

	GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS		CÓDIGO	FO-GS-15
			VERSIÓN	02
	ESQUEMA HOJA DE RESUMEN			
			FECHA	03/04/2017
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Jefe División de Biblioteca		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad	

RESUMEN DE TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES): NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

NOMBRE(S): ANGEL LEONARDO APELLIDO(S): IBARRA CHAPARRO

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): DEYSI ASTRID APELLIDO(S): MACHUCA ALBARRACÍN

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): PROPUESTA DEL DISEÑO METODOLÓGICO PARA EL PROGRAMA DE AUDITORIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA CLÍNICA SANTA ANA S.A DURANTE EL II SEMESTRE DE 2020

El objetivo fue estructurar un diseño metodológico para el Programa de Auditoria en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el segundo semestre de 2020. El proyecto de pasantía se realizó en modalidad virtual mediante uso de las TICs. Con respecto a la valoración del grado de cumplimiento de los lineamientos para la Seguridad del Paciente, se aplicó el instrumento "Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias del Ministerio de Salud" y se obtuvo un nivel de adherencia del 86%. Se elaboró un diseño metodológico del Programa de auditoría en Seguridad del Paciente que incluyó un flujograma descriptivo de todo el proceso, explicación detallada de la revisión documental y el acceso a los documentos, inventario de protocolos, procedimientos, guías y manuales, descripción del cálculo de la muestra manual-online, descripción de la estructura de las listas de chequeo de cada lineamiento, por otra parte, se elaboró la lista de chequeo de solicitud y dispensación de medicamentos y equipos médicos, también se diseñaron las metodologías de los instructivos de cada lista de verificación. Por último, se realizó socialización del proyecto de pasantía a las directivas y personal de la institución de salud.

PALABRAS CLAVE: Auditoría de enfermería, seguridad del paciente, documentos, lista de verificación, muestreo aleatorio simple.

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 351 PLANOS: __ ILUSTRACIONES: __ CD ROOM: __

PROPUESTA DEL DISEÑO METODOLÓGICO PARA EL PROGRAMA DE AUDITORIA
EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA CLÍNICA SANTA ANA S.A DURANTE EL II
SEMESTRE DE 2020

PRESENTADO POR:

ANGEL LEONARDO IBARRA CHAPARRO

Propuesta de pasantía para optar por el título de Enfermero

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CÚCUTA

2020

PROPUESTA DEL DISEÑO METODOLÓGICO PARA EL PROGRAMA DE AUDITORIA
EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA CLÍNICA SANTA ANA S.A DURANTE EL II
SEMESTRE DE 2020

PRESENTADO POR:

ANGEL LEONARDO IBARRA CHAPARRO

DIRIGIDO POR:

Deysi Astrid Machuca Albarracín

Enf. Esp. Gerencia de servicios de salud

Maestrante de Gerencia de Empresas

Propuesta de pasantía para optar por el título de Enfermero

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CÚCUTA

2020

ACTA DE SUSTENTACION
PROYECTO DE INVESTIGACION

FECHA: 24 DE MARZO DE 2021

HORA: 03:00 P.M

ENLACE CONEXION: meet.google.com/get-swwj-zfb **PROGRAMA:** ENFERMERIA

TITULO DE LA PASANTIA: "PROPUESTA DEL DISEÑO METODOLÓGICO PARA EL PROGRAMA DE AUDITORIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA CLÍNICA SANTA ANA S.A DURANTE EL II SEMESTRE DE 2020."

JURADOS: DEYSI ARSTRID MACHUCA ALBARRACIN
ANGELICA MARIA RINCON SANCHEZ
ROSA MARIA ANDRADE MALDONADO

DIRECTOR: DEYSI ASTRID MACHUCA ALBARRACIN

ESTUDIANTE	CÓDIGO	NOTA	CALIFICACIÓN (A) (M) (L)
<u>ANGEL LEONARDO IBARRA CHAPARRO</u>	<u>1800812</u>	<u>4,3</u>	<u>X</u>

FIRMA JURADOS


DEYSI ASTRID MACHUCA ALBARRACIN


ANGELICA MARIA RINCON SANCHEZ


ROSA MARIA ANDRADE MALDONADO


DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR
Vo.Bo Directora Programa Enfermería



Vigilada Mineducación

GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS



**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA
LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y LA PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

San José de Cúcuta, 07 de Mayo de 2021

Señores
BIBLIOTECA EDUARDO COTE LAMUS
Cúcuta-Norte de Santander

Cordial Saludo:

Yo Ángel Leonardo Ibarra Chaparro identificado con la C.C. N° 1090518678, autor de la tesis y/o trabajo de grado titulado PROPUESTA DEL DISEÑO METODOLÓGICO PARA EL PROGRAMA DE AUDITORIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA CLÍNICA SANTA ANA S.A DURANTE EL II SEMESTRE DE 2020 presentado y aprobado en el año 2021 como requisito para optar al título de Enfermero; autorizo a la biblioteca de la Universidad Francisco de Paula Santander, Eduardo Cote Lamus, para que con fines académicos, muestre a la comunidad en general a la producción intelectual de esta institución educativa, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página web de la Biblioteca Eduardo Cote Lamus y en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Francisco de Paula Santander.
- Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde Internet, Intranet etc.; y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la ley 1982 y el artículo 11 de la decisión andina 351 de 1993, que establece que **“los derechos morales del trabajo son propiedad de los autores”**, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Att,

Ángel Leonardo Ibarra Ch
C.C. 1090518678

Contenido

Introducción	19
Marco referencial	21
1. Título	21
2. Descripción del problema	22
3. Justificación	27
4. Resultados esperados	31
5. Objetivos	32
5.1. Objetivo general	32
5.2. Objetivos específicos	32
6. Referentes teóricos	33
Marco institucional	36
Marco del diseño	50
7. Descripción del proyecto	50

8. Plan operativo	51
9. Valoración del grado de cumplimiento de los lineamientos para la seguridad del paciente	52
9.1. Indicadores monitoreo de la calidad-Resolución 0256 de 2016	102
9.2. Análisis valoración del grado de cumplimiento a los lineamientos del programa de seguridad del paciente	111
10. Diseño metodológico programa de auditoría en seguridad del paciente	114
10.1. Objetivo general	114
10.2. Alcance	114
10.3. Responsables	115
10.4. Definiciones y términos	115
10.5. Flujograma	129
11. Revisión documental	131
11.1. Descripción de acceso a los documentos	131
11.2. Ejemplo de acceso a los documentos	135
11.3. Documentos institucionales	137
11.4. Descripción de acceso a listas de chequeo	141
12. Planeación de auditoría	143

13.	Instrumentos de medición de adherencia a los lineamientos de seguridad del paciente	147
13.1.	Lista de chequeo protocolo de lavado e higienización de manos	147
13.1.1.	Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo protocolo de lavado e higienización de manos	151
13.2.	Lista de chequeo procedimiento de venopunción (prevención de flebitis)	156
13.2.1.	Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo procedimiento de venopunción	160
13.3.	Lista de chequeo protocolo de manejo aislamiento hospitalario	164
13.3.1.	Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo protocolo manejo de aislamiento hospitalario	170
13.4.	Lista de chequeo manual normas de bioseguridad	174
13.4.1.	Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo manual normas de bioseguridad	175
13.5.	Lista de chequeo recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos	179
13.5.1.	Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos	180
13.6.	Lista de chequeo protocolo de administración segura de medicamentos	185
13.6.1.	Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo protocolo administración segura de medicamentos	193
13.7.	Lista de chequeo de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	198

13.7.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo solicitud y dispensación de medicamentos y equipos médicos	201
13.8. Lista de chequeo protocolo de identificación de pacientes	206
13.9. Lista de chequeo valoración del riesgo y prevención de caídas	208
13.9.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo lista de chequeo valoración del riesgo y prevención de caídas	211
13.10. Lista de chequeo de cirugía segura	216
13.10.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo cirugía segura	219
13.11. Lista de chequeo prevención de infecciones del sitio quirúrgico	223
13.11.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo prevención de infecciones del sitio quirúrgico	225
13.12. Lista de chequeo protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión	230
13.12.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión	234
13.13. Lista de chequeo GPC atención al parto	238
13.13.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo GPC atención al parto	243
13.14. Lista de chequeo atención segura al binomio madre-hijo	247

13.14.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo atención segura al binomio madre hijo	262
13.15. Lista de chequeo gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos	266
13.15.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos	269
14. Aplicación muestreo aleatorio simple	274
14.1. Muestra y muestreo	274
14.2. Cálculo de la muestra manual	276
14.3. Ejemplo cálculo de la muestra manual	278
14.4. Cálculo de la muestra online	281
15. Auditoría	282
15.1. Análisis de resultados	283
16. Presupuesto	331
17. Cronograma	332
Conclusiones	333
Recomendaciones	335

Lista de tablas

Tabla 1. Plan Operativo	51
Tabla 2. Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias	52
Tabla 3. Tabla de medición de Adherencia Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias-Ministerio de Salud Protección Social	101
Tabla 4. Indicadores Monitoreo de la Calidad Clínica Santa Ana S.A. Dominio: Seguridad	102
Tabla 5. Indicadores Monitoreo de la Calidad Clínica Santa Ana S.A. Dominio: Seguridad	105
Tabla 6. Inventario de documentos institucionales sobre Seguridad del Paciente	137
Tabla 7. Listas de Chequeo Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente	144
Tabla 8. Estructura de la lista de chequeo protocolo de lavado e higienización de manos	153
Tabla 9. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo protocolo de lavado e higienización de manos”	154
Tabla 10. Estructura de la lista de chequeo procedimiento de venopunción	161
Tabla 11. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo procedimiento de venopunción”	162
Tabla 12. Estructura de la lista de chequeo protocolo de manejo aislamiento hospitalario	171
Tabla 13. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo protocolo de manejo aislamiento hospitalario”	172
Tabla 14. Estructura de la lista de chequeo manual normas de bioseguridad	177
Tabla 15. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo manual normas de bioseguridad”	177
Tabla 16. Estructura de la lista de chequeo recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos	182

Tabla 17. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos”	182
Tabla 18. Estructura de la lista de chequeo protocolo administración segura de medicamentos	195
Tabla 19. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo protocolo administración segura de medicamentos”	195
Tabla 20. Estructura de la lista de chequeo de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	203
Tabla 21. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	203
Tabla 22. Estructura de la lista de chequeo valoración del riesgo y prevención de caídas	213
Tabla 23. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo valoración del riesgo y prevención de caídas”	213
Tabla 24. Estructura de la lista de chequeo de cirugía segura	221
Tabla 25. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo de cirugía segura”	221
Tabla 26. Estructura de la lista de chequeo prevención de infecciones del sitio quirúrgico	227
Tabla 27. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo prevención de infecciones del sitio quirúrgico”	228
Tabla 28. Estructura de la lista de chequeo protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión	235
Tabla 29. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión”	236
Tabla 30. Estructura de la lista de chequeo GPC atención al parto	244

Tabla 31. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo GPC atención al parto”	245
Tabla 32. Estructura de la lista de chequeo atención segura al binomio madre hijo	263
Tabla 33. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo atención segura al binomio madre hijo”	264
Tabla 34. Estructura de la lista de chequeo gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos	271
Tabla 35. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos”	272
Tabla 36. Nivel de confianza	278

Lista de figuras

Figura 1. Entrada principal Clínica Santa Ana S.A.	36
Figura 2. Personal de salud Clínica Santa Ana S.A.	40
Figura 3. Organigrama	45
Figura 4. Mapa de procesos	46
Figura 5. Tipos de procesos	46
Figura 6. Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV)	108
Figura 7. Tasa de Infección de Sitio Operatorio	109
Figura 8. Portada diseño metodológico Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente	113
Figura 9. Flujograma	130
Figura 10. Paso 1. Descripción de acceso a los documentos	131
Figura 11. Paso 2. Descripción de acceso a los documentos	132
Figura 12. Paso 3. Descripción de acceso a los documentos	133
Figura 13. Paso 4. Descripción de acceso a los documentos	133
Figura 14. Paso 5. Descripción de acceso a los documentos	134
Figura 15. Ejemplo de acceso a los documentos	136
Figura 16. Paso 2. Descripción de acceso a listas de chequeo	141
Figura 17. Paso 3. Descripción de acceso a listas de chequeo	142
Figura 18. Paso 4. Descripción de acceso a listas de chequeo	142
Figura 19. Técnicas de auditoría	146
Figura 20. Ejemplo de Muestreo aleatorio simple	275
Figura 21. Fórmula Cálculo Muestreo Aleatorio Simple manual	277

Figura 22. Ejemplo Cálculo Muestreo Aleatorio Simple manual

280

Figura 23. Cálculo de la Muestra Online

281

Lista de anexos

Anexo 1. Lista de chequeo lavado e higienización de manos	285
Anexo 2. Lista de chequeo procedimiento de venopunción (prevención de flebitis)	287
Anexo 3. Lista de chequeo protocolo de manejo aislamiento hospitalario	289
Anexo 4. Lista de chequeo de recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos	292
Anexo 5. Lista de chequeo administración segura de medicamentos	293
Anexo 6. Lista de chequeo de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	297
Anexo 7. Lista de chequeo valoración del riesgo y prevención de caídas	299
Anexo 8. Lista de chequeo de cirugía segura	302
Anexo 9. Lista de chequeo para prevención de infecciones del sitio quirúrgico	304
Anexo 10. Lista de chequeo protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión	305
Anexo 11. Lista de chequeo GPC atención al parto	307
Anexo 12. Lista de chequeo atención segura al binomio madre-hijo	311
Anexo 13. Lista de chequeo gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos	322
Anexo 14. Formato informe de auditoría	326
Anexo 15. Formato plan de mejoramiento	330

Agradecimientos

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a mi madre por su apoyo incondicional, amor y comprensión durante todo mi proceso de formación académica, que me motivó a lograr mis metas sin importar la magnitud de los retos y dificultades. En segundo lugar, a mi tía Martha y mi hermana Yajaira por su confianza y generosidad al colaborarme con recursos materiales para la ejecución del proyecto.

Por otra parte estoy muy agradecido con la directora Deysi Machuca por su colaboración intelectual que terminó siendo fundamental para cumplir los objetivos del proyecto; también por su apoyo emocional para afrontar las dificultades presentadas en el desarrollo del plan operativo, de igual manera, con la coordinadora de calidad de la institución de salud, por habilitarme el acceso a la plataforma institucional para realizar la valoración del grado de cumplimiento de los lineamientos para la seguridad del paciente y el inventario de las herramientas del programa de auditoría.

Introducción

El siguiente proyecto tiene como objetivo estructurar un diseño metodológico del Programa de auditoría en Seguridad del Paciente. La Clínica Santa Ana cuenta actualmente con una Política de Seguridad del Paciente y un Sistema de Gestión de Calidad de la atención, realizando auditorías y seguimiento a los protocolos relacionados con la atención en salud. Sin embargo, no tenían documentado el programa, por consiguiente, fue necesario estructurar un diseño metodológico para el Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el segundo semestre de 2020.

Inicialmente se realizó valoración del grado de cumplimiento a los lineamientos de Seguridad del Paciente aplicando la Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente Obligatorias del Ministerio de Salud y Protección Social donde a pesar de la falta de medición de adherencia a algunos lineamientos en el primer o segundo semestre para evitar la exposición de los gestores de seguridad y ausencia de estudiantes de Enfermería para apoyar el proceso se obtuvo un porcentaje de adherencia del 86%.

Posteriormente se elaboró un diseño metodológico del Programa de auditoría en Seguridad del Paciente que incluyó un flujograma descriptivo de todo el proceso. En el primer paso la revisión documental donde se describió el acceso a los documentos, se

incluyó un inventario de protocolos, procedimientos, guías y manuales de cada lineamiento; en el segundo se abordó la planeación de auditoría donde se incluyeron las metodologías de los instructivos de cada lista de chequeo de los lineamientos de Seguridad del Paciente. En el tercero se realizó la descripción del cálculo del muestreo aleatorio simple manual-online y por último la auditoría donde se describió la sistematización y análisis de los resultados incluyendo la elaboración de formularios e informes.

Marco referencial

1. Título

Propuesta del diseño metodológico para el programa de auditoria en seguridad del paciente de la clínica Santa Ana S.A. durante el II semestre de 2020

2. Descripción del problema

“El abordaje de la seguridad de los pacientes en la atención en salud comenzó de forma concreta con el gobierno de EE. UU que dio los pasos iniciales en la implementación de medidas destinadas a aumentar la seguridad de los pacientes, en respuesta a varios estudios publicados que demostraban la alarmante frecuencia de errores que se cometían en su cuidado y las graves consecuencias que ocasionaban. Es así que impulsó la creación del programa “Errar es humano” (2000) que despertó una muy importante motivación para que, en otros países, se establecieran estrategias similares con la participación de instituciones públicas y privadas”. (Ceriani, 2009, pág. 185) (43)

“En el 2004, la OMS creó la Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy denominado Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar con el deseo de establecer las políticas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes. La Alianza definió los programas a realizar y los encaró como desafíos globales a desarrollar en todo el mundo”. (pág. 185) (43)

Según la OMS “Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes”. (OMS, 2019) (67)

En el estudio realizado por Ashish sobre la carga global de la atención médica insegura evidenció que los eventos adversos debidos a errores en el cuidado médico representan la mayor fuente de morbilidad y mortalidad global 42.7 millones de eventos adversos representan 23 millones años vida perdidos por discapacidad. (Minsalud, 2015, pág. 28) (44)

“Según el Protocolo de Londres, en los eventos adversos hay diversas causas y factores relacionados entre los que se encuentran: deficiencias en los sistemas de salud, falta o escases de insumos, deficiencias en las guías y protocolos, cultura organizacional, deterioro los equipos y tecnología, factor humano”. (Minsalud, 2010) (44)

Por lo tanto la implementación de sistemas de salud más seguros con mejores políticas de atención en Seguridad del Paciente contribuye a que se presente menor incidencia de eventos adversos.

Zarate y Olvera, et al, evidenciaron en su estudio sobre factores relacionados con eventos adversos en UCI, que los eventos adversos ocasionaron un daño en más de la mitad de los casos (51.1%) y estuvieron relacionados con incapacidad temporal o permanente. Entre los factores más relacionados encontraron: falta de supervisión (62.8%) y de adherencia a protocolos (57.7%), la falta de habilidades en el personal de salud (36.5%). (pág. 68) (45)

“La investigación IBEAS realizada en Latinoamérica en 5 países (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidenció el problema sobre seguridad del paciente, donde en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. Posteriormente el estudio AMBEAS realizado en 4 países de Latinoamérica, sobre prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, arrojó que en 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos graves fue del 5.6%”. (Minsalud, 2010, pág. 27) (44)

A nivel nacional según el estudio IBEAS, “la incidencia de daño como consecuencia de un evento adverso, mostró una prevalencia del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento”. (pág. 27) (44)

El Ministerio de Salud de Colombia estableció con el (Decreto 1011 de 2006) el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social a través de su componente de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente y con su otro componente (PAMEC) el mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud. (46) (47)

Por otra parte, en los estándares de los procesos prioritarios de la Resolución 3100 de 2019 que “definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los mismos y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación” estableciendo que el prestador de salud, debe adoptar y realizar prácticas seguras, según aplique a su servicio de salud, es decir, que en el caso de la clínica Santa Ana S.A por ser una institución de mediana y alta complejidad aplican todas las establecidas en la normatividad. (Minsalud, 2019, pág. 73) (29)

La Clínica Santa Ana cuenta actualmente con una Política de Seguridad del Paciente y un Sistema de Gestión de Calidad de la atención, realizando auditorías y seguimiento a los protocolos relacionados con la atención en salud. Sin embargo, no tenían documentado y tampoco estructurado el Programa de auditoría para la Seguridad del Paciente de manera que le sirvieran en los planes de mejoramiento para los procesos

abordados desde el sistema de Gestión de calidad de la Clínica. (64) Por consiguiente, fue necesario estructurar un diseño metodológico para el Programa de Auditoria en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el segundo semestre de 2020.

3. Justificación

Desde la emisión del concepto “errar es humano” por el instituto de Medicina de Estados Unidos en el año 2000 y los resultados arrojados en diversos estudios a nivel internacional, entre los que se destacan dos investigaciones Latinoamericanas, una de gran relevancia es el IBEAS donde en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención, y la investigación AMBEAS que arrojó que la prevalencia de eventos adversos graves fue del 5.6% en la atención ambulatoria, 73.3% fue necesario que se empezará a trabajar en la implementación de múltiples prácticas seguras, buscando disminuir continuamente la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención en salud. (Minsalud, 2010) (44)

En el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de Acreditación en Salud, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, por lo tanto, fue necesario que las instituciones de salud diseñaran e implementaran un programa de seguridad del paciente, de igual manera, buscaran mejorarlo continuamente. (Minsalud, 2005) (49)

Desde el año 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” que menciona:

“Entre sus objetivos direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura, disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud”. (pág, 11)
(50)

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) que a través de su componente de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente y con su otro componente (PAMEC) “que es un mecanismo sistemático, continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”. (Minsalud, pág. 3) (46) (47)

“La acreditación en salud es un proceso que tiene grandes retos para las instituciones prestadoras de servicios de salud, dado que su fin principal es reconocer entidades habilitadas con estándares

superiores de calidad en atención en salud y que promuevan el uso de buenas prácticas clínicas”. (Gracia & Navarrete, et al, 2018, pág. 1) (55) “El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud está especialmente diseñado para dirigir a las instituciones que deseen voluntariamente postularse a un proceso de acreditación”. (2018, pág. 4) (55)

“La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño”. (OMS) (54)

El siguiente proyecto tuvo como objetivo estructurar un diseño metodológico para el Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el segundo semestre de 2020 ya que, aunque la institución cuenta con un programa de seguridad del paciente documentado, implementado y socializado, la medición de la adherencia al programa de auditoría que han venido realizando no estaba documentada ni estructurada con una metodología para poder avalar o auditar las estrategias que apuntan a la acreditación en Seguridad del Paciente.

El proyecto es relevante a nivel académico porque con el diseño de las metodologías de auditorías en Seguridad del Paciente se logra documentar como se van a realizar todos los procesos de relación docencia servicio durante la práctica formativa de los estudiantes de enfermería en la institución de salud y de igual manera contribuye a fortalecer el programa de auditoría de mejoramiento continuo de la calidad como uno de los ejes de acreditación en salud.

A nivel investigativo es importante para la Clínica Santa Ana porque le queda la estructuración del diseño de las Auditorías en Seguridad para que lo apliquen en planes de mejoramiento para los procesos abordados desde el sistema de gestión y mejoramiento continuo de calidad que apunte a la acreditación en Seguridad del Paciente; de igual manera contribuye para el programa cuando se presenten los procesos de evaluación externa para reacreditación institucional. A nivel social se genera un impacto porque se mejora la calidad de la atención en los diferentes servicios de la institución.

4. Resultados esperados

- Estructuración de un diseño metodológico para el Programa de Auditoria en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el segundo semestre de 2020.
- Valoración del grado de cumplimiento de los lineamientos para la seguridad del Paciente mediante una autoevaluación aplicando el instrumento del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Diseño y documentación de las herramientas que se emplearan para la auditoria en las diferentes estrategias o lineamientos implementados por la Clínica Santa Ana.
- Socialización de las herramientas sobre Seguridad del Paciente a las directivas y el equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

- ✓ Estructurar un diseño metodológico para el Programa de Auditoria en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el segundo semestre de 2020.

5.2. Objetivos específicos

- ✓ Valorar el grado de cumplimiento de los lineamientos para la seguridad del Paciente mediante una autoevaluación aplicando el instrumento del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Diseñar y documentar las herramientas que se emplearan para la auditoria en las diferentes estrategias o lineamientos implementados por la Clínica Santa Ana.
- ✓ Socializar las herramientas a las directivas y el equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana.

6. Referentes teóricos

Madeleine M. Leininger-Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales

“El objetivo de la teoría según Leininger es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas, cuidados que sean beneficiosos y útiles para los pacientes o el grupo familiar”.
(Raile & Marriner, 2011) (52) (53)

Entre los principales conceptos de la teoría se encuentran:

“Universalidad de los cuidados culturales que se refiere a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.” (Raile & Marriner, 2011, pág. 460) (53)

“Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales: Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a los pacientes a reorganizar, cambiar y modificar en gran medida sus modos de

vida para obtener nuevos resultados, diferentes y beneficiosos.”

(Raile & Marriner, 2011, pág. 461) (53)

“Cuidados enfermeros competentes con la cultura: Hace referencia al uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitario basado en la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o grupos para el bienestar y la salud beneficiosa y satisfactoria o para afrontar la enfermedad, las discapacidades.” (Raile & Marriner, 2011, pág. 461) (53)

“Leininger definió la Enfermería Transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicción sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención en salud específicamente de la cultura y lo universal”. (Berdayes, 2004) (52)

Núñez plantea que la cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen los profesionales en su práctica, para garantizar que no experimentaran daños innecesarios o potenciales asociados a la atención en salud. (51)

Por consiguiente como plantea la teoría de Leininger sobre la importancia del cuidado en la atención teniendo en cuenta la universalidad, con la implementación de políticas de atención estandarizadas expresadas en protocolos y guías de práctica clínica basados en la evidencia, sumados a la adquisición de los conocimientos y habilidades para identificar, analizar e intervenir los errores y eventos adversos de la atención en salud, resulta indispensable para los profesionales de enfermería quienes están involucrados de manera profunda con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio y lograr la satisfacción del usuario en el cuidado y seguridad del paciente como: identificación del paciente, comunicación efectiva, manejo seguro de medicamentos, prevención de caídas e infecciones nosocomiales, prevención de lesiones por presión, etc.(51)

Marco institucional

Clínica Santa Ana nombre de la IPS– naturaleza y nivel de complejidad



Figura 1. *Entrada principal Clínica Santa Ana S.A.*

[Fotografía]. Disponible en: <https://www.clinicasantaanasa.com/misitio>

La Clínica Santa Ana S.A es una IPS de baja, mediana y alta complejidad que presta servicios a usuarios del régimen contributivo. La institución trabaja por prestar una atención cálida, humana, oportuna, y con los más altos estándares de servicio para contribuir a mejorar la calidad de la atención. (Clínica Santa Ana S.A) (56)

Datos de ubicación de la IPS

La sede Principal de la clínica está ubicada en la Avenida 11E 8-41 Barrio COLSAG y la sede Norte en la Calle 4N # 11E-147 BARRIO SAN EDUARDO en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander. (56)

Reseña histórica de la entidad

Hace más de 50 años, un grupo selecto de médicos visionarios: Alirio Sánchez Mendoza, Mario Mejía Díaz y Jorge Enrique Pérez, concibieron la idea de crear una clínica privada, debido a la necesidad que presentaban los cucuteños y las personas que llegaban a la ciudad para obtener tratamientos a sus dolencias y una atención de calidad. Para esa época la atención en Salud, la prestaba el Hospital San Juan de Dios, el cual contaba con un área destinada para pacientes privados, llamada pensión primera y pensión segunda; la cual era insuficiente para las necesidades de la época. (56)

La Clínica Santa Ana fue la primera institución privada que se fundó en el Departamento Norte de Santander, comenzó sus labores en enero de 1956, en una casa situada en la calle 16 entre avenidas 3 y 4, al lado de la Lonchería Cúcuta; a esta casa se le realizaron las adecuaciones necesarias para prestar los servicios de hospitalización, maternidad y cirugía. (56)

Los socios fundadores de este gran proyecto fueron los doctores: Carlos E. Ardila Ordoñez, Luis Humberto Duplat, Luis Febres Cordero, Lucio Figueredo Corrales,

Gustavo Villamizar, Sergio Lamus Guerrero, Joaquín Abello Peñaranda, Hernando Villamizar Florez, Jorge Enrique Pérez, Alirio Sánchez Mendoza, Alfonso Sanjuán, Ernesto Buitrago, José María Rodríguez, Alfredo Landinez, salvador Cristancho González, Pedro H. Fuentes Hernández, Homero Niño, Humberto Faillace, Carlos Celis Carrillo Y Alberto Duarte Contreras. Debido al incremento en la demanda de servicios y del progresivo desarrollo de la ciudad, el Dr. Alfredo Landinez gestionó la compra de los terrenos donde funciona actualmente la Clínica, los cuales fueron comparados a la Colombian Petroleum Company. (56)

El 20 de abril de 1959, se dio inició a la construcción de la nueva sede, colocándose una piedra simbólica para conmemorar este importante hecho histórico. Durante la construcción se presentaron muchos imprevistos, debido a que, al excavar en los terrenos para hacer los cimientos, se encontró agua, por la cercanía al río Pamplonita. Esto hizo que los recursos destinados a la construcción se agotaran, pues se necesitó hacer obras civiles adicionales con la consecuente paralización de la construcción por un buen tiempo. Pero con la perseverancia de los fundadores, con el liderazgo del Dr. Landinez quien gestionó un préstamo ante el Banco Comercial Antioqueño y con el apoyo de otros colegas que se sumaron al proyecto, se logró terminar la obra. (56)

En 1973 se abrieron las puertas de la nueva Clínica Santa Ana en el Barrio Colsag, siendo la primera institución privada construida con un diseño exclusivo para la prestación de servicios de salud. Ante la llegada de nuevas generaciones de médicos y la apremiante necesidad de instalar nuevos servicios, la Clínica cambió su figura jurídica a

sociedad anónima el 28 de julio de 1993. En 1978 se conformó el condominio del Centro de Especialistas, conformado por 16 modernos y cómodos consultorios.(56)

Direccionamiento estratégico

Plataforma estratégica

Misión. La Clínica Santa Ana es una IPS de alta complejidad, que con el mejor talento humano de la región, trabaja por prestar una atención cálida, humana, y con los más altos estándares de servicio para contribuir con nuestro trabajo en La construcción de una mejor sociedad para las futuras generaciones. (56)

Visión. En el 2025 la clínica será reconocida en la región por ser la primera IPS que ofrece a clientes y usuarios todas las especialidades y subespecialidades medicas de manera integral, consolida el programa de trasplantes, sobresale por la investigación científica y mantiene un alto nivel de reconocimiento y prestigio en todos los grupos de interés. (56)

Política de calidad. La Clínica Santa Ana S.A mediante la política de calidad permitirá su sostenibilidad financiera basada en sistemas de información y nuevas formas de negocio, incentivando la investigación que permita el fortalecimiento de las competencias del talento humano para garantizar accesibilidad a una atención integral, segura, con trato humanizado basado en la comunicación asertiva entre el equipo de

salud, usuarios, familiares y visitantes, en un ambiente cómodo; como fin de su responsabilidad social. (56)



Figura 2. Personal de salud Clínica Santa Ana S.A.

(2020). [Fotografía]. Disponible en: <https://www.laopinion.com.co/cucuta/clinica-santa-ana-se-ilumina-de-naranja-en-homenaje-al-personal-de-salud>

Valores corporativos. Respeto por los demás, responsabilidad en todos los actos, compromiso de todos, lealtad personal e Institucional, ética y moral en todos los actos. (56)

Principios corporativos. Fortalecer el clima y la cultura organizacional, desarrollar y fortalecer el talento humano, desarrollar y mantener la investigación, el mejoramiento y el aprendizaje continuo, certificar los procesos, desarrollar la infraestructura física y tecnológica que permita el crecimiento y la cobertura de las

operaciones propias de la clínica, fortalecer la gestión institucional, maximizar la satisfacción de los clientes, retener y conseguir nuevos clientes, mejorar la productividad.

(56)

Política de calidad

La Clínica Santa Ana S.A mediante la política de calidad permitirá su sostenibilidad financiera basada en sistemas de información y nuevas formas de negocio, incentivando la investigación que permita el fortalecimiento de las competencias del talento humano para garantizar accesibilidad a una atención integral, segura, con trato humanizado basado en la comunicación asertiva entre el equipo de salud, usuarios, familiares y visitantes, en un ambiente cómodo; como fin de su responsabilidad social.

(56)

Responsabilidad social

Calidad, seguridad y accesibilidad a los servicios de la salud. El equipo humano de la Clínica Santa Ana, se compromete con los usuarios a cuidar de la vida y salud. La razón de ser de la clínica son los pacientes, con quienes están comprometidos de manera entusiasta. Reconocen a los usuarios con un ser único, merecedor de respeto. Se aporta lo mejor para su recuperación y bienestar a través de un servicio oportuno, competente y con altos estándares técnico-científicos. Suministran una información clara, respetuosa, suficiente y veraz. (56)

La filosofía de la institución radica en el respeto por la vida y la dignidad humana. Su principal compromiso es con el paciente, por esto por eso se preocupan constantemente por mejorar la calidad de los servicios, mediante investigaciones y capacitación permanente. De igual manera son muy exigentes tanto en la selección de nuestro recurso humano, como en el seguimiento de sus actividades cotidianas. (56)

Promesa del Servicio: En el actuar tienen en cuenta a la familia, allegados y a la comunidad. Utilizan la tecnología adecuada para su beneficio, en armonía con el medio ambiente. Procuran los mejores resultados, con el mínimo riesgo y a un costo razonable. (56)

La clínica se compromete a proporcionar la información oportuna, necesaria y certera que facilite la continuidad de la atención y la gestión de los intereses comunes. Propician el trabajo en equipo, facilitan la comunicación, el diálogo constructivo y la toma oportuna de decisiones justas. Construyen un ambiente de confianza con horizonte de largo plazo, para beneficio de todos. (56)

Compromiso con los colaboradores y sus familias. La Clínica trabaja en el desarrollo humano, la integridad, la participación, la seguridad, la salud y el bienestar de sus colaboradores. Utilizando estrategias que comienzan por el cumplimiento de las obligaciones legales, pero son trascendidas por la convicción de que son una familia dispuesta a darlo todo por nuestros usuarios. (56)

Gestión con los proveedores de bienes y servicios. A través de la gestión de compras, se establecen negociaciones y prácticas transparentes, en lo posible de largo plazo y que beneficien al paciente, al proveedor y a la clínica. En el proceso de Selección, Evaluación y Reevaluación, se busca incentivar la responsabilidad de proveedores comprometidos con la sociedad y el medio ambiente. (56)

Cuidado y compromiso con el medio ambiente. Todas las actividades de la Clínica tienen un estrecho vínculo con el medio ambiente, debido al constante intercambio con los recursos tales como el agua, los productos químicos, los medicamentos y la energía, los cuales, al ser utilizados, producen diferentes tipos de residuos que pueden afectar el entorno, generando agua contaminada, emisiones atmosféricas, residuos peligrosos y no peligrosos. (56)

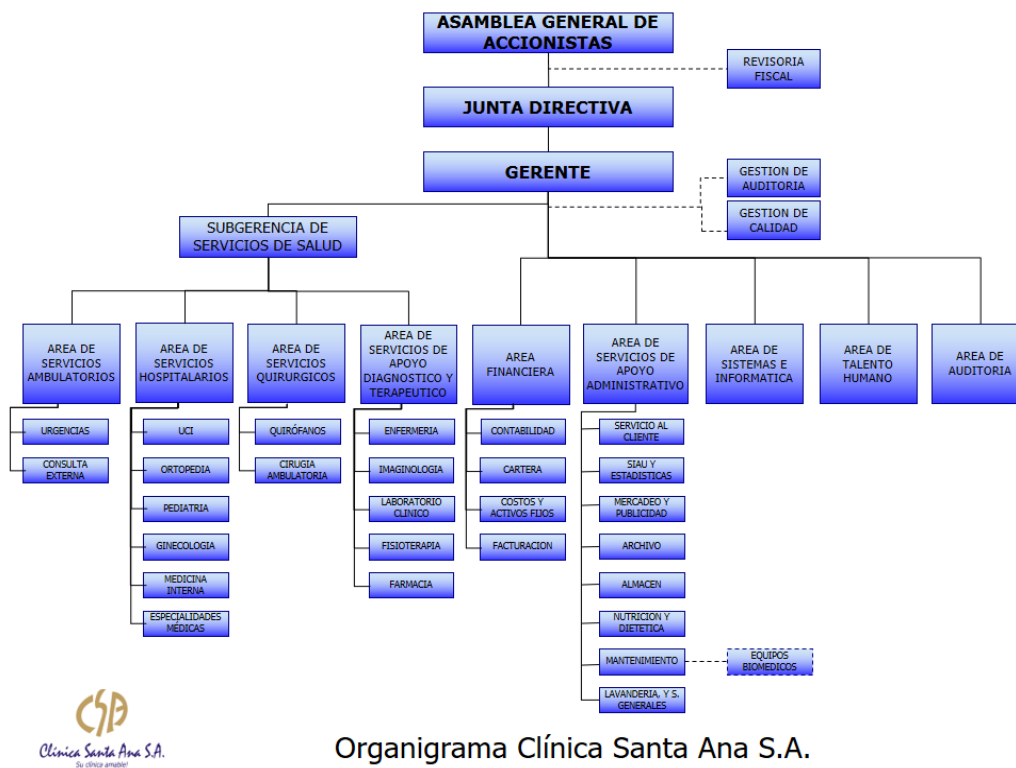
En la Clínica se desarrolla programas ambientales para controlar, prevenir y mitigar los impactos ambientales generados por el servicio de salud que prestan a todas las personas; para fortalecer la cultura ambiental en la Clínica lo hacen a través de diferentes medios internos de comunicación: sensibilización y capacitación a grupos de colaboradores de la clínica, plegables ambientales, comité ambiental, sistema interno de televisión, campañas ambientales, publicación de artículos en el informativo institucional “Salud y Encuentros”. (56)

Relaciones con la comunidad. La Clínica Santa Ana es una institución comprometida con la sociedad que coopera en el desarrollo económico y social de Cúcuta

y Norte de Santander mediante la generación de valores que garanticen unas condiciones de empleo sostenibles. (56)

El compromiso de la Clínica se refleja en el desarrollo de actividades de impacto en la sociedad orientadas hacia la generación de valor social, el cuidado del medio ambiente y el cumplimiento de las normas administrativas. Todas las actividades desarrolladas por la clínica Santa Ana S.A se rigen bajo los siguientes lineamientos: accesibilidad al derecho a la salud, atención médica y social, educación en salud, gestión ambiental, bienestar social o laboral, cooperación y donaciones, a morir con dignidad, agotando los recursos disponibles, permitiendo que el proceso de muerte siga su curso natural. (56)

Organigrama Clínica Santa Ana S.A



Organigrama Clínica Santa Ana S.A.

Figura 3. Organigrama

Disponible en: Plataforma de Gestión de Calidad de la Clínica Santa Ana S.A.

Mapa de procesos

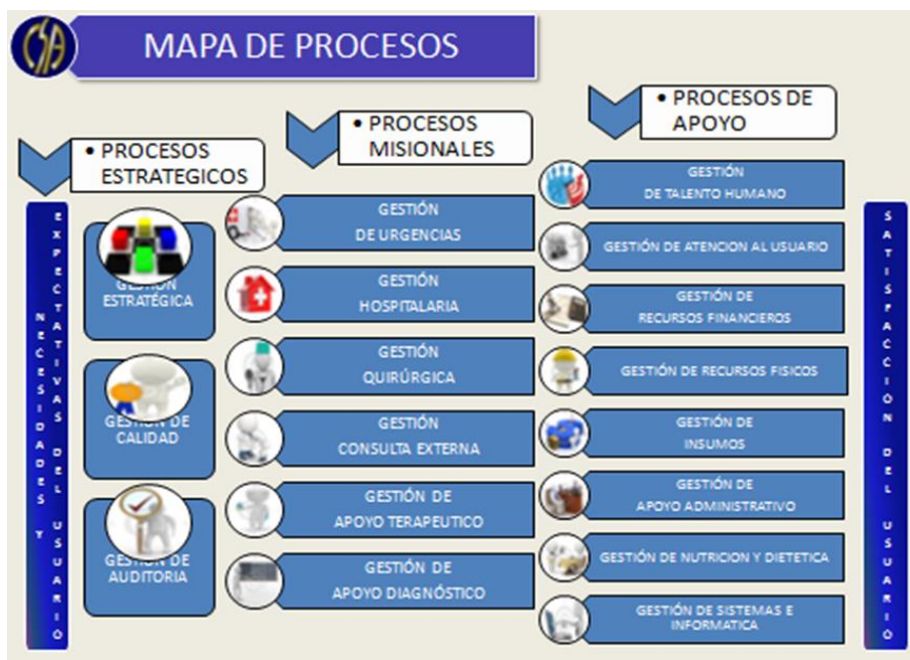


Figura 4. Mapa de procesos

Disponible en: Plataforma de Gestión de Calidad de la Clínica Santa Ana S.A.



Figura 5. Tipos de procesos

Disponible en: Plataforma de Gestión de Calidad de la Clínica Santa Ana S.A.

