

**PROYECTO DE GRADO**

**Instrumentos de gestión de información para la identificación, reporte y  
prevención de eventos adversos en el Hospital San Juan de Dios del municipio  
de Valdivia, en el año 2020.**

**ASESOR:**

**MsC. César Alberto Pazo Fernández**

**PABLO AGUDELO ZAPATA**

**CÓDIGO: 1.045.078.457**

**UNIVERSIDAD ABIERTA A DISTANCIA (UNAD)**

**ADMINISTRACION EN SALUD**

**PROYECTO DE GRADO**

**MAYO DE 2020**

**TABLA CONTENIDO**

Resumen .....	3
Introducción.....	4
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	13
Justificación.....	14
Metodología.....	15
Marco conceptual.....	17
Política institucional.....	23
Marco institucional.....	25
Marco político internacional.....	27
Marco política nacional.....	29
Desarrollo del proyecto.....	33
Cronograma.....	53
Recomendaciones.....	54
Conclusiones.....	55
Agradecimientos.....	56
Referencia bibliográfica.....	57
Anexos.....	60

## **RESUMEN**

El presente proyecto aplicado pretende aportar instrumentos de capacitación, gestión y comunicación para la prevención y notificación de eventos adversos en la E.S.E. San Juan de Dios del municipio de Valdivia en el Departamento de Antioquia. La intervención surge a partir de una investigación realizada previamente por el autor, en la que se evidencia que el hospital no cuenta con los conocimientos y herramientas para la atención de este tipo de situaciones intrahospitalarias. El proyecto consistió en capacitar a todo el personal administrativo y asistencial en la institución, diseñar un instructivo para el reporte de eventos adversos y compartir herramientas de comunicación interna que instruyan a los pacientes sobre la prevención de riesgos.

This applied project aims to provide training, management and communication tools for the prevention and notification of adverse events in the E.S.E. San Juan de Dios of the municipality of Valdivia in the Department of Antioquia. The intervention arises from an investigation previously carried out by the author, in which it is evident that the hospital does not have the knowledge and tools to care for this type of in-hospital situations. The project consisted of training all administrative and healthcare personnel at the institution, designing an instruction manual for reporting adverse events, and sharing internal communication tools that instruct patients on risk prevention.

## INTRODUCCION

La E.S.E. San Juan de Dios de Valdivia, Fue fundado en el año 1931 por el párroco Jesús María Rivera. En 1959 se demuele la casa antigua y empieza la construcción del material del 'hospital de Caridad'. En 1994 el Consejo Municipal acuerda transformar el Hospital, empresa Social del Estado en calidad descentralizada del orden municipal. Actualmente presta atención en salud de primer nivel de complejidad, teniendo como oferta de la demanda el Hospital de segundo nivel, ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal, el cual cuenta como punto estratégico para los municipios del norte antioqueño

En el contenido de este proyecto aplicado, encontraremos información detallada sobre la seguridad del paciente, enfocada principalmente en eventos adversos, el desarrollo de este proyecto está enfocado en la ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia, donde se evidencio la falta de conocimiento por parte de la mayoría del personal tanto administrativo como asistencial, de cómo se debe proceder ante la ocurrencia de estos eventos.

Se realizó capacitación sobre eventos adversos, donde se abordó todo lo relacionado con este tema; cómo proceder, como reportar, a quien reportar y todo el procedimiento que se debe realizar ante la presencia de estos eventos.

También se diseñaron los formatos correspondientes para el debido reporte ante la ocurrencia de estos eventos, se hizo explicación e inducción a todo el personal del

debido diligenciamiento de estos formatos, además, se realizaron posters con deberes tanto de usuarios con del personal de salud, los cuales serán utilizados en las áreas de urgencias y hospitalización con el fin de que tanto pacientes como personal asistencial se apoyen de estas ayudas y puedan garantizar la seguridad del paciente durante su consulta.

## Planteamiento del Problema

La E.S.E. San Juan de Dios de Valdivia, presta atención en salud de primer nivel de complejidad, teniendo como oferta de la demanda el Hospital de segundo nivel, ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal, el cual cuenta como punto estratégico para los municipios del norte antioqueño

Es importante decir que el municipio sufrió cambios debido a la contingencia de HidroItuango el 12 de mayo de 2018. Estos cambios incluyen el Hospital, pues de ese día el centro de salud del corregimiento de Puerto Valdivia, desapareció producto de las inundaciones derivadas de la represa. Hasta la fecha no han sido solucionados los efectos de esta calamidad y por lo tanto la atención en salud se ha visto afectado. Esto ha llevado a un considerable aumento en la demanda de la atención de salud.<sup>1</sup>

Desde ese día el proyecto Hidroituango entró en alerta roja y por lo tanto el corregimiento de Puerto Valdivia no podía ser habitado. Todas estas personas fueron albergadas en la cabecera municipal, en las escuelas y coliseo del municipio. Al pasar los días, unas personas fueron ubicadas en viviendas locales, otras en pueblos aledaños, solo algunos se les permitió el regreso a sus casas.

Ante esta problemática o contingencia vivida en el corregimiento de Puerto Valdivia, no solo la población de este corregimiento, sino también la población de

---

<sup>1</sup> Para mayor información de la noticia, véase [https://caracol.com.co/emisora/2018/05/15/medellin/1526360806\\_516702.html](https://caracol.com.co/emisora/2018/05/15/medellin/1526360806_516702.html)

múltiples veredas, que están situadas en la rivera de la carretera, se vio en la necesidad de trasladarse hacia el casco urbano del municipio. A partir de esto, comienza una etapa de congestión del servicio de urgencias en el municipio de Valdivia, debido a que, el hospital no cuenta con las instalaciones, equipos y mucho menos el personal necesario para atender la excesiva demanda de usuarios en el hospital. De igual modo, la institución actualmente no cuenta con una base de datos, ni ningún tipo de procedimiento establecido para el reporte de los eventos adversos que se presentan en las instituciones de salud. Cabe explicar, que la importancia de esto, radica en que es que permite a la institución la identificación y control de riesgos que puedan afectar a los pacientes, lo que permitiría establecer mecanismos para la mejora de la calidad del servicio.

Ante la ausencia de reportes en la institución, fueron formuladas varias hipótesis, una de ellas fue, *“En la ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia, se están haciendo muy bien las cosas y por tal razón no se están presentando estos reportes o el personal no los está identificando y por esta razón no existen reportes con este tema”*, debido a esto se inició la investigación durante el segundo semestre del 2019, con el fin de identificar las cual es la razón de la problemática expuesta. A partir de esta primera exploración, fue evidenciado que existe un programa y un comité conformado que maneja los eventos adversos y a pesar de esto, cerca de un 90% del personal de urgencias no tiene claro o no tiene el conocimiento de que es un evento adverso a pesar de que, por sus actividades, deben estar debidamente capacitados respecto a este tema, dado que, son ellos quienes

están en continuo contacto con los pacientes más delicados en esta institución. Antes de este proyecto aplicado de grados la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Valdivia, no tenía definido las rondas de seguridad del paciente y mucho menos establecido prevenciones de eventos adversos. Después de culminar este instructivo o proyecto de grados, EL Hospital ha adoptado las recomendaciones de hechas y estas prevenciones se están llevando a cabo.

Actualmente, el comité está conformado por el coordinador médico, un jefe de enfermería del área de urgencias, asesor de control interno de calidad y el bacteriólogo que maneja el programa de gestión del riesgo. A pesar de formar parte de este comité, persiste la falta de conocimiento respecto a la forma de actuar frente a los eventos adversos. Igualmente, los problemas de orden público que han caracterizado al municipio en los últimos años, han dificultado la contratación de personal con mayor experiencia y conciencia profesional en torno a este tema, lo que dificulta la gestión de conocimiento y aplicación del mismo.

Adicionalmente, otro resultado de la investigación, fue que por medio de los pacientes se logró identificar que, durante algunos turnos, hay empleados que no explican las medidas preventivas que deben tomar los pacientes al ser ingresados al servicio de urgencias o al ser hospitalizados y tampoco son realizadas las rondas de seguridad del paciente. Esto llevó a la conclusión de que existen falencias administrativas que impiden la organización de los procedimientos para la identificación y reporte de los eventos adversos.



Por tal razón es importante implementar una ruta que permita, identificar y reportar de manera inmediata la ocurrencia de eventos adversos por parte del personal asistencial en el momento que se presente. Esto, bajo la premisa de que la notificación de los mismos permite favorecer el alcance de los objetivos misionales de la organización y favorece la mejora continua mediante la prevención de fallas que puedan afectar la integridad de los pacientes. De igual modo, es importante contar con el apoyo de los pacientes, quienes deben ser instruidos en el momento que llega, con las indicaciones pertinentes sobre la seguridad del paciente, para que sean ellos mismos quienes velen por su propia seguridad.

La organización Mundial de la Salud afirma que, Garantizar la prestación de servicios seguros es importante en todos los niveles de atención en salud, incluida la atención primaria y ambulatoria, donde se ofrece la mayor parte de los servicios. A nivel mundial, 4 de cada 10 pacientes sufren daños durante la atención primaria y ambulatoria, de la cual se considera que un 80% de esos daños son prevenibles. Los errores más frecuentes son, diagnóstico, la prescripción y uso de medicamentos.

Los estudios muestran, que al menos 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño durante la atención en salud, estos daños se deben a diversos eventos adversos, el 30% de estos eventos son asociados a la muerte del paciente y el 50% de ellos se consideran prevenibles, si las IPS adoptaran adecuadamente la política de seguridad del paciente.

Además, se considera que probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo está asociadas a los eventos adversos, esto por falta de implementación de seguridad del paciente.

Las siguientes preguntas fueron las realizadas al personal del Hospital, mediante las cuales se hizo la identificación del problema. Se realizaron 3 encuestas, debido a que, se entrevistaron 3 sectores diferentes. Es de aclarar que estas entrevistas se realizaron en las practicas número 3.

### **Preguntas realizadas al Coordinador médico y el jefe enfermero.**

1. ¿Describa como es el manejo interno de la institución sobre los eventos adversos?
2. ¿Cuáles son los métodos de análisis de eventos adversos o incidentes?
3. ¿Qué actividades se utilizan para facilitar la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos?
4. ¿Qué indicadores utilizan para monitorear o evaluar las actividades utilizadas por la institución para prevenir los eventos adversos?
5. ¿Quién debe reporta?
6. ¿Porque se debe reporta?
7. ¿cómo se debe reportar?
8. ¿Cree que el personal, equipos e instalaciones están debidamente formados para proceder y disminuir la ocurrencia de los eventos adversos?
9. ¿Cada cuanto se realizan las rondas de seguridad del paciente?
10. ¿Cuántos eventos adversos se han presentado en los últimos 3 meses?

**Personal médico y auxiliares de enfermería.**

1. ¿Sabe que es un evento adverso y descríballo?
2. ¿Como se debe proceder ante la ocurrencia de un evento adverso?
3. ¿Quién debe reportarlo?
4. ¿Porque se debe reportar?
5. ¿Como se debe reportar?
6. ¿Qué procedimientos realiza para prevenir un evento adverso durante su turno?
7. ¿Le explica usted al paciente las precauciones que debe tener para prevenir los eventos adversos?
8. ¿Cree que el personal, equipos e instalaciones están debidamente formados para proceder y disminuir la ocurrencia de los eventos adversos?
9. ¿Cuántos eventos adversos se han presentado en los últimos 3 meses?

**Pacientes de urgencias y hospitalización.**

1. ¿El personal de salud que los atiende se presenta y le da información de la enfermedad o problema de salud que presenta?
2. ¿Le explican los procedimientos que realizan y los medicamentos que le están suministrando?
3. ¿De requerir acompañante te han dicho que alguien debe venir acompañarlo?

4. ¿El personal le ha explicado que es un evento adverso y las precauciones que debe tener para prevenirlo?
5. ¿Ha notado si el personal que lo atiende se lava las manos antes y después de examinarlo?
6. ¿Le han explicado a usted la importancia de lavarse las manos?
7. ¿Ha notado usted si el personal si el personal lo ha confundido a la hora de suministrarle el medicamento?
8. ¿Realizan aseo y cuidado de su habitación continuamente?

