

Sistema Integrado de Gestión

Manual

**MANUAL DEL PROGRAMA SEGURIDAD DEL
PACIENTE
“HOSPITAL SEGURO: PACIENTE SEGURO”**

Subproceso Seguridad del Paciente

**MANUAL DEL PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE
“HOSPITAL SEGURO: PACIENTE SEGURO”
HOSPITAL DEL SARARE**

1. OBJETIVO.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Este manual especifica todas las actividades para incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio en el Hospital Del Sarare-ESE, a través del Programa de Seguridad del Paciente.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover una cultura de seguridad en todos los trabajadores, ambiente físico y tecnología del Hospital del Sarare-ESE.
- Implementar un sistema de reportes de eventos adversos, que permita el análisis y la gestión, con el fin de disminuir su incidencia y prevalencia.
- Promover la seguridad en los procesos asistenciales.
- Implementar prácticas que mejoren el desempeño de los trabajadores y la comunicación interpersonal.
- Fomentar en los pacientes y familiares el autocuidado de seguridad.
- Disminuir la morbilidad de los pacientes como consecuencia de eventos adversos.
- Disminuir costos por eventos adversos a la institución y al sistema de salud

2. ALCANCE

Este manual es de aplicación a todos los procesos misionales del Hospital del Sarare ESE.

3. DEFINICIONES

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

Indicio de Atención Insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

Evento Adverso: Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

Evento Adverso Prevenible: Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento Adverso No Prevenible: Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Evento Centinela: Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

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

Seguridad del paciente: Ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida, es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales.

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

Falla de la Atención en Salud: Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión.

Falla activa: Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.

Falla Latente: Fallas en los sistemas de soporte.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Tecnovigilancia: sistema de vigilancia postmercado, constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo.

Farmacovigilancia: sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños en los pacientes (OMS). Actividad en Salud Pública que se encarga de la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos, que se dispensan con o sin fórmula (INVIMA).

Hemovigilancia: procedimiento consistente en la detección, recogida y análisis de la información, sobre los efectos adversos e inesperados de la transfusión y donación sanguínea.

4. CONDICIONES GENERALES:

La Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente se encuentra a cargo de una Enfermera especialista, y cuenta además con la colaboración de auxiliar de enfermería con el respectivo entrenamiento para dar cumplimiento al programa, que cumplen con la función de ser Oficiales de Seguridad del Paciente, realizando rondas de supervisión, aplicando listas de chequeo que permiten verificar el cumplimiento de las estrategias, búsqueda activa de fallas o errores y eventos adversos. También realizan fomento y promoción de la cultura de seguridad.

Las rondas de supervisión son diarias y abarcan una jornada laboral de 8 horas. La auxiliar del Programa de seguridad del paciente, lleva a cabo un cronograma de actividades donde dará cumplimiento a las funciones asignadas en las diferentes sedes del hospital e incluyendo las ambulancias.

Entre las funciones más importantes del Programa de Seguridad del Paciente están: Promoción de la Cultura de Seguridad, reporte y gestión de indicios de atención insegura, incidentes y eventos adversos, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, supervisión y rondas de seguridad con la aplicación e implementación de listas de verificación, análisis y presentación de indicadores de seguridad.

5. CONTENIDO

5.1 PREMISAS DEL PROGRAMA

La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas de la institución, se incluye al personal que labora por tercerización y servicios de apoyo.

Enfoque de atención centrada en el paciente: el resultado más importante que se desea obtener es la satisfacción del usuario y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones.

Es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención diariamente, para analizarlas y generar una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita.

Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.

El número de eventos adversos reportados obedece a la política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de la atención.

El riesgo de sufrir eventos adversos para un paciente existe en todas las instituciones de salud del mundo.

5.2. CONFORMACIÓN DEL PROGRAMA

A través de resolución No. 036 emitida en Marzo 11 del 2017 por la alta gerencia, se conforma el Comité Institucional de Seguridad del Paciente, acorde con la política de calidad y valores institucionales. Esta resolución deroga a la resolución 122A del 21 de mayo del 2015.

5.2.1 POLÍTICA INSTITUCIONAL DEL SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Hospital del Sarare ESE adopta la seguridad del paciente como política fundamenta en su modelo de atención a través de procesos seguros y cultura de seguridad que se reflejan en el quehacer diario orientado a la prevención mediante herramientas de gestión del riesgo, análisis y aprendizaje del evento adverso y de los incidentes, inclusión de la cultura del aprendizaje de error y detección de fallas de calidad y acciones inseguras, implementación y fortalecimiento de las barreras de seguridad con un enfoque al usuario y su familia.

5.2.2 Logo oficial como distintivo institucional.

El logo institucional del comité institucional seguridad del paciente "super Seguro" es una persona con una capa súper protectora.



5.3 FUNCIONES DEL PROGRAMA

5.3.1. Promoción de cultura de seguridad

Para iniciar el proceso se socializa a todo el personal asistencial, el programa institucional, presente Manual y dar a conocer en su totalidad las guías clínicas y de procedimientos, se utilizarán los siguientes medios:

Estrategias educativas: intranet, reuniones, capacitaciones, simposios, congresos e información personalizada en el puesto de trabajo, campañas recordatorias, folletos y afiches alusivos, rondas de seguridad. Traducción a la lengua u'wa de folletos y afiches alusivos al programa de seguridad para cumplir con la comunicación asertiva con nuestros hermanos indígenas de la región.

