

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	3
4. JUSTIFICACIÓN.....	5
5. MARCO NORMATIVO.....	7
6. RECURSOS	8
6.1 RECURSO HUMANO	8
6.2 RECURSO FINANCIERO	8
6.3 RECURSO LOGÍSTICO.....	8
7. DEFINICIONES	9
8. MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO.....	10
8.1 MODELO EXPLICATIVO DE CAUSALIDAD DE EVENTOS ADVERSOS (TEORIA DEL QUESO SUIZO)	10
8.2 MODELO EXPLICATIVO DE CAUSALIDAD DE EVENTOS ADVERSOS 12	
8.3 MODELO CONCEPTUAL DE ATENCION SEGURA.....	14
8.4 METODOLOGÍA DE REPORTE Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS 14	
8.5 PROTOCOLO DE LONDRES PARA INVESTIGACION Y ANALISIS.....	17
8.6 SOSPECHA DE ACEPTACIÓN DE PACIENTE REMITIDO QUE HA SUFRIDO EVENTO ADVERSO	19
9. POLÍTICA DE SEGURIDAD	20
9.1 EJES FUNDAMENTALES DE LA POLÍTICA.....	20
9.2 PRINCIPIOS ORIENTADORES PARA IMPLEMENTA LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	20
10. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	21
11. DESARROLLO DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	21
11.1 CULTURA FRENTE A LA SEGURIDAD.....	22
□ DESARROLLO DE HABITOS Y PRÁCTICAS SEGURAS	23
11.1.1 NORMAS TRANSVERSALES DE SEGURIDAD.....	23
11.1.2 ESTRATEGIAS DEL TALENTO HUMANO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	24
11.1.3 GUÍAS DE REACCIÓN INMEDIATA	26

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HMO—

11.1.4	PARTICIPACIÓN DEL USUARIO Y FAMILIA POR SU SEGURIDAD	
	26	
11.2	PROCESOS SEGUROS.....	27
11.2.1	ASISTENCIALES.....	27
11.2.2	INFRAESTRUCTURA	34
11.3	PLANES DE MEJORAMIENTO	35
11.4	MONITOREO Y EVALUACION DE LOS RIESGOS	35
12.	RETROALIMENTACIÓN Y APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	36
13.	EVALUACION INTEGRAL DEL PROGRAMA.....	37
13.1	AUDITORIAS PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	37
13.2	INDICADORES INSTITUCIONALES	38
14.	RIESGOS IDENTIFICADOS POR SERVICIO.....	38
14.1	SERVICIO CONSULTA EXTERNA	38
14.2	SERVICIO DE URGENCIAS.....	39
14.3	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.....	39
14.4	SERVICIO DE TECAR.....	40
14.5	SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.....	41
14.6	SERVICIO DE FARMACIA	41
14.7	SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	42
14.8	ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS ESTÉRILES	42
14.9	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO O MEDICALIZADO	42
15.	DIFUSIÓN	42
16.	ANEXOS	43
17.	BIBLIOGRAFÍA.....	43
18.	CONTROL DE CAMBIOS.....	45

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



1. OBJETIVOS

- Establecer políticas institucionales encaminadas hacia una atención segura.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud, mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Promover dentro de la institución una cultura del reporte de eventos adversos.
- Analizar los eventos adversos reportados en las diferentes áreas de la institución.
- Establecer planes de mejoramiento basados en el análisis de los eventos adversos reportados.
- Reducir costos de la no calidad secundaria a la ocurrencia de un evento adverso.
- Elaborar y dar a conocer programas educativos para la seguridad del paciente.

2. ALCANCE

Aplica a todos los procesos y servicios que participan en la atención de los pacientes.

3. INTRODUCCIÓN

“Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón” (Donaldson)

La seguridad es un principio fundamental del cuidado de los pacientes y un componente clave de la calidad asistencial. Debe ser una prioridad para todo sistema y debe situarse en el centro de todas las políticas de las instituciones de salud, por la creciente importancia que se le está concediendo desde el Ministerio de Salud y Protección Social y la O.M.S. con la puesta en marcha de la Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente.

El Ministerio de Salud y Protección Social pone de manifiesto como prioridad que las instituciones de salud deben desplegar acciones coordinadas y, sobre todo un importante cambio cultural en su talento humano que logre modificar su estilo de trabajo y se vea encaminado a la creación de barreras de seguridad en la atención

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMA—

del paciente para así minimizar los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud.

La atención en salud es en sí misma un “**riesgo**” para la salud de los pacientes, debido al avance en los conocimientos y complejidad de las técnicas utilizadas, favoreciendo la aparición de eventos adversos. En nuestro caso específico, representa un reto identificar los riesgos en el paciente con patología de salud mental, para una gestión proactiva que no se materialice en eventos adversos.

Los usuarios de los servicios de salud mental, especialmente aquellos que se encuentran en situación de psicopatología aguda, son vulnerables a un gran número de riesgos potenciales. Estos riesgos pueden derivarse de su propia conducta, del comportamiento de otros pacientes o de los procedimientos y cuidados que reciben. El hecho de sufrir una merma en sus capacidades cognitivas, volitivas y de introspección, aumenta aún más su vulnerabilidad

La seguridad del paciente es un elemento clave y prioritario de la calidad. Los errores y la falta de calidad redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios. La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual: es la organización en su conjunto la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora.

La atención psiquiátrica hospitalaria a los problemas relacionados con la enfermedad mental grave requiere especial atención en cuanto a la seguridad de sus procedimientos y estructuras asistenciales.

Podemos considerar a las unidades de hospitalización psiquiátrica entornos de riesgo, ya que atienden a pacientes vulnerables que en muchos casos sufren alteraciones cognitivas, del juicio de realidad y de la conducta, y que podrán ser sometidos a ingresos e intervenciones terapéuticas involuntarias (con el consiguiente riesgo de quiebra de derechos). Algunos de estos pacientes no complementan adecuadamente los tratamientos prescritos, intentan abandonar la unidad hospitalaria, o presentan comportamientos suicidas o de hetero agresividad.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

La contención mecánica, que se hace frecuente en este entorno, es una práctica de riesgo con numerosas complicaciones.

La política de seguridad en Colombia propende porque cada vez las instituciones y los profesionales, sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para progresivamente instaurar la cultura de seguridad del paciente. Es congruente con la tendencia mundial en calidad en salud y se da como consecuencia del avance del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud normado por el Decreto 1011 de 2006 que hace énfasis en los resultados que se consiguen en el paciente.

Los estándares de acreditación de la Resolución 5095 de 2018, “se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia”. Este establece nuevos estándares de seguridad del paciente, demostrando la creciente importancia que da el Ministerio a este direccionamiento.

Los estándares de habilitación de la Resolución 3100 de 2019 que establece los requisitos para la entrada y permanencia en el sistema de seguridad social en salud de los prestadores de servicios de salud incluyen en los estándares de capacidad tecnológica y científica la implementación de la política de seguridad del paciente.

Por lo tanto, se hace necesario que en la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia desarrolle un programa sistemático, continuo y que genere unas acciones proactivas, que busque desarrollar la cultura de la prevención, captura, seguimiento, análisis y acciones de mejora de los riesgos y prevención de eventos adversos, generando un ambiente de autocontrol para garantizar la seguridad del paciente y su familia, frente a la prestación de los servicios de salud mental, cumpliendo con su plataforma estratégica y su política de seguridad como foco principal.