Portafolio de servicios

Urgencias. El servicio de Urgencias trabaja las 24 horas con un equipo de profesionales altamente calificados, cuenta con el apoyo permanente de áreas como: Laboratorio clínico, rayos X, tomografía, resonancia, ecografía, cirugía, Hospitalización, unidad de cuidados intensivos entre otros, para brindar una atención integral con gran calidad médica enfocada en la seguridad del paciente. Se incluyen: Consultorio triage, consultorios de medicina general, consultorios de medicina especializada, sala ERA (enfermedades respiratorias agudas), sala de procedimientos menores, sala de procedimientos para la atención de trauma, sala de reanimación, sala de yesos, salas de observación. (56)

Consulta externa - medicina especializada. Cirugía general, cirugía pediátrica, ginecoobstetricia, ortopedia y/o traumatología, pediatría, medicina interna, anestesia, cirugía plástica y estética, cirugía de mano, cirugía bariátrica. (56)

Servicios complementarios. Servicio de nutrición y dietética, servicio farmacéutico 24 horas, servicio de información y atención al Usuario (SIAU), central de citas, facturación sistematizada 24 horas, auditoría Médica, auditoría de calidad, asesoría Jurídica, asistencia religiosa, servicio al cliente. (56)

Mecanismos de control

Comité de seguridad del paciente

La Clínica Santa Ana cuenta con 17 comités institucionales organizados para el cumplimiento de diversos objetivos. Entre ellos, se encuentra en Comité de Seguridad del Paciente que se reúne mensualmente, está conformado por: el subgerente médico, el auditor de calidad, coordinador de urgencias, coordinador de enfermería, coordinador de vigilancia epidemiológica, coordinador de gestión documental, coordinadores de SIAU y servicio al cliente, referente de seguridad del paciente, y representante del equipo médico. (56)

Programa de Seguridad del Paciente Clínica Santa Ana S.A

La Clínica Santa Ana cuenta con el Programa de Seguridad del Paciente creado en el año 2011 y actualizado en el 2014 en conjunto con los estudiantes de la Universidad Francisco de Paula Santander y cuyo propósito es desarrollar e implementar estrategias que permitan incentivar, promover y gestionar prácticas seguras en la atención en salud las cuales mediante su evaluación, medición y seguimiento permitirán disminuir la ocurrencia de situaciones que afecten al paciente y su familia durante la prestación del servicio. (56)

La última versión aprobada de la Política de Seguridad del Paciente es la número 3 (2019), el documento incluye los lineamientos de los paquetes instruccionales de buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias del Ministerio de Salud y Protección Social; en la política institucional se dividen en 13 lineamientos. Al documento se le realizaron algunos ajustes en la nueva Versión 4 (2020). Sin embargo, el documento aún no ha sido revisado y aprobado por el área de Calidad. (56)

Marco del diseño

7. Descripción del proyecto

La clínica Santa Ana inició los procesos de habilitación institucional desde el año 2002, dejando como guía los estándares por área, se estableció el Sistema de Gestión de Calidad y se conformó el área para que lo diseñe y lo controle. Después de registrarse en el REPS, en el año 2005 recibieron visita de verificación de los entes de vigilancia y control y de acuerdo a las recomendaciones realizadas a los procesos se iniciaron los planes de mejoramiento. La clínica creó el Programa de Seguridad del Paciente en el 2011 antes de ser requisito de habilitación. En el 2014 se actualizó con apoyo de los estudiantes de Enfermería; la última versión 4-2020 se encuentra en proceso de revisión y aprobación por el área de Calidad. (56)

El siguiente proyecto tuvo como objetivo estructurar un diseño metodológico para el Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana durante el segundo semestre del 2020. El proyecto se realizó por tele trabajo desde casa mediante uso de las TICs. Se inició valorando inicialmente el grado de cumplimiento de los lineamientos para la seguridad del Paciente mediante una autoevaluación aplicando el instrumento del Ministerio de Salud y documentando las herramientas que se emplearan para la auditoría en las diferentes estrategias o lineamientos implementados en la institución. Finalmente se dejó diseñada la metodología del Programa de Auditoría que el Sistema de Gestión de Calidad de la institución necesita para poder avalar o auditar las estrategias que apuntan a acreditación de seguridad del paciente.

8. Plan operativo

Tabla 1. Plan Operativo

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA IDENTIFICADO	CAUSA DEL PROBLEMA IDENTIFICADO	EFFECTO DEL PROBLEMA IDENTIFICADO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO Y OBJETIVOS	ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	INDICADORES	METAS	UNIDAD DE MEDIDA DEL INDICADOR	FECHA DE INICIACIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN
FALTA DE ESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	La institución no tiene documentado el Programa de Auditoría de Seguridad del Paciente.	Disminución de la Calidad de la Atención en Seguridad del Paciente	INVESTIGACION	Aplicar la Lista de Chequeo de Buenas Práctica sobre Seguridad del Paciente Obligatorias.	Nº DE BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS REALIZADAS RELACIONADAS CON EL PROGRAMA AUDITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	5 FUENTES BIBLIOGRÁFICAS REVISADAS SOBRE EL PROGRAMA DE AUDITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	NUMERICA	13/10/2020	03/11/2020
			Valorar el grado de cumplimiento de los lineamientos para la seguridad del Paciente mediante una autoevaluación aplicando el instrumento del Ministerio de Salud y Protección Social.	Nº DE INSTRUMENTOS APLICADOS SOBRE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	1 INSTRUMENTO APLICADO SOBRE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
			INVESTIGACION	Realización de inventario de todas las herramientas de seguridad del paciente de la Clínica Santa Ana.	Nº DE HERRAMIENTAS DISEÑADAS SOBRE AUDITORIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	1 HERRAMIENTA DISEÑADA SOBRE AUDITORIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	NUMERICA	04/11/2020	25/11/2020
			EDUCATIVA	Realizar una sesión educativa a las directivas y el equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana.	Nº DE PERSONAL ASISTENTE A LA SESIÓN EDUCATIVA/ Nº DE PERSONAL ASISTENTE A LA SESIÓN EDUCATIVA x 100	80% PERSONAL CAPACITADO	PORCENTUAL	26/11/2020	12/02/2021

Fuente: Plan operativo elaborado por investigador del proyecto de extensión denominado: *Propuesta del Diseño Metodológico para el Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el II semestre de 2020*

9. Valoración del grado de cumplimiento de los lineamientos para la seguridad del paciente

Tabla 2. Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias
Ministerio de Salud y Protección Social (57)

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1. CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS				TOTAL DE SUBÍTEMS EVALUADOS: 11 % CUMPLIMIENTO: 100%
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad				
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia).	Evidencia del compromiso profesional con la atención Segura a través de una política que incluya: Propósitos, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, metodología de análisis de causa de los incidentes y eventos adversos.	X		La Clínica Santa Ana cuenta con una Política de Seguridad del Paciente-Versión 3 (2019), que cumple los lineamientos establecidos en el Decreto 1011 de 2006 del SOGC del Sistema General de Seguridad Social en su Componente de Habilitación. También tiene establecido un Comité de Seguridad del Paciente en su Política y un Sistema de detección, análisis y gestión de eventos adversos “Protocolo de Londres”. Al Programa de Seguridad del Paciente se le realizaron algunos ajustes y se encuentra en proceso de actualización para su versión 4 (2020). El Programa de Seguridad del Paciente de la institución se maneja por procesos: Enfermería, Epidemiología, Cirugía, Laboratorio Clínico,

Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad.	No aplica.	X	<p>Servicio Farmacéutico, Servicio Transfusional, etc.</p> <p>La institución cuenta con un Comité de Seguridad del Paciente que se reúne mensualmente conformado principalmente por la Referente líder de Seguridad del Paciente y la Coordinadora de Calidad cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad.</p> <p>Al realizar la revisión se evidencia el soporte físico y escaneado (actas de reunión, formato de registro de asistencia, formato para la evidencia de socialización, autorización para toma fotográfica) y fotografías de la socialización de la Política de Seguridad del Paciente al personal de la institución.</p> <p>El Programa de Seguridad del Paciente de la institución se maneja por procesos: Enfermería, Epidemiología, Cirugía, Laboratorio Clínico, Servicio Farmacéutico, Servicio Transfusional, etc.</p>
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como	No aplica el Comité de Seguridad pero sí la evidencia de análisis de causa a las fallas que se presenten.	X	<p>La clínica cuenta con un Comité de Seguridad del Paciente establecido que se reúne mensualmente conformado por: Subgerente Médico, Coordinador de Calidad, Coordinador de Talento humano, Coordinador de Urgencias, Coordinador de Enfermería, Coordinador de Vigilancia Epidemiológica, Coordinador de Esterilización, Coordinador de Laboratorio Clínico, Coordinador Servicio Farmacéutico,</p>

invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso).

Coordinador de Mantenimiento y Servicios Generales, Coordinador de Cirugía, Nutrición, Compras y Almacén, Coordinador de Gestión al Usuario, Trabajador Social, Coordinador Sede Norte, Representante de los Trabajores, Representante del Equipo Médico, Referente de Seguridad del Paciente. También participan como invitados los representantes de cada proceso y los que participaron en la atención.

b. Fortalecimiento de la Cultura institucional.

Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos).

Aplica si cuenta con personal de apoyo.

X

Al realizar la revisión se evidenció el soporte físico y escaneado (actas de reunión, formato de registro de asistencia, formato para la evidencia de socialización, autorización para toma fotográfica) y fotografías de la socialización semestral de la Política de Seguridad del Paciente-Versión 3 (2019) por medio de sesiones educativas al personal de los diferentes servicios de la clínica.

También que la clínica tiene un aplicativo de Registro y Gestión de Eventos Adversos, un Procedimiento para el reporte y gestión de incidentes y eventos adversos donde describe el proceso de diligenciamiento en el aplicativo, un Formato de gestión de eventos adversos y una metodología institucional de Análisis-Causa “Protocolo de Londres” con evidencias de socialización.

c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos.

Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	Debe contar con un registro de las fallas que se presenten durante la atención.	X	<p>Al realizar revisión documental se evidenció que la institución cuenta con un Sistema aplicativo de Registro y Gestión de Eventos Adversos y un Procedimiento para el reporte y gestión de incidentes y eventos adversos” Versión 4 (2016) donde describe el proceso de diligenciamiento del aplicativo que también incluye términos y definiciones.</p> <p>El reporte lo realiza de forma individual y voluntaria cualquiera de los colaboradores involucrados en el proceso de la institución. El proceso se realiza diligenciando la información en el aplicativo de la plataforma de la clínica; con el aplicativo se busca fortalecer una cultura de reporte de eventos ya que no son punitivos los reportes. Sin embargo, la Referente de Seguridad del Paciente debe realizar un análisis de los eventos reportados junto con el apoyo de la Coordinadora de Calidad y definir si se inicia o no el proceso teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional posteriormente el Comité de Seguridad del Paciente definirá las medidas correctivas y acciones de mejora.</p>
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, este análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad.	Aplica el análisis de causa por el profesional, no en comité de seguridad.	X	<p>Se evidenció soporte digital de que la institución tiene implementado un sistema de Análisis-Causa “Protocolo de Londres” para identificar las fallas en la atención en salud.</p> <p>El análisis de casos se realiza en la reunión mensual del Comité de Seguridad del Paciente e incluye la definición de acciones de</p>

mejoramiento y barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad.

d. Procesos Seguros.

Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados.	Aplica.	X	Se evidenció que en la institución realizan los análisis de casos a cargo de la Referente de Seguridad del Paciente y la Coordinadora de Calidad que definen si se inicia o no el proceso teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. De igual manera se pudo observar que realizan valoración de los eventos que más se presentan y más riesgos generan en los procesos asistenciales.
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados.	Aplica.	X	Se evidenció que después de que deciden iniciar el proceso el Comité de Seguridad del Paciente define las medidas correctivas y acciones de mejoramiento para los procesos que presentaron fallas y a los involucrados en el proceso de atención dependiendo del análisis causa realizado. De igual manera se evidenció formulación de acciones de mejoramiento a los eventos que más se presentan y más riesgos generan en los procesos asistenciales.
Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados.	Aplica.	X	Se evidenció soporte digital de seguimiento a las acciones de mejoramiento y preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos en los procesos asistenciales realizados.
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.	Aplica para los servicios que ofrece.		La institución cuenta con un Procedimiento para desarrollo y adopción de guías basadas en la evidencia versión 1 (2015). En la descripción de actividades se deben recopilar, registrar las 10

	X	<p>primeras de atención por unidad funcional y reportar mensualmente en el informe de gestión. Posteriormente, se realiza la consolidación, luego se identifica la necesidad de desarrollo y adopción de la Guía de Práctica Clínica. Por último, se realiza un cronograma donde se reúne el Comité de Gestión de Enfermería que designa el equipo de trabajo investigador. Utilizan la metodología AGREE 2 que es una herramienta que evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una guía. El instrumento evalúa el objetivo de la guía, el nivel de evidencia científica y la población diana.</p>
<p>Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera este tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución</p>	<p>Aplica para los servicios que ofrece.</p> <p>X</p>	<p>La clínica cuenta con Procedimiento para desarrollo y adopción de guías basadas en la evidencia versión 1 (2015) donde se describen el proceso.</p> <p>De igual manera tienen desarrollados protocolos de las 10 primeras patologías de mayor incidencia en los servicios y adoptada guías de atención integral de problemas de Salud Pública (COVID-19, Zika, Síndrome Guillain, etc), atención a usuarios en condiciones especiales (Víctimas de Violencia Sexual), manual de radioprotección, procedimientos esenciales de mayor demanda por cada servicio (Recibo y entrega de turno, elaboración de planes de cuidado, control de signos vitales, control de líquidos administrados y eliminados, toma de EKG, toma de gases arteriales, etc) y</p>

y por servicio.

procedimientos de manejo de equipos médicos y tecnologías (manejo de bomba de infusión, monitor de signos vitales, monitor fetal, termómetro, glucómetro, carro de paro, laringoscopia, etc).

2. MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

TOTAL DE SUBÍTEMS EVALUADOS: 2
% CUMPLIMIENTO: 100%

La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia.

No aplica.

X

La clínica realiza evaluación semestral de medición de adherencia a los protocolos, manuales y guías de atención basados en los lineamientos establecidos en la institución y paquetes instruccionales de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente obligatorias del Ministerio de Salud. Realiza planes de mejoramientos si hay falta de adherencia a los protocolos y guías de atención de los lineamientos obligatorios priorizados según necesidad y disponibilidad.

La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen.

X

Se evidencia un consolidado general de Indicadores de Notificación Obligatoria en Seguridad del Paciente (2020): Dominio Seguridad de la Resolución 0256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

TOTAL DE SUBÍTEMS EVALUADOS: 16
% CUMPLIMIENTO: 97%

Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las

Aplica el análisis de causa del evento adverso por el profesional, no en

X

Se evidenció documentación y soporte físico-digital del análisis causa del evento adverso: infección asociada a la atención en salud en reunión de Comité de Seguridad del Paciente

acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	comité de seguridad.	(actas de reunión, formato de notificación de eventos adversos, fomato de análisis de casos y análisis-causa “Protocolo de Londres”: con identificación de acciones inseguras y factores contributivos del evento adverso, informe con plan de mejoramiento).	
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado.	Aplica.	X	La institución tiene un Protocolo de lavado e higienización de manos, Guía de lavado e higienización de manos y un Procedimiento de lavado e higienización de manos con versiones 2° (2015).
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.	X	<p>Al realizar revisión documental se evidenció que la institución tiene una Lista de chequeo de medición de adherencia al Protocolo de Lavado e Higienización que consta de 40 ítems (modificada). También, cuenta con un informe de medición de adherencia al Protocolo de lavado e higienización de manos(1° semestre 2020) y un documento de reporte de medición parcial con la lista de chequeo modificada (2° semestre 2020).</p> <p>INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA PROTOCOLO DE LAVADO E HIGIENE DE MANOS (1° SEMESTRE 2020)</p> <p>Lista de Chequeo: Medición de adherencia al Protocolo de lavado e higienización de manos- 30 ítems (versión anterior).</p> <p>Metodología: Auditoría por rondas de seguridad</p>

y observación a cargo en el 91,5% de la referente de Seguridad del Paciente y un 8,5% del profesional administrativo.

Muestra: 177 colaboradores involucrados en el proceso.

Resultados: En la categoría insumos e infraestructura se evidenció que el 100% del personal de salud conoce el protocolo de lavado de lavado e higienización de manos y que tiene acceso permanente a dispensadores de jabón líquido, alcohol glicerinado, puntos de atención y suministro de agua permanente y toallas desechables y canecas para depositar residuos ordinarios. También que tienen información visible sobre el método de lavado de manos recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

En referencia a la categoría momento de higiene de manos los 177 colaboradores involucrados en el proceso (100%) se lavan las manos antes de realizar un procedimiento limpio o aséptico, el 97,7% después del riesgo de contacto con fluidos corporales, el 94,9% después de haber estado en contacto con el paciente y el 94,4% después de haber estado en contacto con el entorno del paciente. Sin embargo, en el primer momento del lavado de manos solo el 79,7% se lava las manos antes de tocar al paciente y un 20,3% no realiza el proceso lo que evidencia un riesgo considerable de transmisión de infecciones.

En cuanto a la categoría técnica de lavado de manos el largor de la uñas es menor a 0.5 cm en los todos los 177 colaboradores involucrados en el proceso, pero 1/5 parte del personal (20%) tiene las uñas con esmalte disminuyendo la efectividad de la higienización de manos favoreciendo la transmisión horizontal de agentes infecciosos; el 98,3% se retira de los brazos y manos reloj, pulseras y anillos. En relación a la categoría técnica de lavado de manos con agua y jabón el 98,3% deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de la mano, el 97,7% frota las palmas de las manos entre si, el 94,9% frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa. Por otra parte, el 8,5% no frota las palmas de las manos entre si, con dedos entrelazados y tampoco frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa, adicional se frota las muñecas y antebrazos, el 27,7% no frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, el 10,2% no frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa. En el 92,7% de los colaboradores involucrados en el proceso la duración de todo el procedimiento de lavado de manos es de 60

segundos y en el 7,3% dura menos del tiempo mínimo establecido en el protocolo institucional.

En la última categoría técnica de higienización de manos con preparaciones alcohólicas el 93,2% del personal dura 30 segundos en el procedimiento de higienización de manos y solo el 6.8% dura menos de ese intervalo de tiempo lo que evidencia que no higienizaron bien las manos al no realizar algunos pasos.

En conclusión, el porcentaje de adherencia global al Protocolo de higienización y lavado de manos fue del 95%.

DOCUMENTO DE REPORTE DE MEDICIÓN PARCIAL (2° SEMESTRE 2020)

Lista de Chequeo: Medición de adherencia al Protocolo de lavado e higienización de manos- 40 ítems (modificada).

Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación a cargo en el 11% de la referente de Seguridad del Paciente y un 89% del profesional administrativo.

Muestra: 100 colaboradores involucrados en el proceso.

Resultados: En la categoría insumos e infraestructura se evidenció que el 100% del personal de salud conoce el protocolo de lavado de lavado e higienización de manos y que tiene acceso permanente a dispensadores de jabón líquido, alcohol glicerinado, puntos de atención y suministro de agua permanente, canecas para

depositar residuos ordinarios. También que tienen información visible sobre el método de lavado de manos recomendado por la Organización Mundial de la Salud. El 99% tiene acceso a toallas desechables constantemente en los lavamanos.

En la categoría momento de higiene de manos el 80% del personal se lava las manos antes de entrar en contacto con el paciente y el 8% no realiza el procedimiento lo que evidencia un riesgo considerable de transmisión de infecciones. El 64,9% del personal se lavaba las manos antes de realizar un procedimiento aséptico y solo el 3,1% no realizaba el proceso; el 54% se lava las manos después del riesgo de contacto con fluidos corporales y solo el 1% no lo realiza; el 73,3% del personal se lava las manos después de haber estado en contacto con el paciente y el 9,1% no realiza el proceso; el 74,7% se lava del manos después de haber estado en contacto con el entorno del paciente y el 13,1% no realiza el procedimiento. Lo anterior evidencia un porcentaje mínimo de riesgo de transmisión de infecciones asociadas a la atención en salud.

En cuanto a la categoría técnica de lavado de manos solo el 2% del personal tiene las uñas con esmalte y ninguno de los colaboradores involucrados en el proceso tiene el largor de las uñas del mayor a 0.5 cm del lecho ungueal ni reloj, pulseras y anillos en brazos y manos. Lo

anterior evidencia un alto grado de adherencia en la categoría mencionada.

En relación a la categoría técnica de lavado de manos con agua y jabón el 48% deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de la mano, el 48,5% frota las palmas de las manos entre sí, el 52% frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazándolos dedos y viceversa y solo el 5,1% no realiza el proceso. El 52,2% frota las palmas de las manos entre sí, con dedos entrelazados y solo el 5,1% no realiza el proceso. El 8,1% no frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, el 14,1% no frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa, adicional se frota las muñecas-antebrazos y el 16,3% no frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa en el lavado e higienización de manos. En el 29,6% de los colaboradores involucrados en el proceso la duración de todo el procedimiento de lavado de manos es de 60 segundos y en el 19,4% dura menos del tiempo mínimo establecido en el protocolo institucional.

En la última categoría técnica de higienización de manos con preparaciones alcohólicas el 41%

			<p>del personal dura 30 segundos en el procedimiento de higienización de manos y el 43% dura menos de ese intervalo de tiempo lo que evidencia que no higienizaron bien las manos al no realizar algunos pasos. En esta última categoría la adherencia fue muy baja. Es importante destacar, que el porcentaje adicional no considerado en todos los ítems valorados no aplicaban al realizar la medición porque los colaboradores involucrados en el proceso evaluado no tenían contacto con el paciente.</p>
<p>Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos.</p>	<p>Aplica.</p>	<p>X</p>	<p>La clínica cuenta con los insumos institucionales para la higiene de manos: Lava manos, Toallas desechables, alcohol glicerinado y jabón antibacterial líquido como se establece en el Protocolo de lavado e higienización de manos. De igual manera se sugiere a la institución contar con jabón líquido lo cual propende por la minimización del riesgo de prevención de infecciones para las áreas de hospitalización.</p>
<p>Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>X</p>	<p>La institución tiene un Protocolo de Venopunción, una Guía de Manejo de sitios de Venopunción versiones 5° (2020) en proceso de revisión y codificación, no se ha iniciado aplicación y un Procedimiento para el sitio de Venopunción con versión 4° (2013) que incluyen definiciones de flebitis química y mecánica. Se encuentra socializado. Por otra parte, cuentan con un Protocolo de Cateterismo Vesical intermitente en el</p>

			<p>hombre/mujer y un Protocolo de Cateterismo Vesical temporal o permanente en el hombre/mujer con Versiones 3° (2013) y una Guía de prevención de infecciones asociada a catéter vesical versión 3 (2019) que incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y actualizaciones del CDC-Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).</p>
<p>Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>X</p>	<p>La institución tiene un Protocolo de aislamiento hospitalario versión 2 (2015), Guía de aislamiento hospitalario versión 2 (2015) y un Procedimiento de aislamiento hospitalario con versión 2° (2015).</p>
<p>Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>X</p>	<p>Al realizar revisión documental se evidenció que la institución tiene una Lista de chequeo de medición de adherencia al Protocolo de aislamiento hospitalario que consta de 47 ítems, un informe de medición de adherencia de medición de adherencia Prevención de flebitis (1° semestre 2020) y un documento de reporte parcial de medición de adherencia (2° semestre 2020).</p> <p>INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA PROTOCOLO DE AISLAMIENTO (1° SEMESTRE 2020)</p> <p>Lista de Chequeo: Lista de chequeo rondas de seguridad-Ítem Prevención de infecciones. Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación.</p>

Muestra: 49 colaboradores involucrados en el proceso.

Resultados: En el ítems 2 el 97% del personal cumple en la disposición de residuos hospitalarios en la adecuada segregación de residuos. En el ítems 3 el 98% cumple en la realización de los reportes de notificación obligatoria. En el ítems número 4 se evidenció que el personal se realiza el lavado de manos de acuerdo a los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos mostró una adherencia del 95%. Solo el 5% no realizó el proceso correctamente, sin embargo, si realizaron higienización con antiséptico. Por último, en el ítems 5 el 96% de los pacientes cumplen con las medidas de prevención adecuadas dispuestos en los protocolos, no obstante, en algunos casos se evidenció la no visualización de letreros en el material indicado ya que se observaba letreros de aislamiento con hojas de papel, aunque si se encontraban previamente identificados del tipo de aislamiento. En conclusión, el porcentaje general de adherencia al Protocolo de aislamiento fue del 97%.

DOCUMENTO DE REPORTE DE MEDICIÓN PARCIAL (2° SEMESTRE 2020)

Lista de Chequeo: medición de adherencia Protocolo de aislamiento hospitalario-47 ítems. Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación.

		<p>Muestra: 9 colaboradores involucrados en el proceso.</p> <p>Resultados: La medición de adherencia en el segundo semestre al Protocolo de aislamiento hospitalario es parcial y la muestra que se ha evaluado hasta el momento no es significativa, ya que solo se auditó a 9 colaboradores involucrados en el proceso.</p>
<p>Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado.</p>	<p>Aplica.</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p>La clínica tiene diseñado un Manual de Bioseguridad versión 3 (2016) socializado.</p>
<p>Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.</p>	<p>No aplica.</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p>Al realizar revisión documental se evidenció que la institución tiene una Lista de chequeo de medición de adherencia al Manual de Bioseguridad que consta de 10 ítems, un informe de medición de adherencia de medición de adherencia al Manual de Bioseguridad (1° semestre 2020) y un documento de reporte parcial de medición de adherencia (2° semestre 2020).</p> <p>INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA MANUAL DE BIOSEGURIDAD (1° SEMESTRE 2020)</p> <p>Lista de Chequeo: medición de adherencia al Manual de Bioseguridad.</p> <p>Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación.</p> <p>Muestra: 1731 colaboradores involucrados en el proceso.</p>

Resultados: Se evidenció el 99,7% del personal utiliza los elementos de protección personal y el 99,9% cumple con la higiene de manos, en los ítems donde se evalúa el cumplimiento del protocolo de manejo de derrames accidentales de sangre y de fluidos corporales es del 80,9%, en realización de procedimientos o al contacto directo con los usuarios: no usa joyas el porcentaje de cumplimiento es del 90,5%, en el fortalecimiento limpieza y desinfección de las superficies elementos y equipos después de cada procedimiento el cumplimiento es el del 92,2%, en la clasificación correcta de los residuos el grado de cumplimiento fue 94,8%, en las medidas para aislamiento hospitalario cumplen con el 68,7%, sin embargo, hay que resaltar que el 31,3% no aplicaba al ítem. En conclusión, el porcentaje general de adherencia al Manual de Bioseguridad fue 91%.

DOCUMENTO DE REPORTE DE MEDICIÓN PARCIAL (2° SEMESTRE 2020)

Lista de Chequeo: Medición de adherencia Manual de Bioseguridad.

Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación a cargo en 94% de la Referente de Seguridad del Paciente y un 6% del COPASST.

Muestra: 485 colaboradores involucrados en el proceso.

Resultados: Se evidenció que el 99.8% utiliza los EPP, en el cumplimiento con la higiene de

manos; en el mantenimiento del lugar de trabajo ordenado y limpio, en la clasificación de residuos, realización de la limpieza y desinfección de las superficies, elementos y equipos después de cada procedimiento los resultados fueron del 100%. En el 98.4% de los colaboradores involucrados en el proceso tienen claro cómo manejar los derrames accidentales de sangre o fluidos corporales. Por otra parte, en el 79.4% mantiene las uñas cortas, limpias, y sin maquillaje, evita el uso de accesorios; el 78.1% del personal no usa joyas para la realización de procedimientos o al contacto directo con los usuarios, lo anterior evidencia un grado de cumplimiento alto teniendo en cuenta que el porcentaje adicional no aplicaba los ítems. El 79% cumple con las medidas de aislamiento, sin embargo, hay que resaltar que en el 21% no aplicaba el ítem.

Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si aplica.	Aplica.	X	Se evidenció un soporte digital: documento Excel con medición mensual del indicador infecciones de sitio operatorio (ISO) y acciones de mejora.
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.	X	Se evidenció un soporte digital: documento Excel con medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post- parto.
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.	X	Se evidenció un soporte digital: documento Excel con medición mensual del indicador neumonías nosocomiales asociadas a ventilador (NAV) y acciones de mejora.
Medición mensual de infecciones transmitidas por	No aplica.		Se evidenció un soporte digital: documento

transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora si aplica.		X	Excel con medición mensual del indicador infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.	X	Se evidenció un soporte digital: documento Excel con medición mensual del indicador las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico.
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.	X	Se evidenció un soporte digital: documento Excel con medición mensual del indicador infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ISTU-AC).
Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.	X	Se evidenció un soporte digital: documento Excel con medición mensual del indicador infección del tracto urinario asociada al uso de catéter (ITS-AC).
4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS			TOTAL DE SUBÍTEMS EVALUADOS: 10 % CUMPLIMIENTO: 70%
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	Aplica para ambulatorios.	X	Se evidenció documentación y soporte físico y digital del análisis causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos en reunión de Comité de Seguridad del Paciente (actas de reunión, formato de notificación de eventos adversos, formato de análisis de casos y análisis-causa “Protocolo de Londres”: con identificación de acciones inseguras y factores contributivos del evento adverso”, informe con plan de mejoramiento).
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe	No aplica.	X	La institución tiene un Procedimiento de dispensación de medicamentos y equipos médicos versión 5 (2016) .

ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias.			
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia.	No aplica.	X	La institución no realiza medición de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia. Cuenta con una lista de chequeo de seguimiento a solicitud de medicamentos y dispositivos médicos de enfermería.
Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.	Aplica si el profesional independiente administra medicamentos en el servicio habilitado.	X	La clínica tiene Protocolos específicos de administración de medicamentos vía oral, tópica, subcutánea, sublingual, intramuscular, intravenosa, intradérmica, vaginal, oftálmica, ótica y rectal con versiones 3 (2013), una Guía de administración de medicamentos versión 4 (2013), un Procedimiento de selección, adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios Versión 6 (2016) y un Procedimiento para el manejo de derrames y ruptura de medicamentos versión 2 (2016). En los protocolos de administración de medicamentos se incluyen los 10 correctos en la administración de medicamentos y restricción de órdenes verbales ya que se establece que los medicamentos deben tener firma y autorización del médico en el sistema por cada paciente, donde no administra ningún medicamento que no se encuentre formulado en la historia clínica.
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.		Al realizar revisión documental se evidenció que la institución tiene una Lista de chequeo de medición de adherencia al Protocolo de administración segura de medicamentos que consta de 78 ítems, un informe de medición de

X

adherencia al Protocolo de administración segura de medicamentos (2° semestre 2020).

INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS (2° SEMESTRE 2020)

Lista de Chequeo: medición de adherencia al Protocolo de administración segura de medicamentos.

Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación.

Muestra: 30 colaboradores involucrados en el proceso.

Resultados: Se evidenció una adherencia del 100% al Protocolo de administración segura de medicamentos (existe orden médica escrita para administrar el medicamento, realizan pedido de insumos requeridos al servicio farmacéutico, realizan lavado de manos antes de preparar el medicamento y lo hacen en un lugar limpio, comprueban y verifican el nombre del medicamento, verifican fecha de vencimiento del medicamento, verifican vía de administración que trae el medicamento según el laboratorio, utilizan guantes como medida de protección, utilizan técnica antiséptica antes de administrar el medicamento, verifican los 10 correctos en la administración de medicamentos, realizan el registro completo en la historia clínica, realizan correctamente disposición final de residuos e insumos al terminar el

			procedimiento. Los otros ítems no mencionados tienen un porcentaje alto de de no aplica sin embargo, no hubo falta de cumplimiento en todos los 78 ítems evaluados. No se evidenció medición de adherencia al Protocolo de administración segura de medicamentos en el primer semestre de 2020.
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico.	Aplica si el profesional independiente prescribe antibióticos en el servicio habilitado.	X	La clínica cuenta con un Manual de uso racional de antibióticos versión 2 (2017) que incluye perfil microbiológico y recomendaciones en el uso de antibióticos en el área de infección.
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.	X	La institución no realiza medición de adherencia al Manual de uso racional de antibióticos.
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	No aplica.	X	La institución tiene una Ficha técnica de medicamentos de alto riesgo adoptado del Ministerio de Salud versión 1 (2015).
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución.	No aplica.	X	Se evidenció que la institución realiza aplicación de la lista de chequeo de recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos.
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias.	Aplica.	X	Al realizar revisión documental de varias historias clínicas digitales se evidenció en los registros que se ha identificado riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de hospitalización, urgencias y UCI.

5. ASEGURAR LA CORRECTA**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES**

TOTAL DE SUBÍTEMS EVALUADOS: 4
% CUMPLIMIENTO: 87.5%

Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.

Aplica para la identificación de pacientes de manejo ambulatorio.

X

Se evidenció soporte físico-digital (actas, formato de notificación de eventos adversos, fomato de análisis de casos y análisis-causa “Protocolo de Londres”: con identificación de acciones inseguras y factores contitutivos del evento adverso”, formato de informes con planes de mejoramiento) para análisis causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente. Posteriormente, los análisis se realizan en la reunión del Comité de Seguridad del Paciente.

Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pie de cama. Nunca el número de la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación.

Aplica para la identificación correcta del usuario al ingreso al servicio.

X

La clínica tiene un Protocolo de identificación de pacientes versión 3 (2020) que incluye el proceso de identificación con pulsera, Protocolo de Identificación de pacientes con pulsera versión 2 (2020), Protocolo de identificación de pacientes con tarjeta de cabecera versión 2 (2020), Guía de Identificación de pacientes versión 3 (2020) que incluye identificación física con pulsera e indicador de medición. Las versiones actualizadas se encuentran en proceso de revisión y codificación, no se ha iniciado aplicación.

Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de

No aplica.

Al realizar revisión documental se evidenció que la institución tiene una Lista de chequeo de

acciones de mejora si aplica.

X

medición de adherencia al Protocolo de identificación de paciente que consta de 5 ítems, un informe de medición de adherencia al Protocolo de identificación de paciente (1° semestre 2020).

INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE (1° SEMESTRE 2020)

Lista de Chequeo: medición de adherencia al Protocolo de identificación de paciente.

Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación.

Muestra: 44 colaboradores involucrados en el proceso.

Resultados: Se evidenció adherencia del 88,6% a la identificación de pacientes con pulsera de identificación en buen estado y datos correctos, el 11,4% no se dio cumplimiento. El 100% del personal asistencial realiza proceso de verificación cruzada antes de cualquier procedimiento, el 97,7% de las pulseras se encuentran codificadas según el riesgo del paciente, el 90,9% de las pulseras se encuentran íntegras y el 9,1% no se encontraban en buen estado. En relación al ítem de educación, el 77,3% de los pacientes y familiares recibieron educación sobre la importancia de la identificación, es importante aclarar que se evidenciaba la educación brindada por el personal pero no se encontró evidencia física. El

			nivel general de adherencia al Protocolo de identificación de paciente fue 91%. No se evidenció medición de adherencia al Protocolo de identificación de paciente en el segundo semestre de 2020.
Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental.	No aplica.	X	El protocolo establece que la identificación de pacientes con pulsera es obligatoria para todos los pacientes que acuden al servicio de urgencias y se les realice algún tipo de procedimiento invasivo, sean derivados a observación o requieran traslado a otra unidad funcional, todos los pacientes que acudan a la institución para hospitalización, tratamientos ambulatorios ya sean quirúrgicos o pruebas diagnósticas invasivas, el paciente recién nacido y todas las pacientes obstétricas.
6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS			TOTAL DE SUBÍTEMS EVALUADOS: 2 % CUMPLIMIENTO: 75%
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	Aplica si se realizan procesos quirúrgicos ambulatorios.	X	Se evidenció documentación y soporte físico-digital (actas, formato de notificación de eventos adversos, fomato de análisis de casos y análisis-causa “Protocolo de Londres”: con identificación de acciones inseguras y factores contributivos del evento adverso”, formato de informes con planes de mejoramiento) para análisis causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente. Posteriormente, los análisis se realizan en la reunión del Comité de Seguridad del Paciente.

Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorios, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos).

No aplica.

X

Al realizar revisión documental se evidenció que la institución tiene una Lista de chequeo de medición de adherencia de Cirugía segura que consta de 33 ítems y un documento de reporte parcial de medición de adherencia Cirugía Segura (2° semestre 2020).

DOCUMENTO DE REPORTE PARCIAL DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA (2° SEMESTRE 2020)

Lista de Chequeo: medición de adherencia Cirugía Segura.

Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación.

Muestra: 73 colaboradores involucrados en el proceso.

Resultados: Se evidenció que el 100% del personal realizó profilaxis del/de la paciente. En la categoría antes de la administración de la anestesia: Entrada el 100% del nombre de los pacientes corresponden con el de la historia clínica, tenían identificado el sitio quirúrgico, el paciente tenía conocimiento de que lo iban a operar, el consentimiento estaba firmado, estaba listo el material, los instrumentos e insumos. En el 98.6% de los casos que se requería soporte técnico se encontraba el técnico instrumental, en el 95.9% el paciente tenía ayuno más de 6 horas, en el 86.3% de los pacientes tenían vía de acceso intravenosa adecuada y líquidos necesarios, en el 97.3% se completó el control de la seguridad de la anestesia

Por el contrario, en el 98.6% el pulsioxímetro no estaba colocado en el paciente y funcionando, en el mismo porcentaje anterior no tenían solicitado reserva de hemocomponentes ni de cama en UCI, en el 13.7% no hubo demarcación del sitio quirúrgico.

En relación a la categoría antes de la incisión de la piel: el cirujano realiza pausa el 98.6% de todos los miembros del equipo se conocen por su nombre y función y están presentes, confirman verbalmente: identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento.

En relación a la categoría previsión de eventos críticos el 100% el cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y lapérdida de sangre esperada, si el paciente presenta algún problema específico, la instrumentadora revisa la esterilidad u otros problemas relacionados con el material, se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Por el contrario, en el 80.8% no pueden visualizarse imágenes diagnósticas esenciales.

En la última categoría antes de que el paciente abandone el quirófano: Salida en el 100% el procedimiento fue realizado y quedó registrado, el personal revisa, repasa y registra los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente, el 97.3% los recuentos de los instrumentos, esponjas y agujas son correctos. Sin embargo, en el 49.3% no se

			<p>realizó identificación y rotulación correcta de muestras, solo en el 11% se realizó el procedimiento y en el 97.3% hay problemas con el equipo que requieran atención. No se evidenció medición de adherencia Cirugía Segura en el primer semestre de 2020.</p>
<p>7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS</p>			<p>TOTAL DE SUBÍTEMS EVALUADOS: 4 % CUMPLIMIENTO:87.5%</p>
<p>Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.</p>	<p>Aplica para la atención de pacientes de manejo ambulatorio.</p>	<p>X</p>	<p>Se evidenció documentación y soporte físico-digital del análisis causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud en reunión de Comité de Seguridad del Paciente (actas de reunión, formato de notificación de eventos adversos, fomato de análisis de casos y análisis-causa “Protocolo de Londres”: con identificación de acciones inseguras y factores contributivos del evento adverso”, informe con plan de mejoramiento).</p>
<p>Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación de los pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>X</p>	<p>En el Procedimiento de control y prevención de caídas se establece que el personal de Enfermería deberá ingresar al software HEALTHI CLOUD con los datos del paciente, posteriormente valorar y clasificar el riesgo de caídas. El Protocolo establece que el personal de Enfermería deberá realizar en cada paciente que ingresa a la institución la Escala de valoración del riesgo de caídas, identificar oportunamente factores contributivos, y en la Guía se establece que se debe instaurar todas las medidas específicas de seguridad a los pacientes para la minimización del riesgo de caídas. El paciente</p>

		<p>con clasificación de alto riesgo deberá ser informado sobre los riesgos y debe tener un acompañante permanente.</p> <p>Se realiza aplicación de la Escala cada 24 horas (Alto riesgo), cada 48 horas (Medio riesgo) y cada 72 horas (Bajo riesgo).</p>
<p>Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en los pasillos de internación y una adecuada iluminación.</p>	<p>Aplica para la atención de pacientes de manejo ambulatorio.</p>	<p>La clínica tiene un Protocolo de valoración de riesgo y prevención de caídas versión 3 (2014), un Procedimiento de control y prevención de caídas versión 3 (2013) y una Guía de prevención y control de caídas versión 3 (2013). En el protocolo se establece que el personal de Enfermería deberá evaluar algunos factores realizándose algunos interrogantes en las rondas de seguridad: la cama tiene barandales, la ropa y el calzado que usa el paciente es inadecuado, el suelo está húmedo y deslizante, existe desorden en el área, existe limitación del espacio físico, existen barras de apoyo de seguridad en el baño, existen dispositivos de ayuda (caminadores, silla de ruedas) y se encuentran en buen estado, existe buena iluminación.</p> <p>En la guía se establecen medidas de prevención encaminadas a un entorno seguro: mantener las camas con barandas funcionales, mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso, solicitar oportunamente el secado y limpieza de pisos, evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo de la habitación, disponer de buena iluminación adecuada para aumentar la visibilidad, mantener</p>

		una luz encendida (baño) durante la noche.
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.	<p>Al realizar revisión documental se evidenció que la institución tiene una Lista de chequeo de medición de adherencia al Protocolo de Prevención de caídas que consta de 23 ítems, un informe de medición de adherencia al Protocolo de prevención de caídas (1° semestre 2020) y un documento de reporte parcial de medición de adherencia (2° semestre 2020).</p> <p>INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS (1° SEMESTRE 2020)</p> <p>Lista de Chequeo: medición de adherencia al Protocolo de prevención de caídas.</p> <p>Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación a cargo del 100% de la Referente de Seguridad del Paciente.</p> <p>Muestra: 386 colaboradores involucrados en el proceso.</p> <p>Resultados: Se evidenció que el 100% del personal de Enfermería de turno aplica a cada paciente que ingresa a la institución la escala de valoración de riesgo de caídas, cada 24 horas a paciente clasificado en alto riesgo, cada 48 horas en medio riesgo y cada 72 horas en bajo riesgo, aplican la lista de chequeo de acciones preventivas de caídas a pacientes identificados con alto riesgo, diligencian el formato de registro de incidencia de caídas y lo presentan en</p>

X

la oficina de calidad a las 24 horas, proporcionan ayuda física para pacientes cuando deambulen o intenten maniobras difíciles (ir al baño, trasladarse), realizan rondas de seguridad del servicio para verificar la aplicación de medidas preventivas (barandas, pisos secos), hacen supervisión de la aplicación de la escala de valoración de riesgo de caídas, el servicio se encuentra con adecuada iluminación, el piso con el suelo seco y/o antideslizante, así mismo, hay disponibilidad de personal de servicios generales para actividades de aseo y limpieza. En caso de que se presente una caída le realizan la valoración por un médico en todas las situaciones, donde se detalla el registro de las acciones tomadas en la historia clínica, el resultado de la condición del mismo junto la conducta recomendada a seguir.

