

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	1 de 37

## 1. OBJETIVO

Realizar actividades orientadas a educar, incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras en el proceso de atención en salud que garanticen la calidad en la prestación de los servicios brindados en la Universidad de Pamplona (incluyendo el servicio de consulta médica externa y asesoría psicológica), así como la promoción de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, de acuerdo a los lineamientos vigentes del ministerio de salud y de la protección social.

### 1.1 Objetivos específicos

- Garantizar y promover la seguridad en todos los procesos asistenciales y administrativos en la Universidad de Pamplona.
- Implementar prácticas seguras que mejoren el desempeño de los trabajadores y la comunicación interpersonal.
- Fortalecer el sistema de reporte y la gestión de eventos e incidentes desde todas las áreas funcionales de la Universidad de Pamplona
- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud prestada en la Universidad de Pamplona

## 2. ALCANCE

Este manual incluye a todos los colaboradores (administrativos, asistenciales, de apoyo) de la Universidad de Pamplona, así como a los estudiantes, padres de familia, visitantes y cualquier persona que se encuentre dentro de las instalaciones de la institución, para promover la seguridad en todos sus aspectos.

## 3. RESPONSABLE

El responsable será el líder del área de promoción de la salud integral y autocuidado y líder del comité de seguridad del paciente.

## 4. POBLACION OBJETO

Población en todas las etapas del ciclo vital (colaboradores, estudiantes, visitantes, entre otros)

## 5. LIMITES

Incluye los manuales, guías, protocolos y/o procedimientos del área de seguridad del paciente.

Elaboró		Aprobó		Validó	
Firma Martha Moreno Meaury		Firma Ruby Jaimes Ramirez		Firma Mabel Johana Coronel Acevedo	
<b>Fecha</b>	14 de junio de 2023	<b>Fecha</b>	14 de junio de 2023	<b>Fecha</b>	27 de junio de 2023

\*\*\*INFORMACIÓN DOCUMENTADA NO CONTROLADA\*\*\*

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	2 de 37

## 6. ÁMBITO DE LA APLICACIÓN

Universidad de Pamplona (todas sus sedes).

## 7. TALENTO HUMANO

- Enfermeros profesionales
- Médicos
- Auxiliares de enfermería

## 8. LIDER

- Líder de seguridad del paciente

## 9. ENFOQUE DE RIESGOS

- Individual, Biológico, Psicosocial.

## 10. ENFOQUE DIFERENCIAL

La atención de los usuarios que brinda la Universidad de Pamplona orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:

- Género
- Orientación
- Etnia
- Por ciclo vital: neonatos, infancia, adolescencia, joven, adulto, adulto mayor.
- Víctimas del conflicto armado
- Víctimas de violencia sexual
- Víctimas de cualquier forma de violencia por género.
- Desplazados.
- Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad)
- Personas víctimas del conflicto armado.
- Otros.

## 11. MATERIALES, EQUIPOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS

- Protocolos de seguridad del paciente
- Manuales de seguridad del paciente
- Guías GPC

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	3 de 37

- Guía de seguridad del paciente.
- Listas de chequeo de seguridad del paciente.
- Historia clínica
- Material para identificación del paciente
- Matriz AMFE
- Protocolo de Londres
- Formato de reporte de eventos adversos
- Escritorio
- Computador
- Lapicero
- Papelería
- Software
- Equipos biomédicos
- Bascula
- Pesos
- Tensiómetros
- Fonendo
- Glucómetro
- Lampara cuello de cisne
- Equipo de órganos
- Martillo
- Pulsioxímetro
- Tallímetro.
- Toallas
- Jabon

## **12. ENFOQUE DE ATENCIÓN AL USUARIO/PERSONAL**

En la Universidad de Pamplona el Programa de Seguridad del Paciente se enfoca a estandarizar el conjunto de acciones o actividades encaminadas a minimizar la probabilidad de ocurrencia e incidencia de los eventos adversos e incidentes, orientándose a la identificación e intervención de los factores generadores mediante la consolidación de una cultura segura en la atención asistencial y administrativa de la institución en todas sus sedes involucrando al personal de salud, administrativo, estudiantes, padres de familia, visitantes, etc.

## **13. CULTURA ORGANIZACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La Universidad de Pamplona, implementa y mantiene dentro del desarrollo de sus objetivos, el programa de seguridad del paciente para reducir permanentemente los riesgos y el daño

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	4 de 37

a los usuarios/pacientes, que puede resultar de los procesos de atención en salud ofertados a sus clientes en donde se generan canales de participación activa y efectiva de los colaboradores que permitan establecer rutas, objetivos, logros colectivos y confianza de las partes, para desarrollar sus actividades diarias pero sobre todo proyectar una visión de crecimiento futuro.

## 14. DEFINICIONES

### **Atención en Salud**

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

### **Complicación**

Es el daño no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

### **Violación de la Seguridad de la Atención en Salud**

Son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar, o de una forma de funcionamiento.

### **Barrera de Seguridad**

Es una acción o circunstancia que reduce la presentación del incidente o evento adverso.

### **Sistema de Gestión del Evento Adverso**

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

### **Acciones de Reducción del Riesgo**

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis del modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

### **Acciones Inseguras**

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	5 de 37

Son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso.

### **Seguridad del Paciente**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científica que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias.

### **Indicio de Atención Insegura**

Es un acontecimiento, una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

### **Fallas de la Atención en Salud**

Son deficiencias para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, pudiéndose manifestar en la ejecución de procesos incorrectos (fallas por acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. “Las Fallas son por definición no intencionales”

### **Riesgo**

Es la posibilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

### **Incidente**

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de la atención.

### **Evento Adverso**

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

- Prevenibles: Es un evento que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponible.
- No prevenibles: Es el evento que se presenta a pesar del cumplimiento de estándares del cuidado asistencial.

### **Suceso No Deseado**

Presentación de riesgo de daño o daño en paciente resultado de una atención de salud no deseada que puede corresponder a un evento adverso, incidente, atención insegura o complicación.

## **15. REFERENTES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	6 de 37

- La implementación del Programa de Seguridad del Paciente, está enmarcada en la aplicación de la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” ([www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)), emitida por el Ministerio de la Protección Social el día 4 de Marzo de 2010, 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.
- La guía del Ministerio brinda una serie de recomendaciones técnicas de instituciones acreditadas del país, de entidades a nivel mundial reconocidas en este campo como son la Organización Mundial de la Salud a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y la Joint Comission y recopila prácticas de la literatura que cuentan con evidencia científica o recomendadas por grupos de expertos, que incrementan la seguridad de los pacientes.
- Como documento orientador para el programa se contempló la resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, en los apartados referentes a seguridad del paciente.

## 16. CONTENIDO

### a. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

*“La Universidad de Pamplona se compromete a garantizar un entorno seguro para los pacientes, usuarios, estudiantes, colaboradores e invitados, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del proceso de atención seguro, mediante la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional de prevención, contribuyendo así al aprendizaje organizacional. Se responsabiliza a identificar y gestionar los eventos adversos e incidentes que puedan presentarse en la atención en Salud o dentro de la naturaleza de sus funciones y a fortalecer la cultura organizacional de seguridad, el mejoramiento continuo y la prevención de situaciones que afecten la seguridad del paciente/usuarios y de cualquier miembro o visitante de la institución”.*

El Comité de Seguridad del Paciente es el escenario, donde se evalúan los incidentes y eventos adversos presentados en la entidad y el análisis de principales causas de morbilidad en los procesos de consulta externa de medicina general, psicología clínica y ocurridos dentro de la institución en general.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	7 de 37

Se comprometen a cumplir con los siguientes objetivos:

- Fomentar un entorno seguro de la atención en salud brindada a los pacientes, usuarios, colaboradores, estudiantes y visitantes.
- Reducir la incidencia de Incidentes y Eventos Adversos.
- Promover el análisis causal de los Incidentes y Eventos Adversos, la reflexión y discusión colectiva en torno a la calidad de la atención.
- Favorecer y facilitar la implantación de Sistemas de monitorización de la Seguridad del Paciente.
- Promover la toma de decisiones tendientes a mejorar la Seguridad del Paciente basadas en el análisis de indicadores.
- Apoyar el desarrollo de capacidades técnicas del recurso humano para el mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios ofertados.
- Ofrecer información de interés sobre calidad de la atención y orientación a pacientes, usuarios, colaboradores, estudiantes y visitantes.

