



HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

PACIENTE SEGURO

CÓDIGO:	PRO-HOS-PSE	VERSIÓN	01	VIGENCIA:	NOVIEMBRE 2017
---------	-------------	---------	----	-----------	----------------

## PRO-HOS-PSE

# PROGRAMA PACIENTE SEGURO

Versión 01

## 1. OBJETIVO

### General

Establecer los lineamientos y estrategias encaminadas a incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras en la atención en salud que garanticen el cumplimiento de la política de seguridad del paciente del Hospital Psiquiátrico del Valle.

### Específico

- ✓ Promover la cultura de seguridad en todos los trabajadores del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- ✓ Implementar un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos, que permita el análisis y la gestión, con el fin de disminuir su incidencia y prevalencia.
- ✓ Desarrollar las acciones necesarias que garanticen la calidad de la atención y la seguridad del paciente desde el ingreso hasta el egreso de la institución.
- ✓ Definir e implementar los mecanismos para prevenir la aparición de los eventos adversos.
- ✓ Establecer los lineamientos, estrategias y acciones relacionados con la seguridad del paciente, ejecutadas por las diferentes instancias de la institución.
- ✓ Fomentar en los pacientes y familiares la participación activa en las prácticas de seguridad.
- ✓ Disminuir costos a la institución y al sistema de salud por eventos adversos.
- ✓ Disminuir la morbi mortalidad de los pacientes por causa de los eventos adversos.

## 2. ALCANCE

Inicia: Con la planeación de la atención de los pacientes y usuarios del HPUV.

Termina: Con el egreso del paciente de los programas del HPUV.

## 3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

Conjunto de actividades que realizan las organizaciones y sus colaboradores, con el fin de reducir hasta el máximo nivel posible, las lesiones o daños derivados de fallas organizacionales o del equipo de salud en los pacientes que atienden, por medio de un proceso continuo de identificación de peligros o incidentes y de manejo riesgos, el cual se consigue a través de la implementación de un sistema de seguridad en el paciente, denominado PPS (Programa de Seguridad del Paciente).

**Atención en salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**Indicio de atención insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**Falla de la atención en salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

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

**Evento adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

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

**Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Aquellos resultados negativos, clínicos o quirúrgicos que no se asocian con error de las personas o de los procesos, sino que tiene que ver con la naturaleza propia de la patología del paciente y/o de su intervención o tratamiento; es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**Violación de la seguridad de la atención en salud:** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

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

**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.

**Acciones de reducción de riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

**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.

**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.

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

**Farmacovigilancia:** sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños en los pacientes (OMS).

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

**Reactivovigilancia:** Es el conjunto de actividades que tiene por objeto la identificación y cualificación de efectos indeseados ocasionados por defectos en la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo o características que puedan estar relacionadas con estos

**Ronda de seguridad:** 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 para referirse a errores o eventos adversos que ocurren durante el proceso clínico asistencial).

**Sesiones breves de seguridad:** Sesión donde se tratan temas de seguridad del día de un área asistencial

**Protocolo de Londres:** Es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos".

Es otro método utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. Introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos.

## 4. DESCRIPCIÓN

### 4.1 CONFORMACION DEL PROGRAMA PACIENTE SEGURO.

El Programa Paciente Seguro del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle H.P.U.V. se estableció desde el año 2007 con la conformación, del comité de Seguridad del Paciente por medio de la resolución 0271 de junio 12 del 2007, el cual cambia su conformación el 3 de marzo de 2017 por medio de la resolución número 189, y se establece la política de seguridad del paciente a través de la resolución número 486 del 1 de junio de 2017. Desde su inicio se estableció como símbolo del programa.