El 97,2% brinda información a los pacientes medidas de seguridad de prevención de caídas, el 85,5% explica a los pacientes el uso del timbre, el 14,5% no asesora a los usuarios. El 88,1% registran las actividades de educación a un familiar o responsable del paciente sobre los riesgos de caídas en la historia del paciente clasificado con alto riesgo, el 11,9% no realizan el proceso. El 88,5% registra las actividades de educación a un familiar o responsable del paciente sobre los cuidados a seguir en la prevención de ocurrencia de caídas, el 13,5% no brinda asesoría a los familiares. El 88,1% de las

camas tienen barandales, se encuentran en buen estado y funcionalidad, el 19,9% no se cumplió el ítem.

En conclusión, la medición general de adherencia al Protocolo de prevención de caídas es del 95,6 %.

**DOCUMENTO DE REPORTE PARCIAL DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA
(2° SEMESTRE 2020)**

Lista de Chequeo: medición de adherencia al Protocolo de prevención de caídas.

Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación a cargo en el 87,8% de la Referente de Seguridad del Paciente y el 9,8% de los estudiantes de la UFPS.

Muestra: 123 colaboradores involucrados en el proceso.

Resultados: Se evidenció que el 100% del personal de Enfermería de turno aplica a cada paciente que ingresa a la institución la escala de valoración de riesgo de caídas, cada 24 horas a paciente clasificado en alto riesgo, cada 48 horas en medio riesgo y cada 72 horas en bajo riesgo, aplican la lista de chequeo de acciones preventivas de caídas a pacientes identificados con alto riesgo, diligencian el formato de registro de incidencia de caídas y lo presentan en la oficina de calidad a las 24 horas, proporcionan ayuda física para pacientes cuando deambulen o intenten maniobras difíciles (ir al baño, trasladarse), brindan información a los pacientes medidas de seguridad de prevención de caídas,

realizan rondas de seguridad del servicio para verificar la aplicación de medidas preventivas (barandas, pisos secos), , hacen supervisión de la aplicación de la escala de valoración de riesgo de caídas, el servicio se encuentra con adecuada iluminación, el piso con el suelo seco y/o antideslizante, así mismo, hay disponibilidad de personal de servicios generales para actividades de aseo y limpieza. En caso de que se presente una caída le realizan la valoración por un médico en todos las situaciones, donde se detalla el registro de las acciones tomadas en la historia clínica, el resultado de la condición del mismo junto la conducta recomendada a seguir.

Así mismo, se evidenció que en el 99,2% del personal de enfermería registra las actividades de educación a un familiar o responsable del paciente sobre los riesgos de caídas en la historia del paciente clasificado con alto riesgo siendo un ítem que presentó una mejor adherencia en el 11,1%, registran las actividades de educación a un familiar o responsable del paciente sobre los cuidados a seguir en la prevención de ocurrencia de caídas, realizan ronda de seguridad del servicio para verificar la aplicación de medidas preventivas (barandas, pisos secos). Por otra parte, el 91,1% al ingreso de los pacientes el personal de enfermería explica el uso del timbre, el 8,9% no cumple evidenciando una mejora en la adherencia del 5,6%, sin embargo, la adherencia disminuyó en un 10,1% con relación a la medición del semestre anterior ya que en el 78% la cama tiene barandales, se encuentran en

buen estado y funcionalidad, en el 22% no se cumplió el ítem. Es importante destacar que la muestra seleccionada es menor en relación a la medición del primer semestre.

8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

TOTAL DE SUBÍTEMS EVALUADOS: 4
% CUMPLIMIENTO: 87.5%

Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.

No aplica.

X

Se evidenció documentación y soporte físico-digital (actas, formato de notificación de eventos adversos, fomato de análisis de casos y análisis-causa “Protocolo de Londres”: con identificación de acciones inseguras y factores contibutivos del evento adverso”, formato de informes con planes de mejoramiento) para análisis causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente. Posteriormente, los análisis se realizan en la reunión del Comité de Seguridad del Paciente.

Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel.

No aplica.

X

En el protocolo y procedimiento de valoración de riesgo y prevención de úlceras por presión establece que Profesional de Enfermería debe evaluar los riesgos desde admisión y las rondas de seguridad según la Escala Braden-Bergstom: Riesgo Bajo: >14: Evaluación cada 7 días; Riesgo Moderado: 13-14: Evaluación cada 3 días; Riesgo Alto: <13: Evaluación diaria; valorando la integridad de la piel (cefalocaudal) identificando zonas de presión y úlceras (estadíos y ubicación). Posteriormente realiza valoración de factores de riesgo: movilidad, incontinencia, déficit sensorial y valoración

<p>Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>global subjetiva del estado nutricional del paciente, etc. Entre las medidas preventivas se establece la inclusión al programa de piel sana.</p> <p>La institución cuenta con un Protocolo de valoración del riesgo y prevención de úlceras por presión versión 3 (2014), Protocolo de valoración y manejo de úlceras por presión versión 3 (2014), un Procedimiento de valoración y manejo de úlceras por presión versión 3 (2013) y una Guía de valoración del riesgo y manejo de úlceras por presión versión 3 (2014).</p>
<p>Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>Al realizar revisión documental se evidenció que la institución tiene una Lista de chequeo de medición de adherencia al Protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión que consta de 19 ítems, un informe de medición de adherencia de medición de adherencia al Protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión (1° semestre 2020) y un documento de reporte parcial de medición de adherencia (2° semestre 2020).</p> <p>INFORME DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL RIESGO Y MANEJO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (1° SEMESTRE 2020)</p> <p>Lista de Chequeo: medición de adherencia al Protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras.</p> <p>Metodología: Auditoría por rondas de seguridad</p>

y observación a cargo en un 100% de la Referente de Seguridad del Paciente.

Muestra: 27 colaboradores involucrados en el proceso.

Resultados: Se evidenció que el 100% del personal de Enfermería identifica al momento del ingreso y diariamente los pacientes con riesgo de úlceras por presión mediante aplicación de la escala de Braden, realizan valoración de la integridad de la piel, (cefalocaudal), remiten el paciente dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario al programa de piel sana y ejecuta las acciones contempladas, además realizan la valoración de la movilidad, incontinencia, déficit sensorial y valoración global subjetiva del estado nutricional del paciente, además de otros factores de riesgo establecidos en la Escala de Braden, realizan clasificación diaria del riesgo, estado de la piel, y registran las úlceras por presión, documentan los pacientes con lesiones por presión y determinan el riesgo de presentar nuevas lesiones, derivan a los pacientes de alto riesgo a las otras áreas (clínica de heridas, nutrición, fisioterapia), informan hallazgos para realizar medidas preventivas establecidas en el programa de piel sana, le comunican en especial al líder de calidad la aparición de úlceras por presión, realizan higiene y curaciones diarias de las úlceras por presión según el protocolo y guía institucional, del mismo modo, registran el

procedimiento y periodicidad, hacen verificación del cumplimiento de órdenes médicas: nutrición, fisioterapia, etc. El 90% mantiene las barreras de protección en las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, escoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura y solo el 10% no realiza el proceso. El 98% implica al paciente y al cuidador en la planificación de las estrategias de tratamiento y prevención de las úlceras por presión. Por último, 92% realizan las rondas de seguridad para verificar el programa de giros o cambios de posición, detección de casos nuevos, revaloración de pacientes, el 8% no realiza el proceso, Sin embargo, el 81,5% de los profesionales de Enfermería no supervisan que los auxiliares realizan cambio de posición según el reloj.

La adherencia general en prevención del riesgo y manejo de lesiones por presión es del 98%.

DOCUMENTO DE REPORTE PARCIAL DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA

(2° SEMESTRE 2020)

Lista de Chequeo: medición de adherencia al Protocolo de prevención del riesgo y manejo de lesiones por presión (se actualizó el término).

Metodología: Auditoría por rondas de seguridad y observación a cargo en el 100% de la Referente de Seguridad del Paciente.

Muestra: 3 colaboradores involucrados en el

		proceso. Resultados: La medición de adherencia en el segundo semestre al Protocolo de de prevención del riesgo y manejo de lesiones por presión es parcial y la muestra que se evaluó no es significativa, ya que solo se evaluó a 3 colaboradores involucrados en el proceso.
9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO		TOTAL DE SUBÍTEMS EVALUADOS: 7 % CUMPLIMIENTO: 71.4%
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	Aplica para el control prenatal ambulatorio.	X Se evidenció documentación y soporte físico-digital (actas, formato de notificación de eventos adversos, fomato de análisis de casos y análisis-causa “Protocolo de Londres”: con identificación de acciones inseguras y factores contibutivos del evento adverso”,formato de informes con planes de mejoramiento) para análisis causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente. Posteriormente, los análisis se realizan en la reunión del Comité de Seguridad del Paciente.
Evidencia de la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios.	Aplica.	X La clínica cuenta con un Protocolo para garantizar la atención segura del binomio-madre-hijo versión 1 (2015) fundamentado en el paquete instructivo de Buenas prácticas en seguridad del paciente obligatorias, donde se establece en las práctica seguras que la institución brinda la atención a la gestante y neonato sin barreras administrativas de

		contratación, afiliación o pago de la seguridad social.
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.	<p>Al realizar revisión documental se evidenció que la institución tiene una Lista de chequeo de medición adherencia a la Guía de práctica clínica de atención al parto-puerperio que consta de 25 ítems y un documento de reporte de medición parcial (2° semestre 2020).</p> <p>DOCUMENTO DE REPORTE DE MEDICIÓN PARCIAL (2° SEMESTRE 2020)</p> <p>Lista de Chequeo: medición de adherencia a la Guía de práctica clínica de atención al parto y puerperio.</p> <p>Metodología: Auditoría realizada por revisión de una historia clínica.</p> <p>X Muestra: 1 historia clínica.</p> <p>Resultados: Se evidenció que en la categoría características: admisión del trabajo de parto se dio cumplimiento a todos los ítems: inscripción de datos completos, se registra en la historia clínica el motivo de consulta, registro completo de examen físico por sistemas e incluyendo historia clínica, se validan resultados de exámenes paraclínicos durante los controles prenatales, registro de valoración de resultados de paraclínicos durante los controles prenatales, se registra la valoración del riesgo obstétrico, antecedentes de riesgo, registro de pruebas realizadas durante el control prenatal.</p> <p>En relación a la categoría atención durante el primer período del parto se dio cumplimiento a</p>

los ítems: se registra la información dada a la gestante, diligenciamiento completo del partograma y en la fase activa del trabajo de parto, se evitó realiza amniotomía, en caso de ruptura de membrana se evidenció restricción de tactos documentados en la historia clínica. No se dio cumplimiento al ítem control de signos vitales a la gestante y frecuencia cardiaca fetal cada hora.

Con respecto a la categoría atención del período expulsivo se dió cumplimiento a los ítems evaluados: registro de período expulsivo y activo, realización de pinzamiento de cordón de acuerdo a las condiciones clínicas. No se cumplió con el ítem: uso restrictivo de la episiotomía. El ítems de mortalidad perinatal no aplicaba.

Se cumplió en su totalidad con la categoría atención al alumbramiento se cumplió en el manejo activo del alumbramiento para disminuir pérdida de sangre y el registro de la atención del parto. En cuanto a la categoría atención en el puerperio inmediato durante las primeras 2 horas se cumplió con el diligenciamiento de la lista de chequeo para la vigilancia estricta de la mujer y del recién nacido en el post parto inmediato cada 15 minutos durante las primeras 2 horas y se realizó solicitud de laboratorios pos parto tanto a la gestante (serología) así como al recién nacido (TSH-Hemoclasificación). Por otra parte, no se dió cumplimiento en el post parto la indicación

de una infusión de 30 UI de oxitocina en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas , inmediatamente despues del bolo inicial. Para la categoría atención en el puerperio inmediato durante las 2/48 horas se evidenció que se vigila y se controla involución uterina, presencia de loquios, se detectan complicaciones tempranas y se estimula deambulación temprana. En la última categoría durante el egreso del paciente se cumplieron los ítems: registro en la historia clinica educacion sobre signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea, puericultura basica, lactancia materna exclusiva, Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación, estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, cuidados en el hogar, consejería sobre planificación. El nivel de adherencia de la medición fue 88%.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que se deben auditar más historias cónicas de gestantes para obtener una medición con mayor confiabilidad y validez por consiguiente se recomienda aumentar la muestra de documentos revisados.

No se evidenció medición de adherencia a la Guía de práctica clínica de atención al parto y puerperio en el primer semestre de 2020.

<p>Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar el Partograma.</p>	<p>Aplica para el control prenatal ambulatorio.</p>	<p>X</p>	<p>La institución tiene adoptada la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (2013, MINSALUD), adoptada la GPC del recién nacido sano (2013, MINSALUD).</p> <p>Cuenta con una Guía de atención al trabajo de parto versión 3 (2013) donde establece la obligatoriedad de diligenciar el formato partograma registrando las mediciones relevantes: dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre; tienen una Guía de atención al recién nacido versión 2 (2011), Guía de reanimación neonatal versión 2 (2013). En las guías se incluyen las competencias que debe tener el equipo de salud.</p> <p>No se han generado actualizaciones ni modificaciones de las guías de atención a nivel nacional.</p>
<p>Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica.</p>	<p>No aplica.</p>		<p>Al realizar revisión documental se evidenció que la institución tiene una Lista de chequeo de medición adherencia a la Guía de práctica clínica de atención al parto-puerperio que consta de 25 ítems y un documento de reporte de medición parcial (2° semestre 2020).</p> <p>DOCUMENTO DE REPORTE DE MEDICIÓN PARCIAL (2° SEMESTRE 2020)</p> <p>Lista de Chequeo: medición de adherencia a la Guía de práctica clínica de atención al parto y puerperio.</p>

X	<p>Metodología: Auditoría realizada por revisión de una historia clínica.</p> <p>Muestra: 1 historia clínica.</p> <p>Resultados: Se evidenció que en la categoría características: admisión del trabajo de parto se dio cumplimiento a todos los ítems: inscripción de datos completos, se registra en la historia clínica el motivo de consulta, registro completo de examen físico por sistemas e incluyendo historia clínica, se validan resultados de exámenes paraclínicos durante los controles prenatales, registro de valoración de resultados de paraclínicos durante los controles prenatales, se registra la valoración del riesgo obstétrico, antecedentes de riesgo, registro de pruebas realizadas durante el control prenatal.</p> <p>En relación a la categoría atención durante el primer período del parto se dio cumplimiento a los ítems: se registra la información dada a la gestante, diligenciamiento completo del partograma y en la fase activa del trabajo de parto, se evitó realiza amniotomía, en caso de ruptura de membrana se evidenció restricción de tactos documentados en la historia clínica. No se dio cumplimiento al ítem control de signos vitales a la gestante y frecuencia cardíaca fetal cada hora.</p> <p>Con respecto a la categoría atención del período expulsivo se dio cumplimiento a los ítems evaluados: registro de período expulsivo y activo, realización de pinzamiento de cordón de</p>
---	--

acuerdo a las condiciones clínicas. No se cumplió con el ítem: uso restrictivo de la episiotomía. El ítems de mortalidad perinatal no aplicaba.

Se cumplió en su totalidad con la categoría atención al alumbramiento se cumplió en el manejo activo del alumbramiento para disminuir pérdida de sangre y el registro de la atención del parto. En cuanto a la categoría atención en el puerperio inmediato durante las primeras 2 horas se cumplió con el diligenciamiento de la lista de chequeo para la vigilancia estricta de la mujer y del recién nacido en el post parto inmediato cada 15 minutos durante las primeras 2 horas y se realizó solicitud de laboratorios pos parto tanto a la gestante (serología) así como al recién nacido (TSH-Hemoclasificación). Por otra parte, no se dió cumplimiento en el post parto la indicación de una infusión de 30 UI de oxitocina en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas , inmediatamente despues del bolo inicial.

Para la categoría atención en el puerperio inmediato durante las 2/48 horas se evidenció que se vigila y se controla involución uterina, presencia de loquios, se detectan complicaciones tempranas y se estimula deambulacion temprana. En la última categoría durante el egreso del paciente se cumplieron los ítems: registro en la historia clinica educacion sobre signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en

			<p>área perineal, vómito, diarrea, puericultura básica, lactancia materna exclusiva, Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación, estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, cuidados en el hogar, consejería sobre planificación. El nivel de adherencia de la medición fue 88%.</p> <p>Sin embargo, es importante tener en cuenta que se deben auditar más historias clínicas de gestantes para obtener una medición con mayor confiabilidad y validez por consiguiente se recomienda aumentar la muestra de documentos revisados.</p> <p>No se evidenció medición de adherencia a la Guía de práctica clínica de atención al parto y puerperio en el primer semestre de 2020.</p>
Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica.	Aplica para el control prenatal ambulatorio.	X	<p>La institución cuenta con una lista de chequeo insumos y dispositivos para la atención del parto y se evidencia que realizan medición mensual. La lista la diligencia el profesional de enfermería antes del parto y posteriormente debe adjuntarla a la historia clínica de la paciente. En los ítem se evalúa equipo de atención al parto, kit de emergencia obstétrica y demás insumos.</p>
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.	No aplica.	X	<p>Se evidenció que la institución cuenta con una lista de chequeo para la vigilancia estricta de la mujer y del recién nacido en el post parto inmediato (cada 15 minutos durante las 2 primeras horas).</p>

10. PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

TOTAL DE SUBÍTEMS EVALUADOS: 4
% CUMPLIMIENTO: 62.5%

<p>Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad que involucre a los bancos de sangre proveedores de los componentes sanguíneos implicados en el caso.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>Se evidenció documentación y soporte físico-digital (actas, formato de notificación de eventos adversos, fomato de análisis de casos y análisis-causa “Protocolo de Londres”: con identificación de acciones inseguras y factores contributivos del evento adverso”, formato de informes con planes de mejoramiento) para análisis causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente. Posteriormente, los análisis se realizan en la reunión del Comité de Seguridad del Paciente.</p>
<p>Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir análisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional.</p>	<p>No aplica.</p>	<p>La institución cuenta con un Procedimiento de solicitud, administración y registro de hemocomponentes versión 3 (2013), Guía de administración y registro de hemocomponentes versión 3 (2013) que incluye precauciones, indicaciones y contraindicaciones de los componentes sanguíneos, Protocolo para la administración segura y registro de hemocomponentes versión 3 (2013), donde menciona que en el formato de solicitud de hemocomponentes se debe registrar prescripción médica de la transfusión, indicando sangre o hemocomponentes requeridos y cantidad solicitada, un formato de despacho de</p>

hemocomponentes donde se diligencia el número de identificación, cantidad de unidades de sangre y hemocomponentes despachados para transfundir, el número de sello nacional de calidad, hemoclasificación del paciente; un formato de control de transfusiones donde debe ir anotado fecha y hora de inicio y terminación de la transfusión, registro de datos de control de signos vitales y estado general del paciente antes, durante y después de la transfusión debidamente diligenciado por el personal de salud responsable del procedimiento, vigilancia y control de la transfusión; formato de reacciones adversas a la transfusión se debe registrar los tipos de reacciones adversas a la transfusión, disponen de un Manual de hemovigilancia versión 1 (2015) donde menciona todo lo relacionado con el manejo, notificación, sistema de hemovigilancia, análisis y clasificación de reacciones adversas a la transfusión; formato de control de reacciones transfusionales y complicaciones.

También cuentan con un Manual para la formulación de hemocomponentes versión 1 (2016), un procedimiento de almacenamiento de hemocomponentes versión 1 (2016), procedimiento de despacho de hemocomponentes versión 1 (2016) y un procedimiento de reserva de unidades versión 1 (2016) que incluye la trazabilidad procedimientos preestablecidos y autosuficientes

			que permiten conocer el histórico, la ubicación, trayectoria o lote de productos a lo largo de la cadena de suministros en un momento dado, a través de unas herramientas determinadas, para el caso de la sangre y hemocomponentes a través del sistema informático y registros físicos.
Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones Transmitidas por Transfusión. Incluye indicadores de gestión y documentación de acciones de mejora. Incluye seguimiento a pacientes politransfundidos.	No aplica.	X	La clínica cuenta con un Programa de hemovigilancia que incluye análisis del perfil epidemiológico en el servicio transfusional, análisis de trazabilidad del producto y seguimiento a pacientes politransfundidos. También realizan medición mensual del indicador Infecciones Transmitidas por Transfusión.
Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica.	X	La institución no realiza medición de adherencia al Protocolo para la administración segura y registro de hemocomponentes. La clínica tiene una lista de chequeo de Recepción e inspección técnica de hemocomponentes implementada y aprobado y una lista de chequeo de cadena transfusional en proceso de revisión y codificación, no se ha iniciado aplicación.

Fuente: Valoración del grado de cumplimiento de los lineamientos del Programa de Seguridad aplicando el instrumento “Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias Ministerio de Salud y Protección Social” durante el tercer trimestre del 2020.


Tabla 3. *Tabla de medición de Adherencia Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias- Ministerio de Salud Protección Social*

ITEMS	SUBÍTEMS EVALUADOS	RESULTADO SUBÍTEMS	% CUMPLIMIENTO
1. CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	11	11	100%
2. MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	2	2	100%
3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	16	15.5	97%
4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	10	7	70%
5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	4	3.5	87.5%
6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	2	1.5	75%
7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	4	3.5	87.5%
8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	4	3.5	87.5%
9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO	7	5	71.4%
10. PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	4	2.5	62.5%
% CUMPLIMIENTO GLOBAL	64	55	86%

Fuente: *Resumen de valoración del grado de cumplimiento de los lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente aplicando el instrumento “Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias Ministerio de Salud y Protección Social” durante el tercer trimestre del 2020.*

9.1. Indicadores monitoreo de la calidad-Resolución 0256 de 2016
(58) (59) (60)

Tabla 4. Indicadores Monitoreo de la Calidad Clínica Santa Ana S.A. Dominio: Seguridad

		INDICADORES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA / RES. 0256 DEL 5 FEB 2016													CODIGO	FT-GCA-OP008	
															VERSIÓN	001	
															PÁGINA	1 de 1	
AÑO 2020															Nota: si el color de esta columna se convierte en rojo por favor diligencie el formato del plan		
Número	INDICADOR	DESCRIPCIÓN NUMERADOR/DENOMINADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	INDICADOR Prom. Anual	MÁXIMO ACEPTABLE	DESVIACIÓN QUE GENERA PLAN DE MEJORA
P.2.1	TASA DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR MECÁNICO (NAV)	Número de Neumonías Asociadas a Ventilador nuevas en la UCI (adulto o pediátrica o neonatal)	0,0	0,0	0,0	0,0	2	3	3	3	5				16	5	
		Número de días ventilador mecánico en UCI (adulto o pediátrica o neonatal)	239	237	167	158	149	201	266	482	536				2435		
Total			0,0	0,0	0,0	0,0	13,4	14,9	11,3	6,2	9,3				6,13		
P.2.2	TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER (ISTUAC)	Sumatoria de los casos nuevos de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter en un mes de seguimiento	0,0	0,0	1	2	1	1	0,00	0,00	0,0				5	5	
		Número de días catéter urinario en UCI (adulto y, pediátrica) en un mes de seguimiento	380	333	271	254	308	263	442	537	499				3287		
Total			0,000	0,000	3,690	7,874	3,247	3,802	0,000	0,000	0,000				2,07		
P.2.3	TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATÉTER (ITSAC)	Sumatoria de casos nuevos de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter en un mes de seguimiento	0	0	1	1	0	0	0	0	2				4	5	
		Número de días catéter central en UCI (adulto y, pediátrica) en un mes de seguimiento	385	370	378	272	198	307	443	347	542				3242		
Total			0,0	0,0	2,646	3,676	0,00	0,00	0,00	0,00	3,690				1,11		

P 2.4	PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POS PARTO VAGINAL	Número de endometritis pos parto vaginal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
		Total Nacidos vivos	136	150	159	152	166	168	128	151	197				1407		
		Total	0	0,000	0	0	0	0	0	0	0	0			0,000		
P 2.5	PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POS CESÁREA	Número de endometritis pos cesárea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
		Total Nacidos vivos	224	206	222	239	212	209	232	247	290				2081		
		Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0,000		
P 2.6	TASA DE CAÍDAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	No eventos adversos de caídas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,2	
		Total de días de estancia en el período X 1000	4838	4406	4319	3197	2373	6726	3712	4722	4694				38987		
		Total	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,026		
P 2.7	TASA DE CAÍDAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	No eventos adversos de caídas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,1	
		Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en el período x 1000	4089	3813	3511	1795	2298	2168	2401	1917	2479				24471		
		Total	0,0	0,0	0,3	0,0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0			0,03		
P 2.8	TASA DE CAÍDAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	No de eventos adversos de caídas en el período	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Total de pacientes atendidos en Consulta externa en el período x 1000	2888	3155	2330	1114	1579	1942	2295	1767	2146				19216		
		Total	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			0,00		
P 2.9	TASA DE CAÍDAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	No de eventos adversos de caídas en el período	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0			0	0,04		
		Total de pacientes atendidos en apoyo diagnóstico en el período x 1000	7181	6760	5702	3143	3641	4314	5389	6985							43115
		Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0						0,00

P 2.10	PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN	No de eventos adversos con administración de medicamentos en el período	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0,5	
		Total de pacientes egresados en el período x 1000	1001	938	922	808	871	1649	835	1045	1127	9196			
Total			2,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,46			
P 2.11	PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS	No de eventos adversos con administración de medicamentos en el período	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1	
		Total de pacientes egresados en el período x 1000	1001	938	922	355	392	746	413	543	542	5852			
Total			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00			
P 2.12	TASA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	No eventos adversos úlceras por presión que han aparecido en el período	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	<2		
		Total de días de estancia hospitalaria en el período x 1000	4838	4406	4319	3197	2373	6726	3712	4722	4694	38987			
Total			0,00	0,227	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03			
	TASA DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO	No de ISO	9	14	3	10	10	5	8	7	7	73	<2		
		Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente	1208	1288	1032	701	921	955	950	811	825	8691			
Total			7,45	10,87	2,91	14,27	10,86	5,24	8,42	8,63	8,48	8,57			
	PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	Número de eventos revisados	1	7	4	1	0	0	0	0	0	13	90%		
		Número de eventos reportados	1	7	4	1	0	0	0	0	0	13			
Total			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			

Fuente: Coordinación de Calidad Clínica Santa Ana S.A-Consolidado General de Indicadores de Notificación Obligatoria Resolución 0256 de 2016. *La información suministrada fue organizada en un documento Excel adicional para una mejor visualización. (58) (64)

Tabla 5. *Indicadores Monitoreo de la Calidad Clínica Santa Ana S.A. Dominio: Seguridad*

Indicador Periodo UCI
 Proporción de cancelación de cirugía 2020-03 N/A

IPS	UCI	UnidadMedida	Numerador	Denominador	Valor Calculado
540010060301 - CLÍNICA SANTA ANA S.A.	N/A	Porcentaje	1,00	3.718,00	0,03

2020-06

IPS	UCI	UnidadMedida	Numerador	Denominador	Valor Calculado
540010060301 - CLÍNICA SANTA ANA S.A.	N/A	Porcentaje	0,00	5.568,00	0,00

Fuente: *Indicadores de Notificación Obligatoria Resolución 0256 de 2016. (2020). Disponible en: Bodega de datos de SISPRO (SGD) Ministerio de Salud y Protección Social. *La información fue reestructurada en una gráfica más resumida sin modificar la información suministrada por la plataforma SISPRO. (61)*

ANÁLISIS: Según la información suministrada por la Coordinadora de Calidad de la institución y los datos obtenidos de la plataforma SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social sobre los indicadores del Dominio: Seguridad de la Resolución 0256 de 2016, se evidenció que en los 3 primeros trimestres del 2020 se dio cumplimiento en la meta de <5% de la Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ITSUAC) con un promedio 2.07% y la Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITSAC) con 1,11%. En relación a la Proporción de Endometritis pos parto vaginal, Proporción de Endometritis pos cesárea, Tasa de caídas en el servicio de consulta externa, Tasa de caídas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias se cumplieron las metas establecidas ya que no se presentaron casos reportados de los eventos mencionados con un promedio de 0%. También se dio cumplimiento a la meta de 1.1% y 1.2% respectivamente en la Tasa de caídas de pacientes en los servicios de hospitalización (0,026%) y urgencias (0,03%). Del mismo modo, en la Tasa de úlceras el promedio fue 0,03% dando cumplimiento a la meta <2% y en la Proporción de cancelación de cirugía. Es importante destacar, que hubo 13 eventos adversos reportados y 13 eventos analizados dando cumplimiento al 100% de la meta establecida de la Proporción de vigilancia de eventos adversos. (64)

En relación a lo anterior, según datos referidos por la Coordinadora de Calidad y Laboratorio Clínico sobre los indicadores Infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y Flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico hubo cero casos reportados. Del mismo, la Coordinadora de Calidad dio a conocer que en la Proporción de reingreso

de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas y la Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 72 horas se dio cumplimiento a las metas establecidas por la institución. (64)

Por otra parte, aunque en la Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización el promedio fue 0.46% estuvo muy cerca de superar la meta de <0.5%. Sin embargo, se presentaron resultados significativamente desfavorables en la Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) y la Tasa de infección de sitio operatorio (ISO) sobrepasando la meta máxima aceptable. A continuación, se explica detalladamente en una gráfica los resultados obtenidos en los indicadores mencionados. (64)



Figura 6. Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV)

Fuente: Gráfico elaborada con base en la información revisada del consolidado de Indicadores de Notificación Obligatoria-Resolución 0256 de 2016. (2020) Clínica Santa Ana S.A.

ANÁLISIS: En la Tasa de Incidencia de Neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) el promedio fue 6.13% superando la meta de 5%. Como se muestra en la gráfica se presentó un aumento del promedio desde 0% en los primeros 4 meses a un 13,4% en el mes de mayo y continuó ascendiendo con 14.9% en junio, siendo un pico bastante significativo. En el

tercer trimestre descendió el promedio paulatinamente de 11.3% a 9.3%. En total hubo 16 casos nuevos de neumonía asociada a ventilador mecánico en los trimestres reportados. (64)



Figura 7. Tasa de Infección de Sitio Operatorio

Fuente: Gráfica elaborada con base en la información revisada del consolidado de Indicadores de Notificación Obligatoria Resolución 0256 de 2016 Clínica Santa Ana S.A.

ANÁLISIS: La Tasa de infección del sitio operatorio mantuvo un promedio medio en el tercer trimestre reportado, el mes de febrero fue el que más casos de infección presentó con 14 sin embargo, como se puede observar en la gráfica el promedio máximo se presentó en el mes de abril que tuvo el pico máximo de 14,26% con 10 casos de infección en menos pacientes intervenidos quirúrgicamente. En total hubo 73 casos de infección del sitio operatorio con un promedio de 8,57% superando considerablemente la meta <2%. (64)

9.2. Análisis valoración del grado de cumplimiento a los lineamientos del programa de seguridad del paciente

En general, el porcentaje de adherencia de la institución a los lineamientos evaluados en la Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias del Ministerio de Salud y Protección Social fue 86%. Al realizar la valoración del grado de cumplimiento a los lineamientos de Seguridad del Paciente se evidenció que la institución realizó medición de adherencia a gran parte de los lineamientos establecidos en el Programa de Seguridad del Paciente del año 2020, sin embargo, las auditorías de algunos lineamientos estuvieron a cargo en mayor porcentaje por la Referente de Seguridad del Paciente y no se realizaron las auditorías con igual participación de otros procesos involucrados. Hubo mediciones de adherencia que no se realizaron en el primer semestre o que aún no se ha realizado en lo que va del segundo semestre del presente año también mediciones de adherencia que aún no han finalizado por la muestra evaluada hasta el momento, es decir, que fue mínima la cantidad de colaboradores involucrados en el proceso de salud que se les audito teniendo en cuenta la cantidad de personal de salud de la institución. Es importante resaltar que por la situación de Salud Pública mundial las mediciones de adherencia del Programa de Seguridad del Paciente en el presente año pasaron a una segunda línea de priorización, es decir, las mediciones de adherencia que se hacen en gestión de calidad a cargo de la Referente de Seguridad del Paciente y/o de otros gestores de seguridad se suspendieron, no hay participación para evitar exposición de líderes y administrativos a los servicios, del mismo modo, la clínica no contó con el apoyo de estudiantes de Enfermería y otras

disciplinas de las universidades para realizar las mediciones de adherencia para evitar el riesgo de exposición.

Por otra parte, se recomienda actualizar los protocolos, guías y demás documentos de la institución que requieren ajustes con la evidencia científica más reciente con un periodo no mayor de cinco años, así mismo, que se encuentren disponibles en la plataforma institucional del área de Calidad: Sistema de Gestión de Calidad. En relación a los resultados obtenidos en los indicadores del Dominio Seguridad de la Resolución 0256 de 2016 el grado de cumplimiento global fue 93,3%; con respecto a lo anterior, no se dio cumplimiento a las metas de la Tasa de Incidencia de Neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) y la Tasa de Infección de sitio operatorio (ISO).



Figura 8. Portada diseño metodológico Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente

Fuente: Diseño elaborado por investigador del proyecto de extensión denominado: *Propuesta del Diseño Metodológico para el Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el II semestre de 2020.*

10. Diseño metodológico programa de auditoría en seguridad del paciente

10.1. Objetivo general

Estructurar el diseño metodológico del Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente de la institución mediante la documentación para darlo a conocer a todos los gestores y colaboradores del proceso de auditoría a los lineamientos del Programa Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

10.2. Alcance

Está dirigido a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría a los lineamientos del Programa Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

- ✓ Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- ✓ Funcionarios de la institución
- ✓ Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la

Salud

10.3. Responsables

- Coordinador de Calidad
- Coordinadora de Enfermería
- Referente de Seguridad del Paciente
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la

Salud

10.4. Definiciones y términos

ACTIVIDAD: “Actividad Acción, operación o tarea que se ejecuta en un tiempo definido y con un fin específico. Incluye acciones asistenciales y administrativos para abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico”. (Minsalud, 2019, pág. 28) (29)

ATENCIÓN EN SALUD: “Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorear o restaurar la salud”. (Minsalud, 2015, pág. 17) (3)

AUDITORÍA EN SALUD: “Es un proceso de evaluación sistemática de la calidad y la gestión de recursos en la atención en salud, con el fin de identificar

deficiencias y producir mejoras para el beneficio de la población”. (Tantaleán, 2015)

(1)

AUDITORIA PARA MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD:

“Es una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática donde se verifica el cumplimiento de estándares de calidad determinados en el Sistema único de habilitación. Es un componente de mejoramiento continuo dentro del SOGC, siendo un mecanismo sistemático y continuo de evaluación de cumplimiento de estándares de calidad concordante con los estándares de acreditación y superior a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Acreditación”. (Minsalud, 2011, pág. 31) (2)

AUTOEVALUACIÓN: “Mecanismo de verificación de las condiciones de habilitación establecidas en el presente manual, que efectúa periódicamente el prestador de servicios de salud y que propende por el autocontrol permanente, participativo y reflexivo sobre la prestación de los servicios de salud a ofertar”. (Minsalud, 2019, pág. 23) (29)

BINOMIO MADRE-HIJO: “Es el conjunto humano creado por la mujer progenitora y el producto en gestación o nacido vivo que requiere de un entorno sano

y seguro para el adecuado desarrollo físico, social y mental”. (ESE ISABU, 2019, pág. 13) (23)

CAÍDA: “Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad y ocurre con ocasión de la atención en salud”. (Minsalud, 2015, pág. 24) (19)

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: “Es la provisión de servicios de salud a usuarios individuales y colectivos de una manera accesible y equitativa, contando con profesionales óptimos, teniendo el equilibrio entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de crear adhesión y satisfacción en los usuarios”. (Kerguelén, 2008, Pág. 12) (5)

CRITERIO: “Precepto o indicador obligatorio que resume la calidad de una actividad que se pretende evaluar. Para efectos del presente manual, el criterio es la unidad básica del estándar sobre el cual se realiza la verificación orientada hacia el análisis de los riesgos y la seguridad en la atención de los pacientes”. (Minsalud, 2019, pág. 23) (29)

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS: Es el “acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más

medicamentos a un paciente, generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto, el farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado de dicho medicamento. Son elementos importantes de esta orientación, entre otros, el énfasis en el cumplimiento del régimen de dosificación, la influencia de los alimentos, la interacción con otros medicamentos, el reconocimiento de reacciones adversas potenciales y las condiciones de conservación del producto”. (2015, pág. 4) (26)

“Es el servicio encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso, y de acuerdo con la normativa vigente”. (Arias, 1999) (25) En términos generales, “comprende las actividades llevadas a cabo bajo supervisión de un farmacéutico que va desde la recepción de la prescripción médica hasta la entrega de los medicamentos al paciente o al profesional responsable de su administración”. (Santos-Pérez, pág. 416) (27)

GUÍA: “Es un documento que contiene orientaciones de la forma como se desarrolla una metodología relacionada con los procedimientos de la entidad. Su diseño de estructura es libre.

