	0	09/04/2018	Creación del Documento
PGR-SPE-01	1	17/12/2020	Se realiza actualización de la normatividad, se incluye la definición de la cultura San José, se realizan cambios en la estructura de la casa de la seguridad relacionada con los cimientos: MIPG/ sistema de gestión de calidad, se incluye lo relacionado con el rechazo o recibo con observaciones de muestras; se incluye los puntos clave en el recibo y entrega de turno, se incluye los subprogramas como úlceras por presión, cuidado de la piel, prevención de caídas, seguridad en la administración de medicamentos y cuidados de accesos vasculares
PGR-SPE-01	2	Julio 2023	Se agrega el manual de estándares de acreditación Se cambia el objetivo hacia una transformación cultural con tendencia a cero eventos centinela Se describe la adopción de las barreras de seguridad expresadas en los paquetes instruccionales del ministerio.

Elaboró	Olga Cecilia Erazo Rodríguez	Revisó	Aprobó	Cesar Edmundo Sarria
	Mady Alfalfi Rojas Constain  José Esnil Meneses Gaviria			
	 María Eufracia Sandoval Pino			
María Mercedes Fernández Gómez  Leida de Jesús Concha Muñoz	Oscar Rosero Vargas  Paola Andrea Vega Arias 			





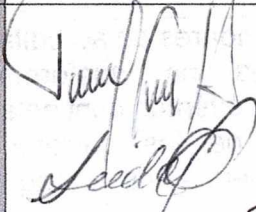
**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PUNZALEN

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PGR-SP-01

Versión: 0

Página 34 de 34

Cargo	Referente Seguridad del Paciente Enfermera de Apoyo Seguridad del Paciente Profesional de Apoyo Seguridad del Paciente- Afiliado participe Admisalud Enfermera de Apoyo Seguridad del Paciente - Afiliado participe Admisalud Auxilia de Apoyo Seguridad del Paciente Auxiliar de Apoyo Seguridad del Paciente- Afiliado participe Admisalud	Cargo	Subgerente Científica Coordinadora de Aseguramiento de la Calidad	Cargo	Gerente
Firma	 Maria Esquivel Sandoval	Firma		Firma	
Fecha		Fecha		Fecha	
GESTIÓN DOCUMENTAL					
Nombre:	Hulber Enrique Acosta	Cargo:	- Profesional Univ. - Afiliado participe Admisalud Oficina de Asesora de Planeación	Firma:	