Estos cuestionarios permitieron identificar el desconocimiento de gran parte del personal del Hospital sobre los eventos adversos y falta de instrumentos para la prevención de estos y garantizar la seguridad del paciente, por estos motivos, se considera pertinente implementar este proyecto, llevando a cabo los siguientes objetivos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Diseñar un instrumento de gestión de información para la identificación, reporte y prevención de eventos adversos en el Hospital San Juan de Dios del municipio de Valdivia, en el año 2020.

### **Objetivos específicos**

- Implementar un plan de capacitación al personal administrativo y asistencial, que favorezca la comprensión de los eventos adversos y la importancia de su notificación y prevención
- Diseñar un instructivo para el reporte de eventos adversos de uso transversal en las distintas áreas del Hospital.
- Desarrollar instrumentos de comunicación interna que instruya a los pacientes sobre la importancia de la prevención de eventos adversos al interior del hospital.

## **Justificación**

Ante la problemática expuesta, en la práctica o atención del paciente en las diferentes áreas, la máxima seguridad del paciente se consigue mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de aquello que puede llegar a pasar, la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable, porque seguridad no es igual a ausencia de riesgo, el riesgo siempre va a existir, simplemente se deben implementar políticas de mejora con respecto a la seguridad del paciente para que no se cometa el error de caer en el riesgo.

Para lograr lo anterior se debe comenzar por capacitar el personal de la institución sobre los eventos adversos, no solo al personal de urgencias, si no al personal en general, ya que esta es una situación que se puede presentar en cualquier área o servicio de la IPS, Además, es necesario adoptar la cultura de la seguridad del paciente, es muy importante sostener una relación estrecha entre el personal de salud y el usuario, esto es algo que facilita, tanto los procedimientos médicos, como la estadía en el servicio del mismo paciente, sin contar que termina siendo él quien vele por su mismo cuidado y así prevenir más fácil cualquier incidente. No obstante, estos elementos de comunicación están orientados a la comunicación de acompañantes, ya que, ellos son de vital importancia para lograr cumplir el objetivo de minimizar al máximo estos eventos adversos y garantizar la seguridad del paciente, debido a que, en ocasiones los pacientes no se encuentran en condiciones físicas o mentales para valerse por si mismos, por estas razones, los acompañantes son fundamentales para el cumplimiento de la prevención.

## **Metodología.**

Ante esta evidente problemática que se viene presentando en la ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia, con los eventos adversos, se adoptara en el protocolo de Londres que consta de lo siguiente.

Principalmente se debe contar con el apoyo y acompañamiento de gerencia y dirección administrativa, quienes son los dos pilares jerárquicos en mando de la institución, esto con el fin de implementar la política de seguridad del paciente como un pilar fundamental en la institución. Es de aclarar, que si durante el análisis de los Eventos Adversos es necesario la implementación de cambios que requieran inversión económica, serán Gerencia y Dirección Administrativa quienes toman esta decisión y en el momento en que se tomen decisiones todo el personal debe acogerse a ellas.

Después contar con el apoyo y el acompañamiento de estas personas, se debe comenzar a capacitar todo el personal de la institución sobre que es un evento adverso y que es un incidente, enseñar la diferencia de estos, como proceder ante la ocurrencia del evento adverso, como reportarlo, quien lo reporta y para que se reporta, esta capacitación no debe ser una sola, la institución debe continuar capacitando continuamente al personal sobre el tema seguridad del paciente, para que así se mejore continuamente y se implemente esta política en el personal de la seguridad del paciente.

Además de la capacitación al personal de la ESE, se debe educar a los pacientes sobre la importancia que tiene su propia seguridad, desarrollando instrumentos de comunicación

interna que instruyan a los pacientes sobre la importancia de la prevención de cualquier tipo de incidente al interior de la institución, entre ellos los eventos adversos.

Al finalizar cada uno de estos puntos, el personal de la institución contará con el conocimiento de que es y cómo proceder ante la ocurrencia de un evento adverso.



## Marco Conceptual

Según el decreto 1876 de 1994.

**Las Empresas Sociales del Estado:** Constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos. El objetivo principal de las Empresas Sociales del Estado es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. (p. 1)

### Objetivos de las Empresas Sociales del Estado:<sup>2</sup>

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social.

---

<sup>2</sup> tomado del decreto 1876 de 1994, por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.

Para ampliar esta información consulte en:

<https://encolombia.com/derecho/decretos/minsalud/empresas-sociales-estado/>

- Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

### **Evento Adverso.**

Un evento adverso es la aparición o empeoramiento de un signo, síntoma o condición médica indeseable que ocurre en un paciente después de iniciar un estudio de investigación, inclusive si no tiene relación con algún fármaco o procedimiento del estudio. (Ministerio de Salud, 2008)

Las enfermedades que tenía diagnosticadas el paciente antes de iniciar el estudio se consideran evento adverso solo si empeoran durante el desarrollo de la investigación.

Los valores anormales de estudios de laboratorio o resultados de pruebas son eventos adversos sólo si inducen signos o síntomas clínicos, se consideran clínicamente significativos o requieren tratamiento específico adicional.

*Gaviria (2008) afirma.* Un evento adverso serio se define como un episodio que aparece en el sujeto incluido en un estudio de investigación y que:

- Es fatal o pone en riesgo la vida.
- Provoca una discapacidad/incapacidad persistente o significativa.
- Constituye una anomalía congénita/defecto de nacimiento.
- Requiere hospitalización o prolongan la hospitalización, excepto si:
  - La hospitalización es un tratamiento de rutina o monitoreo de la indicación estudiada no asociada con ningún deterioro de la condición.
  - Es parte del tratamiento electivo o planeado para una condición preexistente que no esté relacionada con la indicación en estudio y que no haya empeorado desde el inicio del fármaco del estudio.
  - Es parte de un tratamiento de emergencia como paciente externo por un evento que no reúne ninguna de las definiciones de evento adverso serio antes mencionadas y que no provoque hospitalización.
  - ¿Se realiza por razones sociales y cuidado paliativo en ausencia de deterioro de la condición general del paciente?

Para el correcto manejo interno en una institución es importante notificar todos los eventos adversos incluyendo:

1. Grado de severidad (leve, moderada, grave)
2. Relación con el fármaco del estudio (sospechada/no sospechada)
3. Duración (fecha de inicio y fin del evento o si continúa en la visita final)
4. Si constituye un evento adverso serio

*Según cuervo (2008)*. Una vez que se detecta un evento adverso se le debe dar seguimiento hasta su resolución o hasta que se considere permanente. En cada visita (o más frecuentemente si es necesario) se debe evaluar cualquier cambio en la severidad, la relación con el fármaco del estudio, las intervenciones requeridas para tratarlo y el resultado.

Por tales razones, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.<sup>3</sup>

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.<sup>4</sup>

### **Existen dos tipos de eventos adversos que son:**

**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.

---

<sup>3</sup> Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente

<sup>4</sup> Tomado de evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

## Seguridad del paciente.

### Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente.

Según el MINSALUD,

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

**Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**Indicio de atención insegura:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**Falla de la atención en salud:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de 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 probabilidad 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 que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**Complicación:** es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**Violación de la seguridad de la atención en salud:** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

**Barrera de seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

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

**Acciones de reducción de riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo 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.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Tomado de seguridad del paciente y atención segura

Para mayor información véase el documento pdf

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

## **Política institucional**

De acuerdo a Zapata. (2012). Una política institucional es una decisión escrita que se establece como una guía, para los miembros de una organización, sobre los límites dentro de los cuales pueden operar en distintos asuntos. Es decir, proporciona un marco de acción lógico y consistente. De esta manera se evita, que la dirección, tenga que decidir sobre temas de rutina una y otra vez en desmedro de la eficiencia. (p. 1)

Las políticas institucionales afectan a todos los miembros de una organización por el simple hecho de serlo y en cuanto son partícipes de la misma. Dentro de las políticas institucionales se pueden distinguir las generales y las de servicio. Las primeras expresan los comportamientos que pueden esperarse por parte de cualquier partícipe de la organización, y su principal función es la de evitar que aparezcan comportamientos injustos de un miembro respecto de los demás. De esta manera, dichas políticas, contribuyen al logro de un lugar de trabajo más organizado, seguro y justo.

Por otro lado, las políticas institucionales de servicio intentan expresar la calidad del comportamiento que la organización requiere de su personal, dependiendo de la función que se desempeña en la empresa. En otras palabras, clarifican lo que se espera de las personas en los diversos cargos de la institución, y como resultado de su aplicación, se pueden mantener niveles mínimos de calidad en el servicio.

Toda política institucional debe fundamentarse y reflejar los valores de la organización; también, al mismo tiempo, ser una reflexión cultural de las creencias y filosofía institucional. Es decir, la formulación de las políticas institucionales manifestará de manera explícita el cómo y por qué valora esa organización a las personas que allí trabajan.

Políticas institucionales claras pueden constituirse en una poderosa herramienta para lograr y consolidar la calidad educativa en todas sus dimensiones. Calidad que puede ser visualizada a través de una mayor eficiencia de los procesos educativos y administrativos, mejora de la comunicación entre los actores educativos, una fuente inmediata de guía y curso de acción para los miembros de la organización, promoción del empoderamiento de docentes, personal administrativo y de apoyo, y cumplimiento eficaz del propósito de la organización.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> tomado de atender y orientar a las personas. Políticas institucionales.

Para fortalecer la información consulte:

<http://saludoraljorgezapata.blogspot.com/2012/02/politicas-institucionales.html#:~:text=Una%20pol%C3%ADtica%20institucional%20es%20una,pueden%20operar%20en%20distintos%20asuntos.&text=De%20esta%20manera%2C%20dichas%20pol%C3%ADticas,m%C3%A1s%20organizado%2C%20seguro%20y%20justo.>



## Marco Institucional

La E.S.E. San Juan de Dios de Valdivia, Fue fundado en el año 1931 por el párroco Jesús María Rivera. En 1959 se demuele la casa antigua y empieza la construcción del material del 'hospital de Caridad'. En 1994 el Consejo Municipal acuerda transformar el Hospital, empresa Social del Estado en calidad descentralizada del orden municipal. Además, se compromete a orientar su gestión a la obtención de beneficios y resultados de calidad para la comunidad, mediante la innovación, el control constante a la prestación de los servicios de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios.<sup>7</sup>

La ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Valdivia, es una organización de salud que ofrece servicios de baja complejidad a la población Valdiviense y el norte antioqueño, cuya atención se encuentra enfocada a brindar servicios humanizados dirigidos al usuario y su familia. Está ubicado en el municipio de Valdivia y en el corregimiento de Puerto Valdivia, su carácter es de primer nivel.

La ESE ofrece a la comunidad servicios ambulatorios y hospitalarios, caracterizados por la atención integral, con calidad humana y científica.

Nuestros servicios se caracterizan por la integralidad de la atención, la calidad humana y científica de nuestro personal y la ética en el servicio, los cuales se encuentran plasmados desde el direccionamiento estratégico de la ESE.

---

<sup>7</sup> Tomado de hospital san juan de dios de Valdivia Antioquia  
Para mayor información visite la página wix:  
<https://esevaldivia.wixsite.com/hospitalvaldivia>

Esta es una pequeña descripción del Hospital de Valdivia, esta es la única institución de salud con la que cuenta el municipio de Valdivia, esta institución siempre ha contado con incontables problemas de infraestructura, equipos, otro problema evidente ha sido el pequeño espacio donde está ubicado, ya que, no es suficiente para atender la totalidad de la población.

## Marco Político Internacional

La Organización Mundial de la Salud, Realizó un marco conceptual sobre la clasificación internacional para la seguridad del paciente, que consta básicamente de lo siguiente:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por medio de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, se logró establecer un programa que define los conceptos de la seguridad del paciente, además permite reunirlos y armonizarlos en una clasificación internacional que favorece el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente.

La finalidad de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente es permitir la categorización de la información sobre seguridad del paciente por medio de conjuntos normalizados de conceptos con definiciones acordadas, términos preferidos y relaciones entre ellos basadas en una ontología de dominio explícita. La CISP se ha ideado para ser una verdadera convergencia de las percepciones internacionales de las principales cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y para facilitar la descripción, la comparación, la medición, el seguimiento, el análisis y la interpretación de la información con miras a mejorar la atención al paciente.<sup>8</sup>

Para esto se ha diseñado un marco conceptual, integrado por diez clases superiores, para el reporte de los incidentes o eventos adversos.

---

<sup>8</sup> tomado de marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente.