Se identifican por su nombre y código y deben ir relacionados a un proceso”. (MinCiencias, 2013, pág. 1) (11)

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: “Recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud”. (Córdoba-Rodríguez, pág. 73) (4)

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: “Documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud”. (Minsalud, 2019, pág. 28) (29) “Es un documento realizado normalmente por un grupo de trabajo multidisciplinar y que recoge recomendaciones basadas en evidencia científica sobre un tema concreto de la práctica clínica.” (Santillán, 2013) (12)

HISTORIA CLÍNICA: “Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.” (Minsalud, 2019, pág. 28) (29)

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE: “Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención”. (Minsalud, 2015, pág. 15) (17)

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN

SALUD: “Las infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) anteriormente llamadas nosocomiales o intrahospitalarias son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución, se asocian con varias causas incluyendo pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos. Además, las IAAS son causadas por una variedad de agentes infecciosos, incluyendo bacterias, hongos y virus. Las IAAS son consideradas como un evento adverso producto de una atención en salud que de manera no intencional produce algún daño al paciente, pudiéndose catalogar como prevenible o no prevenible”. (Minsalud, 2015, pág. 23) (15)

INFORMACIÓN DOCUMENTADA: “Información escrita y socializada de procesos, procedimientos, actividades en un servicio de salud, que puede estar en medio físico o magnético, ser de cualquier fuente refiriéndose al lugar de origen de la información y estar en cualquier formato o idioma”. (Minsalud, 2019, pág. 28) (29)

INFORME DE AUDITORÍA: “Documento escrito que describe las características y circunstancias observadas durante el proceso de auditoría y que se emite al término”. (Hospital San José-Callao, 2004, pág. 7) (30)

INSTRUCTIVO: “Describe en detalle una actividad de un proceso y su contenido depende del nivel de detalle que se requiera, por tal motivo no requieren un modelo específico en su interior adicional a la inclusión del encabezado con logo, nombre del instructivo y versión. Entra en vigencia a partir de la fecha de su liberación. Se identifican por su nombre y código y deben ir relacionados a un proceso”. (MinCiencias, 2013, pág, 1) (11)

LESIÓN POR PRESIÓN: “Es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico, producido por prolongada presión ejercida por un objeto externo sobre prominencias óseas, provocando ulceración y

necrosis del tejido involucrado, que puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso, y es catalogada como un evento adverso, si se presenta durante la atención hospitalaria. Se presentan con mayor frecuencia en la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas. La formación de las Úlceras por Presión está asociada a tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento; se plantea que los diferentes grados de úlceras tienen diferentes orígenes, por eso los grados 2 se asocian a fricción, y los grados 3 y 4 a fuerzas de cizallamiento y presión”. (Minsalud, 2015, pág. 37) (20)

LINEAMIENTO: “Es una herramienta para la difusión y consulta de los acuerdos, normas, reglamentos y demás disposiciones de aplicación general que deben respetarse dentro de una organización. A partir del análisis de los principales problemas de salud y del sector, el Ministerio de Salud y los entes departamentales proponen lineamientos generales que orienten las políticas de salud”. (Gobernación Valle del Cauca, 2017) (14)

LISTA DE CHEQUEO: “Son formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma

sistemática”. (Minsalud, 2015, pág. 25) (18) “Es una herramienta que describe de manera organizada criterios en relación al conocimiento de los procedimientos de determinadas acciones o intervenciones en salud al examinar distintos procedimientos para entregarlos en forma segura y minimizando los riesgos que conllevan intrínsecamente para los usuarios”. (Oliva, 2009, pág. 7) (10)

MANUAL: “Instrumento que se elabora para determinar en forma explícita y ordenada y sistemática información sobre objetivos, políticas, atribuciones, organización y procedimientos de una institución. Se caracterizan por desarrollar criterios generales sobre un tema estratégico, y en su mayoría, referencia procedimientos, guías, instructivos, modelo y formato. Su estructura y contenido lo fija el área responsable. Se identifican por su nombre y código y deben ir relacionados a un proceso”. (MinCiencias, 2013, pág. 1) (11)

MEDICAMENTO: “Es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica, que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad”. (Minsalud, 2015, pág. 26) (16)

MONITORIZACIÓN: “Es el proceso por medio del cual, se asegura que el proceder está encaminado adecuada y eficazmente hacia un resultado final, evitando las posibles desviaciones que pudieran presentarse”. (Neira, 2019, pág. 41) (6)

PLAN DE MEJORAMIENTO: “Son una herramienta gerencial que consolida las acciones de mejoramiento necesarios para corregir las desviaciones encontradas en el sistema de Gestión de Calidad”. (E.S.E. Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas) (7) “Es un conjunto de acciones sistemáticas que propende por el mejoramiento permanente de la gestión y los procesos de la entidad, el cual se construye a partir de las fortalezas y debilidades encontradas en el proceso de evaluación realizado por los diferentes entes de control”. (FOGACOOOP) (8) “Se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en las auditorías internas y externas, en la autoevaluación de los procesos, las evaluaciones de desempeño, entre otras. Estos planes permiten la definición de acciones que contribuyan a aumentar la calidad, la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad”. (7)

PROCEDIMIENTO: “Conjunto de acciones que se realizan de la misma forma, con una serie común de pasos definidos y una secuencia lógica realizada en cualquiera de las fases de atención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación

y paliación)”. (Minsalud, 2019, pág. 24) (29) “Establecen en forma secuencial el desarrollo de las actividades requeridas para lograr un objetivo. La estructura del procedimiento está determinada por el contenido y forma del procedimiento, el cual servirá de guía para los procedimientos que se elaboren a partir de la fecha de liberación del procedimiento”. (MinCiencias, 2013, pág. 1) (11)

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: “Es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas”. (Minsalud, 2015, pág. 13) (18)

“PROCESO: Conjunto de actividades planificadas, interrelacionadas o que interactúan entre sí de forma secuencial, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Incluye procesos asistenciales y administrativos con el fin de abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico.” (Minsalud, 2019, pág. 28) (29)

PROCESOS ESTRATÉGICOS: “Incluye procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, en la fijación de objetivos, comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios, al igual que revisiones y verificación por parte de la dirección”. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014, pág. 54) (9)

PROCESOS MISIONALES: “Contempla todos los procesos que proporcionan el resultado provisto por la institución en el cumplimiento de su objetivo social o razón de ser, en estos procesos se tiene contacto directo con el usuario”.

(Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014, pág. 54) (9)

“PROTOCOLO DE ATENCIÓN: Secuencia lógica y detallada de un conjunto de actividades, conductas o procedimientos a desarrollar para la atención de una situación específica de salud en un entorno determinado, el cual permite poca o ninguna variación de las acciones realizadas por parte del personal que interviene en la atención. Incluye aquellos protocolos definidos por el prestador de servicios de salud y los establecidos en la normatividad que regula la materia como de obligatorio cumplimiento.” (Minsalud, 2019, pág. 28) (29)

RIESGO DE CAÍDA: “Se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico”. (Minsalud, 2015, pág. 24) (19)

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”. (Minsalud, 2015, pág. 17) (3)

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD: “Es un conjunto de procesos organizacionales centrados en satisfacer consistentemente las necesidades del cliente y la mejora de su satisfacción. Está alineado con el propósito de la entidad y su dirección estratégica”. (13)

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”. (Minsalud, 2011, pág. 63) (2)

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: “Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB”. (Minsalud, 2011, pág. 13) (2)

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN: “Es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de carácter voluntario y periódico por parte de las instituciones prestadoras de

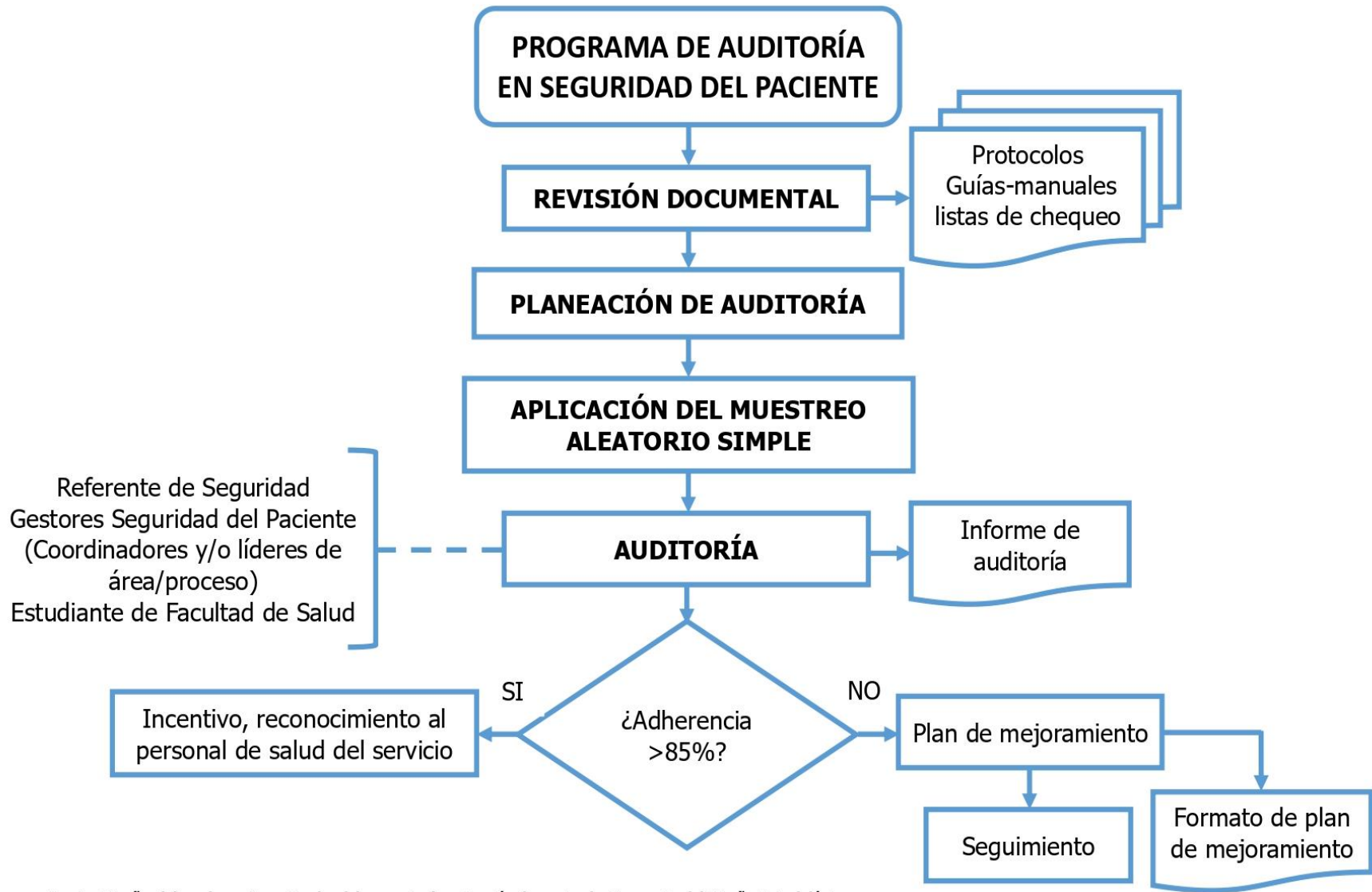
servicios de salud, entidades promotoras de salud, entidades administradoras de riesgos laborales, instituciones prestadoras de servicios de salud que presten servicios de salud ocupacional, que voluntariamente decidan acogerse al proceso. La acreditación busca comprobar el cumplimiento de forma gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios”. (Minsalud, 2014, pág. 1) (68)

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: “Es cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad.” (OMS, 1984) (24) “Es preciso que se prescriba el medicamento apropiado, que se disponga de este oportunamente y a un precio asequible, que se despache en las condiciones debidas y que se tome en las dosis indicadas y a los intervalos y durante el tiempo prescrito. El medicamento apropiado ha de ser eficaz y de calidad y seguridad aceptadas”. (Arias, 1999) (25)

10.5. Flujograma

Con la finalidad de facilitar la aplicación operativa de la medición de adherencia a los lineamientos de Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A, se sugiere revisar el siguiente flujograma el cual resume los pasos y elementos clave del proceso.

(40) (41)



Fuente: Diseño elaborado por investigador del proyecto de extensión denominado: Propuesta del Diseño Metodológico para el Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el II semestre de 2020

Figura 9. Flujograma

11. Revisión documental

11.1. Descripción de acceso a los documentos

PASO 1. Ingrese al enlace <https://www.clinicasantaanasa.com/misitio> de la Clínica Santa Ana S.A desde el servidor de internet del computador. (56)

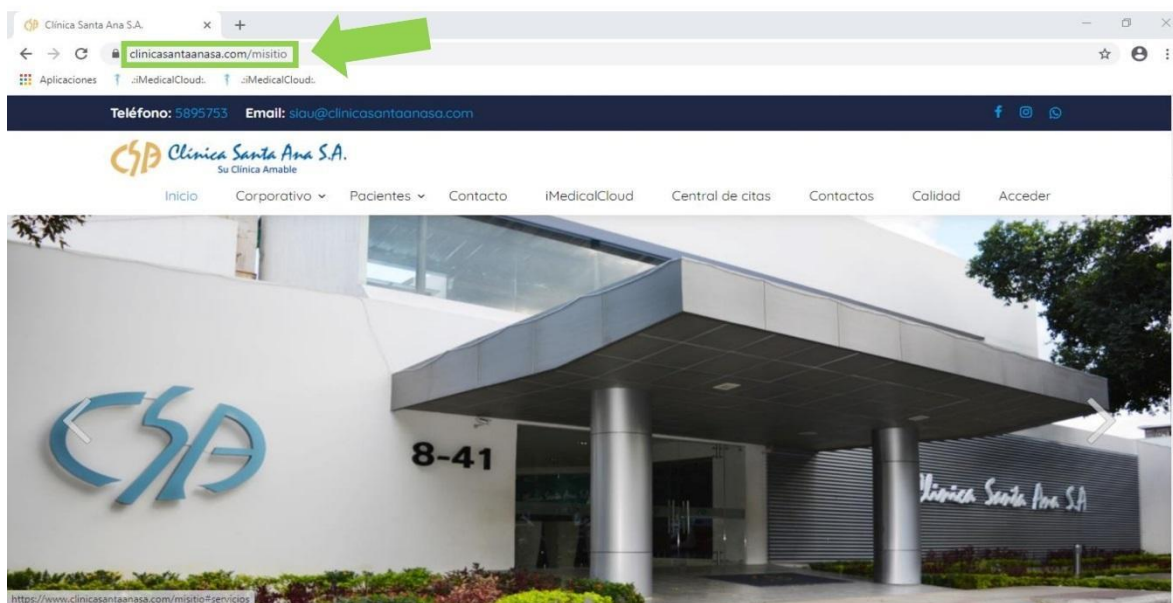


Figura 10. Paso 1. Descripción de acceso a los documentos

Fuente: Elaborado con base en la revisión de la página de la institución. [Recorte de página web Clínica Santa Ana S.A].

PASO 2. Seleccione la barra de desplazamiento y baje con el indicador hasta la parte inferior de la página. Luego, haga clic en “Acceder”. (56)

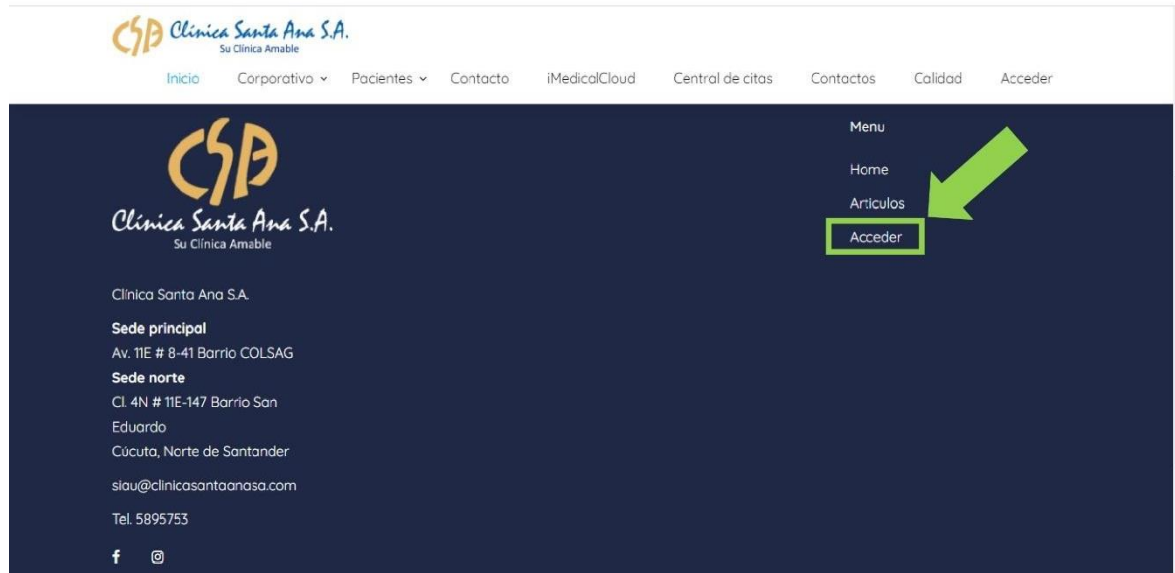


Figura 11. Paso 2. Descripción de acceso a los documentos

Fuente: Elaborado con base en la revisión de la página de la institución. [Recorte de página web Clínica Santa Ana S.A].

PASO 3. Ingrese una dirección de correo electrónico que corresponda a un usuario registrado de la institución y digite la clave. Posteriormente haga clic en recuadro azul ingresar. (56)



Figura 12. Paso 3. Descripción de acceso a los documentos

Fuente: Elaborado con base en la revisión de la página de la institución. [Recorte de página web Clínica Santa Ana S.A].

PASO 4. Una vez acceda al software haga clic en la parte superior derecha “Calidad” y luego en “Sistema de Gestión de Calidad”. (56)



Figura 13. Paso 4. Descripción de acceso a los documentos

Fuente: Elaborado con base en la revisión de la página de la institución. [Recorte de página web Clínica Santa Ana S.A].

PASO 5. Después de ingresar tendrá acceso a todos los documentos institucionales (protocolos, guías, procedimientos, manuales, etc). (56)



Sistema de Gestión de Calidad



Otros Sistema de Gestión

- Gestión de Urgencias
- Gestión Hospitalaria
- Gestión Quirúrgica
- Gestión de Apoyo Terapéutico
- Gestión de Apoyo Diagnóstico
- Gestión de Nutrición y Dietética
- Gestión de Recursos Físicos
- Gestión de Sistemas e Información
- Gestión de Calidad
- Gestión de Consulta Externa
- Gestión de Talento Humano
- Gestión Auditoría
- Gestión de Recursos Financieros

Figura 14. Paso 5. Descripción de acceso a los documentos

Fuente: Elaborado con base en la revisión de la página de la institución. [Recorte de página web Clínica Santa Ana S.A].

11.2. Ejemplo de acceso a los documentos

El responsable asignado desea realizar medición de adherencia al Protocolo de administración segura de medicamentos mediante la aplicación de la lista de chequeo; previamente debe realizar una revisión de los protocolos y la guía para conocer el lineamiento del Programa de Seguridad del Paciente de la clínica que le permita orientarse sobre las actividades y aspectos a evaluar en la auditoría. Posteriormente debe ingresar a “Gestión de apoyo Terapéutica” donde se encuentra ubicado los documentos según el proceso misional.

Clínica Santa Ana S.A. x +

clínicasantaana.com/articulos/gestion-de-apoyo-terapeutico

Aplicaciones | iMedicalCloud | iMedicalCloud

Teléfono: 0995733 Email: siau@clnicasantaana.com

Inicio Corporativo Pacientes Contacto iMedicalCloud Central de datos Contactos Calidad Acceder

Home / Artículos / Gestión de Apoyo Terapéutico

Actualizado: 2020-09-19 00:29:27

Gestión de Apoyo Terapéutico

Enfermería Procedimientos

- RECIBO Y ENTREGA DE TURNO ENFERMERIA
- ELABORACION DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
- CONTROL DE SIGNOS VITALES
- SOLICITUD, DESPACHO Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
- CATERETERISMO VESICAL
- MANEJO DE SITIOS DE VENUPLICION
- VALORACION Y CONTROL DEL PESO
- ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO PARA EL MANEJO DEL DOLOR
- CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS
- CONTROL Y PREVENCIÓN DE CAIDAS
- SOLICITUD, ADMINISTRACION Y REGISTRO DE HEMOCOMPONENTES
- INMOVILIZACION DE PACIENTES
- VALORACION Y MANEJO DE ULCERAS POR PRESION
- SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO A INTERCONSULTAS
- CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA
- TRASLADO DE PACIENTES
- CODIGO AZUL
- TOMA DE FICHOECARDIOGRAMAS
- OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
- PROCEDIMIENTO ACTUACIONES EN LA APLICACION Y RETIRO DE YESOS
- PROCEDIMIENTO PARA CUSTODIA DE PERTENENCIAS DE LOS PACIENTES

Guías

- GUIA DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO ENFERMERIA
- GUIA PARA ELABORACION PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
- GUIA DE VALORACION DE LOS SIGNOS VITALES
- GUIA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
- GUIA DE COLOCACION DE CATERETER VESICAL
- GUIA DE MANEJO DE SITIOS DE VENUPLICION
- GUIA PARA VALORACION Y CONTROL DE PESO
- INTERVENCION DE ENFERMERIA EN MUJERES GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO
- GUIA PARA EL MANEJO DEL DOLOR
- GUIA DE CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS
- GUIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CAIDAS

Manual

- MANUAL DE BIOSEGURIDAD
- MANUAL DE GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS
- MANUAL DE GESTION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS SN
- MANUAL DE INFECCIONES
- MANUAL DE BIOSEGURIDAD CLINICA SN
- MANUAL DE USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS

Guías

- LAVADO E HIGIENIZACION DE MANOS
- INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A CARBAPENEMICOS
- PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATERETER VENOSO CENTRAL
- PLAN DE ACCION PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DE MICROORGANISMOS RESPONSABLES D

Procedimientos

- ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
- LAVADO E HIGIENIZACION DE MANOS
- ASLAMIENTO HOSPITALARIO

Figura 15. Ejemplo de acceso a los documentos

Fuente: Elaborado con base en la revisión de la página de la institución. [Recorte de página web Clínica Santa Ana S.A].

11.3. Documentos institucionales

La clínica Santa Ana S.A. cuenta con documentos (procedimientos, guías, protocolos, manuales, etc) aprobados por Gerencia/Comité de Calidad/Comité de Seguridad, revisados por Coordinación de Calidad y disponibles la plataforma institucional en el área Calidad: Sistema de Gestión de Calidad. A continuación, se presentan los documentos clasificados de acuerdo a las 10 buenas prácticas esenciales de Seguridad del Paciente Obligatorias del Ministerio de Salud y de acuerdo a los lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente de la institución. También se categorizan los temas específicos de cada lineamiento. (64)

Tabla 6. *Inventario de documentos institucionales sobre Seguridad del Paciente*

	PRÁCTICA 3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD
	LINEAMIENTO 1: REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD
LAVADO E HIGIENIZACIÓN DE MANOS	
Protocolo de lavado e higienización de manos.	
Guía de lavado e higienización de manos.	
Procedimiento de lavado e higienización de manos.	
VENOPUNCIÓN	
Protocolo de Venopunción.	
Guía de Manejo de sitios de Venopunción.	
Procedimiento manejo sitios de Venopunción.	
CATETERISMO VESICAL	
Protocolo de Cateterismo Vesical intermitente en el hombre.	
Protocolo de Cateterismo Vesical intermitente en la mujer.	
Protocolo de Cateterismo Vesical temporal o permanente en el hombre.	
Protocolo de Cateterismo Vesical temporal o permanente en la mujer versión.	
Guía de prevención de infecciones asociada a catéter vesical.	

AISLAMIENTO HOSPITALARIO

Protocolo de aislamiento hospitalario.

Guía de aislamiento hospitalario.

Procedimiento de aislamiento hospitalario.

BIOSEGURIDAD

Manual de Bioseguridad.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PRÁCTICA 4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE
MEDICAMENTOS**


Clínica Santa Ana S.A.
SU CERCA AMARÉ

**LINEAMIENTO 3: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE
MEDICAMENTOS**
LINEAMIENTO 5: USAR DISPOSITIVOS MEDICOS CONFIABLES

Protocolo de administración de medicamentos vía oral.

Protocolo de administración de medicamentos vía tópica.

Protocolo de administración de medicamentos vía subcutánea.

Protocolo de administración de medicamentos vía sublingual.

Protocolo de administración de medicamentos vía intramuscular.

Protocolo de administración de medicamentos vía intravenosa.

Protocolo de administración de medicamentos vía intradérmica.

Protocolo de administración de medicamentos vía vaginal.

Protocolo de administración de medicamentos vía oftálmica.

Protocolo de administración de medicamentos vía ótica.

Protocolo de administración de medicamentos vía rectal.

Guía de administración de medicamentos.

Procedimiento de selección, adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios.

Procedimiento para el manejo de derrames y ruptura de medicamentos.

Procedimiento de dispensación de medicamentos y equipos médicos.

Procedimiento y clasificación de dispositivos médicos en el servicio farmacéutico.

Procedimiento recepción técnica y administrativa de medicamentos / dispositivos médicos.

Procedimiento de solicitud y transporte de medicamentos y dispositivos médicos.

Manual de uso racional de antibióticos.

Guía de profilaxis antibiótica.

Ficha técnica de medicamentos de alto riesgo adoptado del Ministerio de Salud.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PRÁCTICA 5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES**


Clínica Santa Ana S.A.
SU CERCA AMARÉ

**LINEAMIENTO 4: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LOS
PACIENTES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES**

Protocolo de identificación de pacientes.

Protocolo de Identificación de pacientes con pulsera.

Protocolo de identificación de pacientes con tarjeta de cabecera.

Guía de Identificación de pacientes.

Procedimiento de identificación de pacientes.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PRÁCTICA 6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS



Clínica Santa Ana S.A.
Su Clínica Amable

LINEAMIENTO 7: ESTRATEGIA Y CIRUGIA SEGURA

Protocolo de técnicas de asepsia y antisepsia.

Protocolo de admisión de cirugía.

Protocolo de preparación del paciente para el acto quirúrgico.

Protocolo de traslado del paciente a sala de cirugía.

Protocolo de complicaciones postquirúrgicas.

Guía de transporte de paciente complicado.

Protocolo para el seguimiento al paciente posquirúrgico.

Protocolo de traslado del paciente a unidad de cuidados posanestésicos.

Guía para el seguimiento al paciente postquirúrgico.

Guía de admisión de cirugía.

Guía para la evaluación y registro preanestésico, a todo paciente que requiere anestesia regional o general.

Guía de preparación del área operatoria en sala quirúrgica.

Guía de posición del paciente en la mesa quirúrgica.

Guía de preparación del paciente para el acto quirúrgico.

Guía de traslado del paciente de admisión a sala de cirugía.

Guía de atención del paciente quirúrgico.

Procedimiento para el seguimiento al paciente postquirúrgico.

Procedimiento de atención del paciente quirúrgico.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PRÁCTICA 7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS



Clínica Santa Ana S.A.
Su Clínica Amable

LINEAMIENTO 6: PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS

Protocolo de valoración de riesgo y prevención de caídas.

Guía de prevención y control de caídas.

Procedimiento de control y prevención de caídas.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PRÁCTICA 8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN



Clínica Santa Ana S.A.
Su Clínica Amable

LINEAMIENTO 8: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Protocolo de valoración del riesgo y prevención de úlceras por presión.

Protocolo de valoración y manejo de úlceras por presión.

Guía de valoración del riesgo y manejo de úlceras por presión.

Procedimiento de valoración y manejo de úlceras por presión.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PRÁCTICA 9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO



Clínica Santa Ana S.A.
SU CLÍNICA ANHESE

LINEAMIENTO 10: GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE-HIJO

Protocolo para garantizar la atención segura del binomio-madre-hijo.

Adopción de GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (MINSALUD).

Adopción de la GPC del recién nacido sano (MINSALUD).

Guía de atención al trabajo de parto.

Guía de atención al recién nacido.

Guía de reanimación neonatal.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PRÁCTICA 10. PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA



Clínica Santa Ana S.A.
SU CLÍNICA ANHESE

Protocolo administración y registro de hemocomponentes.

Guía para administración y registro de hemocomponentes.

Manual para la formulación de hemocomponentes.

Procedimiento para solicitud, administración y registro de hemocomponentes.

Procedimiento proceso para el abastecimiento de sangre y componentes sanguíneos.

Procedimiento almacenamiento de hemocomponentes.

Procedimiento despacho de hemocomponentes.

Reserva de unidades.

Incineración de hemocomponentes.

Plan de contingencia nevera.

Protocolo de análisis e investigación a reacciones adversas a la transfusión sanguínea.

Fuente: *Diseño elaborado por investigador del proyecto de extensión denominado: Propuesta del Diseño Metodológico para el Programa de Auditoria en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el II semestre de 2020.*

11.4. Descripción de acceso a listas de chequeo

Las listas de chequeo se encuentran disponibles y organizadas en una carpeta Google Drive. Para tener acceso debe ingresar el correo electrónico de Coordinación de Calidad. (64)

A continuación, se describe como se encuentra organizadas las listas de chequeo en el correo de Coordinación de Calidad.

PASO 1. Ingrese el correo electrónico y la clave para acceder. (Ingrese el correo de un líder de área o coordinador).

PASO 2. Realice búsqueda de la carpeta DOCUMENTOS que se encuentra de color verde e ingrese.

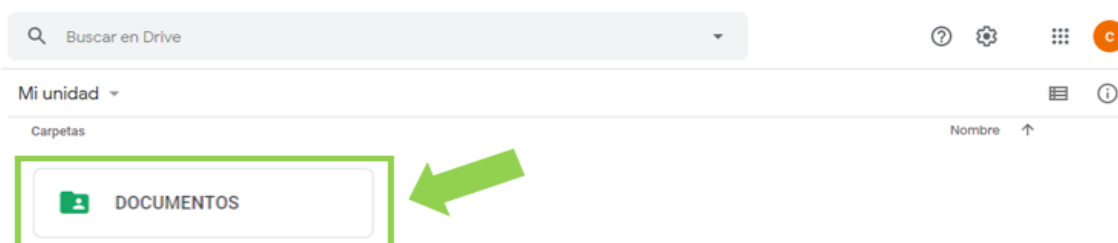


Figura 16. Paso 2. Descripción de acceso a listas de chequeo

Fuente: Elaborado con base en la revisión del correo. [Recorte de correo del área de Calidad-Clinica Santa Ana S.A].

PASO 3. Después haga clic en la carpeta LISTAS DE CHEQUEO que se encuentra de color naranja.

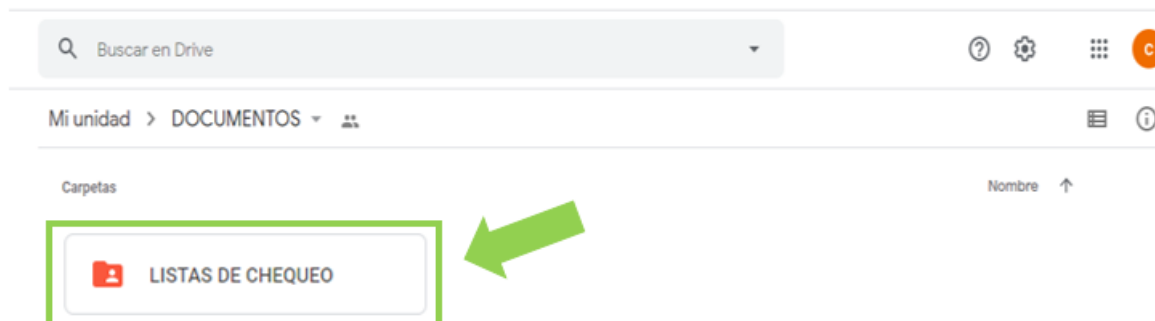


Figura 17. Paso 3. Descripción de acceso a listas de chequeo

Fuente: Elaborado con base en la revisión del correo. [Recorte de correo del área de Calidad-Clínica Santa Ana S.A].

PASO 4. Después de ingresar podrá visualizar y descargar las listas de chequeo de los lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente.

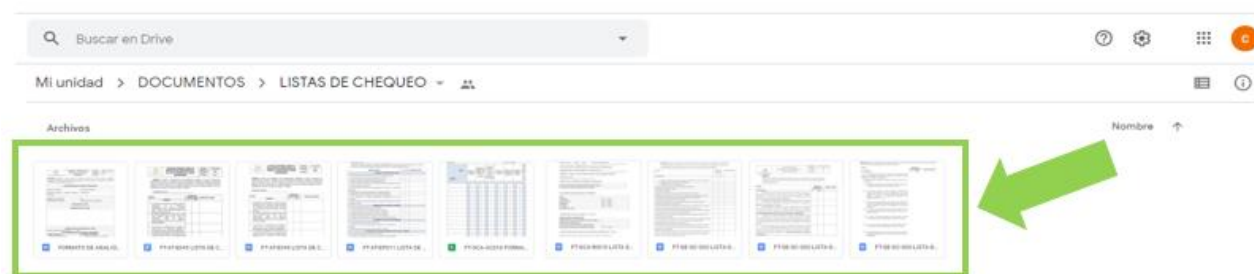


Figura 18. Paso 4. Descripción de acceso a listas de chequeo

Fuente: Elaborado con base en la revisión del correo. [Recorte de correo del área de Calidad-Clínica Santa Ana S.A].

12. Planeación de auditoría

El Programa de auditoría de medición de adherencia a los lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente se realiza de manera semestral por la referente de Seguridad del Paciente y demás gestores de Seguridad del Paciente (coordinadores y/o líderes de áreas/procesos). De igual manera, reciben apoyo de estudiantes de programas de Facultades de Salud en la medición de adherencia a los lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente con parte del proceso relación-docencia-servicio. Por otra parte, es importante destacar, que la institución realiza priorización de los lineamientos de acuerdo a la necesidad institucional. (64)

A continuación, se describen los pasos de la planeación de la auditoría:

PASO 1. Identifique la lista de chequeo del paquete institucional que va aplicar para la medición de adherencia al lineamiento seleccionado del Programa de Seguridad del Paciente:

Tabla 7. *Listas de Chequeo Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente***LINEAMIENTO 1: REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD**

Lista de chequeo Protocolo de Lavado e Higienización.

Lista de chequeo Procedimiento de venopunción (Prevención de flebitis).

Lista de chequeo Protocolo de manejo de aislamiento hospitalario.

Lista de chequeo Manual normas de bioseguridad.

LINEAMIENTO 3: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**LINEAMIENTO 5: USAR DISPOSITIVOS MEDICOS CONFIABLES**

Lista de chequeo Recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos.

Lista de chequeo de Solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos.

Lista de chequeo Protocolo de administración segura de medicamentos.

LINEAMIENTO 4: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Lista de chequeo Protocolo de identificación de paciente.

LINEAMIENTO 6: PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS

Lista de chequeo Valoración del riesgo y prevención de caídas.

LINEAMIENTO 7: ESTRATEGIA Y CIRUGIA SEGURA

Lista de chequeo de Cirugía segura.

Lista de chequeo Prevención de infecciones del sitio quirúrgico.

LINEAMIENTO 8: PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

Lista de chequeo Protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión.

LINEAMIENTO 10: GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE-HIJO

Lista de chequeo GPC atención al parto.

Lista de chequeo Atención segura al binomio madre-hijo.

Lista de chequeo de Complicaciones Obstétricas.

Lista de chequeo para la Gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos.

Fuente: *Diseño elaborado por investigador del proyecto de extensión denominado: Propuesta del Diseño Metodológico para el Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el II semestre de 2020.*

PASO 2. Registre en el “Formato de planeación” el nombre del proceso que se va auditar, el semestre de aplicación de la auditoría y el responsable asignado para la medición de adherencia.

PASO 3. Defina la técnica de auditoría teniendo en cuenta el lineamiento a auditar. Las técnicas de auditoría de medición de adherencia a los lineamientos de seguridad del paciente que utiliza la clínica Santa Ana S.A son:

AUDITORÍA EN SITIO SIN INTERACCIÓN HUMANA: Se realiza a través de la observación directa de los colaboradores de los diferentes servicios de la institución y la revisión de los documentos y registros clínicos. (Escuela Europea de Excelencia) (31)

AUDITORÍA REMOTA SIN INTERACCIÓN HUMANA: Se realiza a través de la revisión de los documentos y registros clínicos. (Escuela Europea de Excelencia) (31)



Figura 19. Técnicas de auditoría

Fuente: Diseño elaborado por investigador del proyecto de extensión denominado: *Propuesta del Diseño Metodológico para el Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el II semestre de 2020.*

13. Instrumentos de medición de adherencia a los lineamientos de seguridad del paciente

13.1. Lista de chequeo protocolo de lavado e higienización de manos

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista de chequeo tiene como objetivo evaluar la técnica de lavado e higienización de manos al personal asistencial de La Clínica Santa Ana, verificando adherencia al protocolo de lavado e higienización de manos. (64)

La escala de valoración incluye variables cualitativas nominales y ordinales, consta de 40 ítems divididos en 5 categorías: insumos e infraestructura, momento de higiene de manos, técnica de lavado de manos, técnica de lavado de manos con agua y jabón, técnica de higienización de manos con preparaciones alcohólicas y los ítems se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple y una adicional de observación donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (Coronado, 2007) (42)

Los ítems que hacen referencias a las actividades o aspectos a verificar del protocolo de lavado o higienización de manos son:

Categoría insumos en infraestructura

Disponibilidad en el servicio del protocolo de lavado de manos.

Conocimiento del protocolo de lavado de manos.

Existencia en todos los puntos de atención lavamanos.

Los lavamanos tienen suministro de agua permanente.

Disponibilidad de dispensadores de jabón en lavamanos.

Acceso de alcohol glicerinado al personal.

Existencia de canecas de residuos ordinarios junto a lavamanos.

Suministro de toallas desechables constantemente en los lavamanos.

Instrucciones en sitio visible sobre el método de higiene de manos sugerido por OMS.

Categoría momento de higiene de manos

Si se lava las manos antes del contacto directo con cada paciente.

Antes de realizar un procedimiento limpio o aséptico.

Después del riesgo de contacto con fluidos corporales.

Después de haber estado en contacto con el paciente.

Después de haber estado en contacto con el entorno del paciente.

Categoría técnica de lavado de manos

El profesional tiene las uñas sin esmalte.

Si el largo de las uñas del profesional es inferior a 0.5 cm del lecho ungueal.

Si retira de los brazos y manos, reloj, pulseras y anillos.

Categoría técnica de lavado de manos con agua y jabón

Abre la llave del agua y humedece sus manos.

Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos.

Frota las palmas de las manos entre si.

Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

Frota las palmas de las manos entre sí, con dedos entrelazados.

Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa, adicional se frota las muñecas y antebrazos.

Se enjuaga las manos con abundante agua.

Se seca las manos con toalla de un solo uso.

Utiliza la toalla para cerrar el grifo.

La duración de todo el procedimiento de lavado de manos es de 60 segundos.

Categoría técnica de higienización de manos con preparaciones alcohólicas

El profesional tiene las uñas sin esmalte.

El largo de las uñas del profesional es inferior a 0.5 cm del lecho ungueal.

Retira de los brazos y manos, reloj, pulseras y anillos.

Deposita en la palma de la mano una dosis del producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.

Frota las palmas de las manos entre sí.

Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

Frota las palmas de las manos entre sí, con dedos entrelazados.

Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.

La duración de todo el procedimiento de higienización de manos es de 30 segundos.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta los siguientes conceptos de la escala ordinal: bueno (90-100), regular (70-89) o deficiente (<69); cada ítem de la lista de chequeo tiene un valor de 2.5 puntos. (64)

13.1.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo protocolo de lavado e higienización de manos

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo del protocolo de lavado e higienización de manos aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso de los diferentes servicios y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría al Protocolo de lavado e higienización de manos del Programa Seguridad del Paciente

incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

UNIDAD FUNCIONAL/SERVICIO: indique el servicio o área que aplica la lista de chequeo.

NOMBRE DE LA PERSONA EVALUADA: indique el nombre completo del funcionario evaluado con letra legible sin tachones ni enmendaduras.

PROFESIÓN: registre el cargo del funcionario evaluado.

APLICADO POR: registre el nombre del evaluador que aplica la lista de chequeo.

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 8. Estructura de la lista de chequeo protocolo de lavado e higienización de manos

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO		C OBSERVACIONES
	C	NC	
1 CATEGORÍA			
2	3	4	5

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 9. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo protocolo de lavado e higienización de manos”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la categoría de la lista de chequeo.
	2	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
C	5	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta los siguientes conceptos de la escala: bueno (90-100), regular (70-89) o deficiente (<69); cada ítem de la lista de chequeo tiene un valor de 2.5 puntos. (64)

PASO 4: Después de realizar la interpretación, registre la siguiente información:

COMPROMISO DEL EVALUADOR: Indique o describa de manera clara y sucinta el compromiso que debe asumir el colaborador involucrado en el proceso evaluado.

FIRMA DEL EVALUADO: Solicite al funcionario evaluado que registre su firma sobre la línea.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.2. Lista de chequeo procedimiento de venopunción (prevención de flebitis)

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

El objetivo de la lista de chequeo es evaluar la adherencia al procedimiento, guía y protocolo de venopunción del personal de enfermería de la Clínica Santa Ana S.A. con el fin de obtener información que permita el establecimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejoramiento continuo. (64)

La escala de valoración incluye variables cualitativas ordinales, contiene 38 ítems que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple y una adicional de observación donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (Coronado, 2007) (42) (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Realiza la revisión de órdenes médicas y solicita los insumos a farmacia.

Organiza y alista el equipo de venopunción.

Realiza la técnica de venopunción.

Educa al paciente y su familia sobre el procedimiento.

Realiza el lavado de manos.

Se coloca guantes.

Coloca el torniquete 10 a 15 cm encima del sitio a puncionar.

Seleccione la vena que va a puncionar, teniendo en cuenta el flujo venoso.

Después de seleccionar la vena a puncionar retire el torniquete.

Realiza la antisepsia del sitio de inserción.

Espera 30 segundos sin volver a palpar el área con previa antisepsia.

Instala nuevamente el torniquete.

Con su dedo pulgar, sujeta la vena debajo del sitio de inserción y realiza la tracción con firmeza de la piel hacia abajo con el fin de fijar la vena.

Abre el catéter venoso periférico de seguridad activa con control de sangre, observando las precauciones para no dañar el bisel.

Sostiene el conector del catéter girando el barril 360 grados para soltar el sello en la punta el catéter.

Se asegura que el botón de activación haya quedado orientado hacia arriba y que el catéter quede asentado en su posición inicial, con la pestaña de desplazamiento alineada al botón de activación.

Estabiliza el vaso sanguíneo seleccionado y procede a introducir el catéter suavemente (lado biselado hacia arriba), en dirección del flujo sanguíneo, en un ángulo de 25 a 30 grados.

Se asegura de que la aguja este en la luz de la vena, mediante el retorno de sangre, e inmediatamente baja el ángulo de la aguja y avanza con la aguja del catéter un poco más para asegurar su punta.

Desliza por medio de la pestaña el violón hasta que queda instalado en el vaso sanguíneo.

Retira el torniquete.

Procede a oprimir el botón de activación para retraer el mandril (aguja guía) y lo deposita en el guardián satelital.

Fija el sitio de venopunción.