5.3.2. Reporte y Gestión de Eventos Adversos

Acciones de reducción del riesgo:

Revisión cada tres años de todas las guías clínicas y protocolos de procedimientos de enfermería, fisioterapia y guías médicas para determinar los riesgos inherentes a cada uno y realizar planes de acción.

Los coordinadores de las respectivas áreas realizan las modificaciones y actualización de los protocolos de acuerdo a la evaluación de riesgos encontrada.

Realizar y aplicar listas de chequeo cada 6 meses de las guías y protocolos de los procedimientos y patologías más frecuentes para evaluar la adherencia del personal y las fallas que se cometen, para intervenirlos.

Socializar a todos las guías y protocolos y evaluar. El Programa de Seguridad del Paciente en conjunto con los Coordinadores de las áreas, realiza campañas recordatorias para prevenir los errores que sean detectados con mayor frecuencia.

El Programa de Seguridad del Paciente en conjunto con los Coordinadores de las áreas, elabora material didáctico como folletos y afiches, sobre los procesos de seguridad en la atención en salud y las estrategias de la institución.

Rondas de seguridad y supervisión diaria de pacientes.

Programas de educación continuada.

Llevar registro estadístico de los errores y eventos adversos reportados e informar a todo el personal periódicamente, haciendo análisis de las causas y generar planes de acción para evitar que se repitan. Estos registros se pueden realizar a través del correo electrónico institucional creado

para tal fin, también a través del formato en físico creado para realizar los reportes o a través del link creado como estrategia de mejora de la cultura del reporte desde su móvil.

Identificación de los riesgos en áreas priorizadas con el fin de dirigir las acciones a minimizar dichos riesgos.

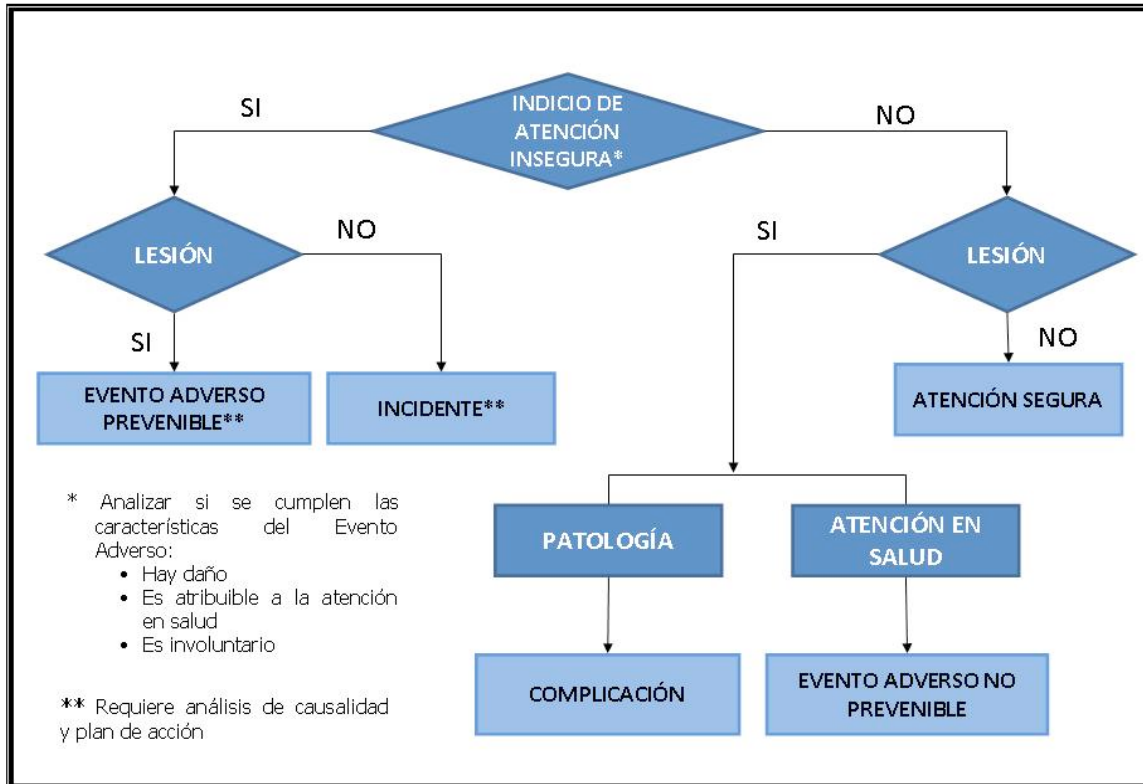
5.4 MECANISMOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS:

- Fomentar el autorreporte de incidentes, errores y eventos adversos, teniendo en cuenta la premisa de trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- Se aceptan los reportes de otras personas o procesos en casos en que no se genere el autorreporte.
- Rondas de Seguridad.
- Rondas diarias de Supervisión de Seguridad.
- Aplicar de listas de verificación, instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos hospitalarios.

6. PROCESO PARA EL REPORTE DEL EVENTO ADVERSO:

6.1. QUE SE REPORTA:

- * Indicio de Atención Insegura.
- * Evento Adverso.
- * Evento Centinela.
- * Incidente.



6.2. COMO SE REPORTA

Todo funcionario de la institución está en capacidad de reportar un evento adverso en el momento que este se presente; puede solicitar el respectivo formato al jefe de turno correspondiente o imprimir de la siguiente dirección \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\02. Programas Institucionales\6. Formatos, SEI-03-F01 REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS o INCIDENTES

Se puede hacer autorreporte o se pueden reportar eventos adversos de otras secciones o servicios.