Para mayor información visitar:

[https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

1. Tipo de incidente
2. Resultados para el paciente
3. Características del paciente
4. Características del incidente
5. Factores/peligros contribuyentes
6. Resultados para la organización
7. Detección
8. Factores atenuantes
9. Medidas de mejora
10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo.

Se determinaron conceptos claves y se les han asignado términos preferidos para facilitar la comprensión y transferencia de la información relacionada con la seguridad del paciente; que representan el inicio de un proceso continuo orientado a lograr una comprensión internacional común cada vez mejor de los términos y conceptos relacionados con aquella.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> tomado de marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente.  
Para mayor información visitar:  
[https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

## **Marco Político Nacional**

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, 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. (Minsalud,2008)

La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional, Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas.

Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. (Minsalud,2008)

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones.

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Para ellos es necesario conocer los siguientes términos (MINSALUD, 2008):

- **seguridad del paciente:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **indicio de atención insegura:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **Falla de atención en salud:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrectos, lo cual se puede manifestar

mediante la ejecución de procesos incorrectos 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.

- **fallas activas o acciones inseguras:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).
- **fallas latentes:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo)
- **evento adverso:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
- **evento adverso prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> tomado de seguridad del paciente y la atención segura.

Para más información visite:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Para implementar esta Cultura de seguridad del paciente es necesario: (Ministerios de protección social, 2008)

- Establecer la responsabilidad ejecutiva de la seguridad del paciente.
- Importar nuevos conocimientos y habilidades.
- Instalar un sistema de notificación libre de culpa.
- Declarar la seguridad del paciente como una prioridad.
- Comunicación basada en la confianza mutua y la transparencia.
- Buen flujo de la información y su procesamiento.
- Percepciones compartidas de la importancia de la seguridad.
- El reconocimiento de la inevitabilidad del error.
- Identificación proactiva de amenazas y fallos latentes para la seguridad.
- El aprendizaje organizacional.
- Liderazgo comprometido y responsabilidad ejecutiva.
- Cambiar el enfoque de la culpabilización y de una cultura punitiva hacia la notificación de incidentes y su análisis.
- Acelerar el cambio para



## DESARROLLO PROYECTO

### Objetivo General

Diseñar un instrumento de gestión de información para la identificación, reporte y prevención de eventos adversos en el Hospital San Juan de Dios del municipio de Valdivia, en el año 2020.

A través de los siguientes objetivos específicos.

- 1. Implementar un plan de capacitación al personal administrativo y asistencial, que favorezca la comprensión de los eventos adversos y la importancia de su notificación y prevención.**

Debido a la situación que estamos viviendo no solo a nivel nacional, sino a nivel mundial con el COVID-19, se implementó la estrategia de realizar esta capacitación visitando cada una de las áreas de la ESE para evitar la aglomeración de personal.

El personal de la ESE fue capacitado tomando como base *“el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, definido por el ministerio de salud y protección social”*,

Los temas principales abordados en la capacitación fueron:

- ✓ Seguridad del Paciente
- ✓ Evento Adverso.
- ✓ Incidente

Se hizo la claridad en estos tres temas con el fin de lograr identificar la diferencia en cada uno de ellos, ya que, se puede presentar confusión en estos temas a la hora de la presencia de un evento adverso.

También se abordó el tema de porque se implementó en Colombia la seguridad del paciente, donde se le da a conocer al personal del Hospital, que muy posiblemente este el mejor avance que ha tenido el sector salud, adoptando como ejes fundamentales, Calidad, Acceso y Eficiencia.

La normatividad presentada en la capacitación de personal fue la siguiente;

- **Decreto 1011 de 2006 – Ministerio de Salud;** por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General Seguridad Social en Salud.
  - ✓ El cual establece como campos de acción; EPS, IPS, ESE, Empresa de medicina Prepagada.
  - ✓ Las excepciones estipuladas, instituciones de salud de las fuerzas militares y la policía militar.
  - ✓ Se definió como atención en salud; el conjunto de servicio que se prestan a los usuarios, en el marco de los procesos de aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones en salud.
  - ✓ Se estableció la auditoria para el mejoramiento de calidad de la atención en salud.

- **Resolución 3100 de 2019 – Ministerio de Salud;** por el cual se definen los procedimientos de inscripción y habilitación de los prestadores de servicio de salud.
  - ✓ Campo de aplicación, IPS, Profesionales Independientes de Salud, Servicios de transporte especial de pacientes, la Superintendencia Nacional de Salud, entre otras.
  - ✓ Condiciones de habilitación para los prestadores de servicios de salud; Capacidad Técnico-Administrativa, Suficiencia Patrimonial y Financiera, Capacidad Tecnológica y Científica.
  - ✓ Autoevaluación de las condiciones de habilitación; previa a la inscripción del prestador de servicio de salud y habilitación de los servicios, Antes del vencimiento del termino de renovación anual de la inscripción, Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador de servicios de salud y antes de su vencimiento.
  
- **Ruta crítica del PAMEC;** la cual está enfocada en;
  - ✓ Autoevaluación.
  - ✓ Selección de procesos a mejorar.
  - ✓ Priorización de procesos.
  - ✓ Definición de la calidad esperada.
  - ✓ Medición inicial del desempeño de los procesos.
  - ✓ Plan de acción.

- ✓ Ejecución del plan de acción.
- ✓ Evaluación del mejoramiento.
- ✓ Aprendizaje organizacional.

Además, se aprovechó la oportunidad para hablar sobre la política institucional de la ESE, en la cual encontramos que el hospital, está comprometido con la implementación de la cultura de seguridad del paciente y su familia, minimizando y gestionando los riesgos y eventos adversos propios de la prestación de servicios de salud

**Propósitos de la política de calidad institucional son:**

- ✓ Instituir una cultura de seguridad del paciente donde prime la educación y no las acciones punitivas, fomentando la responsabilidad y la ética profesional.
- ✓ Disminuir la incidencia de incidentes y eventos adversos en todos los servicios de salud de la ese hospital san juan de dios de Valdivia.
- ✓ Crear y fomentar un entorno seguro de la atención en salud al interior de la ESE.
- ✓ capacitar, entrenar y motivar a todos los colaboradores de la ESE para lograr la implementación de la cultura de seguridad del paciente y su familia.

Esta política institucional también cuenta con la implementación de la caja de herramientas en el programa de seguridad del paciente. Que son:

- ✓ Herramienta 1: formato sugerido para el reporte interinstitucional de eventos adversos.
- ✓ Herramienta interinstitucional
- ✓ Herramienta 2: proceso sugerido para la investigación y análisis de eventos Adversos.
- ✓ Herramienta 3: rondas de seguridad.
- ✓ Herramienta 4: formatos para la vigilancia de caídas de pacientes.
- ✓ Herramienta 5: barreras asociadas al uso de medicamentos
- ✓ Herramienta 6: barreras asociadas al autocuidado.
- ✓ Herramienta 7: barreras asociadas a pruebas diagnósticas.

Comité de seguridad del paciente. Crear y Reglamentar el Comité de Seguridad del Paciente de la ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia el cual estará conformado por:

- ✓ El gerente o su delegado quien lo presidirá.
- ✓ Coordinador médico y de enfermería.
- ✓ Asesor de SOGCS y control de gestión.
- ✓ El líder de seguridad del paciente, designado por la gerencia.
- ✓ Coordinador de promoción y prevención.
- ✓ Coordinador del plan de intervenciones colectivas de salud pública.
- ✓ Coordinador de atención primaria en salud APS.

- ✓ El director del servicio farmacéutico (regente de farmacia).

Cultura de Seguridad, la ESE fomentará la cultura de seguridad del paciente mediante el desarrollo de sus valores, principios, competencias, trabajo en equipo e implementación de prácticas seguras.

Uno de los temas que se aclaró durante la capacitación fue la definición de responsabilidades sobre; Quien, Porque y Como se reporta un evento adverso. Este tema es fundamental para el tema que se está tratando, debido a que, ante la presencia de este suceso no se debe esperar la presencia o autorización de ningún superior para iniciar con el debido proceso que debe llevar la ocurrencia del evento adverso.

Por esto debemos tener claro que:

**¿Quién reporta?** este evento debe ser reportado inmediatamente por personal asistencial de salud que identifica la presencia de este.

**¿Como se reporta?** estos eventos son reportados mediante el formato institucional definido por la ESE.

**¿Porque se reporta?** estos eventos deben ser reportas con el fin de mejorar institucionalmente, para que se así no se repitan estos errores y lograr mejorar los indicadores de calidad.

Otro tema que se abordó con el personal del Hospital fue la importancia de las rondas de seguridad del paciente para minimizar en un alto porcentaje la ocurrencia de estos

eventos adversos. Estas rondas se realizan de lunes a viernes a las 7:00 am en compañía de algunos representantes del comité de calidad, los cuales son; presidente de comité de calidad, coordinador médico, coordinador de enfermería, auxiliar de enfermería de turno y médico de urgencias que este de turno, estas rondas se hacen en las áreas de urgencias y hospitalización.

Es de abonar, que a pesar de la situación que se vive actualmente con el coronavirus, el personal de la institución estuvo siempre muy dispuesto, (obviamente con todas las normas de seguridad que se deben tener para esta pandemia), a colaborar con la ejecución de este proyecto aplicado de grados.

Se decidió realizar esta capacitación a cada una de las áreas del Hospital sin omitir las áreas administrativas, aunque, estas áreas no presentan atención asistencial a los usuarios, deben tener pleno conocimiento del tema y además conocer la ruta que se debe seguir a la hora de la presencia de un evento adverso.

Las áreas en las que se realizaron las capacitaciones fueron;

- Urgencias.
- Vacunación
- Odontología
- Personal administrativo
- Consulta externa.
- Farmacia.
- Administración.

## **2. Diseñar un instructivo para el reporte de eventos adversos de uso transversal en las distintas áreas del Hospital.**

Caja de herramientas para garantizar la seguridad del paciente:

- ✓ Herramienta 1: formato sugerido para el reporte interinstitucional de eventos adversos.
- ✓ Herramienta interinstitucional
- ✓ Herramienta 2: proceso sugerido para la investigación y análisis de eventos Adversos
- ✓ Herramienta 3: rondas de seguridad.
- ✓ Herramienta 4: formatos para la vigilancia de caídas de pacientes.
- ✓ Herramienta 5: barreras asociadas al uso de medicamentos.
- ✓ Herramienta 6: barreras asociadas al autocuidado.
- ✓ Herramienta 7: barreras asociadas a pruebas diagnósticas.



## FORMATO REPORTE EVENTO ADVERSO INSTITUCIONAL.

Es necesario aclarar que, antes de realizar este proyecto aplicado, la ESE de Valdivia, no contaba con ninguno de los instrumentos que se presentaran a continuación, para el reporte de estos eventos.

Antes de este proyecto de grado, ni el personal, ni el Hospital, contaban con el conocimiento debió sobre este tema, al punto de llegar a confundir el evento adverso con “los daños que pueden presentar la estructura física del Hospital”. Por esto fue necesario la capacitación y realizar el diseño de dichos formatos para el reporte de estos eventos.

		<b>ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia</b> <b>Formato de reporte de Evento Adverso.</b>		
<b>Fecha y hora de notificación</b>		<b>Responsable y área de ocurrencia de la notificación</b>		
<b>DI/MES/AÑO</b> / /	<b>HORA</b>			
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>				
<b>Nro. Documento</b>	<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Edad en Años</b>	<b>Sexo</b>	
			<b>M</b>	<b>F</b>
<b>ACCIONES Y FACTORES IDENTIFICADOS QUE CONTRIBUYERON CON EL EVENTO</b>		<b>TIPO DE REPORTE</b>		
		<b>Primera vez</b>	<b>Seguimiento</b>	
<b>DESCRIPCIÓN DEL EVENTO</b>				

✓ **FORMATO REPORTE EVENTO ADVERSO PARA EL ENTE TERRITORIAL.**

El formato de reporte a la entidad territorial, en este caso La Secretaria de Salud y Seguridad Social, debe ir diligenciado por el comité interno de Seguridad del Paciente o de Calidad. Este comité debe realizar reuniones periódicamente, por lo menos una vez al mes, en las cuales se deben debatir, en caso de su ocurrencia, la presencia de estos eventos, a su vez este comité debe reportar en el formato definido para el ente territorial la presencia de los eventos ocurridos durante ese periodo, después de cada reunión.

