



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Proceso de Acreditación en Estándares Internacionales para la Seguridad del Paciente Quirúrgico en la Fundación Santa Fe de Bogotá, aplicando el modelo de la Joint Commission International

Leide Fuquen Fraile

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2012



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Proceso de Acreditación en Estándares Internacionales para la Seguridad del Paciente Quirúrgico en la Fundación Santa Fe de Bogotá, aplicando el modelo de la Joint Commission International

Leide Fuquen Fraile

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Administración en Salud Pública

Director (a):
Doctor Luis Carlos Sarmiento
Codirectora:
Doctora Rocio Robledo

Área de Énfasis:
Administración en Servicios de Salud

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de salud Pública
Bogotá, Colombia
2012



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Accreditation Process in International
Standards for Surgical Patient Safety
Foundation Santa Fe de Bogota, applying the
model of the Joint Commission International

Leide Fuquen Fraile

National University of Colombia
Medicine Faculty, Public Health Department
Bogota, Colombia
2012



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Accreditation Process in International Standards for Surgical Patient Safety Foundation Santa Fe de Bogota, applying the model of the Joint Commission International

Leide Fuquen Fraile

Research paper as partial requirement to obtain the title of:
Specialist in Public Health Administration

Director (a):
Dr. Luis Carlos Sarmiento
Co-Director:
Dr. Rocio Robledo

Area of Emphasis:
Health Services Administration

National University of Colombia
Medicine Faculty, Public Health Department
Bogota, Colombia
2012

RESUMEN

La atención segura del paciente quirúrgico comprende una correcta sincronía entre conductas, normas, infraestructura y la adecuada administración de recursos que garanticen calidad de talla internacional, siendo el principal diferenciador competitivo en el entorno de empresas de salud. La Organización Mundial de la Salud OMS y la Joint Commission International JCI se han preocupado por la seguridad del paciente dentro de los centros de atención sanitaria, tanto así que uno de los 6 objetivos de la JCI está relacionado con la Seguridad del paciente en Bloque Quirúrgico. Estos estándares fueron los que el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá ha implementado, siendo este un proceso complejo de trabajo conjunto por la organización, que les permitieran en el año 2009 lograr la acreditación como hospital que brinda calidad y seguridad en la atención gracias al proceso de remodelación de salas de cirugía, implementación de protocolos de verificación y señalización del sitio quirúrgico, check list y Time Out, la adopción de estas medidas sin duda hacen competitivo a una IPS frente al entorno; el presente documento permite identificar el proceso que debe seguir una entidad de salud tanto pública como privada en sus procesos administrativos y asistenciales, específicamente en la atención quirúrgica para proporcionar calidad en la atención en salud.

Palabras claves: Bloque quirúrgico, estandarización, calidad, acreditación

ABSTRACT

Safe patient care includes proper surgical synchrony between behaviors, standards, adequate infrastructure and management resources to ensure world-class quality, the main competitive differentiator in the healthcare business environment. The World Health Organization OMS and the Joint Commission International JCI are concerned about patient safety in health care facilities, so much so that one of the six objectives of JCI is related to Patient Safety in Surgical Center . These standards were the Fundación Santa Fe de Bogotá University Hospital has implemented a complex process and this joint work by the organization, to enable them to achieve in 2009 as a hospital accreditation that provides quality and safety of care through the remodeling process operating rooms, implementing verification protocols and signaling surgical site, check list and Time Out the adoption of these measures will definitely make a competitive environment against IPS; this document identifies the process to be follow an entity of public and private health in their administrative processes and care, surgical care specifically for proportional quality health care.

Keywords: Surgical Block, standardization, quality, accreditation

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
1. SISTEMA GENERAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD.....	9
1.1. Calidad en Salud.....	9
1.2. Estándar internacional de acreditación en salud, Modelo Joint Commission International	10
1.2.1. Organización de los estándares.....	10
1.2.2. Requisitos Generales para la evaluación.....	10
1.2.3. Resultado de la evaluación	13
1.3. Metas y Estándares Internacionales Para la seguridad del paciente Quirúrgico.....	14
1.3.1 Estándares e anestesia y atención quirúrgica (ASC).....	14
1.3.2 Meta de seguridad en la atención del paciente quirúrgico.....	15
1.4. Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia.....	16
1.4.1. Sistema único de habilitación.....	16
1.4.2. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud.....	16
1.4.3 Sistema único de Acreditación.....	16
1.4.4 Sistema de información para la calidad.....	16
1.5. Antecedentes de Acreditación para la seguridad del paciente quirúrgico en Colombia.....	17
1.5.1 Dinámica poblacional en Colombia año 2010.....	17
1.5.2 Política de seguridad del paciente en Colombia.....	18
2. PROCESOS A CUMPLIR POR LAS IPS. BLOQUE QUIRÚRGICO.	24
2.1. Programación de cirugía	24
2.2. Inducción de anestesia y reanimación.....	24
3. PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ESTÁNDARES INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ....	26
4. COMPARATIVO META DE SEGURIDAD 4 Y PROCESOS SANTA FE.	32
5. COMPARATIVO ESTÁNDAR ASC Y PROCESOS SANTA FE.....	36
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	38

INTRODUCCIÓN

La atención segura del paciente quirúrgico comprende una correcta sincronía entre conductas, normas, infraestructura y la adecuada administración de recursos que garanticen calidad de talla internacional, siendo el principal diferenciador competitivo en el entorno de empresas de salud; entiéndase por calidad aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y completo bienestar tanto para cliente interno como el externo (1)

El paciente quirúrgico es atendido en Salas de cirugía, siendo este el lugar en el cual se desarrollan el conjunto de actividades de un grupo multidisciplinario compuesto por personal de enfermería, cuerpo médico, instrumentadoras, anestesiólogos, personal asistencial y de apoyo que garantizan al paciente calidad en la atención (2); por lo anterior, los hospitales e IPS encaminan sus esfuerzos en el cumplimiento de exigencias que acrediten sus procesos de atención quirúrgica como los mejores en su campo, mediante la oferta de servicios con la más alta garantía en calidad nacional (3) e internacional.

La Organización Mundial de la Salud OMS y la Joint Commission International JCI se han preocupado por la seguridad del paciente dentro de los centros de atención sanitaria, tanto así que uno de los 6 objetivos de la JCI está relacionado con la Seguridad del paciente en Bloque Quirúrgico. Estos estándares fueron los que el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá ha implementado, siendo este un proceso complejo de trabajo conjunto por la organización, que les permitieran en el año 2010 lograr la acreditación como hospital que brinda calidad y seguridad en la atención.

Particularmente, la evolución que ha tenido la garantía en la calidad data del año 1917 cuando el Colegio Estadounidense de cirujanos elaboro los primeros estándares mínimos en servicios de salud para hospitales, este primer aporte sentó las bases para que la Joint Commission on the Accreditation Healthcare Organizations, administrara el proceso de acreditación en salud desde el año 1959 hasta la fecha (4).

En Colombia solo una institución en el departamento de Santander ha logrado certificarse, se trata de la Fundación Cardiovascular quien en el año 2009 obtiene la acreditación internacional (5); a partir de ese momento el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá inicia el proceso mediante una evaluación preliminar por pares expertos en la atención en salud designados por la Joint Commission International, quienes realizan en el mismo año una inspección y revisión documental de la IPS y formulan en su informe diferentes oportunidades de mejora por departamentos, destacan falencias en la atención por parte del servicio quirúrgico tanto en seguridad como en eficiencia de procesos, evidenciados por el 76,81% de ocupación en quirófanos, salas subutilizadas, incumplimiento en tiempos quirúrgicos programados y debilidades en la atención del paciente pre quirúrgico.

Por tal razón el alcance del presente estudio comprende la descripción de actividades que desarrollar una IPS con el fin de hacer un comparativo analítico con el trabajo desarrollado por la Fundación Santa Fe de Bogotá, para el cumplimiento de estándares en lo referente a administración de quirófanos y atención del paciente quirúrgico, según hallazgos en el

informe de pares evaluadores en la visita realizada en el 2009 y las acciones de mejoramiento desarrolladas que permitieron al Departamento de Cirugía y la entidad entera acreditarse en febrero del año 2010 con estándares de calidad Internacional, y en los últimos meses obtener el Galardón Hospital Seguro.