Informar verbalmente a la Coordinación del Programa de Seguridad del paciente, a la auxiliar que se desempeña como oficial del Programa, al jefe inmediato y/o a la coordinación del área respectiva, quienes deben hacer el reporte al Programa de Seguridad.

También puede reportar desde el siguiente link :

<https://docs.google.com/forms/d/1KbkZflKiinT5zQv9b8wYkpAkrf0G2EgG6PQ-3JohF6U/edit>

6.3 A TRAVÉS DE QUE MEDIOS

- Verbalmente se pueden reportar incidentes y/o indicios de atención insegura.
- Lista de verificación de supervisión diaria de pacientes.
- Formato institucional de evento adverso: se utiliza para incidentes y/o indicios de atención insegura, eventos adversos y eventos centinelas. Al hacer el análisis se clasifican.
- En formatos de farmacovigilancia, tecnovigilancia y hemovigilancia según corresponda el caso.
- - A través de correo electrónico al correo seguridadpaciente@hospitaldelsarare.gov.co
- - A través del link creado oficialmente para reportar a través de su móvil.

<https://docs.google.com/forms/d/1KbkZflKiinT5zQv9b8wYkpAkrf0G2EgG6PQ-3JohF6U/edit>

6.4 CUANDO SE REPORTA

Se debe hacer reporte inmediato a la ocurrencia y/o detección del incidente o evento adverso y hasta 3 días después de ocurrido el incidente. Los eventos centinela deben reportarse inmediatamente.

6.5 A QUIEN SE REPORTA

- A la Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente.
- Al jefe inmediato y/o a la Coordinación del área respectiva: en casos de que la persona que coordina el Programa de Seguridad no se encuentre en el servicio. Posteriormente la persona que recibe el reporte debe pasarlo al Programa de Seguridad dentro de los tres días siguientes a la ocurrencia.
- A la auxiliar de enfermería que ejerce funciones de oficial de seguridad del paciente, quien a su vez hará la respectiva entrega a la coordinación del programa.

6.6 COMO SE ASEGURA LA CONFIDENCIALIDAD DEL REPORTE

Todos los documentos y la información relacionada con un incidente o evento adverso, son manejados y custodiados por el Programa de Seguridad y son conocidos únicamente por el grupo investigador y las personas implicadas en el hecho.

Los eventos adversos ocurridos y el análisis que se hace de ellos, se dan a conocer a todo el personal periódicamente, como estrategia para prevenir la ocurrencia de errores en la atención y evitar que se repitan los que ya han ocurrido, pero sin mencionar los nombres de los trabajadores involucrados.

6.7 COMO SE ESTIMULA EL REPORTE

Durante las reuniones primarias en los servicios, se institucionalizará el espacio de participación de la coordinación del programa de seguridad, con el fin de promover una cultura que anime la discusión y la comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la seguridad de los pacientes y que promueva que el análisis de los errores y sucesos adversos son una oportunidad de mejora.

Se instituirá una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.

Se educará, capacitará, entrenará y motivará el personal para la seguridad del paciente a través de campañas.

Se garantizará la confidencialidad de los análisis y sensibilizar al personal acerca de la importancia de reportar errores y eventos adversos, resaltando que no se denuncia a las personas sino los hechos.

Se estimulará el reporte de eventos adversos de la siguiente manera: se llevará un sistema de puntos, cada funcionario que reporte un incidente o evento adverso se le dará un punto por cada evento reportado, cuando el funcionario reúna un total de 20 puntos, se le dará un día libre durante el mes. Los puntos se vencen cada dos meses y solo aplica para los reportes hechos por escrito o a través del correo electrónico.

Los eventos adversos no traerán como consecuencia sanciones para las personas implicadas en el mismo, se exceptúan los siguientes casos:

1. Casos en los cuales el evento ocurre como consecuencia de que el trabajador se ausente injustificadamente de la institución.
2. Casos de reincidencia por tercera vez en la ejecución de actos inseguros por parte del mismo funcionario, con el mismo tipo de incidente o evento en un servicio o área en donde ya se han realizado intervenciones con anterioridad y se mantienen acciones de seguimiento.

7. INVESTIGACIÓN.

Ver Guía: investigación de eventos, incidentes.

La investigación de cada evento reportado estará a cargo de la coordinación del programa de seguridad del paciente, en conjunto con el líder del proceso implicado, o el coordinador de área, según la gravedad del evento o el caso se requerirá la participación de otras personas, en todo caso se seguirá el protocolo de investigación de eventos adversos institucional. Durante esta investigación se recolectarán todos los datos necesarios a través del formato SEI-03-F03 llamado ficha de investigación de incidentes o eventos adversos. Y se hará una clasificación de los eventos e incidentes. La investigación y el análisis se llevara a cabo siguiendo las recomendaciones del protocolo de Londres causa efecto.

8. RONDAS DE SEGURIDAD

DEFINICIÓN

Consiste en una visita planificada del personal relacionado con el área y con Seguridad del Paciente, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento guardar una actitud educativa.

Se puede hacer rondas de seguridad general o específica, por ejemplo de medicamentos, siendo este un proceso crítico dentro del tema de seguridad del paciente.

Ver Guía: rondas de Seguridad.

9. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Se reúne mensualmente y está conformado por un equipo multidisciplinario en el que participan las siguientes personas:

- a) Gerente o su delegado.
- b) Subgerente Científico.
- c) Subgerente administrativo.