#### **b. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

- **Enfoque de atención centrado en el usuario:** El usuario es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente que se realizan en la Universidad de Pamplona.
- **Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de la alta dirección facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente. · Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es transversal a todos sus componentes, lo cual quiere decir que para garantizar una atención segura se deben cumplir los estándares del Sistema Unico de Habilitación, se den hacer el seguimiento a los Riesgos identificados en la Atención en Salud en los servicios de consulta externa y psicología clínica, se debe medir los indicadores de obligatorio cumplimiento relacionados con Seguridad del Paciente que apliquen a la según la Resolución 256 de 2016. · Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales, el personal asistencial, colaboradores, docentes, estudiantes e invitados. Así mismo, la aseguradora con la gestión de los procesos que corresponden para garantizar una atención oportuna y segura de los pacientes. · Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible. · Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora. · Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	8 de 37

la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

La guía incluye cuatro grupos que buscan incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud:

- Procesos institucionales seguros
- Procesos asistenciales seguros
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

### **c. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS**

Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos; se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlás para obtener procesos de atención seguros. Para el servicio que se presta en el consultorio médico, consultorio de psicología y en general en las instalaciones de la Universidad de Pamplona contempla los siguientes elementos:

- Política institucional de seguridad del paciente
- Promoción de la cultura de seguridad
- Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo
- Capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo
- Procedimiento de referencia de pacientes
- Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente.
- Estandarización de procedimientos de atención
- Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente.
- Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínicas basadas en la evidencia
- Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares
- Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes.
- Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos. - Monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente
- Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.

### **d. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS QUE APLICA PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y EN GENERAL A TODAS LAS INSTALACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA**

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos



	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	9 de 37

- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
- Garantizar la correcta identificación del paciente
- Implementar equipos de respuesta rápida
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
- Prevención de malnutrición o desnutrición
- Garantizar la atención segura del binomio madre- hijo.

**e. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES**

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

**f. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD**

- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad
- Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.

**g. REFERENTE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

En la Universidad de Pamplona el personal médicos generales, personal de enfermería y psicología clínica, participan como integrantes del Programa de Seguridad del Paciente y el comité respectivamente.

La designación de sus miembros debe quedar descrita en un Acta de Reunión con las funciones que se enuncian a continuación:

- Gestionar e la seguridad de pacientes en los aspectos de planeación de las actividades dirigidas a la implementación del programa
- Aprobar los recursos necesarios para su implementación
- Hacer seguimiento al avance del programa de seguridad del paciente
- Socializar en la entidad del Programa de Seguridad del Paciente
- Se reunirán por medio de convocatoria del Líder del Programa de Seguridad del Paciente, por lo menos una vez al mes y de cada reunión se dejará un acta con los temas tratados, los compromisos adquiridos y el seguimiento del cumplimiento de estos compromisos en la reunión siguiente.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	10 de 37

#### **h. METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Para implementar la Política de Seguridad del Paciente, una vez conformado el equipo referente institucional y formulada la Política de Seguridad del Paciente, en los consultorios médicos, de enfermería, psicología y en general en las instalaciones de la Universidad de Pamplona se debe establecer las siguientes actividades, para aplicarla, en pro de la seguridad del paciente y de una atención segura: - Sistema de Articulación Institucional: la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en el nivel operativo, requiere de los siguientes grupos de trabajo:

- **Comité de Seguridad del Paciente:** Corresponde a un equipo de trabajo conformado por unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de los consultorios médicos y unos invitados que corresponden a representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar; también asisten proveedores relacionados con el evento adverso.

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>
Líder del área	Médico
Líder del área	Psicólogo
Líder del área	Enfermera profesional
Líder del área	Un Estudiante de la Universidad de Pamplona
Líder del área	Un docente de la Universidad de Pamplona
Líder del área	Representante institucional de bienestar universitario
Líder del área	Rector, coordinador o quien ejerza sus funciones en la Universidad de Pamplona
Invitados	Invitado según se requiera

**- Su función es:**

- Analizar los reportes que recibe del personal relacionados con fallas en la atención del paciente
- Enfocar el error como base que lleve al aprendizaje organizacional para que el personal se sensibilice y tome conciencia de las fallas cometidas, en un entorno no punitivo pero responsable.
- Identificar los eventos adversos, analizar las causas que los favorecen
- Precisar cuál será el manejo que se debe dar a la lección aprendida. (Barreras de Seguridad)
- Apoyar la implementación de acciones (Barreras de Seguridad) para mejorar la calidad de la atención del paciente. Al comité se llevan los indicadores relacionados con seguridad del paciente, se analizan sus comportamientos y se distribuyen los

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	11 de 37

responsables del análisis de los eventos adversos e incidentes para la implementación de acciones correctivas, preventivas o de mejora

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso.

**- Algunas recomendaciones:**

- Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
- Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos. .
- Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un evento adverso, y acompañarlo.

- **Algunas prácticas para favorecer el autocuidado:** Telefonía móvil para recordatorio de citas, capacitación web, intervenciones educativas en enfermedades crónicas, folletos informativos, carteleras e imágenes y materiales audiovisuales.

- **Cultura de Seguridad del Paciente:** Es el ambiente en el cual se puede compartir en forma abierta e imparcial y con un enfoque sistémico, información al hablar con el personal cuando suceden eventos adversos, para aprender de los errores; así mismo, se es justo en el trato y apoyo que se da, porque nunca los eventos presentados se personalizan, pero tampoco se obvian elementos disciplinarios cuando se ocultan o en los casos graves


**i. GUÍA TÉCNICA BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE:**

- **Capacitación en seguridad del paciente:** El objetivo es la Socialización del tema básico de seguridad del paciente y evaluación de su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución, estudiantes, colaboradores asistenciales, administrativos y operativos, para fortalecer la cultura de seguridad del paciente y facilitar su participación activa en el desarrollo de las estrategias que la organización establece para garantizar la seguridad en la atención de los usuarios.

- **Indicador de cobertura de capacitación:** Proporción de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente =  $N^{\circ}$  de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente/Total de colaboradores programados (\*100)

**- REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS:**

**Objetivo:** Identificar los incidentes y eventos adversos en la consulta médica, psicología clínica o en cualquier área de la institución para determinar las posibles mejoras y

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	12 de 37

correctivos a implementar y de esta manera reducir y/o controlar la repetición de sucesos similares.

**Alcance:** El Sistema de reporte de eventos adversos e incidentes será aplicado por todo el personal médico, administrativo, estudiantil, visitantes o por cualquier persona que evidencia el incidente, falla en la atención en salud o evento adverso.

**Metodología:** Cuando se presente un incidente o evento adverso el personal médico, administrativo, estudiantil, visitantes o por cualquier persona que evidencia el incidente, falla en la atención en salud o evento adverso deberá descargar de la página institucional el formato de reporte de eventos adversos e incidentes y enviarlo a la persona encargada del programa de seguridad del paciente dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el suceso.

## 17. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

**Definición:** El análisis de eventos adversos por medio del Protocolo de Londres consiste en realizar una investigación para estudiar las causas de que un evento adverso se presente teniendo en cuenta las barreras y defensas que fallaron, acciones inseguras, factores contributivos y procesos de la organización y la cultura.

**Objetivo:** Analizar los factores que pudieron contribuir a la aparición de un evento adverso en las instalaciones de la Universidad de Pamplona.

**Alcance:** El protocolo de Londres será aplicado a todos los eventos adversos que se reporten por parte del personal médico, de enfermería u otros que labora en la Universidad de Pamplona.