4. JUSTIFICACIÓN

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

Teniendo en cuenta que no existen prácticas en salud que estén completamente libres de riesgo es necesario asumir como objetivo la minimización de los riesgos inherentes a la atención, razón por la cual, la seguridad del paciente no puede dejarse a intervenciones dictadas por la fuerza de la costumbre, las buenas intenciones o la confianza pasiva, sino que la preocupación por la seguridad del paciente obliga a las instituciones a determinar cuáles son los procedimientos más eficaces, eficientes, seguros, y aceptables para los pacientes y la sociedad, que vayan más allá de los hábitos, la intuición y las costumbres (las creencias son el fin del conocimiento). Todo ello en un contexto donde el paciente debe ser un sujeto activo en su proceso asistencial.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia definió la Política de Seguridad del Paciente, la cual se desarrolla como el conjunto de acciones y estrategias para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud y las Entidades Administradoras De Planes De Beneficio (EAPB), las cuales propenden ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud.

El programa de seguridad del paciente de la ESE Hospital Mental de Antioquia se fundamenta en un modelo que considera las siguientes premisas:

- Errar es humano, el error posible.
- El error es consecuencia de una serie de múltiples factores asociados.
- El origen de los eventos adversos está en la interacción de factores sistémicos.
- El proceso de atención en salud debe contar con barreras que protejan a los usuarios de la aparición de eventos adversos.
- Ante el error lo importante es analizar cómo y por qué fallaron las barreras, no perseguir y castigar a los culpables.

Algunos elementos básicos de la cultura de seguridad del paciente que se deben tener en cuenta en la institución a partir del enfoque sistémico que se asumió en la gestión de riesgos son:

- Reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar.
- Compartir información sobre eventos adversos.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

- Entender que los errores están relacionados principalmente con el sistema en el que se trabaja (situación, estructura y funcionalidad de la organización).
- Promover la comunicación de efectos adversos.
- Detectar precozmente el efecto adverso, analizar causas y diseñar planes de acción para prevenir su recurrencia.
- Entender que la seguridad del paciente debe formar parte de las estrategias, objetivos y líneas de trabajo.
- Asumir un enfoque no punitivo, constructivo, dirigido especialmente a propiciar cambios en el sistema de trabajo.

La ESE Hospital Mental de Antioquia se ha acogido a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social diseñando y adoptando instrumentos orientados a fortalecer la cultura de seguridad, las prácticas y hábitos seguros mediante la incorporación de barreras de seguridad en sus diferentes procesos de atención, entre estos instrumentos tenemos:

- Política de Seguridad del Paciente
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente
- Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente
- Paquetes instruccionales sobre las Buenas Prácticas recomendadas en la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente

5. MARCO NORMATIVO

- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Decreto 780 de 2016.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Resolución 3100 de 2019.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”; Mar 04 de 2010.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Junio 11 de 2008.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

6. RECURSOS

6.1 RECURSO HUMANO

Jefe de enfermería de Seguridad del Paciente – Lidera este programa en la ESE Hospital Mental de Antioquia, depende de Calidad

Personal asistencial de la ESE Hospital Mental de Antioquia – Ejecutan las actividades del programa, dependen de Subgerencia de Prestación de Servicios

Auditor médico – participa en la evaluación integral del programa, dependen de Subgerencia de Prestación de Servicios

Profesional universitario Calidad (Bacterióloga) – Gestiona el análisis de los eventos adversos, elabora los informes de incidentes y eventos adversos, participa en la evaluación integral del programa, depende de Calidad.

Profesional especializado Calidad – Verifica el cumplimiento del programa de seguridad del paciente, revisa los informes de seguridad del paciente, entrega informes a la Alta Dirección.

6.2 RECURSO FINANCIERO

Jefe de enfermería para el desarrollo del programa: \$ 4.500.000 por mes.

Metodología para implementación de buenas prácticas de seguridad del paciente: \$333.000 por mes.

6.3 RECURSO LOGÍSTICO

Escritorio con computador, silla e impresora.

Acceso a SIGC

Acceso a Internet

Acceso a you tube

Desplazamiento a los servicios

Auditorio

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMA—

7. DEFINICIONES

- **Acciones inseguras:** Son aquellas situaciones u omisiones involuntarias o violaciones conscientes de normas de seguridad de quienes tienen a cargo ejecutar la tarea, también se conoce como fallas activas.
- **Atención Segura:** Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y minimizar los riesgos.
- **Complicación:** Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.
- **Error:** acción fallida que no se realiza tal como se planificó.
- **Evento adverso:** Daño o complicación no intencional (accidental) consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud (y no de la enfermedad misma del paciente).
- **Evento centinela:** Es un tipo de evento adverso que ha dado por resultado una muerte no anticipada o una pérdida de función permanente y significativa, no relacionada con el curso natural de la enfermedad del paciente o de su condición subyacente.
- **Evento adverso no prevenible:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base.
- **Evento adverso prevenible:** Son resultados no deseados, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial disponibles en un momento determinado
- **Factor contributivo:** circunstancia o acción que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un evento adverso o que actúa como factor de riesgo para que éste se produzca. Pueden relacionarse con factores externos a la organización sanitaria, con la propia organización sanitaria (fallos del sistema), con el personal sanitario (error humano) o con el paciente.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

- **Incidente:** Aquel acontecimiento o situación que potencialmente podría haber causado daño pero que no lo ha hecho a causa de la presencia de una barrera de seguridad del paciente que lo ha impedido o por casualidad. Son también llamados “casi errores”, situaciones al límite del error, error potencial
- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por prevenir y minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o minimizar sus consecuencias.
- **Seguridad del paciente:** ausencia de lesiones o de complicaciones evitables (o riesgo mínimo de los mismos), producida o potencial, como consecuencia de la atención recibida.

8. MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

Los eventos adversos se pueden definir como lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalario y al incremento de los costos de no-calidad.

EL EVENTO ADVERSO se caracteriza por la presencia de una tríada:

1. Hay daño o lesión,
2. Es atribuible a la atención en salud
3. Se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial.

8.1 MODELO EXPLICATIVO DE CAUSALIDAD DE EVENTOS ADVERSOS (TEORIA DEL QUESO SUIZO)

El Dr. James Reason planteó el modelo explicativo a través del cual entendemos el evento adverso, este modelo es más conocido como la “Teoría del 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

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



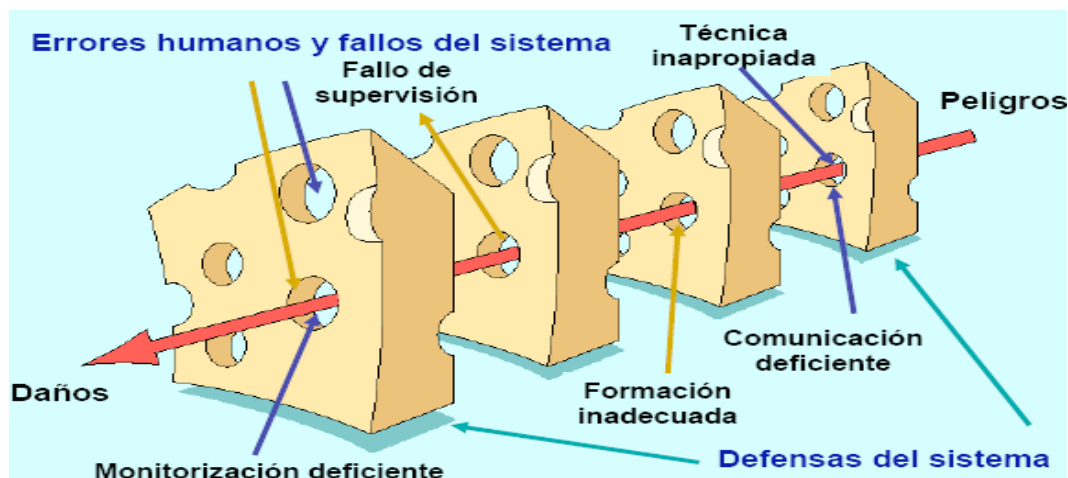
Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTOQUIA
—HOMO—

de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente si se produce una falla en uno de los procesos esta puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de **efecto dominó**.

