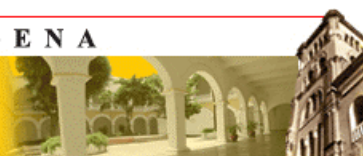


**EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS ASOCIADAS AL REINGRESO DE LOS  
PACIENTES POST QUIRÚRGICOS INFECTADOS A LA UNIDAD FUNCIONAL DE  
HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA CRECER DE CARTAGENA BOLIVAR.  
SEGUNDO SEMESTRE DE 2010**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**



**POSTGRADOS**



**ALUMNOS**  
**LEIDYS SALAMANCA MARTINEZ**  
**ODONTOLOGA**  
Celular 3103484156  
E, mail, [ley.samar@hotmail.com](mailto:ley.samar@hotmail.com)

**RAQUEL ARRIETA LLAMAS**  
**ENFERMERA**  
Celular 3186939173  
Email, [raquelarrieta@hotmail.com](mailto:raquelarrieta@hotmail.com)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**  
**DESARROLLO ORGANIZACIONAL DE INSTITUCIONES Y ENTIDADES DE SALUD**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**  
**ESPECIALIZACION GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**PROMOCIÓN XVI**  
**CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.**  
**FEBRERO 2012**

**EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS ASOCIADAS AL REINGRESO DE LOS  
PACIENTES POST QUIRÚRGICOS INFECTADOS A LA UNIDAD FUNCIONAL DE  
HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA CRECER DE CARTAGENA BOLIVAR.  
SEGUNDO SEMESTRE DE 2010**



**ALUMNOS**

**LEIDYS SALAMANCA MARTINEZ  
ODONTOLOGA**

**RAQUEL ARRIETA LLAMAS  
ENFERMERA**

***Proyecto de Grado para Optar al Título de Especialista en Gerencia de los  
Servicios de Salud***

**MBA. Fernán E. Fortich Palencia  
Director del Proyecto**

**Dra. Mónica de la Valle  
Coordinadora de la Especialización**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACION GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
PROMOCIÓN XVI  
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.**

**FEBRERO 2012  
JURADOS**

<b>NOMBRE DEL JURADO</b>	<b>CARGO O PROFESION</b>

**ACEPTACIÓN**

---

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

**Cartagena de Indias; Febrero 2012**

**DEDICATORIA.**

**A; LEIDYS**

**A; RAQUEL**

## **RELACION DE CUADROS**

**Cuadro No. 1**

**Cuadro No. 2**

## **RELACION DE GRAFICOS**

**Grafico No. 1**

**Grafico No.2**

## **RELACION DE TABLAS**

**Tabla No. 1**

**Tabla No. 2**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>9</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
2.1 OBJETIVOS GENERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>13</b>
3.1 DELIMITACION DEL ESTUDIO	17
<b>IV. MARCO TEÓRICO</b>	<b>18</b>
4.1 MARCO HISTÓRICO DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	18
4.1.2 CONTEXTO INTERNACIONAL	18
4.1.2 CONTEXTO NACIONAL	21
4.2 MARCO INVESTIGATIVO	27
4.2.1 ORIGEN DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	27
4.2.2 ESTADISTICAS MUNDIALES DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	29
4.2.3 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	30
4.3 MARCO CONCEPTUAL	34
4.3.1 INFECCIONES POSTOPERATORIAS O INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO	34
4.3.2 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO	35
4.4 MARCO JURÍDICO	40
4.6 MARCO INSTITUCIONAL	42
4.6.1 IDENTIFICACION DE LA EMPRESA	42
4.6.2 CULTURA CORPORATIVA	43

<b>4.6.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS</b>	<b>44</b>
<b>4.6.4 INFRAESTRUCTURA FISICA</b>	<b>44</b>
<b>4.6.5 APORTES TECNICO CIENTIFICOS DE LA CLINICA<sup>1</sup></b>	<b>45</b>
<b>4.7 ESTANDARIZACION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b>	<b>48</b>
<b>V. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>49</b>
<b>5.1 TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>49</b>
<b>5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>49</b>
<b>5.2.1 POBLACIÓN</b>	<b>49</b>
<b>5.2.2 MUESTRA</b>	<b>49</b>
<b>5.2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>49</b>
<b>5.2.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>50</b>
<b>5.2.3 FUENTES DE INFORMACION</b>	<b>50</b>
<b>5.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION</b>	<b>51</b>
<b>VI. ANALISIS DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DE LA IPS</b>	<b>52</b>
<b>6.1 EVALUACION DE LOS INDICADORES TRAZADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>52</b>
<b>6.2 IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES REINGRESADOS INFECTADOS POSTQUIRURGICOS</b>	<b>58</b>
<b>6.3 CLASES DE INFECCIONES POSTQUIRURGICAS IDENTIFICADAS.</b>	<b>58</b>
<b>6.4 MAPA DE RIESGOS Y CONSECUENCIAS DE LOS REINGRESOS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES POSTQUIRURGICA</b>	<b>59</b>
<b>6.4.1 MAPA DE RIESGO ORIGEN DE IIH EN EL MEDIO AMBIENTE</b>	<b>59</b>
<b>6.4.2 MAPA DE RIESGO ORIGEN DE IIH AGENTE INFECCIOSO</b>	<b>60</b>
<b>6.4.3 MAPA DE RIESGO ORIGEN DE IIH HUESPED CLINICA</b>	<b>61</b>
<b>6.4.4 CALIFICACION GENERAL DEL RIESGO</b>	<b>62</b>
<b>6.5 ESTRUCTURA DE COSTOS MUERTOS POR PACIENTES REINGRESADO A HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES POSTQUIRURGICA.</b>	<b>63</b>
<b>VII PROCESO DE REDIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO PARA UNAS BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO EN LA IPS.</b>	

<b>7.1 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN QUE SE DEBEN HACER PARA EVITAR IIH (INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS)</b>	<b>64</b>
<b>7.2 ACCIONES ENCAMINADAS A EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGOS DE LAS IIH.</b>	<b>64</b>
<b>7.3 PRACTICAS DE LOS MOMENTOS DE ASEPSIS PROMOVIDO POR LA OPS/OMS PARA EL CONTROL DE IIH.</b>	<b>64</b>
<b>7.4 PRACTICAS DE ACCIONES INSEGURAS A CORREGIR</b>	<b>65</b>

## **VIII. CONDICIONES DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION DE LA CLINICA CRECER**

### **8.1 IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES REINGRESADOS A HOSPITALIZACION GRUPO ETAREO**

### **8.2 CONDICIONES DEL SISTEMA DE HABILITACION DE HOSPITALIZACION DE LA CLINICA**

#### **8.2.1 RECURSOS HUMANOS.**

#### **8.2.2 INFRAESTRUCTURA – INSTALACIONES FÍSICAS – MANTENIMIENTO**

#### **8.2.3 DOTACIÓN – MANTENIMIENTO.**

#### **8.2.4 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS**

#### **8.2.5 PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES.**

#### **8.2.6 HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES**

#### **8.2.7 INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.**

#### **8.2.8 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.**

#### **8.2.9 SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>67</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>70</b>



# **EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS ASOCIADAS AL REINGRESO DE LOS PACIENTES POST QUIRÚRGICOS INFECTADOS A LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA CRECER DE CARTAGENA BOLIVAR. SEGUNDO SEMESTRE DE 2010.**

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La Clínica Crecer es una Institución Prestadora de Servicios de salud de 2do nivel de carácter privado ubicada en la ciudad de Cartagena barrio El Prado CI 30 34-22 Av. Pedro de Heredia que ofrece servicios de atención en consulta externa, urgencias, hospitalización, unidad de cuidados intensivos adultos, neonatal y cirugía; en las especialidades: cirugía general adulto y pediátrico, ortopedia, medicina interna, pediatría y ginecología y obstetricia, siendo esta ultima la fortaleza en atención de la misma.

En la Institución Prestadora de Servicios de salud Clínica Crecer se ha evidenciado por cifras estadísticas un ámbito problemático de incidencia y prevalencia de alertas, incidente y eventos adversos, detectándose un leve incremento en el número de casos de usuarios postquirúrgicos que reingresan infectados a la unidad funcional hospitalización.

Esta situación ha generado gran interés por parte del capital humano que labora y el cliente interno de la misma ya que la incidencia de infecciones nosocomiales (como resultan ser las infecciones de sitio operatorio) es un indicador que deja mucho que decir sobre la calidad del servicio quirúrgico que se presta en la institución; por lo que mediante una búsqueda activa podemos determinar sus causas y consecuencias; los funcionarios se sentirán tranquilos de la gestión responsable que desarrollan o por el contrario encararan la situación haciendo los correctivos inmediatos de su desempeño si son causantes para coadyuvar a generar un servicio de buenas prácticas de seguridad del paciente en donde su satisfacción sea la nuestra.

**Estas Tasas de Reingresos por infecciones Postquirúrgicas reportadas en los eventos adversos se hacen más críticas en el servicio de hospitalización de esta IPS; razón por la cual es menester tomar esta área y unidad funcional como la micro localización de nuestro trabajo de grado, que nos permita evaluar el árbol de causas y árbol de efectos o consecuencias asociadas al reingreso de los usuarios postquirúrgicos infectados durante segundo semestre de 2010; teniendo en cuenta que este es un evento adverso al proceso de atención y que debe ser controlado para evidenciar la calidad de los servicios prestados.**

**Además de abordar las causas de los reingresos por infección post quirúrgica que se han evidenciado en la estadística institucional; también vamos a abordar en cuanto se genera o incrementan los costos institucionales de estos eventos adversos; cuando no corresponde a las EPS,s asumirlos (en el caso de haber sido intervenidos en la institución). Esto a su vez representa una pérdida para la clínica debida a que la instancia de un usuario infectado que generalmente es en una habitación bipersonal; produce el bloqueo de una cama e impide la admisión de otro usuario que puede generar un ingreso.**

**Por tal motivo nos vemos en la necesidad de determinar los resultados de las causas de los incidentes y eventos adversos por reingresos proponer estrategias y/o acciones que permitan disminuir el número de casos de infecciones post quirúrgicas por ende mejorar la calidad de los servicios ofrecidos por la institución; se garantizara la disponibilidad de camas y a su vez se minimizaran los costos que generan estos reingresos. Objeto de la presente propuesta de grado.**

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

**¿Cuáles son las causas asociadas al reingreso de usuarios post quirúrgicos infectados a la Clínica Crecer, que no contribuyen a Garantizar una atención clínica de buenas prácticas para la seguridad y atención del paciente con calidad y calidez humana en la evidencia científica de su tratamiento y rehabilitación?**

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GENERAL**

**Analizar cuáles son las causas de reingresos de los pacientes post quirúrgicos que son hospitalizados en la Clínica Crecer en el segundo semestre de 2010 y establecer estrategias de intervención para las buenas prácticas de seguridad del paciente; que contribuyan a mejorar una atención de calidad y calidez humana en el manejo del control de riesgo por estas causas y aumentar su satisfacción global.**

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

**Caracterizar los casos de pacientes reingresados a hospitalización por infecciones nosocomiales en la atención postquirúrgica.**

**Establecer los indicadores trazadores que están asociados a la incidencia y prevalencia por reingresos de pacientes postquirúrgico.**

**Determinar el estado de las condiciones técnico científicas del sistema único de habilitación de la atención quirúrgica en la IPS y su asociación con las potenciales causas de las infecciones nosocomiales.**

**Mediante la aplicación de los instrumentos de IBEAS de seguridad del paciente y otros conexos, determinar las posibles causas de la etiología de infecciones y los problemas de bioseguridad y satisfacción del paciente, especialmente sus costos que generan.**

**Plantear estrategias normativas, asistenciales y clínicas sobre el re direccionamiento de la atención quirúrgica de la clínica para mejorar la satisfacción global del paciente en estos casos.**

### **III. JUSTIFICACIÓN**

**Este trabajo de grado se justifica por el siguiente contexto:**

**Uno de los requisitos esenciales más relevantes en la calidad del servicio de los hospitales y clínicas del país, son las buenas prácticas de seguridad del paciente, los cuales el Ministerio de la Protección Social ha hecho ingentes esfuerzos para aplicar los paquetes Instruccionales.**

**Uno de los indicadores más importantes de la trazabilidad en gestión de riesgo de las clínicas que marcan si esta es de calidad o no es la de incidencia alertas y eventos adversos , los cuales tienen una asociación tanto con las infecciones nosocomiales, como con los pacientes infectados post quirúrgico que reingresan por distintas causas.**

**El modelo de pluralismo estructurado le ha dado mayor importancia en el esquema de aseguramiento al riesgo financiero donde con la figura de pertinencia medica y el perfilamiento de la atención, el costo oportunidad del POS es más importante que el derecho a la vida del paciente, no sabiendo manejar en forma integral la combinación de la las metas de salud positiva, con la rentabilidad económica y social de la atención.**

**Existen mecanismos de ruta critica determinados por los estudios IBEAS, en el clima de seguridad del paciente, el seguimiento a riesgo; el protocolo de Londres entre otros como la evaluación AGREE a las guías que no se aplican en clínica como las que nos ocupan y no permiten monitorear estos aspectos más cuando los resultados de los reingresos son una alerta que amerita intervenciones y ello no es una conducta de procedimiento de atención en esta clínica.**

**Como profesionales de la salud y más cuando una de nosotras labora en dicha clínica, desde la visión estratégica y operacional del servicio es menester**

contribuir a hacer los análisis pertinentes al respecto para contribuir a que la Clínica pueda mejorar aspectos tales como:

**“CLÍNICA CRECER AMANECE CON URGENCIA CERRADA”<sup>2</sup>**

“La Clínica Crecer de esta ciudad tiene hoy la sección de urgencia cerrada debido a reparaciones que se le están haciendo a la planta física de ese departamento, según explicó la gerente de esa entidad, Angélica Badel. Aunque se conoció que esa determinación se tomó para adelantarse al cierre que decretará, posiblemente esta tarde, el Departamento Administrativo Distrital de Salud, DADIS, tras una visita que adelanta a ese ente distrital.”

“Usuarios de Crecer que llamaron a este medio dijeron que hoy se encontraron con la urgencia cerrada y varias cirugías pospuestas debido al cierre de los quirófanos.”

“Sin embargo, la gerente Angélica Badel dijo que los quirófanos están funcionando bien y las cirugías programadas se están realizando de acuerdo con la programación.”

“También dijo que la visita de acompañamiento que le hace el DADIS a esa institución aún no ha terminado y que a sus manos no ha llegado ningún informe de esa entidad.”

“Además señaló que la Urgencia se dará al servicio una vez concluyan los trabajos de adecuación que se le están haciendo.”

“Fuentes cercanas al DADIS no desmintieron la información del posible cierre de algunos servicios de la Clínica Crecer. Lo que sí confirmaron es que funcionarios de ese ente de salud adelantan una visita a esa clínica.”