La organización designó como referente del programa al Líder de Hospitalización como una estrategia para lograr la organización del trabajo en todo lo relacionado con la seguridad del paciente, junto con los líderes de los procesos asistenciales, tendrán como prioridad promover y divulgar la cultura de seguridad, realizar investigación y análisis de las causas de los eventos adversos, incidentes y



complicaciones, y desarrollar acciones para minimizar los riesgos durante la atención, para hacer del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle una institución segura

La implementación del Programa de Seguridad del Paciente, está enmarcada en la aplicación de la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” ([www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)), emitida por el Ministerio de la Protección Social el día 4 de Marzo de 2010, 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.

La guía del Ministerio brinda una serie de recomendaciones técnicas de instituciones acreditadas del país, de entidades a nivel mundial reconocidas en este campo como son la Organización Mundial de la Salud a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y la Joint Commission y recopila prácticas de la literatura que cuentan con evidencia científica o recomendadas por grupos de expertos, que incrementan la seguridad de los pacientes.

## 4.2 PRINCIPIOS O PREMISAS DEL PROGRAMA

Se establecen los siguientes principios transversales que orientan todas las acciones a implementar. Enfoque de atención centrada en el paciente: el resultado más importante que se desea obtener es la satisfacción del usuario y su seguridad, este es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas de la institución. Es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención diariamente, para analizarlas y generar una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita.

Trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.

**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. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

**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.

**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.

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

**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.

**Alianza con el profesional de la salud:** La política de seguridad 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.

### 4.3. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Comité de Seguridad del Paciente del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. está integrado por los siguientes funcionarios:

1. Gerente.
2. Subgerente Administrativo y Financiero.
3. Subgerente Científico.
4. Líder de Programa. Gestión de Servicios Ambulatorios
5. Líder de Programa. Gestión de Hospitalización
6. Líder de Programa. Gestión de intervención Social y Comunitaria
7. Enfermera Coordinadora. Seguridad y Salud en el Trabajo
8. Profesional Especializado Área Salud. Auditor Médico.
9. Profesional Universitario Administrativo. Calidad
10. Jefe Oficina Asesoría Jurídica o su delegado.

**FUNCIONES:** El Comité de Seguridad del paciente deberá desarrollar las siguientes funciones:

1. Definir la Política de Seguridad del Paciente de la Institución.
2. Elaborar el Programa de Seguridad del Paciente de la institución.



3. Establecer las herramientas para el reporte y el análisis de los incidentes durante la atención.
4. Socializar a todos los funcionarios la Política y el Programa de Seguridad del Paciente.
5. Coordinar el análisis y la gestión de los incidentes Clínicos.
6. Coordinar y realizar seguimiento a la Implementación del Programa de Seguridad del Paciente.
7. Formular la Guía de reacción frente a un Evento Adverso.
8. Coordinar y evaluar todas las actividades referentes a la Seguridad del Paciente en la Institución.
9. Llevar el control estadístico de los incidentes clínicos.
10. Gestionar el riesgo clínico asistencial.

#### 4.4 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. se compromete a mantener una cultura de Seguridad y proporcionar un ambiente seguro al paciente y su familia que permitan identificar, prevenir y reducir los riesgos asociados a la atención en salud.

[G:\486 POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE.pdf](#)

#### 4.5 COMPONENTES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Idoneidad del personal:** Incluye el cumplimiento a la guía de competencias por cargo definida en la Institución. Evaluación por competencias, cumplimiento del plan anual de capacitación, intervención del clima organizacional, programa de riesgo psicosocial. Se debe tener en cuenta la estandarización de convenios docente asistencial.

**Prácticas misionales seguras:** Incluye seguimiento de: eventos adversos, definición de riesgos, indicadores de calidad, aplicación de normas de bioseguridad, control de medicamentos, prevención de infecciones nosocomiales, medición de adherencia a guías de manejo y calidad del registro de la historia clínica.

**Equipos seguros:** Incluye disponibilidad de equipos, programa de mantenimiento y calibración de equipos que lo requieran, programa de Tecnovigilancia.



**Infraestructura segura:** Garantizar cumplimiento de requisitos de habilitación y mantenimiento de la infraestructura física.