La metodología utilizada comprende la mención del proceso que debe realizar una IPS para asegurar que sus actividades cumplan con los estándares definidos internacionalmente, desarrollo PHVA, medias administrativas adoptadas, normatividad y retos enfrentados durante el proceso, finalizando con el impacto de dichas acciones en la eficiencia de un área como lo es salas de cirugía.

La descripción del conjunto de actividades permitirá a entidades públicas y privadas conocer retos y ventajas frente a la certificación internacional que se obtiene por la JCI como institución líder mundial en la calidad de la atención de la salud y seguridad del paciente, y establecer protocolos y acciones de mejoramiento en procesos con miras a la mejora continua y la excelencia en la atención quirúrgico y no quirúrgico.

1. SISTEMA GENERAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

En primer lugar, el termino garantía se refiere al poder lograr asegurar o proteger contra un riesgo y responder a la calidad de algo cuando se ofrecen los servicios de salud, por lo tanto este servicio debe atender a las necesidades de los usuarios y la protección a diferentes riesgos en el manejo de la atención médica (6).

Su origen se remonta al año 1994 con expedición del Decreto 1876 de la ley 100, en el cual se reglamenta la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado (7), dos años después se reglamenta el Sistema de garantía de la Calidad en Salud con el Decreto 2174, en el cual se plantean los siguientes objetivos:

1. Garantizar parámetros de mínimos de calidad en salud, promoción del desarrollo de una cultura de calidad, competencia leal entre EPS.
2. Fomentar el desarrollo de un sistema de información sobre calidad, permitiendo el ejercer de labores de auditoria, vigilancia y control.
3. Fortalecer la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud (8).

De manera que, la garantía se convierte en el conjunto de acciones que sistemáticamente realizan los individuos y las IPS para responder al servicio que se presta con el objeto de prevenir al usuario o paciente de riesgos y ofrecerles la protección y beneficios para mejorar su calidad de vida, lo anterior mediante de estrategias de monitoria, evaluación, diseño que comprende la gestión de la calidad (6).

Por otra parte, cuando el énfasis comprende la evaluación y monitoria se habla de aseguramiento a la calidad, siendo éste el establecimiento de estándares que deben ser verificados de forma periódica, que permiten asegurar un nivel mínimo de calidad. En esta medida, se entiende como aseguramiento a la calidad el “conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar confianza adecuada de que un producto o servicio satisfará los requisitos dador sobre la calidad” (9).

1.1 Calidad en salud

Los primeros informes de calidad en medicina datan de finales del siglo XIX, posterior a la guerra de Crimea, donde los hospitales comenzaron a elaborar y evaluar hallazgos sobre los mecanismos que permitieran mejorar la calidad en la atención e intervenir procesos para reducir la mortalidad de pacientes asociada a la anestesia. Es entonces en 1933 donde aparece el aporte más conocido realizado por Lee y Jones quienes definen la calidad en Salud en ocho artículos de fe donde relacionan el resultado favorable de una buena atención medica (10 pág. 79).

Igualmente, la calidad es un proceso constante de evolución, el concepto tiene múltiples interpretaciones uno de los más acertados se da en el año de 1990 con la afirmación de calidad en la atención como aquella que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y completo bienestar, para lograrlo existe un valor mínimo de

calidad que satisfaga las necesidades mínimas a los usuarios, por ejemplo, obtener una atención acorde a sus necesidades mínimas para acceder a los servicios , un tiempo prudencial para la atención, la cual debería ser prestada en un ambiente de confort, higiene, calor humano e idoneidad por el profesional de salud (1 pág. 10).

En esta medida la calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado (acorde con las normas), para W.E. Deming hacer lo apropiado es “hacer lo correcto correctamente” y llevar a cabo continuos perfeccionamientos (6 pág. 98) que a través de los años se han puesto en marcha por exponentes que se preocupan por lograr calidad en los procesos. De acuerdo a Bounds (1994) la calidad ha evolucionado a través de cuatro eras como se muestra a continuación.

Tabla 1.1: Evolución de la calidad según Bounds (6)

Calidad en la empresa	4 eras
Inspección	Siglo XIX
Control estadístico del proceso	1930
Aseguramiento de la calidad	1950
Administración estratégico de la calidad total	1990

En la actualidad las organizaciones y empresas de salud imponen como parte de su desarrollo el mejoramiento continuo de la calidad que permita prevenir fallas y corregirlas, para ello existen los programas ISO (International Organization for Standardization), que proporciona los pilares básicos para competir por la excelencia (11).

1.2 Estándares Internacionales de acreditación en salud, modelo Joint Commission International

La Joint Commission es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro siendo un organismo que acredita a miles de organizaciones en diferentes países como lo son hospitales, IPS ambulatorias o a domicilio, sanidad mental, asilos, laboratorios, y toda clase de sistemas de salud (12).

Las entidades que han logrado la acreditación internacional cuentan con el reconocimiento de talla mundial en servicios de alta calidad, y atención segura al paciente, mediante el cumplimiento de metas nacionales para el paciente seguro (13).

Entre los beneficios que reciben las entidades acreditadas están

- Educación
- Entrenamiento

- e-learning
- Iniciativas para la seguridad de los servicios sanitarios
- Consultoría
- Acreditación Internacional

La misión de la entidad certificadora es mejorar la seguridad y la calidad de los atención en salud en la comunidad internacional a través de la disponibilidad de educación, publicaciones, consultoría, y evaluación de los servicios (12).

Mediante la evaluación de estándares Internaciones definidos por la Comisión, se establece el estándar mínimo que debe cumplir toda organización de salud con miras a la acreditación Internacional (13), el cual abarca:

- Organización del cuerpo médico
- Convocación regular en la revisión del cuerpo médico
- Prohibición de compartir honorarios
- Cumplimiento y disponibilidad de expedientes clínicos
- Disponibilidad de los departamentos clínicos de laboratorio y radiología del hospital

Estos estándares tienen su origen no solo por fuentes de información múltiples de índole literario, científico, numérico, investigativo y por recomendaciones de expertos, fueron organizados en común acuerdo por grupos de desarrollo que comprenden expertos de diez países, seis grupos focales en diferentes regiones del mundo, un panel de expertos en derechos del paciente y la familia, expertos en planta física para finalizar por una aprobación final del grupo y del Directorio Ejecutivo. Por otra parte las variables que tiene presente el ente de internacional comprenden las funciones que se ejecutan en el organismo que desea su acreditación, la población de pacientes, y las dimensiones de funcionamiento (12).

De igual forma, estadísticamente de 692 hospitales en donde el estándar mínimo fue probado, sólo 89 llenaron los requisitos por completo, lo anterior marca un referente convirtiéndose en un reto para todo hospital que busque esta acreditación (12 pág. 17).

De manera que “la acreditación es el proceso por el cual un equipo de supervisores visita instituciones sanitarias para inspeccionar las practicas, las políticas y los resultados de la atención a los pacientes. Para su cumplimiento la Institución en cuestión se evalúa a si mismo con respecto a las recomendaciones y lineamientos del entre certificador, y conforme a su cumplimiento adquiere o no la acreditación” (15 pág. 58), según Joint Commission acreditación es un proceso en el cual una entidad, separada y diferente de la organización de atención sanitaria, por lo general no gubernamental, evalúa la organización sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos (estándares) diseñados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención (13).

Los estándares de acreditación son generalmente considerados como óptimos y alcanzables, a su vez la acreditación proporciona un compromiso visible, por parte de

una organización, de mejorar la seguridad en la atención del paciente, así mismo asegura un entorno de atención seguro que permita trabajar insistentemente para la disminución de riesgos, tanto para los pacientes como para el personal asistencial y administrativos. (13).

Ahora bien, es necesario tener presente la definición de Estándar según JCI la cual lo define como el conjunto de “Requisitos que definen las expectativas de funcionamiento con respecto a la estructura, el proceso y a los resultados que deben estar sólidamente en un lugar apropiado en la organización para alcanzar la seguridad y la calidad para el cuidado del paciente” (12 pág. 53).