**“SUSTO, POR FUEGO EN CLÍNICA CRECER”<sup>3</sup>**

---

<sup>2</sup> EL UNIVERSAL 30 DE JUNIO DE 2009 Pagina 3

<sup>3</sup> El Heraldo de Barranquilla, Mayo 20 de 2010

**“La presencia oportuna del Cuerpo de Bomberos evitó que las llamas que se iniciaron en el sexto piso, se propagaran por otras dependencias.”**

**“Un corto circuito en un aire acondicionado generó un incendio en una de las habitaciones del sexto piso de la clínica Crecer, ubicada en el barrio El Prado a un lado de la avenida Pedro de Heredia en el sector de María Auxiliadora. No se presentaron heridos La conflagración según el teniente del Cuerpo de Bomberos de Cartagena Franklin Hamilton, se inició a las 7.15 de la noche de ayer y pudo ser controlada 45 minutos después.”**

**“Un cable del aire acondicionado hizo un corto circuito y una chispa incendió una cortina que se encontraba en la habitación 604 de la edificación. Afortunadamente en la sala no había pacientes; al principio nos fue difícil encontrar el punto de inicio de la conflagración porque encontramos el espacio lleno de humo pero lo logramos”, explicó el oficial Hamilton.”**

## **LOS PACIENTES**

**“Los pacientes en su mayoría neonatos y mujeres embarazadas, fueron trasladados a diferentes centros asistenciales de la ciudad entre ellos la Clínica de la Mujer, San Juan de Dios, Casa del Niño, entre otros.”**

**“En cuanto se presentó el suceso, se activaron las alarmas del Centro Regulador de Urgencias (CRU), que coordinó junto con la dirección de la Clínica Crecer, el traslado inmediato de los pacientes hasta los centros asistenciales cercanos.”**

## **UCI**

**“A los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos no fue necesario trasladarlos por la rápida reacción del Cuerpo de Bomberos. Cuatro máquinas del organismo de socorro y 30 hombres lograron la sofocación del incendio.”**

## **SISTEMA DE SEGURIDAD**

**“Expresó el oficial Franklin Hamilton, que la edificación donde opera la Clínica Crecer cuenta con el sistema de seguridad de acuerdo a las normas establecidas y funcionó a la perfección siendo mucho más fácil la labor de sofocación de la conflagración. En las horas de la mañana de hoy un equipo de ingenieros, según una fuente del centro asistencial, iniciará los trabajos de restauración de la habitación donde se presentó el incendio.**

**La Clínica Crecer, en cuanto se superó la emergencia de inmediato reactivó sus servicios en el área de urgencia.”**

**Pero si a lo anterior es una emergencia que le puede pasar a cualquier hospital o Clínica pública o privada, lo que si no le puede pasar y es grave porque es parte de su control diario de riesgos de la atención de los pacientes es reportar un número considerable de incidentes, eventos adversos y sobre todo complicaciones de los pacientes postquirúrgico que reingresan a hospitalización al haberseles presentado potencialmente infecciones nosocomiales, lo cual desdice de los procesos de buenas prácticas de seguridad del paciente que debe tener la Clínica como política de cumplimiento y como garantía de la calidad de la atención para su posicionamiento en el mercado de la salud, donde lo primordial sea la seguridad del paciente, especialmente por el portafolio de servicios y la clase de pacientes que maneja, lo que justifica un estudio de causas y efectos de dichas patologías para proponer acciones de mejora al respecto, como empleados de la misma y como profesionales de la salud que nos duele el paciente.**



### **3.1 DELIMITACION DEL ESTUDIO**

**ESPACIAL:** Solo abordaremos los pacientes que han reingresado a hospitalización por detección de infecciones nosocomiales, por atención postquirúrgica; que buscaremos en las historias clínicas y en los reportes de eventos adversos, haremos búsqueda activa sobre ellos, por la clase de infección detectadas, los procesos de atención pertinente y propuestas de mejora para el cumplimiento de un programa de seguridad del paciente eficiente.

**TEMPORAL:** El Análisis va de julio 1 a diciembre 31 de 2010; pero tiene en cuenta hechos anteriores a la atención del paciente en el primer semestre de 2010 y a los resultados de los indicadores posteriores en el primer semestre de 2011, ya que hay que establecer el seguimiento mediante el concepto de paciente atendido en muchos casos.

## IV. MARCO TEÓRICO

### 4.1 MARCO HISTÓRICO DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

#### 4.1.2 CONTEXTO INTERNACIONAL

Los primeros escritos médicos conocidos se ocuparon ampliamente del cuidado de las heridas. Siete de los 48 informes de casos incluidos en el papiro de Smith (1700 a.c.) describen heridas y su atención. Antes del siglo XIX, era muy frecuente la infección del sitio operatorio que se manifestaba por fiebre y drenaje purulento por la herida quirúrgica, con posterior Sepsis, llegando incluso hasta la muerte. Sólo hasta 1860 cuando Joseph Lister dio a conocer los principios sobre antisepsis, la morbimortalidad en la infección postoperatoria descendió sustancialmente.

El origen de las infecciones nosocomiales u hospitalarias, o más exactamente intrahospitalaria (IIH), se remonta al comienzo mismo de los hospitales en el año 325 de nuestra era, cuando estos son creados como expresión de caridad cristiana para los enfermos; Se dice que la primera causa de IIH es el propio hospital, y es que durante más de 1000 años los hospitales han mezclado toda clase de pacientes en sus salas. De esta forma las epidemias entonces existentes, (tifus, cólera, viruela, fiebres tifoidea y puerperal) fueron introducidas y propagadas a los enfermos afectados de procesos quirúrgicos y de otra índole.<sup>4</sup>

Entre los grandes hombres de ciencia que se destacaron por sus aportes al conocimiento inicial de la IIH se encuentran: 2,3 Sir John Pringle (1740-1780), quien fue el primero que defendió la teoría del contagio animado como responsable de las infecciones nosocomiales y el precursor de la noción de antiséptico.

---

<sup>4</sup> Bennett JV. Infecciones hospitalarias. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1982:5-10 Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31\\_3\\_02/mil08302.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_3_02/mil08302.htm) Rev Cubana Med Milit 2002;31(3):201-8 Dr. Rafael Nodarse Hernández<sup>1</sup>

**James Simpson, fallecido en 1870, realizó el primer estudio ecológico sobre las IIH, donde relacionó cifras de mortalidad por gangrena e infección, tras amputación, con el tamaño del hospital y su masificación.**

**En 1843, el destacado médico norteamericano Oliver Wendell Holmes, en su clásico trabajo *On the contagiousness of Childbed Fever* postuló que las infecciones puerperales eran propagadas físicamente a las mujeres parturientas por los médicos, a partir de los materiales infectados en las autopsias que practicaban o de las mujeres infectadas que atendían; así mismo dictó reglas de higiene en torno al parto.**

**En 1861 el eminente médico húngaro Ignacio Felipe Semmelweis publicó sus trascendentales hallazgos sobre el origen nosocomial de la fiebre puerperal, los cuales demostraron que las mujeres cuyo parto era atendido por médicos, resultaban infectadas 4 veces más a menudo que las que eran atendidas en su casa por parteras, excepto en París, donde estas efectuaban sus propias autopsias. Semmelweis consiguió una notable reducción en la mortalidad materna a través de un apropiado lavado de manos por parte del personal asistencial, pilar fundamental en que se asienta hoy en día la prevención de la IIH.**

**Lord Joseph Lister estableció en 1885 el uso del ácido carbólico, o sea, el ácido fénico o fenol, para realizar la aerolización de los quirófanos, lo que se considera el origen propiamente dicho de la asepsia, además de ser quien introdujo los principios de la antisepsia en cirugía. Estas medidas son consecuencias de su pensamiento avanzado en torno a la Sepsis hospitalaria, que puede sintetizarse en su frase: “Hay que ver con el ojo de la mente los fermentos sépticos”.**

**Como resultado de la pandemia de infección estafilocócica que azotó a Estados Unidos entre finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, los hospitales se esforzaron voluntariamente por controlar los problemas de infecciones mediante la creación de comités de control de infecciones y el sistema tradicional de clasificación de infección de las heridas que surgió en**

1964 con un estudio de luz ultravioleta, para proveer un estimado clínico del inóculo bacteriano<sup>5</sup>.

A medida que han ido transcurriendo los años, se observa el carácter cambiante y creciente de las infecciones nosocomiales. Si los primeros hospitales conocieron las grandes infecciones epidémicas, todas causadas por gérmenes comunitarios y que provenían del desconocimiento completo de las medidas de higiene, las infecciones actuales están más agazapadas y escondidas tras la masa de infecciones de carácter endémico ocasionadas el 90 % de ellas por gérmenes banales.

Al carácter actual que han tomado las infecciones nosocomiales ha contribuido el aumento del número de servicios médicos y la complejidad de estos, la mayor utilización de las unidades de cuidados intensivos, la aplicación de agentes antimicrobianos cada vez más potentes, así como el uso extensivo de fármacos inmunosupresores. Todo esto consecuentemente ha hecho más difícil el control de estas infecciones.

Las infecciones adquiridas en los hospitales son el precio a pagar por el uso de la tecnología más moderna aplicada a los enfermos más y más expuestos, en los cuales la vida es prolongada por esas técnicas.

Según la organización mundial de la salud OMS una infección es contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección.<sup>6</sup> Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después

---

<sup>5</sup> <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Ciru20205-infeccion.htm>. revista de cirugía, infección de sitio operatorio en un hospital de segundo nivel.

<sup>6</sup> Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía practica. OMS 2da Ed CDC guidelines for infection control in hospital personnel. *Am J Infect Control*, 1998, 26:289–354 or *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17:438–473.

del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento<sup>7</sup>

#### 4.1.2 CONTEXTO NACIONAL

Con el Desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido en Colombia con la Ley 100 de 1993, en sus primeros años hasta el año 1996, se preocuparon las entidades de Dirección y Regulación y de Inspección Vigilancia y Control por hacer el acompañamiento de la implantación del esquema de aseguramiento, basado por un lado en establecer las dinámicas de las entidades aseguradoras de los afiliados y beneficiarios, del régimen contributivo, subsidiado y regímenes de excepción y especiales que pudieran resolver además de la cobertura, los mecanismos a través de cómo implementar la contratación y la facturación de los procesos de atención y hasta donde garantizaban los Planes de Beneficios en cada caso y Por otro lado el estado organizaba el funcionamiento de los pobres y vulnerables que quedaban por fuera del subsidiado y debían ser atendidos por urgencias en los recién transformados hospitales públicos descentralizados con la ley 10 de 1990 a Empresas Sociales del estado. Todo ello en los contextos de las competencias y recursos que se le otorgaban a los entes territoriales en virtud de la expedición de la Ley 60 de 1993 y así se poder ir paulatinamente generando la cobertura universal y el cumplimiento de los principios y fundamentos del Sistema.

Para Fortalecer el esquema de aseguramiento en salud, el consejo nacional de seguridad social en salud, proliferó especialmente a partir del año 1996 una serie de acuerdos que marcaron el rumbo del sistema en términos de financiación, salud pública individual y colectiva y prestación de servicios de salud, marcando los esquemas de atención en salud, dentro de los cuales comienza a desarrollar en términos científico técnicos los requisitos mínimos esenciales que debían cumplir los prestadores públicos y privados, proceso que se conoce con el nombre de Sistema de Habilitación en Salud y sus exigencias de planes de Cumplimiento.

---

<sup>7</sup> Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. OMS 2da ed. Bouvet E. Risk for health professionals of infection with human immunodeficiency virus. Current knowledge and developments in preventive measures. *Medicine et Maladies Infectieuses*, 1993, 23:28–33.

**A finales de los años 1998 y 1999 en el sistema se comienzan a denotar una crisis institucional en virtud de la proliferación de nuevas clínicas y hospitales y ya se sienten los problemas financieros tanto por el mal manejo de esquema de pagos de la EPS y entes territoriales con los prestadores, en donde los hospitales públicos y privados les comienza a afectar la llamada integración vertical que estos instrumentan teniendo prestadores propios, como la forma en que le impusieron la contratación de prestación de servicios, la cual el administrador de los recursos que le toca el 8% prácticamente se quedaba con más del 40%; además de no cumplir dentro de la UPC con el 10% para promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el aseguramiento individual y es la época en que los planes de cumplimiento en calidad de la atención en salud fueron un saludo a la bandera por que no tenían ni seguimiento por parte de los entes territoriales, ni la Superintendencia Nacional de Salud tenía dientes para ponerlos en cintura en aras de mejorar la calidad del servicio y poner en práctica el control de los riesgos de las enfermedades nosocomiales; en donde además comienza a aparecer en nuestro entorno el llamado “Paseo de la Muerte”, para más males.**

**Terminado el Siglo pasado con una Crisis económica y social, donde la banca quiebra especialmente los bancos cooperativos, el crecimiento es negativo por primera vez en Colombia y para más males la guerrilla engañó al estado en el proceso de Paz proliferando las masacres de los grupos paramilitares, como respuesta a la proliferación de secuestros y extorsión, el siglo XXI nos cogió discutiendo como salir de esta angustiada crisis y con el incumplimiento de la exposición de motivos de la ley 100 de 1993 que estipuló que en el año 2001 existiría la cobertura universal y se unificaban los planes de beneficios o POS subsidiado con el contributivo, lo que hizo más crítica la situación, porque la solución a la red prestadora de servicios que no tenían como cumplir la habilitación y los planes de cumplimiento firmados, se optó algunos por hacer la reestructuración administrativa con convenios de desempeño avalados por el propio Ministerio de la Protección Social, en el caso de los hospitales públicos; en donde lo primordial no fue resolver la gestión empresarial del sistema, si no la implementación de la Flexibilidad Laboral del sector y el nacimiento de la**

contratación indecente de las cooperativas de trabajo asociado; los cuales los de mayor nivel de complejidad como el caso de Cartagena con el Hospital Universitario y La Clínica del Club de Leones, terminaron fue liquidándose, lo cual trajo como consecuencia que su capacidad técnico científica no fuera la mejor.

Fue así, como para resolver la crisis de oportunidad de la atención y financiera del sector salud, el gobierno nacional expidió la Ley 715 de 2001, pegando los recursos de la salud a la inflación que los disminuía y centralizando los recursos con recortes importantes, pero a la vez regionalizó las empresas promotoras de salud subsidiada y exigió la prestación de servicios de salud mediante el fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con cuatro componentes básicos; el SISTEMA UNICO DE HABILITACION, EL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION, EL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD DE LA SALUD Y EL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD; en donde con el Decreto 2309 de 2002 y sus reglamentarios en cada uno de estos componentes, ya avanza en controlar las alertas, incidentes, eventos adversos y complicaciones que se presentan en las clínicas y hospitales públicos y privados, dado claridad para sus actuaciones y garantía de la capacidad técnico científica de acuerdo a los niveles de resolutivez de estas. Ya aparecen en forma clara las tasas de infecciones hospitalarias y los reingresos y morbilidad y mortalidad de los pacientes que deben reportar. Lo anterior se materializa con el Decreto 1011 de 2006 que actualiza el anterior decreto del SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD, con los mismos componentes, pero con mayor organización en el PAMEC donde regulan los comités técnicos científicos entre los cuales se destacan el Comité de Vigilancia epidemiológica, el de historias clínicas y el de infecciones en el caso que nos ocupa y se consolida el sistema de información para la calidad en salud con los indicadores trazadores del la Resolución 1446 de 2006; para las IPS en donde uno de los más importantes son lo de gestión del riesgo entre los cuales se encuentran la tasa de infección intrahospitalarias y la notificación por eventos adversos, regulados por el nacimiento del Observatorio de la Calidad en salud del ministerio de la protección social, donde una de sus

**funciones principales es la socialización de las Guías de Buenas Prácticas de Seguridad del paciente.**

**En contraposición a ello, los especialistas y profesionales de la salud mejor posicionados y con criterios de emprendimientos en vez de someterse a dicha flexibilización optaron por ser empresarios y crear sus propias instituciones prestadoras de servicios de salud, con coyunturas de contratación con el municipio y las EPS,s subsidiadas y contributivas asegurando el mercado de la salud local y así es como surge entre otras, LA CLINICA CRECER; ya que se duplicaron las prestadoras en la ciudad de Cartagena en los 10 últimos años del presente siglo y muchas se han fusionado y transformado de acuerdo a las necesidades del mercado de la salud, lo cual en contraprestación a lo hospitalocéntrica fortalece el Plan de Atención Básica PAB hoy Plan nacional de Salud y próximamente Plan decenal de salud.**

**Las anteriores medidas a pesar de que el país a partir del 2002 con el nuevo gobierno de Uribe cambia las políticas sociales por el de seguridad democrática, confianza inversionista y cohesión social, se comienza a salir de la crisis y de la alta inflación. En el sector salud prolifera el trabajo a destajo, la flexibilización laboral y Las agencias de empleo y las transformaciones de las entidades liquidadas como el ISS que se transforma en 3 ESE,s y termina liquidado y el Hospital Universitario de Cartagena que empieza a emerger con una nueva personería jurídica, pero casi todos los hospitales de segundo y tercer nivel del país comienzan a proliferar los Outsourcing, administración delegada, tercerización y privatización de servicios por áreas funcionales o integralmente, como salida a la crisis financiera del sector que se ahonda.**

**Lo anterior, fue óbice para que como los hospitales públicos lo comienzan a administra privados y los hospitales privados entran en una etapa plena de productividad, competitividad y rentabilidad económica y social; fortalece el Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad con los 4 componentes, exigiendo en forma inmediata el cumplimiento de la capacidad técnico científica con mejores elementos de medición de la calidad de la atención con el Decreto 1011 de 2006 y sus reglamentarios correspondientes en donde ya se fortalecen la**



**obligación de mapas de riesgos a través del PAMEC y los indicadores de monitorización entre los cuales los de control de riesgos nosocomiales y oportunidad de la atención del paciente pasan a ser referentes de exigencia de calidad.**

**No obstante de haber prometido que los recursos de transferencia del nuevo Sistema General de participaciones de la Ley 715 de 2001 cumplirían la labor de solucionar el problema del sistema de salud, fue peor el remedio que la enfermedad y el gobierno en una política de más de los mismo, creyendo que el problema era generar más recursos frescos para que saliera de la crisis, ya que los indicadores epidemiológicos también cayeron por el mal manejo de los entes territoriales de las intervenciones colectivas en salud pública; la vigilancia y control era débil y fue así como para resolver la problemática expidió la Reforma de la Reforma o Ley 1122 de 2007 supuestamente fortaleciendo los contextos de DIRECCION Y REGULACION; ASEGURAMIENTO, PRESTACION DE SERVICIOS, FINANCIAMIENTO; INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL Y SALUD PUBLICA.**

**Lo anterior fue un saludo a la bandera pues se ahondo la crisis financiera en mayor forma por la alta corrupción de todos los órdenes del sistema y en un intento por salvaguardar su responsabilidad e intervenir con giros directos y otras medidas parecidas de generación de recursos frescos dicta en el año 2009 la Emergencia Social lo cual ha sido el fiasco más grande de la era Uribe; sin embargo destacamos la creación del Observatorio de la Calidad en salud y la expedición de la Circular Única de la SUPERSALUD que exige el monitoreo constante de la capacidad técnico científica de los hospitales públicos y privados, mejora los procesos informáticos con los reportes y en ruta la atención de la oportunidad de la atención, la accesibilidad y cobertura, la eficiencia y eficacia pero sobre todo ad portas del informe IBEAS fortalece la gestión hospitalaria con los paquetes Instruccionales y el manual de buenas prácticas de seguridad del paciente, lo que pone a la calidad de la atención clínica los incidentes, alertas y eventos adversos y reingresos por enfermedades nosocomiales en primer plano.**

**Hoy a julio de 2011; el sector está en una encrucijada que tiene incidencia en la calidad de la atención como son los problemas de corrupción del cartel del FOSYGA; los giros directos que no generan solución total pues el déficit con la red es de mayor tamaño y la debilidad de sus modelos de atención en salud, hacen que se esté pensando nuevamente en ya reestructurar la Ley 1438 de enero de 2011 recién expedida y lógicamente las buenas prácticas de seguridad requieren de indicadores estandarizados de calidad al respecto especialmente los inherentes a los eventos adversos e infecciones nosocomiales garantes de una buena calidad de prestación de servicios y satisfacción del paciente.**

## 4.2 MARCO INVESTIGATIVO

### 4.2.1 ORIGEN DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Las IIH tienen un origen multifactorial, que viene dado por los 3 componentes que forman la cadena de la infección, a saber: los agentes infecciosos, el huésped y el medio ambiente, interactuando entre ellos.

