



E.S.E Hospital Departamental  
San Antonio de Pitalito

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2**

**PROCESO:** GESTIÓN DE LA CALIDAD

**PROCEDIMIENTO:** SEGURIDAD DEL PACIENTE


**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

**CÓDIGO:  
HSP-AC-SP-PRO-01  
13/05/2019  
3.0**

# PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE



FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	1

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

## CONTROL DE DOCUMENTO Y DISTRIBUCIÓN:


### Control del Documento

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autores	Maritza Sánchez Rojas	Profesional Seguridad del paciente	Calidad	Febrero 22 de 2019
Revisión	Diana Marcela Conde Martin	Subgerente Técnico Científica	Subgerente Técnico Científica	Marzo de 2019
Aprobación	Comité de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud			
	Acta No. 003 del 13 del mes de mayo de 2019			
	Presidente Comité	Diana Victoria Muñoz Muñoz - Gerente		
Adopción	Resolución Gerencial No. 180		Fecha: 13 de mayo de 2019	

### Control de los Cambios

Versión No.	Fecha de Aprobación	Descripción de los Cambios	Solicitó
1.0	18/09/2018	Levantamiento del Manual del programa de seguridad y seguimiento a riesgos	Gerencia
2.0	12/09/2016	Actualización al manual	
3.0	13/05/2019	Actualización cambia el nombre del Manual de seguridad y seguimiento a riesgos a programa de seguridad.	

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	2

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA      NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

## TABLA DE CONTENIDO

### CAPITULO I. ESTRUCTURA ESTRATÉGICA

#### INTRODUCCIÓN

#### 1. JUSTIFICACIÓN

#### 2. NORMATIVIDAD

#### 3. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

##### 3.1 FACTORES CLAVES

##### 3.2 DECLARACIÓN DE LA POLITICA

#### 4. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

##### 4.1. OBJETIVOS

##### 4.1.1. OBJETIVO GENERAL

##### 4.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

##### 4.2. EQUIPO BASE

##### 4.3 COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

##### 4.4 LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PROGRAMA

### CAPITULO II. GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

#### 5. GESTIÓN DE SUCESOS DE SEGURIDAD (CODIGO VERDE)

##### 5.1. REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

##### 5.2. ANÁLISIS

##### 5.3. PLANES DE MEJORAMIENTO

##### 5.4. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL


##### 5.5. GESTIÓN DEL RIESGO CLINICO

##### 5.5.1 HERRAMIENTA DE ANÁLISIS AMFE

### CAPITULO III. BUENAS PRACTICAS QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

#### 6. BUENAS PRÁCTICAS QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	3

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

## 6.1. PROCESOS SEGUROS INSTITUCIONALES

## 6.2. PROCESOS ASISTENCIALES

## 6.3. PROCESOS DEL PROFESIONAL

## 7. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

### 7.1 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

### 7.2. DESARROLLO DE FORMACIÓN

### 7.3. RONDAS DE SEGURIDAD

#### 7.3.1. RONDAS DE SEGUIMIENTO A LAS BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

### 7.4. PÍLDORAS DE SEGURIDAD

## 8. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA SEGURIDAD


### 8.1. INDICADORES

## 9. GLOSARIO

## 10. BIBLIOGRAFIA



FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	4

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

# CAPITULO I. ESTRUCTURA ESTRATEGICA


## INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en esta institución, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de Salud.

El propósito del presente programa es brindar instrumentos que permitan contribuir a prestar una atención segura a todos los usuarios de La ESE Hospital departamental San Antonio de Pitalito, entendiéndose por atención segura la prevención del riesgo, la corrección de las acciones inseguras y el refuerzo de las barreras de seguridad para prevenir el evento adversos durante el proceso de atención en salud e implementar modelos de prácticas seguras en nuestro entorno.

El programa se construyó con enfoque en Acreditación basándose en las directrices emanadas de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud Departamental, retomando desde la propuesta de organización de entornos seguros en la prestación de servicios de salud con el desarrollo de acciones, herramientas y políticas para este fin que establecen un compromiso con la seguridad del paciente y la define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	5

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		


Dentro de las herramientas retomadas en la definición del Programa de Seguridad del Paciente de la Institución, están los Paquetes Instruccionales recomendados por el Ministerio de la Protección Social, documentos que permiten capacitar e instruir a las instituciones sobre la forma en que deben implementar las buenas prácticas seguras.

El desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente en nuestra institución, se constituye en una herramienta para implementar procesos institucionales seguros, involucrando a los grupos de interés enmarcados en el acto de la atención en salud, como son los pacientes y sus familias, los equipos de salud, los servidores de procesos estratégicos y de apoyo y los proveedores de bienes y servicios en general. El programa institucional tendrá un desarrollo a partir de las líneas de acción, las cuales tendrán el objeto de facilitar la operativización y girar en torno a la gestión del riesgo, estas corresponden:

Vigilancia	Farmacovigilancia Tecnovigilancia Reactivovigilancia Hemovigilancia
Servicios seguros	Cirugía segura Hospitalización Maternidad segura
Prevención de infecciones	

Lo anterior, se soportan en una cultura de seguridad del paciente que actuando como plataforma soportada en las estrategias de comunicación, capacitación, comité de seguridad del paciente, auditoria, rondas y cápsulas de seguridad, materializará el propósito institucional de la atención segura a nuestros pacientes.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	6

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		


## 1. JUSTIFICACIÓN

Existe un panorama ya recorrido y presentado en varios estudios internacionales, como IBEAS el cual fue realizado por el Ministerio de Sanidad de España quienes frente la preocupación de conocer el contexto de los eventos adversos realizó una investigación a partir de una muestra de hospitales en Latinoamérica, destacando que “cuando un paciente se realiza cualquier procedimiento médico se somete a un riesgo, el cual puede variar según distintos factores” (IBEAS, 2004, p.24), lo que nos dejó como evidencia el reconocimiento de los riesgos asistenciales cuantificados en eventos adversos e incidentes. De igual forma menciona dentro de este estudio que cerca del 10% de los pacientes sufren eventos adversos, lo cual deja en evidencia que aproximadamente 1 de cada 10 pacientes sufre eventos que deterioran sus condiciones de salud y también cita que por lo menos el 60% de estos se pueden evitar con métodos y tecnología apropiadas. Todo lo anterior nos genera un contexto de riesgos donde es necesario definir mecanismos que apoyen y avalen el sistema considerándolo como un conjunto de actividades y herramientas de medición del riesgo de la institución, las cuáles han mostrado tener características eficientes para así disminuirlo.

Además del contexto internacional planteado en el párrafo anterior, también vale la pena mencionar que el “Modelo de atención segura” propuesto a nivel Nacional en Colombia provee diferentes herramientas que implementadas de manera integral generan una atención integral relacionada con los demás atributos de calidad, donde hace uso de recomendaciones y Medicina Basada en Evidencia a partir de la implementación de estos paquetes instruccionales, los cuales fueron diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social y están fundamentados en el modelo pedagógico donde se usa la metodología del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas)<sup>1</sup> el cual busca motivar la reflexión sobre la realidad desde una

<sup>1</sup> Tomado de las Guías prácticas de los paquetes instruccionales. Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias EPES. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	7


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA      NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

dimensión más compleja e integral, pretende inducir a que los temas de análisis se conviertan en grandes preguntas problema que deben resolver un problema real o ficticio durante su discusión. Estos mismos contemplan el estudio e implementación de buenas prácticas para la seguridad del paciente en las Instituciones de salud, e implican incorporar, respetar y visibilizar los aportes del “Protocolo de Londres” como guía para gestionar el riesgo sanitario de tal forma que se pueda analizar la cadena de sucesos y factores para detectar el problema e implementar las alternativas de solución. Lo que nos permite a nivel Departamental en el Hospital San Antonio de Pitalito es orientar la planeación, ejecución y desarrollo de estas Buenas Prácticas a favor de la seguridad del paciente.



FECHA:	Elaboración: <b>2008</b>	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: <b>13/05/2019</b>	<b>Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad</b>	<b>Resolución No.180 13/05/2019</b>	<b>3.0</b>	<b>8</b>



 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

## 2. NORMATIVIDAD


### GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO

- Decreto N° 2309 de 2002. Define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS)
- Decreto 903 de 2014. Dicta disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA)
- Resolución 2082 de 2014. Dicta disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA).
- Decreto 780 de 2016. Expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y define las reglas de operación de Sistema Único de Acreditación en Salud (Capítulo 6. Artículo 2.5.1.6.1)
- Resolución 2003 de 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de los servicios de salud (SUH)
- Resolución 1441 de 2013 anexo “Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación” (Ítem 1. Plataforma estratégica de la Seguridad)”
- Resolución N° 2003 del 2014. Define los requisitos mínimos del Sistema Único de Habilitación (SUH)
- Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia, Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010, Promoción de la cultura de seguridad del paciente según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

### FARMACOVIGILANCIA

- Resolución 1403 del 2007. Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones que están relacionadas con el programa Nacional de Farmacovigilancia
- Decreto 2200 de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Este decreto tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico entre las que se encuentra: Participar en la creación y desarrollo de programas relacionados

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	9

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

con los medicamentos y dispositivos médicos, especialmente los programas de farmacovigilancia

- Decreto 677 de 1995. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Por lo cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitarias de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

### HEMOVIGILANCIA

- Hemovigilancia
- Decreto 1571 de 1993 Reglamenta el funcionamiento de los Bancos de Sangre
- Resolución 901 de 1996- Manual de normas técnicas de Banco de Sangre
- Resolución 1738 de 1995 Obliga a realizar prueba de Chagas
- Política Nacional de Sangre-2007
- Resolución 3355 de 2009- Crea el comité de donación


### CIRUGÍA SEGURA

- Segundo reto mundial por la seguridad del paciente la cirugía segura salva vidas
- Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (1ª edición)

### PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

- La ley 9 de 1979. Consideró la salud como un bien de interés público y estableció normas de vigilancia y control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de las enfermedades transmisibles, así como para la divulgación de la información epidemiológica.
- Resolución 5061 de 1997. Por la cual se reglamentan los comités técnico científico de farmacia y terapéutica dentro de las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado e instituciones prestadoras de servicios de salud, y se dictan otras disposiciones.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	10


 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

- Resolución 073 del 2008. Por la cual se adopta la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias- IIH para Bogotá D.C.
- Decreto 2676 de 2000. Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
- Circular 22 del 2003. Vigilancia de infecciones intrahospitalarias (competencias SDS, aseguradores y prestadores).
- Decreto 1562 de 1984. Define a vigilancia epidemiológica es un proceso regular y continuo de observación e investigación de la morbilidad, mortalidad y otros eventos en salud en una comunidad, basado en la recolección, procesamiento, análisis, evaluación y divulgación de la información epidemiológica.
- Resolución 2183 de 2004. Por la cual se adopta el Manual de buenas prácticas de esterilización para los prestadores de servicios de salud.

### TECNOVIGILANCIA

- Decreto 4725 de 2005. Define a los dispositivos médicos de cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado solo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación
- Resolución 434 de 2001 del Ministerio de Salud. “Por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se definen las de importación controlada y se dictan otras disposiciones”. Artículo 2: La presente resolución tiene por objeto establecer metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica así como aquellos que permitan determinar la más eficiente localización, de tecnología biomédica y determinar los criterios para su importación o adquisición y adecuada incorporación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que garantice la calidad de la atención en salud, basado en criterios de calidad de la atención en salud y costo-efectividad.
- Resolución 4816 de 2008 Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia. Artículo 10° y 12°
- Resolución 1403 del 2007. Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones que están relacionadas con el programa Nacional de Farmacovigilancia

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	11

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

- Decreto 2200 de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Este decreto tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico entre las que se encuentra: Participar en la creación y desarrollo de programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos, especialmente los programas de farmacovigilancia.
- Decreto 3275 de 2009 de la presidencia de la república “Por el cual se modifica el artículo 1 y se adiciona un párrafo al artículo 18 del Decreto 4725 de 2005” Al objeto y ámbito de aplicación de la resolución 4725 del 2005 se le adiciona que se exceptúa del cumplimiento de las disposiciones contenidas en ese decreto a los reactivos de diagnóstico In Vitro y a los dispositivos médicos sobre medida.