De lo anterior se concluye que los estándares deben estar publicados, y a disposición por todo el personal para consulta, un hospital debe estar organizado alrededor de funciones importantes centradas en el paciente, por esta razón deben:

- Ser diseñados para ser interpretados y evaluados dentro de la cultura y el marco jurídico de un país.
- Fijar los estándares que todas las organizaciones deben tener
- Fijan el mejor "alcance" o estándares de la práctica para que todos los alcancen (16)

1.2.1 Organización de los Estándares. Los estándares se organizan en torno a las funciones importantes comunes de todas las organizaciones de atención sanitaria, están agrupados por las funciones relacionadas con la prestación de atención al paciente y las relacionadas con la prestación de una organización segura y efectiva. El acceso a la información de los estándares es gratuito y puede descargarse a través de la página oficial de la Joint Commission International (16).

1.2.2 Requisitos Generales para la Evaluación. Las organizaciones de atención sanitaria podrán solicitar la acreditación de JCI si cumple con los siguientes requisitos:

- La organización funciona actualmente como prestadora de atención sanitaria en el país y está habilitada.
- La organización asume, o tiene intenciones de asumir, la responsabilidad de mejorar la calidad de la atención y los servicios.
- La organización ofrece servicios que cumplen con los estándares de JCI (16).

1.2.3 Resultados de las Evaluaciones

El ente evaluador es el comité de acreditación de JCI, el cual toma la decisión basándose en las conclusiones de la evaluación (13). La organización puede obtener una de las siguientes dos decisiones:

Acreditada: otorgada si la organización demuestra:

- Un cumplimiento aceptable con cada uno de los estándares de JCI (calificación de 5 mínimos en cada estándar).
- Un cumplimiento aceptable con los estándares de cada capítulo (calificación de 7 mínimo en cada capítulo).
- Un cumplimiento general aceptable (calificación de 8,5 mínimo en todos los estándares).
- Un cumplimiento aceptable en todas las metas Internacionales para la seguridad del paciente (calificación de 5 mínimo en los requisitos de todos los objetivos) (16).

Acreditación negada: decisión de acreditación que resulta cuando una organización no cumple consistentemente los estándares de JCI y las Metas Internacionales para la seguridad del paciente (16).

Según el manual de estándares Internacionales de JCI de 2008, éstos se agrupan de la siguiente forma:

- Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)
- Derechos del paciente y de su familia (PFR)
- Evaluación del paciente (AOP)
- Atención de pacientes (COP)
- Anestésica y atención quirúrgica (ASC)
- Manejo y Uso de medicamentos (MMU)
- Educación del paciente y de su familia (PFE)
- Mejora de la Calidad y Seguridad del paciente (QPS)
- Prevención y Control de infecciones (PCI)
- Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)
- Gestión y Seguridad de la Instalación (FMS)
- Calificaciones y educación del personal (SQE)
- Manejo de la Comunicación y la información (MCI)

A su vez, se alterna el estándar con el cumplimiento de metas, para la Joint Commission International el propósito de las metas internacionales para la seguridad del paciente es promover mejoras en cuanto a la seguridad del paciente, su estructura se asemeja al de los demás estándares e incluyen un estándar (declaración de la meta), la intención y los elementos medibles (16). Las metas definidas son las siguientes:

- Meta 1. Identificar correctamente a los pacientes
- Meta 2. Mejorar la comunicación efectiva
- Meta 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alerta alta
- Meta 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
- Meta 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria
- Meta 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Finalmente, cientos de instituciones en el mundo han iniciado este proceso, pero sólo unas pocas lo han logrado. Para el caso de Sudamérica, nueve hospitales de Brasil y dos en Chile han obtenido este reconocimiento; ser competidor global significa ser reconocidos por la comunidad internacional como centro de excelencia en prestación de servicios de salud, garantizando resultados médicos a la altura de las mejores clínicas del mundo.

1.3 Metas y Estándares Internacionales Para la seguridad del paciente Quirúrgico

Como se ha señalado anteriormente son diferentes grupos de estándares que conforman el conjunto de lineamientos internacionales, para efectos de análisis del paciente quirúrgico, encontramos los estándares descritos a continuación.

1.3.1 Estándares de Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC) Joint Commission International refiere que los estándares para anestesia y cirugía son aplicables en todos los casos que requieran anestesia y/o sedación moderada o profunda, de igual forma donde se requiere practicar un procedimiento quirúrgico o invasivo (17).

Los estándares definidos según el documento oficial de la Joint Commission Internacional “Estándares de Acreditación para Hospitales” se dividen en atención anestésica y atención quirúrgica, y son los siguientes:

Atención anestésica

- ASC. 1 Los servicios de anestesia están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes y con los estándares profesionales.
- ASC. 2 Habrá una o más personas calificados responsables de gestionar los servicios de anestesia.
- ASC. 3 Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada o profunda.
- ASC. 4 Una persona calificada lleva a cabo una evaluación previa a la anestesia y una evaluación previa a la inducción.
- ASC. 5 Se planifica y documenta la atención de anestesia de cada paciente.
 - ASC. 5.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente, su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.
 - ASC. 5.2 Se anotan la anestesia utilizada y la técnica anestésica en el expediente clínico del paciente.
 - ASC. 5.3 Durante la administración de la anestesia, se monitorea permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su expediente clínico.

- ASC. 6 Se monitorea y documenta el estado posterior a la anestesia de cada paciente y cada paciente es dado de alta de recuperación por una persona calificada mediante el empleo de criterios establecidos.

Atención Quirúrgica:

- ASC. 7 Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de evaluación.
- ASC. 7.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente y su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.
- ASC. 7.2 Se anota la cirugía realizada en el expediente clínico del paciente
- ASC. 7.3 Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se monitorea permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su expediente clínico.
- ASC. 7.4 Se planifica y se documenta la atención del paciente después de la cirugía.

1.3.2 Meta de Seguridad en la atención del paciente quirúrgico: La meta de seguridad que directamente es objeto de estudio del presente documento, y aporta el conocimiento a las organizaciones sobre el cuidado del paciente quirúrgico es la número 4 “Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto” el requisito de la meta es que la organización desarrolla un enfoque para asegurar la realización de cirugías en el sitio correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto” (16).

Igualmente es de señalar que “un error médico no presupone implícitamente la existencia de negligencia” (18), el objetivo de la meta es, sin lugar a dudas el desarrollo del procedimiento quirúrgico seguro tanto para paciente como para cirujano.

1.4 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de atención en salud (SOGCS) en Colombia

En el Decreto 2174 se define El Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad De La Atención De Salud (SOGCS) como “el conjunto de Instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible” (19 pág. 120); establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro componentes así:

1.4.1 Sistema Único de Habilitación. El Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006, Resolución 2680 de 2007, Resolución N° 3763 de 2007), “establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención” (20).

1.4.2 Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. Se define como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – es el camino mediante el cual la institución y hospital implementa la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud el cual deberá ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación (20).

1.4.3 Sistema Único de Acreditación. A saber, el Ministerio de Protección Social e ICONTEC en el año 2004 lanzaron el Sistema Único de Acreditación siendo parte del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la Atención en Salud. “El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido mediante el Decreto 2309 de 2002, la acreditación en salud está planteada como uno de los componentes a través de los cuales se debe obtener el objetivo del mejoramiento continuo de la calidad y consecuentemente, para que una entidad pueda aplicar ante el ente acreditador para optar al otorgamiento del título de “acreditado en salud”, debe estar previamente habilitada, verificado su cumplimiento por el ente correspondiente y no estar sujeta a ninguna sanción en el último año como mínimo, en todo caso debe siempre informar sobre cualquier información en su contra al momento de presentarse, para el que el organismo acreditador haga los análisis y tome las decisiones correspondientes” (21).