**Metodología:** El análisis de evento adverso por protocolo de Londres será realizado por parte del Comité de Seguridad del Paciente, con invitación al líder del proceso posterior a la notificación del evento adverso, identificando el error y analizando las posibles causas.  
**(Anexo)**

## 18. ETAPAS DE LA INSFORMACION

### Reporte - Notificación de casos.

El reporte inicia con el diligenciamiento por los usuarios generales del formato Reporte del evento adverso, seguidamente se hace llegar al líder de seguridad del paciente, donde después se realizaría el seguimiento por parte del comité de seguridad del paciente. El registro, análisis y seguimiento se realiza con base en el Protocolo de Londres el cual incluye la identificación de las barreras y defensas, acciones inseguras, orígenes y factores contributivos, organización y cultura, clasificación (prevenible – no prevenible), oportunidades de mejora y verificación de su cumplimiento.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	13 de 37

Todo el personal (estudiantes, docentes, administrativos, asistenciales y visitantes de la institución) están habilitados realizar el debido reporte de los eventos adversos, esta responsabilidad es de quien presencie o verifique el evento adverso o suceso.

### **Clasificación de los casos reportados.**


Esta es una función del comité de seguridad del paciente. Ellos son los que hacen seguimiento a las notificaciones o reportes de casos registrados por los usuarios habilitados para reportar eventos adversos. Luego de una evaluación de estos casos, y a través de actividades como la revisión de la información disponible, de entrevista a los reportantes, revisión de historia clínica, consultas a otros profesionales del equipo, proceden a clasificar estos casos.

Los responsables de la clasificación de los casos reportados es el comité de seguridad del paciente, la clasificación puede también ser apoyada por el personal involucrado en el evento y aquellos que prestan apoyo técnico, existen situaciones que ameritan el trabajo interdisciplinario para la clasificación de un caso reportado. Aquellos casos que han sido clasificados como Incidentes, indicios de atención Insegura, Eventos Adversos. Ahora, los casos que han sido Clasificados como Eventos Adversos y como Incidentes Objeto de Análisis, se asumen como prioritarios y pasan a la siguiente fase: Gestión de los casos.

### **Gestión de los casos reportados.**

El análisis de los Eventos Adversos e Incidentes Prioritarios será realizado por el comité de seguridad del paciente. Existen situaciones que ameritan el trabajo interdisciplinario para la clasificación de un caso reportado. La metodología que trae el aplicativo para abordar el análisis es el Protocolo de Londres, donde se evalúa sobre barreras y defensas que incidieron en la ocurrencia del Evento, Acciones inseguras identificadas, se clasifica y define el tipo de evento ocurrido, se identifican unos orígenes y factores contributivos a la ocurrencia del evento, descripción de fallas latentes y conclusión alrededor del caso. En uno de los componentes de esta metodología se deben formular las acciones de mejoramiento asociadas al caso que se analiza, con los responsables y los tiempos de ejecución definidos. A estas acciones de mejoramiento se debe hacer seguimiento y mientras ellas no se ejecuten, el caso permanece como Abierto (“No gestionado”) o una vez realizadas estas, el caso debe cerrarse y queda como “Gestionado”. Los equipos de atención confiable de cada punto de atención realizarán la verificación periódicamente del reporte institucional, su clasificación y depuración.


Actividades a realizar cuando ocurra evento adverso trazador o centinela:

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	14 de 37

- Cuando se determine que se presentó lesión grave o severa, se realizarán las siguientes actividades:
- Atención médica si es del caso con el fin de mitigar o solucionar las posibles consecuencias para la salud del usuario.
- Remisión a institución prestadora de servicios de salud con servicio de urgencias habilitado.
- Notificación inmediatamente al Médico, quien analizará y definirá en primera instancia las acciones pertinentes para su solución inmediata. El abordaje inicial incluye la información y apoyo al paciente y/o familiares sobre la ocurrencia del evento adverso.
- Ingreso del reporte institucional y gestión de eventos adversos.
- Análisis en forma prioritaria, posterior e individual mediante la conformación de equipos calificados, competentes y entrenados para tal fin. El equipo de atención confiable con el apoyo del comité de seguridad del paciente e invitados si se requiere.
- Se asume como estándar que el análisis debe ser realizado en las siguientes 72 horas a la ocurrencia de los hechos.

**El grupo responsable del análisis realiza las siguientes actividades:**

- Clasificación del suceso (evento adverso, incidente, complicación, indicio de atención insegura).
- Análisis del evento adverso según aplicativo adoptado y utilizando la metodología del Protocolo de Londres. Dentro de esta se incluye la descripción de barreras y/o defensas que fallaron, acciones inseguras, origen contributivo, fallas latentes, conclusión, oportunidad de mejora, responsable de la oportunidad de mejora, tiempo de ejecución, etc.
- Notificar los eventos adversos trazadores o centinelas o incidentes clasificados.
- Diligenciar el formato del reporte de eventos adversos. En descripción del suceso ingrese la información de lo acontecido, recuerde que estos datos deben ser totalmente reales, no omitir, ni ocultar detalles que posteriormente pueden ser de utilidad para el análisis o la elaboración del plan de mejora. El campo para la descripción del suceso no tiene límite de caracteres, pero debe evitar extenderse innecesariamente. Luego debe diligenciar las acciones inseguras y/o fallas en barreras de seguridad.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	15 de 37

- Ingrese las acciones inseguras, el servicio o área de la institución donde ocurrió el suceso.

## **19. PROTOCOLO DE LONDRES**

### **ANÁLISIS CAUSAL DE ATENCIONES INSEGURAS- PROTOCOLO DE LONDRES**

La política de seguridad del paciente de la Universidad de Pamplona, adoptara el Protocolo de Londres para realizar el análisis causal de las atenciones inseguras. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en el nivel gerencial y se transmiten hacia abajo, a través de las áreas administrativa y asistencial, y finalmente afectan los servicios, creando las condiciones que pueden construir conductas seguras de diversa índole para la Universidad de Pamplona. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

### **ACCIONES INSEGURAS O FALLAS ACTIVAS**

La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (El médico, la enfermera, el auxiliar de enfermería, etc.). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. En la práctica diaria las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos.

### **FALLAS LATENTES**

Las fallas latentes se consideran las que hacen parte de la organización y cultura administrativa, como son política inadecuadas, diseños en la infraestructura, asignación de recursos, falta de entrenamiento.

### **FACTORES CONTRIBUTIVOS:**

Es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos;

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	16 de 37

mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

### Clasificación de los Factores Contributivos

<b>ORIGEN</b>	<b>FACTOR CONTRIBUTIVO</b>
<u>PACIENTE</u>	Complejidad, gravedad, edad, obesidad, Estado nutricional Lenguaje, comunicación, Personalidad, cultura, etnia, religión
<u>TAREA Y TECNOLOGÍA</u>	Diseño de la tarea, claridad de la tarea, disponibilidad y uso de protocolos, guía de manejo, disponibilidad de las pruebas diagnósticas, ayudas para la toma de decisiones.
<u>INDIVIDUO</u>	Conocimiento, habilidad, competencia, conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental
<u>EQUIPO DE TRABAJO</u>	Comunicación verbal y escrita, (legibilidad y suficiencia de las notas), supervisión y disponibilidad de soporte, estructura del equipo, coordinación y comunicación, clima laboral, relaciones interpersonales
<u>AMBIENTE</u>	Personal suficiente, mezcla de habilidades, carga de trabajo, numero de turnos, diseño y mantenimiento de equipos, soporte administrativo y gerencial, luz, espacio, ruido.



	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	17 de 37

<u>ORGANIZACIÓN Y GERENCIA</u>	Recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas, estándares y metas, prioridades y cultura organizacional, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económicos y regulatorios Contactos externos

## 20. SECUENCIA PARA SEGUIR LA INVESTIGACIÓN DE UNA ATENCIÓN INSEGURA

1. Identificación del incidente, a través del reporte voluntario.
2. Comunicación al referente de seguridad y comité de seguridad del paciente
3. Obtención y organización de la información
4. Establecer cronología del incidente
5. Identificación de las acciones inseguras o fallas activas.
6. Identificación de las fallas latentes
7. Identificación de los factores contributivos
8. Recomendaciones y plan de acción.

La obtención y organización de la información se debe tomar de herramientas como la Historia clínica, protocolos y procedimientos relacionados con el incidente, declaraciones y observaciones inmediatas, entrevistas con los involucrados, evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Se deben realizar estos ocho pasos, para una buena gestión del evento adverso, finalmente se realizarán las recomendaciones y plan de acción cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:

Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes. Es decir, la política de seguridad del paciente, realizará plan de mejoramiento sobre los factores contributivos, no sobre las fallas activas.