### REACTIVOVIGILANCIA

- Resolución 2013038979 de 2013. Por el cual se implementa el programa de reactivovigilancia se basará en la notificación, registro y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los reactivos de diagnóstico in vitro, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición.

## 3. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se define que al interior de la institución se contemplan lineamientos de las buenas prácticas, reducir el riesgo y aprender del error. Para dar cumplimiento a las lineamientos internacionales, las políticas nacionales y Departamentales en seguridad del paciente, La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito asume la seguridad del paciente como componente esencial de su plataforma estratégica para garantizar el cumplimiento de su misión y el logro de la visión, comprometiéndose con una línea de acción para la seguridad de la atención en salud, que se enmarca en el política institucional reglamentada mediante la Resolución N° 125 de Julio de 2018.


### 3.1 FACTORES CLAVES DE LA POLÍTICA

Gestión de la atención segura

Reducción de riesgos con Buenas prácticas de seguridad

Cultura de seguridad

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	12

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA      NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

### 3.2 DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

***La ESE Hospital Departamental San Antonio se compromete a prestar una atención segura basada en la identificación y gestión del riesgo, logrando una transformación de la cultura de seguridad e implementación de las buenas prácticas, involucrando al paciente, su familia y colaboradores, para prevenir y reducir la aparición de eventos adversos, incidentes que afecten su salud.***

## 4. PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE


El Programa de seguridad del paciente contempla la política de seguridad del paciente, liderada desde el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

A su vez, desde el marco de la política Nacional de Seguridad del paciente se establecen los principios que de manera transversal orientan todas las acciones a implementar en la búsqueda de atención segura, ellos son:

### PRINCIPIOS

1. Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad.
3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	13

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

5. Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6. Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

7. Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad es parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

## 4.1. OBJETIVOS


### 4.1.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer mecanismos y procesos de atención seguros a través de la identificación, análisis evaluación y prevención de riesgos y eventos adversos que se presenten durante el proceso de atención, fomentando las buenas prácticas y la cultura de seguridad del paciente en el Hospital San Antonio Pitalito

### 4.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar análisis prospectivo que permita priorizar riesgos e implementar las barreras de seguridad para favorecer la mitigación del riesgo.
- Implementar análisis prospectivo que permita priorizar riesgos e implementar las barreras de seguridad para favorecer la mitigación del riesgo.
- Aplicar la encuesta de percepción del clima de seguridad, que conlleve de los factores a intervenir en la transformación de la cultura de seguridad del paciente y conlleven a cambios organizacionales
- Promover la cultura de seguridad mediante el reporte, análisis de los sucesos e implementación de acciones correctivas y preventivas que fomenten el aprendizaje organizacional.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	14

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

- Implementar estrategias de intervención en la cultura de seguridad como sesiones breves, píldoras, rondas

## PRODUCTOS

- Análisis de información relacionada con la evolución de las estrategias preventivas implementadas por el Programa institucional de seguridad del paciente.
- Entrega del documento mensual con la información del análisis de los incidentes y eventos adversos por cada una de las líneas de acción del programa institucional.
- Entrega del listado y seguimiento de personal que recibe capacitación en el Programa de Seguridad del Paciente.
- Diligenciamiento y análisis mensual de los indicadores del Programa de Seguridad del Paciente y demás relacionados con la gestión clínica
- Seguimiento a acciones de mejora resultado de la gestión de los eventos adversos.
- Aplicación de la encuesta de percepción de seguridad del paciente en los trabajadores de la salud, análisis de la información y planteamiento de sus respectivas acciones de mejora
- Aporte a la gestión del autocontrol de los procesos relacionados con prácticas clínicas seguras.

## 4.2. EQUIPO BASE

### RESPONSABLE


Se cuenta con un profesional del área de la salud asistencial inscrito como referente institucional

Cargo: Referente de seguridad

### Funciones

- Registrar, analizar y gestionar todo suceso de seguridad que llegue al programa institucional. Recomendar y alinear las medidas preventivas para tomar acciones inmediatamente ocurrido el evento.
- Orientar a los informantes mediante la cultura del reporte en el correcto diligenciamiento del formato de reporte.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	15

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA      NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

- Sensibilizar al conjunto de usuarios y potenciales reportantes del Programa, la seguridad y las buenas prácticas que favorecen la seguridad del paciente
- Ejecutar el plan de capacitación que permite fomentar la gestión del riesgo y las buenas prácticas en el desarrollo de los procesos asistenciales seguros
- Informar de manera inmediata a entes de control, todo reporte de evento o incidente adverso serio cuando es del caso en caso de tecnovigilancia y farmacovigilancia
- Enviar mensualmente informes periódicos al INVIMA o a las Secretarías Distritales de Salud, de todo reporte de evento o incidente adverso no serio, en los casos de farmacovigilancia y tecnovigilancia en apoyo con los referentes de esta línea de acción
- Elaborar acciones de mejora ante la ocurrencia de eventos serios, que disminuyan la probabilidad de repetirse.


### **CORRESPONSABLES**

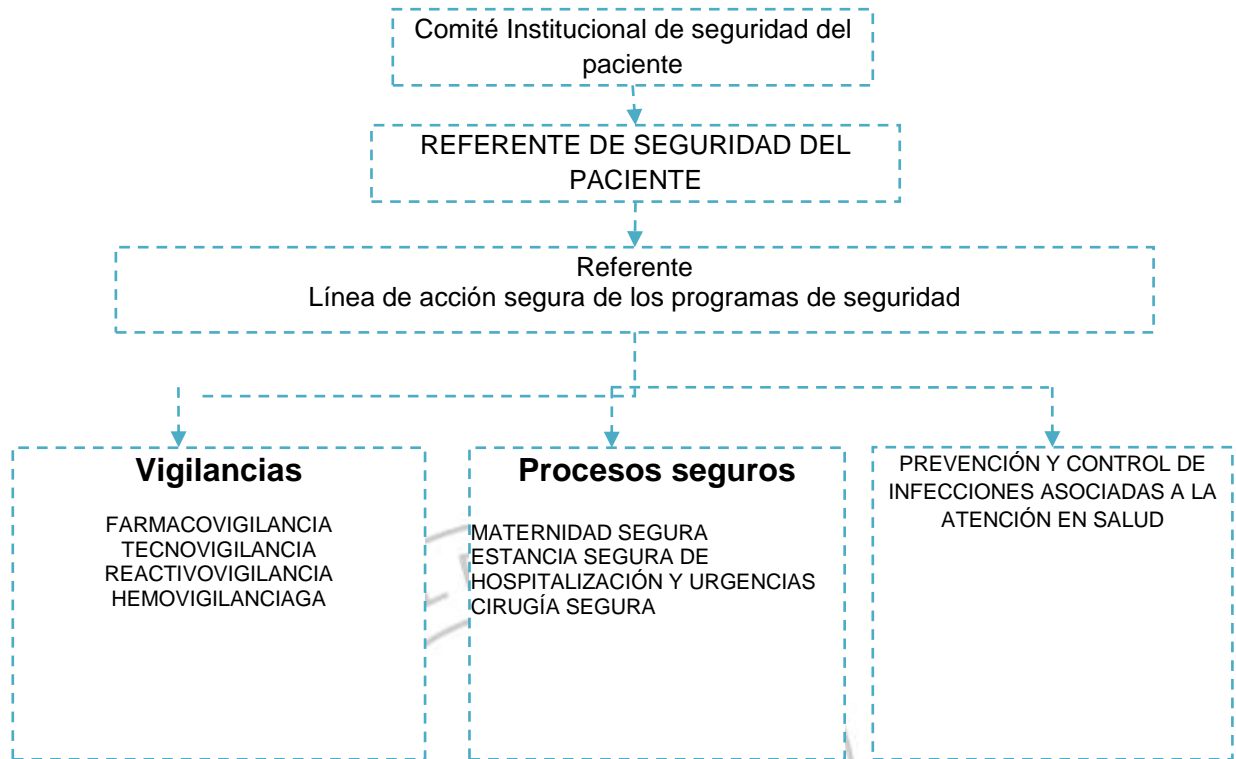
El programa Institucional estará bajo la responsabilidad de la Subgerencia Científica, y los líderes de los procesos asistenciales quienes implementaran las guías de las buenas prácticas de acuerdo

### **DIAGRAMA DE ESTRUCTURA DEL PROGRAMA**

FECHA:	Elaboración: <b>2008</b>	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: <b>13/05/2019</b>	<b>Acta No. 003 del 13/05/2019</b> <b>Comité Gestión de Garantía de la Calidad</b>	<b>Resolución No.180</b> <b>13/05/2019</b>	<b>3.0</b>	<b>16</b>



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		



### 4.3. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE


RESOLUCION No. 145 DE 2019 (Marzo 12) "Por medio de la cual se deroga el artículo decimo de la Resolución 128 del 30 de Abril de 2014, se actualiza y se reglamenta el Comité de Seguridad del Paciente de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito"

### 4.4. LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PROGRAMA

Estas líneas de acción corresponden a la forma de operativización, a partir del mayor volumen de atención, riesgos identificados y costos se definen las siguientes líneas de acción priorizadas a intervenir desde el programa institucional

1. Prevención de infecciones
2. Cirugía segura
3. Hospitalización
4. Maternidad segura
5. Farmacovigilancia,
6. Tecnovigilancia,
7. Reactivovigilancia,

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	17

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

## 8. Hemovigilancia

### PROCESOS SEGUROS

Dentro de los procesos de atención segura se involucran los servicios priorizados en la institución por la demanda que presentan, los riesgos identificados en la ruta de atención y la población que atienden. Dentro de cada uno de los servicios de atención mencionados, se relacionan las acciones mínimas a desarrollar para garantizar la atención segura de los pacientes e implementar buenas prácticas de atención definidas en los paquetes instruccionales de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social


### MATERNIDAD SEGURA

Dando cumplimiento a la misión institucional que enfatiza la atención a la población materna perinatal, así como a la aplicación del paquete instruccional de atención segura al binomio madre hijo, la institución realiza, la identificación de barreras de seguridad y la implementación prácticas apropiadas para favorecer la atención y ambiente seguros de la materna y el neonato.

El desarrollo del proceso de atención para la maternidad segura involucra las siguientes condiciones y prácticas de seguridad:

- ✓ Ruta de atención a la gestante: El hospital ha definido una ruta de atención de la gestante que desde su ingreso a la Unidad de Gineco obstetricia le permiten identificar las necesidades en salud de la paciente y garantiza la accesibilidad, continuidad e integralidad de la atención de ella y el neonato.
- ✓ Atención por personal calificado: La ESE Hospital departamental San Antonio de Pitalito dispone para la atención de servicios materno perinatales de personal médico  
Especialista Gineco obstetras las veinticuatro horas del día para la pertinente atención de las estadios del parto y el puerperio, así como del neonato, identificando precozmente los riesgos o complicaciones del binomio madre hijo y brindando una atención calificada y segura.
- ✓ Complementariedad de la atención materna perinatal: El Hospital dispone de servicios complementarios para la atención de la materna y el neonato, con disposición de Perinatólogo, unidades de cuidado crítico adulto, apoyo diagnóstico y terapéutico de mediana complejidad, estrategia IAMI, que dan cuenta de la atención integral durante la atención del binomio madre e hijo.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	18

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

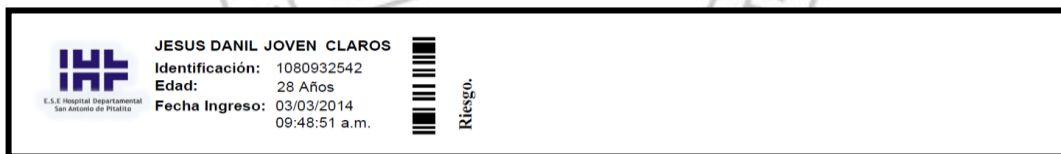
- ✓ Guías de práctica clínica para atención materna neonatal: El Hospital cuenta con las guías de práctica clínica de trabajo de parto, hemorragia post parto, cesárea e hipertensión inducida por el embarazo que se construyeron conjuntamente con los funcionarios, buscando estandarizada manejos clínicos basados en evidencias científicas.