**Cuidado del usuario:** Incluye enseñanza de rutas de evacuación y planes de emergencia, seguridad de los menores en la Institución, seguridad de pertenencias, extravío de usuarios y evasiones

**Insumos seguros:** Calidad asegurada de los insumos, análisis técnico de adquisiciones, programa de Farmacovigilancia y Reactivovigilancia.

**Seguridad documental:** Incluye archivo de Historia Clínica y demás documentos del usuario así como de documentos con información confidencial.

**Cadena de custodia:** salvaguarda de pertenencias del usuario que pueden servir como pruebas en eventos de seguimiento judicial o similar.

## 4.6 ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El HDPUV adopta de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente, los siguientes paquetes instruccionales:

### 4.6.1 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

#### 4.6.1.1 Seguridad del paciente y la atención segura

Se cuenta con el apoyo de la alta gerencia para la implementación y desarrollo del programa de seguridad del paciente.

- ✓ Establecimiento y cumplimiento de procesos de inducción a funcionarios y personal en formación, reinducción y capacitación a los colaboradores.
- ✓ Aseguramiento de las competencias del personal teniendo en cuenta educación, formación, experiencia y habilidades.
- ✓ Socialización y evaluación del nivel de entendimiento de la política de seguridad del paciente por parte de los funcionarios de la institución.
- ✓ Capacitación en seguridad del paciente al personal asistencial, administrativo y de apoyo.
- ✓ Implementación de encuesta de clima de seguridad del paciente.
- ✓ Estandarización y Difusión de guías y protocolos de la atención de los pacientes por servicio.
- ✓ Medición y análisis de la adherencia a guías y protocolos de la atención de los pacientes.

- ✓ Implementación de la Historia Clínica Electrónica para toda la institución.
- ✓ Establecimiento, Cumplimiento y Difusión del Plan de emergencias Hospitalario.
- ✓ Conformación y funcionamiento de la Brigada de Emergencias.
- ✓ Establecimiento y cumplimiento del Plan de Mantenimiento Hospitalario y Calibración de equipos
- ✓ Establecimiento, Cumplimiento y Difusión del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS).
- ✓ Funcionamiento del Comité de Infecciones.
- ✓ Gestión segura de la tecnología biomédica con la implementación del Programa de Tecnovigilancia.
- ✓ Educación en Seguridad del paciente: a través del desarrollo de cronograma de actividades educativas dirigidas a todo el personal asistencial, dos veces en el año, el cual se hace extensivo a los administrativos y los de apoyo.
- ✓ Sesiones breves de seguridad: Reuniones de 10 minutos con el personal asistencial en los diferentes servicios, donde se conversará de un tema de seguridad del paciente para suministrar información relacionada con una práctica segura
- ✓ Gestión segura del uso de medicamentos con la participación activa y directa de la química farmacéutica y la implementación de procedimientos a cada una de las etapas del manejo de los medicamentos y el programa de farmacovigilancia
- ✓ Implementación de las metas globales de seguridad del paciente
- ✓ Involucramiento del paciente y la familia en su seguridad
- ✓ Mecanismos de reporte de eventos adversos
- ✓ Establecimiento de Herramientas para la construcción de cultura de seguridad, a través de la participación del equipo interdisciplinario, con un enfoque pedagógico del error como base que lleve al aprendizaje organizacional y se origine la conciencia del error cometido, motivación y afianzamiento de la cultura de seguridad desde sus puestos de trabajo. Se impulsa un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables, para generar en todos los funcionarios una cultura justa, educativa y no punitiva que fomente la responsabilidad y el autocontrol.
- ✓ Búsqueda activa de los riesgos que puedan desencadenar eventos adversos con la realización de las rondas de seguridad.

