SEGURIDAD DEL PACIENTE HUSJDMI



SEGURIDAD DEL PACIENTE



- Colombia impulsa una **Política de Seguridad del Paciente**, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, (SOGC) cuyo objetivo es **prevenir** la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, **reducir** y de ser posible **eliminar** la ocurrencia de **Eventos Adversos** para contar con **instituciones seguras y competitivas** internacionalmente.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- En 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió los **“Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.**



Fortalece la calidad en la atención en salud

Protege la vida y el bienestar de los pacientes

Promueve la cultura de seguridad en las instituciones

Mejora los resultados y la confianza en el sistema de salud

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- En 2010, Guía Técnica **“Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”**

- El propósito es brindar a las instituciones **directrices técnicas** para la operativización e implementación practica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.



Fortalece la calidad en la atención en salud

Promueve la seguridad del paciente

Orienta a las instituciones en sus procesos

Mejora la calidad y los resultados en salud

¿QUÉ ES SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que propendan por **minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos** en el proceso de atención de salud, o de mitigar sus consecuencias.

Es la **ausencia** de **accidentes**, **lesiones** o **complicaciones evitables**, producidos como consecuencia de la atención en salud recibida.



Protege la **vida** y el bienestar de los pacientes

Reduce riesgos y eventos adversos

Promueve instituciones **seguras** y **confiables**

Mejora la **calidad** y la confianza en el sistema de salud

OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Fortalecer políticas institucionales

Orientar el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención segura y de calidad.

2. Reducir riesgos en la atención

Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

3. Prevenir eventos adversos

Prevenir la ocurrencia de eventos adversos mediante metodologías científicamente probadas y herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro.



OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Coordinar actores del sistema

Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

2. Homologar la terminología

Homologar la terminología a utilizar en el país.

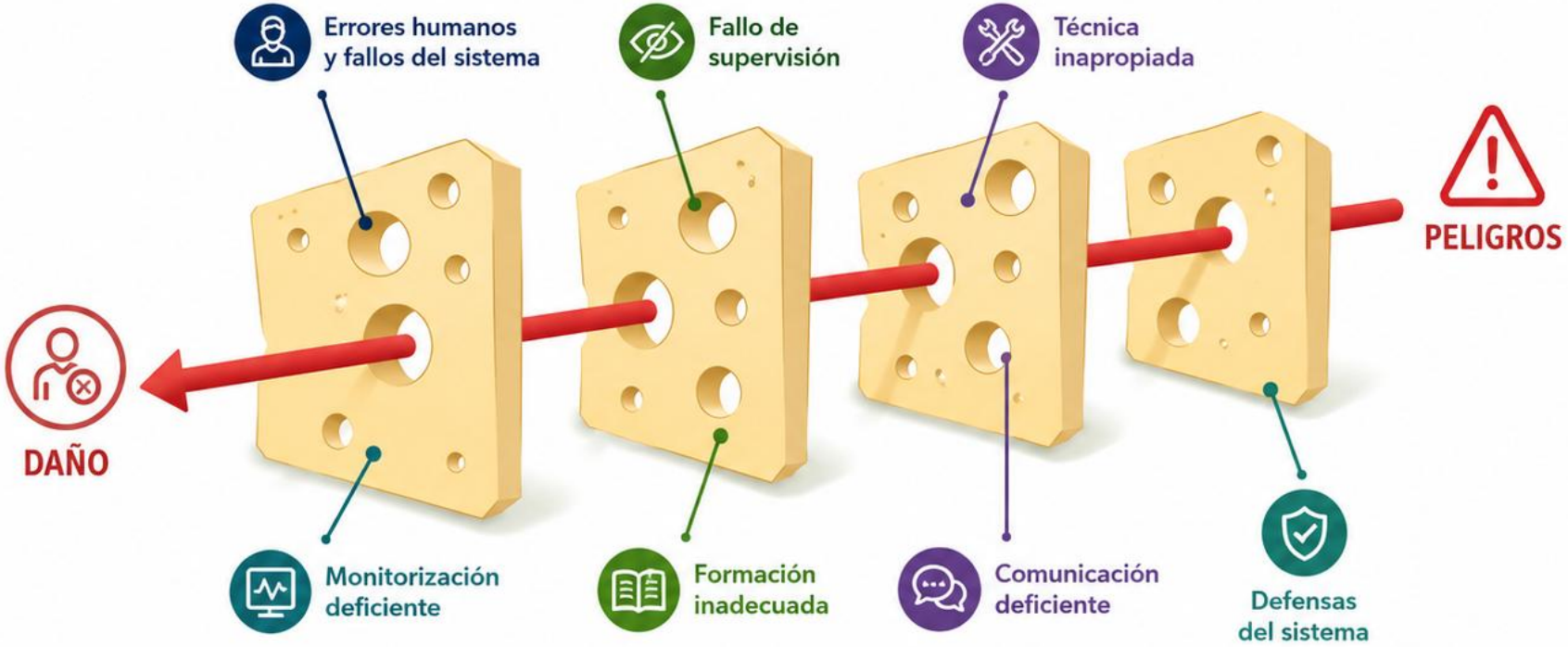
3. Educar e involucrar a pacientes y familias

Educar e involucrar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.