Adicionalmente, se consideran prácticas seguras dentro de la atención del binomio madre hijo las direccionadas por los paquetes Instruccionales y que se implementan en la institución de la siguiente manera:


Identificación de la materna y neonato

En pro de una atención en salud libre de riesgo, el Hospital maneja la tipificación del neonato a través de las manillas de identificación del usuario que actúan como barrera de seguridad con el reconocimiento del paciente durante el proceso de atención, de color rosado para el sexo femenino y azul para el sexo masculino que se colocan al momento del nacimiento del menor y durante su estancia en la institución.

El protocolo de identificación considera adicionalmente como otro mecanismo redundante, los marcadores de las camas que incluye Nombre completo, N° de cama, N° Identificación o HC, Fecha de Ingreso, EPS, Edad, Riesgo de caída y Alergias.



FECHA:	Elaboración: <b>2008</b>	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: <b>13/05/2019</b>	<b>Acta No. 003 del 13/05/2019</b> <b>Comité Gestión de Garantía de la Calidad</b>	<b>Resolución No.180</b> <b>13/05/2019</b>	<b>3.0</b>	<b>19</b>

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

## ESTANCIA SEGURA DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS


El cuidado médico en los servicios de Urgencias y Hospitalización de la ESE Hospital departamental San Antonio de Pitalito como medicina interna, urgencias, quirúrgicos, pediatría, y unidades de cuidado intermedio y crítico, implica la combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas durante el proceso de atención en salud, las cuales buscan en su conjunto, aportar en el Mejoramiento de sus condiciones de salud, con un máximo de beneficios y la minimización de los riesgos. La atención segura en la internación considera las siguientes condiciones y prácticas de seguridad:

### Control del Riesgo de Caídas

La caída de los pacientes produce un daño adicional al estado por el cual consultó o causa el ingreso hospitalario del usuario, complicando su patología, aumentando los días de estancia, los costos de hospitalización de este y su familia. La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito cataloga los sucesos de caídas durante el proceso de internación como accidentes evitables con la aplicación de medidas preventivas brindadas por el equipo de salud en su conjunto, para ello realiza la aplicación de las siguientes barreras de seguridad:

- ✓ Identificación del riesgo de caída por medio de la lista de chequeo para evaluación de riesgos de caída J.H DOWNTON Tabla N° 1
- ✓ Aplicación de barreras físicas de seguridad para minimizar el riesgo de caída, como son ubicación del paciente en lugar de fácil monitoreo, antideslizantes en pisos, soportes de baños, duchas, camillas y camas con barandas arriba, verificación de cierre de puertas de ventanas de incubadora, pasillos y áreas de circulación libres de obstáculos.
- ✓ Acompañamiento por parte de familiares en caso de identificación de riesgo y aplicación de medidas de seguridad por parte del equipo de salud frente a uso de barreras físicas implementadas en los servicios y seguimiento constante.
- ✓ Evitar traslados o movimientos sin supervisión del personal asistencial, mantener a mano el timbre del cual se dispone en todos los servicios de hospitalización, informar a los familiares el cumplimiento de estas medidas de seguridad.
- ✓ Solicitar acompañamiento las 24 horas del día al familiar cuando el paciente sea adulto mayor, identificado con alto riesgo de caídas o paciente pediátrico

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	20

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

- ✓ Mantener en buenas condiciones de limpieza los pisos de los servicios y los accesos a la institución con productos que no aumenten el riesgo de deslizamiento de paciente, familiares y funcionarios.

Tabla N° 1 Escala de evaluación de riesgo de Caídas J. H DOWNTON

CRITERIO	ESPECIFICACIONES	SI	NO
Caídas Previas		*	
Medicamentos	Ninguno		
	Tranquilizantes o sedantes	*	
	Diuréticos	*	
	Hipotensores (no diuréticos)	*	
	Antiparkinsonianos	*	
	Antidepresivos	*	
	Otros medicamentos		
Deficiencias Sensoriales	Ninguna		
	Alteraciones visuales	*	
	Alteraciones Auditivas	*	
	Extremidades( Ictus, etc)	*	
Estado Mental	Orientado		
	Confuso	*	
Marcha	Normal		
	Segura con ayuda		
	Insegura con / sin ayuda	*	
	Imposible		
Sumar un punto por cada ITEM con asterisco			
Tres o más puntos indican alto riesgo de caída.			

Ver protocolo: prevención de caídas


#### Prevención de úlceras por presión

Las escaras o zonas de presión son causadas por cizallamiento fricción presión o la combinación de las tres, la identificación de los riesgos y la valoración continua, reduce la posibilidad de la presencia de estas úlceras que en el paciente afectan su autoestima, reducen su independencia y aumentan el costos hospitalario.

Las acciones seguras aplicadas en la institución responden a:

- ✓ Identificación del paciente riesgo de úlceras por presión a través de escala de evaluación.
- ✓ Identificación y valoración riesgo de úlceras por presión a través de escala de evaluación de BRADEN. Documento técnico, como lo muestra la tabla N° 2

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	21

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

- ✓ Realización de baño diario de niños y adultos
- ✓ Lubricación de la piel
- ✓ Cama limpia, seca y tendida adecuadamente.
- ✓ Observación de signos de alarma enrojecimiento
- ✓ Protección rotación, con cambio de posición cada 2 horas y vigilancia de zonas con dispositivos médicos
- ✓ Uso de colchones anti escaras.
- ✓ Educación a familiares y/o cuidadores en cuanto a medidas preventivas.

#### NIVELES DE RIESGO:

Alto riesgo: Puntuación < 12

Riesgo moderado: Puntuación total 13-14

Riesgo Bajo: mayor de 15

Tabla N° 2 Escala de Braden de riesgo de ulcera por presión

### Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL.</b>	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.</b>	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
<b>ACTIVIDAD.</b>	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
<b>MOVILIDAD.</b>	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
<b>NUTRICIÓN.</b>	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
<b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.</b>	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

#### Clasificación de Riesgo:


- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.  
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

#### Ver protocolo: prevención de úlceras por presión

#### Identificación del usuario

La complejidad de las actividades asistenciales, la variedad de los profesionales, los nombres y apellidos similares, la fluctuante atención a orientaciones verbales de los pacientes o las fallas en la comunicación verbal generan acciones

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	22

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

inseguras al momento de realizar procedimientos, intervenciones y acceder a actividades durante la prestación de servicios de salud.

El uso de mecanismos de identificación del usuario contribuye a disminuir los riesgos que se presentan por incorrecta identidad, brindando humanización por el llamado del nombre, mejorando la comunicación entre el personal asistencial, el paciente y su familia, y propendiendo por la instauración de entornos seguros.

El hospital comprometido en brindar una atención segura ha implementado la identificación de pacientes teniendo en cuenta los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud OMS, los cuales hacen referencia a:

En nuestro hospital los pacientes Hospitalizados tanto de Urgencias como hospitalización y Unidades de Cuidado Intermedio y Crítico son identificados en su tablero individual junto a sus unidades con su Nombre, Edad, N° de cama, EPS, Fecha de ingreso y N° de Cédula o HC.

-Insistir en la responsabilidad principal de los profesionales de verificar la identidad de los pacientes, haciendo coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (toma de muestras, procedimientos, etc.)

-Utilizar al menos dos identificadores (nombre y documento de identidad) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la referencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de medicamentos, o realización de procedimiento. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente.

-Para los pacientes que carezcan de identificación si el paciente llega inconsciente y además no cuenta con ningún tipo de documento se registra como N.N y se asigna un número consecutivo que lo da el sistema de información, en tanto que llega algún familiar para que nos brinde la información requerida, posteriormente se informa a Trabajo social para hacer el trámite pertinente y gestión de su identificación y seguridad social.


-Cuando se presentan pacientes con el mismo nombre, para distinguir la identidad, se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

-Informar en la entrega de turno tanto de Enfermería como de los Médicos la existencia de los homónimos como signo de alerta.

-Utilizar los dos verificadores tanto de los nombres completos y su documento de identificación.

-Informar al paciente que en la unidad hay otro paciente con el mismo nombre para que le recuerde al personal asistencial cada vez que se va a administrar un medicamento o en la realización de un procedimiento.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	23

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

**Ver protocolo: identificación de paciente**

### 5.2.1.3. CIRUGÍA SEGURA

La E.S.E Hospital departamental San Antonio de Pitalito se considera como de alta relevancia ya que permite responder a la complementación de servicios ofertados, al perfil epidemiológico y a necesidades de los usuarios de su área de influencia. De acuerdo a ello, dentro de los propósitos del servicio de cirugía se encuentra el ofrecer una atención segura durante todas las intervenciones quirúrgicas realizada, buscando contribuir en el proceso de recuperación de la salud del paciente. Adicionalmente, enmarcados en la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud para mejorar la seguridad de la cirugía y al compromiso institucional de implementar los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud y Protección Social, se han retomado como actividades seguras en el servicio la aplicación de listas de chequeo en los diferentes tiempos quirúrgicos, identificación del paciente y prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud.


#### Lista de chequeo de verificación quirúrgica


El hospital ha instaurado las listas de chequeo para los tiempos preoperatorio, intra operatorio y postoperatorio, como una herramienta de afianzamiento del equipo quirúrgico que busca incorporar medidas de seguridad esenciales para la seguridad, en el trabajo que se realiza habitualmente en los quirófanos y que aplicada de manera sistemática, aportando a la minimización de los riesgos evitables más habituales. El equipo de salud del servicio quirúrgico es el responsable de acuerdo a sus tareas y responsabilidades de la aplicación de la lista de chequeo como herramienta de verificación de las condiciones del paciente, tipo y lugar de la cirugía y la disponibilidad de equipos e insumos.

Esta lista de chequeo se aplicará en los tiempos indicados:

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	24



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2		CODIGO DE FORMATO:	HSP-CG-AG-F01
	PROCESO: ATENCIÓN EN CIRUGÍA		VERSION:	2.0
	PROCEDIMIENTO: PROCEDIMIENTO ATENCIÓN EN CIRUGÍA		APROBACION:	7/03/2019
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO LISTA DE CHEQUEO CIRUGÍA SEGURA			
FECHA: _____				
USUARIO	CC	DIAGNÓSTICO	EPS	PROCEDIMIENTO
Antes de la inducción de la anestesia		Antes de la incisión cutánea		Antes que el paciente salga del quirófano
(Con el Enfermero y el Anestesiólogo, como mínimo) <b>A</b> SI NO NA (Con el Enfermero, el Anestesiólogo y el Cirujano) <b>B</b> SI NO NA (Con el Enfermero, el Anestesiólogo y el Cirujano) SI NO NA				
Confirma la identidad del paciente		Confirma la presencia de todo el equipo quirúrgico		<b>El Enfermero confirma verbalmente:</b>
Confirma y marca el sitio quirúrgico		<b>El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera confirma verbalmente:</b>		El nombre del procedimiento
Confirma el procedimiento a realizar		1. La identidad del paciente		El recuento de instrumental, gases, compresas y material contopunzante sean completos
Confirma consentimiento informado		2. El sitio quirúrgico		Verifica rotulación de las muestras patológicas
Confirma autorización del procedimiento por parte EPS		3. El procedimiento a realizar		El Cirujano, el anestesiólogo y enfermero repasan las inquietudes claves sobre la recuperación y el manejo postoperatorio del paciente
¿Se ha completado la comprobación de los equipos de anestesia y la medicación anestésica?		¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?		Paciente trasladado a UCI
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?		Anticipación de eventos críticos:		Paciente trasladado a Recuperación
Tiene el paciente:				
Alergias: Medicamentos				
Alimentos				
Sustancias		El cirujano repasa ¿Cuáles serán los pasos críticos o inesperados, tiempo quirúrgico y la pérdida sanguínea anticipada?		<b>Aplico y Realizó:</b>
Tiene prótesis dental				
Horas de ayuno:		El anestesiólogo repasa: Determina clasificación ASA.		Cirujano
¿Dificultad con la vía aérea o riesgo de aspiración?				
¿Riesgo de hemorragia <500ml?		El instrumentador repasa: Establece idoneidad de los equipos e instrumental a utilizar en el procedimiento		Anestesiólogo
¿Riesgo de hemorragia >500ml (7ml/kg en niños)?				
¿Riesgo de hemorragia >1000ml? Cruzar y reservar hemocomponentes según orden de especialista				
Confirma cama en UCI en caso de ser necesario		¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?		Instrumentador
Instrumentadora:				
¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)				Enfermera auxiliar
¿Se ha confirmado material de osteosíntesis?				
¿Se ha confirmado el funcionamiento de equipos necesarios?				
INDICADORES		Instrumental:		
		Ropa:		
Redactado por: Maritza Sanchez Rojas - Referente Seguridad del Paciente		Revisado por: Mabsen Serna - Coordinadora Cirugía		Aprobado por: Comité de Gestión de Calidad de la atención en salud
Fecha de Redacción: Febrero de 2019		Fecha de Revisión: Febrero de 2019		Fecha de Aprobación: 07 de Marzo de 2019
Versión: Original 2018		Revisión No. 2.0 Acta No. 002		Resolución No. 135 del 07 de Marzo de 2019