- c) Enfermera especialista. (**Coordinadora del programa institucional de Seguridad del paciente**).
- d) Líder de Calidad.
- e) Coordinador de enfermería.
- f) Coordinador Médico.
- g) Líder de Tecnovigilancia.
- h) Líder de Farmacovigilancia.
- i) Líder de Hemovigilancia.
- j) Líder de Reactivovigilancia.
- k) Líder de PGIRHS.
- l) Coordinadora de IAAS.
- ll) Coordinador área de quirófano.
- m) Coordinador de estudios diagnósticos.
- n) Líder de mantenimiento.
- ñ) Líder de almacén.

Dentro del Comité de Seguridad del Paciente hay un grupo investigador de incidentes y eventos adversos, que se reúne con mayor frecuencia de acuerdo al número y tipo de eventos reportados en especial en caso de eventos centinela.

Este grupo de personas son:

Coordinadora del programa institucional de Seguridad del paciente.

- Subgerente Científico.
- Coordinador de Calidad.
- Coordinador de Enfermería.
- Coordinador Médico.
- Invitado especial dependiendo del evento.

Entre las actividades del comité está:

- Evaluación de indicadores de Seguridad del Paciente.
- Desarrollar planes para seguridad según priorización de riesgos.
- Presentación y análisis de casos.
- Toma de decisiones frente a seguridad del paciente.
- Evaluar planes de acción.

10. INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Definir, elaborar, alimentar, analizar, socializar y evaluar los indicadores específicos para Seguridad del Paciente.

El objetivo de los indicadores es realizar seguimiento y medir cumplimiento de las estrategias para la Seguridad del Paciente definidas por la institución. La Información será obtenida a través de supervisión directa al personal y a pacientes, revisión de historias clínicas, aplicación de listas de chequeo y sistema de reporte de eventos adversos.

Los resultados y análisis de los indicadores serán socializados con el personal para generar compromiso y apropiación de la información y así contribuir al fomento de la cultura de seguridad en todos los colaboradores. Algunos serán aplicables para todas las áreas hospitalarias donde se hará supervisión y otros serán específicos de cada área.

Los siguientes son los indicadores que se llevarán para todas las áreas hospitalarias:

Infecciones hospitalarias: (Enfermera epidemióloga)IAAS

- *Neumonía por asistencia respiratoria mecánica*
- *Infección de sitio operatorio*
- *Endometritis postparto*
- *Flebitis infecciosas asociadas al uso de catéteres periféricos.*

- *Infección de vías urinarias asociadas al uso de sondas.*
- *Infecciones de torrente sanguíneo asociado al uso de catéteres Venosos Centrales.*

Complicaciones intra y post-operatorias: (Líder de quirófano).

- *Complicaciones de la anestesia.*
- *Fractura de cadera post-operatoria.*
- *Embolismos pulmonares post-operatorios o trombosis venosa profunda.*
- *Sepsis post-operatoria.*
- *Dificultades técnicas con el procedimiento.*

Eventos centinela: (Cada líder de proceso en su sección).

- *Reacción transfusional Graves.*
- *Grupo sanguíneo erróneo.*
- *Sitio operatorio erróneo.*
- *Cuerpo extraño dejado durante el procedimiento.*
- *Eventos adversos relativos al equipo médico.*
- *Errores de medicación.*

Obstétricos: (Líder de proceso de partos)

- *Trauma o injuria neonatal.*
- *Trauma vaginal obstétrico.*
- *Trauma obstétrico por cesárea.*
- *Problemas con el parto.*

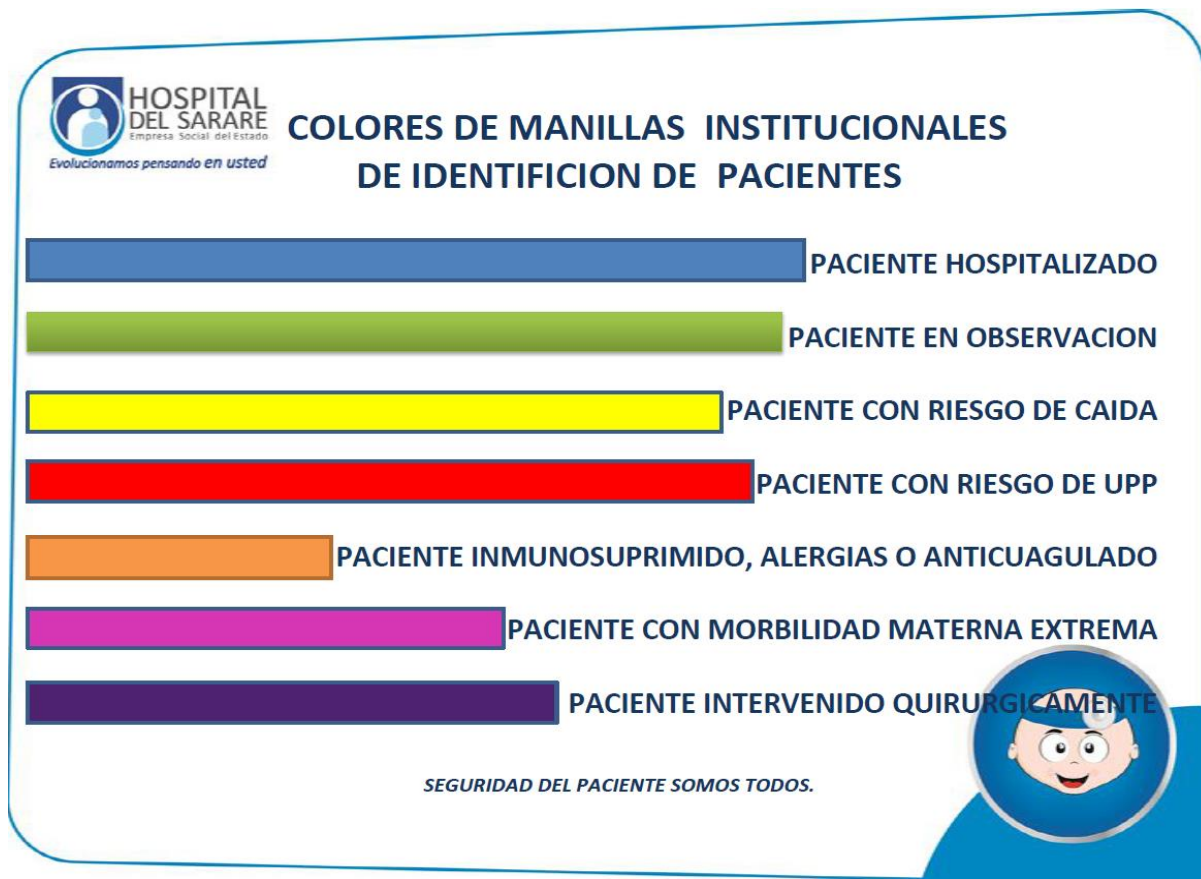
Otros eventos adversos asistenciales:

- *Caída del paciente por servicios hospitalización, urgencias y consulta externa.*
- *Fractura o traumatismo de cadera intra-hospitalarios.*
- *Ulceras por presión.*
- *Errores en la administración de medicamentos*

10. ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES.








10.1 ESTRATEGIA 1: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

OBJETIVO: Asegurar la correcta identificación de los pacientes en los servicios asistenciales.




HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
Evolucionamos pensando en usted

COLORES DE MANILLAS INSTITUCIONALES DE IDENTIFICACION DE PACIENTES

-  PACIENTE HOSPITALIZADO
-  PACIENTE EN OBSERVACION
-  PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA
-  PACIENTE CON RIESGO DE UPP
-  PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO, ALERGIAS O ANTICUAGULADO
-  PACIENTE CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
-  PACIENTE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE

SEGURIDAD DEL PACIENTE SOMOS TODOS.



Acciones:

- Elaboración y socialización del protocolo de identificación del paciente. Corroborar todos los datos de identificación del paciente verbalmente, en los registros de la historia clínica, en los tableros de identificación y con la manilla institucional de identificación si aplica, cada vez

que se va a realizar cualquier tipo de procedimiento al paciente, desde el más simple hasta el más complejo. Debe incluirse:

- Utilización de manillas de identificación en los servicios priorizados: ginecobstetricia, pediatría, cuidado intermedio, neonatos, todo paciente internado que presente alteración del estado de conciencia y pacientes psiquiátricos.
- Utilización de tableros o rótulos de identificación en todas las camas.
- Verificación cruzada (manilla-tablero-paciente-historia clínica)
- Involucrar al paciente y/o la familia.

10.2 ESTRATEGIA 2: COMUNICACIÓN EFECTIVA.

Acciones:

- Personal con entrenamiento y experiencia certificados para cada una de las áreas donde se desempeñan, adoptar la evaluación por competencias para el personal de enfermería.
- Documentos que garanticen entrega de turno completa, concreta y clara de todos los pacientes. Dar cumplimiento al protocolo de recibo y entrega de turno, seguimiento semestral a la adherencia.
- Estandarizar las juntas médicas para toma de decisiones críticas.
- Incluir la seguridad del paciente en el programa de capacitación continua.
- Sistemas redundantes de comunicación (verificación cruzada, listas de chequeo).

- Mejorar la comunicación entre las personas del equipo de salud (talleres de comunicación efectiva).
- Involucrar al paciente y la familia en todos los procesos de atención, todas las guías de manejo incluirán la información que se le da al usuario.
- Actualizar, socializar el decálogo del paciente.

10.3 ESTRATEGIA 3: MEDICAMENTOS SEGUROS.

Objetivo: mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

Acciones:

- Adicionar en la historia clínica un ítem específico de alergias a medicamentos.
- Modificar el kardex de enfermería y hoja de medicamentos adicionando en la parte de medicamentos un ítem específico de alergias.
- Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación. Lista de chequeo para medir adherencia al protocolo de marcación y fácil identificación de los medicamentos. Actualización cada tres años.
- Protocolo para la entrega adecuada del medicamento proveedor-almacén. Lista de chequeo de entrega adecuada del medicamento-proveedor-almacén.
- Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación. Debe estar acorde con las guías de manejo clínico. Actualización cada tres años. Lista de chequeo para medir adherencia al protocolo. Medición semestral.

- Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización. Actualización cada tres años. Lista de chequeo para medir la adherencia a la administración segura de los medicamentos.
- Procedimiento para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia. Actualización cada tres años. Incluye dispensación segura de dosis unitarias. Lista de chequeo para evaluar la adherencia al procedimiento de dispensación segura de los medicamentos. Medición semestral.
- Protocolo para conciliación medicamentosa. Actualización cada tres años. Lista de chequeo para medir adherencia al protocolo.
- Socializar el Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia a los servicios para estimular el reporte.
- Se institucionalizan las rondas de seguridad de medicamentos, dentro de las rondas de seguridad.