#### 4.6.1.2. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

Implementación de actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos y la identificación de riesgos

- ✓ Rondas de Seguridad algunos integrantes del comité de seguridad del paciente, visitaran un servicio sin aviso previo, esto para que se mantengan preparados en todo momento; durante la ronda se aplicaran una lista de chequeo, una encuesta al personal asistencial y una encuesta al paciente. Se recolectará toda la información obtenida en la ronda de seguridad en los respectivos registros, donde quedará por escrito los compromisos y la realización del plan de mejoramiento por parte del líder del proceso.

Se realiza posteriormente una visita de seguimiento en la cual se verifica el cumplimiento de los compromisos

- ✓ Paciente trazador, en el cual se sigue la trayectoria de tratamiento de un paciente desde que ingresó a la institución hasta el momento en que se está evaluando
- ✓ Sistema trazador, en el cual se sigue un proceso desde el principio hasta el final, se inició con el de manejo de medicamentos.
- ✓ La monitorización de la evolución del programa se hace con uso de listas de chequeo y seguimiento de Indicadores:

Proporción Cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente

Adherencia a Guías de Práctica Clínica

Adherencia al Manual de Bioseguridad

Adherencia al Lavado de manos

Proporción de Gestión de los Eventos Adversos reportados

Tasa de Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)

Porcentaje de Errores de Medicación

Proporción de Caídas del Paciente

Proporción de úlceras de presión

Proporción de intento de suicidio del Paciente

Proporción de agresión entre Pacientes

Proporción de Evasión de Pacientes

Proporción de Consumo de sustancias psicoactivas en la institución

Proporción de acercamiento sexual entre Pacientes

#### 4.6.1.3. Investigación y análisis de eventos adversos e incidentes

Con el modelo multi-causal que considera diferentes factores contribuyentes como son los del paciente, de la institución, de la gerencia, de la tarea y tecnología, del ambiente, del individuo y del trabajo en equipo.

Se realiza el análisis en el comité de seguridad con los siguientes pasos: a. Invitación al comité a los miembros permanentes y las personas relacionadas con el evento. b. Lectura del resumen de la investigación realizada por el líder del proceso donde sucedió el evento o incidente c. Se realiza el análisis indagando a los participantes del comité ¿cómo cada factor contributivo predispuso o no a la presencia de la falla activa o acción insegura?, uno por uno. d. Registro de los factores en el Protocolo de Londres ubicándolos en la estructura de espina de pescado de los factores contributivos que los participantes identifiquen, no solo que contribuyeron a la presencia de la falla activa del caso o casos objetos del análisis, si no que en un futuro podrían contribuir a la generación del mismo tipo de falla y por ende al daño e. Priorización de los factores a trabajar. Los criterios de priorización definidos por la institución son la probabilidad y el impacto. Luego se lee cada factor escrito en el Protocolo de Londres o en el proceso de análisis de cada factor contributivo y se reflexiona sobre el impacto del factor en la institución f. Definición de plan de mejoramiento.

## 4.6.2 PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

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

- ✓ Seguimiento por parte del comité de infecciones a los procedimientos y a las acciones dirigidas al personal de salud y a la participación de los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- ✓ Fortalecimiento de la práctica del lavado de manos a través de educación continua en el lavado de manos donde se impulsa los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:
  1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
  2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
  3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
  4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
  5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.
- ✓ Medición una vez al año de los niveles de adherencia al lavado de manos
- ✓ Seguimiento mensual a la provisión de los insumos para el lavado de manos.
- ✓ Aplicar las técnicas de asepsia en todos los procedimientos que se realicen durante la prestación de la atención en salud.
- ✓ Aplicación correcta del manual de asepsia y antisepsia por parte del personal profesional, técnico y operativo.