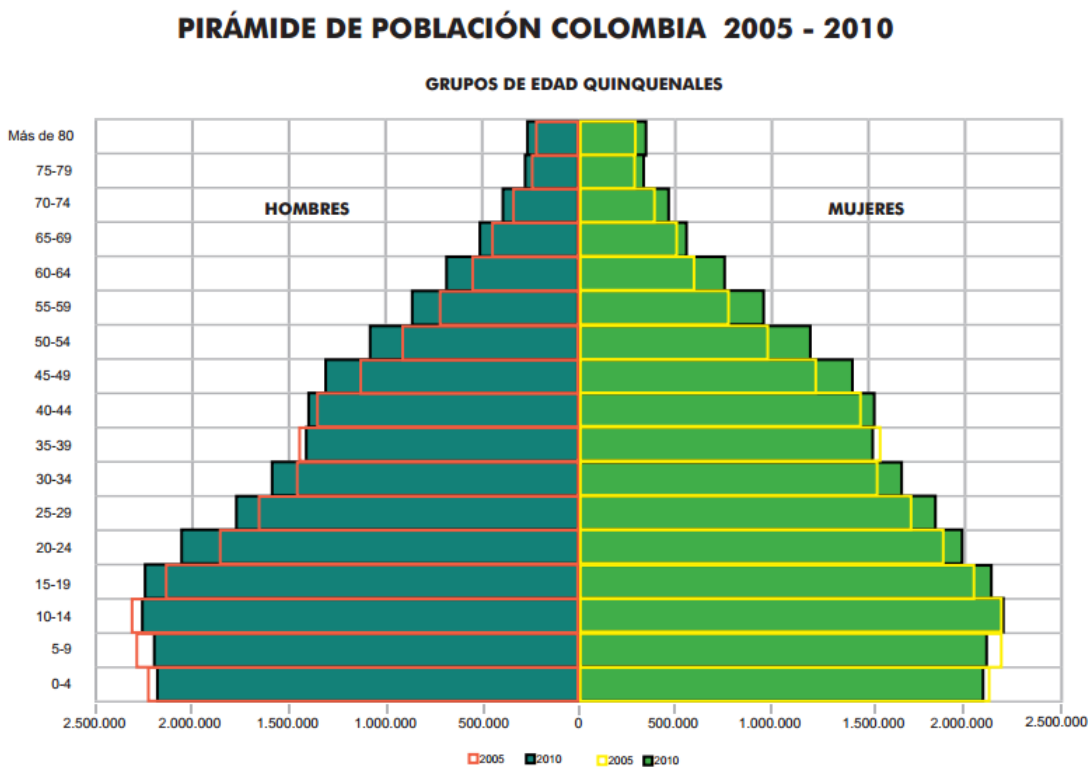
1.4.4 Sistema de Información para la Calidad. Establecido por la Resolución 1446 de 2006, el cual comprende los indicadores del Sistema de Información para la Calidad que deben ser enviados semestralmente (febrero y agosto) a la Superintendencia Nacional de Salud. Según lo establecido y modificado en la Circular Única 49 de 2008, en el capítulo de IPS en las visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación realizadas a las Instituciones prestadoras de servicios de Salud, se evalúa la implementación de los indicadores de calidad (20).

1.5 Antecedentes de Acreditación para la seguridad del paciente Quirúrgico en Colombia

1.5.1 Dinámica poblacional en Colombia año 2010. Para el año 2010 la población total comprendía 45.509.584 habitantes (22) (Figura 1), para el caso de Bogotá en

ese mismo año la población ascendía a 7.363.782 habitantes, según la revista América Economía la tasa de ocupación promedio para los quirófanos en América latina es de 60% año 2010, el promedio de enfermeras universitarias por cama (6,8 en promedio) o el número de médicos por cada egreso (2,92), este reporte exclusivo da a conocer información clave de los mejores centros de salud de la región. Entre éstos hay hospitales privados, públicos y universitarios (23).

Figura 1.1. Pirámide de Población Colombia 2005-2010 (24)



En Colombia solo 24 instituciones de salud cuentan con acreditación nacional (25), para satisfacer la demanda de la población en territorio nacional, éstas son:

- Instituto del Corazón - Unidad de negocios de la FCV
- Hospital Pablo Tobón Uribe
- Hospital General de Medellín
- Hospital del Sur de Itagüí
- Hospital Pablo VI Bosa
- Centro Policlínico del Olaya
- Centro Médico Imbanaco
- Clínica del Occidente
- Fundación Santa Fe de Bogotá
- Fundación Valle del Lili
- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
- Hospital Nazareth ESE
- Laboratorio Clínico Continental Ltda.

- Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología
- Hospital Manuel Uribe Ángel
- Fundación Oftalmológica de Santander-Clínica Carlos Ardila Lülle
- Hospital San Vicente de Paúl Medellín
- Hospital Universitario Departamental de Nariño
- Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt
- Clínica Reina Sofía
- Hospital Civil de Ipiales
- Clínica de Medellín
- Hospital San Francisco de Viotá
- Virrey Solís IPS S.A.

Lo anterior demuestra que de 1135 IPS en el territorio nacional solo 24 cuentan con acreditación nacional (2,11%) y 2 con acreditación Internacional equivalente a 0,18%, se evidencia la necesidad de ampliar el conocimiento e interés por los hospitales en Colombia de perfeccionar la calidad en la prestación de servicios de salud en pacientes tanto ambulatorios como quirúrgicos.

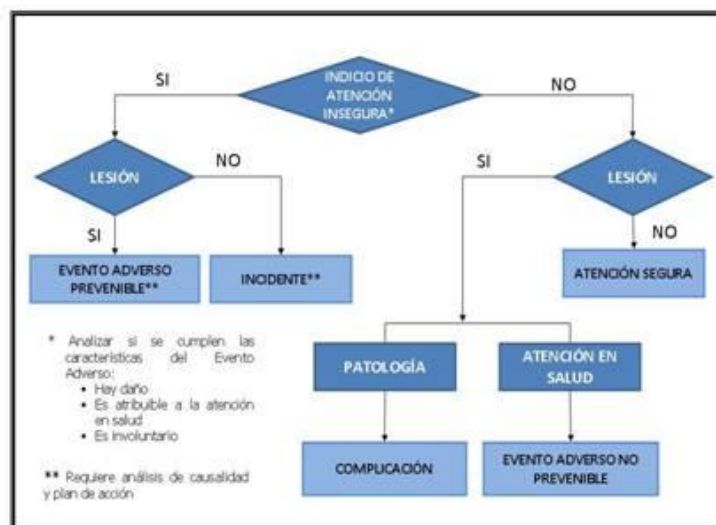
1.5.2 Política de seguridad del paciente en Colombia. En el país se habla de seguridad del paciente en el año 2008 cuando el país impulsa la Política de Seguridad del Paciente, la cual es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; su objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, del mismo modo reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (26).

“Para alcanzar el propósito de establecer una atención segura es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud” (26), por lo anterior se definen los siguientes principios en la política:

- Enfoque de atención centrado en el usuario.
- Cultura de Seguridad.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Multicausalidad.
- Validez
- Alianza con el paciente y su familia.
- Alianza con el profesional de la salud.

El siguiente gráfico muestra el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en la política de seguridad del paciente:

Figura 1.2.: Modelo conceptual de seguridad en la atención del paciente (26)



Por otra parte, la guía técnica 001 “Buenas Prácticas en la seguridad del paciente en la atención de salud realizada por la Unidad Sectorial de normalización de la Dirección General de Atención en Servicios resalta el manejo y conductas quirúrgicas entre las cuales se destacan al realizar la cirugía correcta, en el paciente quirúrgico, adicionalmente señala la verificación en el quirófano mediante la utilización de la lista de chequeo para la “Cirugía Segura” sugerida por la OMS (27). que comprende:

- Cuando el paciente es valorado por el personal de enfermería encargado de la instrucción pre quirúrgica al paciente.
- Al momento de diligenciar el consentimiento informado.
- El estándar del símbolo con el cual se marca y la utilización de marcadores indelebiles.
- Hacer partícipe al paciente si sus condiciones físicas y mentales lo permiten y a su familia en caso de menores o discapacitados.

Tabla 1.2: Lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía. (28)

(5%), revascularizaciones cardíacas (5%), timectomía por toracoscopia (3%) y otros misceláneos (26%), (Grafico 1.2) (29).