Agentes infecciosos hay que tener en cuenta su origen (bacterias, virus, hongos o parásitos), sus atributos para producir enfermedad (virulencia, toxigenicidad), la estabilidad de su estructura antigénica, así como su capacidad de resistencia múltiple a los agentes antimicrobianos. En el caso de las bacterias, esta última propiedad se pone más de manifiesto por la presencia de una serie de elementos genéticos de origen tanto cromosomal, tal es el caso de los transposones y los integrones, como extracromosomal, o sea los plásmidos, que las hacen adquirir resistencia a los antibióticos. Los plásmidos se han convertido en la punta de lanza de los microorganismos en su lucha por evadir los efectos de los antimicrobianos. Esos elementos codifican una cantidad importante de enzimas que inactivan a uno o varios de estos agentes, y crean verdaderos problemas a la hora de tratar infecciones causadas por bacterias que las portan. Los plásmidos codifican, entre otras enzimas, a las betalactamasas de espectro reducido y las de espectro ampliado (BIPEA), derivadas de aquellas y que inactivan a betalactámicos como penicilinas y cefalosporinas, así como también a aminoglucósidos estas últimas. De igual forma portan los genes *erm* que crean resistencia frente a macrólidos y lincosamidas, los de resistencia de alto nivel (RAN) a amino glucósidos, etc.<sup>8,7</sup> sin olvidar a los sumamente conocidos plásmidos de penicilinasa de los estafilococos que de forma característica, se transmiten por transducción en lugar de por conjugación. Los integrones, elementos móviles de inserción secuencial descubiertos hace solo pocos años, han sido involucrados en la resistencia incipiente que presentan ya algunas bacterias frente a los carbapenemos, considerados entre los antibióticos más

---

<sup>8</sup> Céspedes A. Actualidad y perspectivas de la farmacología de drogas antibacterianas. Rev. Cubana Med Milit 1998; 27(2):85-93.

importantes hasta ahora desarrollados; un ejemplo lo constituyen cepas de *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a Imipenem.<sup>9</sup>

El huésped, en el que desempeñan una función importante sus mecanismos de resistencia. La mayoría de las infecciones en el hospital se producen en cierto grupo de pacientes con características individuales como la edad (el 60 % de los casos está entre 50 y 90 años), malnutrición, traumatismos, enfermedades crónicas, tratamientos con inmunosupresores y antimicrobianos, así como que están sometidos a procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos, que los hacen más susceptibles de adquirir infecciones durante su estancia en el hospital.<sup>10</sup>

El medio ambiente tanto animado como inanimado, que está constituido por el propio entorno hospitalario, los equipos e instrumental para el diagnóstico y tratamiento, los materiales de cura y las soluciones desinfectantes, etc., y sobre todo el personal asistencial.

De la interacción de estos 3 factores van a surgir las infecciones hospitalarias y en la medida en que participen estos así será su incidencia y su comportamiento. Las IH son un problema complejo donde intervienen además cuestiones financieras, de personal, organizativas y estructurales.

---

<sup>9</sup> Roy PH. Integrones: nuevos elementos genéticos móviles que median la resistencia a los antibióticos en enterobacterias y pseudomonas. *Enferm Infect Microbe* 1998;18(3):141-5.

<sup>10</sup> Bruin-Buisson C. Les infections dans les hopitaux. *La Recherche* 1994; 266:706-7.

#### 4.2.2 ESTADISTICAS MUNDIALES DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Las infecciones nosocomiales siguen siendo una de las principales complicaciones iatrogénicas de la hospitalización susceptible de prevenirse. Afecta el 5 % de los pacientes dados de alta en los servicios de cuidados intensivos.<sup>11</sup> Las complicaciones post-operatorias pueden ser producto de la enfermedad primaria, la intervención quirúrgica u otros factores no relacionados

Según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los errores médicos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida.

En países como Francia el gasto promedio por enfermo es de 1 800 a 3 600 dólares en sobreestadías que van de 7 a 15 días. En el conjunto de países desarrollados el total de los gastos ascienden entre 5 y 10 mil millones de dólares. En Cuba por concepto de infecciones hospitalarias se erogan más de 3 millones de pesos al año. Más importante aún son los costos en vidas humanas cobradas por las infecciones nosocomiales. Si se estima que la infección es la causa de muerte en 1 a 3 % de los pacientes ingresados, se tendrán cifras tan impresionantes como las reportadas en Estados Unidos de 25 a 100 mil muertes anuales.<sup>4</sup>

Durante muchos años la mayoría de los cirujanos simplificó el concepto considerando un sitio infectado cuando había secreción purulenta de la herida. A partir de 1992 el término para las infecciones asociadas con procedimientos quirúrgicos cambió de infección de la herida quirúrgica por infección del sitio operatorio (ISO).

---

<sup>11</sup> Factores de riesgo asociados a Complicaciones Post Quirúrgicas más frecuentes en el Servicio de Cirugía General, Hospital Escuela "Dr. Roberto Calderón Gutiérrez" Alejandro Antonio Tardencilla Gutiérrez, Managua, 21 de Febrero del 2002 pág. 10

La ISO es la segunda infección nosocomiales más frecuentemente reportada y causa 15-18% de todas las infecciones nosocomiales en los pacientes hospitalizados, así como 38% de infecciones nosocomiales en los pacientes quirúrgicos.

Aunque su frecuencia ha disminuido, continúa siendo un problema grave, pues se ha informado que 77% de las muertes en pacientes quirúrgicos con ISO se relacionan con la infección en sí. Se ha demostrado que las ISO aumentan la estancia hospitalaria y el costo del tratamiento.

#### **4.2.3 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD<sup>12</sup>**

Los estudios de prevalencia de eventos adversos señalan a la infección intra-hospitalaria como el evento adverso más frecuente en el mundo y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

---

<sup>12</sup> Paquetes Instruccionales Guía Practica Para la Seguridad del Paciente en la atención en Salud – MPS 2010

**Se deben desarrollar además acciones encaminadas a:**

- **Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.**
- **Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos.**
- **Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución**
- **Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada con la atención en salud.**
- **Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.**
- **Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).**
- **Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.**
- **Gestionar la disposición de desechos hospitalarios**
- **Optimizar el lavado y desinfección de áreas**
- **Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)**
- **Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria**
- **Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.**

**Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:**

- 1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.**
- 2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.**
- 3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.**

4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.

5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

### **ACCIONES INSEGURAS<sup>13</sup>**

- **No utilización de materiales desechables estériles.**
- **En los pacientes que reciben anestesia y que son sometidos a cirugía torácica o abdominal o aquellos que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anomalías musculo esqueléticas del tórax del no recibir terapia pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial.**
- **No cambiar los circuitos de ventilación cada 24 horas en los pacientes**
- **No drenaje periódico de cualquier condensado que se colecciona en los circuitos de ventilación mecánica.**
- **En herida quirúrgica además una técnica quirúrgica no adecuada y la no profilaxis antimicrobiana adecuada**
- **No utilización de mascarillas, gafas y tapabocas**
- **No utilización de bata estéril durante la realización de cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico.**
- **No lavados de cada habitación y sitios adecuados para el control de excretas y recipientes para descartar el material corto punzante**
- **No lavado de manos antes y después de examinar a cada paciente**
- **La inadecuada asepsia y antisepsia para herida quirúrgica,**
- **No adecuada colocación de catéteres**
- **Contaminación del ventilador por mala manipulación**
- **La no inserción aséptica de sondas urinarias estéril**
- **No uso de guantes para manipular sangre, fluidos corporales, secreciones de infecciones e instrumental contaminado con estos fluidos.**

---

<sup>13</sup> Paquetes Instruccionales Guia Practica Para la Seguridad del Paciente en la atención en Salud – MPS 2010



**Algunos indicadores en el Nivel de Monitoria de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud pueden ser:**

- **Infecciones debidas a la atención clínica: Tasa por mil.**
- **Proporción de bacteremia en pacientes con catéter central.**

**Pero en general hay que atender los principales que serán las tasa de infección intrahospitalarias o por eventos Qx y la notificación de eventos adversos que la combinaremos con los demás de accesibilidad/oportunidad; gestión del riesgo, calidad técnica y satisfacción/lealtad.**

### 4.3 MARCO CONCEPTUAL

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

El concepto de IIH ha ido cambiando a medida que se ha ido profundizando en el estudio de ella. Clásicamente se incluía bajo este término a aquella infección que aparecía 48 horas después del ingreso, durante la estadía hospitalaria y hasta 72 horas después del alta y cuya fuente fuera atribuible al hospital. En 1994 el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC), de Atlanta, redefinió el concepto de IIH, que es el vigente y que la define como sigue: Toda infección que no esté presente o incubándose en el momento del ingreso en el hospital, que se manifieste clínicamente, o sea descubierta por la observación directa durante la cirugía, endoscopia y otros procedimientos o pruebas diagnósticas, o que sea basada en el criterio clínico. Se incluyen aquellas que por su período de incubación se manifiestan posteriormente al alta del paciente y se relacionen con los procedimientos o actividad hospitalaria, y las relacionadas con los servicios ambulatorios.

#### 4.3.1 INFECCIONES POSTOPERATORIAS O INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO

La infección postoperatoria de las heridas se origina de la contaminación bacteriana durante o después de una operación.<sup>14</sup> Estas es una complicación devastadora desde el punto de vista biológico y económico. Puede causar seria incapacidad y muerte, además de los elevados costos para el paciente, la familia y las instituciones de salud.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup>[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/Tomo\\_I/Cap\\_02\\_Infecciones%20quirurgicas.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_02_Infecciones%20quirurgicas.htm). Infecciones Quirúrgicas y Antibióticos en Cirugía Dr. Rolando Adrianzén Tatachuco

<sup>15</sup> Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio La Fundación Santa Fe de Bogotá\*, 1989 – 1999 Domínguez A.M., Md1; Vanegas S.2; Camacho F., Md, SCC, Facs3; Quintero G., Md, SCC, Msc, Facs4;

Las complicaciones post-operatorias pueden ser producto de la enfermedad primaria, la intervención quirúrgica u otros factores no relacionados. Para la detección temprana de las complicaciones post-operatorias es necesaria la evaluación repetida del paciente por el cirujano tratante y otros miembros del personal quirúrgico.

La prevención de las complicaciones comienza en el pre-operatorio con la evaluación de la enfermedad y los factores de riesgo del paciente. Se hace lo posible por mejorar el estado de salud antes de la intervención quirúrgica, por ejemplo la suspensión del tabaquismo durante seis semanas antes de la operación, la corrección de la obesidad burda reduce la presión intraabdominal y el riesgo de complicaciones de la herida, de las respiratorias y mejora también la ventilación después de la intervención quirúrgica. La estancia en el hospital antes de la operación será lo más breve posible para reducir al mínimo el contacto con microorganismos resistentes a los antibióticos. Aun con técnicas quirúrgicas asépticas modernas, el riesgo de contaminación bacteriana del sitio operatorio, particularmente cuando no son usados antibióticos profilácticos o el régimen escogido es inapropiado.

#### **4.3.2 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO**

Se define como infección de sitio operatorio cuando hay Presencia de drenaje purulento, Signos locales de infección (superficial) o evidencia radiológica (profunda), Drenaje espontáneo y apertura de la herida, Cultivo positivo del líquido obtenido mediante drenaje de la herida, muestra percutánea, Diagnóstico clínico de infección dado por el cirujano (o médico tratante)<sup>16</sup>.

---

Patiño J.F., Md, SCC (Hon), Facs5; Escallón J., Md, SCC (Hon), Facs, Frcsc.  
<http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia16101-programa.htm>

<sup>16</sup> <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Ciru20205-infeccion.htm>. REVISTA DE CIRUGÍA. Infección del sitio operatorio en un hospital nivel II. FELAC. Herida e infección quirúrgica. Curso avanzado para cirujanos. Bogotá, 1999.

La presencia de un cultivo positivo o negativo no es criterio para confirmar o descartar la presencia de infección. Sin embargo, si se realiza un cultivo cuantitativo en el que se evidencien más de 100.000 colonias bacterianas por gramo de tejido, se confirma el diagnóstico de ISO. Cualquier valor por debajo de esta cifra podría ser considerado como contaminación y entonces priman los criterios clínicos ya expuestos. Es importante tener en cuenta que las reacciones secundarias a la presencia de puntos de sutura no son consideradas como ISO.

Los signos clásicos en el tejido viable alrededor de la herida infectada son:

- Rubor, que refleja vasodilatación;
- Calor, pues los tejidos vaso dilatados aumentan la conducción del calor;
- Tumefacción, que refleja líquido de edema en la herida;
- Dolor, que ocurre por estimulación de nervios nociceptivos por numerosos productos de La cascada inflamatoria y lesión tisular;
- Salida de pus de la interfaz de la herida por medio de la incisión, que completa la historia natural de la infección quirúrgica<sup>17</sup>.

La ISO es una entidad que, aparte de tener una prevalencia importante, se acompaña de una Morbi-mortalidad no despreciable; su tratamiento tiene costos elevados y sirve como indicador de calidad de los servicios quirúrgicos. Por esta razón se plantea la necesidad de tener programas de seguimiento y control de la ISO.

## **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Se conoce como tal al 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

---

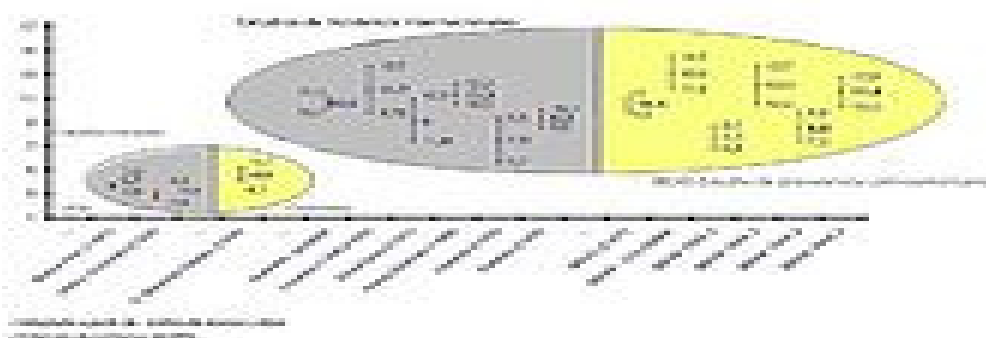
<sup>17</sup> <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Ciru20205-infeccion.htm>. REVISTA DE CIRUGÍA . Infección del sitio operatorio en un hospital nivel II. 4. ZUNDEL N, HERNÁNDEZ J. Profilaxis antibiótica en cirugía laparoscópica. Sus indicaciones. Rev Colomb Cir 1998; 13: 159- 162.