- a. Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- b. Asignar un responsable de implementar las acciones.
- c. Definir tiempo de implementación de las acciones.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	18 de 37

- d. Identificar y asignar los recursos necesarios.
- e. Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- f. Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- g. Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

El plan de acción, se desarrollará en el formato Plan de acción, de la política de seguridad del paciente de la Universidad de Pamplona.

## 21. ANÁLISIS CAUSALIDAD DE LOS EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES

El protocolo de Londres tiene como objetivo garantizar una amplia investigación y el análisis de un incidente o evento adverso, yendo más allá de la habitual identificación del evento y culpable.



## 22. SECUENCIA DE ANALISIS DE UN EVENTO ADVERSO

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	19 de 37

- Identifique si se presentó daño en el paciente. Los daños pueden ser físicos, psicológicos y morales. Si no hay daño en el paciente no hay evento adverso.
- Si no hay daño en el paciente, identifique si hubo riesgo de daño en el paciente. Puede tratarse de un incidente.
- Si existe riesgo de daño en el paciente, identifique cuales son los daños. En un mismo caso pueden coexistir varios daños. Es importante tenerlos todos en cuenta, pues cada uno de ellos pueden tener causas diferentes y su análisis individual puede ayudar a prevenir diferentes eventos adversos.
- Con base en la identificación del daño establezca una tipificación de la severidad del evento. La tipificación se realiza de acuerdo con la clasificación de eventos que haya adoptado la institución.
- Identifique si existió intencionalidad en el daño.
- Si se sospecha intencionalidad en el daño, se tipifica como posible delito y se traslada a la autoridad competente, un daño intencional no podrá ser abordado por las herramientas de seguridad del paciente.
- Si no se sospecha intención, identifique si el daño se asocia a la atención en salud. Para llegar a esta conclusión, es necesario acudir a la evidencia científica disponible. Si la ciencia médica no cuenta con avances suficientes para la prevención del daño, estamos ante la presencia de un evento adverso no evitable.
- Si el daño se asocia a la atención, establezca la tipificación del evento.
- Identifique el error asociado al daño. Para llegar a esta conclusión es necesario establecer la relación de causalidad. Si no hay relación de causalidad, puede haber evento adverso y puede haber error, pero no hay evento adverso evitable. Si no establece la relación de causalidad, busque otro error en donde si la haya. Si definitivamente no se encuentra un error con relación de causalidad, se trata de un evento adverso no evitable.
- Con cada error identificado, defínalo con precisión, establezca una tipificación de acuerdo con la clasificación adoptada por la institución.
- Ante la presencia de error y relación causal, establezca el evento como evento adverso evitable y establezca una tipificación de acuerdo con la clasificación adoptada por la institución.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	20 de 37

- Con cada error identifique, identifique cual o cuales fueron los factores contributivos pueden ser: PACIENTE, TAREA Y TECNOLOGIA, INDIVIDUO, EQUIPO DE TRABAJO, AMBIENTE, ORGANIZACIÓN Y GERENCIA, CONTEXTO INSTITUCIONAL.
- Con cada factor contributivo describalo y establezca una tipificación de acuerdo con la clasificación adoptada por la institución.
- Defina las barreras de seguridad y o el plan de mejora orientado al bloqueo de causas y la prevención de errores.
- Defina un plan para informar el paciente y o a su familia.
- Defina un plan para difundir los aprendizajes a la institución.
- Alimente las bases de datos establecidas por la institución para el sistema de reporte.

### **23. LISTADO DE ACCIONES INSEGURAS**

#### **-Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud.**

- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado

#### **-Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales**

- No se realiza cuando está indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Procesos equivocados / Tratamiento / Procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada

#### **-Relacionados con fallas en los registros clínicos**

- Documentos que faltan o no están disponibles
- Retraso en el acceso a documentos
- Documento para el paciente equivocado o documento equivocado
- Información en el documento confusa o ambigua/ ilegible/ incompleta

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	21 de 37

#### **-Relacionados con la medicación o administración de líquidos parenterales**

- Formulación incorrecta o presentación
- Cantidad incorrecta
- Contraindicación
- Relación adversa al medicamento

#### **-Caídas de pacientes**

- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Pasillo

#### **-Relacionados con la infraestructura**

- Inexistente / inadecuado
- Dañado / Defectuoso / desgastado

#### **-Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional**

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
- Recursos humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de equipos / personal
- Protocolos / Políticas / Procedimientos / Disponibilidad de guías

## **24. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO**

Los planes de mejoramiento que resultan del análisis de eventos adversos e incidentes de cada unidad se consolidan en el Programa de Seguridad del Paciente y se les realiza seguimiento con el fin de completar el ciclo de mejoramiento continuo - PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), por lo que se realizan las siguientes actividades en cada unidad o servicio.

1. Acompañamiento directo a los líderes de seguridad del paciente en el compromiso con la formulación de planes de mejoramiento
2. Seguimiento a la implementación y apoyo para el cierre de ciclo en el comité de Seguridad del Paciente.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	22 de 37

3. Evaluación cada 3 meses de la efectividad de los planes de mejoramiento, con el fin de determinar si se requiere cambio o continuidad del plan diseñado.

## **25. DIVULGACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA GESTIÓN GENERAL DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES**

En el Programa de Seguridad del Paciente se realiza una divulgación y retroalimentación continua de la información referente a los eventos adversos e incidentes ocurridos y reportados, el índice de análisis de los mismos, los planes de mejoramiento generados y el seguimiento a estos, con el fin de lograr que todos los empleados de cada unidad tengan una percepción de la situación en seguridad generada en los pacientes.

Esta actividad se realiza a través de la presentación de informes a los siguientes comités.

- A. Seguridad del paciente
- B. De calidad.

## **26. GESTIÓN GENERAL DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES OPORTUNIDAD Y PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS.**

Una vez se obtiene el reporte de un evento o incidente, se realizan las siguientes actividades como parte de la gestión de los eventos ocurridos en un periodo:

1. Ingreso del caso al sistema de información del programa.
2. Clasificación de los casos reportados según se determine como evento adverso, incidente o evento centinela.
3. Comunicación al Jefe de la Unidad donde haya Ocurrido el Evento y/o al Jefe de la Especialidad Médica a la que pertenezca el paciente mediante correo electrónico institucional.
5. Análisis de los eventos adversos considerados de extremo riesgo dentro del comité de Seguridad del paciente.
6. Acompañamiento y/o asesoría mínimo una vez por semana en cada unidad para la realización del análisis de cualquier tipo de evento adverso e incidente.
7. Capacitación continua acerca de la taxonomía en seguridad clínica, reporte de eventos e incidentes y metodología de análisis en las diferentes unidades.

## **GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

Hacer funcional el sistema de reporte de eventos adversos, con el fin de mejorar algunos aspectos, como la cultura del autoreporte, definición de los tipos de errores, establecimiento de conductos regulares, garantizar el análisis y la gestión de todos los errores que se cometan en la atención de los pacientes, crear bases de datos que permitan tener indicadores relacionados con los errores y eventos adversos e informar tanto a directivos como asistenciales, sobre los resultados obtenidos con el sistema de reporte, garantizando la confidencialidad.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	23 de 37

Identificar cuáles son los eventos adversos más frecuentes y realizar un registro continuo, para hacer análisis causa-efecto y llevar a cabo planes de acción que disminuyan su aparición y que incrementen la seguridad del paciente, al mismo tiempo diseñar estrategias que minimicen los efectos y consecuencias de los errores. Monitorizar el sistema de reporte de eventos adversos.

## **27. METODOLOGIA AMFE**

### **Identificación, valoración y prevención de los riesgos:**

El AMFE es una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una posible falla, Describe las actividades realizadas durante un proceso determinado, buscando identificar fallas potenciales y sus consecuencias y tiene como objetivo disminuir o eliminar la probabilidad de que estas fallas ocurran. Es una metodología que se aplica antes del evento y no posterior al suceso. Es una de las herramientas más utilizadas en la planificación de calidad, existen dos tipos: AMFE de producto para evaluar su diseño y AMFE de procesos para evaluar las deficiencias que puede ocasionar un mal funcionamiento del mismo en el producto de servicio. Para implementar el AMFE se hace un listado de todas las posibles causas de falla asignado a cada modo de falla potencial y se tiene en cuenta su ocurrencia, severidad, controles actuales al proceso y su detección.