Gráfico 1.1: Numero de Historias Clínicas según presencia de error n=100 (29)

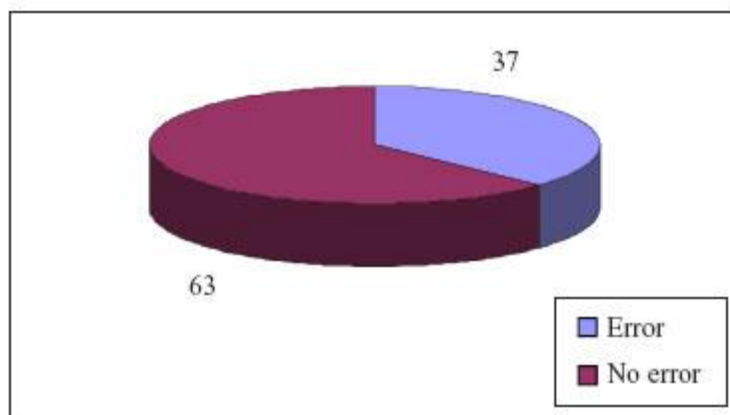
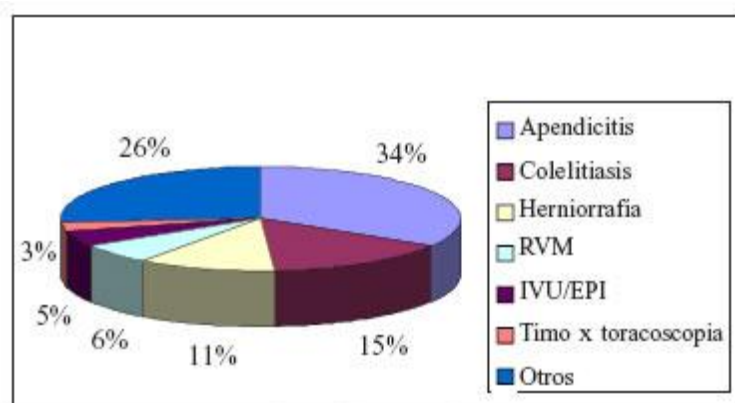
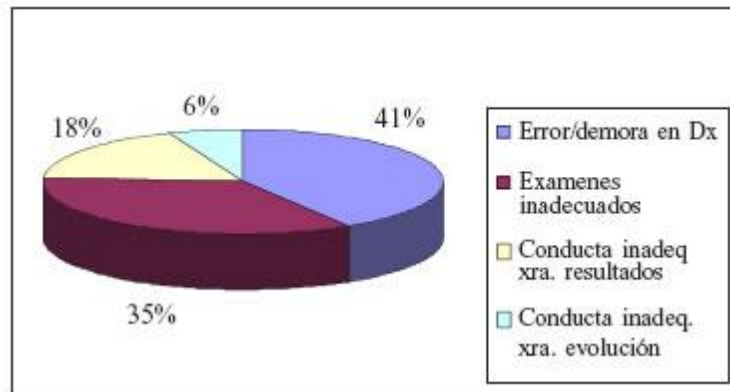


Gráfico 1.2: Discriminación según Diagnóstico en Historia Clínica que no presentaron error n=63 (29)



Dentro del grupo de errores diagnósticos (n=17), el 41% correspondió a error o demora en el mismo. A su vez, el 46% de los errores terapéuticos correspondió a un retraso en la aplicación del mismo. La distribución de los diferentes tipos de error dentro de cada grupo puede apreciarse en el gráfico 1.3.

Gráfico 1.3: Errores de tipo diagnóstico: discriminación según el tipo específico de error n=17/59 (29)



Finalmente cabe resaltar que sólo dos Instituciones en nuestro país se encuentran acreditadas Internacionalmente, estas son Fundación Cardiovascular de Colombia (2009) y Fundación Santa Fe de Bogotá (2010), estos dos hospitales han recibido esta acreditación por parte de la organización con mas experiencia en acreditación en todo el mundo: la Joint Commission International (8 pág. 208).

2. PROCESOS A CUMPLIR POR LAS IPS. BLOQUE QUIRÚRGICO

El bloque quirúrgico se define como el conjunto de actividades y de apoyo encaminadas a la realización de un acto quirúrgico, desde el momento que el paciente ingresa a salas de cirugía, hasta que sale de recuperación post-operatoria en un ambiente adecuado de confort y seguridad (31 pág. 48)

Un factor determinante al gestionar un bloque quirúrgico comprende la correcta utilización de la información y su universalización, la cual debe ser actualizada, realista y con el suficiente conocimiento del tiempo requerido; para que la actividad del quirófano sea eficiente, se deben considerar algunos determinantes tales como:

- Inicio y final puntual de la cirugía que asegure respeto a la programación y cumplimiento, el exceder el tiempo programado implica correr el horario de inicio de los procedimientos siguientes y en por ende incumplimiento colectivo en la hora de inicio.
- Flexibilidad operacional, traducida como la capacidad de responder a las fluctuaciones de demanda, la complejidad de algunos procedimientos, procedimientos de urgencias que alteran la ejecución de la programación quirúrgica.
- Medidas de contingencia ante procedimientos no programados que requieran el uso del conjunto de recursos e instalaciones, de manera que no generen impacto significativo en la ejecución de lo propuesto para el día. Una solución posible es utilizar el quirófano (o uno de ellos) reservado para urgencias (32).
- Evitar las cancelaciones, siendo este un indicador que identifica el nivel de eficiencia operacional, la información preoperatoria suministrada a paciente y familiares es igualmente importante para evitar suspensiones debidas a incomparecencia del paciente.
- Tiempo de recambio mínimo, entendido como el tiempo que transcurre desde que el paciente sale de la sala de cirugía posterior al procedimiento y el ingreso del nuevo paciente a la misma sala.

2.1 Programación Quirúrgica

La programación es la formulación de una demanda asistencial que el bloque como suministrador de servicios tiene que hacer todo lo posible para que pueda llevarse a cabo. También pretende optimizar los recursos para alcanzar un alto nivel de productividad. Dicha planificación debe ser integral asociado a los avances científicos de la cirugía moderna, uso de nueva tecnología y complejidad de los procedimientos quirúrgicos (33 pág. 562).

Una programación quirúrgica debe garantizar información confiable de paciente, procedimiento y recursos se debe centralizar a una persona el informe de estado de equipos y recursos e inventario de los mismos a la oficina de programación quirúrgica de la semana inmediatamente anterior, y cada departamento debe hacer entrega de sus

requerimientos asegurando los recursos que se requieren para el acto quirúrgico de la semana siguiente (33).

La programación suele realizarse utilizando la reserva de bloques quirúrgicos asignados a cada especialidad y por un tiempo motorizado de forma periódica de manera que permita reajustar tiempos acorde a las necesidades de cada especialista, el deber ser comprende la inclusión en la programación quirúrgica una vez se ha ejecutado una valoración pre anestésica, analógicamente el cirujano organizaría su horario semanal que sería entregado a más tardar el jueves de la semana inmediatamente anterior de modo que permita ajustar y realizar los requerimientos de recursos a las dependencias que intervienen en el proceso (33).

La duración debe ser realista no ajustada a estimaciones ni supuestos, lo ideal sería contar con una base de datos históricos según cada cirujano (34) o, son muchos los sistemas informáticos que existen como apoyo a la programación quirúrgica, y permite incluir la asignación de recursos.

Una vez se asegura la disponibilidad de recursos para la semana siguiente la duración del procedimientos sustentado por histórico de tiempos opcionalmente se podría elaborar un programa operatorio preliminar, asegurando una distribución de salas, equipos y recurso humano de una forma ordenada, rentable y lógica; sin embargo, existe la salvedad de no contar con el recurso en el día y la hora para la cual se solicita, al ocurrir este imprevisto las partes implicadas deberán reunirse para discutir una solución y replantear las condiciones de lo programado (33).

2.2 Inducción de Anestesia y Reanimación

Anestesia hace parte del acto quirúrgico, y su tiempo debe ser estimado como parte del bloque asignado, de esta manera mediante la disposición de una sala preoperatoria dotada de equipos de monitoria permitirá destinar a la sala de cirugía el tiempo necesario del cirujano y el recambio de sala (35).