### Consentimiento informado

Este documento debe considerarse por parte del equipo de salud como un acto profesional de comunicación con el paciente, que bajo el cumplimiento del derecho de información al usuario, le permite a este decidir de acuerdo a sus valores y principios sobre los procedimientos y actividades de tipo terapéutico y diagnóstico que se van a realizar una vez explicados de manera suficiente los beneficios, riesgos y condiciones clínicas. Para la validez del documento de consentimiento informado es necesario garantizar:

- ✓ Libertad del paciente para ejercer su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo.
- ✓ Competencia para la toma de decisiones por parte del paciente o su familiar, considerada como la capacidad para comprender la situación a la cual se enfrentará.
- ✓ Información en cantidad y calidad suficiente sobre la actividad o procedimiento a realizar.

FECHA:	Elaboración: <b>2008</b>	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: <b>13/05/2019</b>	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	25

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

### Identificación de los pacientes

Los pacientes que ingresan a cirugía serán identificados en admisiones, se verifican sus datos personales y se identifican con manilla roja a todos aquellos pacientes que tienen riesgo de alergias a cualquier medicamento para que los funcionarios identifiquen fácilmente y no se cometan errores por desconocimiento.


### **PREVENCIÓN DE RIESGOS DE INFECCIONES ASOCIADOS AL CUIDADO DE LA SALUD.**

Las infecciones hospitalarias son una de las complicaciones más frecuente durante el proceso de atención en salud, siendo un riesgo inherente a la internación, que aumenta las estancias hospitalarias, los costos económicos, disminuye la calidad de vida de los pacientes y frustra el equipo de salud. La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito tiene como responsabilidad disminuir las acciones inseguras que fomentan este evento adverso a través de las siguientes prácticas seguras:

- ✓ Lavado e higienización de manos de acuerdo al protocolo institucional que acoge la recomendación de los cinco momentos de la OPS/OMS.
- ✓ Uso de elementos de bioseguridad según lo requerido para el procedimiento  
Aislamiento Hospitalario.
- ✓ Uso adecuado de equipos desechables y rehusó bajo protocolos establecidos.
- ✓ Protocolo de limpieza, desinfección, esterilización y almacenamiento de dispositivos médicos.
- ✓ Limpieza y desinfección de todo lo que está en contacto con el paciente y de áreas y superficies.
- ✓ Garantizar asepsia y antisepsia en los procedimientos invasivos.
- ✓ Garantizar la adherencia a protocolos de atención, especialmente los de venopunción, inserción de sondas y paso de catéteres.
- ✓ Disposición de residuos hospitalarios de acuerdo a lo establecido en el plan de gestión.
- ✓ Uso adecuado de ventiladores mecánicos elementos de oxigenoterapia y aerosol terapia bajo parámetros de bioseguridad.
- ✓ Uso controlado de antibióticos.

**Ver manual para prevención de IAAS**

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	26


 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

## REACTIVO VIGILANCIA

El laboratorio clínico es un servicio de apoyo diagnóstico de vital importancia para la definición de Diagnóstico y conducta terapéutica. La garantía de la seguridad y confianza en la etapa pre-analítica, analítica y post-analítica se convierte en un factor preponderante dentro del ámbito clínico y en la seguridad del paciente. Las acciones seguras deben partir desde la identificación correcta, con información suficiente y atendiendo lo estipulado en el manual de toma de muestras. El Hospital ha estipulado los siguientes factores para la seguridad:

- ✓ Procedimientos que cubran la entrega y recepción de las muestras y la identificación de las mismas. Solicitud Médica incompleta, uso de recipientes inadecuados, volumen de muestra incorrecto, muestras mal identificadas, muestra deteriorada ( tubo roto o derramado ), temperatura de transporte inadecuada, condiciones dietéticas y fisiológicas del paciente inadecuadas, presencia de hemólisis o coágulos, el laboratorio debe consultar con el paciente antes de decidir si va a analizar o rechazar la muestra.
- ✓ Verificación de los datos de la prueba solicitada contra orden médica y factura emitida.
- ✓ Ingreso al sistema generando una marcación de código de barras única por paciente.
- ✓ Durante la toma de la muestra se previene el dolor y la ansiedad explicándole claramente el procedimiento, transmitiéndole seguridad apoyándose con el acompañante, verificando que se cuente con todos los insumos necesarios y estén en buen estado al momento de la toma.
- ✓ Después de la toma se previene el hematoma y el sangrado excesivo presionando localmente por unos minutos evitando el uso de alcohol y colocando una banda adhesiva (cura).
- ✓ Las muestras en espera para procesamiento se almacenan en condiciones adecuadas para minimizar los cambios o población microbiana presente. Las condiciones de almacenamiento están validadas, definidas y registradas.
- ✓ Prevención de la infección con uso de guantes por cada paciente higienización de manos, procedimiento bajo estricta asepsia y antisepsia.
- ✓ Los envases y etiquetas de las muestras deben manipularse y almacenarse guardando las condiciones de seguridad, limpieza y desinfección que no afecten la integridad de la muestra.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	27

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

- ✓ La entrega de resultados se verifica en pacientes de consulta externa por medio de la factura, nombre completo y registra en el software a quien se entregó. En el caso de pacientes en los servicios de internación se anexan dichos resultados en la Historia Clínica.
- ✓ Se implementan controles de calidad internos y externos con la finalidad de detectar e identificar errores y tomar los correctivos pertinentes.


Ver manual de reactivovigilancia

#### 5.2.4. HEMOVIGILANCIA

La terapéutica transfusional está orientada a proporcionar los elementos sanguíneos celulares y/o plasmáticos que el paciente requiere para la complementación de la acción definida en su curso de atención, esta actividad es considerada como un trasplante de tejido de gran valor para mantener o salvar una vida y para permitir un tratamiento definitivo y efectivo, pero su uso puede condicionar también efectos adversos, por lo que su indicación debe considerarse muy cuidadosamente en función de la relación riesgo beneficio y es importante considera las acciones inseguras. Las acciones determinadas como estratégicas para ofrecer seguridad transfusional dependen de la disponibilidad y oportunidad de la sangre, así como seguridad de los componentes sanguíneos. Con base en ello se contemplan dentro de la institución como acciones seguras las siguientes:

- ✓ Se cuenta con un stock de Hemoderivados cuyas unidades corresponden a la demanda y complementariedad de los servicios quirúrgicos, internación y de cuidado crítico.
- ✓ Procesamiento y conservación que permite la trazabilidad en las características físicas y biológicas de los componentes sanguíneos.
- ✓ Identificación correcta, completa y coherente de los componentes sanguíneos
- ✓ Realización de pruebas de compatibilidad pre-transfusionales y detección de anticuerpos.
- ✓ Marcación con código de barras único por paciente generado por el sistema.
- ✓ Mecanismos de control para garantizar la entrega de componentes correcta a paciente correcto.
- ✓ Aplicación de correctos para administración de componentes sanguíneos, como son identificación correcta de la unidad, indicando tipo de componente sanguíneo, identificación inequívoca de unidad de componente

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	28

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

sanguíneo y del paciente a quien va dirigido para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre.

- ✓ Registro en la historia de la siguiente información: tipo y volumen de cada producto transfundido, número único de donación de cada unidad transfundida y número del sello de calidad de sangre, grupo sanguíneo de cada unidad transfundida, hora de comienzo de la transfusión de cada unidad y finalmente, firma del profesional que administra la sangre.
- ✓ Monitorización del paciente antes, durante y al término del procedimiento de transfusión.

## FARMACOVIGILANCIA

La Farmacovigilancia es definida por la OMS como la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.

Los principales objetivos que se enmarcan en la Farmacovigilancia son:


- ❖ Mejorar la atención al paciente y su seguridad en relación con el uso de medicamentos.
- ❖ Contribuir a la evaluación de las ventajas, la nocividad, la eficacia y los riesgos que puedan presentar los medicamentos, alentando una utilización segura, racional y más eficaz (lo que incluye consideraciones de rentabilidad).
- ❖ Fomentar la comprensión y la enseñanza de la Farmacovigilancia, así como la formación clínica en la materia y una comunicación eficaz dirigida a los profesionales de la salud y a la opinión pública.

### Medicamentos de alto riesgo

Los medicamentos de alto riesgo son definidos en la literatura como aquellas sustancias que tienen el potencial de provocar un serio perjuicio al paciente en caso de ser suministrados por error. Las acciones más recurrentes y con mayor impacto sobre la prevención del riesgo lo constituyen, la identificación, monitoreo constantes y doble verificación, en este entendido las acciones a desarrollar para mitigar los riesgos en la institución son:

- ✓ Identificación de medicamentos de alto riesgo. Determinar dentro del listado de medicamentos utilizados por la institución aquellos que pueden categorizarse como de alto riesgo dentro de las fases de prescripción, dispensación o administración.
- ✓ Adherencia a protocolo de administración de medicamentos.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	29

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

- ✓ Uso de técnicas de doble chequeo durante la dispensación de los medicamentos.
- ✓ Educación a los pacientes.

### Reconciliación medicamentosa

La reconciliación medicamentosa se considera como un proceso formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa al ingreso hospitalario del paciente con la prescripción médica inmediata o después de la transición asistencial. Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones entre los tratamientos crónicos y hospitalarios deben comentarse con el médico y, si procede, modificar la prescripción médica. El hospital se encuentra comprometido en garantizar la efectividad y seguridad de las terapias farmacológicas con el desarrollo de un programa de reconciliación medicamentosa que contempla la educación a los equipos de trabajo y los pacientes para identificar la medicación previa a la atención en los servicios de urgencias y hospitalización, buscando alcanzar resultados óptimos según las metas terapéuticas establecidas al momento de la prescripción médica, para ello se desarrollan las siguientes actividades:


- ✓ Identificación en el ingreso del paciente de los medicamentos de uso ambulatorio del paciente.
- ✓ Comparar los medicamentos que el paciente consume ambulatoriamente con la prescripción realizada intrahospitalariamente para determinar interacciones y resolver diferencias que puedan presentarse.
- ✓ Verificar la administración de los medicamentos bajo responsabilidad del equipo de salud de la institución.
- ✓ Asegurar la medicación de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente por las cuales ingreso a la institución y las patologías de base o crónicas que se manejan con otros medicamentos.