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido. El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del 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 esta puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

El siguiente gráfico ilustra este modelo. 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.

Teoría del queso suizo



PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTOQUIA
—HOMO—

8.2 MODELO EXPLICATIVO DE CAUSALIDAD DE EVENTOS ADVERSOS



Se observa en el gráfico como las fallas o deficiencias de los sistemas (decisiones gerenciales o en los procesos organizacionales) dan lugar a las fallas latentes que se llaman así mientras permanezcan ocultas; cuando estas son detectadas antes de causarle daño al paciente se denominan incidentes, y si no se detectan producen el evento adverso. Por otro lado, las fallas activas son acciones, omisiones o violaciones conscientes de una norma de seguridad, y generan acciones inseguras en la prestación del servicio, que generalmente están precedidas por condiciones que predisponen a ejecutarlas (factores contributivos). Estas fallas activas si son bloqueadas por las barreras de seguridad definidas por la organización como listas de chequeo, código de barras, etc., se denominan incidentes y si no existen barreras o el error logra pasar la barrera, se produce el evento adverso.

Por lo tanto, podríamos decir que muchos de los eventos adversos se deben a situaciones latentes del propio sistema y no a negligencias o imprudencias del personal. La existencia de eventos adversos es atribuible a los factores sistémicos que la determinan: la estrategia de una organización, el grado de estandarización de los procesos, la cultura organizacional, el grado de divulgación y control de la gestión de la calidad, los lineamientos para la prevención de los riesgos y la

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HMO—

capacidad para aprender de los errores. Los factores contributivos son condiciones del entorno que predisponen a la ejecución de acciones inseguras.

Los **factores contributivos** que deben formar parte del análisis de cualquier evento adverso son:

- **Factores relacionados con el paciente:** Complejidad y gravedad, lenguaje y comunicación, personalidad y factores sociales.
- **Factores humanos:** Relación profesional-paciente, conocimiento, habilidades, competencias, salud física y mental, comunicación intra y extra equipo, supervisión adecuada.
- **Factores del proceso y la tecnología:** Diseño y claridad de los procesos; disponibilidad y uso de protocolos; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas.
- **Factores relacionados con el equipo de trabajo:** comunicación verbal y escrita, supervisión y disponibilidad de soporte, estructura del equipo.
- **Factores relacionados con el ambiente:** personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo; patrón de turnos; diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos, obsolescencia de equipos, soporte administrativo y gerencial, clima laboral, ambiente físico (luz, espacio, ruido).
- **Factores relacionados con la organización y la gerencia:** Cultura de la organización con respecto a la seguridad, recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional, políticas, estándares y metas; prioridades organización y gerencia y cultura organizacional.

Se conocen como **acciones inseguras**, aquellas actuaciones u omisiones involuntarias o violaciones conscientes de normas de seguridad de quienes tienen a cargo ejecutar la tarea, también se conocen como fallas activas y pueden ser de tres tipos:

- **Error en la ejecución:** Son fallas durante el desarrollo de la acción, que se asocian con conductas automáticas, se conocen como descuidos y olvidos.
- **Error en la planeación:** Son fallas durante la planeación de la acción que se asocia a falencias en la instrucción o conocimientos técnicos y se conocen como equivocación.

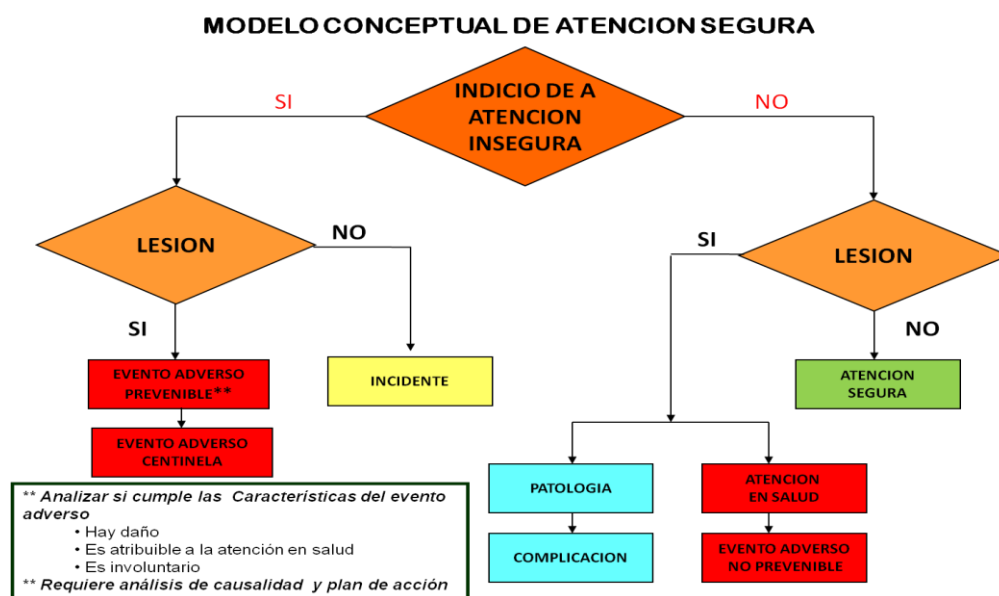
PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

- **Violación consciente de una norma de seguridad:** Consiste en un acto temerario que ejerce el prestador de salud a pesar del conocimiento de las barreras de seguridad existentes y que están documentadas en guías o protocolos.

8.3 MODELO CONCEPTUAL DE ATENCION SEGURA



Cuando en ocurrencia de la atención en salud se materializa uno de los riesgos identificados en el servicio, debe hacerse el análisis de indicio de atención insegura, para determinar qué efecto ocasionó sobre el paciente, basado en el **Modelo Conceptual de Atención Segura** propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

8.4 METODOLOGÍA DE REPORTE Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

La gestión del evento adverso es el proceso de identificación, notificación, análisis, evaluación y seguimiento de los eventos prioritarios que se presentan en los diferentes servicios de la ESE con el fin identificar las fallas, las brechas o las oportunidades de mejora que permitan contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

El sistema de reporte de seguridad en la E.S.E es un sistema de reporte obligatorio no punitivo y confidencial, se basa en el análisis y la retroalimentación de los responsables de la atención el cual debe ser oportuno.

Los sistemas de reporte identifican los diferentes factores de riesgos a los que los pacientes se ven expuestos para mejorar su seguridad, descubriendo lo que ocurrió.

La notificación y registro de los eventos adversos, es necesaria para cuantificar la incidencia e importancia de los mismos y resulta imprescindible para reducirlos.

• **REPORTE DE RIESGOS O ACCIONES INSEGURAS**

Todos los riesgos que se materialicen en el desarrollo de las actividades de la ESE Hospital Mental de Antioquia, tanto administrativas como asistenciales deben ser reportados, cada servicio debe facilitar y promover que todos los colaboradores sean agentes identificadores y notificadores de posibles desviaciones en los procedimientos.

Los líderes de los procesos son los responsables del despliegue a sus colaboradores, de los riesgos de su servicio y de los agentes generadores que pueden desencadenar dichos riesgos: paciente, tarea y tecnología, funcionario, equipo de trabajo, ambiente, organización-gerencia y/o contexto institucional.