MODELO EXPLICATIVO

Los eventos adversos ocurren cuando se alinean fallas en el sistema. Las defensas y barreras de seguridad ayudan a prevenir o minimizar el daño al paciente.



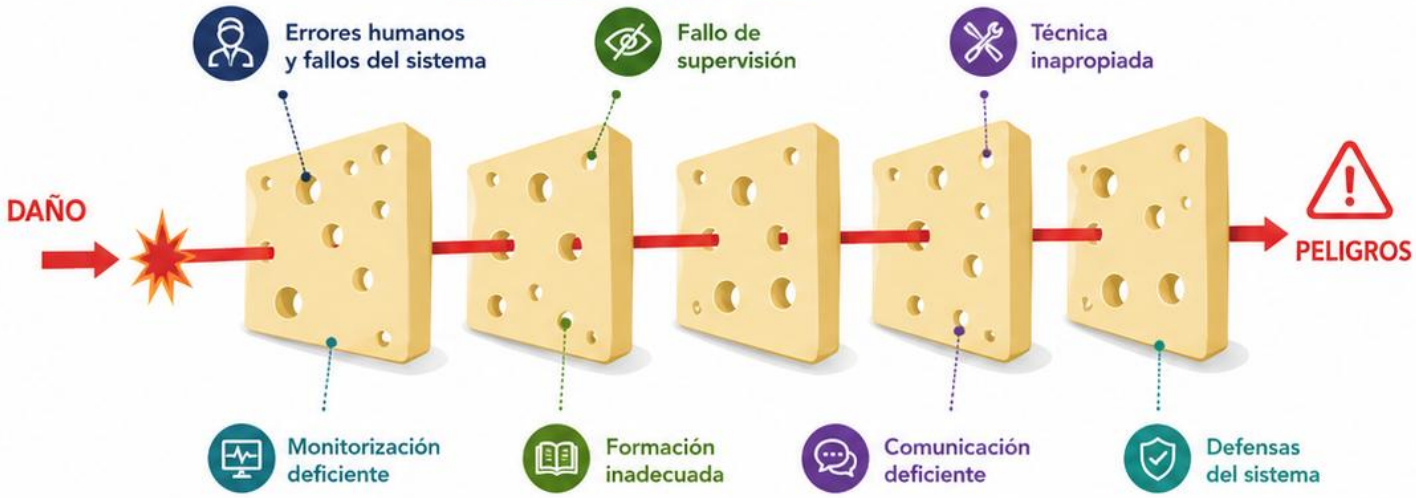
Fortalecer cada barrera de seguridad evita que los errores o fallas del sistema **lleguen al paciente y causen daño.**

SEGURIDAD DEL PACIENTE
MODELO EXPLICATIVO

Debemos buscar a partir de aquellos **errores humanos**, o de aquellas **fallas del sistema**, cuáles son esas fallas en los procesos que se están alineando para permitir que el daño se dé, para poder llenar así el sistema de **múltiples barreras de seguridad**, lo que llamamos sistemas redundantes de seguridad que impidan que el daño se dé, que rellenen esos huecos, en cada una de las rodajas del Queso Suizo.



MODELO DEL QUESO SUIZO



Fortalecer cada barrera de seguridad evita que los errores o fallas del sistema **lleguen al paciente y causen daño.**

SEGURIDAD DEL PACIENTE
MODELO EXPLICATIVO

01

Es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso:

El análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, para que se puedan definir e identificar las **barreras de seguridad**.



02

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención, para identificar **las barreras de seguridad** que deberían prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.



Identificar las causas y fortalecer las barreras de seguridad **permite prevenir eventos adversos y proteger al paciente.**

EVENTO ADVERSO

Un evento adverso es un **daño no intencional** que puede y debe ser prevenible.

DEFINICIÓN

Lesión o muerte causada al paciente durante cualquier fase de su atención por parte del equipo de salud, generalmente **prevenibles** y **no relacionado** directamente con su patología o condición clínica.



CARACTERÍSTICAS

1. Debe haber **lesión**, bien sea temporal o permanente.
2. Debe estar asociado a **errores** por parte del equipo tratante o la organización.
3. **No estar asociado** a la patología o riesgos inherentes al diagnóstico o manejo del paciente.

CLASIFICACION EVENTO ADVERSO



LEVE

- Sin impacto en el paciente quien puede no notarlo o es mínimo y puede corregirse.