**Ver manual de farmacovigilancia**

### **TECNOVIGILANCIA**

La tecnovigilancia se puede definir como el conjunto de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión y divulgación oportuna de la información relacionada con los incidentes adversos, problemas de seguridad o efectos adversos que presente la tecnología utilizada en la atención en salud de los pacientes, a fin de tomar medidas eficientes que permitan proteger la salud de ellos. En consonancia con lo anterior las herramientas administrativas que el programa de tecnovigilancia de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de

FECHA:	Elaboración: <b>2008</b>	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: <b>13/05/2019</b>	<b>Acta No. 003 del 13/05/2019</b> <b>Comité Gestión de Garantía de la Calidad</b>	<b>Resolución No.180</b> <b>13/05/2019</b>	<b>3.0</b>	<b>30</b>

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

Pitalito ha impulsado para garantizar la seguridad en el uso de dispositivos médicos son:

- ✓ Diseño e implementación de un procedimiento de evaluación de necesidades y adquisición de la tecnología biomédica y sanitaria.
- ✓ Formulación e implementación del programa de mantenimiento preventivo, que deberá contener las actividades a realizarse, el cronograma de mantenimientos, indicando la periodicidad y duración de las mismas, y el personal que va a estar a cargo del servicio.
- ✓ Formulación y ejecución del plan metrológico para equipo biomédico, que contiene la descripción del equipo, periodicidad de calibración, parámetro a calibrar, la empresa encargada de la calibración.
- ✓ Contratación de personal técnico biomédico idóneo, con su respectivo registro de Inscripción de recurso humano del INVIMA.
- ✓ Construcción e implementación del programa de capacitación enfocado en el uso de equipos biomédicos y dirigido a todo el personal asistencial, así como al equipo de trabajo de ingeniería biomédica, teniendo en cuenta el funcionamiento del equipo en cuanto a uso, cuidado, limpieza, desinfección y asistencia técnica en mantenimiento.


Las herramientas técnicas impulsadas desde el programa de tecnovigilancia institucional son las siguientes:

- ✓ Ficha técnica, donde se especifique las características técnicas del equipo.
- ✓ Manual de Servicio Técnico.
- ✓ Protocolo de mantenimiento y calibración

Clasificación por riesgo. Se fundamenta en los riesgos potenciales relacionados con el uso y el posible fracaso de los dispositivos con base en la combinación de varios criterios tales como, duración del contacto con el cuerpo, grado de invasión y efecto local contra efecto sistémico.

- Clase I. Son aquellos dispositivos médicos de bajo riesgo, sujetos a controles generales, no destinados para proteger o mantener la vida o para un uso de importancia especial en la prevención del deterioro de la salud humana y que no representan un riesgo potencial no razonable de enfermedad o lesión.
- Clase IIa. Son los dispositivos médicos de riesgo moderado, sujetos a controles especiales en la fase de fabricación para demostrar su seguridad y efectividad.
- Clase IIb. Son los dispositivos médicos de riesgo alto, sujetos a controles especiales en el diseño y fabricación para demostrar su seguridad y efectividad.

FECHA:	Elaboración: <b>2008</b>	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: <b>13/05/2019</b>	<b>Acta No. 003 del 13/05/2019</b> <b>Comité Gestión de Garantía de la Calidad</b>	<b>Resolución No.180</b> <b>13/05/2019</b>	<b>3.0</b>	<b>31</b>

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

- Clase III Son los dispositivos médicos de muy alto riesgo sujetos a controles especiales, destinados a proteger o mantener la vida o para uso de importancia sustancial en la prevención del deterioro de la salud humana, o si su uso presenta un riesgo potencial de enfermedad o lesión.

Ver manual de tecnovigilancia

## ARTICULACIÓN CON EJES

### SEGURIDAD FISICA Y AMBIENTAL

#### AMBIENTE FÍSICO SEGURO.


Gestiona que las condiciones físicas sean aptas para prestar una atención en salud de calidad, apoyados en el Grupo de Vigilancia Activa de Apoyo Logístico de la institución quienes mensualmente realizan recorridos según la zona establecida previamente en el plan anual. En el recorrido de vigilancia activa mensual se realiza inspección tanto de las locaciones seguras como de las locaciones que tienen indicios de vulnerabilidad y según el análisis realizado se toma medidas tanto preventivas como correctivas siempre basados en la Ley 9 de 1979 en la cual se dictan las respectivas medidas sanitarias.

#### EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO SEGURO.

En cabeza del área de Ingeniería Biomédica, gestiona el funcionamiento correcto de los equipos biomédicos por medio de un plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo basado en protocolos establecidos. La periodicidad de mantenimiento preventivo es establecida para cada equipo y soportada bajo el cumplimiento de un cronograma anual para la revisión de los equipos de cada servicio.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	32



 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL  SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:  HSP-AC-SP-PRO-01  13/05/2019  3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

# CAPITULO II. GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

## 5. GESTIÓN DE SUCESOS DE SEGURIDAD (CODIGO VERDE)

Para mayor reconocimiento institucional y apropiación de la intervención acerca de la gestión de los sucesos de seguridad dentro del Hospital se ha considerado imperativo contar con un código que oriente el fácil reconocimiento de manera tal que el evento adverso en esta institución es denominado CODIGO VERDE, por ende la gestión del Código Verde reconocida a nivel institucional como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones encaminadas a identificar y analizar los sucesos inseguros que puedan causar daño en el paciente durante el proceso de atención, con el único fin de prevenir las causas y mitigar las consecuencias. Desde la plataforma estratégica de la institución se promulga el compromiso por garantizar el día a día de la atención en salud un ambiente seguro y confiable que maximice los resultados clínicos en beneficio del usuario y su familia.

### 5.1. REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE


La seguridad del paciente es una prioridad en nuestra institución por lo que favorecemos la identificación de acciones inseguras, incidentes, CODIGOS VERDES o complicaciones reportadas por el equipo de salud, una vez identificado el evento se procede a reportar, actualmente se tienen establecidos los siguientes canales de comunicación para el reporte,

- Formato de Reporte Institucional de Evento Adverso o Código Verde
- Correo electrónico [auditcalidad@hospitalpitalito.gov.co](mailto:auditcalidad@hospitalpitalito.gov.co)
- Línea telefónico ext. 108
- Búsqueda activa (rondas diarias por los servicios)
- Sistema INDIGO reporte de acciones inseguras

Acerca del reporte se debe tener en cuenta los aspectos priorizados desde el direccionamiento de este programa:

- Se fomentaran la importancia del reporte en diferentes estrategias tales como las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.


<b>FECHA:</b>	<b>Elaboración:</b> 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	<b>Modificación:</b> 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	33

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		


- El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso, resaltando que no será no permisivo
- A pesar que no es punitivo habrá sanción para quienes oculten este tipo de sucesos, ya que al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento
- Se considera relevante que la información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.

El reporte es responsabilidad de todos y aporta al mejor desempeño y a la seguridad y calidad en la atención de los servicios que el Hospital ofrece a los usuarios y sus familias, por ello guarda las características de confidencial y no ser punitivo.

Tabla Formato de Reporte de Sucesos de seguridad o Código Verde.

	<b>S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO</b>		Código	HSP - MS - F01
	PITALITO - HUILA		Versión	2.0
	NIT: 891.180.134 - 2		Fecha Aprobación	10/04/2018
<b>FORMATO DE REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD</b>				
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>				
NOMBRES Y APELLIDOS: _____				
No. De Identificación _____		Servicio: _____		
EDAD _____	GENERO: F _____ M _____	ASEGURADORA: _____		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL EVENTO</b>				
FECHA DEL EVENTO:				
<input type="text" value="DD"/>	<input type="text" value="MM"/>	<input type="text" value="AA"/>	HORA: AM _____ PM _____	
FECHA DEL REPORTE:				
<input type="text" value="DD"/>	<input type="text" value="MM"/>	<input type="text" value="AA"/>	HORA: AM _____ PM _____	
<b>DESCRIPCIÓN DEL EVENTO</b>				
Nombre del evento: _____				
<b>ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS</b>				
QUIEN REPORTA: _____				
<b>¡EL REPORTE NO ES PUNITIVO. EL OCULTARLO SÍ!</b>				

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	34

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

## 5.2. ANÁLISIS

### 5.2.1. MÉTODO DE ANÁLISIS DE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD


El análisis y gestión que institucionalmente se tiene estipulado ante el reporte de sucesos de seguridad y la identificación de los eventos adversos, define actividades a realizar para obtener una gestión oportuna sobre los sucesos de seguridad reportados al programa, de acuerdo con la normatividad vigente y dando cumplimiento a criterios de calidad y oportunidad esperados.

Cuando es notificado un suceso de seguridad a través de cualquiera de los mecanismos de reporte, se asigna un número de identificación automáticamente en la herramienta lo cual será reconocido al interior de la institución como la identificación del suceso como identificación (ID). Dentro de los análisis de los sucesos de seguridad reportados se debe determinar:

ITEM	CALIDAD DEL DATO	
1	<b>Meta de seguridad que afecta</b>	<p>Se determina la importancia imperativo orientar la gestión de la reducción de riesgos en una metas que hacen parte de la intervención internacional.</p> <p>Adicional a eso se incluye una meta que es definida como “acción insegura”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de alto riesgo</li> <li>• Comunicación</li> <li>• Dispositivos médicos</li> <li>• Prevención de infecciones</li> <li>• Dispositivos invasivos (evitar errores en la conexión de catéter)</li> <li>• Prevención de caídas</li> <li>• Procedimiento correcto en lugar correcto</li> <li>• Identificación del paciente</li> <li>• Prevenir aparición de lesiones de piel</li> </ul>
2	<b>Clasificación</b>	<p>Evento</p> <p>Incidente</p> <p>Acción Insegura</p> <p>Complicación</p> <p>No Evento</p>
3	<b>Clasificación según la prevención</b>	<p>Prevenible</p> <p>No Prevenible</p>
4	<b>Clasificación según el desenlace</b>	<p>Grave</p> <p>Moderado</p> <p>Leve</p>

Si bien el objetivo fundamental de la metodología es el análisis es muy importante considerar tres aspectos específicos que debe acompañar a la ejecución de esta metodología:

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	35

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		


- Oportunidad: procurando que los análisis se realizan según tiempo estipulado de acuerdo al tipo de suceso.
- Coordinación: enfocados todos los integrantes del equipo de análisis del en el aspecto no punitivo y educativo del ejercicio que lleve al aprendizaje organizacional
- Integralidad: de los equipos de análisis, permitiendo la participación de todo el equipo de atención.

Para los análisis de los Incidentes, eventos leves y moderados se establece en la Institución el análisis por bloque si se reúnen varios del mismo tipo, para así implementar acciones de mejora que se monitorizan hasta el cierre. Cuando un evento se clasifica dentro de la categoría severo o centinela, se realiza el análisis aplicando el Protocolo de Londres, posteriormente se diseña el plan de mejora, en el ciclo PHVA. Una vez puesto en marcha el plan de mejora, se procederá a realizar un seguimiento al mismo, hasta el cierre de las actividades.

**Tabla. Escala de clasificación de los sucesos de seguridad**

PRECLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO DE GESTIÓN Y/O RESPONSABLE
<b>Incidente</b>	Llega al paciente y no produce daño, sucede durante el proceso de atención	Se remite a los coordinadores del servicio respectivo para realizar un análisis grupal de acuerdo a la frecuencia de presentación. La Coordinación de Seguridad del Paciente hace monitoreo desde el sistema de información y seguimiento a las acciones definidas.
<b>Evento Leve</b>	Llega al paciente, produce daño leve, no aumenta la duración de la hospitalización, no requiere un procedimiento o un tratamiento adicional.	Análisis grupal o por bloque según prioridad, frecuencia o impacto, por parte de los coordinadores del servicio correspondiente. La Coordinación de Seguridad del Paciente hace monitoreo desde el sistema de información y seguimiento a las acciones definidas.
<b>Evento Moderado</b>	Llega al paciente y genera daño transitorio, aumenta la duración de hospitalización, requiere un procedimiento o un tratamiento adicional.	Evento Adverso Moderado, se realiza el análisis por parte de los coordinadores del servicio correspondiente con la Coordinación del Programa y demás involucrados en el suceso.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	36

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

PRECLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO DE GESTIÓN Y/O RESPONSABLE
<b>Evento Severo</b>	Se presenta daño en el órgano objeto del procedimiento o en órgano diferente que requiere cirugía adicional, o tratamiento adicional discapacidad transitoria.	Análisis Individual al 100% de los eventos a cargo de la Coordinadora del Programa de Seguridad del Paciente, los coordinadores del servicio, aplicando la metodología de Protocolo de Londres. El cual incluirá acciones de mejoramiento que se deberán alinear a las barreras de seguridad que favorezcan al aprendizaje organizacional.
<b>Evento Centinela</b>	Se presenta daño permanente, genera situaciones cercanas a la muerte o la muerte.	Análisis Individual al 100% de los eventos a cargo de la Coordinadora del Programa de Seguridad del Paciente, los coordinadores del servicio Aplicando la metodología del Protocolo de Londres. El cual incluirá acciones de mejoramiento que se deberán alinear a las barreras de seguridad que favorezcan al aprendizaje organizacional.