- ✓ Inclusión de los ejes temáticos del manual de asepsia y antisepsia en el programa de educación continua.
- ✓ Seguimiento del nivel de adherencia al cumplimiento del manual de asepsia y antisepsia con la aplicación de listas de chequeo.
- ✓ Manejar adecuadamente los desechos peligrosos.
- ✓ Aplicación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares - PGIRHS - por parte de la comunidad hospitalaria.
- ✓ Inclusión del - PGIRHS - en el programa de educación continua y psi coeducación.
- ✓ Seguimiento del nivel de adherencia al - PGIRHS – y al comportamiento de los indicadores.
- ✓ Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- ✓ Optimizar el lavado y desinfección de áreas
- ✓ Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)
- ✓ Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- ✓ Prácticas de bioseguridad.
- ✓ Cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas en el manual de asepsia y antisepsia por parte de todos los funcionarios.
- ✓ Seguimiento del cumplimiento a través de la aplicación de listas de chequeo y auditoria del programa SOL.
- ✓ Fortalecimiento del sistema de Seguridad y Salud en el trabajo
- ✓ Vacunación a todos los miembros del equipo de Salud para los riesgos biológicos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por la institución y área geográfica.
- ✓ Realización de las medidas de aislamiento de manera oportuna a los pacientes que lo requieren.
- ✓ Educación a usuarios, Familiares y Comunidad

#### **4.6.2.3. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.**

- ✓ Seguimiento a los lineamientos del Programa de Farmacovigilancia
- ✓ Implementación de procedimientos e instructivos para disminuir al mínimo la ocurrencia de los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, para cada una de las etapas del proceso de los mismos: Selección y Adquisición de Medicamentos y Dispositivos Médicos Almacenamiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos y Manejo de Muestras médicas, Distribución de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Gestión del Servicio Farmaceutico, Administración Segura de Medicamentos, Devolución Intrahospitalaria Medicamentos y Dispositivos Médicos, Conciliación Medicamentosa, Manejo de Derrames de

Medicamentos y otros Residuos Peligrosos, Manejo de Carro de Paro, Formulación MIPRES, Control de Factores Ambientales de Almacenamiento, Reporte de Efectos Indeseados Reactivos de Diagnostico "in vitro" RDIV, Reporte de Evento e Incidente Adverso asociado al uso de un Dispositivo Medico Reporte de Sospecha de Eventos Adversos a Medicamentos (FOREAM)

- ✓ Participación del Químico farmacéutico en los procesos de prescripción, distribución, preparación, dispensación, despacho y administración de los medicamentos, en la recepción de los medicamentos y la verificación de las órdenes de compra para evitar el ingreso de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.
- ✓ Dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de re empaque y re envase dentro del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria; realización de controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos.
- ✓ Aplicación por parte del personal de enfermería del procedimiento Administración segura de Medicamentos, con énfasis en las diez reglas de oro o correctos en la administración los medicamentos con el fin de prevenir errores en el procedimiento: 1 Administrar el medicamento correcto, 2 Administrar el medicamento al paciente correcto, 3 Administrar la dosis correcta, 4 Administrar el medicamento por la vía correcta, 5 Administrar el medicamento a la hora correcta, 6 Conocer todos los medicamentos que el paciente recibe, 7 Investigar si el paciente padece alergias a medicamentos, 8 conocer las posibles interacciones farmacológicas, 9 Informar e instruir al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo, 10 Registrar todos y cada uno de los medicamentos administrados.
- ✓ Implementación de procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza al personal asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.
- ✓ Implementación de procedimiento de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- ✓ Establecimiento de mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes poli medicados y/o con estancia hospitalaria prolongada.

- ✓ Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria: Por re empaque o re envase y marcaje adicional del medicamento a utilizar.