El reporte se hace en un formato preestablecido que hace parte de la documentación del sistema de calidad institucional. (Reporte de incidentes y/o eventos adversos), donde se hace la identificación y la descripción de la situación presentada. El reporte no tiene pretensiones punitivas ni señalamientos, sino que de manera proactiva, se convierte en un elemento primordial para el mejoramiento continuo de la calidad y el desarrollo de un clima organizacional educativo.

La cultura del reporte NO punitivo pretende desarrollar:

- Comunicaciones interpersonales adecuadas basadas en la confianza mutua.
- Percepciones compartidas en la importancia de la seguridad en la atención y ejecución de cualquier actividad.
- Confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



- El enfoque pedagógico originado de la conciencia del error cometido, que permite el aprendizaje organizacional.
- Análisis inicial de la información.

Luego de recolectar los formatos diligenciados, la oficina de calidad (enfermera de seguridad del paciente) realiza un tamizaje inicial en el cual se evalúa minuciosamente cada una de las situaciones registradas, e inicia el análisis de la situación con la identificación del agente generador.

La oficina de calidad (enfermera de calidad) en compañía de los líderes de los procesos asistenciales o Jefes de Enfermería después del tamizaje y análisis inicial clasifica las que considera como evento adverso o incidentes recurrentes o aquellos cuyo impacto pudiera haber sido catastrófico con la metodología Protocolo de Londres.

El modelo de análisis de causa - raíz del Protocolo de Londres, permite analizar todos los elementos organizacionales que presuntivamente fueron vulnerados para que el riesgo se materializara en un evento adverso, y de manera consecuente, determinar si el evento se ha presentado por fallas latentes que serían propias de la organización o por fallas activas relacionadas con la prestación del servicio. En este análisis se evalúan los siguientes aspectos:

- **Barreras y Defensas:** Elementos físicos, administrativos, tecnológicos, humanos y naturales que intervienen para evitar o mitigar la ocurrencia de eventos.
- **Acciones Inseguras:** Actividades que por acción u omisión desencadenaron en una falla de calidad. se denominan fallas activas.
- **Factores contributivos:** Condiciones que contribuyen a presentar fallas de calidad y su origen.
- **Organización y cultura:** Elementos institucionales gerenciales necesarios para el normal desarrollo de la organización. Cuando se presentan falencias se denominan fallas latentes.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

Una vez hecho el análisis de causalidad, el líder de proceso jerarquiza las causas determinando cual fue la más relevante, fundamental o principal que originó la situación o materialización del riesgo; y en ese mismo orden se incluyen en el plan de mejoramiento.

El seguimiento y verificación del desarrollo de las medidas implementadas y su impacto, lo realiza la oficina de Calidad o su designado. En los comités de calidad, y/o seguimiento a riesgos o seguridad del paciente, se realiza la divulgación.

8.5 PROTOCOLO DE LONDRES PARA INVESTIGACION Y ANALISIS

SECUENCIA DE ANÁLISIS DE UN EVENTO ADVERSO

1. Identifique si se presentó daño en el paciente. Los daños pueden ser físicos, psicológicos y morales. Si no hay daño en el paciente no hay evento adverso.
2. Si no hay daño en el paciente, identifique si hubo riesgo de daño en el paciente. Puede tratarse de un incidente.
3. Si existe riesgo de daño en el paciente, proceda al análisis como si fuera un evento adverso. La utilidad de estos eventos es la capacidad de prevención del daño y evitar consecuencias lamentables.
4. Si no existe daño ni riesgo de daño, la conclusión es que se trata de una atención en salud segura.
5. Si se presentó daño en el paciente, identifique cuales son los daños. En un mismo caso pueden coexistir varios daños. Es importante tenerlos todos en cuenta, pues cada uno de ellos pueden tener causas diferentes y su análisis individual puede ayudar a prevenir diferentes eventos.
6. Con base en la identificación del daño establezca una tipificación de la severidad del evento. La tipificación se realiza de acuerdo con la clasificación de eventos adoptada por la institución.
7. Identifique si existió intencionalidad en el daño.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



8. Si se sospecha intencionalidad en el daño, se tipifica como posible delito y se traslada a la autoridad competente. Un daño intencional no podrá ser abordado por las herramientas de seguridad del paciente.
9. Si no se sospecha intención, identifique si el daño se asocia a la atención en salud. Para llegar a esta conclusión, es necesario acudir a la evidencia científica disponible. Si la ciencia médica no cuenta con avances suficientes para la prevención del daño, estamos ante la presencia de un evento adverso no evitable.
10. Si el daño se asocia a la atención, establezca la tipificación del evento.
11. Identifique si hay un error asociado al daño. Para llegar a esta conclusión es necesario establecer la relación de causalidad. Si no hay relación de causalidad, puede haber evento adverso y puede haber error, pero no hay evento adverso evitable. Si no establece la relación de causalidad, busque otro error en donde si la haya. Si definitivamente no se encuentra un error con relación de causalidad, se trata de un evento adverso no evitable. También pueden existir varios errores. Recordemos el modelo del queso suizo. En este caso, proceda a hacer el análisis de cada uno de ellos. Cada error identificado es una potencial oportunidad de prevención.
12. Con cada error identificado, defínalo con precisión, establezca una tipificación de acuerdo con la clasificación adoptada por la institución.
13. Ante la presencia de error y relación causal, establezca el evento como evento adverso evitable y establezca una tipificación de acuerdo con la clasificación adoptada por la institución.
14. Con cada error identificado, identifique cuál o cuáles fueron los factores contributivos. Recordemos que los factores contributivos pueden ser: Paciente, tarea y tecnología, individuo, equipo de trabajo, ambiente, organización y gerencia, contexto institucional.
15. Con cada factor contributivo, descríballo y establezca una tipificación de acuerdo con la clasificación adoptada por la institución.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



16. Defina las barreras de seguridad y/o el plan de mejora orientado al bloqueo de causas y la prevención de errores.
17. Defina un plan para difundir los aprendizajes a la institución.
18. Alimente las bases de datos establecidas por la institución para el sistema de reporte.

8.6 SOSPECHA DE ACEPTACIÓN DE PACIENTE REMITIDO QUE HA SUFRIDO EVENTO ADVERSO

En el ingreso del paciente se realiza examen físico y se evalúa los diferentes sistemas, en esta evaluación se describe si el paciente ha ingresado con una secuela o afección de su salud producido por un evento adverso, según considere el personal que evalúa al paciente. En este caso se realiza reporte correspondiente de posible evento adverso, se especifica el lugar de ocurrencia, las condiciones en que se recibe y las acciones a realizar con el paciente para mejorar sus condiciones de salud; esta misma información se entrega al auxiliar administrativo de Referencia y Contra referencia para que se comunique a la institución remitente mediante correo electrónico como informe de contra referencia, según manual de referencia y contra referencia, actividad 4.



PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

9. POLÍTICA DE SEGURIDAD

La política de Seguridad del Paciente en la E.S.E Hospital Mental de Antioquia es el conjunto de prácticas institucionales tendientes a aumentar los niveles de seguridad en la prestación del servicio. A través de la gestión del riesgo, el fortalecimiento del reporte y de la cultura del autocontrol, se pretende minimizar la posibilidad de materialización de aquellos riesgos identificados en un evento que cause daño a los pacientes.