Encontramos variables críticas que inciden en el no cumplimiento del programa quirúrgico como los son:

- Limpieza del quirófano.
- Tiempo de traslado del paciente a salas de cirugía.
- Preparación del paciente e inducción pre anestésica.
- Demora en llegada de cirujanos y anestesistas.

Variables difícilmente controlables asociadas a hábitos y costumbres propios de las personas implicadas que deben ser intervenidas para lograr una mejor utilización.

El servicio de salas de cirugía comprende unas de las áreas de mayor concurrencia de pacientes y procedimientos, los cuales acarrear costos significativos para las

instituciones que prestan el servicio, lo esperado por las instituciones es lograr atender el mayor número de pacientes que permita la capacidad instalada, esto sólo puede ser posible mediante una correcta planeación del espacio quirúrgico, recursos esterilizables, biomédicos, biomecánicos, al igual que profesionales capacitados para la atención y más aún pacientes preparados e informados (36).

El proceso asistencial generalmente se compone de elementos como la consulta externa quirúrgica, o valoración del paciente hospitalizado si es el caso, seguido por la consulta pre anestésica, luego la admisión, ingreso del paciente, preparación del mismo, acto quirúrgico, posoperatorio y finalmente alta del paciente (35). Bloque quirúrgico

Con el objeto de mejorar la eficiencia en el uso del espacio quirúrgico, hoy día es necesario gestionar su utilización mediante el uso de bloques quirúrgicos con el objeto de optimizar tiempos de cirugías programadas, reducir la cancelación y mejorar el rendimiento mediante un control y uso de indicadores de gestión.

3. PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ESTÁNDARES INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

El primer paso comprendió el análisis del entorno nacional y competitividad en el mercado con respecto a hospitales del territorio Nacional, como referente se toma la información registrada en el año 2010 en el SIHO (Sistema de Información de Hospitales Públicos en Colombia contaba con 2,73% de IPS Nivel 3 de atención (37), como se observa en la tabla 3.1.

Tabla 3.1: IPS por Nivel de Atención (37)

Nivel	Cantidad	Porcentaje
1	961	84,67
2	143	12,6
3	31	2,73

A nivel Nacional en el año 2010 existían 589 quirófanos pertenecientes a Hospitales públicos en territorio Colombiano (Tabla 3.2), de los cuales 73 se encuentran ubicados en la ciudad de Bogotá (Tabla 3.3), para un total de 1.030.179 cirugías realizadas en el año (Tabla 3.4)

Tabla 3.2: Capacidad instalada nacional (37)

Concepto	Cantidad
Camas de hospitalización	25.121
Camas de observación	6.998
Consultorios de consulta externa	9.152
Consultorios en el servicio de urgencias	1.866
Salas de quirófanos	589
Mesas de partos	1.448
Número de unidades de odontología	3.883

Tabla 3.3: Capacidad instalada Bogotá D.C (37)

Concepto	Cantidad
Camas de hospitalización	2.799
Camas de observación	447
Consultorios de consulta externa	991
Consultorios en el servicio de urgencias	123
Salas de quirófanos	73
Mesas de partos	37
Número de unidades de odontología	276

Tabla 3.4: Volumen de cirugías -Servicio Nacional

Concepto	Cantidad
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	1.030.179
...Cirugías grupos 2-6	455.666
...Cirugías grupos 7-10	427.167
...Cirugías grupos 11-13	104.149
...Cirugías grupos 20-23	

El panorama nacional es competitivo, de ahí la importancia de implementar procesos para la consecución de reconocimientos de talla mundial en calidad de la atención en salud, por lo anterior en el año 2008 y 2009 comienza el proceso de remodelación de salas de cirugía de la Fundación Santa Fe de Bogotá, una vez terminada la obra contaron con tecnología de punta, sin embargo a pesar de la dotación en infraestructura, se observa que existen salas desocupadas en horarios demandados por los cirujanos, al revisar el indicador de utilización de capacidad instalada encontramos una proporción de 78,8% promedio para el primer semestre del año 2009, adicionalmente indicadores como el de oportunidad en la asignación de turno se encuentra a 12 días lo que indica que en promedio trascurren diez días desde el día en que se solicita el turno, hasta el que se ejecuta la cirugía; lo anterior indica que existen falencias en el proceso de solicitud de turno o la asignación del bloque quirúrgico que hacen una inadecuada distribución de recursos y equipamiento (Información suministrada por el Jefe del Departamento de Cirugía, Dr. Luis Gerardo García-Herreros)

Al ser un proceso tan complejo requiere conocer los lineamientos exigidos por acreditación Internacional para la atención al paciente quirúrgico, y los estándares que un organismo Internacional contempla y exige de cumplimiento, a su vez retos que debe enfrentar una IPS para lograr conseguirlos y ejecutarlos, en Colombia solo un Hospital ha logrado certificarse, poniendo en manifiesto retos para las IPS que desean comenzar el proceso.

Todo proceso de acreditación Internacional en una Institución de Salud Comprende la solicitud formal a la comisión Internacional para la visita previo de orientación que se lleva a cabo 90 días después de radicada la solicitud, el proceso consiste en la revisión de

indicadores clave y antecedentes de los mismos (se estudian como mínimo 18 meses hacia atrás); en otros son menos exigentes, como los indicadores financieros y administrativos. La sola preparación para abordar este proceso dura dos años (38).

La remodelación de quirófanos anteriormente mencionada comprende construcción de quirófanos especializados, son 9 salas de cirugía de alta complejidad y dos salas para procedimientos ambulatorios, la modernización tecnológica, puertas de asegurar con sensor de movimiento, todo con las normas de habilitación dispuesta por la secretaria de salud.

Dicha remodelación se complementa con acciones en infraestructura orientadas a la seguridad del paciente quirúrgico, tras la implementación de protocolos de verificación y señalización del sitio quirúrgico, check list confirmatorio al ingreso del paciente a salas, Time Out o pausa de seguridad.

La adopción de estas medidas fue un proceso que sin duda hace competitivo en el mercado a una IPS, el presente documento permite identificar el proceso que debe seguir una entidad de salud tanto pública como privada en sus procesos administrativos y asistenciales, específicamente en la atención quirúrgica para proporcionar calidad en la atención en salud (Información suministrada por el Jefe del Departamento de Cirugía, Dr. Luis Gerardo García-Herreros).

A continuación como ejemplo, se presenta el conjunto de actividades desarrolladas en los últimos años la Fundación Santa Fe de Bogotá en el marco de acreditación Internacional 2010, según metas de seguridad y estándares de atención en el paciente quirúrgico.

4. COMPARATIVO META DE SEGURIDAD 4 Y PROCESOS SANTA FE

Tabla 4.1 Proceso adelantado por el Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá para cumplimiento de la meta de seguridad 4

LINEAMIENTOS GENERALES PARA ACREDITACIÓN INTERNACIONAL EN PACIENTE QUIRÚRGICO – META DE SEGURIDAD 4	ESTUDIO REALIZADO EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ	ACCIONES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA META DE SEGURIDAD
Marcación del sitio operatorio	No se cuenta con la marcación del sitio operatorio, el médico indica el procedimiento a realizar a la enfermera de turno y ella revisa evolución en la Historia Clínica del paciente, registrando en el Kardex la lateralidad del procedimiento.	Implementación de política hospitalaria de marcación de sitio operatorio previo al ingreso del paciente a cirugía en el miembro que será sometido a la intervención quirúrgica, actividad realizada por quien realizará la cirugía y debe contar con la Inicial del nombre y Apellido del cirujano, dicha marcación que no deberá realizarse directamente sobre el sitio de la incisión. La marca deberá hacerse con el paciente despierto, y consciente, y en lo posible en un lugar visible.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA ACREDITACIÓN INTERNACIONAL EN PACIENTE QUIRÚRGICO – META DE SEGURIDAD 4	ESTUDIO REALIZADO EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ	ACCIONES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA META DE SEGURIDAD
<p>Proceso de verificación preoperatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con una lista de chequeo realizada por el técnico electromecánico de salas de cirugía en la cual 30 min antes de iniciar las cirugías, se realiza una ronda verificando que los equipos básicos de la sala se encuentren en las mejores condiciones técnicas. • La enfermera que entrega el paciente verifica y registra en las notas paramétricas del sistema las condiciones en que el paciente es enviado a salas de cirugía, y realiza la entrega de exámenes e imágenes diagnósticas. • La farmacia de salas de cirugía verifica la programación quirúrgica el día antes y constata los recursos adicionales que son requeridos como prótesis, e implantes. 	<p>Implementación de manilla de identificación sin número de habitación, todo paciente que ingresa a salas es recibido por la enfermera quien mediante lista de chequeo verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre completo • Historia Clínica • Indaga y constata procedimiento a realizar y lateralidad. • Verifica marcación del sitio operatorio