Una vez fijado procede según indicación:

Instalación de líquidos endovenosos: empata el equipo, purga y termina fijado.

Instalación de tapón de seguridad: empata el tapón y purga con jeringa de pre llenado según fue el caso, y fija.

Para fijar emplea el micropore y/o cinta adhesiva disponible siguiendo la técnica de Chevron. Recuerda dejar visible el trayecto de éste, para detectar en forma temprana signos de flebitis, infección o infiltraciones.

Recuerda que en los niños debe realizar la inmovilización del sitio de venopunción con férula o el dispositivo empleado para tal fin (Bajalenguas, tablita), tiene en cuenta cuidar la posición anatómica de la extremidad.

Rotula en el buretrol así: FI (Fecha de Inserción) FC (Fecha de Cambio) Calibre del catéter persona responsable de la venopunción con inicial del 1º nombre y 1º apellido completo.

Recoge los utensilios, desecha según normas de bioseguridad y organiza la unidad.

Se retira los guantes.

Realiza el lavado manos.

Verifica que el paciente tenga el acceso venoso permeable y no existan signos de flebitis en cada cambio de jornada y cada vez que termine de suministrar medicamento.

Monitoriza el cuidado y vigila los sitios de venopunción, identificando complicaciones y reportando los eventos adversos a que haya lugar.

Realiza el diligenciamiento del formato de control de inicio de venopunción de forma completa.

Realiza el diligenciamiento de las notas de enfermería en donde se registre de forma clara el seguimiento del sitio de venopunción de forma continua en cada turno.

Verificar que se haya diligenciado todos los registros de forma adecuada desde el inicio de la venopunción hasta orden de cambio o retiro de venopunción.

Retira los sitios de venopunción según indicación médica, por protocolo, o atendiendo las necesidades individuales de cada paciente.

Realiza el diligenciamiento del formato de control de retiro de venopunción de forma completa.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems. (64)

13.2.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo procedimiento de venopunción

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo del procedimiento de venopunción aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso de los diferentes servicios y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría al Procedimiento de venopunción del Programa Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 10. Estructura de la lista de chequeo procedimiento de venopunción

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO		C OBSERVACIONES
	C	NC	
1	2	3	4

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 11. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo procedimiento de venopunción”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	2	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
C	4	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Después de realizar la interpretación, registre la siguiente información:

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR: Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento al lineamiento de Seguridad del Paciente.

COMPROMISO DEL EVALUADO: Indique o describa de manera clara y sucinta el compromiso que debe asumir el colaborador involucrado en el proceso evaluado.

FIRMA DEL EVALUADOR: Debe registrar la firma del gestor de Seguridad del Paciente que realiza la auditoría.

FIRMA DEL EVALUADO: Solicite al funcionario evaluado que registre su firma sobre la línea.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.3. Lista de chequeo protocolo de manejo aislamiento hospitalario

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista de chequeo tiene como objetivo evaluar la adherencia al protocolo manejo de aislamiento hospitalario del personal de la Clínica Santa Ana S.A. con el fin de obtener información que permita interrumpir la cadena de transmisión del agente infeccioso para prevenir la diseminación de microorganismos en el paciente, personal hospitalario, visitantes y equipos. (64)

La escala de valoración incluye variables cualitativas nominales, consta de 47 ítems divididos en 5 categorías: aislamiento por contacto, aislamiento por gotas, aislamiento respiratorio, aislamiento protector y aislamiento por vectores. Cabe resaltar que gran parte de ítems se repiten por cada categoría. Los ítems se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple y una adicional de observación donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (Coronado, 2007) (42) (64)

Los ítems evaluados en la lista de chequeo son los siguientes:

Categoría aislamiento por contacto

El paciente en condición de aislamiento se encuentra en habitación individual, debidamente identificada con la señal informativa (AISLAMIENTO POR CONTACTO).

Se realiza lavado de manos de acuerdo a los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos.

Realiza uso de los elementos de protección personal (Guantes, respirador o mascarilla N95, gafas protectoras, bata).

Realiza uso de los elementos de protección personal (Guantes, respirador o mascarilla N95, gafas protectoras, bata).

Restricción de visitas a 1 acompañante por paciente.

Mantiene la puerta cerrada.

Informa al servicio de nutrición para disponer de vajilla desechable.

Limita el traslado del paciente. Si sale del cuarto para ser transportado, se asegura de que se mantengan las precauciones para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes.

El material necesario para vestirse se encuentra preparado dentro de la habitación (excepto la mascarilla que se coloca antes de entrar a la habitación).

Al salir de la habitación, las prendas contaminadas las deposita en el contenedor rojo.

Equipo para examen y toma de signos vitales de uso exclusivo para el paciente aislado.

Categoría aislamiento por gotas

El paciente en condición de aislamiento se encuentra en habitación individual, debidamente identificada con la señal informativa (AISLAMIENTO POR GOTAS).

Se realiza lavado de manos de acuerdo a los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos.

Realiza uso de los elementos de protección personal (Guantes, respirador o mascarilla quirúrgica, gafas protectoras, bata).

Restricción de visitas a 1 acompañante por paciente.

Mantiene la puerta cerrada.

Informa al servicio de nutrición para disponer de vajilla desechable.

Limita el traslado del paciente. Si sale del cuarto para ser transportado, se asegura de que se mantengan las precauciones para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes.

El material necesario para vestirse se encuentra preparado dentro de la habitación (excepto la mascarilla que se coloca antes de entrar a la habitación).

Al salir de la habitación, las prendas contaminadas las deposita en el contenedor rojo.

Equipo para examen y toma de signos vitales de uso exclusivo para el paciente aislado.

Categoría aislamiento respiratorio

El paciente en condición de aislamiento se encuentra en habitación individual, debidamente identificada con la señal informativa (AISLAMIENTO RESPIRATORIO).

Se realiza lavado de manos de acuerdo a los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos.

Realiza uso de los elementos de protección personal (Guantes, respirador o mascarilla N95, de no ser posible el uso de mascara N95 restringir el paso a la habitación; gafas protectoras, bata).

Restricción de visitas a 1 acompañante por paciente.

Mantiene la puerta cerrada.

Informa al servicio de nutrición para disponer de vajilla desechable.

Limita el traslado del paciente. Si sale del cuarto para ser transportado, se asegura de que se mantengan las precauciones para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes (gorro, mascarilla quirúrgica bien ajustada).

El paciente usa todo el tiempo mascarilla quirúrgica.

El material necesario para vestirse se encuentra preparado dentro de la habitación (excepto la mascarilla que se coloca antes de entrar a la habitación).

Al salir de la habitación, las prendas contaminadas las deposita en el contenedor rojo.

El personal de servicios generales usa mascarilla N95 en presencia del paciente.

Equipo para examen y toma de signos vitales de uso exclusivo para el paciente aislado.

Categoría aislamiento protector

El paciente en condición de aislamiento se encuentra en habitación individual, debidamente identificada con la señal informativa (AISLAMIENTO PROTECTOR).

Se realiza lavado de manos de acuerdo a los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos.

Realiza uso de los elementos de protección personal (Guantes, respirador o mascarilla quirúrgica, gafas protectoras, bata no es necesario que sea estéril).

Restricción de visitas a 1 acompañante por paciente.

Mantiene la puerta cerrada.

Informa al servicio de nutrición para disponer de vajilla desechable y establecer una dieta que evite alimentos o ensaladas crudas.

Limita el traslado del paciente. Si sale del cuarto para ser transportado, se asegura de que se mantengan las precauciones para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes.

El material necesario para vestirse se encuentra preparado dentro de la habitación (excepto la mascarilla que se coloca antes de entrar a la habitación).

Al salir de la habitación, las prendas contaminadas las deposita en el contenedor rojo.

El personal de servicios generales usa elementos de protección personal igual que el personal sanitario.

Equipo para examen y toma de signos vitales de uso exclusivo para el paciente aislado.

Categoría aislamiento por vectores

Habitación bipersonal.

Se realiza lavado de manos de acuerdo a los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos.

Uso de toldillo, de manera que los bordes queden debajo del colchón.

Brindar educación a la familia de que el paciente permanezca dentro del toldillo para cortar la cadena de transmisión.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems.

13.3.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo protocolo manejo de aislamiento hospitalario

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo del protocolo de manejo de aislamiento hospitalario aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso de los diferentes servicios y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría al Protocolo de manejo de aislamiento hospitalario del Programa Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 12. Estructura de la lista de chequeo protocolo de manejo aislamiento hospitalario

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO		C OBSERVACIONES
	C	NC	
1 CATEGORÍA			
2	3	4	5

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 13. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo protocolo de manejo aislamiento hospitalario”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la categoría de la lista de chequeo.
	2	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
C	5	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Después de realizar la interpretación, registre la siguiente información:

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR: Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento al lineamiento de Seguridad del Paciente.

COMPROMISO DEL EVALUADO: Indique o describa de manera clara y sucinta el compromiso que debe asumir el colaborador involucrado en el proceso evaluado.

FIRMA DEL EVALUADOR: Debe registrar la firma del gestor de Seguridad del Paciente que realiza la auditoría.

FIRMA DEL EVALUADO: Solicite al funcionario evaluado que registre su firma sobre la línea.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.4. Lista de chequeo manual normas de bioseguridad

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La escala de valoración incluye variables cualitativas nominales, consta de 10 ítems que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple-no aplica y una adicional de observación donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (Coronado, 2007) (42) (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Utiliza los EPP según se requiera.

Mantiene las uñas cortas, limpias, y sin maquillaje. Evita el uso de accesorios.

No usa joyas para la realización de procedimientos o al contacto directo con los usuarios.

Cumple con la higiene de manos.

Cumple con medidas para aislamiento hospitalario.

El lugar de trabajo esta ordenado y limpio.

Clasifica correctamente los residuos.

Sabe qué hacer en caso de que ocurra un accidente de trabajo.

Realiza la limpieza y desinfección de las superficies, elementos y equipos después de cada procedimiento.

Tiene claro cómo manejar los derrames accidentales de sangre o fluidos corporales.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems. (64)

13.4.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo manual normas de bioseguridad

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo del manual de normas de bioseguridad aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso de los diferentes servicios y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría al Manual de Normas de Bioseguridad del Programa Seguridad del Paciente incluyendo a

las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: registre el nombre del evaluador que aplica la lista de chequeo.

SERVICIO AUDITADO: indique el servicio o área que aplica la lista de chequeo.

CARGO DEL AUDITOR: registre el cargo del auditor.

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 14. Estructura de la lista de chequeo manual normas de bioseguridad

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO			C OBSERVACIONES
	C	NC	NA	
1	2	3	4	5

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 15. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo manual normas de bioseguridad”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	2	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que la actividad no se encuentre en las funciones del colaborador involucrado en el proceso a auditar o que no sea necesario realizarlo dentro del servicio evaluado.
C	5	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del

“Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Realice interpretación de los resultados obtenidos.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.5. Lista de chequeo recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista de chequeo consta de 8 ítems que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple-no aplica y una adicional de observación donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Las condiciones de conservación del medicamento y/o dispositivo medico (Temperatura-humedad y cadena de frío) corresponden a las indicaciones establecidas por el fabricante.

El aspecto físico (integralidad de empaque etiquetado, color de producto) son las correctas.

Las cantidades recibidas corresponden a las relacionadas en la factura.

Las fechas de vencimiento de los productos se encuentran vigentes y mayor a seis meses.

Los medicamentos y/o dispositivos médicos cuentan con Número de lote visible.

Los medicamentos y/o dispositivos médicos cuentan con Registro INVIMA.

La marca del medicamento y/o dispositivo médico es visible y corresponde a lo solicitado.

La presentación comercial corresponde a lo solicitado.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems.

13.5.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso del servicio farmacéutico y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría a la Recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos del Programa Seguridad

del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

PROVEEDOR: Indique el nombre del proveedor del insumo.

FECHA DE LA FACTURA: Registre la fecha de la factura.

NÚMERO DE LA FACTURA: Registre el número de la factura.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOS

SELECCIONADOS PARA LA MUESTRA: Registre el nombre del medicamento y dispositivo médico seleccionado para la muestra.

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 16. Estructura de la lista de chequeo recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO			C OBSERVACIONES
	C	NC	NA	
1	2	3	4	5

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 17. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	2	Marque con una "X", en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	3	Marque con una "X", en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una "X", en caso de que la actividad no se encuentre en las funciones del colaborador involucrado en el proceso a auditar o que no sea necesario realizarlo dentro del servicio evaluado.
C	5	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: *Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del "Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales". (48) (64)*

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Después de realizar la interpretación, registre la siguiente información:

RESPONSABLE: Debe registrar el nombre del gestor de Seguridad del Paciente que realiza la auditoría.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.6. Lista de chequeo protocolo de administración segura de medicamentos

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista de chequeo tiene como objetivo evaluar la adherencia al protocolo de administración de medicamentos del personal de la Clínica Santa Ana S.A. con el fin de obtener información que permita garantizar la administración segura en todos los pacientes, de manera correcta y en el tiempo exacto según ordenes médicas. (64)

La lista de chequeo consta de 78 ítems divididos en 11 categorías que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple y una adicional de observación donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Existe orden médica escrita para administrar el medicamento.

Realiza pedido de insumos requeridos al servicio farmacéutico.

Realiza lavado de manos antes de preparar el medicamento.

La preparación del medicamento la realiza en un lugar limpio.

Realiza la preparación del medicamento con las condiciones de asepsia requeridas.

Comprueba y verifica el nombre del medicamento.

Verifica fecha de vencimiento del medicamento.

Verifica vía de administración que trae el medicamento según el laboratorio.

Teniendo en cuenta que es un procedimiento de enfermería, prepara la bandeja con.

Utiliza guantes como medida de protección.

Utiliza técnica antiséptica antes de administrar el medicamento.

Verifica los 10 correctos en la administración de medicamentos.

Realiza previa prueba de sensibilidad para administrar antibióticos.

Realiza el registro completo en la historia clínica.

Realiza correctamente disposición final de residuos e insumos al terminar el procedimiento.

Categoría vía de administración intravenosa (administración directa)

Localiza la zona de punción en el área cubital, vena de mayor calibre.

Ubica el torniquete a 10 o 15 cm por encima del sitio de punción.

Realiza desinfección del sitio de punción.

Realiza punción en ángulo de 30° con el bisel de la aguja hacia arriba, la introduce 0.6 cm.

Tira embolo de la jeringa comprobando que se encuentra en la vena.

Retira torniquete y administra el fármaco lentamente.

Retira la aguja y aplica presión en el lugar de punción con gasa estéril.

Categoría vía de administración intravenosa (administración en una vía canalizada)

Asegura que el acceso venoso este permeable.

Limpia con antiséptico el sitio de punción del buretrol, equipo de venoclisis o catéter heparinizado.

Administra el medicamento lentamente.

Administra los medicamentos de forma individual.

Diluye adecuadamente los medicamentos con el fin de evitar flebitis química, efectos secundarios del medicamento.

Utiliza bomba de infusión en pacientes pediátricos.

Utiliza bomba de infusión para administrar medicamentos alerta (antiarrítmicos, electrolitos, heparina, insulina etc.).

Categoría vía de administración intramuscular

Coloca al paciente en posición adecuada: - Decúbito prono: si la aplicación es en glúteo en su cuadrante superior externo. - Sentado y/o en decúbito supino: si la aplicación es en deltoides o cara anterior del muslo.

Limpia con solución antiséptica con movimientos circulares del centro hacia la periferia el sitio a puncionar y deja seca.

Limpia con solución antiséptica con movimientos circulares del centro hacia la periferia el sitio a puncionar y deja secar.

Introduce la aguja en forma perpendicular a la piel, en forma rápida y firme.

Aspira, si sale sangre retira un poco la aguja, vuelve a aspirar e inyecta el medicamento.

Retira con movimiento rápido la jeringa y realiza presión sobre el sitio de punción.

No realiza masaje sobre el área de la punción.

Categoría vía de administración subcutánea

Limpia con solución antiséptica con movimientos circulares del centro hacia la periferia el sitio de punción y deja secar.

Realiza pliegue en la piel e introduce la aguja en un ángulo de 45 grados, con el bisel de la aguja hacia arriba.

Aspira y si no hay sangre en la jeringa inyecta el medicamento, si sale sangre retira la aguja y repite este procedimiento cambiando el sitio de inserción.

Retira con movimiento rápido la jeringa y realizando presión sobre el sitio de punción.

Categoría vía de administración intradérmica

Descubre la parte anterior del brazo. Con solución antiséptica, limpia el área con movimientos circulares del centro hacia la periferia y deja secar.

Estira la piel e introduzca la aguja horizontalmente a la piel en ángulo de 10°-15°.con el bisel hacia arriba.

Introduce el medicamento hasta formar con el líquido una pápula.

Retira con cuidado la aguja sin hacer presión en el sitio de punción.

Demarca la zona de punción con un círculo de 3 a 5 cm alrededor del sitio.

Categoría vía de administración oral

Verifica que el paciente neurológicamente este normal (Glasgow 15/15)

Verifica que el paciente trague el medicamento y de manera presencial.

Medicamento para administrar por SOG: realiza revisión de permeabilidad de la misma.

Medicamento para administrar por SOG: Diluye adecuadamente el medicamento.

Medicamento para administrar por SOG: Realiza lavado de la sonda inmediatamente después de administrar el medicamento.

Sublingual: Educa al paciente que no debe tragar el medicamento.

Categoría vía de administración tópica

Realiza previo lavado de la zona de aplicación antes de administrar el medicamento.

Categoría vía de administración oftálmica

Coloca el paciente acostado o sentado con la cabeza en ligera hiperextensión.

Realiza limpieza ocular desde el ángulo externo del ojo con una gasa o torunda si es necesario antes de aplicar el medicamento.

Deja caer el medicamento en el ángulo interno del ojo, y sostiene al paciente en esta posición por tres minutos mientras el medicamento se dispersa en el ojo.

Evita que el paciente se frote el ojo.

Evita que el gotero o tubo del ungüento toque el ojo.

Categoría vía de administración otica

Coloca el paciente cómodo, acostado al lado opuesto al que se va a aplicar la gota del medicamento.

Sostiene el pabellón de la oreja hacia arriba y hacia atrás en adultos, y en los niños hacia abajo y atrás para que la gota pueda penetrar.

Aplica la gota aproximadamente a medio centímetro de la oreja y sostiene al paciente en esta posición por tres minutos mientras el medicamento entra en el oído.

Evita que el paciente se frote el oído.

Evita que el gotero o tubo del ungüento toque el oído.

Categoría vía de administración nasal

Aplica la gota primero en una fosa nasal, pide al paciente que inspire, espera unos segundos y aplica en la otra fosa nasal.

Sostiene la cabeza del paciente en ligera hiperextensión por unos minutos y evita al máximo que el paciente degluta las gotas.

Aplica la gota aproximadamente a medio centímetro de la fosa nasal y sostiene al paciente en esta posición por tres minutos mientras el medicamento entra en la misma.

Evita que el paciente se frote la nariz.

Evita que el gotero o tubo del ungüento toque la nariz.

Categoría vía de administración vaginal

Ubica al paciente en posición ginecológica procurando preservar su intimidad, comodidad y respeto.

Realiza aseo genital antes de administrar el medicamento, si se observa mala higiene.

Se coloca guantes estériles e introduce el óvulo en el canal vaginal, si el medicamento es crema lo administra con aplicador. Si no viene con aplicador utiliza el segundo y tercer y dedo de la mano (índice y medio).

Evita la aplicación durante el periodo menstrual.

Aplica preferiblemente en las noches para favorecer el reposo.

Categoría vía de administración rectal

Ubica al paciente en posición de sims o semiprono procurando preservar su intimidad, comodidad y respeto.

Realiza aseo perianal antes de administrar el medicamento si se observa mala higiene.

Utiliza equipo de bioseguridad, con la mano izquierda separa los glúteos hasta divisar el orificio anal.

Con la mano derecha introduce el supositorio hasta más o menos 5 cm o sonda de enema rectal más o menos (9 cm adulto, 3,5 niños) por el extremo más delgado con el fin de que la contracción del esfínter anal lo impulse hacia adentro con mayor facilidad.

Con la mano derecha sonda de enema rectal más o menos (9 cm adulto, 3,5 niños) con el fin de que la contracción del esfínter anal lo impulse hacia adentro con mayor facilidad e introduce el líquido lentamente.

Pide al paciente que haga contracción anal mientras lentamente retira sonda de enema

Indicar al paciente que haga contracción anal por 20 minutos mientras el medicamento hace efecto.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems. (64)

13.6.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo protocolo administración segura de medicamentos

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo del protocolo administración segura de medicamentos aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso de los diferentes servicios y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría al Protocolo administración segura de medicamentos del Programa de Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

SERVICIO: indique el servicio que aplica la lista de chequeo.

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 18. Estructura de la lista de chequeo protocolo administración segura de medicamentos

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO		C OBSERVACIONES
	C	NC	
1 CATEGORÍA			
2	3	4	5

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 19. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo protocolo administración segura de medicamentos”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la categoría de la lista de chequeo.
	2	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
C	5	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: *Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”.* (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Después de realizar la interpretación, registre la siguiente información:

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR: Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento al lineamiento de Seguridad del Paciente.

COMPROMISO DEL EVALUADO: Indique o describa de manera clara y sucinta el compromiso que debe asumir el colaborador involucrado en el proceso evaluado.

FIRMA DEL EVALUADOR: Debe registrar la firma del gestor de Seguridad del Paciente que realiza la auditoría.

FIRMA DEL EVALUADO: Solicite al funcionario evaluado que registre su firma sobre la línea.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.7. Lista de chequeo de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

El objetivo de la lista de chequeo es evaluar la adherencia al procedimiento de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos de los colaboradores involucrados en el proceso para garantizar una entrega segura de los mismos desde el área de dispensación del servicio Farmacéutico. (64)

La lista de chequeo consta de 24 ítems y 3 categorías. En la primera categoría se evalúa al personal de Enfermería y en las dos últimas al personal auxiliar del servicio farmacéutico. Todas las actividades se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple-no aplica y una adicional de observación donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. Del total de aspectos a verificar 10 corresponden al personal de Enfermería y 14 ítems a los auxiliares de farmacia. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Categoría personal de enfermería

Verifica que el medicamento o equipo médico solicitado corresponde al nombre del paciente correcto.

Verifica que el medicamento o equipo médico solicitado corresponde al paciente correcto.

Realiza solicitud de medicamento o equipo médico con la orden de solicitud de enfermería.

Verifica que el medicamento o equipo médico solicitado corresponde al servicio correcto.

Realiza solicitud del medicamento o equipo médico en ventanilla después de haber hecho la solicitud virtual. (Según servicio)

Realiza devoluciones antes del egreso del paciente, con el ingreso abierto.

Realiza solicitud a farmacia en casos de urgencia vital.

Verifica que el medicamento o equipo médico solicitado corresponde a los medicamentos e insumos que aparecen en la fórmula u orden médica.

Verifica que lo entregado corresponda a lo solicitado y firma el documento según corresponda.

Realiza preparación del medicamento en el área que corresponde.

Categoría auxiliar de farmacia

Verifica en el sistema que la solicitud este autorizada.

Verifica que la orden médica cumple con los parámetros establecidos en el Decreto 2200 de 2005.

Organiza por paciente los medicamentos y/o dispositivos médicos formulados.

Ingresa al software institucional la información de la orden médica.

Imprime el Boucher generado y lo entrega al auxiliar de almacenamiento.

Verifica orden médica prescrita y realiza la venta de medicamentos.

Alista y organiza los medicamentos y dispositivos médicos.

Realiza entrega de medicamentos y dispositivos médicos al solicitante.

Registra y confirma en el sistema los medicamentos y dispositivos médicos dispensados.

Suministra información del medicamento en el formato institucional.

Categoría no POS

El auxiliar de farmacia verifica que el formato Mipres cumple con lo establecido de acuerdo a los lineamientos de los Planes de Beneficios de Salud (PBS).

Verifica que el diagnóstico esté asociado a la indicación INVIMA del medicamento.

El auxiliar de farmacia entrega el formato Mipres al área de facturación, conserva un recibido y verifica que los parámetros se encuentren registrados en forma correcta y completa para poder ser dispensados.

Verifica que los medicamentos solicitados, dispensados y administrados estén acordes a la cantidad del tratamiento facturado.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems. (64)

13.7.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo solicitud y dispensación de medicamentos y equipos médicos

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso de los diferentes servicios y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría al proceso de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos del Programa de Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la

Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 20. Estructura de la lista de chequeo de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO			C OBSERVACIONES
	C	NC	NA	
1 CATEGORÍA				
2	3	4	5	6

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 21. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la categoría de la lista de chequeo.
	2	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
	5	Marque con una “X”, en caso de que la actividad no se encuentre en las funciones del colaborador involucrado en el proceso a auditar o que no sea necesario realizarlo dentro del servicio evaluado.
C	6	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: *Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”.* (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Después de realizar la interpretación, registre la siguiente información:

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR: Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento al lineamiento de Seguridad del Paciente.

FIRMA DEL EVALUADOR: Debe registrar la firma del gestor de Seguridad del Paciente que realiza la auditoría.

FIRMA DEL EVALUADO: Solicite a los funcionarios evaluados que registren su firma sobre la línea.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.8. Lista de chequeo protocolo de identificación de pacientes

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

El objetivo de la lista de chequeo es evaluar la adherencia al protocolo de correcta identificación de paciente del personal de la clínica Santa Ana S.A. con el fin de garantizar la ejecución de actividades evitando errores en la atención disminuyendo la ocurrencia de eventos adversos relacionados y disponer de un sistema estandarizado de identificación. (64)

La lista de chequeo consta de 5 ítems que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple y una adicional de observación donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Los pacientes cuentan con pulsera de identificación se encuentra en buen estado y los datos son correctos.

El personal asistencial realiza proceso de verificación cruzada antes de cualquier procedimiento.

Las pulseras se encuentran codificadas según el riesgo de los pacientes.

Las pulseras se encuentran integrales.

El paciente y familiares recibió educación de la importancia de la identificación.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems. (64)

13.9. Lista de chequeo valoración del riesgo y prevención de caídas

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista de chequeo tiene como objetivo evaluar el cumplimiento de los lineamientos para valoración de riesgo y prevención de caídas institucionales en la clínica Santa Ana garantizando la seguridad del paciente. (64)

La lista consta de 24 ítems que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple-no aplica y una adicional de observación donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

El profesional de enfermería de turno aplica a cada paciente que ingresa a la institución la escala de valoración de riesgo de caídas.

Al ingreso de los pacientes el personal de enfermería explica el uso del timbre.

Al ingreso de los pacientes el personal de enfermería explica las medidas de seguridad para la prevención de caídas.

Si el paciente cambio de Unidad funcional, el profesional de enfermería del servicio al que se traslada realiza una nueva valoración de la escala de riesgo de caídas al ingreso del paciente (CODIGO FT-GA-CA020), dejando registro de la misma.

El personal en cada entrega de turno informa la condición del paciente, los resultados de evaluación para riesgo de caídas y la gestión realizada de acuerdo a los hallazgos en las acciones preventivas.

Se realiza la escala de valoración de riesgo de caídas cada 24 horas a paciente clasificado en Alto Riesgo, dejando registro en el software institucional.

Se realiza la escala de valoración de riesgo de caídas cada 48 horas en Medio riesgo, dejando registro en el software institucional.

Se realiza la escala de valoración de riesgo de caídas cada 72 horas en bajo riesgo, dejando registro en el software institucional.

Se aplica la lista de chequeo de acciones preventivas de caídas a pacientes identificados con alto riesgo (CODIGO/OD-GA-CA020).

El personal de enfermería registra las actividades de educación a un familiar o responsable del paciente sobre los riesgos de caídas en la historia del paciente clasificado con alto riesgo.

El personal de enfermería registra las actividades de educación a un familiar o responsable del paciente sobre los cuidados a seguir en la prevención de ocurrencia de caídas.

Las actividades de educación sobre los riesgos de caídas en la historia del paciente clasificado con alto riesgo son reportadas en el informe de gestión mensual al departamento de enfermería.

Se proporciona ayuda física para pacientes cuando deambulen o intenten maniobras difíciles (ir al baño, trasladarse).

Se realiza ronda de seguridad del servicio para verificar la aplicación de medidas preventivas (barandas, pisos secos).

Se realiza supervisión de la aplicación de la escala de valoración de riesgo de caídas.

La cama tiene barandales, se encuentran en buen estado y funcionalidad.

El servicio cuenta con una adecuada iluminación.

El servicio cuenta con suelo seco y/o antideslizante.

Se cuenta con el personal del proceso de recursos físicos responsable del mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario e infraestructura hospitalaria.

El personal camillero cumple con las normas establecidas para transporte seguro de pacientes.

En el caso de producirse una caída, se diligencia el formato de registro de incidencia de caídas.

El formato de registro de incidencia de caídas se presenta a la oficina de calidad en las siguientes 24 horas de ocurrido el evento junto con una copia del formato de ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS si el paciente fue clasificado de alto riesgo al ingreso.

Al paciente víctima de una caída intrahospitalaria se le realiza la valoración por un médico, donde se detalla el registro de las acciones tomadas en la historia clínica, el resultado de la condición del mismo junto la conducta recomendada a seguir.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems. (64)

13.9.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo lista de chequeo valoración del riesgo y prevención de caídas

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo del valoración del riesgo y prevención de caídas aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso de los diferentes servicios y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría al Protocolo de valoración del riesgo y prevención de caídas del Programa Seguridad del

Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 22. Estructura de la lista de chequeo valoración del riesgo y prevención de caídas

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO			C OBSERVACIONES
	C	NC	NA	
1	2	3	4	5

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 23. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo valoración del riesgo y prevención de caídas”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	2	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que la actividad no se encuentre en las funciones del colaborador involucrado en el proceso a auditar o que no sea necesario realizarlo dentro del servicio evaluado.
C	5	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del

“Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Después de realizar la interpretación, registre la siguiente información:

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR: Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento al lineamiento de Seguridad del Paciente.

COMPROMISO DEL EVALUADOR: Indique o describa de manera clara y sucinta el compromiso que debe asumir el colaborador involucrado en el proceso evaluado.

FIRMA DEL EVALUADOR: Debe registrar la firma del gestor de Seguridad del Paciente que realiza la auditoría.

FIRMA DEL EVALUADO: Solicite al funcionario evaluado que registre su firma sobre la línea.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.10. Lista de chequeo de cirugía segura

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista de chequeo consta de 38 ítems y 4 categorías que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple-no aplica. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Se encuentran correctamente diligenciados los datos de identificación.

Se evidencia registro de los signos vitales.

Se evidencia registro de los antecedentes del paciente como: patológicos, quirúrgicos y grupo sanguíneo.

Categoría antes de la administración de la anestesia: entrada

El nombre del paciente corresponde con el de la Historia Clínica.

Sitio quirúrgico.

El/la paciente sabe de que lo van a operar.

Se evidencia el consentimiento informado firmado por el paciente y el profesional de la salud.

Si Requiere técnicos de rayos x este se encuentra presente.

Tiene confirmada la demarcación del sitio qx.

Se tienen identificadas las posibles alergias del paciente.

Vía aérea difícil.

Tiene ayuno más de 6 horas.

Riesgo de hemorragia >500ML de sangre (7ML/KG en niños).

El paciente tiene solicitado reserva de HEMOCOMPONENTES.

El paciente tiene solicitud de UCI si requiere.

Tiene vía de acceso intravenosa adecuada y líquidos necesarios.

Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia.

El pulsioxímetro está colocado en el paciente y es funcional.

Categoría antes de la incisión de la piel: el/la cirujano(a) realiza pausa

Todos los miembros del equipo se conocen por su nombre y función y están presentes.

El/la cirujano(a), anestesiólogo(a), ayudante de cirugía, enfermera(o) confirman verbalmente:

La identidad.

El sitio quirúrgico.

El procedimiento.

Categoría previsión de eventos críticos

El/la cirujano(a) revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre esperada.

El/la anesthesiólogo(a) revisa si el/la paciente presenta algún problema específico.

La instrumentadora revisa la esterilidad u otros problemas relacionados con el material.

Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.

Pueden visualizarse imágenes diagnósticas esenciales.

Categoría antes de que el/la paciente abandone el quirófano: salida

EL PERSONAL de enfermería confirma verbalmente con el equipo:

Nombre del procedimiento realizado y registrado.

Que los recuentos de los instrumentos, esponjas y agujas son correctos.

Identificación y rotulación correcta de muestras.

Si hay problemas con el equipo que requieran atención.

El/la cirujano(a), anestesiólogo(a) y enfermera(o) revisan, repasan y registran los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

Se evidencia firma en la lista de chequeo de cirugía segura:

Anestesiólogo.

Cirujano.

Coordinación de cirugía.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems. (64)

13.10.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo cirugía segura

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo de cirugía segura aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso del servicio de cirugía y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría de Cirugía segura del Programa Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo

de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

NÚMERO DE DOCUMENTO DEL PACIENTE: Registre el número de documento del paciente.

FECHA DE LA CIRUGÍA: Registre la fecha en que se le realizó la cirugía al paciente.

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 24. Estructura de la lista de chequeo de cirugía segura

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO		
	C	NC	NA
1 CATEGORÍA			
2	3	4	5

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 25. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo de cirugía segura”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la categoría de la lista de chequeo.
	2	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
	5	Marque con una “X”, en caso de que la actividad no se encuentre en las funciones del colaborador involucrado en el proceso a auditar o que no sea necesario realizarlo dentro del servicio evaluado.

Fuente: *Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”.* (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.11. Lista de chequeo prevención de infecciones del sitio quirúrgico

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista de chequeo contiene en total 18 ítems, divididos en 3 categorías; del total de ítems 11 se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: si-no y una adicional de no aplica en los 2 primeros ítems de la tercera categoría. En los 7 ítems restantes se debe registrar lo correspondiente. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Categoría factores de riesgo del paciente:

Incluye 3 tipos de variables en los ítems:

Variable de intervalo: peso

Variables nominales (Coronado, 2007) (42):

Obesidad. (si-no)

Desnutrición. (si-no)

Diabetes. (si-no)

Fumador. (si-no)

Existe algún factor de riesgo. (si-no)

Variable ordinal: clasificación ASA.

Categoría profilaxis antibiótica

Medicamento para la profilaxis antimicrobiana.

Dosis administrada (mg).

Administración dentro de los 30-60 minutos antes de la incisión (dos horas para vancomicina y las fluoroquinolonas.

Medicamento suspendido dentro de las 24 horas del posoperatorio (48 horas para procedimientos cardiacos).

Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos ¿repite dosis?

Variables nominales (Coronado, 2007) (42):

Duplicación de dosis de acuerdo al peso. (si-no)

Existe adherencia al protocolo de profilaxis antibiótica. (si-no)

Categoría prevención de infecciones del sitio quirúrgico

Variables ordinales y nominales (Coronado, 2007) (42):

Baño preoperatorio. (si-no-no aplica)

Rasurado preoperatorio del vello. (si-no-no aplica)

Presencia de foliculitis. (si-no)

Preparación peroperatoria de la piel. (si-no)

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems. (64)

13.11.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo prevención de infecciones del sitio quirúrgico

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo de prevención de infecciones del sitio quirúrgico aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso del servicio de cirugía y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría de Prevención de infecciones del sitio quirúrgico del Programa Seguridad del Paciente

incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año)**.

NUMERO DE DOCUMENTO: Registre el número de documento del paciente.

TIPO DE PLANIFICACION QUIRURGICA: Indique si es cirugía de urgencia, programada o de emergencia.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: Registre el nombre del procedimiento quirúrgica que se le va realizar al paciente.

TIPO DE HERIDA: Indique el tipo de herida (limpia, limpia contaminada, contaminada, sucia).

ESPECIALIDAD: Mencione la especialidad encargada del procedimiento quirúrgico.

ASPECTOS A VERIFICAR DEL TIEMPO QUIRURGICO: Registre la hora de comienzo y fin del procedimiento quirúrgico.

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 26. Estructura de la lista de chequeo prevención de infecciones del sitio quirúrgico

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO			C OBSERVACIONES
	SI	NO	NA**	
1 CATEGORÍA				
2	3	4	5	6

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 27. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo prevención de infecciones del sitio quirúrgico”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la categoría de la lista de chequeo.
	2	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
	5	Marque con una “X”, en caso de que la actividad no se encuentre en las funciones del colaborador involucrado en el proceso a auditar o que no sea necesario realizarlo dentro del servicio evaluado.**
C	6	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

**La variable aplica únicamente para 2 ítems de la tercera categoría. (64)

13.12. Lista de chequeo protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista tiene como objetivo evaluar el cumplimiento del personal de enfermería de los lineamientos institucionales para valoración de riesgo y manejo de úlceras por presión en la clínica Santa Ana garantizando la seguridad del paciente. (64)

La lista consta de 19 ítems que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple y una adicional de observación donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

El profesional de enfermería identifica al momento del ingreso y diariamente los pacientes con riesgo de úlceras por presión mediante aplicación de la escala de Braden, valoración de la integridad de la piel, cefalocaudal. CÓDIGO/ PR-AT-E014).

El personal de enfermería remite el paciente dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario al programa de piel sana y ejecuta las acciones contempladas en el mismo.

El profesional de enfermería realiza la valoración de la movilidad, incontinencia, déficit sensorial y valoración global subjetiva del estado nutricional del paciente, además de otros factores de riesgo establecidos en la Escala de Braden valoración de úlceras por presión en software institucional.

El personal de enfermería realiza los registros de clasificación diaria del riesgo, estado en se encuentra la piel, y la documentación de las úlceras por presión que puedan ocurrir en cada paciente e identificarlas en la historia clínica (escala de Braden de valoración de úlceras por presión), en el HEALTHI CLOUD.

El profesional de enfermería realiza valoración y documenta a todos los pacientes con ÚLCERAS POR PRESIÓN existentes y determina el riesgo de nuevas úlceras por presión, utilizando la “Escala de Braden para la predicción del riesgo de úlceras por presión” en el Formato de Úlceras por presión en software institucional.

El profesional de enfermería elabora el plan de cuidados de enfermería individualizado para la prevención de úlceras por presión en el sistema HealthiCloud.

El profesional de enfermería deriva a los pacientes con RIESGO ALTO y/o presencia de úlceras a los miembros del equipo interdisciplinar (clínica de heridas, médico especialista, nutricionista y fisioterapia).

El profesional de enfermería informar al personal auxiliar de enfermería de los hallazgos de la valoración, para realizar medidas preventivas o de tratamiento y seguimiento individualizadas en el Plan de cuidados de Enfermería en HealthiCloud.

El personal auxiliar de enfermería ejecutar el plan de cuidados de prevención y/o tratamiento de úlceras por presión, establecido en el programa piel sana.

El personal auxiliar de enfermería garantiza la integridad de la piel y realiza la higiene diaria a los pacientes.

El personal de enfermería mantiene las barreras de protección en las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, escoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura.

El profesional de enfermería realiza las rondas de seguridad para verificar el programa de giros o cambios de posición, detección de casos nuevos, revaloración de pacientes, y realiza los ajustes según hallazgos.

El profesional de enfermería coordina junto con la dirección técnica, supervisa y controla las funciones de los auxiliares de enfermería en el manejo de la estrategia MIRA EL RELOJ QUE ÉL TE VA SALVAR DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN.

El profesional de enfermería realiza valoración y documenta a todos los pacientes con ÚLCERAS POR PRESIÓN existentes y determina el riesgo de nuevas úlceras por

presión, utilizando la “Escala de Braden para la predicción del riesgo de úlceras por presión” en el Formato de Úlceras por presión Healthi cloud.

El profesional de enfermería planea y ejecuta las curaciones requeridas en el manejo de los pacientes hospitalizados con úlceras, según lo establecido en la guía y protocolo de manejo de úlceras por presión.

El profesional de enfermería registra el tipo de curaciones, periodicidad, insumos y evolución de la lesión, en el plan de cuidados de Enfermería en HealthiCloud.

El profesional de enfermería realiza verificación de cumplimiento de órdenes médicas, de nutrición, fisioterapia, psicología, en los planes de cuidado, mediante la auditoria.

El personal de enfermería implica al paciente y al cuidador en la planificación de las estrategias de tratamiento y prevención de las úlceras por presión.

El profesional de enfermería informar al líder de calidad la aparición de úlceras por presión (Es catalogada como un evento adverso si se presenta durante la atención hospitalaria), mediante el Formato de Gestión de eventos adversos.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems. (64)

13.12.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo de protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso del servicio de cirugía y sedes de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría de Protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión del Programa Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede principal-norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 28. Estructura de la lista de chequeo protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO		C OBSERVACIONES
	C	NC	
1	2	3	4

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 29. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	2	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
C	4	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Después de realizar la interpretación, registre la siguiente información:

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR: Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento al lineamiento de Seguridad del Paciente.

COMPROMISO DEL EVALUADOR: Indique o describa de manera clara y sucinta el compromiso que debe asumir el colaborador involucrado en el proceso evaluado.