Seguido del análisis desde el programa de seguridad se monitoreará que se aplique la reacción inmediata por cada de los servicios donde se presenta el evento. En los casos de ser Severo y Centinela se hará seguimiento al desarrollo de las acciones instauradas.

#### 7.4.1. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

Esta actividad incluye la retroalimentación, el aprendizaje organizacional y el monitoreo a los resultados de la gestión del Programa de Seguridad. En cuanto a la retroalimentación a los colaboradores, parte desde el mismo punto de análisis de los eventos adversos o incidente reportado cuando se describe de forma clara lo sucedido y en la mayoría de las ocasiones, es el mismo personal asistencial quien identifica las acciones inseguras.

El aprendizaje organizacional es un proceso dinámico y continuo de adquisición e integración de conocimiento, habilidades y actitudes a la labor diaria instaurando

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	37

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

mejores prácticas y favoreciendo la mejora continua; para el caso de Seguridad del Paciente es fruto directo de la retroalimentación de los eventos adversos ocurridos en la institución acompañados siempre de la gestión y acción de mejora que se establecieron para evitar su reincidencia.

Es indispensable retroalimentar al equipo de colaboradores de la gestión integral de los eventos, lo anterior lo podemos evidenciar en el registro realizado en el formato Análisis de Sucesos de Seguridad del Paciente.

### 5.2.2. USO DE LA HERRAMIENTA DE GESTIÓN CON APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE LONDRES

Este se realizará en el servicio con el equipo de atención y los profesionales miembros del comité de seguridad del paciente se reúnen mensualmente:


-A catalogar los sucesos inseguros reportados durante el mes y clasificarlos en eventos adversos, incidentes, fallas, o no aplica, con base al concepto de triada donde se enumera: Evento Adverso como la acción durante la intervención médica, que produjo daño y fue accidental. A priorizar los eventos sujetos de análisis y luego bajo el Protocolo de Londres que es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Eventos Adversos, se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason; se realiza el análisis con la identificación de las siguientes variables.

- ✓ Fallas latentes Activas
- ✓ Factores contributivos
- ✓ Acciones inseguras
- ✓ Planes de mejoramiento

Este análisis permite conocer el detalle de las acciones que conllevaron a las acciones inseguras en el entorno hospitalario y el compromiso en la seguridad del usuario.



FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	38

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

El propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los sucesos de seguridad, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa ya que se busca alinearlos a los lineamientos institucionales de gestión del riesgo clínico y cultura de seguridad.


Por tal motivo se hará uso de metodologías donde el protocolo de Londres cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los ámbitos directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras, de diversa índole. Así mismo se tendrá en cuenta las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, natural, acción humana, tecnológico y control administrativo. Durante el análisis de un suceso de seguridad, cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones.

Los pasos son:

1. Hacer la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea. Las acciones inseguras pueden ser acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso.
2. Evaluar y considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos dentro de la misma reunión de análisis. A continuación la Tabla muestra algunos posibles factores acorde al desarrollo del paquete instruccional del modelo pedagógico para el análisis y monitoreo de sucesos de seguridad.

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO		
Paciente	Complejidad y gravedad		
	Lenguaje y comunicación		
	Personalidad y factores sociales		
Tarea y tecnología	Diseño de la tarea y claridad de la estructura		
	Disponibilidad y uso de protocolos		
	Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnosticas		

FECHA:	Elaboración: <b>2008</b>	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: <b>13/05/2019</b>	<b>Acta No. 003 del 13/05/2019</b> <b>Comité Gestión de Garantía de la Calidad</b>	<b>Resolución No.180</b> <b>13/05/2019</b>	<b>3.0</b>	<b>39</b>

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		


	Ayudas para toma de decisiones
Individuo	Conocimiento
	Habilidades y competencia
	Salud física y mental
Equipo de trabajo	Comunicación verbal y escrita
	Supervisión y disponibilidad de soporte
	Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)
Ambiente	Personal suficiente
	Mezcla de habilidades
	Carga de trabajo
	Patrón de turnos
	Disponibilidad y mantenimiento de equipos
	Soporte administrativo y gerencial
	Clima laboral
	Ambiente físico(Luz, espacio, ruido)
Organización y gerencia	Recursos y limitaciones financieras
	Estructura organizacional
	Políticas
	Estándares y metas
	Prioridades y cultura organizacional

### 5.3. PLANES DE MEJORAMIENTO


Previo a establecer los planes de mejoramiento de los eventos adversos analizados que requieren gestión, se lleva a cabo el análisis causal como la metodología institucional, la cual permite obtener las causas primarias y de urgente intervención para corregir las desviaciones encontradas, evitando la presencia repetitiva del evento.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	40



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

El plan de mejoramiento debe ser plasmado con tiempos, responsables y acciones a desarrollar, en el mismo formato institucional del Protocolo de Londres dejando copia en la Oficina de Calidad en donde se archivan los planes de mejoramiento de la vigencia, posteriormente se realiza un seguimiento de autocontrol por parte del área responsable mensualmente y trimestral por parte del referente de la fuente de información: Oficina de Calidad.

	<b>E. S. E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO</b> PITALITO - HUILA NIT: 891.180.134 - 2		Código HSP - MS - F01
			Versión 2
			Fecha Aprobación 03/03/2015
<b>FORMATO: ANALISIS EVENTOS ADVERSOS - MODELO DE LONDRES</b>			
<b>FECHA DEL ANALISIS:</b> <b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>			
<b>ESQUEMA DE ANÁLISIS</b>			
<b>NOMBRE EVENTO ADVERSO/INCIDENTE</b>		<b>EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:</b>	<b>EVENTO NO PREVENIBLE:</b>
<b>DESCRIPCION DEL EVENTO RESUMEN HC</b>		<b>ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS</b>	
<b>1- FACTORES CONTRIBUTIVOS</b>		<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>	
		<b>ACTIVIDAD DE MEJORA</b>	<b>TIEMPO PARA REALIZARLO</b>
		<b>RESPONSABLE</b>	<b>ESTADO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO</b>
			<b>Abierta</b>
			<b>Cerrada</b>
Paciente			
Tarea y Tecnología			
Individuo			
Equipo de trabajo			
Ambiente			
Organización y Gerencia			
Contexto Institucional			
<b>CONCLUSIONES SI SE CONSIDERA O NO EVENTO ADVERSO:</b>			
<b>EQUIPO INVESTIGADOR</b>			
No	NOMBRES	APELLIDOS	CARGO O PROFESION
			FIRMA


#### 5.4. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional es definido como un proceso dinámico y continuo de adquisición e integración de conocimiento, habilidades y actitudes a la labor diaria instaurando mejores prácticas y favoreciendo la mejora continua. A nivel institucional el reporte de los sucesos inseguros, el análisis de los mismos, la aplicación de acciones correctivas y la estandarización de las actividades y procesos que demostraron un buen desempeño y agregaron valor al servicio en términos de seguridad del paciente y calidad en la atención, hacen parte de ese aprendizaje para alcanzar los propositivos establecidos. De esta forma, dentro del comité de seguridad del paciente se socializan las actividades de mejora que fueren efectivas, para su despliegue e instauración.

#### 5.5. GESTION DEL RIESGO CLINICO

En el Hospital San Antonio se busca desde el programa favorecer la efectividad de los controles de manera tal que se trabaja en la gestión del riesgo clínico, por tal motivo se realiza la identificación y se buscan las oportunidades para mejorar el desempeño y emprender acciones para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal durante la prestación de los servicios de salud en los diferentes ámbitos favoreciendo a unos servicios seguros.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	41

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

Desde el direccionamiento estratégico de seguridad del paciente no solo se cuenta con los lineamientos institucionales donde se expresa el compromiso y se emiten lineamientos a favor de prácticas clínicas a través de unas actividades de gestión de riesgos.

Por lo anterior se tiende como lineamiento a analizar los riesgos inherentes y relacionados a la eficiencia de las intervenciones en el desarrollo de las actividades asistenciales de sus procesos para prevenir eventos adversos. “Una potencial falla de un proceso se define como la manera en que el proceso pudiera fallar en cubrir sus requerimientos. Se describe en términos de lo que los clientes internos y externos pueden notar o experimentar. El AMEF es una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una potencial falla. Describe un grupo sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia.” (Lineamiento atención segura, 2004). Así mismo vale la pena mencionar que esta metodología incluye una visión preventiva


#### 5.5.1 HERRAMIENTA DE ANÁLISIS AMFE

1. Para elaborar un AMEF se hace una lista de todas las posibles causas de falla asignables a cada modo de falla potencial y se tiene en cuenta:

Variables	Características
Su ocurrencia:	Qué tan frecuentemente se proyecta que ocurra la causa o el mecanismo de falla específico. Se estima la posibilidad de ocurrencia en una escala de 1 a 10.
Su Severidad:	Es una evaluación de la seriedad del efecto del modo de falla potencial en el cliente.
Controles actuales del proceso	Se describen los controles que previenen que en cierto grado ocurra el modo de falla o que detectan el modo de falla que se presentará.
Detección:	Evalúan la probabilidad de que los controles de proceso que se proponen detecten una causa potencial o el modo de falla subsecuente. Se usa una escala de 1 a 10.

2. Si bien un AMEF debe tener un responsable de la preparación, debe también basarse en el esfuerzo de un equipo de expertos; en diseño, manufactura, en materiales, en servicio, en calidad, los proveedores y líderes del área responsable.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	42

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

# CAPITULO III. BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD

## 6. BUENAS PRACTICAS QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las “Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente” están consideradas como las herramientas para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud en el uso de dispositivos médicos, de manera tal que se hace uso de los paquetes instruccionales propuestos por el Ministerio de Protección social que incluyen la guía técnica para así favorecer a los procesos continuos y sistemáticos con la mirada de reducción de riesgos clínicos.


El programa de seguridad del paciente adopta las recomendaciones de los documentos Guía técnica de “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” y Paquetes instruccionales (que aplican por tipo de población) del Ministerio de Protección Social, para tener en cuenta al incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud. Dentro de la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente, se incluyen los cuatro capítulos a saber:

- 6.1. PROCESOS SEGUROS INSTITUCIONALES**
- 6.2. PROCESOS ASISTENCIALES**
- 6.3. PROCESOS DEL PROFESIONAL**

Los paquetes se implementan en la organización con el acompañamiento del Programa de Seguridad del paciente, y se definen las responsabilidades de ejecución de los paquetes instruccionales a nivel institucional:

Con la finalidad de fomentar el trabajo en equipo entre las áreas y servicios de la institución (asistencial, administrativo y de apoyo) en la discusión de los posibles


FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	43

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL  SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:  HSP-AC-SP-PRO-01  13/05/2019  3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

eventos adversos e incidentes que pudieran ocurrir en el ejercicio de atención y el fortalecimiento de estrategias de mejora del servicio y de barreras de seguridad, promoviendo la vinculación interdisciplinaria, la consolidación del sentido de pertenencia por la institución y una actitud positiva de aprender de los errores, se asignará un paquete instruccional a cada líder de área para que junto con su personal a cargo sea socializado a las demás áreas con metodologías creativas, utilizando además la ejemplificación con un caso hipotético en relación a los posibles eventos que pueden presentarse y el respectivo protocolo de Londres aplicado para el análisis del caso. El área encargada se asegurará de realizar actividades de información, educación, participación y evaluación del paquete asignado. Semestralmente, al finalizar las actividades programadas por las áreas, se realizará un compendio de los paquetes desarrollados a través de nuevas actividades a cargo de la Coordinación de Seguridad del Paciente


PAQUETE INSTRUCCIONAL	RESPONSABLE
1. La seguridad del paciente y la atención segura	Responsable Referente del programa seguridad del paciente
2. Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos y Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	Responsable líderes de proceso asistenciales
3. Modelo pedagógico	Responsable Referente del programa seguridad del paciente
4. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud	Responsable Líder de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud Infectólogo
5. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	Responsable líder de proceso Líder de Gestión Farmacovigilancia
6. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	Coordinador de enfermería
7. Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos	Líder de Cirugía
8. Prevenir Ulceras por presión	Coordinador de enfermería líder de uci y hospitalización
9. Asegurar la correcta identificación del	Líder de urgencias