10.4 ESTRATEGIA 4: ATENCIÓN SEGURA.

Objetivo: detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

Acciones:

- Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales.
- Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico.

- Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT)
- Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador.
- Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post – parto.
- Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO).
- Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad.
- Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes.
- Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución.
- Actualización de los protocolos de venopunción y de cateterismo vesical incluyendo acciones para reducir el riesgo de infecciones asociadas a estos procedimientos. Actualización cada tres años, Evaluación semestral.
- Actualización del protocolo de lavado de manos incluyendo los cinco momentos del lavado de manos de la OPS. Actualización cada 3 años. Evaluación semestral de la adherencia.

10.5 ESTRATEGIA 5: EVITAR ULCERAS POR PRESIÓN.

Acciones:

- Revisión, adaptación de la escala de Braden para valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión, implementación en todos los servicios.

- Elaboración, socialización de la guía para la prevención de las úlceras por presión. Actualización cada tres años. Evaluación semestral.
- Implementación del reloj de cambio de posición, dentro de la tabla de identificación.

10.6 ESTRATEGIA 6: NO MÁS CAÍDAS.

Acciones:

- Elaboración, socialización del protocolo de prevención de caídas. Actualización cada tres años.
- Adaptación de la escala de Morse para valoración del riesgo de caídas.
- Lista de chequeo para evaluar la adherencia al protocolo de prevención de caídas. Medición semestral.
- Implementación de la manilla institucional amarilla que significa riesgo de caída. Esta manilla será implementada en todos los servicios de internación.

10.7 ESTRATEGIA 7: ATENCIÓN SEGURA A PACIENTES CRÍTICOS.

Elaboración, socialización y seguimiento a las guías de prevención de la hemorragia de vías digestivas en paciente crítico y prevención de la neumonía asociada al ventilador. Actualización cada tres años. Seguimiento semestral de la adherencia a las guías.

Se implementará la guía de manejo de IAMSEST e IAMCEST en los servicios de urgencias, UCINT y hospitalización. Actualización cada tres años. Se evaluará adherencia a la guía, por medio de listas de chequeo semestralmente.

10.8 ESTRATEGIA 8: CIRUGÍA SEGURA PREVENIR LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS.

Adaptación, socialización y seguimiento de la lista de chequeo para el acto anestésico por parte de la institución, tomando como base la lista de chequeo de la OMS cirugía segura. Evaluación semestral de la aplicación de esta lista de chequeo.

10.9 ESTRATEGIA 9: IMPLEMENTAR LOS EQUIPOS DE RESPUESTA RÁPIDA.

Estandarizar que todos los pacientes que se encuentran en situación clínica delicada y que aún no cumplen los criterios para cuidado intermedio, deben ser colocados en habitaciones cercanas al stand de enfermería, con el fin de atender oportunamente al llamado ya que no se cuenta con timbres en las habitaciones.

Todo paciente que presente empeoramiento de su condición clínica, debe solicitarse valoración al especialista tratante en un periodo menor a una hora con el fin de establecer tratamiento y definir si requiere traslado a la unidad de cuidado intermedio. En los servicios hospitalarios todo paciente en regulares condiciones generales deberá tener acompañante debidamente carnetizado y autorizado.

Se implementará la guía de código azul en todos los servicios. El personal que labora en la unidad de cuidado intermedio estará disponible permanentemente para asesorar y apoyar a todos los servicios asistenciales en caso de código azul siempre y cuando las condiciones del servicio lo permitan.

Se capacitara a todo el personal asistencial sobre soporte vital básico y avanzado y la guía de código azul institucional. Estas actualizaciones se realizaran cada dos años y estarán a cargo de las coordinaciones de enfermería.

10.10 ESTRATEGIA 10: REDUCIR EL RIESGO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL.

Se elaborará el protocolo de atención segura al paciente con enfermedad mental (sedación, suplencia alimentaria, barreras de infraestructura).

10.11 ESTRATEGIA 11. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE – HIJO

Implementación, socialización y seguimiento de las guías de manejo del ministerio de la protección social para la atención de las 10 primeras causas de morbilidad materna .Incluyen la atención a las gestantes durante el periodo prenatal, parto y postparto. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener, también se incluye la obligatoriedad de registrar el partograma. Actualización cada tres años y evaluación semestral de la adherencia.

Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato.

Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante.

Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto.

Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes.

Elaboración y socialización de Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios.

Implementación de la manilla institucional Fucsia que significa morbilidad materna extrema. Esta manilla será implementada en todos los servicios de urgencias maternas, sala de partos, cirugía y cuidados intermedios.

10.12 ESTRATEGIA 12: PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN.

Se implementara que el nutricionista acompañe en la ronda médica a los especialistas para verificación de condiciones nutricionales y necesidades de los pacientes. Se elaborara el procedimiento de ronda diaria del servicio de nutrición.

10.13 ESTRATEGIA 13: INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LAS ACTUACIONES DE LOS PROFESIONALES.

Elaboración, socialización y seguimiento al protocolo de información al usuario Elaboración a cargo del SIAU. Seguimiento semestral.

Elaboración; socialización y seguimiento a la guía de uso de acrónimos en la Historia Clínica. Elaboración a cargo de Coordinación Médica. Seguimiento semestral.

Elaboración y Socialización y seguimiento del procedimiento de reporte de laboratorios con resultados relevantes para el manejo de los usuarios. La elaboración estará a cargo de la coordinación de laboratorio.