#### 4.6.2.4. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

- ✓ Implementación de Sistema de Clasificación e Identificación de Riesgo de Caídas al ingreso para todos los pacientes que se hospitalicen en la institución (Riesgo Bajo, Medio, Alto) y establecimiento de plan de cuidados de acuerdo al riesgo.
- ✓ Uso de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas.
- ✓ Uso de camillas y camas con Barandas.
- ✓ Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto, por turno.
- ✓ Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante los traslados y desplazamientos
- ✓ Mantenimiento de buena iluminación tanto diurna como nocturna en los servicios asistenciales.
- ✓ Facilitar oportunamente los dispositivos de ayuda utilizados por el paciente (bastones, caminador, gafas, audífonos, etc.).
- ✓ Mantener ordenada la habitación aseada, retirando todo el material que pueda producir caídas Evitar deambular cuando el piso esté mojado (respetar señalización).
- ✓ Facilitar que el baño esté accesible y con asideros.
- ✓ Solicitar el acompañamiento a los familiares de los niños, adultos mayores y personas con movilidad reducida
- ✓ Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante.
- ✓ Mantener al paciente en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensión ortostática y brindarle educación al respecto •
- ✓ Orientar en cada turno sobre el espacio y ambiente físico de la unidad en la que se encuentra.
- ✓ Educar al paciente y/o cuidadores sobre las normas y recomendaciones del hospital.
- ✓ Al ingreso informar al paciente, familia y/o cuidador, sobre la importancia de la prevención de caídas, y diariamente recordarle dichas recomendaciones.

- ✓ Todos los pacientes que han sido calificados de alto riesgo deben recibir educación sobre el riesgo de caídas, en cada turno involucrar al paciente, familia y/o cuidador en los cuidados.
- ✓ Todo el personal asistencial, el administrativo y de apoyo debe incluirse en la prevención de las caídas.

#### **4.6.2.5. Prevenir úlceras por presión.**

Implementación de Sistema de Clasificación e Identificación de Riesgo de úlceras por presión al ingreso para todos los pacientes que se hospitalicen y establecimiento de plan de cuidados de acuerdo al riesgo.

#### **4.6.2.6. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.**

- ✓ Corroboración verbal con el paciente y acompañante de los datos de identificación antes de cualquier atención.
- ✓ Identificación correcta y segura en los procedimientos pre analíticos, analíticos y pos analíticos de las muestras de laboratorio clínico.
- ✓ Identificación correcta y segura en los estudios radiológicos y de imágenes diagnósticas
- ✓ Implementación del procedimiento de identificación del paciente con sistema de manillas.

#### **4.6.2.7. Gestionar los riesgos asistenciales específicos en la institución.**

Por la naturaleza de los pacientes que se atienden en el HDPUV se han identificado una serie de Riesgos inherentes a las Instituciones de Salud Mental, los cuales deben de gestionarse desde su identificación temprana hasta definir rutinas y procedimientos de actuación en caso de que dichos riesgos se llegaren a presentar.

La Institución ha definido los siguientes riesgos:

- ✓ Riesgo de caídas
- ✓ Riesgo de Evasión
- ✓ Riesgo de Suicidio
- ✓ Riesgo de infección asociada a la atención en salud
- ✓ Riesgo de Agresión a terceros
- ✓ Riesgo de Agitación Psicomotriz
- ✓ Riesgo de Consumo de SPA
- ✓ Riesgo de Error de Medicamentos
- ✓ Riesgo de Acercamiento Sexual entre pacientes

#### **4.6.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES**



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

- Establecimiento y cumplimiento de procesos de inducción, reinducción y capacitación a los colaboradores.
- Aseguramiento de las competencias del personal teniendo en cuenta educación, formación, experiencia y habilidades.
- Adherencia a las guías, protocolos y procedimientos de atención.
- Procedimiento de Recibo y Entrega de turno por médico y enfermería en los servicios de Urgencias y Hospitalización
- Asignación de médico responsable de cada una de las salas del servicio de Hospitalización.

Establecimiento del proceso docente asistencial en el que se definen responsabilidades éticas y legales entre las partes; debe incluir procesos de seguridad del paciente y programa de inducción a docentes y estudiantes.

Reuniones periódicas de los equipos interdisciplinarios de los servicios

## **Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.**

### **4.6.4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES, FAMILIA Y ACUDIENTES EN SU SEGURIDAD**

Educar al paciente en el autocuidado de su seguridad

Educación continua a usuarios y familiares, incentivándolos a preguntar al equipo y conocer acerca de su enfermedad, su autocuidado y los riesgos asociados a la atención y cómo participar en su seguridad.