9.1 EJES FUNDAMENTALES DE LA POLÍTICA

- La cultura de la seguridad del paciente.
- La estandarización de los procesos institucionales
- La estandarización de los procesos asistenciales.
- El sistema de reporte, gestión de eventos adversos y aprendizaje organizacional

9.2 PRINCIPIOS ORIENTADORES PARA IMPLEMENTA LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **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.
- **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, es transversal a todos sus componentes.
- **Multicausalidad**

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIQUÍA
—HOMO—

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

- **Validez**

Para impactar al paciente 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, donde se les permita conocer los beneficios de la atención a brindar pero también los riesgos de la misma, de manera que tomen consciencia para el acompañamiento del paciente en el proceso salud – enfermedad.

- **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.

10. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El comité de seguridad del paciente es la instancia institucional encargada de desarrollar estrategias que permitan identificar los riesgos, intervenirlos, mitigarlos y prevenir la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención.

En el comité se presentan los consolidados de los análisis de los incidentes y eventos adversos y se analizan aquellos en los que se identifiquen barreras de calidad o situaciones críticas que se puedan presentar en la institución con la finalidad de proponer alternativas de solución.

11. DESARROLLO DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

El desarrollo del modelo de seguridad del paciente, se realiza con base a lo planteado por la “Guía técnica de buenas Prácticas en Seguridad del Paciente”, la cual busca incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras en el ámbito hospitalario, de manera que haya una acción armonizada entre los diferentes actores.

El modelo institucional tiene tres componentes:

- La cultura de la seguridad del paciente.
- Procesos seguros.
- Aprendizaje organizacional.



11.1 CULTURA FRENTE A LA SEGURIDAD

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

Por cultura organizacional se entiende que es el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y que se reflejan en sus acciones diarias.

Este componente busca disminuir la incidencia de eventos adversos con hábitos y prácticas seguras que el personal de la institución desarrolla a través de la educación continuada, que incentive el reporte no punitivo y el análisis de los errores. Además se incluye la participación del usuario como vigía de su propia seguridad, para estar atento ante cualquier error y conozca cómo y a quién reportarlo antes que se genere una consecuencia grave.

Se pretende que cada funcionario dentro de la Institución ejecute su rol con base en criterios de seguridad y cuidado, no solo de su integridad física, sino también la de cada usuario y de las personas que a diario ingresan a la institución.

• **DESARROLLO DE HABITOS Y PRÁCTICAS SEGURAS**

Dentro del componente de cultura de seguridad del paciente se plantean las siguientes estrategias:

11.1.1 NORMAS TRANSVERSALES DE SEGURIDAD

Son lineamientos comunes a todos los procesos de atención clínica y cuya aplicación rutinaria en el día a día, ayudan a evitar el error. Mínimamente deben incluir los siguientes:

- No hacer lo que no se sabe hacer bien, se debe tratar siempre de conocer lo que se va a realizar o por lo menos pedir ayuda de alguien que tenga mayor pericia.
- Expresar cualquier duda por insignificante que sea al compañero más experto antes o durante un procedimiento.
- Adherirse a las guías y protocolos de atención adoptadas por la institución, tanto para procedimientos médicos como de enfermería.
- Tener como cultura antes de la aplicación de algún medicamento como antes de la realización de un procedimiento la verificación de los correctos.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



- Tener una comunicación clara, adecuada y permanente con todo el equipo de salud que está interviniendo en un momento dado principalmente antes de iniciar y al terminar un procedimiento.
- Medir la cultura de seguridad: definir la cultura deseada y realizar mediciones periódicas con el fin de identificar brechas frente a la deseada.
- Fomentar la cultura del reporte: Reportar es la base fundamental para el mejoramiento y la prevención de los errores, estos reportes para ser efectivos deben ser:
 - Visibles
 - Obligatorios
 - Que cuenten la historia
 - Analizados por equipos y no por individuos
 - Que sirvan para rediseñar procesos
 - Realizar análisis de los indicadores de seguridad de cada área con los grupos de trabajo.

11.1.2 ESTRATEGIAS DEL TALENTO HUMANO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los procesos de gestión del talento humano se encuentran articulados con la estrategia de seguridad del paciente e incluyen los procedimientos de selección, vinculación, inducción, reinducción y capacitación, que permiten y promueven el desarrollo de habilidades y destrezas de cada uno de sus funcionarios frente a los hábitos y prácticas seguras. A continuación se describen las estrategias:

- **Procesos de inducción y reinducción**

En los procedimientos de inducción y reinducción se incluye información necesaria para que los colaboradores se adapten a la cultura de seguridad del paciente de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, de acuerdo con las exigencias y responsabilidades del cargo, fortaleciendo el sentido de pertenencia y el desarrollo de habilidades y competencias para la prestación del servicio. Ver procedimiento de inducción y re inducción de Gestión humana.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

En cada proceso de inducción, se debe hacer énfasis para que el personal de enfermería cuente con la información y habilidades necesarias frente a la contención e inmovilización mecánica, donde se cuente con la técnica idónea que disminuya el riesgo de daño para el paciente, debido a que uno de los principales riesgos de evidenciados en la institución es la agitación psicomotora, pudiendo llevar a daños físicos para el paciente, la infraestructura, el personal y todo su alrededor.

- **Capacitación y entrenamiento en seguridad del paciente**

Se realizan capacitación y entrenamiento al personal sobre temas relacionados con seguridad del paciente, los principales riesgos del proceso de atención, el reporte de eventos adversos, la diferencia entre evento adverso e incidente, guías y protocolos de prácticas. Ver plan de capacitación anual institucional.

La institución debe capacitar al personal asistencial anualmente frente a RCP y código fucsia, de manera que se socialicen los protocolos pero también realizar actividades didácticas que permitan dar respuesta asertiva a casos reales.

- **Procesos de certificación de competencias**

Orientados hacia la mejora de la seguridad del usuario y los requerimientos de la institución y los pacientes.

- **Políticas y lineamientos para el manejo de los cuadros de turnos**

En pro de la seguridad del paciente y el bienestar de los trabajadores, disminuyendo el agotamiento físico y emocional.

- **Sistema de seguridad y salud en el trabajo**

El plan tiene como objetivo estructurar la acción conjunta entre el empleador y los trabajadores en la aplicación de las medidas de salud y seguridad en el trabajo a través del mejoramiento continuo de las condiciones y el medio ambiente laboral, y el control eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo.

- **Manual de bioseguridad**

La bioseguridad se define como el conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



contra la seguridad y salud de trabajadores de la salud, usuarios, estudiantes, visitantes y medio ambiente. En el manual de bioseguridad se establecen las normas que deben ser aplicadas en todos los procedimientos que impliquen Riesgo Biológico.

- **Coordinación de procedimientos y acciones recíprocas para la seguridad del paciente entre asegurador y prestador.**

El Hospital Mental de Antioquia cuenta con el apoyo del servicio de Referencia y Contra referencia para la acción inmediata con pacientes que presenten descompensación aguda de su enfermedad orgánica, generando una urgencia para su estado de salud. De esta manera, los pacientes son comentados en las líneas de atención para que se pueda generar enlace con instituciones de mayor nivel de complejidad para una remisión oportuna.

- **Convenio docente – asistencial**

Es el procedimiento con el cual se realiza la supervisión al personal en entrenamiento, proveniente de diferentes instituciones educativas formadoras de recursos humanos para la salud de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 003 de 2003 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos y normalizado en los requisitos de habilitación de servicios de salud (Resolución 3100 de 2019)

11.1.3 GUÍAS DE REACCIÓN INMEDIATA

Las guías de reacción inmediata son documentos que permiten responder de manera rápida ante la presentación de una emergencia o un evento adverso para minimizar su impacto.

La construcción de las guías de reacción inmediata de la ESE Hospital Mental de Antioquia parte de la identificación de las principales causas que generan riesgo a los usuarios y posibles situaciones imprevistas que se pueden presentar dentro del proceso de atención asistencial en cada uno de los servicios.