		<b>Formato de reporte de Evento Adverso. Secretaria de Salud y Seguridad Social.</b>			
		<b>ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia Formato de reporte de Evento Adverso.</b>			
<b>Fecha y hora de notificación</b>		<b>Responsable y área de ocurrencia de la notificación</b>			
DIA/MES/AÑO / /		HORA			
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>					
<b>Nro. Documento</b>	<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Edad en Años</b>	<b>Sexo</b>	
				<b>M</b>	<b>F</b>
<b>ACCIONES Y FACTORES IDENTIFICADOS QUE CONTRIBUYERON CON EL EVENTO</b>			<b>TIPO DE REPORTE</b>		
			<b>Primera vez</b>	<b>Seguimiento</b>	
<b>DESCRIPCION DEL EVENTO</b>					

## PROCESO SUGERIDO PARA LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

A continuación, se detallan los pasos para la investigación y análisis del evento adverso, vale la pena aclarar que este procedimiento fue construido con cada una de sus etapas, pero debido a su extensión será entregado como documento aparte.

- ✓ Preparación y contexto; es necesario establecer un contexto adecuado, la preparación del profesional, implica tener pleno conocimiento del paciente y de lo ocurrido.
- ✓ Notifique inmediatamente el evento adverso que ha provocado un daño al paciente, al personal de mayor jerarquía que se encuentre presente durante el turno en que ocurre este evento.
- ✓ Reúna toda la información pertinente, se debe realizar una revisión exhaustiva y rápida tanto de la historia clínica como otros elementos complementarios que permitirán un adecuado análisis.
- ✓ Analice rápidamente el evento adverso con el responsable del proceso, el equipo de salud y según el caso con la gerencia de la E.S.E.
- ✓ Determine quién debe transmitir la información al paciente y su familia. *“es recomendable, que quien comunique el error, sea el profesional de mayor jerarquía a cargo al cuidado del paciente y debe transmitir al paciente y/o su*

*familia, que el profesional o la E.S.E, están preocupados y que se abordara el caso con la seriedad que amerita”*

- ✓ Preparar la documentación para revisarla con el paciente y/o su familia. En algunos casos se debe preparar un esquema detallado para garantizar que toda la información del evento se proporciona de manera concisa.
- ✓ Recoja los estudios que están relacionados al caso si cree que ellos ayudaran a explicar lo ocurrido.
- ✓ Identifique un lugar tranquilo, privado, donde no sea molestado para hablar con el paciente y/o su familia. Intente anticiparse a las preguntas y preocupaciones que pueden surgir y tenga preparadas las respuestas correspondientes.
- ✓ Determine quién debe estar presente junto al paciente, teniendo en cuenta la gravedad de lo ocurrido, este tema se puede tratar con el director del comité de Calidad.
- ✓ Si el paciente es un menor y cuenta con algún tipo de discapacidad, los parientes o tutores a cargo deben estar presentes en la conversación o descargos.
- ✓ Utilice un lenguaje adecuado que garantice una comunicación clara, empática y veraz con el paciente y/o familiares.
- ✓ Este siempre listo para la apertura, la cual corresponde a la declaración inicial donde se definirá el motivo del encuentro, donde se demuestra que usted está preparado para discutir una situación importante. Si el interlocutor, ósea la persona quien recibirá las descargas, en este caso el director del comité de calidad, es

recomendable reconocer y lamentar lo ocurrido, es de entender que los eventos adversos por lo general no son voluntarios.

- ✓ Estar calmado o tratar de evitar al máximo iniciar la conversación o descargos en estado de ansiedad.
- ✓ Narrativa; En esta etapa se exponen la secuencia de los hechos a través de una narración y se responde a los interrogantes y sentimientos que emergen.
- ✓ Manejo emocional: cuando se comunica un evento adverso, las personas desarrollan un proceso donde se identifican 3 fases
  1. *Recepción: se pueden manejar un periodo de shock y presión, acompañado de una sensación de irrealidad.*
  2. *Elaboración: se va asimilando el hecho, las distintas emociones incluyendo la rabia que experimentan las personas son la expresión de que se comienza a reaccionar frente a lo ocurrido. En esta fase es importante dejar que los pacientes y/o familiares expresen sus emociones. Estas emociones son parte del proceso.*
  3. *Aceptación: el paciente y/o familiares se van adaptando gradualmente a los hechos, este proceso puede tomar mucho tiempo y es necesario otorgar el tiempo necesario.*
- ✓ Diligencie el formato establecido para el reporte del evento adverso con la información recopilada en los hechos anteriores.
- ✓ PLAN DE ACCION CONJUNTO: Al cierre de la entrevista se realiza la formulación de un plan de acción conjunto que va a contribuir al proceso de elaboración. En su desarrollo se realiza un resumen de lo acordado y se explica


el plan que se va seguir en su caso, se manifiesta el compromiso de acompañamiento del profesional y la E.S.E y que no se abandonará.

- ✓ En los encuentros del comité de calidad, se hará seguimiento al estado de los eventos adversos ocurridos, se citará al personal involucrado para que informe detalladamente al comité de lo sucedido, A demás estudiara el reporte realizado por el personal en los formatos establecidos, para identificar la información pertinente para informar al ente territorial mediante los formatos establecidos.
- ✓ Es recomendable el uso de bases de datos en Excel, donde se pueden recopilar la información y hacer análisis generales, para la toma de decisiones.


Los siguientes formatos y sus ítems, fueron contruidos por el comité de calidad de la ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia, cada uno de los integrantes de este comité, apporto en la construcción y, además, dio su aprobación para que estos formatos fueran aplicados en las rondas de seguridad del paciente.

**Nota: En los anexos se puede verificar los formatos de cumplimiento de cada uno de estas herramientas**

Este formato es diligenciado por el coordinador médico y el coordinador de urgencias, con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud y/o mitigar sus consecuencias, además, implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.


		LISTA DE CHEQUE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SIAU		
SERVICIO				
FECHA Y HORA DE LA RONDA				
COORDINADOR DEL AREA				
RESPONSABLE DEL CHEQUEO				
ENTREVISTA A LOS PACIENTES	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA	
¿El personal de salud lo saluda y se le ha presentado?				
¿El medico(a) o la enfermera(o) le han dado la información sobre la enfermedad o problema de salud que presenta, de forma comprensible?				
¿El personal de salud antes de realizarle un procedimiento le explican en que consiste el procedimiento y para qué?				
¿El personal de salud le brinda información sobre signos de alarma y plan de cuidados e intervenciones?				
¿El personal de enfermería cuando le coloca un medicamento IV o IM le informa que medicamento le está colocando y para que se lo coloca?				
¿El personal de enfermería cuando le coloca un medicamento IV o IM le informa posibles efectos que puede producir los medicamentos y que hacer en caso que se presente?				
¿El personal médico o de enfermería le explican las precauciones que debe tener para la toma de muestras de laboratorio? (muestras de sangre)				
¿El personal médico o de enfermería le explican cómo es la adecuada recolección de muestras de laboratorio? (muestras ambulatorias)				
¿El personal médico informa al paciente sobre los exámenes realizados y la interpretación del resultado?				
¿Usted se ha dado cuenta, si el medico antes de examinarlo o después de examinarlos, se lavó las manos con agua y jabón o con alcohol glicerinado?				
¿Usted se ha dado cuenta, si el personal de salud que lo atiende antes o después de realizar un procedimiento, se lavó las manos con agua y jabón o con alcohol glicerinado?				
El personal de enfermería o el medico ¿Le han hablado de la importancia de que se lave las manos con agua y jabón?				
¿El personal de salud que lo atiende le brinda información a la familia sobre su estado y sus cuidados?				
¿El personal de salud que lo atiende le brinda información a la familia sobre la importancia de las barreras de seguridad? (Tablero de identificación, barandas arriba, acompañante, salidas de emergencia, normas del servicio y otros)				

Este formato es diligenciado por el coordinador médico y el coordinador de urgencias, con el fin de; crear acciones, actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad ambiental, en el personal asistencial de salud, para garantizar el control del riesgo biológico.

		<b>LISTA DE CHEQUE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BIOSEGURIDAD</b>				
<b>SERVICIO</b>						
<b>FECHA Y HORA DE LA RONDA</b>						
<b>COORDINADOR DEL AREA</b>						
<b>RESPONSABLE DEL CHEQUEO</b>						
CRITERIO DE CONTROL	CUMPLI E O			OBSERVACION ES	EVIDENCIA S	RECOMENDACION ES
	C	NC	NA			
<b>SEGURIDAD EN EL USO ADECUADO DE DESINFECTANTES</b>						
Conoce la ficha técnica de los desinfectantes utilizados en la institución.						
La preparación de los desinfectantes se hace de la forma adecuada. Cumplimiento con todas las normas de bioseguridad de la preparación.						
La preparación de los desinfectantes se hace en la dilución indicada en la ficha técnica.						
El desinfectante preparado se encuentra debidamente rotulado con fecha, hora y responsable de la preparación.						
Realiza limpieza y desinfección de superficies, camillas, elementos y equipos de trabajo al finalizar cada procedimiento y al iniciar y terminar la jornada de trabajo.						
Se realizan aseos terminales del área según lo establecido por la institución y se lleva registro correspondiente.						
<b>MANOS SEGURAS</b>						
Sigue le protocolo de lavado o higienización de manos cuando va a realizar cada procedimiento (los 5 momentos de lavado de manos de la estrategia multimodal).						
Mantiene las manos limpias, uñas cortas y sin esmalte.						
Para la atención de pacientes se retira cadenas, pulseras, manillas, relojes, anillos, y otros.						
Se abstiene de tocar partes del cuerpo u otros objetos con las manos enguantadas.						
Se utilizan guantes para realización de procedimientos.						



Este formato es diligenciado por el coordinador médico y el coordinador de urgencias, con el fin de; minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud y/o mitigar sus consecuencias, además, implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

		<b>LISTA DE CHEQUE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZACIÓN</b>				
<b>SERVICIO</b>						
<b>FECHA Y HORA DE LA RONDA</b>						
<b>COORDINADOR DEL AREA</b>						
<b>RESPONSABLE DEL CHEQUEO</b>						
CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIENT O			OBSERVACION	EVIDENCI A	RECOMENDACIO N
	C	NC	NA			
<b>SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE</b>						
Los tableros de los pacientes cuentan con la identificación correcta y completa del paciente (nombres, apellidos, N° de camas, N° de identificación, especialidad, seguridad social)						
Todas las carpetas de los pacientes están correctamente marcadas con los datos completos del paciente y la especialidad que lo está viendo						
El tablero de pacientes hospitalizados se encuentra actualizado.						
Los accesos venosos se encuentran debidamente fijados y rotulados según protocolo institucional. Y se realiza cambio de esta cada 72H y se registra en la historia clínica.						
Todos los dispositivos médicos de los pacientes se encuentran debidamente rotulados y en adecuadas condiciones higiénicas. (sonda vesical, cistoflo, macrogotero, nebulizadores y otros)						
El diluyente de medicamentos se encuentra debidamente rotulado y se utiliza adecuadamente.						
La preparación de los desinfectantes se hace de la forma adecuada. Cumpliendo con todas las normas de bioseguridad al momento de la preparación.						
La preparación de los desinfectantes se hace en la dilución indicada en la ficha técnica.						
El desinfectante preparado se encuentra debidamente rotulado con fecha, hora y responsable de la preparación.						
El personal del servicio sigue el protocolo de lavado o higienización de manos cuando va a realizar cada procedimiento (los 5 momentos de lavado de manos de la estrategia multimodal)						
Todas las barandas de las camas se encuentran arriba y se le explica al paciente la importancia de estas.						

Este formato es diligenciado por el coordinador médico y el coordinador de urgencias, con el fin de; Identificar barreras, defensas y mecanismos de monitoreo, eficaces para prevenir la aparición del riesgo en la utilización de los medicamentos o mitigar las consecuencias.