10.14 ESTRATEGIA 14: GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se implementará un consentimiento informado por cada especialidad (Por cada especialidad se implementara el consentimiento informado para los tres procedimientos más comunes) y por proceso. El programa de seguridad realizara seguimiento a los diferentes procedimientos de consentimiento informado que se implementan en la institución, por servicio, por especialidad.

10.15 ESTRATEGIA 15: INVOLUCRAR AL PERSONAL EN FORMACIÓN EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Todo personal que ingrese a la institución a realizar prácticas, debe recibir capacitación sobre el programa de seguridad del paciente y articularse activamente en las actividades planeadas y organizadas.

10.16 ESTRATEGIA NO 16: INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD.

Las auxiliares de enfermería con el cargo de oficiales de seguridad brindaran educación a los pacientes y sus familiares en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, esta educación se llevara a cabo a través de sesiones educativas con una duración de media hora ó 40 minutos hora y se realizarán en los diferentes servicios y en las diferentes sedes de la institución. Se elaborarán pantallazos y folletos haciendo énfasis en los aspectos más relevantes de la seguridad de los pacientes en los cuales ellos mismos y sus familias pueden participar.

10.17 ESTRATEGIA 17: MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA OBTENCIÓN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS.

Elaboración, socialización y seguimiento a la guía de seguridad del paciente en radiología.

10.18 ESTRATEGIA 18: PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

Elaboración-ajuste, socialización de la guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes. Actualización cada tres años. Evaluación semestral de adherencia.

Se llevara el programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas.

10.19 ESTRATEGIA 19: PROCESOS SEGUROS.

Elaboración, revisión, socialización de las guías de manejo Clínico de las 10 patologías más frecuentes por egreso en los servicios de internación, neonatos, cuidado intermedio, con la identificación de los momentos críticos y haciendo énfasis en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

Elaboración, socialización y seguimiento a los 10 procedimientos más frecuentes de enfermería.

Elaboración, socialización y seguimiento al protocolo para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.

Elaboración, socialización y seguimiento al protocolo de manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.

Todos los documentos enunciados anteriormente serán revisados y actualizados cada tres años, se hará seguimiento semestral a la adherencia a los mismos.

11. LISTAS DE CHEQUEO

El seguimiento a la implementación y cumplimiento de los protocolos y guías de manejo se hará a través de listas de verificación, que serán aplicadas por las oficiales de seguridad del paciente, líderes de procesos y coordinación de seguridad, la periodicidad en la aplicación de las mismas será semestral; Los resultados serán socializados a las partes interesadas y se tomarán acciones correctivas.

Las listad de chequeo que se implementarán son las siguientes:

1. Lista de chequeo de adherencia al protocolo de identificación del usuario. Medición semestral.
2. Evaluación de la adherencia a las guías de urgencias.
3. Lista de chequeo para adherencia a cada uno de los 10 protocolos de enfermería. Medición. Medición semestral.
4. Lista de chequeo para evaluación de adherencia a cada guía en cada servicio. Medición semestral.
5. Lista de chequeo de entrega adecuada del medicamento-proveedor- almacén.
6. Lista de chequeo para el protocolo de marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo.

7. Lista de chequeo para medir adherencia al protocolo para uso racional de antibióticos en los servicios de internación. Medición semestral.
8. Lista de chequeo para medir la adherencia al proceso para administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización.
9. Lista de chequeo para evaluar la adherencia al procedimiento de dispensación segura de los medicamentos en la farmacia. Medición semestral.
10. Lista de chequeo a la adherencia al protocolo de recibo y entrega de turno.
11. Lista de chequeo para medir adherencia al protocolo de conciliación medicamentosa.
12. Lista de chequeo para evaluar la adherencia al manual de bioseguridad. Medición semestral.
13. Lista de chequeo para medir la adherencia a la guía de aislamiento. Medición semestral.
14. Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de lavado de manos. Medición semestral.
15. Lista de chequeo para medir la adherencia a la guía para la prevención de úlceras por presión.
16. Lista de chequeo para evaluar la adherencia al protocolo para minimizar los riesgos de caídas de pacientes.
17. Adaptación, revisión de las escala de Morse, adicionar las medidas de prevención.
18. Lista de chequeo para medir adherencia a la guía de prevención de la HVDA en paciente crítico. Medición semestral.
19. Lista de chequeo para medir adherencia a las guías de prevención de la NAV. Medición cada seis meses.
20. Lista de chequeo para medir la adherencia a las guías de manejo de IAMSEST y IAMCEST.
21. Evaluación de la aplicación de la lista de chequeo cirugía segura, semestral.
22. Lista de chequeo para evaluar la adherencia a protocolo de manejo de gases medicinales.
23. Protocolo de atención segura al paciente con enfermedad mental.
24. Lista de chequeo para evaluar la adherencia al protocolo de atención segura al paciente con enfermedad mental
25. Lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato.
26. Evaluación semestral a la lista de chequeo de vigilancia en el postparto inmediato.
27. Lista de chequeo para revisión mensual del kit de emergencias obstétricas.
28. Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las

gestantes.

29. Lista de chequeo para evaluar la adherencia a las guías, aplicación semestral (10 guías).
30. Lista de chequeo para evaluar adherencia al protocolo de información al usuario.
31. Lista de chequeo para evaluar la adherencia a la guía de uso de acrónimos.
32. Lista de chequeo para evaluar la adherencia a procedimiento de reporte de laboratorios con resultados relevantes para el manejo de los usuarios.
33. Lista de chequeo de la guía de consentimiento informado.
34. Lista de chequeo para evaluar la adherencia a la guía de consentimiento informado, evaluación semestral por cada proceso.
35. Lista de chequeo para evaluación de la guía de seguridad al paciente en radiología.
36. Lista de chequeo al protocolo de sedación.
37. Lista de chequeo al protocolo de manejo de emergencias durante la sedación.