11.1.4 PARTICIPACIÓN DEL USUARIO Y FAMILIA POR SU SEGURIDAD

Programa de educación al paciente y su familia para que contribuyan al autocuidado y promover su propia seguridad.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



11.2 PROCESOS SEGUROS

11.2.1 ASISTENCIALES

- **MANUAL PARA LA CONSECUION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En los procedimientos en los que se requiere consentimiento de aceptación o no a la realización de los mismos y para respetar la autonomía del paciente y el derecho a ser informado de los beneficios y riesgos, se encuentra indicada la necesidad de su elaboración. Se debe garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.

- **IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO EN PACIENTE PSIQUIATRICO**

Es responsabilidad del psiquiatra tratante identificar el riesgo del paciente de acuerdo a su enfermedad mental y el estado de conciencia y agitación en el que se encuentre actualmente, el cual queda registrado en historia clínica y en panel de determinación del riesgo, así mismo deberá ser informado al personal de enfermería para la atención adecuada.

- **PROTOCOLO CÓDIGO AZUL**

El protocolo de Código Azul define la actuación paso a paso de todos los actores del código, se activa para la atención de pacientes urgentes que requieren atención cardiopulmonar.

La institución debe garantizar la adecuada capacitación del personal de salud que se ve inmerso en la respuesta ante este llamado, para tener una respuesta unificada y aumentar la supervivencia de los pacientes; de igual modo, el personal debe contar con adecuada capacitación frente al manejo de los equipos e insumos con los que dispone el Hospital Mental de Antioquia.

- **GUÍA ASPECTOS DESTACADOS DE LAS GUIAS DE LA AMERICAN HEART ASOCIATION PARA RCP Y ACE**

Resumir las principales recomendaciones para la atención de pacientes que requieren reanimación cardiopulmonar. Debe ser conocido y socializado por el personal asistencial.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



- **GUÍA DE SEDACIÓN**

Para la prevención de las complicaciones anestésicas se implementa una guía de sedación en la que se describen los tipos de sedación y la aplicabilidad según la condición clínica de los pacientes.

- **PROTOCOLO PARA LA ATENCION A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Para la atención de víctimas de violencia sexual el Hospital Mental ha desarrollado una guía para garantizar la atención, en la cual se establecen los roles del grupo interdisciplinario.

Es indispensable la elaboración y socialización de dicho protocolo para dar una respuesta rápida ante la presencia de posibles casos, que facilite el actuar de los profesionales, disminuyendo daños psicológicos y físicos a los pacientes.

- **PROTOCOLO PREVENCION DE FUGAS**

Considerando que la fuga es uno de los principales riesgos de los pacientes con trastorno mental, la institución ha definido un protocolo para la atención de los pacientes.

- **PROTOCOLO PREVENCION DEL SUICIDIO**

Considerando que el intento de suicidio y el suicidio son unos de los principales riesgos de los pacientes con trastorno mental la institución ha definido un protocolo para la atención de los pacientes.

- **PROTOCOLO PREVENCION DE AGRESIONES**

La violencia y las agresiones en los servicios de salud mental son una de las grandes preocupaciones del personal de la salud, los usuarios y sus familias, el protocolo estandariza las actividades que debe realizar el Equipo de Salud para la prevención de agresiones.

- **PROTOCOLO PREVENCION DE RELACIONES SEXUALES**

Algunas alteraciones psicopatológicas, así como la estrecha convivencia durante la hospitalización, son factores que favorecen la aparición de relaciones sexuales durante la hospitalización, este tipo de relaciones se puede producir en circunstancias en las que las capacidades cognitivas y volitivas estén disminuidas y

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

puede dar lugar a situaciones de abuso sexual, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

- **RIESGO DE INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN EN SALUD**

Los principales eventos adversos que se presentan en la atención en salud se atribuyen a las infecciones adquiridas dentro de la misma institución, por esta razón el hospital cuenta con protocolos para la prevención de flebitis, infecciones del torrente sanguíneo e infección en vías urinarias por el uso de sondas (protocolo venopunción e instalación de venoclisis y cateterismo vesical).

- **PROTOCOLO PARA LA CORRECTA IDENTIFICACION DE PACIENTES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES**

La institución ha definido una guía para la identificación de los usuarios teniendo en cuenta los principales riesgos identificados en los procesos de atención.

Se implementa la identificación visual (manilla) de los pacientes con alergias o intolerancia a medicamentos, para disminuir el riesgo del daño ante una urgencia.

- **IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS DEL LABORATORIO**

En el instructivo para la toma de muestras se encuentra estandarizada la información necesaria para realizar la marcación de las muestras para disminuir los errores en identificación de los pacientes y las muestras de laboratorio.

- **PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESION**

En el protocolo de úlceras por presión se considera la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión mediante la valoración integral del mismo mediante la escala de Braden.

- **PROTOCOLO PARA LA PREVENCION DE CAIDAS**

Estandarizar las actividades que se deben realizar por el Equipo de Salud para la prevención de caídas de usuarios orientadas a prevenir incidentes.

- **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECANICA E INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES.**

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Para mitigar los riesgos de trauma o lesión que pueden sufrir los pacientes con cuadros de agitación, confusionales y/o agresividad, se implementó el protocolo de contención mecánica.

- **PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS Y DESINFECCIÓN.**

Siguiendo la iniciativa de la OMS “una atención limpia es una atención segura”, la institución ha establecido un protocolo de lavado de manos, y ha dispuesto los diferentes elementos de infraestructura y dotación para la aplicación de este protocolo, adicionalmente y buscando fortalecer la cultura de lavado de manos permanentemente realiza campañas educativas.

- **PROTOCOLO DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO**

Una de las estrategias implementadas para la prevención de infecciones intrahospitalarias es la Guía de Aislamiento Hospitalario con el objetivo de estandarizar las actividades que se deben realizar por el Equipo de Salud de la ESE HOMO para la identificación y mitigación del riesgo de infecciones cruzadas durante la estancia hospitalaria.

- **PROTOCOLO PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS**

La institución ha definido procedimientos de recepción, distribución, almacenamiento y control de los medicamentos y dispositivos. Ver procedimientos de Gestión farmacéutica y fichas técnicas de medicamentos código: FA-FT-01-02

Para la gestión segura de los medicamentos se aplican los “correctos en la utilización de medicamentos”.

La institución actualmente implementa el uso de distribución de medicamentos por dosis unitarias que disminuye el error en la dispensación y administración, bien sea por comisión como de omisión.

- **PREVENCIÓN MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN**

El hospital cuenta con la presencia de personal de nutrición y dietética, quienes se encargan de realizar valoración prioritaria a pacientes con enfermedad orgánica, o que por su estado de descompensación psiquiátrica no tiene la autonomía para suplir las necesidades básicas de alimentación. Con esta valoración se generan

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMA—

alarmas y órdenes a nivel sistemático para suplir los requerimientos de los pacientes.

- **PREVENCIÓN DEL CANSANCIO FÍSICO Y EMOCIONAL DEL PERSONAL DE SALUD**

La institución garantiza al personal asistencial el cumplimiento de horas laboradas según lo pactado en la contratación, cubriendo a cabalidad los servicios con la necesidad de personal, previniendo jornadas y turnos continuos o repetitivos que limiten los máximos recomendados.

El hospital tiene designado zonas para el descanso y el esparcimiento de los trabajadores e incentiva a poner en práctica las pausas activas.