## **MATRIZ AMFE**



# Manual de Seguridad del Paciente

Código

MBU-01 v.00

Página

24 de 37

Consecutivo	Servicio/Proceso	Etapas del proceso de atención	Modo de falla / Acción no segura derivada de la atención	Frecuencia de falla o Probabilidad de ocurrencias	Efecto más probable que produce la falla sobre la salud o la vida del usuario	Gravedad del efecto	Controles actuales sobre el modo de falla / Capacidad de las barreras	D-Opportunidad de detección de la falla con el control actual	Número de probabilidad de riesgo NPR	Barrera propuesta para evitar la falla o mitigar sus efectos	
											CRITERIOS
				2	Improbable: 1 vez cada semestre	2	No grave: incidente, imperceptible por el usuario	2	1	Inmediatamente ocurre la falla	
				4	Poco probable: 1 vez cada trimestre	4	Poco grave: incidente (sin daño), insatisfacción	4	4	Por autocontrol (previsión de la misma persona que ejecuta el servicio)	
				6	Mediamente probable: Una vez al mes	6	Grave: evento adverso, daño temporal	6	6	Por verificación interna del servicio (ronda, supervisión)	
				8	Probable: una vez por semana	8	Muy grave: evento adverso, daño permanente físico o psicológico	8	8	Por auditoría interna (otro proceso auditado al que presta el servicio)	
				10	Muy probable: Cada día	10	Fatal: evento centinela, muerte	10	10	Por reclamo del usuario (quejas, insatisfacción en encuestas, demandas) o auditoría externa de aseguradores.	
1	CONSULTA MEDICA Y PSICOLOGIA	Atención	DEMORA POR PARTE DEL PROFESIONAL PARA ATENDER AL PACIENTE EN LA HORA ASIGNADA	10	RETRASO 30 MINUTOS/ SUJETO A QUEJAS E INSATISFACCION POR EL USUARIO Y LA ENTIDAD A LA QUE SE LE PRESTA EL SERVICIO.	4	SOCIALIZACION DE LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	4	160.0	ESTANDARIZAR EL PROCESO DE CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES.	
2	CONSULTA MEDICA	Acceso / Registro e ingreso	PACIENTE NO CUMPLE CON LAS ORDENES MEDICAS/EXAMENES DE LABORATORIO, FORMULAS MEDICAS.	10	COMPLICACION DEL PACIENTE GENERANDO CONSULTA POR LA MISMA CAUSA.	4	ENTREGA DE INSTRUCCIONES AL PACIENTE -DE MANERA ESCRITA Y VERBAL- SEGUIMIENTO DE CUMPLIMIENTO	4	160.0	FORTALECER EL PROCESO DE INFORMACION BRINDADA AL PACIENTE SOBRE CUMPLIMIENTO DE ORDENES DE MEDICAS.	
3	CONSULTA MEDICA PSICOLOGIA ENFERMERIA	Planeación de la atención	NO REALIZACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EJECUCION DE UN PROCEDIMIENTO	4	EL PROFESIONAL DE SALUD O LA ENTIDAD PRESTADORA PUEDE ESTAR INVOLUCRADO EN UN PROCEDIMIENTO LEGAL.	2	SOLO SE LE EXPLICA AL PACIENTE	6	48.0	EL EQUIPO LIDERADO POR EL MEDICO DEBE INFORMAR RIESGOS, BENEFICIOS, COMPLICACIONES DERIVADOS DEL PROCEDIMIENTO (ESPECULOSCOPIA) SE DEBE REALIZAR LOS CONSENTIMIENTOS	
4	CONSULTA MEDICA	Atención	NO CONFIRMAR UNA ORDEN MEDICA POCO CLARA O CONFUSA EMITIDA POR EL SISTEMA	6	PACIENTE RECIBE TRATAMIENTO ERRONEO	8	SE VERIFICA LA ORDEN ANTES DE ENTREGARSELA AL ESTUDIANTE	4	192.0	PROMOVER EN LOS PROFESIONALES A LA ADECUADA COMUNICACION VERBAL Y ESCRITA PARA EVITAR ERRORES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.	
5	CONSULTA MEDICA PSICOLOGIA ENFERMERIA	Acceso / Registro e ingreso	NO CONFIRMAR LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE	10	ATENCION DEL PACIENTE EQUIVOCADO/ DESCRIPCION ERRONEA EN LA HISTORIA CLINICA/ PERDIDA DE TIEMPO/ CONFUSION DE INFORMACION.	8	APLICACION DE PROCESO DE IDENTIFICACION CORRECTA DE PACIENTE.	2	160.0	FORTALECER LA COMUNICACION DE PACIENTE Y MEDICO PARA CONFIRMAR PACIENTE CORRECTO CON LA HISTORIA CLINICA CORRECTA.	
6	CONSULTA MEDICA PSICOLOGIA ENFERMERIA	Atención	NO PORTAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN LA ATENCION DE UN PACIENTE	10	SUFRIR UN ACCIDENTE DE RIESGO LABORAL	4	SE CUENTA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	4	160.0	PROMOVER EN LOS PROFESIONALES EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	
7	CONSULTA MEDICA PSICOLOGIA ENFERMERIA	Salida y seguimiento	FALLAS EN EL PORTAL PARA EL REGISTRO DE LA ATENCION BRINDADA POR EL PROFESIONAL	6	NO REGISTRO DE LA ATENCION EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.	4	CADA PROFESIONAL DE LA SALUD TIENE CLAVE Y TIENEN ACCESO AL SOFTWARE	4	96.0	CONTAR DE MANERA OPORTUNA CON HISTORIA CLINICA MANUAL QUE PERMITA EL REGISTRO EN CASO DE DAÑO TEMPORAL DEL PORTAL DE HISTORIA CLINICA .	
9	CONSULTA MEDICA PSICOLOGIA ENFERMERIA	Atención	NO HAY CULTURA DE REPORTE ANTE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.	6	CONTINUARAN LAS ATENCIONES INSEGUROS/ SE LE CAUSARA DAÑO AL PACIENTE/ INSATISFACCION DE LOS USUARIOS./ PERDIDAS FINANCIERAS/PROCESOS LEGALES	4	HAY CONTINUA CAPACITACIONES DONDE SE FORTALECE LA CULTURA DEL REPORTE.	4	96.0	FORTALECER LA CULTURA DEL REPORTE, MEDIANTE EL SEGUIMIENTO ANTE INCIDENTES , ATENCIONES INSEGUROS O EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN.	
10	SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Planeación de la atención	NO CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL CONSULTORIO MEDICO	4	COMPLICACION EN EL ESTADO DEL SALUD DEL PACIENTE/ PROFESIONAL DE SALUD/ PERDIDAS FINANCIERAS/ INSATISFACCION PARTE DEL USUARIO	4	DOCUMENTO CREADO Y CUMPLIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION.	6	96.0	CONTINUAR CON EL SEGUIMIENTO DE ESTA ACTIVIDAD.	
11	CONSULTA MEDICA PSICOLOGIA ENFERMERIA	Planeación de la atención	COMUNICACION NO EFECTIVA CON EL PACIENTE. EXPLICACION INSUFICIENTE	10	SIGNOS DE ALARMA NO DETECTADOS, COMPLICACIONES POR NO CONTINUIDAD EN LA ATENCION.	4	TEMAS SOCIALIZADOS DESDE EL COMITÉ DE ETICA PARA FORTALECER ESTE PROCESO	4	160.0	FORTALECER LA COMUNICACION CON EL PACIENTE	
12	CONSULTA MEDICA PSICOLOGIA ENFERMERIA	Planeación de la atención	NO AHERENCIA AL PROCESO DE RECOLECCION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN EL CONSULTORIO MEDICO	10	INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD EN EL USUARIO, PROFESIONAL. SANCION ANTES LOS ENTES DE VIGILANCIA Y CONTROL	4	EXISTE LA DOCUMENTACION Y EL CONTRATO.	4	160.0	FORTALECER EL PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION	
Formato adoptado del ministerio de salud y protección social											
									8	72	Aprobado
									72	216	Modificado
									216	1000	Eliminado


Matriz AMFE Universidad de Pamplona, año 2023.