## EVENTO ADVERSO

Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia, es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles (Ministerio de la Protección Social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Bogotá, 2008).<sup>18</sup>

La frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos

Gráfico No. 1 Comportamiento de los estudios sobre eventos adversos



De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se estima que alrededor de uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud en el mundo les ocurre al menos un evento adverso. Para conocer de manera confiable la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos se han utilizado los estudios de incidencia y de prevalencia. En contraste las cifras obtenidas de los sistemas de reporte de eventos adversos no son un buen medidor de esta frecuencia por el alto nivel de subregistro que estos sistemas presentan

## ESTUDIOS DE INCIDENCIA

En el mundo desarrollado se han realizado varios estudios para evaluar la incidencia de los eventos adversos, algunos de los más relevantes son los estudios de Nueva York, Utah y Colorado, Australia, Nueva Zelanda, Londres y

<sup>18</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad del paciente](http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente) Categoría: Medicina

Dinamarca y en el mundo de habla hispana se destacan los estudios de incidencia ENEAS y APEAS realizados en España.

## **ESTUDIOS DE PREVALENCIA**

El estudio de prevalencia IBEAS realizado en América Latina, el cual además es el mayor estudio realizado en el mundo en términos de número de hospitales participantes, así como el único estudio multicéntrico internacional realizado hasta la fecha.

Según el mencionado estudio IBEAS, el cual fue desarrollado en 58 hospitales de México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, la prevalencia de los eventos adversos fue de 10.5% Informe Final Estudio IBEAS<sup>19</sup>

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

La Política de Seguridad del Paciente, expedida en junio de 2008 por el Ministerio de la Protección Social, es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Informe Final Estudio IBEAS – Observatorio de la Calidad en Salud MPS 2009

<sup>20</sup> Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia -2008

## **CENTROS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Los Centros de Seguridad del Paciente constituyen una herramienta para poner en común documentos, experiencias y herramientas útiles para el desarrollo de los procesos tendientes a generar condiciones de atención seguras, a la vez que se establecen como un punto de referencia para los profesionales e instituciones en sus áreas de influencia. Algunos de los más destacados son:

*Centro de seguridad del paciente del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud de Colombia*

*Observatorio para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario de Andalucía*

*Seguridad del paciente en Atención Primaria. Sano y salvo, blog del Grupo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)<sup>21</sup>*

---

[http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad\\_del\\_paciente](http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente)" Categoría: Medicina

#### **4.4 MARCO JURÍDICO**

**La ley 09 de 1979 consideró la salud como un bien de interés público y estableció normas de vigilancia y control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de las enfermedades transmisibles así como para la divulgación de la información epidemiológica.**

**Posteriormente, en 1984, el decreto reglamentario 1562 estableció en el capítulo III: Todo hospital ubicado en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, conformará su respectivo comité de infecciones intrahospitalarias (artículo 23); además, fija la obligatoriedad de la información y la notificación epidemiológica (artículos 27 y 34), lo cual es ratificado por el decreto 1918 de 1994 (reglamentario de la ley 100).**

**Las resoluciones 04153 de 1993, 974 de 1997, 0300 de 1998 y el decreto 2676 regulan el manejo de residuos hospitalarios y similares, y la resolución 4445 de 1996 establece las normas sobre condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, definiendo como establecimientos hospitalarios o similares todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas o mixtas, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física o mental.**

**El registro, control, prevención e investigación de las infecciones intrahospitalarias es parte de los requisitos esenciales que debe cumplir cualquier IPS, EPSS o ESE para la certificación por parte de las autoridades de salud y la contratación por parte de las EPS (resoluciones 2174 de 1996 y 0238 de enero de 1999 y su anexo técnico expedidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá).**

**Resolución 1995 de 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.**



**El Decreto No. 3518, promulgado el 9 de octubre de 2006, crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) artículo 38 establece que los siguientes comités actuarán como comités de vigilancia en salud pública: Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité de Estadísticas Vitales, Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) y otros comités afines que se hubieran conformado para estos efectos.**

***Decreto 1011 Por la cual se Reglamenta el Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud para las Instituciones que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud.***

***Anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006 “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.***

***Anexo técnico No.2 manual único de procedimientos de habilitación de la resolución no. 1043 de 3 de abril 2006 “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”***

***DECRETO NUMERO 3616 DE 2005 (Octubre 10) Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones.***

**Resolución 1446 de 2006 por la cual se reglamentan los Indicadores de Monitorización de los Prestadores de Servicios de Salud.**

**Decreto 4747 de 2007 por la Cual se establecen las condiciones entre el Asegurador – Prestador y otras disposiciones**

**Resolución 3047 de 2008 por la cual se reglamentan los instrumentos del Decreto 4747 de 2007.**

**Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud**

#### **4.6 MARCO INSTITUCIONAL**

##### **4.6.1 IDENTIFICACION DE LA EMPRESA**

<b>TIPO DE INSTITUCION</b>	<b>PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>NIVEL DE COMPLEJIDAD</b>	<b>2Y 3 NIVEL DE RESOLUTIVIDAD</b>
<b>NIT</b>	<b>806.004.548-6</b>
<b>Código del Prestador</b>	<b>13001 0330 01</b>
<b>Gerente</b>	<b>Angélica M. Badel Rodríguez</b>
<b>Representante Legal:</b>	<b>Alvaro Mórelo Vergel</b>
<b>Correo electrónico</b>	<u><a href="mailto:clinicacrecer@clinicacrecer.com">clinicacrecer@clinicacrecer.com</a></u>
<b>Dirección</b>	<b>Avenida Pedro de Heredia sector Prado No 34-22 PBX 6723650</b>

#### 4.6.2 CULTURA CORPORATIVA<sup>22</sup>

##### **MISIÓN:**

Somos un excelente equipo humano comprometido con la vida y nuestro entorno que brinda servicios de salud integrales, con calidad responsabilidad, y calidez optimizando la gestión de los recursos para asegurar la sostenibilidad financiera.

##### **VISIÓN:**

Ser una clínica reconocida en la región Caribe por brindar atención integral, cálida y con altos estándares de calidad y desarrollando acciones de responsabilidad social. Su competente equipo humano está orientado a la satisfacción y bienestar del cliente y su familia.

##### **VALORES CORPORATIVOS:**

**Vocación de servicio:** escuchamos a nuestros clientes, gestionamos su satisfacción respondemos e informamos de manera cálida, oportuna y veraz.

**Sentido de pertenencia:** tú y yo orgullosos de estar en la clínica crecer, cuidamos las instalaciones y usamos racionalmente los recursos.

**Cumplimiento:** honramos nuestra palabra respondiendo a los compromisos.

##### **DIMENSION TELEOLOGICA**

*Buscamos ser una Clínica reconocida en la región Caribe por brindar atención integral y con altos estándares de calidad.*

---

<sup>22</sup> Pagina Web de la Clínica Crecer

#### **4.6.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

- ✓ Urgencias
- ✓ Hospitalización
- ✓ UCI neonatal y adulto

#### **ESPECIALIDADES**

- ✓ Ginecología - Obstétrica
- ✓ Pediatría
- ✓ Ortopedia
- ✓ Urología
- ✓ Cirugía Plástica
- ✓ Cirugía General Adulto y Pediátrica

#### **4.6.4 INFRAESTRUCTURA FISICA**

**PRIMER PISO:** Sala de urgencias, consultorios de triage, consultorios médicos, sala de observaciones, sala de reanimación, sala de procedimientos y yeso, imágenes diagnósticas, vacunación y laboratorio clínico. Área de sala de espera y SIAU.

**SEGUNDO PISO:** Tres salas de cirugía, sala de partos, área de recuperación, central de esterilización, sala de trabajo de parto y tres habitaciones bipersonales, área administrativa.

**TERCER PISO:** Unidad de cuidados Intensivos neonatales y de adulto.

**CUARTO PISO:** Pabellón de pediatría, dotado de 6 habitaciones bipersonal y una habitación unipersonal confortable y dotada con aire acondicionado y televisión.

**QUINTO PISO:** Área de hospitalización con seis habitaciones y una habitación unipersonal toda confortable y dotada con aire acondicionado y televisión.

**SEXTO PISO:** Área de hospitalización con siete habitaciones bipsersonal todas confortables y dotadas con aire acondicionado y televisión.

**SEPTIMO PISO:** Área de hospitalización con siete habitaciones bipsersonal todas confortables y dotadas con aire acondicionado y televisión. Habitación VIP y además contamos con un auditorio.

#### **4.6.5 APORTES TECNICO CIENTIFICOS DE LA CLINICA<sup>23</sup>**

**“EN LA CLÍNICA CRECER, en un populoso sector de Cartagena, los prematuros se mecen en pequeñas hamacas en sus incubadoras. Una práctica única en el mundo”.**

**“Nada perturba el sueño de la pequeña Erika Rocha. Parece que podría caerse el mundo y ni así este bebé prematuro de 1.950 gramos de peso se despertaría de su siesta. Ella duerme plácidamente en una hamaca. La hamaca está dentro de una incubadora”.**

**“Todo comenzó hace cuatro años, cuando al pediatra Roberto Guárdela, hoy alcalde del municipio de San Juan Nepomuceno, se le ocurrió instalar unas pequeñas hamacas dentro de algunas de las incubadoras de la Unidad de Neonatos de la Clínica Crecer de Cartagena”**

**“El doctor decidió replicar con los recién nacidos una de las tradiciones costeñas más arraigadas: el descanso en las hamacas. "A los niños desde pequeños los meten en ellas para 'amansarlos' y que no anden neceando por ahí", cuenta el neonatólogo de Crecer, Hernando Thorne Vélez, quien ha seguido de cerca este proceso”**

---

**25. EL COLOMBIANO. La vida comienza en una hamaca, Juliana Correa; Enviada especial, Cartagena, Publicado el 18 de enero de 2009**

**“Se llevaron tres hamacas de San Jacinto y las colocaron cuidadosamente dentro de las incubadoras. No fue necesario mandarlas a hacer ni ajustarlas, pues allí elaboran unas pequeñitas, como de adorno, que coincidieron exactamente con las medidas de la incubadora”**

**“Los resultados sorprendieron al cuerpo médico. Notaron que los niños prematuros ganaban peso más rápidamente, pues el arrullo de las hamacas les generaba tranquilidad y les permitía conciliar el sueño.”**

**“Dormir: eso es justamente lo que necesitan los bebés. "Está comprobado que mientras más duerman se recuperan nutricionalmente. El bebé se amolda a la hamaca y es como si estuviera en el vientre de la madre, le da calorcito y arrullo", cuenta el doctor Thorne, quien lleva una bata azul de muñequitos.”**

**“Erika demuestra que la está pasando bien en la hamaquita amarilla con rayas verdes y rojas. Con su mano apoyada en la cabeza, parece entregada a los más profundos pensamientos. Al frente está Didiana Barrios, en una roja. Ella prefiere hacerse de lado. Es morenita y parece que en cualquier momento va a abrir los ojos.”**

**“Se mueve ligeramente y se reacomoda para seguir su siesta, que puede ser de 22 horas diarias. Ellas son, en este momento, las que gozan de la hamacaterapia en la Unidad de Neonatos de la Clínica.”**

**“Los médicos establecieron aplicar este tratamiento con los niños prematuros - los que nacieron antes de las 37 semanas- que han tenido una estancia prolongada en la Unidad y que se encuentran estables. Es el último paso antes de ser dados de alta. Múltiples beneficios No hay estudios científicos ni estadísticas que avalen este tratamiento, pero médicos y enfermeras que trabajan allí, han sido testigos de los resultados. Esta práctica no solo les ayuda a subir de peso, también hace que vomiten menos.”**

**“Muchos prematuros sufren de reflujo, pues algunos de sus procesos orgánicos no están maduros. La hamaca les proporciona una inclinación de 30 grados que**

**evita que el ácido del estómago vuelva al esófago. También evita que se formen escaras en los cuerpos de los bebés, pues ellos se amoldan perfectamente a la hamaca.”**

**“Según el doctor Thorne, la Clínica comenzará los estudios para comprobar que la hamacaterapia funciona, así toda la comunidad médica podrá conocer el tratamiento y podrán beneficiarse más niños prematuros. Hasta el momento, no se tiene noticia de otros centros hospitalarios que realicen esta práctica.”**

**"Suenan como algo macondiano - afirma Thorne-, pero si uno se pone a ver, en todas las novelas de García Márquez se menciona una hamaca, si no hay una, es porque no es un libro de Gabo".**

**“Los más felices con la idea son, por supuesto, los papás, que pueden volver a casa con sus hijos sanos y fuertes.”**

**“Cuenta el doctor que dos hermanitos con dos años de diferencia, que nacieron prematuros, pasaron por las hamaquitas. Hoy cada uno tiene una propia para mecerse y dormir plácidamente.”**

**“Ellos, como muchos niños de Cartagena y de otros municipios de Bolívar, pasaron sus primeros días de vida arrullados en una hamaca de San Jacinto”**

#### 4.7 ESTANDARIZACION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES
PROCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Establece la forma en que se implementan las actividades de control de los riesgos nosocomiales en el área de cirugía y hospitalización especialmente	Las buenas practicas de seguridad del paciente son las que garantizan controlar los riesgos de infección y los reingresos postquirúrgicos	Indicadores de la Circular Única de la Supersalud – Reportes de Eventos adversos
IDENTIFICACION DE PACIENTES INFECTADOS POSTQUIRURGICO	Las infecciones postquirúrgicas comprometen la calidad del servicio de salud prestado en la clínica	Las acciones inseguras en el proceso de cirugía de la clínica aumentan la prevalencia de eventos adversos en los pacientes aumentan las tasas de reingreso; los costos y calidad de la atención	Tasas de Reingreso; Incidencia y prevalencia de incidentes, eventos adversos y complicaciones
ETIOLOGIA DE LA TASA DE REINGRESOS DE INFECTADOS POSTQUIRURGICO	La tasa de incidencia de reingreso de infectados postquirúrgico es la relación que existe entre el No. De pacientes infectados que reingresan sobre el total de la población expuesta o atendida en cirugía	La calidad del servicio de cirugía en función de la prevalencia e incidencia de enfermedades nosocomiales por infección en la clínica, desdice de las buenas practicas de atención a los pacientes	Causas Biológicas; Causas Físicas; Causas epidemiológicas; Causas de error humano; Causas de Condiciones técnico Científicas; Causas de falta de protocolo; Causas por falta de adherencia todo sobre numero de pacientes reingresados por infecciones postquirúrgicas
EFFECTOS DE INFECCIONES POSTQUIRURGICAS	Las Acciones inseguras que generan reingresos de pacientes postquirúrgicos infectados traen consecuencias de Buen Nombre, Calidez humana, calidad del servicio, altos costos institucionales e insatisfacción del paciente	Las consecuencias por reingresos de infecciones postquirúrgico en os pacientes trae consecuencias de mala calidad e incumplimiento de los protocolos de control de riesgos nosocomiales que no son permitidas en una institución prestadora de servicios de salud por que comprometen la vida del paciente	Prejuicios institucionales de imagen por efecto del evento adverso, incidente o complicación presentada; Prejuicios técnico científico por mala calidad de la atención insegura; Prejuicios económicos registrado por efecto de infecciones nosocomiales
PROCESOS DE REDIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Las buenas Practicas de seguridad del paciente garantizan una atención de calidad al paciente	<i>Los protocolos asistenciales, la adherencia del lavado de manos; la Ronda de seguridad; las acciones seguras en la practica quirúrgica son garantías para la satisfacción del usuario</i>	Actividades y procesos a corregir y resultados esperados de los mismos en control de riesgos de infecciones nosocomiales en la clínica.



## **V. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

**Realizamos un seguimiento a los pacientes o casos escogidos del segundo semestre de 2010 postquirúrgico reingresados por infecciones en cirugía, de acuerdo a la revisión que hicimos de las historias clínicas, epicrisis y reportes de indicadores trazadores en el periodo Julio 1 a diciembre 31 de 2010; retrospectivo (primer semestre de 2011) y prospectivo (semestre a 2011) hicimos un análisis causal del mismo en virtud a que establecimos las variables en relación al espacio que es la unidad de cirugía y hospitalización de la clínica crecer y al tiempo por el corte transversal ya comentado, el estudio es de tipo descriptivo.**

### **5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **5.2.1 POBLACIÓN**

**Inicialmente identificamos el número de pacientes post quirúrgicos que fueron atendidos en el servicio de hospitalización de la clínica crecer durante el tiempo comprendido en el estudio por medio de las cifras estadísticas.**

**De estos determinamos cuales fueron el número de pacientes postquirúrgicos infectados que reingresaron a hospitalización por infecciones nosocomiales y post quirúrgica.**

#### **5.2.2 MUESTRA**

##### **5.2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

**Se incluyeron en el estudio todos los pacientes independientemente de su sexo ingresados al servicio de hospitalización con diagnostico post quirúrgico tanto por emergencias como por cirugías electivas, mayores de 10 años, pacientes del régimen contributivo, subsidiado o régimen excepcional.**

### **5.2.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron del estudio todos los pacientes que aún cuando se les realizó algún tipo de procedimiento quirúrgico, este no se haya realizado en la IPS objeto, ya que muy probablemente no hayan sido manejados de la misma forma que en esta.