Programa de psi coeducación dirigido a los usuarios, familia y comunidad con temas relacionados con:

- ✓ Deberes y derechos de los pacientes.
- ✓ La importancia de aspectos tales como:
- ✓ El lavado de manos
- ✓ Manejo de los residuos sólidos
- ✓ La vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamentos.
- ✓ Manejo de la agitación psicomotriz
- ✓ El consentimiento informado.
- ✓ Qué es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento.
- ✓ Su participación activa en la seguridad en el ámbito hospitalario.
- ✓ Autocuidado
- ✓ Temas de seguridad que respondan a las siguientes preguntas:



- ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?)
- ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?)
- ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene?
- ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?

## Investigación y análisis de los eventos adversos.

Que se reporta  
 Indicio de Atención Insegura  
 Evento Adverso  
 Evento Centinela  
 Incidente



### Como se reporta:

Uno o varios miembros del equipo de salud detectan una situación que se pueda considerar un incidente o evento adverso.

El enfermero evalúa la situación y determina el tipo de incidente teniendo en cuenta si hubo lesión, informa al médico especialista y general inmediatamente, cumple las órdenes médicas generadas, orienta y brinda acompañamiento al paciente, realiza los registros de enfermería en la historia clínica y diligencia el formato Informe De Incidente Programa Paciente Seguro. La referente del programa presentará al Comité de Seguridad del paciente, el informe de los Eventos Adversos presentados durante el período y posteriormente en el comité se realizará el análisis y el plan de acción.

- ❖ Investigación y análisis de los eventos adversos por medio del protocolo de Londres.

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (figura 1).



Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles 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. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Durante el análisis de un incidente 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 organizacionales. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc.). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.<sup>1</sup>

Ver anexo 1.

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, es el queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos ésta puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó. El siguiente gráfico ilustra este modelo.

## Modelo explicativo



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM<sup>o</sup> Aranz, C Aibar

1


<http://www.minsalud.gov.co/DocumentosyPublicaciones/ProtocolodelLondresInvestigaciónyanálisisdeincidentesclínicos.pdf>.

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.


En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

## ANEXOS

### Anexo 1.

 <p>HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS PROTOCOLO DE LONDRES</p>	<p>CODIGO:</p>
<p>Fecha de Registro:</p>	<p>Proceso Responsable:</p>	<p>Numero:</p>
<p>Fecha del Evento:</p>	<p>Evento:</p>	
<p>Identificación Paciente:</p>	<p>Nombre Paciente:</p>	
<p>Entidad:</p>		
<p>Descripción del Evento: (Se relaciona lo ocurrido, describiendo el daño en el paciente (si ocurrió))</p>		
<p>Clasificación:</p>	<p>Evento trazador / Centinela</p>	
<p>Acción tomada: (Corrección)</p>		
<p>Medico:</p>		



 <p>HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS PROTOCOLO DE LONDRES	CODIGO:
--	--	---------

## ANALISIS DEL EVENTO ADVERSO

Fallas Activas: (Acciones Inseguras)

## FACTORES CONTRIBUTIVOS

paciente

Tarea y Tecnología

Personal Asistencial

Equipo de Trabajo

Ambiente

Organización y Gerencia

Lecciones Aprendidas:

Recomendaciones:


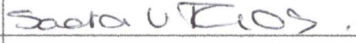
## 5. BIBLIOGRAFIA

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008.

“Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica” Informe final. Octubre 2008.

<http://www.minsalud.gov.co/DocumentosyPublicaciones/ProtocolodeLondresInvestigaciónyanálisisdeincidentesclínicos.pdf>.

Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” ([www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co))

Elaborado por: 	Revisado por:	Aprobado por: 
<b>Samira Dinas Possu.</b> Líder de Programa Hospitalización	<b>Comité de Seguridad del Paciente</b>	<b>Sandra Viviana Rios C.</b> Subgerente Científico

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA DE VIGENCIA
01	Creación del documento	Noviembre 2017