		<b>LISTA DE CHEQUE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDICAMENTOS</b>			
<b>SERVICIO</b>					
<b>FECHA Y HORA DE LA RONDA</b>					
<b>COORDINADOR DEL AREA</b>					
<b>RESPONSABLE DEL CHEQUEO</b>					
CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIEN TO			OBSERVACIÓN	EVIDENCIAS
	C	NC	NA		
<b>SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS</b>					
Los medicamentos y soluciones se encuentran adecuadamente almacenados					
Los medicamentos y soluciones se encuentran adecuadamente rotulados (cuando aplique)					
El personal de salud implicado en el uso de medicamentos sigue los protocolos establecidos.					
Existe doble verificación de los 5 correctos en la administración de los medicamentos.					
Los medicamentos se encuentran semaforizados según protocolo institucional.					
Los medicamentos de alto riesgo utilizados en la institución están debidamente identificados y son conocidos por todo el personal que los utilizan (dispensan, prescriben y administran)					
Se encuentran medicamentos en uso vencidos					
<b>SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS</b>					
Los dispositivos médicos se encuentran adecuadamente almacenados					
Los dispositivos médicos se encuentran semaforizados según protocolo institucional.					
Se encuentran dispositivos médicos o materiales en uso vencidos					
Todos los equipos biomédicos cuentan con el instructivo de manejo rápido y sus alertas.					
Todos los equipos biomédicos cuentan con el mantenimiento correctivo y preventivo					
Los equipos biomédicos se encuentran en adecuadas condiciones higiénicas.					
<b>SEGURIDAD DEL CARRO DE PARO</b>					
El carro de paro cuenta con listados actualizados de medicamentos y dispositivos médicos.					
El carro de paro se encuentra sellado y completo					
El carro de paro se encuentra revisado el mismo día					
Los medicamentos y dispositivos médicos del carro de paro se encuentran semaforizados según protocolo institucional.					
Se encuentran medicamentos y dispositivos médicos en el carro de paro vencidos.					

**3. Desarrollar instrumentos de comunicación interna que instruya a los pacientes sobre la importancia de la prevención de eventos adversos al interior del hospital.**

Para dar cumplimiento a este objetivo se diseñaron dos posters los cuales serán utilizados en las habitaciones de hospitalización y en área de urgencias.

- ✓ En uno encontramos algunos consejos para el personal de la ESE, los cuales, si se aplican correctamente podemos evitar la ocurrencia de los eventos adversos.
- ✓ El otro poster está dirigido a algunos deberes que deben cumplir los pacientes, para evitar cualquier tipo de incidente o eventos que se pueda presentar durante su atención.


Para el diseño de estos posters se recopiló información del diseño de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud generado por el Ministerio de Protección Social. La ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia, dio el visto bueno del diseño de estos posters y se comprometió en la utilización de estos en las áreas que ellos identifiquen sean necesario la implementación de ellos.

Es necesario aclarar que no se logró capacitar a los pacientes debido a la situación que se ha estado viviendo actualmente no solo a nivel nacional, sino a nivel mundial con el covid-19, debido a esta pandemia los directivos del hospital decidieron que no era oportuno realizar esta capacitación con dichos pacientes. Mas sin embargo se definió un posters donde se deja en claro los deberes que deben cumplir los pacientes para garantizar la calidad de su seguridad.

## DEBERES DE LOS PACIENTES PARA SU SEGURIDAD

**DEBERES DE LOS PACIENTES PARA SU SEGURIDAD**



- 1 EN CASO DE PRESENTAR UNA REACCION A UN MEDICAMENTO, DEBES INFORMAR AL PERSONAL. 
- 2 INFORMA SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CONSUMES, INCLUYENDO NATURISTAS. 
- 3 USA CALZADO ANTIDESLIZANTE Y MANTEN LAS BARANDAS DE LA CAMILLA ARRIBA 
- 4 IDENTIFICAR LUGARES CON RIESGOS DE CAIDAS Y SOLICITA ACOMPAÑAMIENTO PARA DESPLAZARTE. 
- 5 LLAMA AL PERSONAL DE SALUD EN CASO DE ALGUNA NECESIDAD 

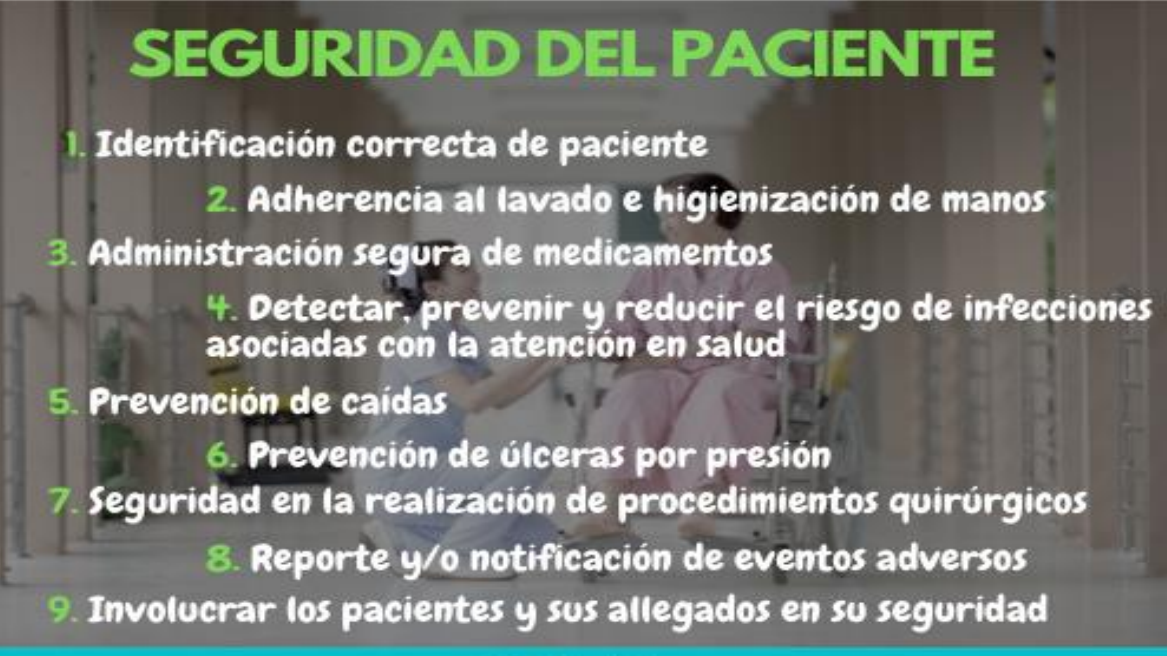
MENORES DE EDAD, MAYORES DE 60 AÑOS, DISCAPACITADOS O PACIENTES EN TRATAMIENTO DE TOXICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA, DEBEN PERMANECER CON ACOMPAÑANTE.



## CONSEJOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

**SEGURIDAD DEL PACIENTE**

1. Identificación correcta de paciente
2. Adherencia al lavado e higienización de manos
3. Administración segura de medicamentos
4. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud
5. Prevención de caídas
6. Prevención de úlceras por presión
7. Seguridad en la realización de procedimientos quirúrgicos
8. Reporte y/o notificación de eventos adversos
9. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad



Se hizo entrega de al hospital de una copia de cada uno de los posters para ser implementados en el área de urgencias y en cada una de las habitaciones de hospitalización.

### **Evidencia de entrega de posters a la ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia.**



11

---

<sup>11</sup> El desarrollo de estas actividades se basó en unificación de varios archivos entre los cuales encontramos:

Decreto 1011 de 2006

Resolución 3100 de 2019

Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.

## Cronograma de actividades

<b>Cronograma de actividades</b>	
<b>Semana 1</b>	<p>Dar a conocer la propuesta de trabajo a la institución,</p> <p>Reconocimiento del personal y área implica.</p> <p>Inicio del diseño de instructivo para el reporte de los eventos adversos.</p>
<b>Semana 2</b>	<p>Finalización diseño de instructivo para el reporte de los eventos adversos.</p>
<b>Semana 3</b>	<p>Inicio capacitación a cada una de las áreas donde sea necesario el conocimiento de cómo se debe proceder ante la ocurrencia de un evento adverso.</p>
<b>Semana 4</b>	<p>Continuación capacitación a cada una de las áreas donde sea necesario el conocimiento de cómo se debe proceder ante la ocurrencia de un evento adverso.</p>
<b>Semana 5</b>	<p>Desarrollo de instrumento que instruya a los pacientes sobre la importancia de la prevención de eventos adversos y seguridad del paciente.</p>

## **RECOMENDACIONES.**

La E.S.E debe idear acciones para realizar monitoreo constante, de la adecuada implementación de las rondas de seguridad del paciente, el buen uso de los medicamentos, vigilancia de caídas del paciente y cada uno de estos ítems que permiten al Hospital garantizar la prestación del servicio a los usuarios, minimizando al máximo el riesgo de un incidente o evento adverso. La institución debe continuar capacitando continuamente al personal sobre el tema seguridad del paciente, para que así se mejore continuamente y se implemente esta política en el personal de la seguridad del paciente.

Además, debe idear un sistema o la forma de acercarse al personal que presenta reacción negativas al cambio, para que esta política de seguridad del paciente cumpla con su objetivo deben diseñar un sistema eficaz de comunicación, es fundamental que los directivos se involucren, realizar constantemente autoevaluación a sus áreas, con el fin de identificar las principales fallas que se están cometiendo al interior de la institución y de este modo garantizar una alta calidad de atención a los pacientes.

## CONCLUSIONES

A modo de conclusión es satisfactorio afirmar que se logró diseñar un instrumento de gestión de información para la identificación, reporte y prevención de eventos adversos en el Hospital San Juan de Dios del municipio de Valdivia, en el año 2020.

Este objetivo se logró a través de:

- ✓ La implementación del plan de capacitación al personal administrativo y asistencial, que favorezca la comprensión de los eventos adversos y la importancia de su notificación y prevención
- ✓ El diseño del instructivo para el reporte de eventos adversos de uso transversal en las distintas áreas del Hospital.
- ✓ El desarrollo de instrumentos de comunicación interna que instruya a los pacientes sobre la importancia de la prevención de eventos adversos al interior del hospital.

A nivel personal puedo decir que fue una experiencia muy interesante y enriquecedora de conocimientos, haber hecho parte de la construcción de esta herramienta, la cual se utilizara por el hospital de mi municipio y aportara bases para la seguridad en la atención hospitalaria de mi comunidad, esto me llena de orgullo y me lleva seguir luchando para alcanzar esas metas a nivel profesional que me he trasado.

Además, debo resaltar, que conté con el acompañamiento del personal de la ESE, fueron amables y cogedores, se prestaron de forma voluntaria y participativa a cada una de las sugerencias y exigencias que se hicieron durante la ejecución del proyecto, de alguna forma entendieron que esta era una herramienta importante para el Hospital con la cual no contaban.



## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi asesor de CESAR ALBERTO PAZO, por ese excelente acompañamiento brindado, fue mi guía en la ejecución de este proyecto, aportándome de algún su conocimiento, con el fin de mejorar esos puntos débiles que el considero pertinentes.

Igualmente quiero agradecer a las Tutoras MARTHA NARANJO Y CLAUDIA GONZALEZ, quienes han sido un apoyo incondicional en todo este proceso de aprendizaje, en prácticas y en cada una de esas necesidades que han surgido en el transcurso de la carrera.

Además, agradecer a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Valdivia, quienes me abrieron sus puertas en este proceso tan importante de mi formación como profesional, en cada uno de los niveles de prácticas 1, 2, 3 y en el proyecto de grado aplicado, el cual se vio un poco empañado debido a la pandemia del COVID-19, pero teniendo en cuenta cada uno de los parámetros de bioseguridad dados por el ministerio de salud, se logró terminar este proyecto de la mejor manera.

## Referencia bibliográfica

Álvaro. (Lunes 11 de abril de 2011). Administración educativa de calidad. Políticas institucionales y calidad en salud. Disponible en:  
<http://administradoreducativodoor.blogspot.com/2011/04/politicas-institucionales-y-calidad.html>

Caracol radio. (15 de mayo de 2018). Caracol Radio. Destrucción en Puerto Valdivia por emergencia en Hidroituango. Disponible en:  
[https://caracol.com.co/emisora/2018/05/15/medellin/1526360806\\_516702.html](https://caracol.com.co/emisora/2018/05/15/medellin/1526360806_516702.html)

Colombia. (1994). por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado. Disposiciones generales sobre empresas sociales del estado. Disponible en:  
<https://encolombia.com/derecho/decretos/minsalud/empresas-sociales-estado/>

Gaviria A, Ruiz F, Muñoz NJ, Burgos G, Arias JF, García S. (2007). Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Hospital San Juan de Dios Valdivia Antioquia. (2017). Página wix. Por tu salud.