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	44

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL  SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:  HSP-AC-SP-PRO-01  13/05/2019  3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		


PAQUETE INSTRUCCIONAL	RESPONSABLE
paciente en los procesos asistenciales	
10. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio	Líder de Laboratorio Clínico
11. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea	Líder de Banco de Sangre
12. Prevenir el cansancio del personal de salud	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
13. Prevención de la malnutrición o desnutrición	Líder de nutrición y lactario
14. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	Referente de seguridad del paciente Líder de unidad de ginecología
15. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado	Líder de unidad de ginecología
16. Ilustrar al paciente en el auto cuidado de su seguridad	Coordinador de enfermería
17. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico	Líder de uci
18. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental	Líder de urgencias
19. Seguridad de la atención de urgencias en población pediátrica	Coordinador de Urgencias
20. Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria	Líder de hospitalización
21. Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo	Líder de UCI
22. Garantizar la atención segura del binomio madre e hijo	Líder de unidad de ginecología

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	45

 <p>E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito</p>	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b>		<b>NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD			
	PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE			
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			

PAQUETE INSTRUCCIONAL	OBJETO
<b>Seguridad de la Atención de urgencias en población pediátrica</b>	Fortalecer el conocimiento técnico en la atención de urgencias a la población pediátrica y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores y disminuir los riesgos en la atención en salud.
<b>Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención</b>	Fortalecer en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre las infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS), así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras.
<b>Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos y monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente</b>	1. Fortalecer las competencias del talento humano en salud para desarrollar programas de vigilancia epidemiológica de la ocurrencia de eventos adversos, incidentes y complicaciones en la organización. 2. Ayudar al lector a diseñar, implementar, evaluar y mejorar continuamente un sistema de monitorización y medición de la seguridad del paciente en su institución
<b>Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio</b>	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir la ocurrencia de errores en el proceso de identificación del paciente y toma de muestras de laboratorio.
<b>Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado</b>	Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la aplicación de prácticas seguras, tener claramente definido la consecución, verificación y entendimiento del consentimiento informado, desarrollando y fortaleciendo destrezas y competencias relacionadas con la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, para que no se presenten errores en la atención y disminuir así la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionados.
<b>Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes</b>	Desarrollar y fortalecer destrezas, habilidades y competencias para el adecuado proceso de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
<b>Prevenir el cansancio del personal de salud</b>	Fortalecer en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre el cansancio del personal de salud, así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras.
<b>Modelo Pedagógico</b>	Propiciar un espacio de reflexión, actualización y diálogo de saberes en seguridad del paciente, siguiendo el modelo de aprendizaje basado en problemas, ABP, con el fin de que, en el desempeño laboral cotidiano, los profesionales de la salud cumplan con las disposiciones establecidas en la Política Nacional de Seguridad del Paciente y la Guía Técnica No. 1 de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente y se conviertan en agentes educadores y promotores de la salud integral.
<b>Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales</b>	Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la identificación de los pacientes y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos relacionados.
<b>Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad</b>	Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en el autocuidado para la aplicación de prácticas seguras con el fin de lograr el involucramiento de los pacientes en el autocuidado de su salud.
<b>Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar cuáles son los errores o fallas más comunes e impactantes en el uso de medicamentos.</li> <li>Identificar cuáles son los factores contributivos de mayor impacto que favorecen la aparición de riesgo en la utilización de los medicamentos.</li> </ul>
<b>Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos</b>	Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico y administrativo, además de competencias y habilidades para la ejecución de prácticas seguras (barreras y defensas) por parte del personal de salud responsable de ejecutar las actividades relacionadas con la atención del paciente en todo el proceso pre, trans y postquirúrgico, para disminuir la presentación de eventos adversos o incidentes.
<b>Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea</b>	Identificar los factores asociados a la disponibilidad y manejo de sangre, a la disminución de la presentación de complicaciones asociadas al proceso transfusional. Establecer mecanismos de monitoreo y medición para obtener experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras presentación de complicaciones asociadas al proceso transfusional en todas sus etapas
<b>Prevenir úlceras por presión</b>	Las Úlceras por Presión afectan el nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes; puesto que reducen su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida, pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte. Metodología Protocolo de Londres
<b>Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas</b>	Fortalecer destrezas, competencias y desarrollar habilidades en todos los integrantes del equipo de salud, los pacientes y sus cuidadores para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones.
<b>Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico</b>	Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la disminución de riesgos en la atención del paciente crítico
<b>Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental</b>	Enfermedades mentales se manifiestan antes de los 14 años y presentan un perfil similar en todas las culturas; estos trastornos figuran dentro de las cinco primeras causas de discapacidad juvenil. En Colombia, los trastornos más frecuentes son ansiedad en un 19.3%, los trastornos del estado de ánimo 15%
<b>Prevención de la malnutrición o desnutrición</b>	Desarrollar y fortalecer las políticas institucionales desplegando destrezas y competencias para prevenir eventos como la desnutrición y la malnutrición, guiando a las instituciones a implementar prácticas seguras al interior y exterior.
<b>Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria</b>	Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos relacionados.
<b>Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo</b>	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con el sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.
<b>Garantizar la atención segura del binomio madre hijo</b>	Fortalecer el conocimiento técnico en la atención segura de la gestante y el recién nacido así como las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores y disminuir los riesgos en la atención.

<b>FECHA:</b>	<b>Elaboración:</b> 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	<b>Modificación:</b> 13/05/2019	<b>Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad</b>	<b>Resolución No.180 13/05/2019</b>	<b>3.0</b>	<b>46</b>

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

## 7. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Teniendo en cuenta los cuatro ejes de acción se soportan en la transformación de procesos y conductas, ejerciendo la autoformación para obtener métodos asistenciales seguros, involucrando a los pacientes y sus familiares, incentivando prácticas que mejoren las actuaciones de los profesionales y en general del equipo de salud, así como desplegando un ambiente de seguridad con un entorno de confidencialidad y confianza entre quienes hacen parte de la atención en salud, entre dichas prácticas se encuentran:

### 7.1. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

La base de la creación o cambios de cultura organizacional de equipos de trabajo que encaminan sus actividades hacia un mismo fin, es la comunicación, “bajo ella se permiten la puesta en común de propósitos, objetivos métodos, procesos acciones y resultados del ente colectivo”, pero a su vez la alineación de las necesidades e intereses del recurso humano, los proveedores y los usuarios.

La estrategia de comunicación se fomentara en el desarrollo de cada una de las intervenciones en la institución.

Herramientas para generar comunicación efectiva con el paciente y cuidador:

Pregúntele a su médico (ask me)

Repítame lo que entendió (Teach back)

Estandarización de la información y comunicación:

La técnica SBAR

Táctica “Call Out”


De esta forma se distinguen dentro del proceso de comunicación para el programa de Seguridad del paciente temas relevantes y canales de comunicación, así:

- ✓ Fomento del saludo entre el personal de salud como contacto inicial que permite la interacción más permeable.
- ✓ Actitud de escucha
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Mantener buenas relaciones interpersonales
- ✓ La salud mental y bienestar laboral permiten una adecuada comunicación.

### 7.2. DESARROLLO DE FORMACIÓN

El cual se hará con capacitaciones (ver plan de capacitación)

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	47

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

Además con la socialización de guías de práctica clínica y protocolos de atención en el marco de la implementación de acciones seguras en los servicios del Hospital se realizara mediante jornadas de capacitación, formación e información a nivel grupal, individual o in situ. El objetivo principal de estas formas de socialización de información relevante para seguridad del paciente es la de generar un proceso de aprendizaje, estandarización de procedimientos y desarrollo de habilidades y destrezas de los servidores para instaurar prácticas seguras dentro de la atención en salud de los usuarios.

### 7.3. RONDAS DE SEGURIDAD

Las rondas de seguridad son definidas como una herramienta de la alta dirección para incrementar la seguridad en la atención en salud. Consiste en una visita planificada de los directivos y referentes a un servicio determinado de la institución para generar una interacción directa con el personal asistencial, los pacientes, y sus familiares, generando espacios de confianza, respeto y educación. Los propósitos básicos de las rondas de seguridad en la institución están enmarcados en los siguientes enunciados:

- ✓ Generar cultura a partir del ejemplo e involucramiento de la alta dirección en los procesos del día a día.
- ✓ Gestionar posibles riesgos.
- ✓ Realizar escucha activa de los servidores, pacientes y sus familias.
- ✓ Evaluar la implementación del programa de seguridad de la Institución.


La metodología consiste en la elaboración de lista de chequeo o cotejo que contiene los siguientes aspectos a verificar en el transcurso de la ronda:

Adecuado diligenciamiento de las historias clínicas, disposición de medicamentos, las condiciones de limpieza de las áreas y ausencia de humedad en los pisos, las condiciones de seguridad en los baños (agarraderas, antideslizantes), el estado de los equipos médicos, supervisión de personal en entrenamiento, prácticas de bioseguridad, funcionamiento y manejo de dispositivos de equipo entre otros.

Las rondas de seguridad se realizan en diferentes horarios y como mínimo mensualmente, la metodología se fundamenta en observación y evaluación de prácticas inseguras, revisión documental y entrevista con el personal y usuarios, al finalizar la ronda se realiza un informe en donde se consignan las observaciones, recomendaciones y acciones tomadas frente a las no conformidades encontradas.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	48



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

Luego de la ejecución de la ronda de Seguridad se realiza retroalimentación con el equipo de la ronda de seguridad y jefe del servicio.

Se deberá informar mensualmente a la Gerencia adjuntando las listas de chequeo con copia a las áreas involucradas para el cumplimiento de las recomendaciones, también se felicitará al personal que realiza buenas prácticas sanitarias evidenciadas en las rondas de seguridad, finalmente cada falla identificada deberá servir como insumo en los planes de mejora garantizando el compromiso institucional y su sostenibilidad.

### 7.3.1. RONDAS DE SEGUIMIENTO A LAS BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se cuenta con unas actividades estandarizadas que permiten realizar el seguimiento a las “Buenas prácticas de seguridad” para la reducción de riesgos clínicos.

El alcance de la ronda permitirá:

- Acompañamiento al personal en los servicios, para el afianzamiento de la detección oportuna de actos inseguros, lo cual orientará a una búsqueda activa
- Fortalecer el sistema de información para el fomento de la cultura en relación con el reporte.
- Gestión de los riesgos clínicos a partir de la identificación hasta el seguimiento


Estas serán realizadas por parte de los gestores de seguridad.

#### Metodología

1. Presentar el desarrollo de la actividad con jefe o coordinador del servicio
2. Conocer contexto del servicio y paciente
3. Identificar posibles actos inseguros
4. Fomentar la buena práctica mediante el componente educativo y realizar acompañamiento al personal
5. Retroalimentar las buenas prácticas

Reportar en el formato establecido

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	49

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

## 7.4. PÍLDORAS DE SEGURIDAD

La estrategia de Píldoras de seguridad aporta a la cultura, en tanto brinda información de acciones seguras al equipo de salud, usuarios y sus familias durante la atención en salud. Estas fueron construidas basadas en la información de acciones correctivas derivadas del aprendizaje organizacional y como barreras de seguridad identificadas en la práctica. Ellas se divulgan en las Carteleros de los servicios de la institución que contienen información precisa, lenguaje directo y comprensible.

## 8. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA SEGURIDAD

### 8.1. INDICADORES

#### PROCESOS SEGUROS INSTITUCIONALES

##### Modelo pedagógico

Competencias pedagógicas = pregunta - problema ABP

Formación autónoma, permanente, colaborativa y permanente

Competencias específicas: detecta errores, fallas y acciones inseguras

Identifica riesgos, identifica y propone barreras de seguridad

Implementa y aplica en su desempeño buenas prácticas

##### Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos y monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente

\* Lesión de tejidos blandos por extravasación de medio de contraste

\* Daño por auto-retiro de sondas/tubos/catéteres

\* Daño al paciente por pérdida del espécimen de patología.