Ejemplos:

- Eritema leve en el sitio de venopunción
- Náuseas leves
- Fiebre leve
- Dolor leve en el sitio de procedimiento



MODERADO

- Incapacidad temporal o permanente menor con alto grado de inconformidad por parte del paciente.
  (Prolonga la estancia Hospitalaria)

Ejemplos:

- Infección de sitio quirúrgico que requiere tratamiento
- Extravasación de medicamentos con tratamiento adicional
- Reacción alérgica moderada a medicamentos
- Caída sin lesión mayor que requiere observación

CLASIFICACION EVENTO ADVERSO

GRAVE O CENTINELA

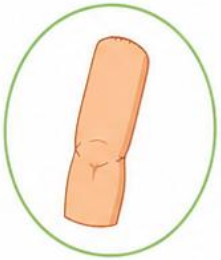
Es un tipo de evento adverso que **compromete la vida** de un paciente o le causa **daño físico permanente** (Pérdida de un órgano, de un miembro, o de una función) Secuela e incluso la muerte.



Su identificación y análisis permiten **prevenir** que vuelva a ocurrir y **mejorar la seguridad del paciente.**



PÉRDIDA DE UN ÓRGANO



PÉRDIDA DE UN MIEMBRO



PÉRDIDA DE UNA FUNCIÓN



SECUELA E INCLUSO LA MUERTE

CLASIFICACION EVENTO ADVERSO



Evento Adverso Prevenible:

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.



Evento Adverso No Prevenible:

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

INCIDENTE O PELIGRO

DEFINICION



Es una circunstancia (**riesgo de lesión o muerte**) a que estuvo sometido el paciente durante su atención clínica y que **no le genera daño**, pero que en su ocurrencia se incorporan **fallas en los procesos de atención.**

CARACTERIZTICAS

1. **NO** debe haber lesión en el paciente.
2. Debe estar asociado a **errores** por parte del equipo tratante o la organización.
3. **No** estar asociado a la patología o riesgos inherentes al diagnóstico o manejo del paciente.

Identificar y reportar los incidentes permite **prevenir eventos adversos** y **fortalecer la seguridad del paciente.**



COMPLICACION

DEFINICION

Aquellos resultados negativos, clínicos o quirúrgicos que **no se asocian con error** de las personas o de los procesos, sino que tienen que ver con la **naturaleza propia de la patología** del paciente y/o de su intervención o tratamiento.

CARACTERIZTICAS

1. **NO** debe estar asociado a errores por parte del equipo tratante o la organización.
2. Está asociado a la **patología** o riesgos inherentes al diagnóstico o manejo del paciente.
3. Debe haber lesión, bien sea **temporal o permanente**.

10 BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

TODOS LOS SERVICIOS

1

Programa de seguridad del paciente.

Establecer y mantener programas que promuevan una cultura de seguridad en todos los servicios.

2

Monitorización de la seguridad del paciente.

Vigilar y analizar los procesos y resultados para identificar oportunidades de mejora.

3

Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones

Aplicar medidas efectivas de higiene y control para prevenir infecciones asociadas a la atención.

4

Seguridad en la utilización de medicamentos.

Garantizar el uso seguro de medicamentos en todas las etapas: prescripción, dispensación y administración.

5

Correcta identificación del paciente

Verificar correctamente la identidad del paciente antes de cualquier procedimiento o administración de medicamentos.

La aplicación de estas buenas prácticas nos permite **prevenir eventos adversos** y brindar una **atención más segura y de calidad.**



10 BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

TODOS LOS SERVICIOS



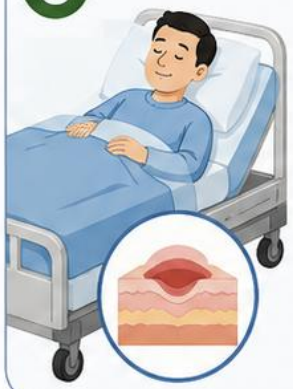
6 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos

Aplicar la lista de verificación de cirugía segura, confirmar la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico.



7 Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

Evaluar el riesgo de caída, implementar medidas preventivas, educar al paciente y su familia y realizar seguimiento.



8 Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito)

Valorar el riesgo, cambiar de posición al paciente, mantener la piel limpia e hidratada y usar superficies de apoyo adecuadas.



9 Garantizar la atención segura del binomio madre - hijo

Verificar la identidad de madre e hijo, promover el contacto piel a piel, fomentar la lactancia materna y educar sobre signos de alarma.

10 Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea

Verificar la indicación, la compatibilidad, la identidad del paciente, monitorear reacciones adversas y documentar adecuadamente.



La implementación de estas buenas prácticas **fortalece la cultura de seguridad**, **previene eventos adversos** y garantiza una atención de calidad y humanizada.