Disponible en:

<https://esevaldivia.wixsite.com/hospitalvaldivia>

Ministerio de protección social. (2008). Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001 2010: Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicass-seguridad-paciente2010.pdf>

Ministerio de Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. (Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Informe técnico (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Disponible en:

[https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

Redmas. (25 de mayo de 2018). Grave situación de orden público en Puerto Valdivia, Disponible en:

<http://www.redmas.com.co/colombia/grave-situacion-orden-publico-puerto-valdivia/>

SaludPlay. (13 diciembre de 2017). Justificación de la Cultura de Seguridad del

Paciente, Disponible en:

<https://www.salusplay.com/blog/cultura-seguridad-del-paciente/>.

Zapata JA, (martes 28 de febrero de 2012). Atender y orientar a las personas. Políticas públicas. Disponible en:

<http://saludoraljorgezapata.blogspot.com/2012/02/politicas-institucionales.html#:~:text=Una%20pol%C3%ADtica%20institucional%20es%20una,pu eden%20operar%20en%20distintos%20asuntos.&text=De%20esta%20manera%2C%20d ichas%20pol%C3%ADticas,m%C3%A1s%20organizado%2C%20seguro%20y%20justo.>

Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

Seguridad del paciente y la atención segura, paquetes instruccionales

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Promoción de la cultura de seguridad del paciente

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia\\_promocion\\_seguridad\\_paciente.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf)

Organización Mundial de la Salud, 10 datos sobre seguridad del paciente. Disponible en:

[https://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/)

## ANEXOS

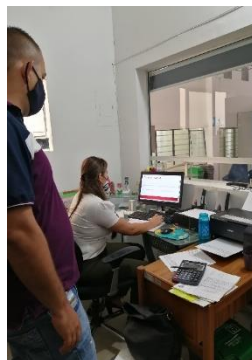
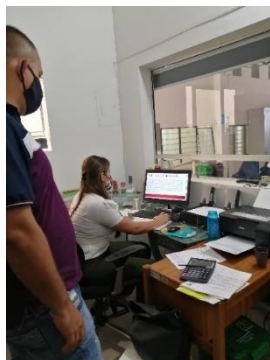
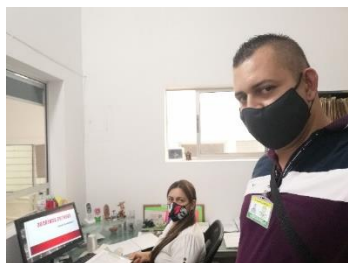
### ✓ Capacitación urgencias y vacunación



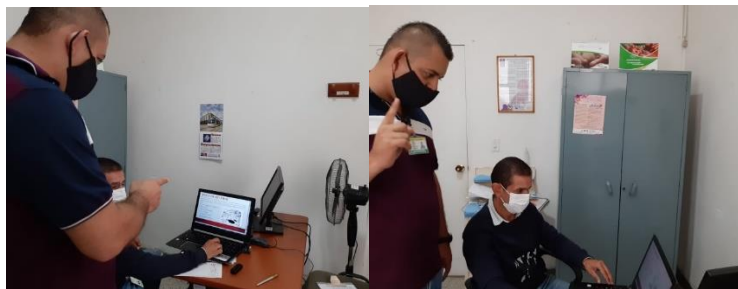
### ✓ Capacitación odontología



### ✓ Capacitación cartera



✓ **Capacitación consulta externa**



✓ **Capacitación nómina, facturación, farmacia**



✓ **Capacitación administración.**








✓ Lista asistencia capacitación.

CAPACITACION EVENTOS ADVERSOS A CARGO DE PABLO AGUDELO ZAPATA ESTUDIANTES: ADMINISTRACION EN SALUD (UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD)						
Nro	Nombres completos	Nro de identificación	Cargo	Teléfono	Correo	firma
1	Enrique Alavez	10-13006319	MEDICO	322308333	oalavez@unad.edu.co	<i>[Firma]</i>
2	Paula Monsalve	1042771430	Aux Enf.	3023537009	promonsalve20@hotmail.com	<i>[Firma]</i>
3	Andrés Urzaino	1043015088	Medico	3123906513	andresurzaio@hotmail.com	<i>[Firma]</i>
4	Amalia Bohanan	22188175	Nex Enf.	320891596	luzanalidap@hotmail.com	<i>[Firma]</i>
5	Elba Corra Mesa	98-686821	Enfermera	8560041		<i>[Firma]</i>
6	Wlata Tirado Rodriguez	1036699801	Odontologa General	300251726	luenativadol23@gmail.com	<i>[Firma]</i>
7	Forsete de Lopez	22186909	Aux-odont	3113659101	forsete.123@hotmail.com	<i>[Firma]</i>
8	Paula Andrea Correa Amaya	1020430798	Odontologa	3206677732	andrea.900@gmail.com	<i>[Firma]</i>
9	Angustina Lopez A	22183632	Aux. Administrativa	3108250166	angustina2@gmail.com	<i>[Firma]</i>
10	Ligia Arango Silva	22189424	Aux. Admón	3218305574	esevaldivia@gmail.com	<i>[Firma]</i>
11	Yohana Arzu Brando	1045078518	Reparte de farmacia	3131108421	yohana-arzu@hotmail.com	<i>[Firma]</i>
12	Shirley Aguilar	22189159	Aux. Centro	3116318144	shirley542306@gmail.com	<i>[Firma]</i>
13	Eduison Jance Jarama	71314427	Enfermero	3226109354	ef.jance09@gmail.com	<i>[Firma]</i>
14	Carman Soto	22188311	Vacunador	3137921877	carman.soto@gmail.com	<i>[Firma]</i>
15	Judith Cardenas	22183775	Secretaria	3103983700	esevaldivia@gmail.com	<i>[Firma]</i>
16						
17						
18						
19						

✓ Formatos de reporte de evento adverso institucional – Ente territorial.

		ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia Formato de reporte de Evento Adverso.			
Fecha y hora de notificación		Responsable y área de ocurrencia de la notificación			
DIA/MES/AÑO	HORA				
/	/				
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>					
Nro. Documento	Nombres y Apellidos	Edad en Años	Sexo		
			M	F	
ACCIONES Y FACTORES IDENTIFICADOS QUE CONTRIBUYERON CON EL EVENTO		TIPO DE REPORTE			
		Primera vez	Seguimiento		
<b>DESCRIPCION DEL EVENTO</b>					

		Formato de reporte de Evento Adverso. Secretaria de Salud y Seguridad Social.			
Fecha y hora de notificación		Responsable y área de ocurrencia de la notificación			
DIA/MES/AÑO	HORA				
/	/				
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>					
Nro. Documento	Nombres y Apellidos	Edad en Años	Sexo		
			M	F	
ACCIONES Y FACTORES IDENTIFICADOS QUE CONTRIBUYERON CON EL EVENTO		TIPO DE REPORTE			
		Primera vez	Seguimiento		
<b>DESCRIPCION DEL EVENTO</b>					

✓ Aplicación formatos caja de herramientas.

Hospital San Juan de Dios				
LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SIAU				
SERVICIO	Ronda de Seguridad del Paciente			
FECHA Y HORA DE LA RONDA	16 de Julio de 2010			
COORDINADOR DE AREA	Elber Correa Mesa			
RESPONSABLES DEL CHEQUEO	[Firma]			
ENTREVISTA A LOS PACIENTES	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA	
¿El personal de salud que lo atiende lo saludó, y se le ha presentado?		X		5
¿El médico(a) o la enfermera(o) le han dado información sobre la enfermedad o problema de salud que presenta de forma comprensible?		X		
¿El personal de salud antes de realizarle un procedimiento le explican en que consiste el procedimiento y para que?		X		
¿El personal de salud le brinda información sobre signos de alarma y plan de cuidados a intervenciones.		X		
¿El personal de enfermería cuando le coloca un medicamento IV o IM le informa que medicamento le esta colocando y para que se lo coloca?		X		
¿El personal de enfermería cuando le coloca un medicamento IV o IM le informa posibles efectos que puede producir los medicamentos y que hacer en caso que se presenten?		X		
¿El personal medico o de enfermería le explican las precauciones que debe tener para la toma de muestras de laboratorio? (muestras de sangre)		X		
¿El personal medico o de enfermería le explican como es la adecuada recolección de muestras de laboratorio? (Muestras ambulatorias)		X		
¿El personal medico informa al paciente sobre los exámenes realizados y la interpretación del resultado?		X		
¿Usted se ha dado cuenta, si el médico antes de examinarlo o después de examinarlo, se lavó las manos con agua y jabón o con alcohol glicerinado?		X		
¿Usted se ha dado cuenta, si el personal de salud que lo atiende antes o después de realizar un procedimiento, se lavó las manos con agua y jabón o con alcohol glicerinado?		X		
El personal de enfermería o el médico ¿le han hablado de la importancia de que se lave las manos con agua y jabón?		X		
¿El personal de salud que lo atiende le brinda información a la familia sobre su estado y sus cuidados?		X		
El personal de salud que lo atiende le brinda información a usted y a su familia sobre la importancia de las barreras de seguridad (Tapero de identificación, barandas arriba, acompañante, salidas de emergencia, normas del servicio y otras.		X		

Hospital San Juan de Dios						
LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BIOSEGURIDAD .						
SERVICIO						
FECHA Y HORA DE LA RONDA						
COORDINADOR DE AREA	Elber Correa Mesa					
RESPONSABLES DEL CHEQUEO	[Firma]					
CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS	RECOMENDACIONES
	C	NC	NA			
<b>SEGURIDAD EN EL USO ADECUADO DE DESINFECTANTES</b>						
Conoce la ficha técnica de los desinfectantes utilizados en la institución.	X					
La preparación de los desinfectantes se hace de forma adecuada. Cumpliendo con todas las normas de bioseguridad al momento de la	X					
La preparación de los desinfectantes se hace en la dilución indicada en la ficha técnica.	X					
El desinfectante preparado se encuentra debidamente rotulado con fecha, hora y responsable de la preparación	X					
Realiza limpieza y desinfección de superficies, camillas, elementos y equipos de trabajo al finalizar cada procedimiento y al iniciar y terminar la jornada de trabajo.	X					
Se realizan aseos terminales del area según lo establecido por la institución y se lleva registro correspondiente	X					
<b>MANOS SEGURAS</b>						
Sigue el protocolo de lavado o higienización de manos cuando va a realizar cada procedimiento (los 5 momentos de lavado de manos de la estrategia multimodal)	X					
Mantiene las manos limpias , uñas cortas y sin esmalte	X					
Para la atención de pacientes se retira cadenas, pulseras, manillas, relojes, anillos y otros.	X					
Se abstiene de tocar partes del cuerpo u otros objetos con las manos enguantadas	X					
Se utilizan guantes para realización de	X					

Hospital San Juan de Dios						
LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BIOSEGURIDAD .						
SERVICIO						
FECHA Y HORA DE LA RONDA						
COORDINADOR DE AREA	Elber Correa Mesa					
RESPONSABLES DEL CHEQUEO	[Firma]					
CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS	RECOMENDACIONES
	C	NC	NA			
<b>SEGURIDAD EN EL USO ADECUADO DE DESINFECTANTES</b>						
Conoce la ficha técnica de los desinfectantes utilizados en la institución.	X					
La preparación de los desinfectantes se hace de forma adecuada. Cumpliendo con todas las normas de bioseguridad al momento de la	X					
La preparación de los desinfectantes se hace en la dilución indicada en la ficha técnica.	X					
El desinfectante preparado se encuentra debidamente rotulado con fecha, hora y responsable de la preparación	X					
Realiza limpieza y desinfección de superficies, camillas, elementos y equipos de trabajo al finalizar cada procedimiento y al iniciar y terminar la jornada de trabajo.	X					
Se realizan aseos terminales del area según lo establecido por la institución y se lleva registro correspondiente	X					
<b>MANOS SEGURAS</b>						
Sigue el protocolo de lavado o higienización de manos cuando va a realizar cada procedimiento (los 5 momentos de lavado de manos de la estrategia multimodal)	X					
Mantiene las manos limpias , uñas cortas y sin esmalte	X					
Para la atención de pacientes se retira cadenas, pulseras, manillas, relojes, anillos y otros.	X					
Se abstiene de tocar partes del cuerpo u otros objetos con las manos enguantadas	X					
Se utilizan guantes para realización de procedimientos	X					