### **5.2.3 FUENTES DE INFORMACION**

**PRIMARIAS:** Se hicieron entrevistas abiertas con los actores responsables del servicio de cirugía y hospitalización de la clínica

**SECUNDARIAS:** Se revisó la literatura disponible, los trabajos investigativos realizados referentes al tema de interés, lo cual sirvió de punto de partida para el establecimiento de objetivos justificación y definición del Marco teórico.

**INTERNAS.** Se recolectaron los datos del paciente en una ficha elaborada previamente al estudio tomado de la historia clínica en la cual se incluyó la información reflejada en el expediente, tanto para los pacientes ingresados por el servicio de urgencias emergencias, como en el caso de las cirugías programadas y los detectados de reingreso postoperatorio por infección a hospitalización

## 5.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTES
PROCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Las buenas practicas de seguridad del paciente son las que garantizan controlar los riesgos de infección y los reingresos postquirúrgicos	DOCUMENTALES Y DE OBSERVACION	RONDA DE SEGURIDAD; PROTOCOLOS DE ADHERENCIA Y ASEPSIA; GUIAS DE PRACTICA CLINICA y MAPA DE PROCESOS	CLINICA CRECER
IDENTIFICACION DE PACIENTES INFECTADOS POSTQUIRURGICO	Las acciones inseguras en el proceso de cirugía de la clínica aumentan la prevalencia de eventos adversos en los pacientes aumentan las tasas de reingreso; los costos y calidad de la atención	DOCUMENTAL Y OCULAR	HISTORIA CLINICA Y REPORTE DE EVENTOS ADEVEROSOS	CLINICA CRECER
ETIOLOGIA DE LA TASA DE REINGRESOS DE INFECTADOS POSTQUIRURGICO	La calidad del servicio de cirugía en función de la prevalencia e incidencia de enfermedades nosocomiales por infección en la clínica, desdice de las buenas practicas de atención a los pacientes	DOCUMENTAL Y ENTREVISTA	PROTOCOLO DE LONDRES y APLICATIVO IBEAS	PRIMARIA E INTERNA
EFFECTOS DE INFECCIONES POSTQUIRURGICAS	Las consecuencias por reingresos de infecciones postquirúrgico en os pacientes trae consecuencias de mala calidad e incumplimiento de los protocolos de control de riesgos nosocomiales que no son permitidas en una institución prestadora de servicios de salud por que comprometen la vida del paciente	DOCUMENTAL Y ENTREVISTA	RONDAS DE SEGURIDAD; REPORTES DE EVENTOS ADVEROSOS y INFORMES DE GESTION	SECUNDARIA E INTERNA CLINICA CRECER
PROCESOS DE REDIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	<i>Los protocolos asistenciales, la adherencia del lavado de manos; la Ronda de seguridad; las acciones seguras en la practica quirúrgica son garantías para la satisfacción del usuario</i>	DOCUMENTAL	PROCESOS DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE FORMAL	AUTORES

## VI. ANALISIS DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DE LA IPS

### 6.1 EVALUACION DE LOS INDICADORES TRAZADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se detectó un sistema de información deficiente de la clínica, ya que los reportes de monitorización y trazadores, los incidentes y eventos adversos no se llevan en forma eficiente, ni los arroja el sistema de la clínica, no registra indicadores en su página web; no aparece los registros a tiempos de todos los indicadores en el cumplimiento de los reportes a la SUPERSALUD y mucho menos aparece ningún reporte al observatorio de la calidad del ministerio de la protección social del año 2009 uno de los años más críticos de la clínica, no notifican como Clínica Crecer si no como Centro médico; como tampoco funciona adecuadamente las enfermedades de notificación obligatoria; lo cual hacemos con los subregistro, la información de los que manejan historias clínicas y bioestadísticas, las estadísticas de facturación y las inferencias de dichos indicadores por los empleados más antiguos, lo que no nos permitirá cumplir a cabalidad con una evaluación cuantitativa precisa para presentar los re direccionamientos estratégicos más viables sobre la problemática detectada por las áreas y unidades funcionales, lo cual lo haremos por percepción de acuerdo a la observación y al conocimiento de los empleados mas expertos que nos brinden la información.

NOMBRE DEL INDICADOR	2008	2009	2010	PROMEDIO
Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	6	6	6	6
Oportunidad en la atención de Citas en la Consulta Ginecoobstetricia	6	6	5	6
Oportunidad en la atención de Citas en la Consulta de Pediatría	6	6	6	6
Oportunidad de la Asignacion de Citas en la Consulta de Cirugia General	9	9	9	9
Proporción de Cancelación de Cirugia Programada	15	16	14	15
Oportunidad de Atencion en la Consulta de Urgencias	18	15	14	16
Oportunidad en la Realizacion de Cirugia Programada	9	8	8	8
Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados	6	5	6	6
Tasa de mortalidad Intrahospitalaria despues de 48 Horas	30	30	30	30
Tasa de Infeccion Intrahospitalaria	8	7	7	7
Proporcion de eventos adversos	80	80	81	80
Tasa de Satisfaccion Global	78	80	80	79

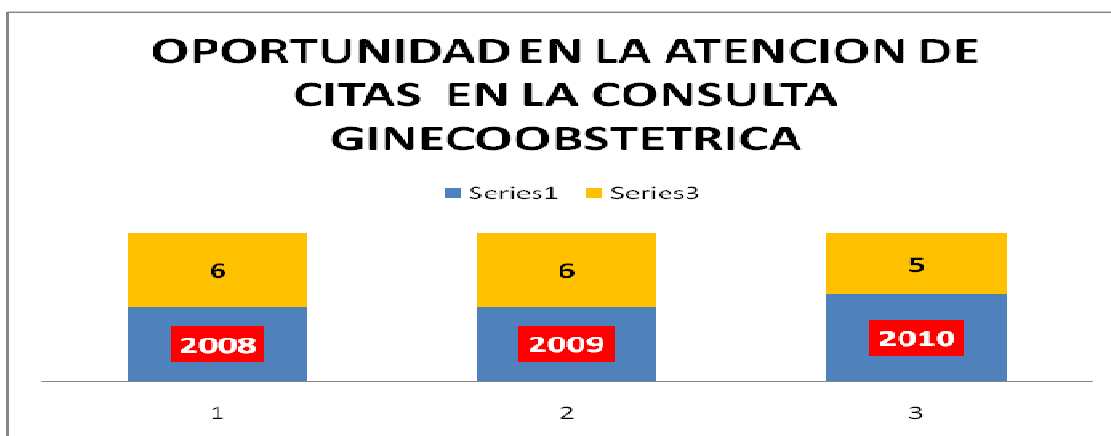
## 1. INDICADORES DE ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDAD

### 1.1 OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACION DE CITAS EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA



El promedio del periodo analizado de la Red de la Caja es de 6 días en la asignación de la consulta médica especializada, en donde la media de toda la red del distrito de Cartagena en el mismo periodo es de 6,3 días; es decir registra la misma oportunidad de todas las IPS de Cartagena que prestan este servicio en promedio.

### 1.2 OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE CITAS EN LA CONSULTA GINECOOBSTETRICIA



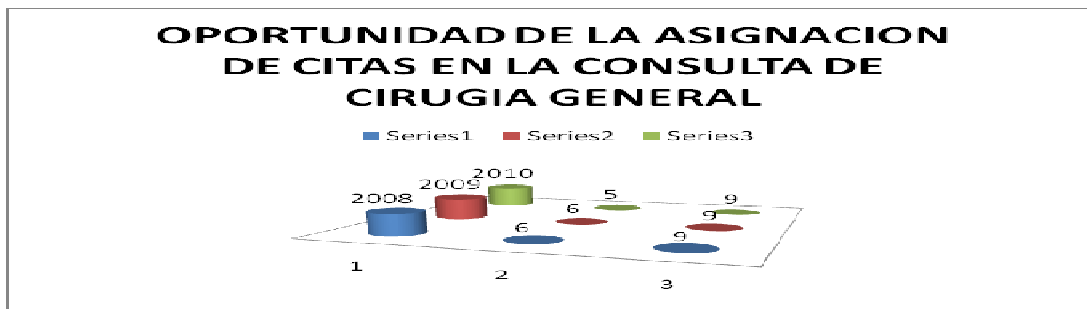
El promedio del periodo de la atención ginecoobstetrica de la IPS es de 6 días, en donde el promedio de toda la red distrital de Cartagena en el mismo periodo ha sido de 5 días.

### 1.3 OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE CITAS EN LA CONSULTA PEDIATRIA



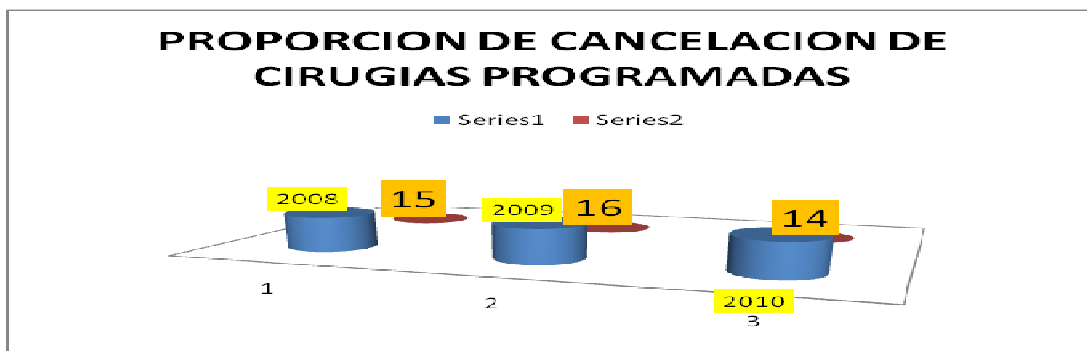
El promedio de oportunidad de citas en consulta de pediatría ofertada por la IPS es de 6 días; en donde el promedio de toda la red del distrito en el mismo periodo es de 5 días.

### 1.4 OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACION DE DE CITAS EN LA CONSULTA CIRUGIA GENERAL



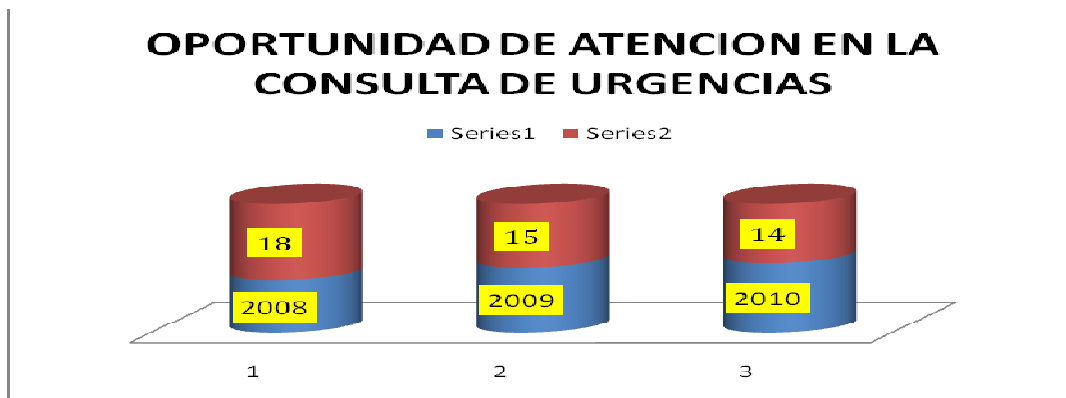
El promedio del periodo analizado de la atención de citas de cirugía general de la IPS es de 9 días mientras que el promedio de toda la red del distrito en el mismo periodo es de 6,2 días

### 1.5 PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA PROGRAMADA



La proporción promedio del periodo analizado de cancelación de cirugías programadas de la IPS de 15% y el mismo promedio de la red distrital en el mismo periodo es de 14,3%

## 1.6 OPORTUNIDAD DE ATENCION EN LA CONSULTA DE URGENCIAS



El Promedio de Oportunidad de consultas de urgencias en el periodo analizado en la IPS es de 16 minutos; mientras que el promedio del mismo periodo de toda la red del distrito de Cartagena es de 17,8 minutos.

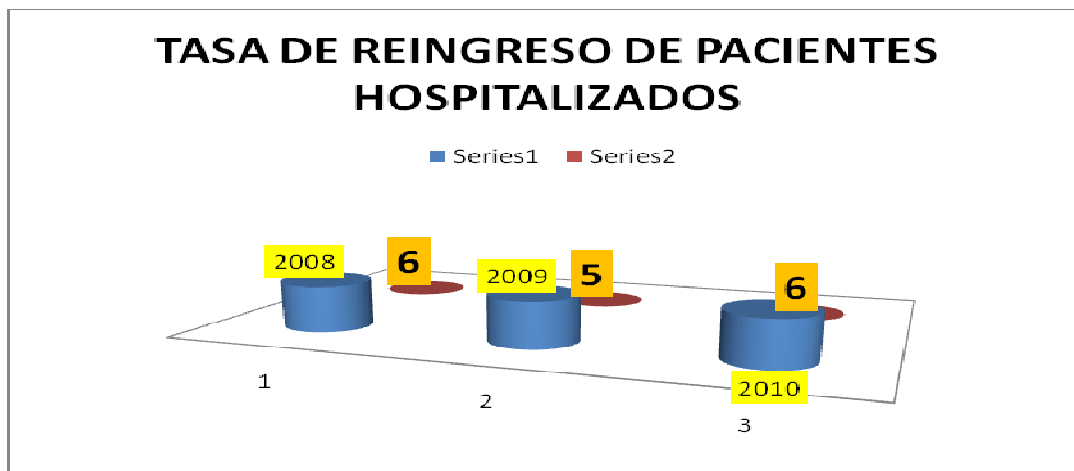
## 1.10 OPORTUNIDAD EN LA REALIZACION DE CIRUGIA PROGRAMADA



El promedio de oportunidad de cirugía programada del periodo analizado fue de 8 días, mientras el del distrito en toda su red fue de 5,7 días.

## 2. INDICADORES DE GESTION DE LA CALIDAD TECNICA

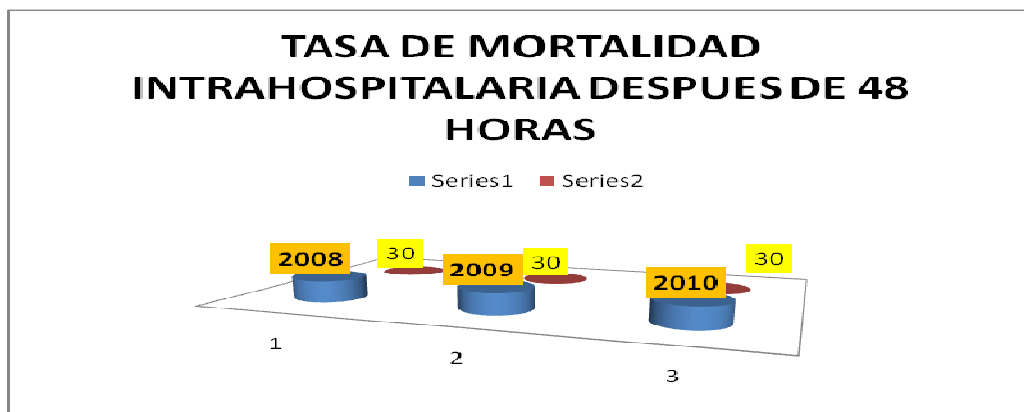
### 2.1 TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS



El promedio de la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados de la IPS en el periodo analizado fue de 6% mientras que La red del distrito lo registra en el mismo periodo al 3% del total de egresos efectuados.