\* Lesión abandonada en órgano no objeto de la cirugía previa.

- Daño durante una cirugía.

- Evisceración post-quirúrgica.

- Embolismo aéreo intravascular en el intraoperatorio.


- Quemadura del paciente.

\* Reintervención no planeada por hemorragia/hematoma.

\* Daño por error diagnóstico.


\* Reingresos al servicio en tiempo menor del indicado por la misma causa.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	50

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

- \*Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar post-operatorio.
- \*Neumotórax iatrogénico.
- \*Falla renal aguda post-operatoria que requiere diálisis.
- \*Depresión respiratoria por sobredosis de medicamentos.
- \*Daño del paciente por falla del equipo biomédico.
- \*Daño al paciente por errores en el informe diagnóstico de imágenes o de laboratorio.
- \*Discapacidad o muerte por reacción transfusional.
- \*Transfusión de elemento sanguíneo con grupo/Rh equivocado.
- \*Lesión por cirugía en paciente/lado/órgano incorrecto o Lesión por realización de procedimiento incorrecto.
- \*Lesión por colocación de implante incorrecto.
- \*Lesión por cuerpo extraño dejado abandonado dentro del paciente.
- \*Muerte del paciente o daño serio asociado con el uso de drogas, equipos o biológicos contaminados provistos por la institución.
- \*Muerte del paciente o daño serio asociado con el uso o función de un equipo que ha sido usado para un objetivo distinto para el cual fue creado.
- \*Muerte del paciente o daño serio asociado con embolismo aéreo intra vascular que ocurre durante la atención.
- \*Muerte del paciente o daño serio asociado al uso de medicamentos, en cualquiera de sus correctos.
- \*Muerte intra-operatoria o inmediata post cirugía o post procedimiento de un paciente con riesgo anestésico (ASA) 2.
- \*Muerte del paciente o daño serio asociado con su fuga o desaparición.
- \*Suicidio del paciente o intento suicida o auto daño que resulta en una discapacidad mientras es atendido en la institución.
- \*Homicidio intra-institucional.
- \*Asalto físico o violación intra-institucional.
- \* Robo, rapto o secuestro de un paciente de cualquier edad.
- \*Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff como resultado de un asalto físico o agresión.
- \*Muerte del paciente o daño serio asociado con una caída.
- \*Úlceras de presión en cualquier estadio que aparecen después de la admisión del paciente.
- \*Muerte del paciente o daño serio que resulta de la pérdida irrecuperable o irremplazable de tejido biológico.
- \*Muerte del paciente o daño serio que resulta de la falla al hacer seguimiento o en la comunicación de un examen de laboratorio, patología o radiología.\*Muerte o

FECHA:	Elaboración: <b>2008</b>	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: <b>13/05/2019</b>	<b>Acta No. 003 del 13/05/2019</b> <b>Comité Gestión de Garantía de la Calidad</b>	<b>Resolución No.180</b> <b>13/05/2019</b>	<b>3.0</b>	<b>51</b>

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

daño serio del paciente o de alguien del staff asociado con un shock eléctrico durante el proceso de atención.

\*Cualquier incidente en el cual una línea diseñada para entregar un gas a un paciente, no contiene gas, o el gas equivocado, o el gas está contaminado por sustancias tóxicas.

\*Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff por quemaduras provenientes de cualquier fuente de energía.

\*Muerte o daño serio del paciente asociado a la limitación de los movimientos del paciente o amarres.

\*Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff asociado con la introducción de un objeto metálico.

## PROCESOS ASISTENCIALES

### Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención

\*Tasa de infección IAAS

\*Infecciones asociadas a la atención en salud por servicio

\*Infección global asociada al cuidado de la salud

\*Infección urinaria asociada a sonda

\*Proporción de infección quirúrgica

\*Proporción de adherencia a la higiene de manos

\*Proporción de adherencia a profilaxis antibiótica

\*Proporción de adherencia a aislamientos hospitalarios

\*Bacteremia asociada a catéter central

\*Neumonía asociada al uso de ventilador

\*Tasa de IAAS por servicio

### Atención de urgencias en población pediátrica

\*Retraso en el diagnóstico por falta de pruebas pertinentes

\*Notificación de los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente


\*Notificación de los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente

\*Notificación de los errores que no han tenido consecuencias adversas aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.

\*Impacto de la duración de los turnos en el rendimiento del personal

\*Adherencia al conocimiento de conceptos básicos del programa de seguridad del paciente en personal administrativo, asistencial, directivo

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	52

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

\*Número de ejercicios prácticos o escenarios simulados para ensayar guías de práctica clínica

## PROCESOS DEL PROFESIONAL

Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes


- \*Proporción de órdenes verbales que son transcritas en la historia clínica.
- \*Proporción de resultados críticos de exámenes de laboratorio que son informados verbalmente al servicio.
- \* Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente son repetidas en voz alta por parte de quien las recibe
- \* Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente se anotan
- \* Frecuencia con la que se realizan prescripciones sin revisar toda la medicación que el paciente está tomando
- \* Frecuencia con la que los cambios en medicación son comunicados clara y rápidamente a todos los profesionales implicados en la atención al paciente.
- \* Frecuencia con la que cualquier nueva información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en su atención.
- \*Frecuencia con la que el personal se asegura de que el paciente ha entendido los riesgos y complicaciones antes de firmar el consentimiento informado.
- \* Cumplimiento en la asistencia a las entregas de turno asistenciales.

## 9. GLOSARIO

El uso adecuado de la terminología para el diseño, gestión e implementación del Programa Institucional, es de vital importancia ya que de ésta dependerá la adherencia y uso del programa como la homologación para los colaboradores, para esto se han sido tomados en cuenta los siguientes conceptos:

**Acción correctiva:** acción que elimina la causa de un evento adverso u otra situación no deseada, la cual debe ser tomada con el fin de prevenir la recurrencia del evento adverso.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	53

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

**Acción insegura:** conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas unas o varias acciones inseguras, las cuales tienen dos características esenciales: a) La atención se aparta de los límites de una práctica segura. b) La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

**Acción preventiva:** acción que previene la ocurrencia del evento o incidente adverso.

**Adherencia:** capacidad de alcanzar unión entre dos cosas, para efectos institucionales, lograr concordancia entre lo documentado y lo implementado

**Análisis de causa raíz:** Proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia cronológica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas raíz subyacentes. Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. Barrera de seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente: herramienta para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud. Calidad: Grado en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.


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

**Búsqueda activa:** Identificación por medio de rondas de seguridad a sucesos de seguridad.

**Código Verde:** Denominación institucional a los Eventos adversos.

**Componente Sanguíneo:** Es la parte que se obtiene mediante sus separación de una unidad de sangre total utilizando medios físicos o mecánicos, tales como centrifugación, congelación o filtración.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	54

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

**Comité de Seguridad del Paciente:** Instancia administrativa que actuará como un comité de carácter consultivo y decisorio, en la adopción e implementación de lineamientos y estrategias en materia de seguridad del paciente en la Institución.

**Cultura de seguridad:** Es el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Ambiente en el que los errores no se personalizan, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable. Entorno favorable al diálogo abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras

**Equipo de atención en salud:** Es el conjunto de profesionales, técnicos y tecnólogos encargados de manera conjunta, pero con el desarrollo de, diferentes responsabilidades y actividades, del proceso de atención en salud de los pacientes

**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 Centinela:** Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria y permanente o la muerte que requiere intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.

**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.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	55

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA      NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

**Farmacovigilancia:** y prevención Actividad en Salud Pública que se encarga de la detección, valoración, entendimiento de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos, que se dispensan con o sin fórmula (INVIMA).

**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.

**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.

**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.

**Gestión del riesgo:** El proceso de gestión de riesgos es la aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de gestión a las labores de comunicar, establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y revisar el riesgo.

**Gestores de seguridad:** Colaborador empoderado y entrenado quien realiza fomento y seguimiento de las buenas prácticas en seguridad del paciente a favor de la reducción de riesgos clínicos.


**Guía de buenas prácticas en seguridad del paciente guía técnica no. 001**

“Buenas Practicas Para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, que buscan: - Obtener procesos institucionales seguros - Obtener procesos asistenciales seguros - Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad - Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

**Guía de reacción inmediata:** Son guías de atención básica, que se deben implementar antes de trasladar un paciente al servicio de urgencias, en el caso de presentarse posibles eventos asistenciales que ocurren durante el proceso de atención. O conjunto de acciones que se deben implementar tan pronto ocurre un evento para evitar consecuencias mayores en la salud del paciente.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	56



 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b> <b>SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-SP-PRO-01</b> <b>13/05/2019</b> <b>3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

**Hemovigilancia:** Termina que incluye la detección, clasificación y el análisis de los efectos no deseados de la transfusión sanguínea con el fin de corregir causas y prevenir su repetición.

**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.

**Mejoramiento continuo:** es una herramienta de administración de la calidad que aporta a la competitividad de las organizaciones a lo largo del tiempo, mediante la aplicación constante de mejoras en cada una de las áreas y procesos de la organización.


**Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

**Paquete instruccional:** Herramientas basadas en el diseño instruccional (instruccional design) que generan especificaciones instruccionales por medio del uso de diversas opciones pedagógicas que permiten el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas fundamentales en la práctica de la atención en salud y la seguridad del paciente.

**Programa de Seguridad:** Se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias. De igual forma, se incluyen todas las acciones encaminadas a la detención de incidentes que eventualmente pueden conducir a Eventos Adversos y el seguimiento a sus posibles consecuencias a fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.

**Protocolo de Londres:** Protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos basados en el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	57

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> SEGURIDAD DEL PACIENTE		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

**Reacción adversa transfusional (RAT):** Es una respuesta indeseada asociada a la transfusión de sangre o hemoderivados que se presenta durante o después de la transfusión y afecta la seguridad del paciente que la recibe.

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

**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.

**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.


**Sistema de vigilancia activa / intensiva:** es el monitoreo prospectivo de eventos adversos de los productos sanitarios mediante una vigilancia continua partir de las bases de datos existentes (uso secundario), utilizando diferentes estrategias estadísticas. (Bortnichak, 2001).

**Servicio de transfusión sanguínea.** A partir de la Resolución 2003 de 2014: para efectos de la habilitación, se entiende transfusión sanguínea como la realización de pruebas pre-transfusionales que se habilitarán únicamente dentro de una Institución Prestadora de Servicios de Salud o serán contratadas con un Banco de Sangre". (Guía de buenas prácticas Min. Protección)

**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.

**Transfusión Sanguínea:** Procedimiento por medio del cual, previa formulación médica y practicadas las pruebas de compatibilidad a que haya lugar, se aplica un componente a un paciente con fines terapéuticos o preventivos.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	58

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

**Trazabilidad:** capacidad de seguir un dispositivo médico a lo largo de la cadena de suministros desde su origen hasta su estado final como objeto de consumo.

**Verificación cruzada:** procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ejemplo: verbal y a través de brazaletes.

**Vigilancia intensiva:** Es la recolección de datos en forma sistemática y detallada de todos los posibles eventos adversos o incidentes adversos asociados al uso de un Dispositivo Médico específico, que puedan presentarse en una población definida, con el fin de determinar su incidencia y los factores que las predisponen.

## 10. BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Asegurar la Correcta Identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente- procesos-asistenciales.pdf>


Instituto Colombiano de Normales Técnicas y Certificación ICONTEC. (2016). Qué es Acreditación en salud. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/Sua/Paginas/AcrSal.aspx>.

Instituto Colombiano de Normales Técnicas y Certificación ICONTEC (2016). Ejes de la Acreditación. Disponible en <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia.. Disponible en <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Manual%20AcreditSalud%20AmbulyHosp2012.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Seguridad del Paciente (2014). Disponible en <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx>

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	59

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-AC-SP-PRO-01 13/05/2019 3.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		

Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS\\_IMPLEMENTACION\\_POLITICA\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)

Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación e seguridad del paciente, mayor conocimiento para una atención más segura. OMS. Tomado de: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)

Paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. Versión 2.0. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente-procesos-asistenciales.pdf>



FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	3.0	60