(ver formato externo de identificación de riesgos para la seguridad del paciente-Metodología AMFE)

## 28. METODOLOGÍA PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

\*\*\*INFORMACIÓN DOCUMENTADA NO CONTROLADA\*\*\*

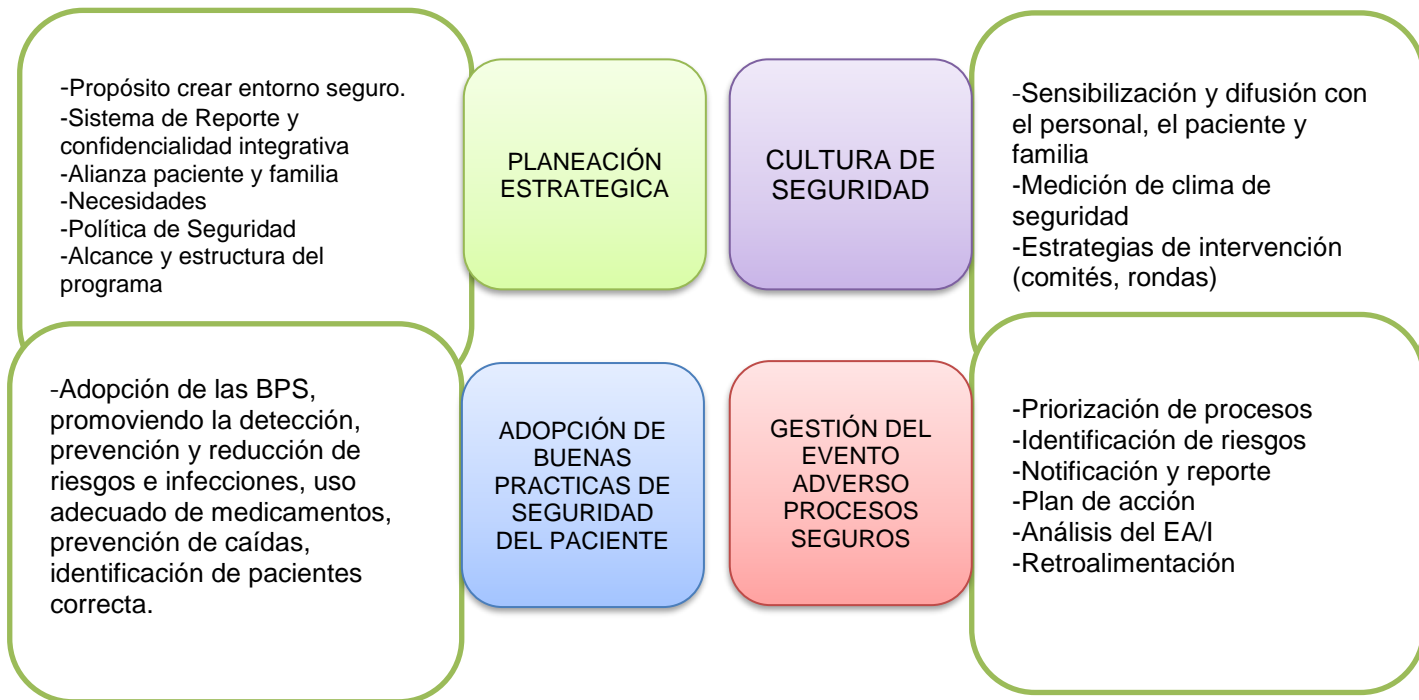


	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	25 de 37

### Estrategia De Sensibilización


Se realizarán jornadas de sensibilización, formación y capacitación en temáticas de gestión al riesgo y seguridad del paciente según las necesidades detectadas en el plan de formación de la organización. Esta gestión tiene la finalidad de dar a conocer al personal asistencial, administrativo y demás colaboradores los temas básicos como: Reporte de eventos adversos e incidentes, cuales son los tipos de eventos adversos e incidentes, que son prácticas inseguras, que es la seguridad del paciente.

### Modelo De Gestión Programa De Seguridad Del Paciente



### Clima De Seguridad

La medición del clima de Seguridad se realiza, inicialmente como metodología de realizar diagnóstico de la percepción de Seguridad de Pacientes, posteriormente se debe seguir evaluando anualmente o según lo amerite, para realizar un seguimiento comparativo del avance en la cultura organizacional de seguridad. Esta encuesta será tomada de la adaptación metodológica propuesta por la AHRQ, como herramienta sugerida por el Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Atención en salud.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	26 de 37

1. Aplicar la encuesta de clima de seguridad de los pacientes al personal asistencial de la Universidad de Pamplona, que mide la cultura de Seguridad del Paciente.
2. Establecer una línea de base con los resultados de la encuesta.
3. Un año después de la puesta en marcha del Programa de Seguridad del Paciente, aplicar trimestralmente a una muestra representativa del personal.
4. Mediante el seguimiento de los planes de mejoramiento asociados a los mapas de riesgo de cada servicio, se identifica la adherencia a la cultura de seguridad.
3. Se efectuarán evaluaciones por observación directa en la unidad funcional.

### Rondas De Seguridad

Son visitas planificadas que permiten establecer una interacción directa con el personal, los pacientes con el fin de lograr consolidar y fortalecer la cultura de seguridad. Aquí se identifican las prácticas inseguras y la intervención in situ de las mismas, así mismo se trabaja la percepción de la seguridad institucional del paciente con el objetivo de establecer y fomentar el compromiso del autocuidado y reporte de cualquier acto o condición insegura.



### Formación y planificación de rondas de seguridad:

### Rondas De Inspección

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	27 de 37

Las rondas de inspección se realizan con una periodicidad mensual, en donde la metodología de visita o inspección de áreas se fundamenta en la observación directa, aplicación de instrumentos evaluativos y revisión de evidencias, las observaciones en la ejecución de las rondas estarán centradas en la evaluación de prácticas inseguras e implementación adecuada de barreras de seguridad en la atención de los pacientes.

En estas rondas será participe el líder del programa de seguridad del paciente: Referente de seguridad del paciente con apoyo del comité de seguridad del paciente.

Posteriormente a la ronda se documentan los hallazgos y se plantean las oportunidades de mejora con su plan de acción o recomendaciones, según lo detectado.

### **Lineamientos De Implementación Rondas De Seguridad**

- Observación directa
- Revisión de Historias Clínicas
- Verificación de cumplimiento de protocolos, manuales y procedimientos.

### **Verificación De Actividades**

1. Las rondas de seguridad únicamente las realiza el líder del Programa de Seguridad de Paciente.
2. Se debe cumplir con la periodicidad establecida para tal fin.
3. Se debe diligenciar los instrumentos y/o formatos establecidos para el seguimiento.
4. Cada problema identificado deberá servir de insumo en la ejecución de acciones de Mejora Continua garantizando el compromiso institucional y su sostenibilidad.

### **Aspectos a Evaluar en las Rondas De Seguridad**

- Fortalecimiento de la cultura institucional
- Reporte, medición, análisis y gestión de eventos adversos
- Procesos seguros
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.
- Detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
- Prevenir las úlceras por presión o lesiones en piel

### **Recomendaciones Generales**

- Motive y comprometa al personal con el cambio estratégico, con base en la mejora continua.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	28 de 37

- Las Rondas de Seguridad, se realizan en horario en el cual la institución se encuentre abierta al público de lunes a sábado. Según cronograma diseñado por el líder de seguridad del paciente.

## **29. PRESENTACIÓN DE INFORMES Y SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES**

La presentación de informes de las rondas se hará mensualmente, estos deben plasmar las recomendaciones planteadas a los observados y el seguimiento a los hallazgos. El informe debe presentarse con claridad, veracidad y evidencias.