## 3. INDICADORES DE GESTION DEL RIESGO

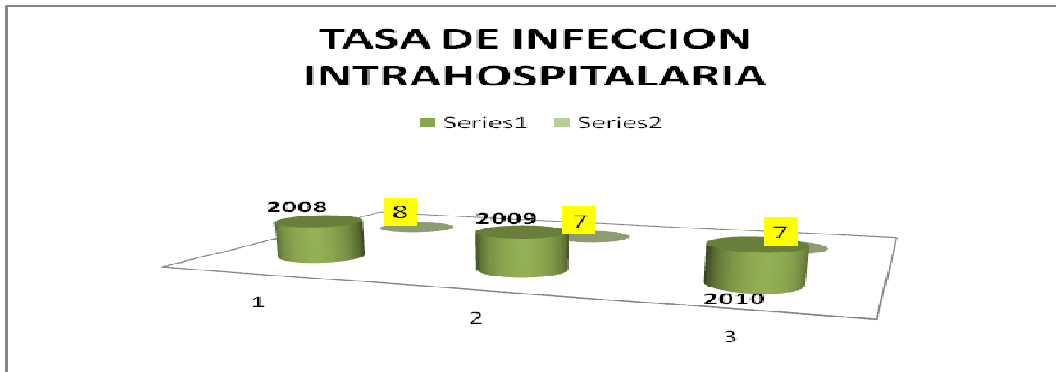
### 3.1 TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUES DE 48 HORAS



El promedio de mortalidad intrahospitalarias después de 48 horas de la IPS es de 30 eventos por 1000 y el de la red del distrito en el mismo periodo es de 70,4 por mil eventos.



### 3.2 TASA DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA



La tasa de infección intrahospitalarias de los servicios prestados por la IPS fue en promedio de 7 por mil eventos, mientras que la red de todo el distrito fue de 4,4 por mil eventos

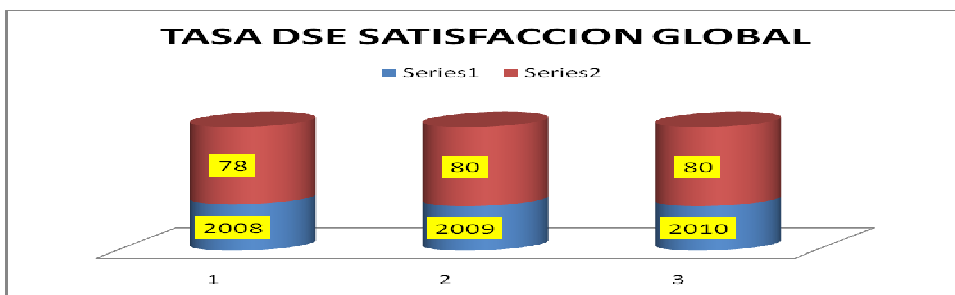
### 3.3 PROPORCION DE EVENTOS ADVERSOS



La proporción promedio de notificación de eventos adversos de LA IPS en el periodo estudiado fue de 80%, mientras la red del distrito de Cartagena registra un 82,4% promedio en el mismo periodo analizado

## 4. INDICADORES DE SATISFACCION/LEALTAD

### 4.1 TASA DE SATISFACCION GLOBAL



La tasa de satisfacción global de los usuarios que se les presta el servicio EN LA IPS promedio fue del 79% y toda la red del distrito de 89,9%.

## 6.2 IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES REINGRESADOS INFECTADOS POSTQUIRURGICOS

Si la formula de pacientes ingresados infectados post quirúrgicos en la resolución 1446 de 2006 que no la lleva la clínica es la siguiente:

<b>Tasa de infección postquirúrgica</b>	<b>Pacientes con infección postquirúrgica de cirugías electivas</b>	<b>Total de pacientes con cirugías electivas</b>	<b>Tasas por 1.000 pacientes con cirugías electivas</b>
---	---	--	---

Si la tasa de infecciones fue de 7 por mil eventos y el total de pacientes con cirugías electivas fue de 2148, y los pacientes con infección postquirúrgica en el periodo fueron el 60% del total de la tasa de infecciones intrahospitalarias, entonces fue del 4 por mil pacientes con cirugías electivas.

## 6.3 CLASES DE INFECCIONES POSTQUIRURGICAS IDENTIFICADAS.

<b>CONCEPTO DE LA ETIOLOGIA DE LA INFECCION POSTQUIRURGICA</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Presencia de drenaje purulento	24	57%
Signos locales de infección (superficial)	3	7%
evidencia radiológica (profunda)	1	2%
Drenaje espontáneo y apertura de la herida	5	12%
Cultivo positivo del líquido obtenido mediante drenaje de la herida	3	7%
muestra percutánea	4	10%
Diagnóstico clínico de infección dado por el cirujano	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

El 57% que es el mayor número de infectados que reingresan tienen problemas de drenaje purulento e infección de las heridas los cuales su etiología no se ha determinado si se produce por causa nosocomial propiamente dicha o porque ya en la vivienda las curaciones y los procesos de recuperación y asepsia tampoco son los adecuados.

## 6.4 MAPA DE RIESGOS Y CONSECUENCIAS DE LOS REINGRESOS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES POSTQUIRURGICA

Para tratar de mostrar el estado crítico de la virulencia o infección adquirida que puede tener desenlaces fatales hemos preguntado a los expertos del hospital sobre los riesgos que implican para el paciente llegando a la siguiente conclusión mediante los mapas de riesgo de la cadena epidemiológica.

### 6.4.1 MAPA DE RIESGO ORIGEN DE IIH EN EL MEDIO AMBIENTE

#### A. IDENTIFICACION DEL RIESGO

OBJETIVO	RIESGO	CAUSA	EFECTO
TENER EN LOS QUIROFANOS EL CUMPLIMIENTO DE LA CAPACIDAD TECNICO CIENTIFICA	TENER EL MECANISMO DE FLUJO LAMINAR PARA GARANTIZAR LA APSEsia PERTINENTE	INFECCIONES PURULENTAS	REINGRESOS
RESOLVER EL PROBLEMA DE ASEPSIA DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO	<i>APLICACIÓN DE LA AEROLIZACION DE LOS QUIROFANOS</i>	INFECCIONES POR CONTAGIO	REINGRESOS

#### B. ANALISIS DEL RIESGO

Nivel del riesgo Impacto: ALTO Probabilidad: MEDIA Evaluación: 20 Moderado

#### C. EVALUACION Y VALORACION

Los controles existen pero no son efectivos

Opciones de manejo: Reducir y Evitar el riesgo

PROBABILIDAD	VALOR			
ALTA	3	15 ZONA DE RIESGO MODERADO	30 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE	60 ZONA DE RIESGO INACEPTABLE
MEDIA	2	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO	40 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE
BAJA	1	5 ZONA DE RIESGO ACEPTABLE	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO
	IMPACTO	LEVE	MODERADO	CATASTROFICO
	VALOR	5	10	20

Variable o característica a controlar: Cumplimiento con la resolución 1043 de 1996 anexo 1 y 2 para quirófanos y con las prácticas de bioseguridad de manejo de quirófanos

Acciones: Hacer las inversiones para cumplir con los indicadores de calidad y la capacidad técnico científica de los quirófanos

Responsable de las acciones: Gerencia de la Clínica – Coordinador del área de cirugías o cirujanos.

#### 6.4.2 MAPA DE RIESGO ORIGEN DE IIH AGENTE INFECCIOSO

##### A. IDENTIFICACION DEL RIESGO

OBJETIVO	RIESGO	CAUSA	EFEECTO
Control a la resistencia de los agentes anti Microbianos	<i>LAS INFECCIONES DE CARÁCTER ENDEMICO SON CAUSADAS GERMENES BANALES?</i>	ATRIBUTOS PARA LA VIRULENCIA Y TOXIGENICIDAD	Mayor numero de reingresos por infecciones
Grado de contaminación de las heridas después de la intervención Qx	Manejo postquirúrgico de las heridas	ENFERMEDAD PRIMARIA - INTERVENCION QX U OTROS FACTORES (ERROR MEDICO)	Complicación del paciente que puede ir a cuidado critico y morir

##### B. ANALISIS DEL RIESGO

Nivel del riesgo Impacto: ALTO Probabilidad: Moderado Evaluación: 30 importante

##### C. EVALUACION Y VALORACION

Los controles existen pero no son efectivos

Opciones de manejo: Evitar y eliminar el riesgo

PROBABILIDAD	VALOR			
ALTA	3	15 ZONA DE RIESGO MODERADO	30 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE	60 ZONA DE RIESGO INACEPTABLE
MEDIA	2	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO	40 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE
BAJA	1	5 ZONA DE RIESGO ACEPTABLE	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO
	IMPACTO	LEVE	MODERADO	CATASTROFICO
	VALOR	5	10	20

**Variable o característica a controlar:** Prácticas de Bioseguridad y buenas prácticas del manejo del paciente en quirófano y en las altas tempranas

**Acciones:** Capacitación a los actores responsables para los procesos y protocolos de asepsia y el control de infecciones nosocomiales en los pacientes

**Responsable de las acciones:** Médicos Especialista, cirujanos y demás profesionales y técnicos de salud que trabajan quirófano.

### 6.4.3 MAPA DE RIESGO ORIGEN DE IIH HUESPED CLINICA

#### A. IDENTIFICACION DEL RIESGO

OBJETIVO	RIESGO	CAUSA	EFECTO
Establecer los mecanismos de control de riesgos nosocomiales al paciente quirúrgico	Procesos de asepsia y bioseguridad, materiales de cura y soluciones desinfectantes	Exposición por malnutrición, traumatismos, enfermedades crónicas; tratamiento con inmunosupresores y antimicrobiano, procedimientos invasivos, diagnósticos y terapéuticos	Reingreso por infección
Manejo del paciente infectado	Mortalidad	Reincidentes no funciona comités de infecciones	Complicación en UCI.

#### B. ANALISIS DEL RIESGO

Nivel del riesgo Impacto: ALTO Probabilidad: ALTO Evaluación: 60 INACEPTABLE

#### C. EVALUACION Y VALORACION

Los controles existen pero no son efectivos

### Opciones de manejo: Eliminar totalmente el riesgo

PROBABILIDAD	VALOR			
ALTA	3	15 ZONA DE RIESGO	30 ZONA DE RIESGO	60 ZONA DE RIESGO INACEPTABLE
MEDIA	2	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO	40 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE
BAJA	1	5 ZONA DE RIESGO ACEPTABLE	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO
	IMPACTO	LEVE	MODERADO	CATASTROFICO
	VALOR	5	10	20

**Variable o característica a controlar:** Todo el proceso de atención al paciente con buenas prácticas de seguridad en forma integral

**Acciones:** eficiencia en la cultura del control de riesgos nosocomiales de los actores responsables para los procesos y protocolos de asepsia y el control de infecciones nosocomiales en los pacientes

**Responsable de las acciones:** Todo el personal de la clínica

#### 6.4.4 CALIFICACION GENERAL DEL RIESGO

PROBABILIDAD	VALOR			
ALTA	3	15 ZONA DE RIESGO MODERADO	30 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE	60 ZONA DE RIESGO INACEPTABLE
MEDIA	2	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO	40 ZONA DE RIESGO IMPORTANTE
BAJA	1	5 ZONA DE RIESGO ACEPTABLE	10 ZONA DE RIESGO TOLERANTE	20 ZONA DE RIESGO MODERADO
	IMPACTO	LEVE	MODERADO	CATASTROFICO
	VALOR	5	10	20

#### 6.5 ESTRUCTURA DE COSTOS MUERTOS POR PACIENTES REINGRESADO A HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES POSTQUIRURGICA.

Si el promedio de costos de una cirugía en el año en la clínica crecer dividiendo el número de eventos realizados a todo costo por el número de cirugías totales practicadas es de \$15. 431. 872 por los 42 infectados reingresados promedio tenemos que facturó un valor total a precios corrientes de \$ 648.138.624

Si el promedio de estancia por paciente es de 6 días promedio y tomamos este promedio y lo multiplicamos por los 42 pacientes reingresados con un promedio de costos unitarios día de \$822.000 incluido medicamentos suministrados entonces tenemos unos costos muertos para la IPS que no debe reconocer la Entidad responsable de pagos de \$ 207.144.000,00 que se convierten en costos muertos o hundidos de la atención en salud.

Luego El margen de contribución entre los ingresos y egresos por los mismos pacientes es de \$ 440.994.624,00

## **VII PROCESO DE REDIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO PARA UNAS BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO EN LA IPS.**

Los procesos de Redireccionamiento estratégico de la clínica deben ser los mismos estipulados en los paquetes Instruccionales el cual debe implementarlos en un 100% en forma eficiente de acuerdo a la línea de base que le construimos así:<sup>24</sup>

### **7.1 ACTIVIDADES DE PREVENCION QUE SE DEBEN HACER PARA EVITAR IIH (INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS)**

---

<sup>24</sup> Para todas las líneas de base la calificación convencional es la siguiente 5: se cumple eficientemente 4: se cumple adecuadamente 3: se cumple regularmente 2: se cumple con deficiencia 1 no se cumple.

ACTIVIDADES QX DE PREVENCIÓN QUE SE DEBEN HACER PARA EVITAR IIH	5	4	3	2	1
La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)		X			
La prevención de endometritis		X			
La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.					
La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).			X		
La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.	X				
La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).			X		
La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.		X			
La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.			X		

## 7.2 ACCIONES ENCAMINADAS A EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGOS DE LAS IIH.

ACCIONES ENCAMINADAS A CONTROLAR LAS IIH	5	4	3	2	1
Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.		X			
Lograr cumplimiento ( <i>adherencia</i> ) del personal del lavado higiénico de las manos.	X				
Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución			X		
Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada con la atención en salud.				X	
Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.	X				
Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).			X		
Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.			X		
Gestionar la disposición de desechos hospitalarios		X			
Optimizar el lavado y desinfección de áreas			X		
Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)				X	
Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria		X			
Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.			X		

## 7.3 PRACTICAS DE LOS MOMENTOS DE ASEPSIS PROMOVIDO POR LA OPS/OMS PARA EL CONTROL DE IIH.

PRACTICA DE LOS MOMENTOS DE ASEPSIS PROMOVIDOS POR OPS/OMS	5	4	3	2	1
1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.			X		
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.	X				
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.		X			
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.			X		
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.			X		

## 7.4 PRACTICAS DE ACCIONES INSEGURAS A CORREGIR



ACCIONES INSEGURAS	5	4	3	2	1
No utilización de materiales desechables estériles.	X				
En los pacientes que reciben anestesia y que son sometidos a cirugía torácica o abdominal o aquellos que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anomalías musculoesqueléticas del tórax del no recibir terapia pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial.	X				
No cambiar los circuitos de ventilación cada 24 horas en los pacientes		X			
No drenaje periódico de cualquier condensado que se colecciona en los circuitos de ventilación mecánica.		X			
En herida quirúrgica además una técnica quirúrgica no adecuada y la no profilaxis antimicrobiana adecuada		X			
No utilización de mascarillas, gafas y tapabocas	X				
No utilización de bata estéril durante la realización de cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico.		X			
No lavados de cada habitación y sitios adecuados para el control de excretas y recipientes para descartar el material corto punzante		X			
No lavado de manos antes y después de examinar a cada paciente	X				
La inadecuada asepsia y antisepsia para herida quirúrgica,		X			
No adecuada colocación de catéteres		X			
Contaminación del ventilador por mala manipulación		X			
La no inserción aséptica de sondas urinarias estéril		X			
No uso de guantes para manipular sangre, fluidos corporales, secreciones de infecciones e instrumental contaminado con estos fluidos.	X				

Los anteriores re direccionamientos deberán cumplirse en el contexto del cumplimiento de los paquetes Instruccionales para cirugías de IBEAS y el ministerio de protección social los cuales demandan las siguientes acciones en lo que a Cirugía se refiere:<sup>25</sup>

***Asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto.***

***Prevención del fuego en cirugía***

***Prevención de quemaduras en cirugía***

***Y Evitar las siguientes acciones inseguras***

- ***Procedimientos quirúrgicos en paciente equivocado***
- ***Procedimientos quirúrgicos innecesarios***
- ***Procedimientos quirúrgicos inapropiados para la enfermedad***

<sup>25</sup> Paquetes Instruccionales de buenas prácticas de seguridad MPS 2007 Cirugía.