- **PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACEUTICA**

El programa de atención farmacéutica establece medidas preventivas y correctivas sobre los problemas relacionados con los medicamentos y los resultados negativos a medicamentos y/o dispositivos médicos, por medio de las actividades de farmacovigilancia, tecno vigilancia, seguimiento farmacoterapéutico y seguridad en la medicación, contribuyendo así a desenlaces positivos en salud y mejoras en la calidad de vida de los pacientes.



Programa de Atención Farmacéutica Integral (PAFI). Tomado del programa de Atención Farmacéutica Integral (PAFI) de la Cooperativa de hospitales de Antioquia PS 028. Modificado el 21 de enero de 2021 por Gestión Farmacéutica de Hospital Mental de Antioquia.

- **PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA**

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

El programa de farmacovigilancia tiene como objetivo principal realizar vigilancia a los medicamentos luego que estos están siendo comercializados para determinar la seguridad de los mismos, cuenta con diferentes actores los cuales van desde los pacientes y/o familiares, pasando por el médico tratante, las clínicas y hospitales, las secretarías de salud hasta los laboratorios farmacéuticos. La farmacovigilancia es el pilar fundamental para determinar el perfil de seguridad de los medicamentos, de esta forma se pueden detectar entre otras, reacciones adversas, usos inapropiados y complicaciones no detectadas durante la etapa de investigación de los medicamentos.

Las reacciones adversas medicamentosas son consideradas RNM de seguridad que se manifiestan mediante un efecto nocivo o indeseado después de administrarse un medicamento a la dosis terapéutica para la profilaxis, el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad.

- **SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO**

El programa de Seguimiento Farmacéutico (SFT) contribuye con el desarrollo de la Atención Farmacéutica mediante la detección, prevención y resolución de Resultados negativos de medicamentos (RNM) y problemas relacionados con medicamentos (PRM). Adicionalmente, el SFT es una estrategia eficaz y segura para la implementación del programa de Farmacovigilancia, ya que son actividades complementarias, por otro lado permite realizar estudios de Utilización de Medicamentos y a la vez cumplir con los requisitos exigidos por la legislación actual con respecto al tema (Decretos 2200 de 2005 y Resolución 1403 de 2007).

La implementación del programa de SFT representa grandes beneficios para la institución, tanto desde el punto de vista económico (disminución de gastos), como de mejoramiento de la atención al paciente (prestación de servicios).

El programa de Seguimiento Farmacoterapéutico solo puede ser desarrollado por un Químico Farmacéutico, según la normatividad vigente.

- **PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA**

En el programa de tecno vigilancia se describe la forma de gestionar los riesgos que se pueden presentar mediante la identificación y evaluación de los reportes

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



asociados al uso de dispositivos médicos durante la prestación de los servicios de salud.

- **POLÍTICA DE NO REUSO**

La ESE Hospital Mental de Antioquia a fin de minimizar los riesgos en cada uno de los procedimientos y tratamientos que se realizan en la institución y en concordancia con la política de seguridad del paciente, ha definido el no reuso de los dispositivos médicos.

- **SEGURIDAD EN LA MEDICACION**

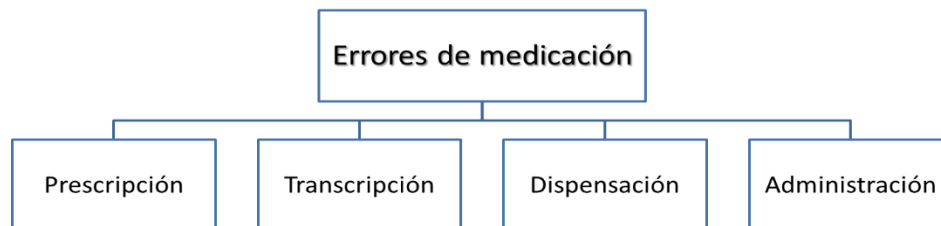
El riesgo de la asistencia sanitaria en general, especialmente el derivado por los errores de medicación, es un grave problema con gran repercusión humana, asistencial y económica, que está siendo abordado de forma prioritaria por las autoridades sanitarias de algunos países. Las actividades de los actores y partícipes dentro de la cadena de utilización de medicamentos está evolucionando, adoptando una actitud más preventiva y anticipativa, que supone la colaboración interinstitucional y de otros profesionales sanitarios en el desarrollo de programas de prevención de riesgos, entre ellos los de prevención de errores de medicación.

Los errores de medicación están siempre presentes en todo proceso y punto del sistema de utilización de medicamentos y dispositivos médicos, se hacen visibles justo cuando generan una queja, un reclamo o una acción legal y en el peor de los casos muerte o invalidez permanente a un ser humano. Ni en nuestro sistema de salud ni en nuestra organización se conoce la magnitud de este fenómeno, por lo que resulta necesario un trabajo que permita reconocer a fondo los puntos críticos y así luego del respectivo análisis tomar las decisiones necesarias que sean eficaces en la prevención o su erradicación, diseñando una estrategia que permita generar conciencia de la importancia en la prevención de los errores de medicación, y el reporte oportuno para gestión integral.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—



Errores

de

Medicación. Lineamientos Para La Implementación de La Política de Seguridad Del Paciente en la República De Colombia. Bogotá, 11 de junio de 2008. Consultada el 29 de Enero de 2016

El Hospital Mental de Antioquia cuenta con la mejora de su software y sistema para una mayor practicidad del denominado Kardex de medicamentos. Se busca que sea un programa dinámico, que permita un seguimiento continuo a las órdenes médicas, los registros de los medicamentos y alertas o recomendaciones visuales, así se disminuye el riesgo de duplicar u omitir acciones en la administración de medicamentos.

11.2.2 INFRAESTRUCTURA

- **PROTOCOLO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN**

Los cuales permiten estandarizar los procedimientos de limpieza y desinfección de las áreas superficies y equipos, buscando disminuir los riesgos de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

- **PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPOS**

El hospital cuenta con plan de mantenimiento hospitalario tanto preventivo como correctivo, que incluye el mantenimiento y la calibración de los equipos biomédicos, buscando mantener en buenas condiciones la infraestructura y dotación, y solucionar en forma oportuna y eficaz las fallas que se presenten para soportar la prestación de los servicios de acuerdo con las necesidades.

Es deber de cada uno de los funcionarios del Hospital Mental de Antioquia informar daños o riesgos físicos identificados, el encargado de realizar el reporte deberá hacerlo de manera inmediata y en esta misma línea debe ser la respuesta por parte

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



la institución, dando como tregua máximo un día para la solución, con el fin de disminuir al máximo la posibilidad de daño, accidente o de fuga.

El líder de calidad, realizará monitoreo semanal del adecuado funcionamiento de las cámaras de seguridad para garantizar las minuciosas rondas de supervisión a los pacientes por parte del personal en cada servicio. En este sentido, se busca reforzar también el fortalecimiento de estructuras físicas (ventanas, muros, puertas, iluminación, zonas con antideslizante, cables expuestos), en conjunto con acción gerencial, ya que se ha demostrado que de no mantenerse en buen estado o no intervenir a tiempo, pueden fomentar o aumentar riesgos para los pacientes.

- **PLAN DE GESTION AMBIENTAL Y RESIDUOS HOSPITALARIOS**

En el plan de residuos hospitalarios se establecen las acciones para proteger a la población hospitalaria de los riesgos que se puedan generar por la manipulación de los residuos incluyendo los de riesgo biológico, previniendo las infecciones cruzadas.

- **PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS**

La ESE Hospital Mental consciente de la responsabilidad en el control de los factores de riesgo que puedan originar una situación de emergencia, la atención subsiguiente a una situación inminente, implementa el plan como una herramienta para establecer procedimientos tendientes a prevenir emergencias y/o minimizar las pérdidas que estas generan en la población hospitalaria.