## **30. INTEGRACIÓN DE ACTIVIDADES INTERDISCIPLINARIAS**

El programa de Seguridad del Paciente se apoya en el funcionamiento de Comité de Seguridad del Paciente.

## **31. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO**

En concordancia con el segundo objetivo estratégico de la organización los integrantes del Programa, los altos directivos, colaboradores, estudiantes, docentes, visitantes, reciben educación continuada sobre los temas de la seguridad del Paciente. Se efectúa referencia competitiva como una estrategia para identificar posibles áreas en las cuales se deban efectuar desarrollos.

El Programa de Seguridad mantiene el liderazgo en la capacitación y retroalimentación a cada uno de los servicios y su talento humano, acerca de algunas de las metodologías de trabajo del programa, con el objetivo fundamental de fomentar e incentivar la cultura de seguridad.

## **32. ADHERENCIA A GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA**

El programa de Seguridad del Paciente promueve el uso de guías de práctica clínica fundamentadas en las mejores evidencias científicas disponibles. Estas guías contemplan la prevención de eventos adversos y en caso de que estos ocurran, se aplica lo definido como reacción inmediata, buscando mitigar la consecuencia del evento. En caso de presentarse un evento adverso se debe reportar, gestionar y analizar en el comité de seguridad del paciente.

## **33. MÓDULO DE GESTIÓN DE RIESGO DEL PACIENTE**

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	29 de 37

Mediante la implementación de diferentes estrategias y herramientas, se identifican, analizan, gestionan y evalúan los factores de riesgo de eventos adversos hallados en la atención del paciente, con el fin de reevaluar la efectividad de las acciones y recomendaciones registradas en el diagnóstico inicial de cada servicio y si su puntuación de NPR es superior se debe replantear una nueva o si el valor de NPR es igual o inferior al inicial se mantiene las acciones identificadas que conduzcan a comportamientos seguros contribuyendo a la reducción, prevención de los riesgos y a la mitigación de sus efectos durante la prestación de servicios al paciente dentro de la organización.

### **34. REPORTE POR LA SEGURIDAD**

Este es un reporte por medio del cual se da a conocer al Programa de Seguridad del Paciente, la ocurrencia de algún evento adverso o incidente, cuyo objetivo fundamental es la monitorización de la situación de riesgo presente en la atención en salud.

#### **Características del Reporte:**

- A. Es voluntario
- B. Puede ser anónimo
- C. Debe contener mínimo el número de identificación del paciente en el que ocurrió el evento o el incidente.
- D. Debe contener la mayor información relacionada al suceso, de manera clara y concisa
- E. Debe ser diligenciado y entregado en el lapso de tiempo más corto después de ocurrido el evento o el incidente.

#### **Vías de entrega del Reporte:**

Garantizando la confidencialidad de la información referida en el reporte y en especial a la relacionada con el nombre de quien reporta o quienes se encuentren involucrados en la ocurrencia del evento o incidente, la entrega del reporte solo se realiza en el formato establecido para el reporte del evento adverso.

### **35. GESTIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES**

#### **Objetivos**

- Fortalecer destrezas y competencias, por medio de la implementación de estrategias que permiten identificar las barreras y defensas de seguridad con la finalidad de prevenir o mitigar las consecuencias de los errores en la identificación del paciente.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	30 de 37

- La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores dentro de la práctica asistencial.

### **Identificación Correcta del Paciente**

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso a cualquier servicio de la institución. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente, el tipo de documento de identificación y el número de identificación, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual, sus números telefónicos, nombre del acompañante o familiar más cercano. Es importante resaltar que todos los datos del paciente deben estar corroborados verbalmente con el paciente/usuario y diligenciados dentro del sistema de información.

### **Componentes de carácter obligatorio en identificación del paciente:**

- Nombre completo.
- Apellidos Completos
- Tipo de identificación
- Número de identificación
- Teléfono
- Dirección,
- Asegurador (EPS)

Los cuales son de obligatorio diligenciamiento en todos los formatos de la Historia Clínica y cualquier registro que la conforme. Cada vez ue ingrese el paciente a cualquier servicio todos los datos serán captados nuevamente y corroborados con el documento de identidad y de forma verbal con el usuario. Se llamara a cada paciente por su nombre y apellido completo y no se usaran seudónimos, apodos o cualquier otra modalidad de llamado coloquial.

### **Acciones inseguras más frecuentes asociadas con los procesos de identificación de los pacientes**

Dentro de la práctica asistencial, según el Ministerio de Protección Social y entidad a nivel mundial, las acciones inseguras más frecuentes que contribuyen a los procesos equivocados en la identificación son los siguientes:

- Falla de identificación al ingreso del paciente
- Procesos de captura de datos incompletos, de mala calidad o equivocados
- Identificación de los pacientes por medio de datos diferentes a los personales
- Ausencia de métodos de identificación

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	31 de 37

- Traslado y movimiento del paciente sin identificación corroborada y documentos de soporte
- Verificación incorrecta de datos del paciente

## 36. GESTIÓN EN CAÍDAS

### Identificación paciente riesgo de caídas

La Universidad de Pamplona consiente de que el mayor riesgo que tienen los pacientes y usuarios es el de sufrir una caída, se identificara correctamente según la valoración de Morse en la que definirá el tipo de riesgo (sin riesgo, riesgo bajo, riesgo alto) con el fin de identificar el paciente mediante un método para que todo el Personal Administrativo y Asistencial identifique el tipo de riesgo del paciente.

A continuación, se relaciona todo lo referente a la identificación y clasificación del riesgo de caídas como un evento adverso.

### Clasificación

#### Caídas Accidentales

Son involuntarias, no predecibles, no es culpa del paciente y caen por la presencia de condiciones causantes como:

- Derrames en el suelo
- Desorden
- Iluminación inadecuada
- Muebles inestables
- Fallas de equipo
- Tropezón
- Marcha anormal o débil
- Marcha con arrastre de los pies

#### Caídas Fisiológicas Anticipadas

Se presentan por tropezones o resbalón en pacientes con:

- Antecedentes de caídas
- Dificultades para caminar
- Incapacidad mental o cognitiva
- Pacientes con necesidad de auxiliares para acompañar la marcha

#### Caídas Fisiológicas No Anticipadas

No se esperan y no son predecibles la primera vez y el objetivo es prevenir una segunda caída; se presentan en pacientes con:

- Desmayos o mareos

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	32 de 37

- Ataques epilépticos
- Fracturas patológicas de cadera

Con base en la clasificación previamente mencionada y la gestión de riesgo desarrollada en las instituciones prestadoras de servicios de salud, el ministerio de protección social ha identificado las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de caídas:

- No identificar el riesgo de caída de los pacientes
- Dejar al paciente solo
- Inmovilización inadecuada del paciente
- Movilización del paciente con un equipo humano insuficiente
- Realizar limpieza inadecuada de pisos
- Traslado del paciente por medio de equipos inadecuado

FACTORES AMBIENTALES Y FISICOS	FACTORES PROPIOS DEL PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iluminación inadecuada</li> <li>• Suelos resbaladizos</li> <li>• Superficies irregulares</li> <li>• Barreras arquitectónicas</li> <li>• Espacios reducidos</li> <li>• Entorno desconocido para el paciente</li> <li>• Vis de acceso</li> <li>• Altura inadecuada de las camillas</li> <li>• Falta, ineficiencia o mal funcionamiento de los dispositivos de apoyo</li> <li>• Calzado o ropa inadecuada</li> <li>• Carencia de ayudas técnicas para caminar o desplazarse cuando se necesitan</li> <li>• Inmobiliarios defectuosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad ente 18 y 70 años</li> <li>• Historia de caídas previas</li> <li>• Alteraciones del estado de conciencia</li> <li>• Alteraciones de la capacidad de percepción sensorial y motora.</li> <li>• Movilización limitada, equilibrio, mantenimiento postural.</li> <li>• Trastornos en las facultades mentales</li> <li>• Existencia de barreras comunicativas</li> </ul>
	<p><i>Factores propios de la enfermedad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor agudo y crónico</li> <li>• Pacientes en procesos quirúrgicos</li> </ul>
	<p><i>Factores derivados del régimen terapéutico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con dispositivos o prótesis implantadas</li> <li>• Dispositivos de soporte que emplea el paciente referidos a la inmovilización y eliminación.</li> </ul>



	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	33 de 37

Mediante diferentes estrategias implementadas se busca disminuir la incidencia de caídas en los pacientes y usuarios de la Universidad de Pamplona, para ello se cuenta con el Protocolo Para La Reducción De Caídas.