- *Procedimientos quirúrgicos inapropiados para un determinado paciente*
- *Procedimientos quirúrgico apropiados para el paciente y la enfermedad que padece, pero realizadas por un cirujano no adecuadamente entrenado para efectuarlas*
- *Cirugía del lado equivocado*
- *Cirugía del sitio equivocado*
- *Oblitos*

## **8.1 IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES REINGRESADOS A HOSPITALIZACION GRUPO ETAREO**

EDAD	NUMERO	SEXO	PORCENTAJE
0- 4 AÑOS	3	M=2 F=1	7%
5-14 AÑOS	6	M=2 F=4	14%
15-25 AÑOS	12	M=1 F= 11	29%
26 - 45 AÑOS	21	M=1 F=20	50%
TOTALES	42	M=6 F=36	100%

## 8.2 CONDICIONES DEL SISTEMA DE HABILITACION DE HOSPITALIZACION DE LA CLINICA.

La siguiente evaluación la hicimos mediante lista de chequeo para permitir buscar la etiología de las infecciones en las condiciones técnico científicas de la habilitación de la clínica así:

### 8.2.1 RECURSOS HUMANOS.

1. RECURSO HUMANO						
<b>Estándar:</b> El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación.  Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.	X			
1.2	TODOS LOS SERVICIOS	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.	X			

1.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios.	X			
1.4	TODOS LOS SERVICIOS	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.	X			
1.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.	X			
1.6	TODOS LOS SERVICIOS	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente - asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera				

		permanente.				
<b>1.7</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.	X			
<b>1.8</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.	X			
<b>1.9</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Para hospitalización psiquiátrica, no aplican los estándares de hospitalización.	X			
<b>1.11</b>	HOSPITALIZACIÓN, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	<p>Por cada especialidad ofrecida, debe haber un médico especialista o subespecialista de disponibilidad quien será el responsable del paciente. El control hospitalario y la monitorización del paciente, puede ser realizado por médico general permanente. Enfermera profesional y auxiliar en enfermería permanentes.</p> <p>En hospitalización pediátrica de alta complejidad, debe contar con pediatra presencial, que puede estar compartido con otros servicios, salvo que el otro servicio especifique lo contrario.</p>	X			
<b>1.20</b>	SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y DE ALTA COMPLEJIDAD	Médicos especialistas o subespecialistas, según los servicios que ofrece la institución, instrumentadora y auxiliar en enfermería.	X			

		En sala de recuperación se debe contar con enfermera jefe y auxiliar en enfermería permanentes. Anestesiólogo de disponibilidad o residente de anestesia bajo supervisión por anestesiólogo para cada procedimiento que requiera de alguna técnica anestésica exclusiva del ámbito de la anestesiología quien sólo hará un procedimiento a la vez. Disponibilidad del responsable del acto quirúrgico.			
<b>1.32</b>	SERVICIOS OBSTÉTRICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Especialista en obstetricia, presencial y en pediatría de disponibilidad para mediana complejidad y presencial para alta complejidad. El control hospitalario puede hacerlo el médico general permanente. Enfermera profesional permanente.	<b>X</b>		
<b>1.33</b>	ESTERILIZACIÓN	Instrumentador o enfermera profesional o auxiliar en enfermería, esta última para aquellos lugares en que no se pueda contar con el personal profesional.	<b>X</b>		

## 8.2.2 INFRAESTRUCTURA – INSTALACIONES FÍSICAS – MANTENIMIENTO.

<b>2. INSTALACIONES FÍSICAS</b>
<b>Estándar:</b>

<b>Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.</b>						
<b>COD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
2.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel.	X			
2.2	TODOS LOS SERVICIOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.	X			
2.3	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X			
2.4	TODOS LOS SERVICIOS	En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas. En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.	X			
2.5	TODOS LOS SERVICIOS	En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencias, servicio de odontología y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia mas profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.	X			
2.6	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.	X			

2.7	TODOS LOS SERVICIOS	La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.	X			
2.8	TODOS LOS SERVICIOS	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.	X			
2.9	TODOS LOS SERVICIOS	Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.	X			
2.10	TODOS LOS SERVICIOS	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	X			
2.11	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.	X			
2.12	TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.	X			
2.13	TODOS LOS SERVICIOS	En instituciones que prestan servicios de hospitalización, urgencias, UCI y unidad de quemados, en todas las complejidades deben contar como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.	X			
2.15	HOSPITALIZACIÓN	Condiciones de áreas comunes:	X			



		<p>✓ Si se tienen escaleras o rampas, éstas son de material antideslizante en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados, que se prolongan antes del inicio y al final, y con protecciones si existen espacios libres. Si el servicio funciona en un segundo piso deberá contar con rampa o ascensor.</p> <p>✓ Si funcionan en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas, en edificaciones de cuatro (4) pisos o más, se empezarán a contar a partir del nivel más bajo construido existen ascensores con puertas con ancho mínimo para que quepa y gire una camilla. Para la movilización de usuarios de pie o en silla de ruedas, o camilla, la cabina deberá tener las dimensiones interiores mínimas y un espacio libre delante de la puerta de la cabina.</p> <p>✓ En los accesos, áreas de circulación y salidas, se evitan los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar su empaque y transporte, debidamente tapados: Compreseros, basuras, carros de comida, etc.</p> <p>✓ Condiciones del área de hospitalización: El puesto de enfermería garantiza la monitorización de pacientes o cuenta con sistemas de llamado en cada habitación y el rápido acceso a los cuartos de hospitalización. La estación de enfermería para el servicio de hospitalización, debe quedar localizada de tal forma, que permita visualizar las circulaciones de las habitaciones de hospitalización.</p> <p>✓ Debe contar con baño, área de trabajo sucio, área de aseo para el servicio.</p> <p>✓ Las puertas de acceso a los cuartos permiten un fácil paso y giro de camillas y sillas de ruedas. El ambiente de los baños permite el fácil desplazamiento del paciente, las puertas de los baños tienen un ancho que permite el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas y cuentan con un sistema que les permite ser abiertas rápidamente.</p> <p>Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres.</p>			
2.16	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	<p>Cuando se trata de de lactantes cuenta con espacio acondicionado para bañar y vestir a los niños (puede ser dentro del baño).</p> <p>Las ventanas tienen sistemas de seguridad para los niños.</p>	X		
2.20	SERVICIOS QUIRÚRGICOS	<p>Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución y Dispone de los siguientes ambientes:</p>	X		

	<p>✓ Área para recepción y entrega de pacientes.</p>		
	<p>✓ Vestier y baño para el personal.</p>		
	<p>✓ Sala(s) de cirugía.</p>		
	<p>✓ Sala de recuperación.</p>		
	<p>✓ Área para lavamanos quirúrgicos.</p>		
	<p>El servicio cumple además con las siguientes condiciones específicas</p>		
	<p>✓ Las puertas para los quirófanos tienen visor y un ancho que garantice el paso de las camillas y sus acompañantes en condiciones de rutina y emergencia.</p>		
	<p>✓ Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en los quirófanos o acumulador, con suficiente capacidad para el servicio quirúrgico</p>		
	<p>✓ La sala de cirugía cuenta con un sistema mínimo para extracción de gases anestésicos residuales de la máquina, hacia el exterior</p>		
	<p>✓ Los equipos eléctricos en salas de cirugía estarán conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra</p>		
	<p>✓ Si existen ventanas de abrir en las salas de cirugía, éstas cuentan con un control de la apertura de los basculantes</p>		
	<p>✓ La Iluminación es uniforme y simétrica en el campo operatorio</p>		
	<p>✓ La sala de recuperación está localizada en forma contigua y se comunica con el área de recepción y entrega de pacientes, así mismo, tendrá acceso al corredor o pasillo interno</p>		
	<p>✓ Por cada paciente en sala de recuperación se cuenta con dos tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia de la institución, una fuente de succión y una fuente de oxígeno</p>		
	<p>✓ Área de aseo.</p>		
	<p>✓ Cuenta con luz de emergencia generada por unidad autónoma o lámpara con acumulador, con suficiente capacidad para el servicio quirúrgico</p>		
	<p>✓ El servicio de cirugía está dispuesto de tal modo que es de fácil acceso para los pacientes que requieren procedimientos de emergencia en salas de cirugía, para lo cual contarán con rampa o ascensor en caso de ser necesario</p>		
	<p>Si el servicio realiza procedimientos de cirugía cardiovascular debe contar además con:</p>		
	<p>✓ Fuente de oxígeno y aire comprimido para la bomba de circulación extracorpórea</p>		

		Una toma eléctrica independiente para la bomba de circulación extracorpórea				
		Cuenta con la señalización para el acceso restringido a los quirófanos.				
<b>2.24</b>	SERVICIOS OBSTÉTRICOS ALTA COMPLEJIDAD	Además de las condiciones definidas para la mediana complejidad, el servicio dispone de: ✓ Consultorios para examen. ✓ Áreas para observación y recuperación ✓ Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en la unidad de cuidado obstétrico.	<b>X</b>			
<b>2.25</b>	ESTERILIZACIÓN	Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias. Si se realiza esterilización a gas, cuenta con el área específica. Debe poseer áreas separadas para ropa contaminada, limpia y estéril. Debe contar con unidad sanitaria y área de aseo.	<b>X</b>			
<b>2.26</b>	LACTARIO	Área aislada del área de Hospitalización y de la circulación de pacientes y de personal. Debe poseer área sucia y limpia. El lactario no es indispensable en las Entidades acreditadas como Instituciones amigas de la mujer y de la infancia.	<b>X</b>			

### 8.2.3 DOTACIÓN – MANTENIMIENTO.

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO						
<b>Estándar:</b>						
<b>Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador</b>						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES

3.1	TODOS SERVICIOS	LOS Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico. Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.	X			
3.2	TODOS SERVICIOS	LOS Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí. El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	X			

<b>3.3</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.	X			
<b>3.4</b>	TODOS LOS SERVICIOS	En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.	X			
<b>3.12</b>	ESTERILIZACIÓN	Equipo de esterilización según el método establecido en el manual de esterilización de la institución.	X			
<b>3.19</b>	SERVICIOS OBSTÉTRICOS DE MEDIANA, COMPLEJIDAD	Además de lo definido para baja complejidad, se cuenta con la siguiente dotación para todo el servicio: Monitor fetal electrónico, incubadora estándar y ecógrafo.	X			
<b>3.20</b>	SERVICIOS OBSTÉTRICOS DE ALTA COMPLEJIDAD	Además de lo definido para mediana complejidad el servicio cuenta con la siguiente dotación según cada área:	X			
		✓ Consultorio para examen: Camilla ginecológica con estribos ajustables, equipo de monitoreo fetal y tensiómetro y fonendoscopio.				
		✓ Área de parto: Cama hospitalaria de 2 o 3 planos, equipo de succión, ecógrafo con transductor vaginal, doppler obstétrico, equipo para amniocentésis, bombas de infusión, glucómetro.				

		✓ Salas de parto: equipo para revisión del canal del parto, incubadora de transporte puede ser compartida con otro servicio.			
		✓ Unidad de cuidado obstétrico con: cama hospitalaria de dos o tres planos, monitores de signos vitales, bombas de infusión continua, oxímetro.			
		Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos suficientes. La dotación mínima será ambú - bag, laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, guía de intubación para adulto y pediátrica según el tipo de población que atienda. Succionador, electrocardiógrafo, bombas de infusión si manejan medicamentos de goteo estricto, glucómetro, camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados y silla de ruedas.			
<b>3.5</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN EN TODOS LAS COMPLEJIDADES</b>		<b>X</b>		
		✓ Pulsoxímetro.	<b>X</b>		
		✓ Disponibilidad de electrocardiógrafo.	<b>X</b>		
		✓ Glucómetro.	<b>X</b>		
		✓ Aspirador de secreciones.	<b>X</b>		
		✓ Oxígeno central o Bala(s) de oxígeno, con carro de transporte en caso de traslado de pacientes.	<b>X</b>		

		✓ Disponibilidad de equipo de rayos X portátil.	X			
		✓ Equipo de órganos de los sentidos	X			
		✓ Tensiómetro y fonendoscopio adulto y pediátrico según el tipo de servicio ofrecido.	X			
		Si es unidad de quemados, además de lo anterior cuenta con:	X			
		✓ Equipo de disección de vena.	X			
		✓ Equipo de curación por cada paciente.	X			
		✓ Silla de ruedas.	X			
		Si el servicio es intensivo además de lo anterior cuenta con la siguiente dotación por cada cubículo o paciente:	X			
		✓ Cama de dos o tres planos con baranda, según el tipo de servicio ofrecido.	X			
		✓ Ventilador.	X			
		✓ Uno o más módulos de presión invasiva.	X			
		✓ Si el servicio es de cuidado intensivo adultos debe contar con fuente y electrodo para marcapaso interno transitorio.	X			
		Dotación para todo el servicio:	X			

		✓ Ventilador de transporte, Monitor con trazado electrocardiográfico, monitoreo de gasto cardíaco y monitor de transporte.	X		
		✓ En los casos en que no existe control visual permanente, éste puede ser reemplazado por un sistema de alarma de los equipos y timbre para los pacientes.	X		
<b>3.9</b>	SERVICIOS QUIRÚRGICOS	Cada quirófano cuenta con la siguiente dotación:	X		
	TODAS LAS COMPLEJIDADES	Mesa para cirugía, acorde al tipo de cirugías que realiza, máquina de anestesia, la cual debe contar con: Alarmas de desconexión, seguro de mezcla hipóxica, analizador de gases anestésicos, monitor de oxígeno administrado, monitor de presiones en la vía aérea y ventilador. Lámpara cielítica exceptuando cuando se tengan fuentes diferentes de luz (vgr. oftalmología), mesa para instrumental quirúrgico, aspirador portátil, laringoscopio con hojas para adultos y si se requiere hojas pediátricas, tensiómetro y fonendoscopio, camillas rodantes con barandas, equipo básico de reanimación, disponibilidad de desfibrilador, y elementos de monitoreo mínimo para administrar anestesia: Presión arterial no invasiva, electrocardiograma continuo, y pulsooximetría.	X		
		✓ Monitor con trazado electrocardiográfico.	X		



		Instrumental necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realizan en el servicio.	X		
		Bala o cilindro (s) de oxígeno con carro de transporte o sistemas de oxígeno central, en estos últimos casos deben tener planes y equipos para manejo de la contingencia de daños en la red.	X		
		Si el servicio es de <b>mediana y alta</b> complejidad cuenta con: Monitor de signos vitales, tensiómetro, disponibilidad de electrocardiógrafo y de pulsoxímetro y/o monitor cardíaco.	X		
		En sala de recuperación: Aspirador de succión, camillas y equipo básico de reanimación. Equipo para monitorear tensión arterial, trazado electrocardiográfico, pulsoximetría por camilla, desfibrilador.	X		
		Si el servicio es de <b>alta complejidad</b> cuenta además con:	X		
		✓ Bombas de infusión	X		
		✓ Estimulador de nervio periférico	X		
		✓ Presión arterial invasiva y no invasiva	X		
		✓ El Capnógrafo se requerirá en quirófanos como elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.	X		
		✓ El analizador de gases anestésicos inspirados y expirados se requiere en cirugía cardiovascular, neurocirugía y en cirugías en las que se empleen técnicas anestésicas con flujos bajos.	X		

		✓ El monitoreo de la temperatura se requiere en todos los servicios quirúrgicos que practiquen cirugías en neonatos, en infantes menores, en cirugía cardíaca, en trauma severo y en cirugías de más de tres horas.	X			
		✓ Equipo de gases arteriales.	X			
		✓ Sistema de infusión rápida de líquidos y sistema de calentamiento de líquidos y sangre.	X			
		✓ Disponibilidad de rayos X portátil.	X			
		✓ Disponibilidad de equipo de gasimetría arterial y electrolitos.	X			
		✓ Cardiovisoscopio con una derivación estándar.	X			
		En sala de recuperación, además de lo definido anteriormente:	X			
		Equipo mínimo para manejo de la vía aérea: carro de vía aérea con las siguientes características:	X			
		✓ Hojas de laringoscopio curvas y rectas de diferentes tamaños incluidas pediátricas.	X			
		✓ Tubos endotraqueales de diferentes calibres	X			
		✓ Bujías.	X			
		✓ Estiletes luminosos.	X			
		✓ Máscaras laríngeas.	X			
		✓ Equipo de cricotiroidotomía percutánea.	X			
		✓ Equipo de intubación retrógrada.	X			

## 8.2.4 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS						
Estándar:						
Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
4.1	TODOS LOS SERVICIOS	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.	X			
4.2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia.	X			
4.4	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.	X			
4.5	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial			X	

		correspondiente según el caso.				
<b>4.3</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X			

### 8.2.5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES.

<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>						
<b>Estándar:</b>						
<b>Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.</b>						
<b>COD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>5.1</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.  La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.	X			
<b>5.2</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.  Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.	X			

5.3	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado.	X			
5.4.	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.	X			
5.5.	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan,	X			
5.6	TODOS LOS SERVICIOS	Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.	X			
5.7	TODOS LOS SERVICIOS	Los prestadores que no posean servicios de urgencias y que por sus condiciones de operación deban prestar el servicio de atención inicial de urgencias, no deberán habilitar este servicio.	X			
5.8	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.	X			
5.9	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	X			
5.10	TODOS LOS SERVICIOS		X			

Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul) en el cual se

		<p>paciente requiera reanimación cerebrocardiopulmonar.</p> <p>Si ofrece programa de trasplantes tiene implementado el comité de trasplante de acuerdo con el Decreto 2493 de 2004 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>				
<b>5.11</b>	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.	<b>X</b>			
<b>5.12</b>	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.	<b>X</b>			
<b>5.13</b>	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con: Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes. Guías o manuales de los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reanimación Cardiocerebropulmonar.</li> <li>✓ Control de líquidos.</li> <li>✓ Plan de cuidados de enfermería.</li> <li>✓ Administración de medicamentos.</li> <li>✓ Inmovilización de pacientes.</li> <li>✓ Venopunción.</li> <li>✓ Toma de muestras de laboratorio.</li> <li>✓ Cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas.</li> </ul>	<b>X</b>			<b>No hay unidad de quemados</b>
<b>5.14</b>	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Si la institución presta servicios de unidad de cuidado intermedio e intensivo, además de lo anterior cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Guías para alimentación enteral o parenteral, declaración de muerte cerebral, colocación de catéter de presión intracraneana, inserción de catéteres centrales, inserción de marcapaso interno transitorio, traqueostomía, broncoscopia, toracentesis, cambio de líneas IV (centrales y periféricas), control de nutrición parenteral, anticoagulación profiláctica.</li> <li>✓ Guías para anticoagulación profiláctica, marcapaso interno transitorio, Embolectomía y hemodiafiltración (solo aplica para Unidad de cuidados intensivos e intermedios adulto).</li> </ul>	<b>X</b>			

		<p>✓ Guía para: colocación de tubo de tórax, paracentesis, lavados abdominales, venodisección, embolectomía, lavado peritoneal, diálisis peritoneal, hemodiálisis, hemodiafiltración (cuidados del paciente), lavado de fracturas, punción lumbar, protocolos de los cuidados por terapia respiratoria.</p> <p>✓ Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares incluido el servicio de unidad de quemados, urgencias y obstetricia.</p>				
<b>5.15</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	<b>X</b>			
<b>5.16</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.	<b>X</b>			
<b>5.17</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los Profesionales Independientes cumplirán lo de su competencia, según el servicio que ofrezcan.	<b>X</b>			
<b>5.18</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radioprotección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.	<b>X</b>			
<b>5.19</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Cuando se manejen pacientes oncológicos, deberán definir procedimientos que garanticen el manejo integral del paciente de acuerdo con el tipo de patología.	<b>X</b>			
<b>5.20</b>	HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS	Si la IPS realiza transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, éstos últimos deben ser provenientes de un banco de sangre o de un servicio de transfusión sanguínea. Los prestadores que realicen la transfusión tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente.	<b>X</b>			
<b>5.25</b>	SERVICIOS QUIRÚRGICOS, SERVICIOS OBSTÉTRICOS	<p>✓ Técnicas de asepsia y antisepsia en relación con: Planta física, equipo de salud, paciente, instrumental y equipos.</p> <p>✓ Guías de Evaluación y registro Pre-anestésico, a todo paciente que va a ser intervenido con anestesia regional o general.</p>	<b>X</b>			

✓ Preparación del paciente para el acto quirúrgico, traslado del paciente al quirófano, manejo de complicaciones post-quirúrgicas, transporte de paciente

		complicado.  En caso de realizarse procedimientos ambulatorios, se deben tener definidos los procedimientos para la información al paciente sobre preparación, consentimiento informado y recomendaciones postoperatorias, controles, complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos quirúrgicos sin hospitalización.				
<b>5.28</b>	SERVICIOS OBSTÉTRICOS	Atención del parto, indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia, hemorragia post-parto y post-cesárea, complicaciones intraparto, instrumentación, atención al recién nacido: Profilaxis ocular y umbilical, adaptación, reanimación del recién nacido y criterios de remisión.	<b>X</b>			
<b>5.30</b>	LACTARIO	Guías para la preparación de fórmulas lácteas.	<b>X</b>			
<b>5.31</b>	ESTERILIZACIÓN	Si utiliza esterilización a gas, cuenta con un manual de procedimientos, Manual de Esterilización según la (s) técnica (s) que utilice la IPS	<b>X</b>			

## 8.2.6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES						
Estándar:						
Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>6.1</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	<b>X</b>			
<b>6.2</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.	<b>X</b>			



6.3	TODOS LOS SERVICIOS	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	X			
6.4	TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X			
6.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.	X			
6.6	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			
6.7	TODOS LOS SERVICIOS	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
		Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.				

### 8.2.7 INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS						
<b>Estándar:</b>						
<b>Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.</b>						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
7.1	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o urgencias de baja complejidad cuenta con:	X			
		✓ Laboratorio clínico.				
		✓ Servicio farmacéutico.				
		✓ Ambulancia.				
		✓ Radiología.				
Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).						

<b>7.2</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta en especial, obstetricia, unidad de cuidado intermedio e intensivo o unidad de quemados; o urgencias de mediana o alta complejidad, además de lo exigido para baja complejidad, cuenta con servicios de: ✓ Transfusión sanguínea las 24 horas o Banco de Sangre. ✓ Quirófano. ✓ Nutrición. ✓ Terapia respiratoria. Si la institución presta el servicio de unidad de quemados u obstetricia de alta complejidad, cuenta con unidad de cuidados intensivos. La unidad de quemados debe contar con disponibilidad de servicio de fisioterapia	<b>X</b>			
<b>7.3</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de hospitalización de psiquiatría cuenta con servicios terapia ocupacional.			<b>X</b>	
<b>7.4</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de hospitalización pediátrica o es una institución acreditada por la OPS como amiga de la infancia, cuenta con lactario, a menos que la preparación de teteros esté contratada por fuera de la institución.	<b>X</b>			
<b>7.5</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los servicios que requieran procesos de esterilización deberán contar con este servicio.	<b>X</b>			
<b>7.6</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si ofrece quimioterapia debe contar con servicio farmacéutico de alta complejidad.	<b>X</b>			
<b>7.7</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicios de hemodiálisis cuenta con servicios de laboratorio clínico, Servicio de Transfusión o Banco de Sangre Servicio Farmacéutico, nutrición, imagenología.			<b>X</b>	
<b>7.8</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.			<b>X</b>	
<b>7.9</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si ofrece cirugía oncológica cuenta con servicio de radioterapia y consulta de oncología.	<b>X</b>			
<b>7.10</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios de esterilización, lactario y servicio farmacéutico, pueden pertenecer a la IPS o ser externos y contratados por la IPS, quien responderá por el buen funcionamiento de los mismos.	<b>X</b>			

## 8.2 8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.

8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES						
Estándar:						
Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
8.1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X			
8.2	HOSPITALIZACION, URGENCIAS Y PRESTADORES EN ÁREAS GEOGRÁFICAS DE DIFÍCIL ACCESO	Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: ✓ Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución. ✓ Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros). ✓ Disponibilidad de medios de transporte. ✓ Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X			
8.3	SERVICIOS OBSTÉTRICOS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD	Sistemas de referencia de pacientes a alto riesgo obstétrico y neonatal.	X			

## 8.2 9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
estandar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
9.1	TODOS LOS SERVICIOS	Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica: ✓ La ficha técnica del indicador ✓ La estandarización de las fuentes. ✓ La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.	X			

		<p>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las definiciones de este criterio.</p> <p>La tabla siguiente al presente estándar identifica los temas de seguimiento a riesgos en el ámbito de los servicios ofrecidos.</p>			
9.2	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.	X		
9.4	SERVICIOS DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS, UNIDAD DE QUEMADOS, CIRUGÍA, OBSTETRICIA, URGENCIAS, TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, DIÁLISIS RENAL O REALIZA ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	<p>✓ Guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre control de infecciones, manejo de antibióticos, manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones</p> <p>✓ Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, incluidos los servicios de odontología, laboratorio clínico, esterilización, o en los consultorios donde se realicen procedimientos y en todas las demás áreas donde se requiera de un proceso de limpieza y asepsia más profundo</p> <p>✓ Guías establecidas por el comité de farmacia y terapéutica, sobre el correcto uso de los medicamentos incluyendo controles sobre el uso de los psicotrópicos y otros medicamentos que causan adicción física y psíquica, en caso de ser utilizados por la institución.</p> <p>✓ Guía sobre transfusión de sangre total o de sus componentes. Los prestadores que realicen éste procedimiento, tendrán bajo su responsabilidad, verificar que todo componente sanguíneo, que se vaya a aplicar a un paciente, cuente con el Sello Nacional de Calidad de Sangre</p> <p>✓ Comités técnico científicos o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno en el prestador que desarrollen los procesos de evaluación y seguimiento de los siguientes riesgos:</p> <p>✓ Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, quirúrgica, perinatal y de urgencias.</p>	X		

	✓ Infecciones intrahospitalarias incluyendo infecciones quirúrgicas			
	✓ Complicaciones quirúrgicas inmediatas.			
	✓ Complicaciones anestésicas			
	✓ Complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales.			
	✓ Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana			

## **IX CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

**En el estudio realizado se registraron 71 pacientes infectados del periodo analizado, de los cuales 42 fueron por infección postquirúrgica, siendo ésta una tasa muy alta. De estos 42; El 57% que es el mayor número de infectados que reingresan, tienen problemas de drenaje purulento e infección de las heridas los cuales su etiología no se ha determinado si se produce por causa nosocomial propiamente dicha o debido a que en la vivienda las curaciones, los procesos de recuperación y asepsia tampoco son los adecuados.**

**Lo primero que debe hacer la clínica para mejorar sus procesos de atención hospitalaria; es un reordenamiento total de su sistema de información en términos de tecnología blanda y dura; que le permita monitorear los resultados epidemiológicos, operativos, de producción, asistenciales, de oportunidad/accesibilidad; de gestión del riesgo, de calidad técnica, de satisfacción global y de monitoreos de los incidentes y alertas tempranas en función de ser una unidad primaria generadora de datos, lo cual registra grandes debilidades y falencia, para su autogestión, retroalimentación y autocorrección de sus resultados asistenciales para mejorar la seguridad y satisfacción del paciente.**

**Con el fin de tomar decisiones técnico científicas, de mejoramiento continuo, de calidad del servicio donde el usuario sea el foco central es menester que se reúnan los comités técnico científicos o de vigilancia epidemiológica de la IPS para que recomiende a la administración los direccionamientos a seguir con base en los resultados de los indicadores trazadores, especialmente los de gerencia del riesgo con los reingresos por infecciones nosocomiales y la satisfacción del usuario que están por encima los primeros y por debajo los segundos de toda la red prestadora de servicios de salud de Cartagena.**

**Las infecciones quirúrgicas son todas aquellas que se originan por gérmenes bacterianos y/o por los hongos como consecuencia de un acto quirúrgico, presentándose la patología infecciosa en el periodo inmediato o mediato a la intervención. El riesgo de infección postquirúrgica, repercute en un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria; sin olvidar las consecuencias en forma de**

**morbi mortalidad. Sólo la aplicación de las medidas preventivas permitiría una reducción de las mismas.**

**LA IPS con esta concepción técnico científica debe reportarla y tomar los respectivos correctivos; para en vez de ocultar la situación encararla y generar las estrategias viables que le den una solución definitiva, mas cuando tiene un posicionamiento en el mercado de la pediatría y ginecoobstetricia de la ciudad bastante importante.**

**Una buenas prácticas de bioseguridad del paciente debe resolver el problema de control de los factores de riesgos que afectan al huésped del servicio, en virtud de cortar la cadena epidemiológica de las nosocomiales para lo cual hay que eliminar, reducir, controlar o transferir los riesgos o infecciones intrahospitalarias que afectan a la clínica, el cual en general es moderado pero si no se toman las medidas oportunas podrá volverse inaceptable en corto plazo.**

**Si el margen de ganancias de los negocios de salud de alta complejidad en el país sobre todo hospitalización, UCI y cirugía mínimamente invasiva es del 40%; en el caso de la clínica crecer genera por reingreso por infecciones en el 2010 en promedio el que representa el 32% del total de los ingresos por las cirugías practicadas que potencialmente se pierden, situación deficitarias además de comprometer el Good Will por parte de los socios.**

**Dentro de los re direccionamientos más importantes de las actividades y ejecutorias de seguridad del paciente en la clínica, es importante capacitar al personal administrativo y asistencial en cuanto a la seguridad en la atención , con el propósito de generar espacios en los que se comparta información relacionada con la seguridad del paciente en el día a día de la institución para contribuir a la reducción del riesgo de situaciones adversas por fallas activas durante la prestación del servicio, crear cultura de seguridad y mejorar la calidad de la atención en salud.**

**Es importante que la Clínica por los resultados tan preocupantes de su tasa de infección, tenga en cuenta el Auto test Prueba de Concordancia**

**Derivado de la metodología IBEAS donde se ofrece a los actores participantes en los programas de seguridad del paciente un instrumento que mide que tanta concordancia y proporción de coincidencia presenta cada evaluador de las historias clínicas. Cuyas medidas de concordancias responden a la pregunta relativa a la variabilidad entre dos observadores - Kappa; Kappa está basada en comparar la concordancia observada en un conjunto de datos respecto a la que podría ocurrir por simple azar y el índice Kappa básicamente mediante la incorporación en su fórmula de una corrección que excluye la concordancia debida exclusivamente al azar, corrección que está relacionada con las distribuciones marginales y se utilizan para identificar claramente los sucesos de nosocomiales o eventos adversos en cada caso.**

**Por último, toda IPS debe entender que la vigilancia y control epidemiológico nacen de la necesidad de evitar el contagio de enfermedades infecciosas en la comunidad. En sus inicios se implementaron acciones como aislamiento y cuarentena de enfermos, al transcurrir los años, gracias al aporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se crearon sistemas de vigilancia epidemiológica con implementación gubernamental en cada país.**

**Hoy es pertinente utilizar, además de los anteriores aspectos tratados a lo largo del presente proyecto, técnicas como el protocolo de Londres, las rondas de seguridad, clima de seguridad del paciente, formato de reportes de eventos adversos, enfermedades de notificación obligatoria, protocolos de desinfección de quirófanos entre otros que debemos tener en cuenta para desarrollar, fortalecer destrezas y competencias para detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociados a la atención en los pacientes en las instituciones de salud.**



## BIBLIOGRAFIA

1. **Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del paciente en la República de Colombia. 11 junio/08.**
2. **Membreño MJP, Zonana NA; HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS. CAUSAS, COMPLICACIONES Y MORTALIDAD; Rev Med IMSS 2005; 43 (2): 97-102**
3. **Dra. Herrera Sicle, M; Dra. Gundín Labrada M; Dra. Palma López M. E; Dr. Padilla González. J C; Dr. Crespo Valdés N; MORBIMORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS; HABANA – Cuba; revista médica; 2001**
4. **Caracterización epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en Chile. Diciembre de 2003; Rev Chilena Infectología 2005; 22 (2): 169-202; Santiago jun. 2005.**
5. **Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human. Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.**
6. **J. Gállego, E. Martínez-Vila, F. Zubiri, M.E. Irigoyen, J.A. Villanueva; La enfermedad vascular cerebral en el año 2000. Unidad de Ictus Cerebro vascular disease in the year 2000. Stroke unit**
7. **HERRERA-KIENGELHER, J. et.al. Frecuencia y correlación de eventos adversos en un hospital de enfermedades respiratorias en México. 2005. 128:3900-5**
8. **Dr. Guzmán Cayado M.; Dr. Acosta González A; Diabetes mellitus e ingreso hospitalario; Revista Cubana Investigación Biomédica; volumen 20 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2001.**
9. **[www.noticiasdenavarra.com](http://www.noticiasdenavarra.com); Jueves, 29 de noviembre de 2007**

- 10.L. García-Castrillo; Epidemiología del síndrome coronario agudo en los servicios de urgencias; Revista de emergencias 2002; 14:S69-S74
- 11.Rev Cubana Med Gen Integra v.17 n.3 Ciudad de La Habana Mayo-jun. 2001
- 12.GAITAN, Hernando. *et.al.* Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá 2002 - 2003. Departamento de investigaciones clínicas, Universidad Nacional de Colombia
- 13.Mónica Gil D de M, Carolina Cruz P, Nora Leal A, Laura Otth R, María Emilia Arce G, Ángela Zaror C y Víctor Lizama A; Cuadernos de Cirugía, Vol. 14 N° 1, 2000, pp. 18-22
- 14.A Borges, J Arandia, Z Colmenares De Arias, AM Vargas y MJ Alfonzo; A Borges, CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y TOXICOLÓGICA DEL ENVENENAMIENTO POR TITYUS ZULIANUS (SCORPIONES, BUTHIDAE) EN EL ESTADO MÉRIDA, VENEZUELA; RFM v.25 n.1 Caracas ene. 2002
- 15.Caracterización epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en Chile; Revista. Chilena de Infectología. Volumen .22 n.2 Santiago jun. 2005; Diciembre de 2003;
- 16.RAMOS MEJÍA R. M; Caracterización epidemiológica de la mortalidad por infecciones intrahospitalarias en el distrito capital durante los años 2001, 2002 y 2003. BOGOTÁ, D.C; JULIO 2005.