1. Programa de seguridad del paciente.

A. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SEGURIDAD

Política formal de Seguridad del Paciente

Acorde a los Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.

Referente y/o un equipo para la gestión de la seguridad de pacientes institucional

Asignado por el representante legal.

La planeación estratégica de la seguridad permite establecer las bases para brindar una **atención más segura, eficiente y centrada en el paciente**.

1. Programa de seguridad del paciente.

B. FORTALECIMIENTO DE
LA CULTURA INSTITUCIONAL

Programa de capacitación y entrenamiento del personal en seguridad del paciente y principales riesgos de la atención de la institución.

Cobertura del **90%** del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.

1. Programa de seguridad del paciente.

C. MEDICIÓN, ANÁLISIS,

REPORTE Y GESTION DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Procedimiento para el reporte **de evento adverso**

Incluye la gestión para generar barreras de seguridad que **prevengan ocurrencias de nuevos eventos adversos.**

1. Reportar → **2.** Analizar → **3.** Gestionar → **4.** Prevenir

Medir, analizar y gestionar para **aprender y proteger** a nuestros pacientes.

D. PROCESOS SEGUROS

1. Programa de seguridad del paciente.

DEFINICIÓN E INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS

Según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

ACCIONES PARA INTERVENIR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS

A partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.

EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LAS ACCIONES PARA LA MINIMIZACIÓN DE LOS RIESGOS

Se retroalimenta el proceso.

Nuestro objetivo: **PREVENIR, APRENDER Y MEJORAR** para brindar una atención más segura.

D. PROCESOS SEGUROS

Procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio:

En primera medida, las que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

De no estar disponible, la entidad deberá desarrollar o adoptar alguna otra guía basada en la evidencia.

Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.

Nuestro compromiso: basar nuestras decisiones en la **mejor evidencia** para brindar una atención segura, efectiva y de calidad.

D. PROCESOS SEGUROS



Procesos, procedimientos, guías y protocolos son **conocidos por el personal** encargado y responsable de su aplicación, incluyendo:

Personal en entrenamiento:
el personal recibe capacitación sobre su aplicación.

Evidencia de socialización:
se documenta y se asegura que el personal conozca su contenido.

Actualización:
se revisan y actualizan periódicamente según la mejor evidencia disponible.

Conocimiento, entrenamiento y actualización: pilares de una atención segura y de calidad.

1. Programa de seguridad del paciente.

D. PROCESOS SEGUROS



Protocolos para el **manejo de gases medicinales** que incluye:

Atención de emergencias:
procedimientos claros para actuar ante cualquier situación de emergencia.

Sistema de alarma respectivo:
mecanismos de alerta que garantizan la seguridad y respuesta oportuna.

Periodicidad de cambio:
establecida para asegurar el correcto funcionamiento de los dispositivos.

Dispositivos médicos:
uso adecuado y mantenimiento de los dispositivos utilizados con dichos gases.

El **manejo seguro** de gases medicinales **protege** a nuestros pacientes, personal y visitantes.

1. Programa de seguridad del paciente.

D. PROCESOS SEGUROS



1. Protocolo para la seguridad radiológica
que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.



2. Protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar
con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.



3. Protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías
existentes en la Institución y por servicio.



Protocolos claros, equipos seguros, personal preparado:
compromiso de todos con la seguridad del paciente.

3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones

PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS

Protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, **en los 5 momentos**:

1. **Antes del contacto directo** con el paciente.
2. **Antes de manipular un dispositivo invasivo** a pesar del uso de guantes.
3. **Después del contacto con líquidos o excreciones** corporales, mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.
4. **Después del contacto con el paciente.**
5. **Después de entrar en contacto con objetos** (incluso equipos médicos que se encuentran alrededor del paciente).

RECUERDA

- Lava tus manos
- Protege al paciente
- Protege a tu equipo
- Previene infecciones, salva vidas

La higiene de manos es la medida más efectiva para **prevenir las infecciones** asociadas a la atención en salud.

BIOSEGURIDAD:
Prevenir es cuidar la vida

3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones

Procedimientos, guías o manuales que orientan la **medición, análisis y acciones de mejora** para:

1. **Educar al personal asistencial y a los visitantes** en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud según el riesgo.



2. **La aplicación de precauciones de aislamiento universales.**



3. **Normas de bioseguridad en los servicios,** con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.





Prevenir infecciones es responsabilidad de todos.

> *La bioseguridad no es solo una norma, es una actitud que protege vidas.*
>
> (OMS, 2022)

Citas:

- Organización Mundial de la Salud. (2022). Prevención y control de las infecciones. OMS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Manual de bioseguridad en el sector salud.
- CDC. (2023). Guideline for infection control in health care settings.

¡Muchas Gracias!

Su compromiso con la bioseguridad
protege vidas y construye un entorno seguro para todos.