Hospital San Juan de Dios					
LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDICAMENTOS					
SERVICIO					
FECHA Y HORA DE LA RONDA					
COORDINADOR DE AREA	Elber Correa Mesa				
RESPONSABLES DEL CHEQUEO	[Firma]				
CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS
	C	NC	NA		
<b>SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>					
Los medicamentos y soluciones se encuentran adecuadamente almacenados	X				
Los medicamentos y soluciones se encuentran adecuadamente rotulados (cuando aplique)	X				
El personal de salud implicado en el uso de medicamentos sigue los protocolos establecidos	X				
Existe doble verificación de los 5 correctos en la administración de los medicamentos	X				
Los medicamentos se encuentran semaforizados según protocolo institucional	X				
Los medicamentos de alto riesgo utilizados en la institución estan definidos e identificados y son conocidos por todo el personal que los utilizan (dispensan, prescriben y administran)		X			
Se encuentran Medicamentos en uso vencidos.			X		
<b>SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS</b>					
Los dispositivos medicos se encuentran adecuadamente almacenados		X			
Los dispositivos medicos se encuentran semaforizados según protocolo institucional		X			
Se encuentran dispositivos medicos o materiales en uso vencidos.			X		
Todos los equipos biomedicos cuentan con el instructivo de manejo rápido y sus alertas		X			
Todos los equipos biomedicos cuentan con el mantenimiento correctivo y preventivo		X			
Los equipos biomedicos se encuentran en adecuadas condiciones higiénicas		X			
<b>SEGURIDAD EN EL CARRO DE PARO</b>					
El carro de paro cuenta con listados actualizados de medicamentos y dispositivos medicos	X				
El carro de paro se encuentra sellado y completo		X			
El carro de paro se encuentra revisado del mismo día	X				
Los medicamentos y dispositivos medicos del carro de paro se encuentran semaforizados según protocolo institucional		X			
Se encuentran Medicamentos y dispositivos medicos en el carro de paro vencidos.			X		



Hospital San Juan de Dios				
LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SIAU				
SERVICIO				
FECHA Y HORA DE LA RONDA				
COORDINADOR DE AREA				
RESPONSABLES DEL CHEQUEO				
ENTREVISTA A LOS PACIENTES	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA	
¿El personal de salud que lo atiende lo saludó, y se le ha presentado?			X	
¿El médico(a) o la enfermera(o) le han dado información sobre la enfermedad o problema de salud que presenta de forma comprensible?		X		
¿El personal de salud antes de realizarle un procedimiento le explican en que consiste el procedimiento y para que?	X			
¿El personal de salud le brinda información sobre signos de alarma y plan de cuidados a intervenciones.	X			
¿El personal de enfermería cuando le coloca un medicamento IV o IM le informa que medicamento le esta colocando y para que se lo coloca?	X			
¿El personal de enfermería cuando le coloca un medicamento IV o IM le informa posibles efectos que puede producir los medicamentos y que hacer en caso que se presenten?	X			
¿El personal medico o de enfermería le explican las precauciones que debe tener para la toma de muestras de laboratorio? (muestras de sangre)	X			
¿El personal medico o de enfermería le explican como es la adecuada recolección de muestras de laboratorio? (Muestras ambulatoarias)	X			
¿El personal medico informa al paciente sobre los exámenes realizados y la interpretación del resultado?	X			
¿Usted se ha dado cuenta, si el médico antes de examinarlo o después de examinarlo, se lavó las manos con agua y jabón o con alcohol glicerinado?	X			
¿Usted se ha dado cuenta, si el personal de salud que lo atiende antes o después de realizar un procedimiento, se lavó las manos con agua y jabón o con alcohol glicerinado?	X			
El personal de enfermería o el médico ¿le han hablado de la importancia de que se lave las manos con agua y jabón?	X			
¿El personal de salud que lo atiende le brinda información a la familia sobre su estado y sus cuidados?	X			
El personal de salud que lo atiende le brinda información a usted y a su familia sobre la importancia de las barreras de seguridad (Tablero de identificación, barandas arriba, acompañante, salidas de emergencia, normas del servicio y letreros.	X			

Hospital San Juan de Dios						
LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BIOSEGURIDAD.						
SERVICIO						
FECHA Y HORA DE LA RONDA						
COORDINADOR DE AREA						
RESPONSABLES DEL CHEQUEO						
CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS	RECOMENDACIONES
	C	NC	NA			
<b>SEGURIDAD EN EL USO ADECUADO DE DESINFECTANTES</b>						
Conoce la ficha técnica de los desinfectantes utilizados en la institución.	X					
La preparación de los desinfectantes se hace de forma adecuada. Cumpliendo con todas las normas de bioseguridad al momento de la	X					
La preparación de los desinfectantes se hace en la dilución indicada en la ficha técnica.	X					
El desinfectante preparado se encuentra debidamente rotulado con fecha, hora y responsable de la preparación	X					
Realiza limpieza y desinfección de superficies, camillas, elementos y equipos de trabajo al finalizar cada procedimiento y al iniciar y terminar la jornada de trabajo.	X					
Se realizan aseos terminales del area según lo establecido por la institución y se lleva registro correspondiente	X					
<b>MANOS SEGURAS</b>						
Sigue el protocolo de lavado o higienización de manos cuando va a realizar cada procedimiento (los 5 momentos de lavado de manos de la estrategia multimodal)	X					
Mantiene las manos limpias, uñas cortas y sin esmalte	X					
Para la atención de pacientes se retira cadenas, pulseras, manillas, relojes, anillos y otros.	X					
Se abstiene de tocar partes del cuerpo u otros objetos con las manos enguantadas	X					
Se utilizan guantes para realización de procedimientos	X					

Hospital San Juan de Dios						
LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZACION						
SERVICIO						
FECHA Y HORA DE LA RONDA						
COORDINADOR DE AREA						
RESPONSABLES DEL CHEQUEO						
CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS	RECOMENDACIONES
	C	NC	NA			
<b>SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE</b>						
Los tableros de los pacientes cuentan con la identificación correcta y completa del paciente (nombres, apellidos, N° de cama, N° de identificación, especialidad, seguridad social.		X				
Todas las carpetas de los pacientes estan correctamente marcadas con los datos completos del paciente y la especialidad que lo esta viendo.	X					
El tablero de pacientes hospitalizados se encuentra actualizado.		X				
Los accesos venosos se encuentran debidamente fijados y rotulados según protocolo institucional. Y se realiza cambio de estas cada 72h y se registra en la historia clínica	X					
Todos los dispositivos medicos de los pacientes se encuentran debidamente rotulados y en adecuadas codiciones higienicas. (sonda vesical, cistillo, macrogotero, nebulizadores, humidificadores y otros.)	X					
El diluyente de medicamentos se encuentra debidamente rotulado y se utiliza adecuadamente.	X					
La preparación de los desinfectantes se hace de forma adecuada. Cumpliendo con todas las normas de bioseguridad al momento de la preparación.	X					
La preparación de los desinfectantes se hace en la dilución indicada en la ficha técnica.	X					
El desinfectante preparado se encuentra debidamente rotulado con fecha, hora y responsable de la preparación	X					
El personal del sevicio sigue el protocolo de lavado o higienización de manos cuando va a realizar cada procedimiento (los 5 momentos de lavado de manos de la estrategia multimodal)	X					
Todas las barandas de las camas se encuentran arriba y se le explica al paciente la importancia de estas.	X					

Hospital San Juan de Dios					
LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDICAMENTOS					
SERVICIO					
FECHA Y HORA DE LA RONDA					
COORDINADOR DE AREA					
RESPONSABLES DEL CHEQUEO					
CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS
	C	NC	NA		
<b>SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>					
Los medicamentos y soluciones se encuentran adecuadamente almacenados	X				
Los medicamentos y soluciones se encuentran adecuadamente rotulados (cuando aplique)	X				
El personal de salud implicado en el uso de medicamentos sigue los protocolos establecidos	X				
Existe doble verificación de los 5 correctos en la administración de los medicamentos	X				
Los medicamentos se encuentran semaforizados según protocolo institucional	X				
Los medicamentos de alto riesgo utilizados en la institución estan definidos e identificados y son conocidos por todo el personal que los utilizan (dispensan, prescriben y administran)		X			
Se encuentran Medicamentos en uso vencidos.				X	
<b>SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS</b>					
Los dispositivos medicos se encuentran adecuadamente almacenados	X				
Los dispositivos medicos se encuentran semaforizados según protocolo institucional	X				
Se encuentran dispositivos medicos o materiales en uso vencidos.				X	
Todos los equipos biomedicos cuentan con el instructivo de manejo rápido y sus alertas.	X				
Todos los equipos biomedicos cuentan con el mantenimiento correctivo y preventivo	X				
Los equipos biomedicos se encuentran en adecuadas condiciones higienicas	X				
<b>SEGURIDAD EN EL CARRO DE PARO</b>					
El carro de paro cuenta con listados actualizados de medicamentos y dispositivos medicos	X				
El carro de paro se encuentra sellado y completo	X				
El carro de paro se encuentra revisado del mismo dia	X				
Los medicamentos y dispositivos medicos del carro de paro se encuentran semaforizados según protocolo institucional	X				
Se encuentran Medicamentos y dispositivos medicos en el carro de paro vencidos.				X	

**Hospital San Juan de Dios**

**LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SIAU**

SERVICIO: *Ronda de seguridad del paciente*

FECHA Y HORA DE LA RONDA: *03 de Junio 2020*

COORDINADOR DE AREA: *[Firma]*

RESPONSABLES DEL CHEQUEO: *[Firma]*

ENTREVISTA A LOS PACIENTES	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA	
¿El personal de salud que lo atiende lo saludó, y se le ha presentado?	X			
¿El médico(a) o la enfermera(o) le han dado información sobre la enfermedad o problema de salud que presenta de forma comprensible?	X			
¿El personal de salud antes de realizarle un procedimiento le explican en que consiste el procedimiento y para que?	X			
¿El personal de salud le brinda información sobre signos de alarma y plan de cuidados a intervenciones.	X			
¿El personal de enfermería cuando le coloca un medicamento IV o IM le informa que medicamento le esta colocando y para que se lo coloca?	X			
¿El personal de enfermería cuando le coloca un medicamento IV o IM le informa posibles efectos que puede producir los medicamentos y que hacer en caso que se presenten?	X			
¿El personal medico o de enfermería le explican las precauciones que debe tener para la toma de muestras de laboratorio? (muestras de sangre)	X			
¿El personal medico o de enfermería le explican como es la adecuada recolección de muestras de laboratorio? (Muestras ambulatorias)	X			
¿El personal medico informa al paciente sobre los exámenes realizados y la interpretación del resultado?	X			
¿Usted se ha dado cuenta, si el médico antes de examinarlo o después de examinarlo, se lavó las manos con agua y jabón o con alcohol glicerinado?	X			
¿Usted se ha dado cuenta, si el personal de salud que lo atiende antes o después de realizar un procedimiento, se lavó las manos con agua y jabón o con alcohol glicerinado?	X			
El personal de enfermería o el médico ¿le han hablado de la importancia de que se lave las manos con agua y jabón?	X			
¿El personal de salud que lo atiende le brinda información a la familia sobre su estado y sus cuidados?	X			
El personal de salud que lo atiende le brinda información a usted y a su familia sobre la importancia de las barreras de seguridad (Tablero de identificación, barandas arriba, acompañante, salidas de emergencia, normas del servicio y	X			