FIRMA DEL EVALUADOR: Debe registrar la firma del gestor de Seguridad del Paciente que realiza la auditoría.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.13. Lista de chequeo GPC atención al parto

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista de chequeo tiene 7 categorías y consta de 24 ítems que corresponden a los criterios a verificar que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple-no aplica. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Categoría características: admisión trabajo de parto

Se realiza la inscripción de los datos completos de identificación en la historia clínica nombre y apellido, número de identificación, edad y fecha.

Se registra en la historia clínica el motivo de consulta:

- Fecha probable de parto y edad gestacional de acuerdo a ecografías del I trimestre o FUR
- Inicio de las contracciones

- Movimientos fetales
- Expulsión del tapón mucoso
- Ruptura de membranas
- Sangrado vaginal
- Antecedentes gineco obstétricos y otros antecedentes

Se evidencia registro completo del examen físico y por sistemas en la historia clínica incluyendo: Signos vitales, Estado emocional, Fetocardia, Altura uterina, Valoración de genitales externos, Estado de las membranas, salida de líquido amniótico, Pelvimetría clínica, Actividad uterina, Cuello, Posición fetal. etc.

Se validan resultados de paraclínicos durante los controles prenatales (PRUEBA TREPONEMICA RAPIDA, Hemoclasificación, Hepatitis B, Prueba rápida para HIV (ELISA), Gota gruesa en zona endémica de malaria. Se evidencia solicitud de paraclínicos en los casos que el paciente no cuente con los mismos previo a la consulta.

Se registra la valoración del riesgo obstétrico, antecedentes de riesgo, comorbilidades, edad de la gestante, condiciones socioeconómicas, nivel de escolaridad, población vulnerable, gestante sin controles prenatales etc.

Se verifica y registra en la historia clínica las pruebas realizadas durante el control prenatal para reevaluar aquellas con resultados anormales y realizar o complementar los exámenes prenatales pertinentes que hagan falta, especialmente los del tercer trimestre y las pruebas rápidas para VIH y PRUEBA TREPONEMICA RAPIDA.

Categoría atención durante el primer periodo del parto

Se registró la información dada a la gestante y familiar sobre el trabajo de parto.

Se realiza control de signos vitales a la gestante y frecuencia cardiaca fetal CADA HORAS.

Se evidencia en la historia clínica el diligenciamiento completo del partograma donde se evalúa: contracción uterina, frecuencia, duración e intensidad de las contracciones, dilatación, estación y presentación del feto.

Se inicia el diligenciamiento del partograma en la fase activa del trabajo de parto (cuando la dilatación cervical alcance 3-4 cm), se identifican alteraciones y se toman conductas de acuerdo a los hallazgos.

Se evita realizar amniotomía rutinaria durante el trabajo de parto.

En caso de ruptura de membranas se evidencia restricción de tactos documentado en historia clínica.

Categoría atención del período expulsivo

Durante La segunda etapa del parto se evidencia el registro en la historia clínica de las siguientes dos fases:

- Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.

- Periodo expulsivo activo cuando, el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.

Se da uso restrictivo de la episiotomía (parto instrumentado, parto pretérmino, parto en pelvis, sospecha de macrosomía fetal, desgarro perineal inminente) y no se realiza de manera rutinaria.

Realiza el pinzamiento del cordón de acuerdo a las condiciones clínicas según sea habitual, precoz, inmediato o diferido.

En caso de mortalidad perinatal, óbito fetal se indica estudio de feto y placenta.

Categoría atención del alumbramiento

Se realiza manejo activo del alumbramiento para disminuir la pérdida de sangre materna y reducir el riesgo de hemorragia posparto. 5-10 UI.

Se evidencian registros de la atención del parto, complicaciones, sutura de episiotomía, etc.

Categoría atención en el puerperio inmediato durante las primeras dos horas

En el post parto se indica una infusión de 30 UI de oxitocina en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después del bolo inicial.

Se evidencia el diligenciamiento de la lista de chequeo para la vigilancia estricta de la mujer y del recién nacido en el post parto inmediato cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

En caso de hemorragia post parto se evalúa y declara el CODIGO ROJO para realizar las respectivas acciones de acuerdo a la guía.

Se realiza la solicitud de laboratorios post parto tanto de la gestante (serología materna y su interpretación antes del egreso, evidenciado en registros clínicos) así como del recién nacido (TSH-hemoclasificación).

Categoría atención en el puerperio inmediato durante las 2/48 horas

Se vigila y controla:

- Involución uterina y el aspecto de los loquios
- Se Detectan tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Se estimula la deambulacion temprana.

Categoría durante el egreso de la paciente

Se registra en la historia clínica educación sobre: Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.

Se evidencian registros en la historia clínica sobre puericultura básica, lactancia materna exclusiva, Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación, estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos.

Informar sobre cuidados en el hogar, dar consejería sobre planificación familiar.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems.

13.13.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo GPC atención al parto

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo de GPC atención al parto aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso del servicio de sala de parto de la sede norte de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría de la GPC atención al parto del Programa Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 30. Estructura de la lista de chequeo GPC atención al parto

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO		
	C	NC	NA
1 CATEGORÍA			
2	3	4	5

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 31. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo GPC atención al parto”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la categoría de la lista de chequeo.
	2	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
	5	Marque con una “X”, en caso de que la actividad no se encuentre en las funciones del colaborador involucrado en el proceso a auditar o que no sea necesario realizarlo dentro del servicio evaluado.

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Realice interpretación de los resultados obtenidos.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.14. Lista de chequeo atención segura al binomio madre-hijo

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista de chequeo tiene 18 categorías y consta de 103 ítems que corresponden a los criterios a verificar que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple y dos adicionales de observación y compromiso donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Categoría atención sin barreras administrativas en el acceso

Se validan los derechos, identificación de afiliación al sistema de seguridad social de la gestante.

Se mantienen actualizadas las bases de datos de los afiliados.

Se identifica completa y correctamente a la mujer con riesgo: se brinda prioridad a la atención de la gestante en el TRIAGE de urgencias.

El personal que labora en las áreas administrativas tiene conocimiento de la política de seguridad del paciente a nivel institucional.

Se establece la comunicación necesaria y adecuada con las EAPB para la resolución rápida y efectiva de las necesidades de la gestante.

Se definen políticas institucionales de coordinación con los Aseguradores y otras IPS de diferente nivel para garantizar la remisión de los pacientes.

Categoría atención del parto y puerperio por personal calificado

Se verifican los títulos profesionales o de especialistas al igual que el personal técnico.

Se certifica y entrena en soporte vital básico y/o avanzado adulto y/o pediátrico de acuerdo al perfil.

Se adopta la estrategia del minuto de oro de la sociedad de neonatología como mecanismo para garantizar la adecuada atención del neonato en su primer minuto de vida y disminuir la morbi mortalidad perinatal.

Se encuentran dentro de los programas de capacitación anual la socialización y talleres relacionados con la atención de las emergencias obstétricas y el código azul.

Se programan turnos con personal suficiente y entrenado (Cuenta con: 1. Médico especialista en ginecoobstetricia. 2. Médico general. 3. Enfermera. 4. Auxiliar de enfermería. Disponibilidad de: -Médico pediatra)

El personal nuevo que ingresa en el último año a la institución realiza un periodo de inducción, que incluye el reconocimiento de áreas y de procesos institucionales.

Se planifica, gestiona y supervisa la calidad del personal a través de evaluación permanente del desempeño de los recursos humano.

Se involucra y motiva a las áreas administrativas de las instituciones para que se engranen en la calidad de la prestación del servicio de la atención del binomio madre hijo.

Categoría diligenciamiento del partograma

El partograma se diligencia en medio físico y se anexa a la historia clínica a través de la verificación de documentos.

Categoría utilización adecuada de insumos como: antibióticos anticonvulsivantes, antihipertensivo, oxitócicos, líquidos, hemoderivados y sustitutos en la atención de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio

Se dispone en el servicio del kit para el manejo de la emergencia obstétrica (cuenta con Anticonvulsivantes Antihipertensivos Oxitócicos e insumos para la atención oportuna) Se verifica con lista de chequeo la disponibilidad del mismo.

Se realiza atención del parto con base a las guías de atención, de igual manera la atención de las complicaciones pre- intra y post parto.

Se cuenta con las guías médicas y de enfermería implementadas para reducir el riesgo en los procesos de atención (Incluye código rojo, kit de emergencia obstétrica en los respectivos servicios).

Se implementan las guías clínicas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar la atención segura del binomio madre hijo y la prevención de infecciones asociadas al parto.

Categoría atención de la materna en un nivel de necesidad inferior al necesitado

Se determina el riesgo obstétrico desde el ingreso a la institución y las posibles complicaciones que se puedan derivar del estado de salud de la gestante.

Se cuenta con una guía de criterios de inclusión de alto riesgo obstétrica.

Se asegura que las pacientes reciban la debida atención de calidad durante el parto.

Categoría atención de la materna con un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que se pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presente la emergencia obstétrica predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel

Se cuenta con un sistema organizado de referencia y contrareferencia para la remisión oportuna de casos.

Se establece puente de comunicación directa entre el personal de admisiones de las instituciones con el coordinador de referencia contando siempre con la aceptación del personal médico de acuerdo a la capacidad instalada y riesgo evaluado de la gestante.

Se cuenta con disponibilidad de servicio de transporte asistencial para cuando la situación de la gestante y el nivel de atención requerida lo amerite.

Categoría información a la paciente de las causales para interrupción voluntaria de la gestación (sentencia para interrupción voluntaria de la gestación)

Se tiene establecido el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual en donde se brinda asesoría sobre interrupción voluntaria del embarazo en caso que como producto del hecho la mujer quede embarazada.

Hay mecanismos de comunicación con el paciente que le permitan conocer sus deberes, derechos y patología.

Se socializa al personal médico y especialistas en ginecoobstetricia la sentencia de la corte constitucional para IVE.

Se establece comunicación con las EAPB para la remisión adecuada y oportuna de casos.

Se documenta la guía para interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo a la normatividad vigente.

Categoría remisión de pacientes

Esta documentado y socializado el proceso de referencia y contrareferencia al personal asistencial, y se garantiza proceso de inducción al personal que ingresa a la institución por esta área funcional. Y las directrices son aplicables a la atención del binomio madre hijo.

Se remite, para atención en el nivel indicado de complejidad, a todas las gestantes que: requieran tratamiento y/o control médico especializado; con diagnóstico de patología asociada a la gestación.

Se definen criterios de alto riesgo, complicaciones del embarazo, parto y post parto a través de guías de manejo y protocolos de atención.

Se cuenta con Guía de remisión de pacientes a los programas de protección específica y detección temprana.

Categoría valoración integral de la gestante; diagnóstico y tratamiento de ETS

Se adoptan, se socializan y siguen las guías de práctica clínica del Ministerio de salud en relación con la atención a la gestante y al recién nacido.

Se brinda información apropiada a todas las gestantes durante el embarazo, parto y puerperio sobre prevención y reconocimiento de enfermedades de transmisión sexual.

Se verifica al momento de la atención tamizaje para sífilis en el primer control prenatal y realizar en el momento del parto serología para sífilis a la gestante.

Se realiza seguimiento y serología a todo recién nacido hijo de gestante con antecedentes de sífilis gestacional e inicio de la profilaxis o tratamiento de acuerdo al caso según Guías de práctica clínica.

Se realiza tamizaje para VIH a toda paciente seropositiva para sífilis, se verifica tamizaje para VIH en el primer y último trimestre.

Se tiene establecido en la institución el protocolo de atención a la gestante con VIH y se garantiza la disponibilidad de la profilaxis antirretroviral a la gestante y el recién nacido.

Se mide la adherencia a guías de manejo.

Se actualiza y socializa con el personal asistencial, las guías de manejo, los protocolos y programas diseñados para la atención a la gestante.

Categoría identificación de paciente de alto riesgo

A través del protocolo de identificación del paciente se realiza clasificación del riesgo a las gestantes de acuerdo al código de colores establecido en la institución.

De manera mensual se encuentran establecidas reuniones con la especialidad de ginecoobstetricia, con la participación de otras especialidades médicas de ser necesario, estas reuniones son los espacios para análisis de casos de eventos de interés en salud pública, juntas médicas y revisión y socialización de guías y protocolos.

Se actualiza y socializa con el personal asistencial, las guías de manejo, los protocolos y programas diseñados para la atención a la gestante.

Categoría administración segura de los medicamentos

Se cuenta en la institución con un programa de fármaco vigilancia.

Se capacita permanente al personal sobre administración segura de medicamentos.

Se encuentra establecido en la institución la guía, procedimiento y protocolo de administración de medicamentos.

Al ingreso del paciente se realiza la indagación de la historia fármaco terapéutica completa.

Se explica al paciente claramente, antes del egreso, los medicamentos que debe tomar, así como sus dosis y duración.

Se plantean estrategias institucionales para reducir los eventos adversos en la administración de medicamentos y se fortalece la cultura de notificación de eventos.

Categoría evaluación del trabajo de parto y detección de signos de estado fetal

Se aplican los protocolos de manejo institucional, para la Atención del trabajo de parto y parto por, garantizando la idoneidad del personal.

Se revisan, actualizan, socializan e implementan las guías y protocolos y Verificación de adherencia por parte del personal a los protocolos institucionales.

El personal de enfermería es capacitado y cuenta con experiencia en seguimiento del trabajo de parto, atención de parto y post parto.

Se capacita todo el personal de enfermería respecto a signos y síntomas asociados al diagnóstico de estado fetal.

Se capacita continuamente en la atención de emergencias obstétricas y atención del recién nacido.

Se dispone de equipos biomédicos en adecuadas condiciones según la demanda del servicio.

Se dispone de protocolos en los servicios de consulta permanente por el personal.

Categoría fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos e incidentes por parte del personal de la institución

Se evalúan permanente ambientes seguros mediante el desarrollo de rondas de seguridad.

Se forma al personal de salud en seguridad del paciente, partiendo del aprendizaje institucional.

Se retroalimenta al personal de salud involucrado o no en el evento o incidente.

Se informa con claridad al personal de salud sobre cómo, cuándo, dónde y para qué se utilizarán los reportes de incidentes y eventos adversos con el ánimo de fomentar el reporte.

Se fomenta una cultura de seguridad del paciente centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y eventos adversos.

Categoría normas de seguridad institucional

Se toman las medidas necesarias a fin de evitar el transporte interinstitucional de neonatos que no sean acompañados por su madre o familiar previamente autorizado.

Al momento del egreso se verifica boleta de salida y certificado de nacido vivo del recién nacido.

Se activan alertas al personal de la institución para la comunicación de cualquier anomalía e identifique a personas con actitud sospechosa.

Se hace traslado intrainstitucional del recién nacido en las cunas dispuestas para este fin, no se realizará el traslado en brazos dentro de la institución.

Se ejerce control de visitas de acuerdo a las políticas institucionales.

Al momento del baño del recién nacido se está permanentemente acompañado por su madre o un familiar autorizado.

Categoría metodología que facilita el reconocimiento del recién nacido en forma inmediata

Se identifica al recién nacido a través de pulseras colocadas de manera inmediata posterior al nacimiento antes de sacar al recién nacido de la sala de parto de acuerdo al protocolo institucional de identificación correcta de pacientes.

Se muestra detalladamente los rasgos del recién nacido a la madre y sus familiares.

Se viste al recién nacido con ropa proporcionada por la familia.

Se toman las huellas plantares de ambos pies del recién nacido y del índice derecho de la madre, anexándolo a la historia clínica.

Categoría sistema de identificación del recién nacido institucionalmente

Se coloca pulsera ROSADA para recién nacido de sexo FEMENINO en material flexible, impermeable, con sello de seguridad blanco.

Se coloca pulsera AZUL para recién nacido de sexo MASCULINO en material flexible, impermeable, con sello de seguridad blanco.

Categoría atender oportuna e integralmente al recién desde la sala de parto

El personal médico de la institución cuenta con capacitación y entrenamiento en reanimación avanzada y se realizó capacitación de la estrategia “el minuto de oro”.

Se conoce y se valora factores de riesgo del binomio materno-fetal y detectar oportunamente el sufrimiento fetal.

Se verifica antes del nacimiento la existencia de material y equipo para entrenar cualquier situación imprevista. Cuenta con: 1. Lámpara quirúrgica portátil o cielítica. 2. Mesa de atención de parto. 3. Equipos de atención de partos. 4. Equipo de episiotomía y episiorrafia.

Para la atención del recién nacido 1Mesa para atención del recién nacido. 2. Lámpara de calor radiante o equivalente. 3. Báscula para bebé. 4. Infantómetro. 5. Cinta métrica. 6. Fuente de oxígeno con mezclador. 7. Oxímetro de pulso. 8. Fonendoscopio. 9.

Catéteres para vena umbilical. 10. Reanimador pulmonar manual con accesorios para control del límite de presión y manómetro. Disponibilidad de -Incubadora de transporte.

Se valora el estado de salud integral del RN: mediante exploración física, valoración de APGAR.

Se identifica oportunamente mediante una exploración física completa las anomalías congénitas y adoptar las medidas correspondientes.

Se realiza las maniobras de evaluación y corrección para asegurar una buena vía área, ventilación y circulación.

Se informan las condiciones de salud del Recién nacido a la madre y familiares y se obtiene el consentimiento informado para procedimientos subsecuentes.

Se documenta la atención prestada en la historia clínica a través del diligenciamiento del formato de atención del recién nacido, valoraciones médicas y notas de enfermería, así como el diligenciamiento del plan de cuidados de enfermería donde se contemplan los cuidados y la atención al binomio madre-hijo.

Se adoptan, socializan evalúan y siguen las guías de práctica clínica y protocolos de atención al recién nacido definidos por la normatividad vigente.

Se gestiona de ser necesario el traslado del recién nacido a un nivel de atención superior de ser requerido garantizando su estabilización antes del traslado.

Se cumple con el proceso de referencia y comunicación con la entidad receptora para garantizar la recepción y atención del recién nacido.

Categoría educación a la gestante y su familia

Se promueven los factores protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, guía nutricional, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.

Se fortalece los vínculos afectivos, la autoestima y el auto cuidado como factores protectores.

Se orienta sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria.

Se educa a la gestante acerca de la importancia del carné de control prenatal y su diligenciamiento por parte del profesional de la salud, y la necesidad de llevarlo consigo en todo momento para facilitar su atención en caso de urgencia en otra institución de salud.

Se informa a la madre y sus familiares, antes de la salida de la institución, sobre la importancia de realizar controles tempranos en el posparto para la madre y el recién nacido, así como sobre la existencia de mecanismos de apoyo para mantener la lactancia materna y aprender pautas de crianza, a donde puedan acudir en caso de tener problemas con el amantamiento.

*Se promueve en las madres y sus familias la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad y con alimentación complementaria

adecuada hasta los dos años o más, el control del crecimiento y desarrollo infantil y la adecuada.

*Se ayuda a la madre sobre cómo colocar correctamente el bebé al seno y cómo mantener la lactancia materna. *Se fomenta en las madres y familias la práctica de la lactancia materna a libre demanda sin restricción ni horarios fijos y promover el apoyo familiar a la madre lactante.

Se articulan las diferentes estrategias de salud materna e infantil que lleven a una propuesta integral de servicios en favor de la mujer y la infancia, tales como: control prenatal con calidad, nutrición de la gestante, salud bucal, vacunación, crecimiento y desarrollo infantil, la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia, AIEPI, entre otras, todas ellas integradas a través del plan de mejoramiento institucional.

Se favorece el alojamiento conjunto madre – niña o niño recién nacido, y el acompañamiento a los niños y niñas en otros servicios de la madre o familiar autorizado.

Se educa a las madres y acompañantes sobre el mecanismo de producción de la leche reforzando la regla de oro “a mayor succión, mayor producción”.

Se informa a las madres, padres y sus familias de la importancia de despertar al bebé si “duerme demasiado” (en los niños a término, no dejar pasar más de cuatro horas para que el bebé sea alimentado) o si los senos de la madre están muy llenos.

Se incentiva a las madres a mantener la lactancia materna cuando sus hijos están hospitalizados en las unidades neonatales o servicios de hospitalización de pediatría. El

personal de salud, especialmente médico y de enfermería indaga sobre la forma como se viene alimentando el niño o niña.

Se incrementa en la higiene de los senos antes de amamantar al recién nacido, el cual se debe limpiar con una gasa limpia humedecida con agua hervida limpiando la aureola en forma circular o en dirección de las manecillas del reloj y limpiando el pezón.

La alimentación es equilibrada, sana, sin dejar de consumir frutas, conservando los buenos hábitos higiénicos.

Se proporciona un ambiente tranquilo, de confort y acompañamiento de apoyo y seguridad para ayudar a su recuperación.

Se mantiene una higiene madre e hijo para conservar la salud. Se educa sobre cómo realizar la curación de la herida y el cuidado del ombligo del bebe.

Se recomienda que para programar el siguiente embarazo debe ser por mínimo dentro de los dos años siguientes.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la cantidad de ítems. Al finalizar la auditoría se debe registrar el nombre y la firma del verificador, también las observaciones adicionales. (64)

13.14.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo atención segura al binomio madre hijo

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo atención segura al binomio madre hijo aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso del servicio de sala de parto de la sede norte de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría de la atención segura al binomio madre hijo del Programa Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

CALIFICACIÓN OBTENIDA: Registre la calificación obtenida de la auditoría realizada.

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 32. Estructura de la lista de chequeo atención segura al binomio madre hijo

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO		C OBSERVACIONES	D COMPROMISO
	C	NC		
1 CATEGORÍA				
2	3	4	5	6

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 33. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo atención segura al binomio madre hijo”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la categoría de la lista de chequeo.
	2	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
C	5	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.
D	6	Indique o describa de manera clara y sucinta el compromiso que debe asumir el colaborador involucrado en el proceso evaluado.

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems. El porcentaje de adherencia al lineamiento debe ser mayor al 85%.

PASO 4: Después de realizar la interpretación, registre la siguiente información:

NOMBRE DEL VERIFICADOR: Debe registrar el nombre del gestor de Seguridad del Paciente que realiza la auditoría.

FIRMA DEL VERIFICADOR: Debe registrar la firma del gestor de Seguridad del Paciente que realiza la auditoría.

OBSERVACIONES ADICIONALES: Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento al lineamiento de Seguridad del Paciente.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

13.15. Lista de chequeo gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos

Antes de iniciar la auditoría de medición de adherencia se debe seleccionar la muestra para luego aplicar de manera personal a los colaboradores involucrados en el proceso que se encuentran en turno en el día y hora seleccionada por el auditor; cabe resaltar que el horario de la auditoría no se le informa al personal de salud. (64)

La lista de chequeo tiene 2 categorías y consta de 22 ítems que corresponden a los criterios a verificar que se evalúan teniendo en cuenta las variables de grado de cumplimiento: cumple-no cumple y dos adicionales de observación y compromiso donde se anota alguna aclaración de suma importancia frente a cada aspecto o actividad evaluada. (64)

Los ítems que se evalúan son los siguientes:

Categoría entrega de hemocomponentes

La auxiliar de turno transporta el hemocomponente en cava de acuerdo a su condición de conservación.

La auxiliar entrega el hemocomponente a la jefe del servicio.

La jefe del servicio verifica la información de la Unidad frente al registro del Formato de entrega de Hemocomponentes del Servicio Transfusional.

La jefe firma en Formato de entrega de hemocomponentes del Servicio Transfusional.

El hemocomponente es almacenado en la cava del Servicio (aplica solo para Glóbulos Rojos).

Momento de la transfusión sanguínea

La auxiliar verifica Nombre y Apellido del receptor (mediante manilla, tarjeta de cabecera o historia clínica).

La auxiliar verifica Grupo Sanguíneo y Hemoderivado.

La auxiliar verifica información de la etiqueta de la Unidad.

La auxiliar verifica aspecto del hemocomponente a transfundir.

La auxiliar verifica número y sello de calidad, fecha de vencimiento y tipo de componente a transfundir.

La auxiliar verifica el volumen del componente a transfundir y el equipo de infusión a utilizar.

La auxiliar verifica la línea de aplicación del hemoderivado.

El Médico está presente los 15 minutos iniciales a la transfusión.

La jefe de Enfermería está presente durante la transfusión.

La auxiliar toma y registra signos vitales y temperatura antes de iniciar transfusión.

La auxiliar toma y registra signos vitales y temperatura a los 15 minutos de iniciada la transfusión.

La auxiliar toma y registra signos vitales y temperatura al finalizar la transfusión.

La auxiliar registra en el Software institucional: Nota de Enfermería: Hora de inicio y finalización de la Transfusión, Signos vitales, Unidades Transfundidas.

Se monitorea e Informa al médico cualquier señal de reacción a la transfusión: escalofrío temblor, hipertermia, dolor en el trayecto de la vena, dolor constrictivo retroesternal, dolor lumbar, disnea, prurito, eritema, náuseas y vómito.

Los insumos/equipos/materiales usados en la transfusión son descartados de acuerdo a los lineamientos establecidos por la institución.

Las bolsas con residuos pretransfusionales son llevadas al Laboratorio Clínico para su incineración.

La auxiliar de turno del Laboratorio Clínico registra las Bolsas para incineración en el formato Registro Diario de Entrega de Bolsas para incineración.

Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los ítems. (64)

13.15.1. Metodología instructivo para diligenciamiento lista de chequeo gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos

Objetivo: Dar a conocer el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo de cadena transfusional aplicado a todos los colaboradores involucrados en el proceso del servicio de laboratorio clínico de la sede principal y norte de la institución logrando describir detalladamente la auditoría de medición de adherencia al lineamiento. (64)

Alcance: Aplica a todos gestores y colaboradores del proceso de auditoría a la Cadena transfusional del Programa Seguridad del Paciente incluyendo a las directivas, equipo de trabajo de la Clínica Santa Ana S.A sede norte y estudiantes de Programa de Facultades de Salud. (64)

Responsables

- Referente de Seguridad del Paciente
- Coordinadores y líderes de áreas/procesos
- Estudiantes de programas de pregrado de la Facultad Ciencias de la Salud.

Descripción del desarrollo

Antes de diligenciar la lista de chequeo, lea las instrucciones para su correcto diligenciamiento, responda con letra legible sin tachones ni enmendaduras llenando la información de forma completa.

PASO 1: Registre la siguiente información de la lista de chequeo:

INFORMACIÓN DEL RECEPTOR

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

NOMBRE Y APELLIDO: Registre el nombre y apellido del paciente.

IDENTIFICACIÓN: Registre el número de documento del paciente.

SERVICIO (solicitante): Indique el servicio desde que solicitan el hemocomponente.

HORA DE INICIO DE LA TRANSFUSIÓN (de acuerdo al Software de Medical Cloud): Indique la hora de inicio de la transfusión.

HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN (cuando aplique): Registre la hora de finalización de la transfusión.

En el momento de la transfusión se debe registrar la siguiente información:

FECHA: indique la fecha en la que se aplica la lista de chequeo (dd/mm/año).

SERVICIO (donde se va realizar la transfusión): Indique el servicio desde que solicitan el hemocomponente.

HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS (GR, PFC, PLAQ, PLAQA, CRIO): Indique los hemocomponentes transfundidos al paciente.

HORA DE INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: Indique la hora de inicio de la transfusión.

HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN: Registre la hora de finalización de la transfusión.

La siguiente tabla muestra cómo se encuentra estructurada la lista de chequeo:

Tabla 34. Estructura de la lista de chequeo gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos

A ACTIVIDADES/ASPECTOS A VERIFICAR	B GRADO DE CUMPLIMIENTO			C OBSERVACIONES
	C	NC	NA	
1 CATEGORÍA				
2	3	4	5	6

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 2: Registre en los recuadros ubicados en la parte inferior de B y C teniendo en cuenta la explicación de la siguiente tabla:

Tabla 35. Estructura de diligenciamiento “lista de chequeo gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos”

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO LISTA DE CHEQUEO		
A	1	Menciona la categoría de la lista de chequeo.
	2	Menciona la actividad o aspecto a verificar del Protocolo, Guía, Procedimiento o Manual.
B	3	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar realice la actividad o cumpla con lo mencionado en el ítem.
	4	Marque con una “X”, en caso de que el colaborador involucrado en el proceso a auditar no realice la actividad o no cumpla con lo mencionado en el ítem.
	5	Marque con una “X”, en caso de que la actividad no se encuentre en las funciones del colaborador involucrado en el proceso a auditar o que no sea necesario realizarlo dentro del servicio evaluado.
C	6	Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento.

Fuente: Elaborada con base en la revisión de la lista de chequeo y el procedimiento de control de documentos del sistema de gestión de calidad de la institución. La estructura se adaptó del “Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales”. (48) (64)

PASO 3: Después de aplicar la lista de chequeo al colaborador involucrado en el proceso, el auditor debe clasificar y evaluar teniendo en cuenta todos los ítems.

PASO 4: Después de realizar la interpretación, registre la siguiente información:

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR: Indique o describa cualquier tipo de aclaración o anotación frente a los ítems evaluados o haga énfasis en cualquier aspecto de suma importancia que complemente la valoración del grado de cumplimiento al

lineamiento de Seguridad del Paciente. En caso de presentarse una Reacción adversa a la Transfusión (RAT) deberá registrarse en el ítem de observaciones.

Del mismo modo si durante el proceso de transfusión se presentan novedades se deben registrar teniendo en cuenta: registro de la novedad, solicitud médica, recepción de la muestra, procesamiento de la muestra, entrega de hemocomponentes, administración del hemocomponente y observaciones adicionales.

PASO 5: Realice tabulación de cada lista de chequeo aplicada en un formulario de Google y elabore el informe de auditoría.

*Si el responsable de la evaluación es un estudiante de la universidad debe tener en cuenta realizar una revisión previa del documento (protocolo, guía, procedimiento o manual, etc) que se evalúa en la lista de chequeo. (64)

*Todos los datos adquiridos son estrictamente confidenciales, por lo tanto, no se difundirán, ni tampoco podrán utilizarse para fines ajenos u otros que no sean académicos o hagan parte del proceso de gestión de calidad institucional.

14. Aplicación muestreo aleatorio simple

Población y muestra

Población. La población evaluada en la medición de adherencia a los lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente está conformada por todos los colaboradores involucrados en los procesos a auditar de los diferentes servicios de la clínica Santa Ana sede principal y sede norte.

14.1. Muestra y muestreo

La selección o cálculo de muestra se realiza a través de un muestreo probabilístico: aleatorio simple y el tamaño depende de la cantidad del personal de la clínica.

Muestra. Es un subconjunto de casos o individuos de una población.

Muestreo. Es un procedimiento por medio del cual se estudia una parte de la población llamada muestra, con el objetivo de inferir con respecto a toda la población.

(Navarro, 2010) (37)

Muestreo aleatorio simple. Es un procedimiento de muestreo probabilístico de seleccionar una muestra cumpliendo dos propiedades fundamentales:

- 1) Todos los individuos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos.
- 2) Todas las muestras del mismo tamaño son igualmente probables. (36)

La siguiente imagen ilustra un ejemplo de selección de una muestra en un muestreo aleatorio simple:



Figura 20. Ejemplo de Muestreo aleatorio simple

Fuente: Diseño elaborado por investigador del proyecto de extensión denominado: *Propuesta del Diseño Metodológico para el Programa de Auditoría en Seguridad del Paciente de la Clínica Santa Ana S.A durante el II semestre de 2020*

14.2. Cálculo de la muestra manual

Para realizar el cálculo de la muestra se tienen en cuenta 3 variables: tamaño de la población, nivel de confianza (%) y margen de error (%). (Plataforma SurveyMonkey)

(38) En relación a el valor de p =probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito) y q ($1 - p$)= probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (fracaso) se asigna un valor de 50%, si desea conocer el valor más específico debe realizar una prueba piloto.

(Bomba, 2010) (32)

Tamaño de la población. Es la cantidad total de colaboradores involucrados en los procesos a auditar de los diferentes servicios de la institución. (64)

Margen de error. Es una medida de la variabilidad de las estimaciones de muestras repetidas en torno al valor de la población. Es un porcentaje que permite conocer en qué medida puedes esperar que los resultados reflejen la opinión de los colaboradores involucrados en los procesos a auditar de los diferentes servicios. Entre más pequeño sea el margen de error, más cerca se está de tener la respuesta correcta con un determinado nivel de confianza. (Plataforma SurveyMonkey) (38) La institución utiliza para el cálculo de la muestra un margen de error entre 5%-7%. (64)

Nivel de confianza. Probabilidad de que el intervalo construido en torno a un estadístico capte el verdadero valor del parámetro. Es un porcentaje que revela cuánta

confianza se puede tener en que la población seleccione una respuesta dentro de un rango determinado. (Plataforma SurveyMonkey) (38) La clínica Santa Ana S.A utiliza para el cálculo de la muestra un nivel de confianza entre 85%-90%. (64)

Se utiliza la siguiente fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra para la población finita y conocida (Bomba, 2010) (32):

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Figura 21. *Fórmula Cálculo Muestreo Aleatorio Simple manual*

n = tamaño de muestra (personal de salud que se auditará)

N = tamaño de la población (personal de salud de la institución)

Z = tamaño estadístico que depende del nivel de confianza

e = error de estimación aceptado

p = probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)*

q ($1 - p$) = probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (fracaso)*

Para conocer el valor de p es necesario realizar previamente una prueba piloto*.

Para conocer el valor de Z hay que tener en cuenta la **Tabla 36** de nivel de confianza.

Tabla 36. Nivel de confianza

Nivel de confianza deseado	Puntuación z
80%	1.28
85%	1.44
90%	1.65
95%	1.96
99%	2.58

Fuente: *Calcula el tamaño de la muestra. Plataforma SurveyMonkey. Estados Unidos.*
<https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

14.3. Ejemplo cálculo de la muestra manual

Un gestor de Seguridad del Paciente de la institución desea realizar medición de adherencia al Protocolo de identificación de paciente en la sede principal aplicando una lista de chequeo seleccionando una muestra por muestreo aleatorio simple de los colaboradores involucrados en el proceso a auditar con un nivel de confianza del 90% y un margen de error de 7%.

Solución

Realice el cálculo de la muestra utilizando un muestreo aleatorio simple.

Cómo se tiene conocimiento de la cantidad de personal de salud se debe utilizar la fórmula de muestreo aleatorio simple finita. (Bomba, 2010) (32)

Fórmula Tamaño de la muestra para la población finita y conocida:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = tamaño de muestra (personal de salud que se auditará)

N = tamaño de la población (personal de salud de la institución)

Z = tamaño estadístico que depende del nivel de confianza

e = error de estimación aceptado

p = probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)*

q ($1 - p$) = probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (fracaso)*

Para conocer el valor de p es necesario realizar previamente una prueba piloto*.

Reemplace las variables para calcular la muestra n ; (el auditor ya definió el nivel de confianza: 90% y el margen de error 7%). El valor de Z se obtuvo teniendo en cuenta la **Tabla 36** de nivel de confianza. (Bomba, 2010) (32) (López-Fachelli, 2015) (39)

$$n = ?$$

$$N = 300$$

$$Z = 1,65$$

$$e = 7\%$$

$$p = 50\%$$

$$q (1-p) = 50\%$$

$$n = \frac{300 * (1,65)^2 * 50 * 50}{(7)^2 * (300-1) + (1,65)^2 * 50 * 50} = \frac{2041875}{21457.25} = 95,16 \quad n = 96$$

Figura 22. Ejemplo Cálculo Muestreo Aleatorio Simple manual

La muestra de colaboradores involucrados en el proceso de auditoría en medición de adherencia al protocolo de identificación de paciente es 96.

14.4. Cálculo de la muestra online

Para mayor facilidad en realizar el cálculo del tamaño de la muestra online de forma gratuita y sin necesidad de registro a través de la plataforma SurveyMonkey.

Ingresa en siguiente enlace: <https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

en el servidor de internet y luego registre los valores de las variables: tamaño de la población, nivel de confianza y margen de error y luego obtendrá el tamaño de la muestra. (Plataforma SurveyMonkey) (38)



The image shows a screenshot of the SurveyMonkey website's sample size calculator. The interface is clean and modern, with a light gray background. At the top, there is a navigation bar with the SurveyMonkey logo on the left and several menu items: 'Productos', 'Soluciones', 'Recursos', 'Planes y precios', 'Inicia sesión', and a yellow 'Suscríbete' button. Below the navigation bar, the calculator is presented in a light gray box. It features three input fields: 'Tamaño de la población' with the value '100000', 'Nivel de confianza (%)' with a dropdown menu set to '95', and 'Margen de error (%)' with the value '5'. Below these fields, the text 'Tamaño de la muestra' is displayed, indicating where the result would appear.

Figura 23. *Cálculo de la Muestra Online*

[Recorte de página web]. Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

15. Auditoría

Sistematización y análisis de la información

Tabulación

Al finalizar de auditar toda la muestra el auditor debe registrar y tabular todas las listas de chequeo aplicadas en un formulario de Google, posteriormente copiar las gráficas, realizar análisis individual y general; la información anterior debe incluirse en el formato de informe de auditoría. (64)

Elaboración del formulario en Google

Entre los criterios a tener en cuenta el color del formulario debe ser AZUL y la fuente (letra) en BÁSICO. A continuación, se ilustra cómo debe ir estructurado el formulario de registro de auditorías realizadas a cada colaborador involucrado en el proceso a auditar. (64)

Registre en mayúscula "MEDICIÓN DE ADHERENCIA..." (más el nombre del protocolo-guía-procedimiento o manual del lineamiento del Programa de Seguridad del Paciente).

Registre el OBJETIVO de la auditoría

Registre la "Fecha"

Mez, día, año

Registre el CARGO del auditor:

Texto de respuesta larga

Registre la actividad o aspecto a evaluar *

Registre "DUMPLE"

Registre "NO DUMPLE"

Registre "NO APLICA"

Figura 1. Ejemplo diligenciamiento de formulario.
[Recorte de app]. Disponible en: Formularios de Google.

15.1. Análisis de resultados

En la parte superior del formato informe de auditoría se debe agregar todas las gráficas generadas en el Formulario de Google y realizar el análisis individual. Ver **Anexo 14. Formato Informe de auditoría. (64)**

Al obtener los resultados generales si la adherencia es $<85\%$ se debe realizar un plan de mejoramiento a más tardar al siguiente semestre de la auditoría. La institución realiza el fortalecimiento de la falencia identificada en la medición de adherencia estableciendo el plan de mejoramiento donde los involucrados en el proceso realizan un proceso de socialización grupal donde revisan y socializan los documentos del

lineamiento que no se cumplió: protocolo, guía, manual, procedimiento, etc. Ver **Anexo 15. Formato Plan de Mejoramiento.** (64)

Por otra parte, si la adherencia al lineamiento evaluado es $>85\%$ como se establece en la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la institución le otorga un incentivo o reconocimiento al personal de salud del servicio auditado expresado en diplomas o bonificaciones en capital. (64)

Anexos

Anexo 1. Lista de chequeo lavado e higienización de manos

	LISTA DE CHEQUEO LAVADO E HIGIENIZACION DE MANOS	CÓDIGO	FT-AT-EP011
		VERSIÓN	001
		PÁGINA	1 DE 3

FECHA: _____ UNIDAD FUNCIONAL: _____

NOMBRE DE LA PERSONA EVALUADA: _____


PROFESIÓN: _____

APLICADO POR: _____

OBJETIVO: Evaluar la técnica de lavado e higienización de manos al personal asistencial de La Clínica Santa Ana, verificando adherencia al protocolo de lavado e higienización de manos.