LINEAMIENTOS GENERALES PARA ACREDITACIÓN INTERNACIONAL EN PACIENTE QUIRÚRGICO – META DE SEGURIDAD 4	ESTUDIO REALIZADO EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ	ACCIONES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA META DE SEGURIDAD
<p>Tiempo fuera o “Time Out” que tiene lugar justo antes del procedimiento</p>	<p>No existe un proceso de confirmación previo a la cirugía</p>	<p>Implementación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tablero de control de Time Out • Lista de ítems a verificar durante el Time Out • Antes de realizar la incisión previo a la anestesia, el equipo quirúrgico en la sala está atento a la lectura por parte del cirujano y confirmación de los Ítems de la pausa de seguridad, en voz alta y con paciente despierto. • Registro en descripción quirúrgica de hora de Time Out en la Historia Clínica del paciente.

5. COMPARATIVO ESTÁNDAR ASC Y PROCESOS SANTA FE

Tabla 5.1 ASC. 7 Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de evaluación.

LINEAMIENTOS GENERALES – ESTÁNDAR DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA	ESTUDIO REALIZADO EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ	ACCIONES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR
<p>ASC. 7.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente y su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.</p>	<p>Con un 90% de cumplimiento en la comunicación con paciente y familia, un 10% requiere reforzar la información impartida por el medico tratante, el dialogo paciente medico solo tiene evidencia en el registro y firma del consentimiento informado.</p>	<p>A Partir de julio de 2009 se establece como política la obligatoriedad del registro en la evaluación clínica del paciente de la información general compartida con el paciente y retroalimentación del paciente con respecto a cirugía, complicaciones y proceso de recuperación, actividad que se desarrolla en consulta previa y consulta pre anestésica.</p>

LINEAMIENTOS GENERALES – ESTÁNDAR DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA	ESTUDIO REALIZADO EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ	ACCIONES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR
<p>ASC. 7.2 Se anota la cirugía realizada en el expediente clínico del paciente</p>	<p>Con un 98% de cumplimiento en el registro de descripción quirúrgica en la Historia Clínica¹, se evidencia problemas del sistema de Información en Salud His Isis por los cuales no graba la nota quirúrgica en el 2% restante, del mismo modo 4 Historias Clínicas que un caso particular en donde el cirujano omite el registro por factores ajenos a su voluntad como: atención en cirugía de emergencia posterior al acto quirúrgico y cierre de la Historia Clínica por salida del paciente.</p>	<p>Se implementa la metodología de paciente trazador, el cual es un proceso donde 5 colaboradores del Hospital con formación de auditoria para emplean los lineamientos que Joint Commission International para trazar paciente mediante el seguimiento de pacientes individuales quirúrgicos a través del proceso de atención sanitaria de la organización, en la secuencia experimentada por los pacientes. Dependiendo del entorno de atención sanitaria, esto puede requerir que los evaluadores visiten múltiples unidades de atención, departamentos o áreas dentro de una organización o una única unidad de atención para “trazar” la atención prestada a un paciente.</p> <p>Al finalizar el análisis realizan el informe que es presentado mensualmente en el Comité de Gestión Clínica a todos los Jefes de Área, para que reconozcan los hallazgos y el registro en la Historia Clínica como record anestésico y Nora quirúrgica, la dirección Medica emite la política de prohibición en el uso de siglas.</p>

¹ Información suministrada por el Jefe del Departamento de Cirugía de la Fundación Santa Fe de Bogotá Dr. Luis Gerardo García Herreros

LINEAMIENTOS GENERALES – ESTÁNDAR DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA	ESTUDIO REALIZADO EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ	ACCIONES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR
<p>ASC. 7.3 Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se monitorea permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su expediente clínico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece la necesidad de contar con equipos de monitoria y presión invasiva de alta gama, por lo anterior se seleccionan dentro de la compra de equipos los monitores Nihon Kohen, que permiten una avanzada tecnología en el monitoreo del paciente antes, durante y después del acto quirúrgico. • El paciente ingresa a cirugía ambulatoria en donde se realiza el proceso administrativo recepción de documentos, no se realiza una monitorización de signos previo al ingreso de salas de cirugía. • Se cuenta con una unidad de recuperación pos anestésica en la cual se monitoriza el paciente posterior a la cirugía para su recuperación. • El record de anestesia cuenta con la opción de escritura de evolución de signos vitales por periodos de 5 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se implementa el Estándar Operacional “Ingreso de Paciente al Servicio de Cirugía Ambulatoria” elaborado y aprobado el 13 de Octubre del 2009 por el Departamento de Cirugía, se realiza el proceso de socialización y capacitación al personal a cargo de cumplir los lineamientos descritos, donde se contempla en la actividad 4 “Toma y registro de signos vitales” proceso realizado por la auxiliar de enfermería y registro realizado en la Historia Clínica Ambulatoria; durante la entrega del paciente a salas la auxiliar informa es estado hemodinámico del paciente a la enfermera que recibe. • Se realiza compra de equipos de monitoria en sedación, los cuales permiten controlar el estado de relajación del paciente durante el suministro de anestesia. • Mediante el desarrollo del Software de la historia Clínica Digital se ingresa segundo a segundo la actividad hemodinámica del paciente.

LINEAMIENTOS GENERALES – ESTÁNDAR DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA	ESTUDIO REALIZADO EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ	ACCIONES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR
<p>ASC. 7.4 Se planifica y se documenta la atención del paciente después de la cirugía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermera del servicio de recuperación registra en la Historia Clínica el proceso de atención posterior a la cirugía, el cuidado y evolución del paciente, cambios y eventos presentados durante su estancia en la unidad de cuidado por anestésico. • Mediante el registro en notas de enfermería paramétricas la enfermera puede realizar una lista de chequeo de verificación de estado de la piel y herida quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante la mencionada metodología de paciente trazador, los auditores internos evalúan la calidad de atención del paciente en el servicio de recuperación, y proveen recomendaciones cuando se evidencian oportunidades de mejora.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los riesgos a que está sometido un paciente no derivan exclusivamente de un error médico o de enfermería, sino que provienen de diferentes fuentes asistenciales, administrativas, de normas y conductas con el agravante de que se producen en personas vulnerables, indefensas por las características de su enfermedad, no obstante las barreras y mecanismos de control establecidos mediante la implementación de estándares de orden internacional han permitido a la nación adoptar conductas y estrategias competitivas en el sector salud a través de la ejecución de estrategias alineadas con la Normatividad Colombiana, políticas de seguridad del paciente y esforzar día a día por ser una IPS destacada en el entorno.

Por lo anterior el Sistema General de garantía a la Calidad proporciona los parámetros mínimos de calidad en salud, creando en el entorno una cultura de competencia entre IPS públicas y privadas en calidad de servicios; sin embargo calidad en servicio es el resultado de un proceso de exigencia interna y reto de la entidad en acreditarse nacional e internacionalmente, siendo esta última uno de los principales retos en las organizaciones, que involucra un trabajo en equipo para adoptar conductas y procesos requeridos por las entidades de control como la Joint Commission International que fomentan la seguridad del paciente no solo en cirugía, en todo el ámbito hospitalario.