**Hospital San Juan de Dios**

**LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDICAMENTOS**

SERVICIO: *Elbar Clínica Mosa*

FECHA Y HORA DE LA RONDA: *03 de Junio 2020*

COORDINADOR DE AREA: *[Firma]*

RESPONSABLES DEL CHEQUEO: *[Firma]*

CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS
	C	NC	NA		
<b>SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>					
Los medicamentos y soluciones se encuentran adecuadamente almacenados	X				
Los medicamentos y soluciones se encuentran adecuadamente rotulados (cuando aplique)	X				
El personal de salud implicado en el uso de medicamentos sigue los protocolos establecidos	X				
Existe doble verificación de los 5 correctos en la administración de los medicamentos	X				
Los medicamentos se encuentran semaforizados según protocolo institucional	X				
Los medicamentos de alto riesgo utilizados en la institución están definidos e identificados y son conocidos por todo el personal que los utilizan (dispensar, prescribir y administran)	X				
Se encuentran Medicamentos en uso- vencidos.	X				
<b>SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS</b>					
Los dispositivos medicos se encuentran adecuadamente almacenados	X				
Los dispositivos medicos se encuentran semaforizados según protocolo institucional	X				
Se encuentran dispositivos medicos o materiales en uso- vencidos.	X				
Todos los equipos biomédicos cuentan con el instructivo de manejo rápido y sus alertas	X				
Todos los equipos biomédicos cuentan con el mantenimiento correctivo y preventivo	X				
Los equipos biomédicos se encuentran en adecuadas condiciones higiénicas.	X				
<b>SEGURIDAD EN EL CARRO DE PARO</b>					
El carro de paro cuenta con listados actualizados de medicamentos y dispositivos medicos	X				
El carro de paro se encuentra sellado y completo	X				
El carro de paro se encuentra revisado del mismo día	X				
Los medicamentos y dispositivos medicos del carro de paro se encuentran semaforizados según protocolo institucional	X				
Se encuentran Medicamentos y dispositivos medicos en	X				

**Hospital San Juan de Dios**

**LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZACION**

SERVICIO: *[Firma]*

FECHA Y HORA DE LA RONDA: *[Firma]*

COORDINADOR DE AREA: *[Firma]*

RESPONSABLES DEL CHEQUEO: *[Firma]*

CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS	RECOMENDACIONES
	C	NC	NA			
<b>SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE</b>						
Los tableros de los pacientes cuentan con la identificación correcta y completa del paciente (nombres, apellidos, N° de cama, N° de identificación, especialidad, seguridad social).	X					
Todas las carpetas de los pacientes estan correctamente marcadas con los datos completos del paciente y la especialidad que lo esta viendo.	X					
El tablero de pacientes hospitalizados se encuentra actualizado.	X					
Los accesos venosos se encuentran debidamente fijados y rotulados según protocolo institucional. Y se realiza cambio de estas cada 72H y se registra en la historia clínica	X					
Todos los dispositivos medicos de los pacientes se encuentran debidamente rotulados y en adecuadas condiciones higienicas. (sonda vesical, cistifio, macrogotero, nebulizadores, humidificadores y otros.)	X					
El diluyente de medicamentos se encuentra debidamente rotulado y se utiliza adecuadamente.	X					
La preparación de los desinfectantes se hace de forma adecuada. Cumpliendo con todas las normas de bioseguridad al momento de la preparación.	X					
La preparación de los desinfectantes se hace en la dilución indicada en la ficha técnica.	X					
El desinfectante preparado se encuentra debidamente rotulado con fecha, hora y responsable de la preparación	X					
El personal del servicio sigue el protocolo de lavado o higienización de manos cuando va a realizar cada procedimiento (los 5 momentos de lavado de manos de la estrategia multimodal)	X					
Todas las barandas de las camas se encuentran arriba y se le explica al paciente la importancia de estas.	X					

**Hospital San Juan de Dios**

**LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BIOSEGURIDAD**

SERVICIO: *[Firma]*

FECHA Y HORA DE LA RONDA: *[Firma]*

COORDINADOR DE AREA: *[Firma]*

RESPONSABLES DEL CHEQUEO: *[Firma]*

CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS	RECOMENDACIONES
	C	NC	NA			
<b>SEGURIDAD EN EL USO ADECUADO DE DESINFECTANTES</b>						
Conoce la ficha técnica de los desinfectantes utilizados en la institución.	X					
La preparación de los desinfectantes se hace de forma adecuada. Cumpliendo con todas las normas de bioseguridad al momento de la	X					
La preparación de los desinfectantes se hace en la dilución indicada en la ficha técnica.	X					
El desinfectante preparado se encuentra debidamente rotulado con fecha, hora y responsable de la preparación	X					
Realiza limpieza y desinfección de superficies, camillas, elementos y equipos de trabajo al finalizar cada procedimiento y al iniciar y terminar la jornada de trabajo	X					
Se realizan aseos terminales del area según lo establecido por la institución y se lleva registro correspondiente	X					
<b>MANOS SEGURAS</b>						
Segue el protocolo de lavado o higienización de manos cuando va a realizar cada procedimiento (los 5 momentos de lavado de manos de la estrategia multimodal)	X					
Mantiene las manos limpias, uñas cortas y sin esmalte	X					
Para la atención de pacientes se retira cadenas, pulseras, manillas, relojes, anillos y otros.	X					
Se abstiene de tocar partes del cuerpo u otros objetos con las manos enguantadas	X					
Se utilizan guantes para realización de procedimientos	X					



**Hospital San Juan de Dios**

**LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SIAU**

SERVICIO: Ronda de Seguridad del Paciente

FECHA Y HORA DE LA RONDA: 28 de agosto 2017 10:00 am

COORDINADOR DE AREA: [Firma]

RESPONSABLES DEL CHEQUEO: [Firma]

ENTREVISTA A LOS PACIENTES	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA	
¿El personal de salud que lo atiende lo saludó, y se le ha presentado?	✓			
¿El médico(a) o la enfermera(o) le han dado información sobre la enfermedad o problema de salud que presenta de forma comprensible?	✓			
¿El personal de salud antes de realizarle un procedimiento le explican en que consiste el procedimiento y para que?	✓			
¿El personal de salud le brinda información sobre signos de alarma y plan de cuidados a intervenciones.			✓	
¿El personal de enfermería cuando le coloca un medicamento IV o IM le informa que medicamento le esta colocando y para que se lo coloca?	✓			
¿El personal de enfermería cuando le coloca un medicamento IV o IM le informa posibles efectos que puede producir los medicamentos y que hacer en caso que se presenten?	✓			
¿El personal medico o de enfermería le explican las precauciones que debe tener para la toma de muestras de laboratorio? (muestras de sangre)	✓			
¿El personal medico o de enfermería le explican como es la adecuada recolección de muestras de laboratorio? (Muestras ambulatorias)	✓			
¿El personal medico informa al paciente sobre los exámenes realizados y la interpretación del resultado?	✓			
¿Usted se ha dado cuenta, si el médico antes de examinarlo o después de examinarlo, se lavó las manos con agua y jabón o con alcohol glicerinado?	✓			
¿Usted se ha dado cuenta, si el personal de salud que lo atiende antes o después de realizar un procedimiento, se lavó las manos con agua y jabón o con alcohol glicerinado?	✓			
El personal de enfermería o el medico ¿le han hablado de la importancia de que se lave las manos con agua y jabón?	✓			
¿El personal de salud que lo atiende le brinda información a la familia sobre su estado y sus cuidados?			✓	
El personal de salud que lo atiende le brinda información a usted y a su familia sobre la importancia de las barreras de seguridad (Tablero de identificación, bandanas arriba, etc.)	✓			

**Hospital San Juan de Dios**

**LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BIOSEGURIDAD**

SERVICIO: [Firma]

FECHA Y HORA DE LA RONDA: [Firma]

COORDINADOR DE AREA: [Firma]

RESPONSABLES DEL CHEQUEO: [Firma]

CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS	RECOMENDACIONES
	C	NC	NA			
<b>SEGURIDAD EN EL USO ADECUADO DE DESINFECTANTES</b>						
Conoce la ficha técnica de los desinfectantes utilizados en la institución.	✓					
La preparación de los desinfectantes se hace de forma adecuada. Cumpliendo con todas las normas de bioseguridad al momento de la dilución.	✓					
La preparación de los desinfectantes se hace en la dilución indicada en la ficha técnica.	✓					
El desinfectante preparado se encuentra debidamente rotulado con fecha, hora y responsable de la preparación	✓					
Realiza limpieza y desinfección de superficies, camillas, elementos y equipos de trabajo al finalizar cada procedimiento y al iniciar y terminar la jornada de trabajo.	✓					
Se realizan ascos terminales del área según lo establecido por la institución y se lleva registro correspondiente	✓					
<b>MANOS SEGURAS</b>						
Sigue el protocolo de lavado o higienización de manos cuando va a realizar cada procedimiento (los 5 momentos de lavado de manos de la estrategia multimodal)	✓					
Mantiene las manos limpias, uñas cortas y sin esmalte	✓					
Para la atención de pacientes se retira cadenas, pulseras, manillas, relojes, anillos y otros.	✓					
Se abstiene de tocar partes del cuerpo u otros objetos con las manos enguantadas	✓					
Se utilizan guantes para realización de procedimientos	✓					

**Hospital San Juan de Dios**

**LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZACION**

SERVICIO: [Firma]

FECHA Y HORA DE LA RONDA: [Firma]

COORDINADOR DE AREA: Elba Torres Mesa (C. 98.686.921) / Sergio J. (C. 98.686.921)

RESPONSABLES DEL CHEQUEO: [Firma]

CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS	RECOMENDACIONES
	C	NC	NA			
<b>SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE</b>						
Los tableros de los pacientes cuentan con la identificación correcta y completa del paciente (nombres, apellidos, N° de cama, N° de identificación, especialidad, seguridad social).	✓					
Todas las carpetas de los pacientes estan correctamente marcadas con los datos completos del paciente y la especialidad que lo esta viendo.	✓					
El tablero de pacientes hospitalizados se encuentra actualizado.	✓					
Los accesos venosos se encuentran debidamente fijados y rotulados según protocolo institucional. Y se realiza cambio de estas cada 72h y se registra en la historia clínica	✓					
Todos los dispositivos medicos de los pacientes se encuentran debidamente rotulados y en adecuadas condiciones higienicas. (sonda vesical, catstro, macrogotero, nebulizadores, humidificadores y otros.)	✓					
El diluyente de medicamentos se encuentra debidamente rotulado y se utiliza adecuadamente.	✓					
La preparación de los desinfectantes se hace de forma adecuada. Cumpliendo con todas las normas de bioseguridad al momento de la preparación.	✓					
La preparación de los desinfectantes se hace en la dilución indicada en la ficha técnica.	✓					
El desinfectante preparado se encuentra debidamente rotulado con fecha, hora y responsable de la preparación	✓					
El personal del servicio sigue el protocolo de lavado o higienización de manos cuando va a realizar cada procedimiento (los 5 momentos de lavado de manos de la estrategia multimodal)	✓					
Todas las bandanas de las camas se encuentran arriba y se le explica al paciente la importancia de estas.	✓					

**Hospital San Juan de Dios**

**LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDICAMENTOS**

SERVICIO: [Firma]

FECHA Y HORA DE LA RONDA: [Firma]

COORDINADOR DE AREA: [Firma]

RESPONSABLES DEL CHEQUEO: [Firma]

CRITERIO DE CONTROL	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	EVIDENCIAS
	C	NC	NA		
<b>SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>					
Los medicamentos y soluciones se encuentran adecuadamente almacenados	✓				
Los medicamentos y soluciones se encuentran adecuadamente rotulados (cuando aplique)	✓				
El personal de salud implicado en el uso de medicamentos sigue los protocolos establecidos	✓				
Existe doble verificación de los 5 correctos en la administración de los medicamentos	✓				
Los medicamentos se encuentran semaforizados según protocolo institucional	✓				
Los medicamentos de alto riesgo utilizados en la institución estan definidos e identificados y son conocidos por todo el personal que los utilizan (dispensan, prescriben y administran)			✓		
Se encuentran Medicamentos en uso vencidos.				✓	
<b>SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS</b>					
Los dispositivos medicos se encuentran adecuadamente almacenados	✓				
Los dispositivos medicos se encuentran semaforizados según protocolo institucional	✓				
Se encuentran dispositivos medicos o materiales en uso vencidos.				✓	
Todos los equipos biomédicos cuentan con el instructivo de manejo rápido y sus alertas	✓				
Todos los equipos biomédicos cuentan con el mantenimiento correctivo y preventivo	✓				
Los equipos biomédicos se encuentran en adecuadas condiciones higienicas	✓				
<b>SEGURIDAD EN EL CARRO DE PARO</b>					
El carro de paro cuenta con listados actualizados de medicamentos y dispositivos medicos	✓				
El carro de paro se encuentra sellado y completo	✓				
El carro de paro se encuentra revisado del mismo día	✓				
Los medicamentos, y dispositivos medicos del carro de paro se encuentran semaforizados según protocolo institucional	✓				
Se encuentran Medicamentos y dispositivos medicos en el carro de paro vencidos.				✓	

✓ Posters seguridad y deberes del paciente.



✓ Entrega de posters director administrativo.