OBSERVACION	SI	NO	OBSERVACION
INSUMOS E INFRAESTRUCTURA			
1. Está disponible en el servicio el Protocolo de lavado de manos			
2. Conoce el personal el protocolo de lavado de manos			
3. Existe en todos los puntos de atención lavamanos			
4. Los lavamanos que existen en los puntos de atención cuentan con un suministro de agua permanente			
5. Los lavamanos cuentan con dispensadores de jabón con producto disponible			
6. El personal tiene acceso permanente a alcohol glicerinado			
7. Existe junto a los lavamanos caneca de residuos ordinarios			
8. Hay suministro de toallas desechables constantemente en los lavamanos			
9. Hay instrucciones en sitio visible sobre el método de higiene de manos sugerido por OMS			
MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS			
10. Antes del contacto directo con cada paciente			
11. Antes de realizar un procedimiento limpio o aséptico			
12. Después del riesgo de contacto con fluidos corporales			
13. Después de haber estado en contacto con el paciente			
14. Después de haber estado en contacto con el entorno del paciente			
LA TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS			
15. El profesional tiene las uñas sin esmalte			
16. El largo de las uñas del profesional es inferior a 0.5 cm del lecho ungueal			
17. Retira de los brazos y manos, reloj, pulseras y anillos			
LA TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN			
18. Abre la llave del agua y humedece sus manos			
19. Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos			
20. Frota las palmas de las manos entre si			

ELABORADO POR LUDY YADIRA VILLAMIZAR S COORD. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	REVISADO POR INGRID NATALY SANTIAGO GESTION DE CALIDAD	APROBADO POR COMITÉ DE CALIDAD- COMITÉ DE INFECCIONES	FECHA DE APROBACION MAYO 10 DE 2014
---	--	--	---

	LISTA DE CHEQUEO LAVADO E HIGIENIZACION DE MANOS	CÓDIGO	FT-AT-EP011
		VERSIÓN	001
		PÁGINA	2 DE 3

21. Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa			
22. Frota las palmas de las manos entre sí, con dedos entrelazados			
23. Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos			
24. Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa			
25. Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa, adicional se frota las muñecas y antebrazos.			
26. Se enjuaga las manos con abundante agua			
27. Se seca las manos con toalla de un solo uso			
28. Utiliza la toalla para cerrar el grifo			
29. La duración de todo el procedimiento de lavado de manos es de 60 segundos			
TÉCNICA DE HIGIENIZACION DE MANOS CON PREPARACIONES ALCOHÓLICAS			
30. El profesional tiene las uñas sin esmalte			
31. El largo de las uñas del profesional es inferior a 0.5 cm del lecho ungueal			
32. Retira de los brazos y manos, reloj, pulseras y anillos			
33. Deposita en la palma de la mano una dosis del producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar			
34. Frota las palmas de las manos entre si			
35. Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa			
36. Frota las palmas de las manos entre sí, con dedos entrelazados			
37. Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.			
38. Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.			
39. Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa			
40. La duración de todo el procedimiento de higienización de manos es de 30 segundos			
TOTAL PUNTAJE (Cada ítem corresponde a 2.5 puntos)			
CONCEPTO : Bueno(90-100)Regular(70-89) Deficiente(< 69)	BUENO	REGULAR	MALO
COMPROMISO:			
FIRMA DEL EVALUADO:			
ELABORADO POR LUDY YADIRA VILLAMIZAR S COORD. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	REVISADO POR INGRID NATALY SANTIAGO GESTION DE CALIDAD	APROBADO POR COMITÉ DE CALIDAD- COMITÉ DE INFECCIONES	FECHA DE APROBACION MAYO 10 DE 2014

Anexo 2. Lista de chequeo procedimiento de venopunción (prevención de flebitis)

	MEDICIÓN DE ADHERENCIA VENOPUNCIÓN (PREVENCIÓN DE FLEBITIS)	CODIGO	FT-GCA-RI002
		VERSION	001
		PAGINA	1 de 2

OBJETIVO: Evaluar la adherencia al procedimiento, guía y protocolo de **venopunción** del personal de enfermería de la Clínica Santa Ana S.A. con el fin de obtener información que permita el establecimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejoramiento continuo.

FECHA:	GRADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	C	NC	
ACTIVIDADES			
1. Realiza la revisión de ordenes médicas y solicita los insumos a farmacia			
2. Organiza y alista el equipo de venopunción			
3. Realiza la técnica de venopunción			
3.1 Educa al paciente y su familia sobre el procedimiento			
3.2 Realiza el lavado de manos			
3.3 Se coloca guantes			
3.4 Coloca el torniquete 10 a 15 cm encima del sitio a puncionar			
3.5 Seleccione la vena que va a puncionar, teniendo en cuenta el flujo venoso			
3.6 Después de seleccionar la vena a puncionar retire el torniquete			
3.7 Realiza la antisepsia del sitio de inserción			
3.8 Espera 30 segundos sin volver a palpar el área con previa antisepsia			
3.9 Instala nuevamente el torniquete			
3.10 Con su dedo pulgar, sujeta la vena debajo del sitio de inserción y realiza la tracción con firmeza de la piel hacia abajo con el fin de fijar la vena.			
3.11 Abre el catéter venoso periférico de seguridad activa con control de sangre, observando las precauciones para no dañar el bisel.			
3.12 Sostiene el conector del catéter girando el barril 360 grados para soltar el sello en la punta el catéter.			
3.13 Se asegura que el botón de activación haya quedado orientado hacia arriba y que el catéter quede asentado en su posición inicial, con la pestaña de desplazamiento alineada al botón de activación.			
3.14 Estabiliza el vaso sanguíneo seleccionado y procede a introducir el catéter suavemente (lado biselado hacia arriba), en dirección del flujo sanguíneo, en un ángulo de 25 a 30 grados.			
3.15 Se asegura de que la aguja este en la luz de la vena, mediante el retorno de sangre, e inmediatamente baja el ángulo de la aguja y avanza con la aguja del catéter un poco más para asegurar su punta.			
3.16 Desliza por medio de la pestaña el violón hasta que queda instalado en el vaso sanguíneo.			
3.17 Retira el torniquete.			
3.18 Procede a oprimir el botón de activación para retraer el mandril (aguja guía) y lo deposita en el guardián satelital.			
3.19 Fija el sitio de venopunción			

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
ESTUDIANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	ROSA MARIA ANDRADE COORD. GESTION DE ENFERMERIA	GERENCIA	13/02/2018

	MEDICIÓN DE ADHERENCIA VENOPUNCIÓN (PREVENCIÓN DE FLEBITIS)	CODIGO	FT-GCA-RI002
		VERSION	001
		PAGINA	2 de 2

3.20 Una vez fijado procede según indicación:			
3.20.1 Instalación de líquidos endovenosos: empata el equipo, purga y termina fijado.			
3.20.2 Instalación de tapón de seguridad: empata el tapón y purga con jeringa de pre llenado según fue el caso, y fija.			
3.20.3 Para fijar emplea el micropore y/o cinta adhesiva disponible siguiendo la técnica de Chevron. Recuerda dejar visible el trayecto de éste, para detectar en forma temprana signos de flebitis, infección o infiltraciones.			
3.20.4 Recuerda que en los niños debe realizar la inmovilización del sitio de venopunción con férula o el dispositivo empleado para tal fin (Bajalenguas, tablita), tiene en cuenta cuidar la posición anatómica de la extremidad.			
3.21 Rotula en el buretrol así : FI (Fecha de Inserción) FC (Fecha de Cambio) Calibre del catéter persona responsable de la venopunción con inicial del 1º nombre y 1º apellido completo			
3.22 Recoge los utensilios, desecha según normas de bioseguridad y organiza la unidad.			
3.23 Se retira los guantes			
3.24 Realiza el lavado manos			
4. Verifica que el paciente tenga el acceso venoso permeable y no existan signos de flebitis en cada cambio de jornada y cada vez que termine de suministrar medicamento			
5. Monitoriza el cuidado y vigila los sitios de venopunción, identificando complicaciones y reportando los eventos adversos a que haya lugar			
6. Realiza el diligenciamiento del formato de control de inicio de venopunción de forma completa.			
7. Realiza el diligenciamiento de las notas de enfermería en donde se registre de forma clara el seguimiento del sitio de venopunción de forma continua en cada turno.			
8. Verificar que se haya diligenciado todos los registros de forma adecuada desde el inicio de la venopunción hasta orden de cambio o retiro de venopunción.			
9. Retira los sitios de venopunción según indicación médica, por protocolo, o atendiendo las necesidades individuales de cada paciente.			
10. Realiza el diligenciamiento del formato de control de retiro de venopunción de forma completa.			

Observaciones del evaluador: _____

Compromiso del evaluado: _____

Firma del evaluador: _____ Firma del evaluado: _____

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
ESTUDIANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	ROSA MARIA ANDRADE COORD. GESTION DE ENFERMERIA	GERENCIA	13/02/2018

Anexo 3. Lista de chequeo protocolo de manejo aislamiento hospitalario

	MEDICION DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO MANEJO DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO	CODIGO	FT-GCA-RI007
		VERSION	001
		PAGINA	1 DE 3

OBJETIVO: Evaluar la adherencia al protocolo manejo de aislamiento hospitalario del personal de la Clínica Santa Ana S.A. con el fin de obtener información que permita interrumpir la cadena de transmisión del agente infeccioso para prevenir la diseminación de microorganismos en el paciente, personal hospitalario, visitantes y equipos.

FECHA:	GRADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	C	NC	
ACTIVIDADES			
AISLAMIENTO POR CONTACTO			
El paciente en condición de aislamiento se encuentra en habitación individual, debidamente identificada con la señal informativa (AISLAMIENTO POR CONTACTO).			
Se realiza lavado de manos de acuerdo a los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos.			
Realiza uso de los elementos de protección personal (Guantes, respirador o mascarilla N95, gafas protectoras, bata).			
Restricción de visitas a 1 acompañante por paciente.			
Mantiene la puerta cerrada.			
Informa al servicio de nutrición para disponer de vajilla desechable.			
Limita el traslado del paciente. Si sale del cuarto para ser transportado, se asegura de que se mantengan las precauciones para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes.			
El material necesario para vestirse se encuentra preparado dentro de la habitación (excepto la mascarilla que se coloca antes de entrar a la habitación).			
Al salir de la habitación, las prendas contaminadas las deposita en el contenedor rojo.			
Equipo para examen y toma de signos vitales de uso exclusivo para el paciente aislado.			
AISLAMIENTO POR GOTAS			
El paciente en condición de aislamiento se encuentra en habitación individual, debidamente identificada con la señal informativa (AISLAMIENTO POR GOTAS).			
Se realiza lavado de manos de acuerdo a los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos.			
Realiza uso de los elementos de protección personal (Guantes, respirador o mascarilla quirúrgica, gafas protectoras, bata).			
Restricción de visitas a 1 acompañante por paciente.			
Mantiene la puerta cerrada.			
Informa al servicio de nutrición para disponer de vajilla desechable.			
Limita el traslado del paciente. Si sale del cuarto para ser transportado, se asegura de que se mantengan las precauciones para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes.			

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
PASANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	INGRID NATALY SANTIAGO COORD. GESTION DE CALIDAD	GERENCIA	27 DE ENERO DE 2020

	MEDICION DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO MANEJO DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO	CODIGO	FT-GCA-RI007
		VERSION	001
		PAGINA	2 DE 3

El material necesario para vestirse se encuentra preparado dentro de la habitación (excepto la mascarilla que se coloca antes de entrar a la habitación).			
Al salir de la habitación, las prendas contaminadas las deposita en el contenedor rojo.			
Equipo para examen y toma de signos vitales de uso exclusivo para el paciente aislado.			
AISLAMIENTO RESPIRATORIO			
El paciente en condición de aislamiento se encuentra en habitación individual, debidamente identificada con la señal informativa (AISLAMIENTO RESPIRATORIO).			
Se realiza lavado de manos de acuerdo a los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos.			
Realiza uso de los elementos de protección personal (Guantes, respirador o mascarilla N95, de no ser posible el uso de mascara N95 restringir el paso a la habitación; gafas protectoras, bata).			
Restricción de visitas a 1 acompañante por paciente.			
Mantiene la puerta cerrada.			
Informa al servicio de nutrición para disponer de vajilla desechable.			
Limita el traslado del paciente. Si sale del cuarto para ser transportado, se asegura de que se mantengan las precauciones para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes. (gorro, mascarilla quirúrgica bien ajustada)			
El paciente usa todo el tiempo mascarilla quirúrgica.			
El material necesario para vestirse se encuentra preparado dentro de la habitación (excepto la mascarilla que se coloca antes de entrar a la habitación).			
Al salir de la habitación, las prendas contaminadas las deposita en el contenedor rojo.			
El personal de servicios generales usa mascarilla N95 en presencia del paciente.			
Equipo para examen y toma de signos vitales de uso exclusivo para el paciente aislado.			
AISLAMIENTO PROTECTOR			
El paciente en condición de aislamiento se encuentra en habitación individual, debidamente identificada con la señal informativa (AISLAMIENTO PROTECTOR).			
Se realiza lavado de manos de acuerdo a los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos.			
Realiza uso de los elementos de protección personal (Guantes, respirador o mascarilla quirúrgica, gafas protectoras, bata no es necesario que sea estéril).			
Restricción de visitas a 1 acompañante por paciente.			
Mantiene la puerta cerrada.			
ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
PASANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	INGRID NATALY SANTIAGO COORD. GESTION DE CALIDAD	GERENCIA	27 DE ENERO DE 2020

	MEDICION DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO MANEJO DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO	CODIGO	FT-GCA-RI007
		VERSION	001
		PAGINA	3 DE 3

Informa al servicio de nutrición para disponer de vajilla desechable y establecer una dieta que evite alimentos o ensaladas crudas.			
Limita el traslado del paciente. Si sale del cuarto para ser transportado, se asegura de que se mantengan las precauciones para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes.			
El material necesario para vestirse se encuentra preparado dentro de la habitación (excepto la mascarilla que se coloca antes de entrar a la habitación).			
Al salir de la habitación, las prendas contaminadas las deposita en el contenedor rojo.			
El personal de servicios generales usa elementos de protección personal igual que el personal sanitario.			
Equipo para examen y toma de signos vitales de uso exclusivo para el paciente aislado.			
AISLAMIENTO POR VECTORES			
Habitación bipersonal.			
Se realiza lavado de manos de acuerdo con los 5 momentos establecidos en el protocolo de lavado de manos.			
Uso de toldillo, de manera que los bordes queden debajo del colchón.			
Brindar educación a la familia de que el paciente permanezca dentro del toldillo para cortar la cadena de trasmisión.			

Observaciones del evaluador:


Compromiso del evaluado:

Firma del evaluador:

Firma del evaluado:

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
PASANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	INGRID NATALY SANTIAGO COORD. GESTION DE CALIDAD	GERENCIA	27 DE ENERO DE 2020

Anexo 4. Lista de chequeo de recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos

	LISTA DE CHEQUEO DE RECEPCIÓN TÉCNICA DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOS	CODIGO	FT-AT-SF010
		VERSIÓN	001
		PÁGINA	1 de 1

FECHA: DIA ___ MES_ AÑO _____ PROVEEDORES: _____

Fecha de la factura(s):	Número de la factura(s) :
Nombre del medicamento y/o dispositivos médicos seleccionados para la muestra:	

CALIFICACION:	CUMPLE	C
	NO CUMPLE	NC
	NO APLICA	NA

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACION			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	
Las condiciones de conservación del medicamento y/o dispositivo medico (Temperatura- humedad y cadena de frio) corresponden a las indicaciones establecidas por el fabricante.				
El aspecto Físico (Integralidad de empaque, etiquetado, color del producto) son las correctas.				
Las cantidades recibidas corresponden a las relacionadas en la factura.				
Las fechas de Vencimiento de los productos se encuentran vigentes y mayor a seis meses.				
Los medicamentos y/o dispositivos médicos cuentan con Número de Lote visible.				
Los medicamentos y/o dispositivos médicos cuentan con Registro Invima.				
La Marca del medicamento y/o dispositivo medico es visible y corresponde a lo solicitado.				
La Presentación comercial corresponde a lo solicitado.				

RESPONSABLE: _____

Anexo 5. Lista de chequeo administración segura de medicamentos

	MEDICIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	CÓDIGO:	FT-GCA-RI003
		VERSIÓN:	001
		PAGINA:	1 de 4

OBJETIVO: Evaluar la adherencia al de administración de medicamentos del personal de la Clínica Santa Ana S.A. con el fin de obtener información que permita garantizar la administración segura en todos los pacientes, de manera correcta y en el tiempo exacto según ordenes médicas.

FECHA:	GRADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	C	NC	
ACTIVIDADES			
Existe orden médica escrita para administrar el medicamento.			
Realiza pedido de insumos requeridos al servicio farmacéutico.			
Realiza lavado de manos antes de preparar el medicamento			
La preparación del medicamento la realiza en un lugar limpio.			
Realiza la preparación del medicamento con las condiciones de asepsia requeridas.			
Comprueba y verifica el nombre del medicamento.			
Verifica fecha de vencimiento del medicamento.			
Verificar vía de administración que trae el medicamento según el laboratorio.			
Teniendo en cuenta que es un procedimiento de enfermería, prepara la bandeja con...			
Utiliza guantes como medida de protección.			
Utiliza técnica antiséptica antes de administrar el medicamento.			
Verifica los 10 correctos en la administración de medicamentos.			
Realiza previa prueba de sensibilidad para administrar antibióticos.			
Realiza el registro completo en la historia clínica.			
Realiza correctamente disposición final de residuos e insumos al terminar el procedimiento.			
VIA DE ADMINISTRACION INTRAVENOSA			
ADMINISTRACION DIRECTA			
Localiza la zona de punción en el área cubital, vena de mayor calibre.			
Ubica el torniquete a 10 o 15 cm por encima del sitio de punción.			
Realiza desinfección del sitio de punción.			
Realiza punción en ángulo de 30° con el bisel de la aguja hacia arriba, la introduce 0.6 cm.			
Tira embolo de la jeringa comprobando que se encuentra en la vena.			
Retira torniquete y administra el fármaco lentamente.			
Retira la aguja y aplica presión en el lugar de punción con gasa estéril.			
ADMINISTRACION EN UNA VIA CANALIZADA			
Asegura que el acceso venoso este permeable			
Limpia con antiséptico el sitio de punción del buretrol, equipo de venoclisis o catéter heparinizado.			
Administra el medicamento lentamente.			
Administra los medicamentos de forma individual.			
ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
ESTUDIANTE PASANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	COORD. DE GESTION DE CALIDAD REFERENTE DE SEGURIDAD	GERENCIA	27 DE ENERO DE 2020

	MEDICIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	CÓDIGO:	FT-GCA-RI003
		VERSIÓN:	001
		PAGINA:	2 de 4

Diluye adecuadamente los medicamentos con el fin de evitar flebitis química, efectos secundarios del medicamento.			
Utiliza bomba de infusión en pacientes pediátricos.			
Utiliza bomba de infusión para administrar medicamentos alerta (anti arrítmicos, electrolitos, heparina, insulina etc.)			
VIA DE ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR			
Coloca al paciente en posición adecuada:			
<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito prono: si la aplicación es en glúteo en su cuadrante superior externo; • Sentado y/o en decúbito supino: si la aplicación es en deltoides o cara anterior del muslo 			
Limpia con solución antiséptica con movimientos circulares del centro hacia la periferia el sitio a puncionar y deja secar.			
Introduce la aguja en forma perpendicular a la piel, en forma rápida y firme.			
Aspira, si sale sangre retira un poco la aguja, vuelve a aspirar e inyecta el medicamento.			
Retira con movimiento rápido la jeringa y realiza presión sobre el sitio de punción.			
No realiza masaje sobre el área de la punción.			
VIA DE ADMINISTRACION SUBCUTANEA			
Limpia con solución antiséptica con movimientos circulares del centro hacia la periferia el sitio de punción y deja secar.			
Realiza pliegue en la piel e introduce la aguja en un ángulo de 45 grados, con el bisel de la aguja hacia arriba.			
Aspira y si no hay sangre en la jeringa inyecta el medicamento, si sale sangre retira la aguja y repite este procedimiento cambiando el sitio de inserción			
Retira con movimiento rápido la jeringa y realizando presión sobre el sitio de punción.			
VIA DE ADMINISTRACION INTRADERMICA			
Descubre la parte anterior del brazo. Con solución antiséptica, limpia el área con movimientos circulares del centro hacia la periferia y deja secar.			
Estira la piel e introduzca la aguja horizontalmente a la piel en ángulo de 10°-15°.con el bisel hacia arriba.			
Introduce el medicamento hasta formar con el líquido una pápula.			
Retira con cuidado la aguja sin hacer presión en el sitio de punción.			
Demarca la zona de punción con un círculo de 3 a 5 cm alrededor del sitio.			
VIA DE ADMINISTRACION ORAL			

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
ESTUDIANTE PASANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	COORD. DE GESTION DE CALIDAD REFERENTE DE SEGURIDAD	GERENCIA	27 DE ENERO DE 2020

	MEDICIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	CÓDIGO:	FT-GCA-RI003
		VERSIÓN:	001
		PAGINA:	3 de 4

Verifica que el paciente neurológicamente este normal (Glasgow 15/15)			
Verifica que el paciente trague el medicamento y de manera presencial.			
Medicamento para administrar por SOG: realiza revisión de permeabilidad de la misma.			
Medicamento para administrar por SOG: Diluye adecuadamente el medicamento.			
Medicamento para administrar por SOG: Realiza lavado de la sonda inmediatamente después de administrar el medicamento.			
Sublingual: Educa al paciente que no debe tragar el medicamento.			
VIA DE ADMINISTRACION TOPICA			
Realiza previo lavado de la zona de aplicación antes de administrar el medicamento.			
VIA DE ADMINISTRACION OFTALMICA			
Coloca el paciente acostado o sentado con la cabeza en ligera hiperextensión			
Realiza limpieza ocular desde el ángulo externo del ojo con una gasa o torunda si es necesario antes de aplicar el medicamento.			
Deja caer el medicamento en el ángulo interno del ojo, y sostiene al paciente en esta posición por tres minutos mientras el medicamento se dispersa en el ojo.			
Evita que el paciente se frote el ojo.			
Evita que el gotero o tubo del ungüento toque el ojo.			
VIA DE ADMINISTRACION OTICA			
Coloca el paciente cómodo, acostado al lado opuesto al que se va a aplicar la gota del medicamento.			
Sostiene el pabellón de la oreja hacia arriba y hacia atrás en adultos, y en los niños hacia abajo y atrás para que la gota pueda penetrar.			
Aplica la gota aproximadamente a medio centímetro de la oreja y sostiene al paciente en esta posición por tres minutos mientras el medicamento entra en el oído.			
Evita que el paciente se frote el oído.			
Evita que el gotero o tubo del ungüento toque el oído.			
VIA DE ADMINISTRACION NASAL			
Aplica la gota primero en una fosa nasal, pide al paciente que inspire, espera unos segundos y aplica en la otra fosa nasal.			
Sostiene la cabeza del paciente en ligera hiperextensión por unos minutos y evita al máximo que el paciente degluta las gotas.			
Aplica la gota aproximadamente a medio centímetro de la fosa nasal y sostiene al paciente en esta posición por tres minutos mientras el medicamento entra en la misma.			
Evita que el paciente se frote la nariz.			

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
ESTUDIANTE PASANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	COORD. DE GESTION DE CALIDAD REFERENTE DE SEGURIDAD	GERENCIA	27 DE ENERO DE 2020

	MEDICIÓN DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	CÓDIGO:	FT-GCA-RI003
		VERSIÓN:	001
		PAGINA:	4 de 4

Evita que el gotero o tubo del ungüento toque la nariz.			
VIA DE ADMINISTRACION VAGINAL			
Ubica al paciente en posición ginecológica procurando preservar su intimidad, comodidad y respeto.			
Realiza aseo genital antes de administrar el medicamento, si se observa mala higiene.			
Se coloca guantes estériles e introduce el óvulo en el canal vaginal, si el medicamento es crema lo administra con aplicador. Si no viene con aplicador utiliza el segundo y tercer y dedo de la mano (índice y medio).			
Evita la aplicación durante el periodo menstrual.			
Aplica preferiblemente en las noches para favorecer el reposo			
VIA DE ADMINISTRACION RECTAL			
Ubica al paciente en posición de sims o semiprono procurando preservar su intimidad, comodidad y respeto.			
Realiza aseo perianal antes de administrar el medicamento si se observa mala higiene.			
Utiliza equipo de bioseguridad, con la mano izquierda separa los glúteos hasta divisar el orificio anal.			
Con la mano derecha introduce el supositorio hasta más o menos 5 cm o sonda de enema rectal más o menos (9 cm adulto, 3,5 niños) por el extremo más delgado con el fin de que la contracción del esfínter anal lo impulse hacia adentro con mayor facilidad.			
Con la mano derecha sonda de enema rectal más o menos (9 cm adulto, 3,5 niños) con el fin de que la contracción del esfínter anal lo impulse hacia adentro con mayor facilidad e introduce el líquido lentamente.			
Pide al paciente que haga contracción anal mientras lentamente retira sonda de enema			
Indicar al paciente que haga contracción anal por 20 minutos mientras el medicamento hace efecto.			


Observaciones del evaluador:

Compromiso del evaluado:

Firma del evaluador: _____ **Firma del evaluado:** _____


ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
ESTUDIANTE PASANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	COORD. DE GESTION DE CALIDAD REFERENTE DE SEGURIDAD	GERENCIA	27 DE ENERO DE 2020

Anexo 6. Lista de chequeo de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos

	LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	CÓDIGO:	FT-GCA-RI016
		VERSIÓN:	001
		PÁGINA:	1 de 2

OBJETIVO: Evaluar la adherencia al procedimiento de solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos de los colaboradores involucrados en el proceso para garantizar una entrega segura de los mismos desde el área de dispensación del servicio Farmacéutico.

FECHA:	GRADO DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	
ACTIVIDADES Y ASPECTOS A VERIFICAR				
PERSONAL DE ENFERMERÍA				
Verifica que el medicamento o equipo médico solicitado corresponde al nombre del paciente correcto.				
Verifica que el medicamento o equipo médico solicitado corresponde al paciente correcto.				
Realiza solicitud de medicamento o equipo médico con la orden de solicitud de enfermería.				
Verifica que el medicamento o equipo médico solicitado corresponde al servicio correcto.				
Realiza solicitud del medicamento o equipo médico en ventanilla después de haber hecho la solicitud virtual. (Según servicio)				
Realiza devoluciones antes del egreso del paciente, con el ingreso abierto.				
Realiza solicitud a farmacia en casos de urgencia vital.				
Verifica que el medicamento o equipo médico solicitado corresponde a los medicamentos e insumos que aparecen en la fórmula u orden médica.				
Verifica que lo entregado corresponda a lo solicitado y firma el documento según corresponda.				
Realiza preparación del medicamento en el área que corresponde.				
AUXILIAR DE FARMACIA				
Verifica en el sistema que la solicitud este autorizada.				
Verifica que la orden médica cumple con los parámetros establecidos en el Decreto 2200 de 2005.				
Organiza por paciente los medicamentos y/o dispositivos médicos formulados.				
ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION	
ESTUDIANTE PASANTIA CONVENIA DOCENCIA-SERVICIO UFPS	GESTIÓN DE CALIDAD	GERENCIA	27 DE ENERO 2021	

	LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	CÓDIGO:	FT-GCA-RI016
		VERSIÓN:	001
		PÁGINA:	2 de 2

Ingresar al software institucional la información de la orden médica.				
Imprime el Boucher generado y lo entrega al auxiliar de almacenamiento.				
Verifica orden médica prescrita y realiza la venta de medicamentos.				
Alista y organiza los medicamentos y dispositivos médicos.				
Realiza entrega de medicamentos y dispositivos médicos al solicitante.				
Registra y confirma en el sistema los medicamentos y dispositivos médicos dispensados.				
Suministra información del medicamento en el formato institucional.				
MEDICAMENTOS NO POS				
El auxiliar de farmacia verifica que el formato Mipres cumple con lo establecido de acuerdo a los lineamientos de los Planes de Beneficios de Salud (PBS).				
Verifica que el diagnóstico esté asociado a la indicación INVIMA del medicamento.				
El auxiliar de farmacia entrega el formato Mipres al área de facturación, conserva un recibido y verifica que los parámetros se encuentren registrados en forma correcta y completa para poder ser dispensados.				
Verifica que los medicamentos solicitados, dispensados y administrados estén acordes a la cantidad del tratamiento facturado.				

Observaciones del evaluador: _____

Firma del evaluador: _____ Firma del evaluado: _____

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
ESTUDIANTE PASANTIA CONVENIA DOCENCIA-SERVICIO UFPS	GESTIÓN DE CALIDAD	GERENCIA	27 DE ENERO 2021

Anexo 7. Lista de chequeo valoración del riesgo y prevención de caídas

	LISTA DE CHEQUEO VALORACION DE RIESGO Y PREVENCION DE CAIDAS	CODIGO	FT-GCA-RI004
		VERSIO	001
		PAGINA	1 de 3

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento de los lineamientos para valoración de riesgo y prevención de caídas institucionales en la clínica Santa Ana garantizando la seguridad del paciente.

FECHA:	GRADO DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	
ACTIVIDADES				
1. El profesional de enfermería de turno aplica a cada paciente que ingresa a la institución la escala de valoración de riesgo de caídas.				
2. Al ingreso de los pacientes el personal de enfermería explica el uso del timbre.				
3. Al ingreso de los pacientes el personal de enfermería explica las medidas de seguridad para la prevención de caídas				
4. Si el paciente cambio de Unidad funcional, el profesional de enfermería del servicio al que se traslada realiza una nueva valoración de la escala de riesgo de caídas al ingreso del paciente (CODIGO FT-GA-CA020), dejando registro de la misma.				
5. El personal en cada entrega de turno informa la condición del paciente, los resultados de evaluación para riesgo de caídas y la gestión realizada de acuerdo a los hallazgos en las acciones preventivas.				
6. Se realiza la escala de valoración de riesgo de caídas cada 24 horas a paciente clasificado en Alto Riesgo, dejando registro en el software institucional.				
7. Se realiza la escala de valoración de riesgo de caídas cada 48 horas en Medio riesgo, dejando registro en el software institucional.				
8. Se realiza la escala de valoración de riesgo de caídas cada 72 horas en bajo riesgo, dejando registro en el software institucional.				
9. Se aplica la lista de chequeo de acciones preventivas de caídas a pacientes identificados con alto riesgo (CODIGO/OD-GA-CA020)				
10. El personal de enfermería registra las actividades de educación a un familiar o responsable del paciente sobre los riesgos de caídas en la historia del paciente clasificado con alto riesgo.				
ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION	
ESTUDIANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	ROSA MARIA ANDRADE COORDINADORA DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	GERENCIA	23/OCTUBRE/2017	

 Clínica Santa Ana S.A. <small>Su clínica amable</small>	LISTA DE CHEQUEO VALORACION DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE CAIDAS	CODIGO	FT-GCA-RI004
		VERSIÓN	001
		PAGINA	2 de 3

11. El personal de enfermería registra las actividades de educación a un familiar o responsable del paciente sobre los cuidados a seguir en la prevención de ocurrencia de caídas.				
12. Las actividades de educación sobre los riesgos de caídas en la historia del paciente clasificado con alto riesgo son reportadas en el informe de gestión mensual al departamento de enfermería.				
13. Se proporciona ayuda física para pacientes cuando deambulen o intenten maniobras difíciles (ir al baño, trasladarse).				
14. Se realiza ronda de seguridad del servicio para verificar la aplicación de medidas preventivas (barandas, pisos secos)				
15. Se realiza supervisión de la aplicación de la escala de valoración de riesgo de caídas.				
16. La cama tiene barandales, se encuentran en buen estado y funcionalidad.				
17. El servicio cuenta con una adecuada iluminación.				
18. El servicio cuenta con suelo seco y/o antideslizante.				
19. Se cuenta con el personal del proceso de recursos físicos responsable del mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario e infraestructura hospitalaria.				
20. El personal camillero cumple con las normas establecidas para transporte seguro de pacientes.				
21. En el caso de producirse una caída, se diligencia el formato de registro de incidencia de caídas .				
22. El formato de registro de incidencia de caídas se presenta a la oficina de calidad en las siguientes 24 horas de ocurrido el evento junto con una copia del formato de ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS si el paciente fue clasificado de alto riesgo al ingreso.				
23. Al paciente víctima de una caída intrahospitalaria se le realiza la valoración por un médico, donde se detalla el registro de las				

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
ESTUDIANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	ROSA MARIA ANDRADE COORDINADORA DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	GERENCIA	23/OCTUBRE/2017

	LISTA DE CHEQUEO VALORACION DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE CAIDAS	CODIGO	FT-GCA-RI004
		VERSIO	001
		PAGINA	3 de 3

acciones tomadas en la historia clínica, el resultado de la condición del mismo junto la conducta recomendada a seguir.				
---	--	--	--	--

Observaciones del evaluador:

Compromiso del Evaluado:

Firma del evaluador: _____

Firma del Evaluado: _____

C= cumple

NC= No cumple

NA= No Aplica

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
ESTUDIANTE DE ENFERMERIA CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UFPS	ROSA MARIA ANDRADE COORDINADORA DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	GERENCIA	23/OCTUBRE/2017

Anexo 9. Lista de chequeo para prevención de infecciones del sitio quirúrgico

	LISTA DE CHEQUEO PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO	CODIGO	FT-GCA-RI006
		VERSION	002
		PAGINA	1 DE 1

Fecha: DD___ MM___ AAAA___ N° de documento: _____

PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA: urgencia () emergencia () programada ()

Nombre del procedimiento quirúrgico: _____

Herida: limpia () limpia contaminada () contaminada () sucia ()

Especialidad: _____

Aspectos a verificar tiempo quirúrgico

hora del comienzo del procedimiento quirúrgico	
hora del fin del procedimiento quirúrgico	

Factores de riesgo del paciente

peso	
obesidad	si () no ()
desnutrición	si () no ()
diabetes	si () no ()
fumador	si () no ()
clasificación asa	

¿existe algún factor de riesgo? si () no ()

Profilaxis antibiótica

medicamento para la profilaxis antimicrobiana	
dosis administrada (mg)	
hora de administración del medicamento	
administración dentro de los 30-60 minutos antes de la incisión (dos horas para vancomicina y fluoroquinolonas)	
medicamento suspendido dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio (48 horas para procedimientos cardíacos).	
si la profilaxis antibiótica de ha administrado hace más de 60 minutos, ¿repite dosis?	
duplicación de dosis de acuerdo con el peso	si () no ()


¿existe adherencia al protocolo de profilaxis antibiótica? si () no ()

Prevención de infecciones del sitio quirúrgico

Baño preoperatorio	Si () No () N.A. ()
Rasurado preoperatorio del vello	Si () No () N.A. ()
Presencia de foliculitis	Si () No ()
Preparación preoperatoria de la piel	Si () No ()

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
SANDRA DURDLEY MARTINEZ CONVENIO DOCENCIA SERVICIO	LUDY YADIRA VILLAMIZAR COORD.VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA INGRID NATALY SANTIAGO GESTION DE CALIDAD	GERENCIA	ENERO DE 2021

Anexo 10. Lista de chequeo protocolo de prevención del riesgo y manejo de úlceras por presión

	LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESION	CODIGO	FT-GCA-RI005
		VERSION	001
		PAGINA	1 DE 2

OBJETIVO:

Evaluar el cumplimiento del personal de enfermería de los lineamientos institucionales para valoración de riesgo y manejo de úlceras por presión en la clínica Santa Ana garantizando la seguridad del paciente.

FECHA:	GRADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	C	NC	
ACTIVIDADES			
1. El profesional de enfermería identifica al momento del ingreso y diariamente los pacientes con riesgo de úlceras por presión mediante aplicación de la escala de Braden, valoración de la integridad de la piel, cefalocaudal. CÓDIGO/ PR-AT-E014).			
2. El personal de enfermería remite el paciente dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario al programa de piel sana y ejecuta las acciones contempladas en el mismo.			
3. El profesional de enfermería realiza la valoración de la movilidad, incontinencia, déficit sensorial y valoración global subjetiva del estado nutricional del paciente, además de otros factores de riesgo establecidos en la Escala de Braden valoración de úlceras por presión en software institucional.			
4. El personal de enfermería realiza los registros de clasificación diaria del riesgo, estado en se encuentra la piel, y la documentación de las úlceras por presión que puedan ocurrir en cada paciente e identificarlas en la historia clínica (escala de Braden de valoración de úlceras por presión), en el HEALTHI CLOUD.			
5. El profesional de enfermería realiza valoración y documenta a todos los pacientes con ÚLCERAS POR PRESIÓN existentes y determina el riesgo de nuevas úlceras por presión, utilizando la “Escala de Braden para la predicción del riesgo de úlceras por presión” en el Formato de Úlceras por presión en software institucional.			
6. El profesional de enfermería elabora el plan de cuidados de enfermería individualizado para la prevención de úlceras por presión en el sistema HealthiCloud.			
7. El profesional de enfermería deriva a los pacientes con RIESGO ALTO y/o presencia de úlceras a los miembros del equipo interdisciplinar (clínica de heridas, médico especialista, nutricionista y fisioterapia).			
8. El profesional de enfermería informa al personal auxiliar de enfermería de los hallazgos de la valoración, para realizar medidas preventivas o de tratamiento y seguimiento individualizadas en el Plan de cuidados de Enfermería en HealthiCloud.			
9. El personal auxiliar de enfermería ejecuta el plan de cuidados de prevención y/o tratamiento de úlceras por presión, establecido en el programa piel sana.			
10. El personal auxiliar de enfermería garantiza la integridad de la piel y realiza la higiene diaria a los pacientes.			
11. El personal de enfermería mantiene las barreras de protección en las			

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
RELACION DOCENCIA SERVICIO UFPS	ROSA MARIA ANDRADE COORDINADORA DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	GERENCIA	MAYO DE 2016

	LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO DE ULCERAS POR PRESION	CODIGO	FT-GCA-RI005
		VERSION	001
		PAGINA	2 DE 2
prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, escoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura.			
12. El profesional de enfermería realiza las rondas de seguridad para verificar el programa de giros o cambios de posición, detección de casos nuevos, revaloración de pacientes, y realiza los ajustes según hallazgos.			
13. El profesional de enfermería coordina junto con la dirección técnica, supervisa y controla las funciones de los auxiliares de enfermería en el manejo de la estrategia MIRA EL RELOJ QUE ÉL TE VA SALVAR DE UNA ULCERA POR PRESIÓN.			
14. El profesional de enfermería realiza valoración y documenta a todos los pacientes con ÚLCERAS POR PRESIÓN existentes y determina el riesgo de nuevas úlceras por presión, utilizando la “Escala de Braden para la predicción del riesgo de úlceras por presión” en el Formato de Úlceras por presión Healthi cloud.			
15. El profesional de enfermería planea y ejecuta las curaciones requeridas en el manejo de los pacientes hospitalizados con úlceras, según lo establecido en la guía y protocolo de manejo de úlceras por presión.			
16. El profesional de enfermería registra el tipo de curaciones, periodicidad, insumos y evolución de la lesión, en el plan de cuidados de Enfermería en HealthiCloud.			
17. El profesional de enfermería realiza verificación de cumplimiento de órdenes médicas, de nutrición, fisioterapia, psicología, en los planes de cuidado, mediante la auditoria.			
18. El personal de enfermería implica al paciente y al cuidador en la planificación de las estrategias de tratamiento y prevención de las úlceras por presión.			
19. El profesional de enfermería informa al líder de calidad la aparición de úlceras por presión (Es catalogada como un evento adverso si se presenta durante la atención hospitalaria), mediante el Formato de Gestión de eventos adversos.			

C: CUMPLE /NC: NO CUMPLE


Observaciones del evaluador:

Compromiso del evaluado:

Firma del evaluador: _____

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
RELACION DOCENCIA SERVICIO UFPS	ROSA MARIA ANDRADE COORDINADORA DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	GERENCIA	MAYO DE 2016

Anexo 11. Lista de chequeo GPC atención al parto

	MEDICION DE ADHERENCIA A LA GPC DE ATENCION AL PARTO															CODIGO		FT-GCA-RI013								
																VERSION		001								
	PAGINA		1 DE 3																							
C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NA:NO APLICA																										
CRITERIOS DE VERIFICACION	Nº DE HISTORIA CLINICA: 1090430551			Nº DE HISTORIA CLINICA:			Nº DE HISTORIA CLINICA:			Nº DE HISTORIA CLINICA:			Nº DE HISTORIA CLINICA:			Nº DE HISTORIA CLINICA:			Nº DE HISTORIA CLINICA:			Nº DE HISTORIA CLINICA:				
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC
CARACTERÍSTICAS: ADMISIÓN TRABAJO DE PARTO																										
Se realiza la inscripción de los datos completos de identificación en la historia clínica: Nombre y apellido, Numero de identificación, edad y fecha.																										
Se registra en la historia clínica el motivo de consulta: •Fecha probable de parto y edad gestacional de acuerdo a ecografías del I trimestre o FUR. •Inicio de las contracciones •Movimientos fetales •Expulsión del tapón mucoso •Ruptura de membranas •Sangrado vaginal •Antecedentes ginecoobstetricos y otros antecedentes.																										
Se evidencia registro completo del examen físico y por sistemas en la historia clínica incluyendo: Signos vitales, Estado emocional, Fetocardía, Altura uterina, Valoración de genitales externos, Estado de las membranas, salida de líquido amniótico , Pelvimetría clínica, Actividad uterina, Cuello, Posición fetal. etc.																										
Se validan resultados de paraclínicos durante los controles prenatales (PRUEBA TREPONEMICA RAPIDA , Hemoclasificación,Hepatitis B , Prueba rápida para HIV (ELISA), Gota gruesa en zona endémica de malaria. Se evidencia solicitud de paraclínicos en los casos que el paciente no cuente con los mismos previo a la consulta.																										
Se registra la valoración del riesgo obstetrico, antecedentes de riesgo, comorbilidades, edad de la gestante , condiciones socioeconomicas, nivel de escolaridad, población vulnerable, gestante sin controles prenatales etc.																										