CONTROL DE CAMBIOS.

REVISIÓN N°	FECHA DE APROBACIÓN DD/MM/AA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
0	30/01/2014	Creación del Documento
1	25/07/2017	Modificado en las estrategias, política y se complementó. Se agregó el código de TRD gestión documental.



CODIGO	REVISIÓN No.	FECHA DE APROBACIÓN	PAGINA
SEI-03-M01	01	25/07/2017	31 de 32

Evolucionamos pensando en usted
TRD. 311.28.112

ANEXO 1. LINK DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS, INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA E INCIDENTES.



ANEXO 2. FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS, INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA E INCIDENTES.

SISTEMA INTEGRADO DE GES

FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS O INCIDENTES

CODIGO: **SEI-03-F01**

REVISIÓN No.: **02**

Consecutivo _____

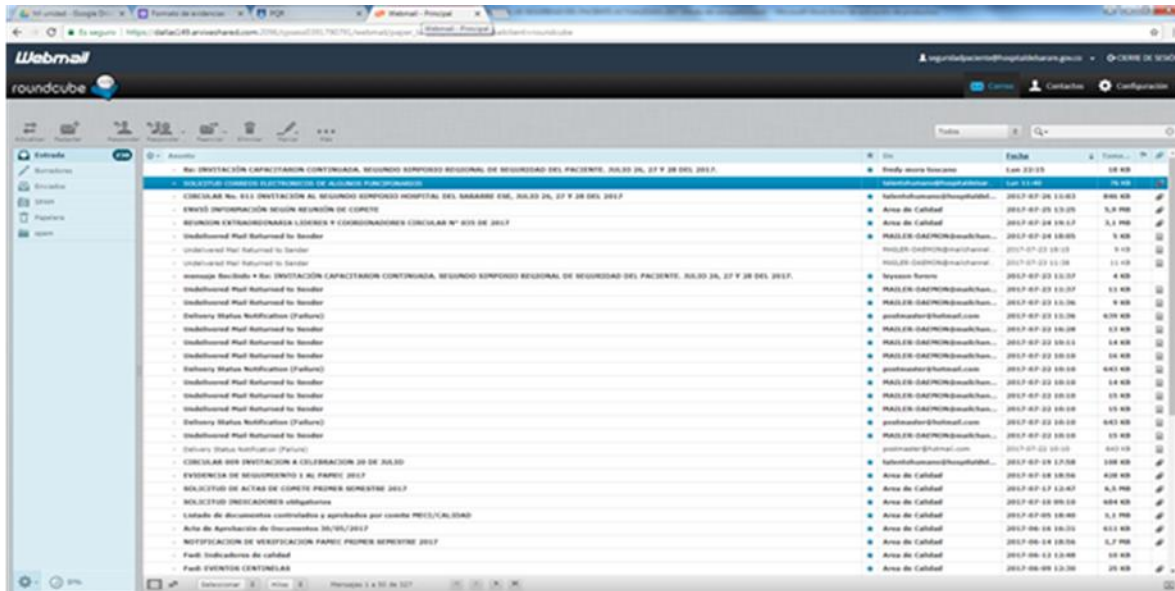
Fecha del caso _____ Turno _____

Servicio _____ Tipo de Reporte: Evento Adverso _____ Incidente _____

Nombres del personal de salud responsable de la atención:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

ANEXO 3. Reporte de eventos adversos, indicios de atención insegura e incidentes a través del correo electrónico institucional.



De	Fecha	Tamaño
Study more toxicos	Lun 23-07	18 KB
solobthumano@hospitaldel...	Lun 11-07	76 KB
solobthumano@hospitaldel...	2017-07-26 13:43	800 KB
Area de Calidad	2017-07-26 13:26	5,8 KB
Area de Calidad	2017-07-26 13:17	5,1 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-26 13:05	5 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-23 13:15	5 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-23 13:08	11 KB
System Status	2017-07-23 13:07	4 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-23 13:06	5 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-23 13:06	5 KB
postmaster@hospital.com	2017-07-23 13:06	638 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-23 13:06	5 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-23 13:05	5 KB
postmaster@hospital.com	2017-07-23 13:05	643 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-23 13:05	5 KB
postmaster@hospital.com	2017-07-23 13:05	5 KB
postmaster@hospital.com	2017-07-23 13:05	643 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-23 13:05	5 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-23 13:05	5 KB
postmaster@hospital.com	2017-07-23 13:05	643 KB
MAILER-DAT@M@hospitaldel...	2017-07-23 13:05	5 KB
postmaster@hospital.com	2017-07-23 13:05	643 KB
solobthumano@hospitaldel...	2017-07-24 17:58	308 KB
Area de Calidad	2017-07-24 18:06	408 KB
Area de Calidad	2017-07-17 13:47	4,8 KB
Area de Calidad	2017-07-18 09:10	684 KB
Area de Calidad	2017-07-05 18:40	5,1 KB
Area de Calidad	2017-06-16 16:35	613 KB
Area de Calidad	2017-06-14 18:06	5,7 KB
Area de Calidad	2017-06-13 13:48	10 KB
Area de Calidad	2017-06-09 13:36	25 KB