La seguridad se convierte entonces en una meta, la Commission resalta la importancia de encaminar todos los esfuerzos en brindar una atención en cirugía al paciente libre de riesgos prevenibles mediante la puesta en marcha de los lineamientos descritos en el conjunto de estándares que comprenden el grupo ASC. 7 “Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de evaluación” y la meta de seguridad 4 “Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto”.

Lo anterior traduce en la autoevaluación por las IPS como el trabajo desarrollado en Hospital San Ignacio donde se destaca que el 27.6% de los errores en el acto médico y asistencial pudieron ser prevenibles, y 13% de ellos fueron mortales; se hace necesario la planificación conjunta de estrategias rentables y sostenibles que involucren al colaborador como actor principal del cambio, el proceso que lleva más de 2 años de esfuerzo y organización e inversión económica, se compensa con el reconocimiento internacional en calidad de servicio y seguridad en quirófanos.

Finalmente, el resultado de contar con quirófanos y procesos de atención acreditados internacionalmente, permite a una IPS como lo es el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá ser reconocido por su excelencia en salud a la altura de los mejores hospitales del mundo, esta marco referenciador en un país como Colombia demuestra que la exigencia, el control y la calidad es la inversión que

hospitales públicos y privados deben apuntar para obtener los beneficios que trae consigo el ser el mejor y mas seguro en su campo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kerguelen C. Calidad en Salud. Beta Impresiones Ltda.: Bogotá; 2003.p.10
2. Arias J., Aller M., Arias I., Lorente I. Generalidades Medico Quirúrgicas.:Tebár.: Madrid; 2001.p.264
3. Calidad en Salud en Colombia Los Principios. [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>. Consultado Junio 10 del 2000.
4. Historia de la Acreditación en el Mundo. [Internet] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=114&IdCat=29>. Consultado el 14 de abril del 2012.
5. Organizaciones Acreditadas. [Internet] Disponible en <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/JCI-Accredited-Organizations/>. Consultado el 01 de Abril de 2012.
6. Heredia F. Calidad y Auditoria en Salud. Ecoe Ediciones.: Bogotá DC., 2003.p.128.
7. Presidencia de la República. DECRETO 1876 DE 1994. [Internet] Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1994/agosto/03/dec1876031994.pdf. Consultado Citado el: 01 de Abril de 2012.
8. Atehortúa F., Bustamante R., Gonzalez J., Valencia J., Jaramillo W. Gestión y Auditoria de la Calidad para Organizaciones Públicas. Universidad de Medellín: Medellín., 2005.
9. Montgomery, Douglas C. Control Estadístico de la Calidad, 3ra Edición. Limusa Wiley,. España : 2005.
10. Malagón G. Garantía de Calidad en Salud. Medica Panamericana.: Madrid; 2006.p. 24.
11. Office of Government,. Mejora Continua del Servicio. Reino Unido : TSO, 2009.
12. Jaimovich D. Introducción a la Joint Commission International. [Internet] Disponible en: www.elhospital.com/eh/formas/64034/Introd-JCI.pdf. Consultado el 14 de abril del 2012.
13. Joint Commision Internationals. [Internet]. Disponible en: <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/About-JCI/>. Consultado el 15 de Abril del 2012.

14. Koteher J. Instrumentacion Quirúrgica Teoría, Técnicas y Procedimientos 4ta Edición. Panamericana.: Mexico; 2009.p.58.
15. International, Joint Commission. Estándares de Acreditación para Hospitales 3ra. edición. Estados Unidos : Departamento de Publicaciones de Joint Commission International, 2009.
16. Estándares para la certificación de Hospitales. [Internet] Disponible en <http://www.elhospital.com/eh/formas/91827/Estandares.pdf>. Consultado el 15 de Junio de 2012.
17. Ruiz P. Gestión Clínica en Cirugía. Aran.: Madrid; 2005.
18. Restrepo J. Foro Permanente sobre la Calidad de la Atención de la Salud. Academia nacional de Medicina de Colombia.: Bogotá; 2002.
19. Secretaria de Salud. Sistema único de Habilitación . [Internet] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/sistemahabilitacion.aspx>. Consultado el 10 de Junio de 2012.
20. Guía práctica de preparación para la acreditación en salud. [Internet]. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/Guiaparaacreditacionensalud/Laestrategiadelaacreditacion.htm>. Consultado el 10 de Junio de 2012.
21. Instituto Nacional de Salud. [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20B%20C3%A1sicos%202010.pdf>. Consultado el: 01 de Junio de 2012.
22. America Economía. Los Mejores Hospitales de América Latina. América; 2010.
- 23 DANE. Censos 1985,1993.2005 Estimaciones y proyecciones de Población 1985-2010. [Internet] Disponible en www.dane.gov.co. Consultado el 10 de Mayo de 2012.
24. Ministerio de la Protección Social. Acreditación en Salud. [Internet] Disponible en <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=114&IdCat=29>. Consultado el 14 de Abril de 2012.
25. Observatorio de Calidad en la Atención en Salud. [Internet]. Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx. Consultado el 16 de Junio de 2012.]
26. Dirección General de la Calidad de Servicios. [Internet] Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GU%C3%8DA%20T%C3%89CNICA%20DE%20BUENAS%20PR%C3%81CTICAS%20EN%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.PDF>. Consultado el 16 de Junio de 2012.]

27. Manual de Aplicación de la Lista OMS de verificación de la Seguridad en la Cirugía. [Internet] 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf. Consultado el 16 de Junio de 2012.
28. Reyes S., Castro J., Borrero A., Errores en la Atención en Salud: Estudio Piloto para el Diseño de Procesos más Seguros en el Hospital Universitario San Ignacio.: Editora Asociada; Bogotá :, 2004, Vol. 19. ISSN 2011-7582.
29. The Institute of Medicine Report on Medical Errors- Could it do Harm? Brennan, TA. San Francisco : N Eng J Med, 2000.
30. Olivera A. Bloque Quirúrgico: Proceso de Soporte. Sevilla: Consejería de Salud, 2004.
31. Gomez A., González A. Principios Generales de Organización y Gestión Clínica de un Bloque Quirúrgico., en Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 2001 págs. 180-187.
32. Jay H., Render B. Principios de Administración de Operaciones 5ta edición. México : Pearson, 2004.
32. Rutter, TW. Contemporary operating room management. s.l. : Adv Anesthest view, 1994. Pág. 177 -214, págs. 173 - 214.
34. Ayuso D. La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias. España: Días de Santos; 2006 Pág. 193, pág. 193.
35. Martinez E. Estructura y Organización del Bloque quirúrgico. España : Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo; 2001, págs. 15-22.
36. Sistema Información de Hospitales Públicos, en Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. [Internet]. Disponible en: <http://201.234.78.38/SIHO/informes/capacidadinstaladanacional.aspx?pageTitle=Capacidad+Instalada&pageHlp=%2fSIHO%2fayudas%2finformes%2fcapacidad.pdf>. Consultado el 16 de Junio de 2012.
37. Fernández C. Hospital de la Fundación Santa Fe de Bogotá obtuvo certificación por la calidad de los procesos de atención. [Internet] 2010. en Revista Portafolio Disponible en: <http://www.portafolio.co/archivo/documento/CMS-7423028>. Consultado el 13 de Junio de 2012
38. Diccionario de la lengua Española 23 a Edición. [Internet] Disponible en <http://www.buscon.rae.es>. Consultado el 11 de Junio de 2012.
39. Direccion General Medical Engineering. [Internet] Disponible en www.medical-engineering.com/es/quiroyfanos/quiroyfano; Consultado el 09 de mayo de 2012.
40. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá [Internet] Disponible en : <http://www.fsfb.org.co>.

41. Elizabeth M. Reportan Menos Errores Quirúrgicos en los Centros Médicos de VA. Dallas,; HealthDay, 2011.pág. 1.
42. social, Ministerio de sanidad y política. Bloque Quirúrgico Estándares y Recomendaciones. Madrid España : S.A. de Litografía, 2010 Pág.2, pág. 2.
43. Supersalud. [Internet] Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/>. <http://www.supersalud.gov.co/Documentos/calidad/indicadores%20seleccionados.pdf> Consultado el: 10 de Marzo de 2012.
44. República de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991. Bogotá : LEGIS, 1991.