TOTAL DE ITEMS CUMPLIDOS POR HISTORIA CLINICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE ITEMS A CUMPLIR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUMPLIMIENTO POR HISTORIA CLINICA										
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO GENERAL										

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
GESTION POR PROCESOS- CALIDAD COORD. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	EQUIPO DE ESPECIALISTAS EN GINECOOBSTETRICIA	COMITÉ DE CALIDAD	JUNIO DE 2017

Anexo 12. Lista de chequeo atención segura al binomio madre-hijo

	LISTA DE ATENCIÓN SEGURA AL BINOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	1 DE 11

FECHA: DD ____ MM ____ AA ____

Meta adherencia mayor al 85% Calificación obtenida: _____

CRITERIO EVALUADO	SI	NO	OBSERVACIONES	COMPROMISO
1. ATENCIÓN SIN BARRERAS ADMINISTRATIVAS EN EL ACCESO				
Se validan los derechos, identificación de afiliación al sistema de seguridad social de la gestante				
Se mantienen actualizadas las bases de datos de los afiliados				
Se identifica completa y correctamente a la mujer con riesgo: se brinda prioridad a la atención de la gestante en el Triage de urgencias				
El personal que labora en las áreas administrativas tiene conocimiento de la política de seguridad del paciente a nivel institucional.				
Se establece la comunicación necesaria y adecuada con las EAPB para la resolución rápida y efectiva de las necesidades de la gestante.				
Se definen políticas institucionales de coordinación con los Aseguradores y otras IPS de diferente nivel para garantizar la remisión de los pacientes.				
2. ATENCIÓN DEL PARTO Y EL PUERPERIO POR PERSONAL CALIFICADO				
Se verifican los títulos profesionales o de especialistas al igual que el personal técnico.				
Se certifica y entrena en soporte vital básico y/o avanzado adulto y/o pediátrico de acuerdo al perfil.				
Se adopta la estrategia del minuto de oro de la sociedad de neonatología como mecanismo para garantizar la adecuada atención del neonato en su primer minuto de vida y disminuir la morbi mortalidad perinatal.				
Se encuentran dentro de los programas de capacitación anual la socialización y talleres relacionados con la atención de las emergencias obstétricas y el código azul.				
Se programan turnos con personal suficiente y entrenado (Cuenta con: 1.				
ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION	
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 /DIC/ 2015	

	LISTA DE ATENCION SEGURA AL BIONOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	2 DE 11

Médico especialista en ginecoobstetricia. 2. Médico general. 3. Enfermera. 4. Auxiliar de enfermería. Disponibilidad de: -Médico pediatra)				
El personal nuevo que ingresa en el último año a la institución realiza un periodo de inducción, que incluye el reconocimiento de áreas y de procesos institucionales.				
Se planifica, gestiona y supervisa la calidad del personal a través de evaluación permanente del desempeño de los recursos humano.				
Se involucra y motiva a las áreas administrativas de las instituciones para que se engranen en la calidad de la prestación del servicio de la atención del binomio madre hijo				
3.DILIGENCIAMIENTO DEL PARTOGRAMA				
El partograma se diligencia en medio físico y se anexa a la historia clínica a través de la verificación de documentos.				
4.UTILIZACIÓN ADECUADA DE INSUMOS COMO: ANTIBIÓTICOS ANTICONVULSIVANTES, ANTIHIPERTENSIVO, OXITÓCICOS, LÍQUIDOS, HEMODERIVADOS Y SUSTITUTOS EN LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES DURANTE LA GESTACIÓN, EL PARTO Y EL PUERPERIO				
Se dispone en el servicio del kit para el manejo de la emergencia obstétrica (cuenta con Anticonvulsivantes Antihipertensivos Oxitócicos e insumos para la atención oportuna) Se verifica con lista de chequeo la disponibilidad del mismo				
Se realiza atención del parto con base a las guías de atención, de igual manera la atención de las complicaciones pre-intra y post parto.				
Se cuenta con las guías médicas y de enfermería implementadas para reducir el riesgo en los procesos de atención (Incluye código rojo, kit de emergencia obstétrica en los respectivos servicios)				
Se implementan las guías clínicas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar la atención segura del binomio madre hijo				

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 / DIC / 2015

	LISTA DE ATENCION SEGURA AL BIONOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	3 DE 11

y la prevención de infecciones asociadas al parto.				
5. ATENCIÓN DE LA MATERNA EN UN NIVEL DE COMPLEJIDAD INFERIOR AL NECESITADO				
Se determina el Riesgo obstétrico desde el ingreso a la institución y las posibles complicaciones que se puedan derivar del estado de salud de la gestante.				
Se cuenta con una guía de criterios de inclusión de alto riesgo obstétrica.				
Se asegura que las pacientes reciban la debida atención de calidad durante el parto.				
6. ATENCIÓN DE LA MATERNA CON UN SISTEMA FUNCIONAL DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTE, CON EL QUE SE PUEDA RESPONDER DE MANERA OPORTUNA Y SEGURA CUANDO SE PRESENTE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA PREDECIBLE Y QUE NO PUEDE SER RESUELTA EN ESE NIVEL.				
Se cuenta con un sistema organizado de referencia y contrareferencia para la remisión oportuna de casos				
Se establece puente de comunicación directa entre el personal de admisiones de las instituciones con el coordinador de referencia contando siempre con la aceptación del personal médico de acuerdo a la capacidad instalada y riesgo evaluado de la gestante.				
Se cuenta con disponibilidad de servicio de transporte asistencial para cuando la situación de la gestante y el nivel de atención requerida lo amerite.				
7. INFORMACIÓN A LA PACIENTE DE LAS CAUSALES PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN (SENTENCIA PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN)				
Se tiene establecido el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual en donde se brinda asesoría sobre interrupción voluntaria del embarazo en caso que como producto del hecho la mujer quede embarazada.				
Hay mecanismos de comunicación con el paciente que le permitan conocer sus deberes, derechos y patología.				
Se socializa al personal médico y especialistas en ginecoobstetricia la sentencia de la corte constitucional para IVE.				
Se establece comunicación con las EAPB para la remisión adecuada y oportuna				

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 / DIC / 2015

	LISTA DE ATENCION SEGURA AL BIONOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	4 DE 11

de casos.				
Se documenta la guía para interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo a la normatividad vigente.				
8.REMISIÓN DE PACIENTES.				
Esto documentado y socializado el proceso de referencia y contrareferencia al personal asistencial, y se garantiza proceso de inducción al personal que ingresa a la institución por esta área funcional. Y las directrices son aplicables a la atención del binomio madre hijo				
Se remite, para atención en el nivel indicado de complejidad, a todas las gestantes que requieran tratamiento y/o control médico especializado; con diagnóstico de patología asociada a la gestación.				
Se definen criterios de alto riesgo, complicaciones del embarazo, parto y post parto a través de guías de manejo y protocolos de atención.				
Se cuenta con Guía de remisión de pacientes a los programas de protección específica y detección temprana.				
9.VALORACIÓN INTEGRAL DE LA GESTANTE; DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ETS				
Se adoptan, se socializan y siguen las guías de práctica clínica del Ministerio de salud en relación con la atención a la gestante y al recién nacido.				
Se brinda información apropiada a todas las gestantes durante el embarazo, parto y puerperio sobre prevención y reconocimiento de enfermedades de transmisión sexual.				
Se verifica al momento de la atención tamizaje para sífilis en el primer control prenatal y realizar en el momento del parto serología para sífilis a la gestante.				
Se realiza seguimiento y serología a todo recién nacido hijo de gestante con antecedentes de sífilis gestacional e inicio de la profilaxis o tratamiento de acuerdo al caso según Guías de práctica clínica.				
Se realiza tamizaje para VIH a toda				

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 / DIC / 2015

	LISTA DE ATENCION SEGURA AL BIONOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	5 DE 11

paciente seropositiva para sífilis, se verifica tamizaje para VIH en el primer y último trimestre.				
Se tiene establecido en la institución el protocolo de atención a la gestante con VIH y se garantiza la disponibilidad de la profilaxis antirretroviral a la gestante y el recién nacido.				
Se mide la adherencia a guías de manejo				
Se actualiza y socializa con el personal asistencial, las guías de manejo, los protocolos y programas diseñados para la atención a la gestante.				
10. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE DE ALTO RIESGO				
A través del protocolo de identificación del paciente se realiza clasificación del riesgo a las gestantes de acuerdo al código de colores establecido en la institución				
De manera mensual se encuentran establecidos reuniones con la especialidad de ginecoobstetricia, con la participación de otras especialidades médicas de ser necesario, estas reuniones son los espacios para análisis de casos de eventos de interés en salud pública, juntas médicas y revisión y socialización de guías y protocolos.				
Se actualiza y socializa con el personal asistencial, las guías de manejo, los protocolos y programas diseñados para la atención a la gestante.				
11. ADMINISTRACIÓN SEGURA DE LOS MEDICAMENTOS.				
Se cuenta en la institución con un programa de fármaco vigilancia				
Se capacita permanente al personal sobre administración segura de medicamentos				
Se encuentra establecido en la institución la guía, procedimiento y protocolo de administración de medicamentos				
Al ingreso del paciente se realiza la indagación de la historia fármaco terapéutica completa				
Se explica al paciente claramente, antes del egreso, los medicamentos que debe tomar, así como sus dosis y duración.				
Se plantean estrategias institucionales				

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 / DIC / 2015

	LISTA DE ATENCION SEGURA AL BIONOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	6 DE 11

para reducir los eventos adversos en la administración de medicamentos y se fortalece la cultura de notificación de eventos				
12.EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y DETECCIÓN DE SIGNOS DE ESTADO FETAL.				
Se aplican los protocolos de manejo institucional, para la Atención del trabajo de parto y parto por, garantizando la idoneidad del personal.				
Se revisan, actualizan, socializan e implementan las guías y protocolos y Verificación de adherencia por parte del personal a los protocolos institucionales				
El personal de enfermería es capacitado y cuenta con experiencia en seguimiento del trabajo de parto, atención de parto y post parto.				
Se capacita todo el personal de enfermería respecto a signos y síntomas asociados al diagnóstico de estado fetal.				
Se capacita continuamente en la atención de emergencias obstétricas y atención del recién nacido				
Se dispone de equipos biomédicos en adecuadas condiciones según la demanda del servicio.				
Se dispone de protocolos en los servicios de consulta permanente por el personal				
13.FORTALECER LA CULTURA DEL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES POR PARTE DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION				
Se evalúan permanente ambientes seguros mediante el desarrollo de rondas de seguridad				
Se forma al personal de salud en seguridad del paciente, partiendo del aprendizaje institucional				
Se retroalimenta al personal de salud involucrado o no en el evento o incidente				
Se informa con claridad al personal de salud sobre cómo, cuándo, dónde y para qué se utilizarán los reportes de incidentes y eventos adversos con el ánimo de fomentar el reporte				
Se fomenta una cultura de seguridad del paciente centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y eventos				

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 / DIC / 2015

	LISTA DE ATENCION SEGURA AL BIONOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	7 DE 11

adversos				
14.NORMAS DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL				
Se toman las medidas necesarias a fin de evitar el transporte interinstitucional de neonatos que no sean acompañados por su madre o familiar previamente autorizado				
Al momento del egreso se verifica boleta de salida y certificado de nacido vivo del recién nacido.				
Se activan alertas al personal de la institución para la comunicación de cualquier anomalía e identifique a personas con actitud sospechosa				
Se hace traslado intrainstitucional del recién nacido en las cunas dispuestas para este fin, no se realizará el traslado en brazos dentro de la institución				
Se ejerce control de visitas de acuerdo a las políticas institucionales.				
Al momento del baño del recién nacido se está permanentemente acompañado por su madre o un familiar autorizado.				
15.METODOLOGÍA QUE FACILITA EL RECONOCIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN FORMA INMEDIATA				
Se identifica al recién nacido a través de pulseras colocadas de manera inmediata posterior al nacimiento antes de sacar al recién nacido de la sala de parto de acuerdo al protocolo institucional de identificación correcta de pacientes.				
Se muestra detalladamente los rasgos del recién nacido a la madre y sus familiares.				
Se viste al recién nacido con ropa proporcionada por la familia.				
Se toman las huellas plantares de ambos pies del recién nacido y del índice derecho de la madre, anexándolo a la historia clínica.				
16.SISTEMA DE IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO INSTITUCIONALMENTE				
Se coloca pulsera ROSADA para recién nacido de sexo FEMENINO en material flexible, impermeable, con sello de seguridad blanco.				
Se coloca pulsera AZUL para recién nacido de sexo MASCULINO en material flexible, impermeable, con sello de seguridad blanco.				

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 / DIC / 2015

	LISTA DE ATENCION SEGURA AL BIONOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	8 DE 11

17. ATENDER OPORTUNA E INTEGRALMENTE AL RECIEN DESDE LA SALA DE PARTO			
El personal médico de la institución cuenta con capacitación y entrenamiento en reanimación avanzada y se realiza capacitación de la estrategia " el minuto de oro"			
Se conoce y se valora factores de riesgo del binomio materno-fetal y detectar oportunamente el sufrimiento fetal.			
Se verifica antes del nacimiento la existencia de material y equipo para entrenar cualquier situación imprevista. Cuenta con: 1. Lámpara quirúrgica portátil o cielítica. 2. Mesa de atención de parto. 3. Equipos de atención de partos. 4. Equipo de episiotomía y episiorrafia Para la atención del recién nacido 1Mesa para atención del recién nacido. 2. Lámpara de calor radiante o equivalente. 3. Báscula para bebé. 4. Infantómetro. 5. Cinta métrica. 6. Fuente de oxígeno con mezclador. 7. Oxímetro de pulso. 8. Fonendoscopio. 9. Catéteres para vena umbilical. 10. Reanimador pulmonar manual con accesorios para control del límite de presión y manómetro. Disponibilidad de -Incubadora de transporte			
Se valora el estado de salud integral del RN: mediante exploración física, valoración de APGAR.			
Se identifica oportunamente mediante una exploración física completa las anomalías congénitas y adoptar las medidas correspondientes.			
Se realiza las maniobras de evaluación y corrección para asegurar una buena vía aérea, ventilación y circulación.			
Se informan las condiciones de salud del Recién nacido a la madre y familiares y se obtiene el consentimiento informado para procedimientos subsecuentes.			
Se documenta la atención prestada en			

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 / DIC / 2015

	LISTA DE ATENCION SEGURA AL BIONOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	9 DE 11

la historia clínica a través del diligenciamiento del formato de atención del recién nacido, valoraciones medicas y notas de enfermería, así como el diligenciamiento del plan de cuidados de enfermería donde se contemplan los cuidados y la atención al binomio madre-hijo.				
Se adoptan, socializan evalúan y siguen las guías de práctica clínica y protocolos de atención al recién nacido definidos por la normatividad vigente				
Se gestiona de ser necesario el traslado del recién nacido a un nivel de atención superior de ser requerido garantizando su estabilización antes del traslado				
Se cumple con el proceso de referencia y comunicación con la entidad receptora para garantizar la recepción y atención del recién nacido.				
18. EDUCACION A LA GESTANTE Y SU FAMILIA				
Se promueven los factores protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, guía nutricional, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.				
Se fortalece los vínculos afectivos, la autoestima y el auto cuidado como factores protectores.				
Se orienta sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria.				
Se educa a la gestante acerca de la importancia del carné de control prenatal y su diligenciamiento por parte del profesional de la salud, y la necesidad de llevarlo consigo en todo momento para facilitar su atención en				

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 / DIC / 2015

	LISTA DE ATENCION SEGURA AL BIONOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	10 DE 11

caso de urgencia en otra institución de salud.				
Se informa a la madre y sus familiares, antes de la salida de la institución, sobre la importancia de realizar controles tempranos en el posparto para la madre y el recién nacido así como sobre la existencia de mecanismos de apoyo para mantener la lactancia materna y aprender pautas de crianza, a donde puedan acudir en caso de tener problemas con el amantamiento.				
<p>*Se promueve en las madres y sus familias la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o más, el control del crecimiento y desarrollo infantil y la adecuada.</p> <p>*Se ayuda a la madre sobre cómo colocar correctamente el bebé al seno y cómo mantener la lactancia materna.</p> <p>*Se fomenta en las madres y familias la práctica de la lactancia materna a libre demanda sin restricción ni horarios fijos y promover el apoyo familiar a la madre lactante.</p>				
Se articulan las diferentes estrategias de salud materna e infantil que lleven a una propuesta integral de servicios en favor de la mujer y la infancia, tales como: control prenatal con calidad, nutrición de la gestante, salud bucal, vacunación, crecimiento y desarrollo infantil, la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia, AIEPI, entre otras, todas ellas integradas a través del plan de mejoramiento institucional.				
Se favorece el alojamiento conjunto madre – niña o niño recién nacido, y el acompañamiento a los niños y niñas en otros servicios de la madre o familiar autorizado.				
Se educa a la madres y acompañantes sobre el mecanismo de producción de la leche reforzando la regla de oro "a mayor succión, mayor producción"				
Se informa a las madres, padres y sus				
ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION	
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 / DIC / 2015	

	LISTA DE ATENCION SEGURA AL BIONOMIO MADRE HIJO	CODIGO	FT-GCA-RI012
		VERSION	001
		PAGINA	11 DE 11

familias de la importancia de despertar al bebé si "duerme demasiado" (en los niños a término, no dejar pasar más de cuatro horas para que el bebé sea alimentado) o si los senos de la madre están muy llenos.				
Se incentiva a las madres a mantener la lactancia materna cuando sus hijos están hospitalizados en las unidades neonatales o servicios de hospitalización de pediatría. El personal de salud, especialmente médico y de enfermería indaga sobre la forma como se viene alimentando el niño o niña.				
Se incrementa en la higiene del senos antes de amamantar al recién nacido, el cual se debe limpiar con una gasa limpia humedecida con agua hervida limpiando la aureola en forma circular o en dirección de las manecillas del reloj y limpiando el pezón.				
La alimentación es equilibrada, sana, sin dejar de consumir frutas, conservando los buenos hábitos higiénicos.				
Se proporciona un ambiente tranquilo, de confort y acompañamiento de apoyo y seguridad para ayudar a su recuperación.				
Se mantiene una higiene madre e hijo para conservar la salud. Se educa sobre cómo realizar la curación de la herida y el cuidado del ombligo del bebe				
Se recomienda que para programar el siguiente embarazo debe ser por mínimo dentro de los dos años siguientes.				

NOMBRE DEL VERIFICADOR

FIRMA DEL VERIFICADOR

OBSERVACIONES ADICIONALES:

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
LEYDA MARIÑO RINCON	COMITÉ DE SEGURIDAD	GERENCIA	23 / DIC / 2015

Anexo 13. Lista de chequeo gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos

	LISTA DE CHEQUEO GESTIÓN SEGURA DE LA SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS	CODIGO	FT-AT-ST021
		VERSIÓN	002
		PÁGINA	1 DE 4

INFORMACIÓN RECEPTOR
Fecha: Día ___ Mes ___ Año _____
Nombres y Apellidos:
N.º Identificación:
Servicio (solicitante):
Hora de solicitud de la Transfusión (de acuerdo al Software):
Hora de llegada de la Muestra al Laboratorio (cuando aplique):
Nota: Es de resaltar que la muestra sanguínea para realizar Pruebas Pretransfusionales tiene un almacenamiento de 72 horas.

CALIFICACION	CUMPLE	C
	NO CUMPLE	NC
	NO APLICA	NA

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CADENA TRANSFUSIONAL

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	
ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES				
La Auxiliar de turno transporta el Hemocomponente en cava de acuerdo a su condición de conservación.				
La Auxiliar entrega el Hemocomponente a la Jefe del Servicio.				
La jefe del Servicio verifica la información de la Unidad frente al registro del Formato Entrega de Hemocomponentes del Servicio Transfusional.				
La Jefe firma el Formato Entrega de Hemocomponentes del Servicio Transfusional.				
ELABORADO POR COORDINADOR LABORATORIO CLINICO- LIDER SERVICIO TRANSFUSIONAL	REVISADO POR COORDINADOR DE CALIDAD	APROBADO POR GERENCIA	FECHA DE APROBACION JULIO DE 2020	

	LISTA DE CHEQUEO GESTIÓN SEGURA DE LA SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS	CODIGO	FT-AT-ST021
		VERSIÓN	002
		PÁGINA	1 DE 4

El Hemocomponente es almacenado en la cava del Servicio (aplica solo para Glóbulos Rojos).				
MOMENTO DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA				
Fecha: Día ___ Mes ___ Año _____				
Servicio (donde se va a realizar la transfusión):				
Hemocomponentes Transfundidos: GR () PFC () PLAQ () PLAQA () CRIO ()				
GR: Glóbulos Rojos; PFC: Plasma Fresco Congelado; PLAQ: Plaquetas; PLAQA: Plaquetas Aféresis; CRIO: Criporecipientados.				
Hora de inicio de la Transfusión:				
Hora de finalización de la Transfusión:				

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	
La Auxiliar verifica Nombre y Apellido del receptor (mediante manilla, tarjeta de cabecera o historia clínica).				
La Auxiliar verifica Grupo Sanguíneo y Hemoderivado.				
La Auxiliar verifica la información de la etiqueta de la Unidad.				
La Auxiliar verifica aspecto del hemocomponente a transfundir.				
La Auxiliar verifica número y sello de calidad, fecha de vencimiento y tipo de componente a transfundir.				
La Auxiliar verifica el volumen del componente a transfundir y el equipo de infusión a utilizar.				
La Auxiliar verifica la línea de aplicación del hemoderivado.				
El Médico está presente los 15 minutos iniciales a la transfusión.				
La Jefe de Enfermería está presente durante la transfusión.				

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
COORDINADOR LABORATORIO CLINICO- LIDER SERVICIO TRANSFUNCIONAL	COORDINADOR DE CALIDAD	GERENCIA	JULIO DE 2020


	LISTA DE CHEQUEO GESTIÓN SEGURA DE LA SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS	CODIGO	FT-AT-ST021
		VERSIÓN	002
		PÁGINA	1 DE 4

NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE EL PROCESO DE TRANSFUSIÓN
Registro de la Novedad:
Solicitud Médica:
Recepción de la Muestra:
Procesamiento de la Muestra:
Entrega de Hemocomponentes:
Administración del Hemocomponente:
Observaciones Adicionales:


ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA DE APROBACION
COORDINADOR LABORATORIO CLINICO- LIDER SERVICIO TRANSFUCIONAL	COORDINADOR DE CALIDAD	GERENCIA	JULIO DE 2020


Anexo 14. Formato informe de auditoría

 Clínica Santa Ana S.A. <small>Su clínica amable!</small> INFORME DE AUDITORIA INTERNA	
Nº AUDITORIA:	1
EMPRESA AUDITADA:	
NORMA DE REFERENCIA	
ALCANCE DE LA AUDITORIA:	
EQUIPO AUDITOR:	
SUPERVISOR DE LA AUDITORIA:	

DEPARTAMENTO, ÁREA, O PROCESO AUDITADO.	Nº HOJA	 Clínica Santa Ana S.A. <small>Su clínica amable!</small>	
ASPECTOS A VERIFICAR (NOTAS INICIALES DEL AUDITOR)		Nº Auditoria:	
Manual o protocolo de referencia:		Fecha inicio:	
Instrumentos de Auditoria Utilizados:		Fecha final:	

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO EMPLEADO EN LA AUDITORIA:			
OBJETIVO:			
ALCANCE:			
Método de Auditoria y tipo de Muestreo empleado para realizar auditoria:			
Cantidad de auditorías realizadas:			
PRINCIPALES HALLAZGOS (EVIDENCIAS DE INCUMPLIMIENTO)			
ORDEN	CALIFICACIÓN	ASPECTO	DESCRIPCIÓN NO CONFORMIDAD (NC) Y EVIDENCIAS
ANÁLISIS DE RESULTADOS		N° hoja	CLINICA SANTA ANA S.A

DEPARTAMENTO, ÁREA, O PROCESO AUDITADO.	Nº HOJA	 <i>Clínica Santa Ana S.A.</i> <small>Su clínica amable!</small>
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:		

DEPARTAMENTO, ÁREA, O PROCESO AUDITADO.	Nº HOJA		
CONCLUSIONES:			
ANEXO UTILIZADO EN AUDITORIA			
MEDICION DE ADHERENCIA			
		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	

Anexo 15. Formato plan de mejoramiento

	PLAN DE MEJORAMIENTO	CODIGO	FT-GCA-MC002
		VERSION	002
		PAGINA	1 DE 1

UNIDAD FUNCIONAL:

CASO:

NOMBRE DE PACIENTE:

NO CONFORMIDAD	ACTIVIDAD PLANEADA	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	COMO	DONDE	CUANDO	REQUIERE PRESUPUESTO			REQUIERE INTERVENCION OTRO PROCESO			OBSERVACIONES	
						SI	NO	TOTAL	SI	NO	CUAL		

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

FIRMA REFERENTE DE SEGURIDAD: _____

FECHA:

ELABORADO POR MARTA ZULAY GUALDRON	REVISADO POR COMITÉ DE CALIDAD	APROBADO POR COMITÉ DE CALIDAD	FECHA DE APROBACION MAYO 2011
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

16. Presupuesto

Recursos Materiales	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
Servicio de Internet	300	\$1200	\$360.000
Servicio de Energía	300	\$500	\$150.000
TOTAL			\$510.000

Recursos Humanos	Horas	Valor Unitario	Valor Total
Docente coordinadora proyecto	30	\$20.000	\$600.000
Asesora del proyecto en la IPS	25	\$15.000	\$375.000
Estudiante	300	\$9.000	\$2.700.000
TOTAL			\$3.675.000

Tipo de recurso	Fuente de financiación			Valor total
	Docente coordinadora proyecto	Asesora del proyecto en la IPS	Estudiante	
MATERIAL			\$510.000	\$510.000
HUMANO	\$600.000	\$375.000	\$2.700.000	\$3.675.000
TOTAL				\$4.185.000

Conclusiones

Se realizó valoración del grado de cumplimiento de los lineamientos para la seguridad del Paciente en la institución aplicando el instrumento “Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias del Ministerio de Salud y Protección Social” donde se obtuvo un nivel de adherencia del 86%.

Se elaboró un diseño metodológico del Programa de auditoría en Seguridad del Paciente que incluye un flujograma descriptivo de todo el proceso, explicación detallada de la revisión documental y el acceso a los documentos, inventario de protocolos, procedimientos, guías y manuales de cada lineamiento, descripción del cálculo de la muestra manual y online, descripción de las listas de chequeo, metodologías de los instructivos de cada lista de chequeo de los lineamientos de Seguridad del Paciente permitiendo que los gestores de seguridad del paciente de la institución y que los colaboradores de apoyo externo lleguen a la clínica y conozcan como se realiza todo el proceso facilitando la ejecución de auditorías de medición de adherencia a cada lineamiento.

En tercer lugar, se realizó socialización del proyecto de pasantía a las directivas y personal de la Clínica Santa Ana S.A en modalidad virtual donde se les presentó en forma general el diseño metodológico del programa de auditoría en Seguridad del Paciente.

Con respecto a los resultados obtenidos de la valoración del grado de cumplimiento de los lineamientos donde el porcentaje individual de adherencia fue menor a la meta establecida debido a la falta de apoyo en las auditorías, generó que se incorporaran rotadores en los servicios de la institución para realizar acompañamiento a las actividades de medición de adherencia a los lineamientos de Seguridad del Paciente a cargo de la Referente de Seguridad del Paciente y demás coordinadores del área.

En relación al lineamiento “Seguridad en la utilización de medicamentos” donde no se dio cumplimiento a la meta porque en la clínica no contaban con una lista de chequeo obligatoria, se elaboró la lista de chequeo de “Solicitud y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos” con la colaboración de la Coordinadora del Servicio Farmacéutico. En cuanto al lineamiento “Prevención de complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea” que presentó el porcentaje más bajo de adherencia, en la clínica junto con el apoyo de la coordinadora del área de Laboratorio Clínico le realizaron ajustes y se codificó la Lista de chequeo de chequeo para la Gestión segura de la sangre y componentes sanguíneos, de igual manera se iniciaron procesos de revisión y codificación de los protocolos, guías y manuales con versiones actualizadas.

Recomendaciones

- ✓ Incorporar rotadores en los servicios para realizar acompañamiento a la Referente de Seguridad y demás líderes de área en las auditorías de medición de adherencia a los lineamientos de Seguridad del Paciente que no se les realizó auditoría semestralmente.

- ✓ Establecer el sistema “regla de 3” para el cálculo del porcentaje de adherencia individual para aquellas listas de chequeo que no tienen definido una sistema de evaluación de resultados o escala de cumplimiento. También que se estandaricen las variables de grado de cumplimiento estableciendo una misma estructura. Lo anterior permite que los gestores de seguridad del paciente de la institución y los de apoyo externo lleguen a la clínica y conozcan como se realiza el proceso durante la inducción.

- ✓ Incorporar una opción de auditoría remota externa sin interacción humana a los lineamientos: “Seguridad en los procedimientos quirúrgicos” y “Atención segura del binomio madre e hijo”, donde se habilite el acceso a las historias clínicas a los responsables asignados en la medición de adherencia como una segunda opción, en situaciones que no sea posible la auditoría presencial en los servicios para evitar la exposición de los colaboradores en los procesos de auditoría.

✓ Actualizar los protocolos, guías y demás documentos de la institución que requieren ajustes con la evidencia científica más reciente con un periodo no mayor de cinco años, así mismo, que se encuentren disponibles en la plataforma institucional del área de Calidad: Sistema de Gestión de Calidad.

Referencias bibliográficas

- 1) Tantaleán del Águila, M. ¿Cuáles son los pasos para una auditoría en salud basada en evidencias?. [Internet]. Perú: Universidad ESAN, 2015. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2015/10/22/cuales-son-pasos-para-auditoria-salud-basada-evidencias/#:~:text=La%20auditor%C3%ADa%20en%20salud%20es,la%20bioestad%C3%ADstica%20y%20la%20epidemiolog%C3%ADa>

- 2) Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGC. [Internet]. Colombia: Ministerio de la Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, 2011; p. 13, 31, 63. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf

- 3) Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2: p. 17. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

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

- 4) Córdoba-Chinchilla, FC; Rodríguez, J. Caracterización de los usuarios de consulta externa Hospital Universitario Nacional. [Tesis en Internet]. Bogotá-Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2018. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://medicina.bogota.unal.edu.co/component/phocadownload/category/65-repositorio-estudiantes?download=1217:2017-2018-cordoba-chinchilla-rodriguez>

5) Kerguelén-Botero, CA. Calidad en salud en Colombia. Los Principios. [Internet].

Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2008; p. 12. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf>

6) Neira-Cruz JR. Propuesta de un Modelo de Procesos de Atención en una Unidad de

Radiología e Imágenes Diagnosticas Orientado a la Acreditación. [Tesis en Internet]. Bogotá-Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2019.

[consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://medicina.bogota.unal.edu.co/component/phocadownload/category/65-repositorio-estudiantes?download=1224:2018-2019-neira-cruz>

7) Plan de Mejoramiento. E.S.E. Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de

Caldas. [Internet]. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.santasofia.com.co/ss/index.php/template/lorem-ipsuam/control-interno/planes-de-mejoramiento#:~:text=Los%20Planes%20de%20Mejoramiento%20son,sistema%20de%20Gesti%C3%B3n%20de%20Calidad>

8) Planes de mejoramiento. Fondo de Garantía de Entidades Cooperativas

(FOGACOO). [Internet]. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.fogacoop.gov.co/nuestra-gestion/planes/planes-de-mejoramiento>

- 9) Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Departamento Administrativo de la Función Pública. [Internet]. Colombia, 2014; pág. 54. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>
- 10) Oliva-Mella, PF. Construcción de Lista de Chequeo en Salud. La Metodología para su Construcción. [Internet]. Ministerio de Chile. 2009; (24): p. 7. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/24.pdf>
- 11) Procedimiento elaboración y control de documentos SGC. [Internet]. Colombia: Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2013; 11: p. 1. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/ckeditor_files/G102PR01-procedimiento-elaboracion-control.pdf
- 12) Santillán, A. Guías (GPC), protocolos y vías clínicas: definiciones y documentación. [Internet]. 2013. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://evidencia.com/archivos/1536>
- 13) Generalidades del Sistema Integrado de Gestión. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/sigi.aspx#:~:text=S>

istema%20de%20Gesti%C3%B3n%20de%20la,la%20norma%20ISO9001%3A%202015).

- 14) Lineamientos sector salud. [Internet]. Gobernación Valle del Cauca. 2017. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:
https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/39459/lineamientos_sector_salud/
- 15) Paquete instruccional. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2: p. 23. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Detectar-Infecciones.pdf>
- 16) Paquete instruccional. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2: p. 26. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>
- 17) Paquete instruccional. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2: p. 15. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente-procesos-asistenciales.pdf>

- 18) Paquete instruccional. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2: p. 13, 25. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>
- 19) Paquete instruccional. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2: p. 24. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prev-enir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>
- 20) Paquete instruccional. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Prevención úlceras por presión. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2: p. 37. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prev-enir-ulceras-por-presion.pdf>
- 21) Paquete instruccional. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2: p.

- 1-116. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>
- 22) Paquete instruccional. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2: p. 1-96. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/complificaciones-manejo-de-sangre-y-transfusion-sanguinea.pdf>
- 23) Manual de atención del binomio madre-hijo. [Internet]. ESE ISABU: Instituto técnico de Bucaramanga, 2019;1: p. 13. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.isabu.gov.co/isabu/wp-content/uploads/2019/08/M-2002-01-MANUAL-DE-ATENCI%C3%93N-BINOMIO-MADRE-E-HIJO-V.1-1.pdf>
- 24) The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts Nairobi: World Health Organization. Ginebra-Suiza, 1987; p. 25-29
- 25) Arias, T. Glosario de medicamentos: desarrollo, evaluación y uso. [Internet]. Washington, D.C. OPS, 1999; p. 1-133. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/751/9275323054.pdf?sequence=1>
- 26) Guía de usuario buenas prácticas de recepción, almacenamiento y dispensación de medicamentos en farmacias y botiquines. [Internet]. Ecuador: Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria, 2015; 1: p. 4. [consultado 27 de

octubre de 2020]. Disponible en: https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/12/ge-d.2.1-est-05_guia_dispensacion_socializaci%C3%93n.pdf

27) Santos, B; Pérez, I. Dispensación de medicamentos de especial control. Farmacia Hospitalaria. p 416. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap2612.pdf>

28) Foro de atención terapéutica. Farmacéuticos, 2007; p. 47-50. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forodeatffarma/Documents/Foro%20AF%20dispensacion.pdf>

29) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019, noviembre 25, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. [Internet]. Bogotá: Colombia; El Ministerio, 2019. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

30) Manual de auditoría en salud. [Internet]. Hospital San José Callao, 2004. p. 7.

[consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

http://www.hsj.gob.pe/web1/UGC/html/comite_auditoria/publicaciones/manual_auditoria.pdf

- 31) Técnicas y métodos de auditoría. [Internet]. España: Escuela Europea de Excelencia. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.escuelaeuropeaexcelencia.com/2019/11/tecnicas-y-metodos-de-auditoria/>
- 32) Bomba, F. Tamaño de muestra/Muestreo aleatorio simple ejemplo práctico/calculadora de muestra. [Video]. 2020. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=So2z2o8ziqI>
- 33) Martínez-Bencardino, C. Estadística y muestreo. Bogotá: Colombia, Ecoe Ediciones, 2012, (13): p. 1-873.
- 34) Pérez-López, C. Muestreo estadístico conceptos y problemas resueltos. Madrid: España; Pearson, Prentice Hall, 2005; 1: p. 1-392.
- 35) Scheaffer, RL; Mendenhall, W; Otto, L. Elementos del muestro. Madrid: España; Paraninfo Cengage Learning, 2007; 6: p. 1-457.
- 36) Bookdown. [Internet]. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://bookdown.org/aquintela/EBE/muestreo-aleatorio-simple.html>
- 37) Navarro, M. Curso diseño y ejecución de proyectos de investigación. [Internet]. Lima-Perú: Universidad Nacional, 2010. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/milit/muestreo-aleatorio-simple>
- 38) Calcula el tamaño de la muestra. [Internet]. Estados Unidos: Plataforma SurveyMonkey. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
- 39) López-Roldán, P; Fachelli, Sandra. Metodología de la investigación social cuantitativa. [Libro de internet]. España: Universidad Autónoma de Barcelona,

- 2015; 1: p. 1-64. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:
https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2017/185163/metinvsocua_cap2-4a2017.pdf
- 40) Capítulo 7. Procedimientos y procesos. [Internet]. p 297-303. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:
http://biblio3.url.edu.gt/publiclg/biblio_sin_paredes/fac_economicas/2016/orga_empr/cap/07.pdf
- 41) Manual metodológico para la medición y evaluación de la adherencia sostenible a las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; p. 1-239. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/113515126-Manual-metodologico-para-la-medicion-y-evaluacion-de-la-adherencia-sostenible-a-las-recomendaciones-de-las-guias-de-practica-clinica.html>
- 42) Coronado, J. Escalas de medición. Colombia: Paradigmas, Sistema institucional de investigación, 2007, 2-(2): p. 104 -125.
- 43) Ceriani-cernadas, JM. The WHO and its “World Alliance for Patient Safety” initiative. [Internet]. Argentina: Arch Argent Pediatr, 2009; 107(5): p. 185.
Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/26876675_The_WHO_and_its_World_Alliance_for_Patient_Safety_initiative
- 44) Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Seguridad del paciente y la atención segura. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2010; 1: p.27, 28. [consultado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.consultorsalud.com/wp->

content/uploads/2018/12/seguridad_del_paciente_-_
_guia_de_buenas_practicas.pdf

- 45) Zarate-Grajales, R; Olvera-Arreola, S, Hernández-Corral, A; et al. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Enfermería Universitaria, 2015; 12(2): p. 68. [consultado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000081>
- 46) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 6, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. [Internet]. Bogotá: Colombia; El Ministerio, 2006. [consultado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- 47) Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. [consultado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
- 48) Instructivo de diligenciamiento del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad para las entidades distritales. [Internet]. Colombia: Alcaldía de Bogotá, 2005; p.

1-96. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/verNormaPDF?i=46908>

49) Guía Práctica para preparación de Acreditación en Salud. [Internet]. Colombia:

Ministerio de Salud y Protección Social, 2005; p. 1-97. [consultado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-de-preparacion-para-acreditacion.pdf>

50) Lineamientos para la implementación de política de seguridad del paciente.

[Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2008; p. 11.

[consultado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

51) Núñez, J. Cuidados de Enfermería. Manejo y Seguridad del Paciente. [Internet].

[consultado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.monografias.com/trabajos93/cuidados-enfermeria-cultura-y-seguridad-del-paciente/cuidados-enfermeria-cultura-y-seguridad-del-paciente.shtml>

52) Berdayes, D. Teorías y modelos en la atención primaria de salud en enfermería familiar y social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004.

53) Raile, M; Marriner, A. Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima Edición. Elsevier, España; 201; p. 460, 461. [consultado 24 de septiembre de 2020].

- 54) Seguridad del Paciente. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [consultado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en:
https://www.who.int/topics/patient_safety/es/
- 55) Gracia-Figueroa, VA; Navarrete-Pineda, VS; Sereno-Ordoñez, IG. Estructura del programa de auditoría para mejoramiento de la calidad de la atención en salud pamec en las organizaciones de salud. [Tesis en Internet]. Bogotá-Colombia: Universidad Santo Tomás, 2018; p. 1, 4. [consultado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/14692>
- 56) Plataforma Clínica Santa Ana S.A, 2020. [consultado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.clinicasantaanasa.com/grupo/articulos>
- 57) Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2010. [consultado 13 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.dssa.gov.co/index.php/documentos-de-interes/lista-de-chequeo-para-las-buenas-practicas-de-seguridad-de-pacientes-obligatorias/725-listadodechequeoparabuenaspracticadeseguridad/file>
- 58) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0256 de 2016, febrero 5, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. [Internet]. Bogotá: Colombia; El Ministerio, 2016. [consultado 13 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0256-2016.pdf>

- 59) Fichas técnicas de indicadores de calidad-Resolución 0256 de 2016. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; p. 1-128. [consultado 20 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/fichas-tecnicas-indicadores-resolucion-0256-2016.pdf>
- 60) Abece. Monitoreo de la calidad: Resolución 0256 de 2016. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; p. 1-17. [consultado 20 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abec-e-resolucion-256-de-2016.pdf>
- 61) Monitoreo para la calidad en salud. MOCA-SISPRO. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. [consultado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://rsvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx>
- 62) Gestión del mejoramiento continuo de la calidad. Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; p.1-81. [consultado 20 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>
- 63) Paquetes instruccionales. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Evaluación de la Frecuencia de Eventos

Adversos y Monitoreo de aspectos claves relacionados con la Seguridad del Paciente. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2: p. 1-194. [consultado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

64) Base de datos Sistema de Gestión de Calidad. [Internet]. Plataforma institucional Clínica Santa Ana S.A, 2020. [consultado 13 de octubre de 2020].

65) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2200 de 2005, junio 28, por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Bogotá: Colombia; El Ministerio, 2005. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/documents/20143/453029/Decreto-2200de-2005.pdf/272bc063-41bd-7094-fc8f-39e5e8512d95?t=1541014861533>

66) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1403 de 2007, mayo 14, por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Bogotá: Colombia; El Ministerio, 2007. [consultado 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/documents/20143/453029/Resoluci%C3%B3n+1403+de+2007.pdf/6b2e1ce1-bb34-e17f-03ef-34e35c126949>

67) Seguridad del Paciente. [Internet]. Organización Mundial de la Salud, 2019.

[consultado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

68) ABC sobre el Sistema Único de Acreditación en Salud. [Internet]. Colombia:

Ministerio de Salud y Protección Social, 2005; p. 1. [consultado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abc-suas.pdf>