- A. Escala de categorización de riesgo de caída: Herramienta adaptada para la población de usuarios de Universidad de Pamplona, la cual maneja una fase preventiva primaria y preventiva secundaria (Ver formato ESCALA DE CATEGORIZACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA) en el MANUAL DE DOWTON Y HUMPHY.
- B. Estrategias de prevención de ocurrencia de caídas: Mediante la utilización de barreras físicas como barandas en todas las camillas, sillas de ruedas con frenos de seguridad, infraestructura de la unidad con ambiente adecuado que no generen aumento en este tipo de riesgo, medidas de prevención internacional como letreros, entre otras.
- C. Identificación del riesgo mediante el riesgo de caída, letrero contiguo al tablero o cartelera, el cual contiene recomendaciones específicas para prevenir una caída dirigida a la familia del paciente.
- D. Verificación de la clasificación de la escala y adherencia a las recomendaciones: Durante la admisión del paciente se realiza la valoración de riesgo, posteriormente se verifica la adherencia en el uso de las recomendaciones de prevención por parte del personal asistencial, el paciente y su familia.

### 37. GESTIÓN EN INFECCIONES

#### **Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud**

Se realizará además acciones encaminadas a:

- Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en la institución
- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bio riesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por la empresa.
- Gestionar la disposición de residuos generados en la atención en salud.
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	34 de 37

- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

Se impulsarán los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
1. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
2. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando
3. deja la cabecera del paciente.
4. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.
5. Vigilancia de la limpieza y desinfección de las áreas asistenciales: se realiza una revisión de la adecuada realización de estos procedimientos durante la revista realizada por parte de la gerencia. (ver guía limpieza y desinfección de áreas).

### **38. VIGILANCIA ACTIVA DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA**

Como parte del proceso de Seguridad del Paciente se dispone de un programa de tecnología de vigilancia, mediante el cual se realiza vigilancia activa de tecnología biomédica a través de herramientas como listas de chequeo y mantenimiento preventivo programado con el fin de fortalecer la estrategia establecida.

### **39. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES CON ENFOQUE DIFERENCIAL.**

La Universidad de Pamplona establece como de vital importancia estandarizar varios aspectos relacionados a la comunicación efectiva y asertiva entre el personal que brinda la atención en salud y los pacientes/usuarios, esto debe regirse bajo los principios orientadores de:

- Atención con enfoque diferencial
- Atención individualizada
- Comunicación asertiva
- Respeto por la dignidad humana
- Respeto por las costumbres, creencias y pensamientos.
- Privacidad
- Confidencialidad.
- No discriminación por razones de sexo, condición de salud, condición de vulnerabilidad, política, o cualquier otra razón.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	35 de 37

- Atención preferencial para: Personas en condición de discapacidad, embarazadas, menores de edad, víctimas del conflicto armado, adulto mayor y cualquier persona que tenga una condición que lo haga más vulnerable.

Esta estrategia está relacionada a dos aspectos fundamentales: El primero es la comunicación de la información acerca del paciente la cual debe ser específica e indispensable durante la consulta médica o de cualquier otro profesional de la salud, realización de procedimientos y/o estudios, buscando proporcionar suficiente tiempo para la comunicación y permitir que se verifique la comprensión del mensaje que se quiere transmitir para fomentar el autocuidado y la pronta recuperación de su estado de salud. Para ello se espera que durante la atención se cumpla con características adecuadas en los aspectos, geográfico, temporal, escrito, verbal, educación y de supervisión.

El segundo aspecto está relacionado con la comunicación entre los participantes del equipo de salud, estableciendo que en relación a la comunicación efectiva, el trabajo en equipo debe ser generador de valor, promoviendo un clima de confianza en la relación abierta, el respeto y respaldo mutuo y la comunicación fluida como elemento crítico en la integración de los profesionales, estimula la creatividad individual e incentiva la toma de decisiones responsables. En la Universidad de Pamplona se ha establecido que frente a determinadas situaciones clínicas prioritarias se requiere una atención en salud que cumpla con determinados criterios de oportunidad, que se miden por el intervalo de tiempo transcurrido, en comparación con un estándar de atención.

#### **Estrategias de comunicación:**

- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.
- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.
- Asegurar la efectiva comunicación durante la referencia de pacientes según las modalidades requeridas.
- Para lograr un dominio de las habilidades lingüísticas se requieren unos determinados niveles de conocimiento expresivo-comprensivos, es decir, tan importante es comunicarnos como que nos entiendan; es aquí donde radica la importancia del proceso de capacitación continua y entrenamiento en los diferentes servicios de atención.
- Facilitar una adecuada transferencia de información y una clara comunicación entre el usuario y el personal de salud.
- Es imprescindible verificar la comprensión de las órdenes verbales (entre el personal de salud y hacia el usuario) y comprobar su correcta transcripción a los registros clínicos.

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	36 de 37

- Transferir y/o comunicar la información de forma clara, completa y sin sesgos de la información al usuario/paciente, su familia y personal de la salud.
- Involucrar al paciente y sus cuidadores en los procesos asistenciales con la suficiente información y comprensión de temas relacionados a la atención en salud.
- Brindar información al paciente, su familia y personal de salud de forma objetiva y basada en hechos científicos.

#### **Mecanismos de monitoreo de la comunicación:**

Estos son los indicadores que la Universidad de Pamplona hará seguimiento para definir si el mecanismo de comunicación entre el personal de salud, los pacientes/usuarios, equipo de salud y demás está siendo efectivo, Indicadores:

- Proporción de órdenes verbales que son transcritas en la historia clínica.
- Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente son repetidas en voz alta por parte de quien las recibe.
- Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente se anotan.
- Frecuencia con la que se realizan prescripciones sin revisar toda la medicación que el paciente está tomando.
- Frecuencia con la que cualquier nueva información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales Implicados en su atención. • Frecuencia con la que el personal se asegura de que el paciente ha entendido los riesgos y complicaciones antes de firmar el consentimiento informado. Ver protocolo de comunicación efectiva de la universidad de Pamplona.

#### **40. PREVENIR EL CANSANCIO DEL PERSONAL DE SALUD**

El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la Seguridad de pacientes. Debe incluir:

- Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios
- Asignación de horas de jornada laboral.
- Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.
- Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud.

#### **41. GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

	<b>Manual de Seguridad del Paciente</b>	<b>Código</b>	MBU-01 v.00
		<b>Página</b>	37 de 37

- Promover la cultura del consentimiento informado
- Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- Asegurar su registro en la historia clínica
- Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.
- Implementación del consentimiento informado para todos aquellos casos donde se requiera (se valla a realizar un procedimiento).

## 42. DOCUMENTOS ASOCIADOS

Protocolo Y/o procedimiento de lavado de manos  
 Protocolo Y/o procedimiento de identificación segura de pacientes  
 Protocolo Y/o procedimiento de prevención de caídas.  
 Listas de chequeo de seguridad del paciente  
 Resolución de adopción de guías de práctica clínica año 2023  
 Protocolo de adopción de GPC 2023.

## 43. Documentos de Referencia

- Resolución 3100 de 2019: por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
- Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”
- NTC ISO 9000 vigente Sistema Integrado de Gestión. Fundamentos y Vocabulario
- NTC ISO 9001 vigente Sistema Integrado de Gestión. Requisitos.
- Ley 962 de 2005 “Anti trámites”
- Ley 594 de 2000 Archivo General de la Nación.
- Resolución 0544 por el cual se modifica la resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud.
- Decreto 351 del 2014 por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.
- Resolución 839 del 2017 Por el cual se modifica la resolución 1995 del 1999 manejo de Historias Clínicas y se dictan otras disposiciones.
- OMS. 10 datos sobre seguridad del paciente [Internet]. 2016 [citado 27 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1I5XpwL> 2. Colombia.
- Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. 2010 [citado 6 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2b7kYYR> 3. Colombia.