11.3 PLANES DE MEJORAMIENTO

Teniendo claridad y determinando que las situaciones presentadas corresponden a un evento adverso prevenible o no prevenible, incidente, complicación o desviación de los procedimientos, el líder del proceso realizará planes de mejoramiento y estricto seguimiento a las situaciones que desencadenaron el evento y al impacto obtenido como resultado de la implementación de los planes de mejoramiento mencionados.

11.4 MONITOREO Y EVALUACION DE LOS RIESGOS

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

Para el monitoreo de los riesgos se diseñan indicadores de riesgos desagregados por riesgo y evento adverso, para facilitar el seguimiento individual, la tendencia y la gestión del mismo.

El seguimiento a los indicadores de riesgos y eventos adversos y sus análisis, permite verificar si éstos fueron identificados y evaluados de forma correcta en los procesos y si funcionan las medidas de tratamiento establecidas en el mapa de riesgos tanto preventivas como correctivas. En caso tal que las medidas de tratamiento establecidas no sean las adecuadas, se deben considerar otras acciones y por lo tanto en consecuencia conlleva a la actualización del mapa de riesgos institucional.

12. RETROALIMENTACIÓN Y APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Este componente del programa de seguridad del paciente busca fortalecer la cultura del reporte no punitivo y el desarrollo de herramientas que permita a la institución aprender de los eventos adversos y situaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente.

Los líderes de los procesos son los responsables de la divulgación a su equipo de colaboradores a través de las reuniones mensuales por servicio, todas las observaciones, preocupaciones y sugerencias, con la intención de recabar información, a nivel individual y colectivo, para mejorar o modificar diversos aspectos del funcionamiento del servicio, actuando con total responsabilidad, trabajando en equipo con eficiencia y creatividad renovadas.

Simultáneamente se retroalimenta a toda la institución con difusión, despliegue y mostrando los resultados de la administración de los riesgos, eventos adversos y el programa de seguridad del paciente, por cuanto el aprendizaje no debe limitarse solo al área generadora del evento. La retroalimentación y aprendizaje organizacional se ejecuta a través de las reuniones de personal, actividades gerenciales y los medios de comunicación establecidos en la empresa. Además, se debe propiciar el aprendizaje de los colaboradores que se encuentren involucrados en un evento, evidenciando que se esté poniendo en práctica todo el potencial de sus capacidades, esto es, la sensatez de comprender que se incurrieron en situaciones de riesgo, de adquirir compromisos, de asumir responsabilidades, de

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMA—

buscar el continuo auto-crecimiento, de crear sinergias a través del trabajo en equipo y de manera proactiva de poner en marcha estrategias tendientes a evitar que nuevamente se presenten situaciones que pongan en riesgo la prestación del servicio de salud y la ocurrencia de atenciones inseguras, empleando grupos focales, talleres de re inducción, encuestas, entre otras.

13. EVALUACION INTEGRAL DEL PROGRAMA

Para evaluar el grado de implementación del programa de seguridad del paciente se utiliza una herramienta que permite la evaluación de la estrategia en el planear, hacer, verificar y ajustar y en cuanto al enfoque, la implementación y los resultados. El referente es la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el Sistema Único de Habilitación en Salud dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Observatorio de Calidad.

13.1 AUDITORIAS PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **EVALUACIÓN DE ADHERENCIA**

Se realiza evaluación semestral de adherencia a guías y protocolos implementados por la institución, realizando ajustes de acuerdo a las necesidades y riesgos encontrados y se socializan en los servicios.

- Guías de práctica Clínica adoptadas
- Protocolo prevención de fuga
- Protocolo prevención de suicidio
- Protocolo administración de medicamentos
- Protocolo identificación correcta de pacientes
- Protocolo prevención y tratamiento por úlceras por presión
- Protocolo prevención de agresiones
- Protocolo contención mecánica
- Protocolo lavado de manos
- Protocolo prevención de caídas
- Protocolo aislamiento hospitalario
- Protocolo venopunción e instalación de venoclísis

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



- Protocolo para la limpieza, desinfección y esterilización de equipos biomédicos e instrumental.

● **PACIENTE TRAZADOR CON ENFOQUE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

13.2 INDICADORES INSTITUCIONALES

- Proporción de reingresos de pacientes hospitalizados antes de 15 días
- Proporción de reingresos en el servicio de urgencias antes de 72 horas
- Proporción de eventos adversos relacionados con medicamentos en el servicio de hospitalización
- Proporción de eventos adversos relacionados con medicamentos en el servicio de urgencias
- Tasa de caída en el servicio de hospitalización
- Tasa de caída en el servicio de urgencias
- Tasa de caída en el servicio de consulta externa
- Tasa de caída en el servicio de apoyo diagnóstico
- Proporción gestión de eventos adversos
- Proporción de úlceras por presión en el servicio de hospitalización.
- Adherencia prevención de fugas en pacientes hospitalizados
- Adherencia prevención de suicidio en pacientes ambulatorios y hospitalarios
- Número de infecciones intrahospitalarias
- Número de flebitis
- Número de identificaciones equivocadas de pacientes

14. RIESGOS IDENTIFICADOS POR SERVICIO

14.1 SERVICIO CONSULTA EXTERNA

- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso.
- Problemas relacionados con los medicamentos (PRM) :reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables
- Fallas en la clasificación del paciente urgente y derivado consulta externa (reclasificación)
- Error diagnóstico

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



- Caídas del paciente
- Identificación incorrecta del usuario

14.2 SERVICIO DE URGENCIAS

- Pérdida de pertenencias del usuario
- Mortalidad
- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso.
- Problemas relacionados con los medicamentos PRM: reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables
- Falta de oportunidad en el suministro de medicamentos y/o material médico quirúrgico
- Incidentes (regulación, identificación, autorizaciones)
- Accidentes en el servicio
- Reingreso por igual causa antes de 72 horas
- Complicaciones localizadas en el sitio de administración de un medicamento (extravasaciones, hematomas, edema, múltiples punciones)
- Flebitis en sitios de venopunción
- Complicaciones relacionadas con la toma de muestras de laboratorio (insuficiente, coagulada, mal rotulada, a otro paciente)
- Complicaciones asociadas con el cateterismo vesical
- Asalto sexual en la institución
- Incidentes relacionados con dispositivos médicos

14.3 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso
- Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables.
- Mortalidad intrahospitalaria
- Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 20 días
- Probables infecciones intrahospitalarias
- Pacientes con úlceras por presión.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMA—

- Incidentes (oportunidad en la regulación, fuga del paciente, pérdida de pertenencias del usuario)
- Accidentes en el servicio (caída de cama o desde su propia altura)
- Error diagnóstico
- Complicaciones localizadas en el sitio de administración de un medicamento (extravasaciones, hematomas, edema, múltiples punciones)
- Flebitis en sitios de venopunción
- Complicaciones relacionadas con la toma de muestras de laboratorio (insuficiente, coagulada, mal rotulada, a otro paciente)
- Complicaciones asociadas con el cateterismo vesical
- Consumo intrainstitucional de psicoactivos
- Entrega equivocada de reportes de laboratorio
- Suicidio de pacientes internados
- Incidentes relacionados con dispositivos médicos
- Lesiones relacionadas con la inmovilización del paciente.
- Estancia prolongada no justificada.
- Pérdida de pertenencias del usuario.
- Relaciones sexuales consentidas.

14.4 SERVICIO DE TECAR

- Mortalidad
- Complicaciones anestésicas
- Complicaciones estatus convulsivo
- Pacientes con hipotensión severa en post – TECAR
- TECAR a paciente equivocado o con Diagnóstico no indicado.
- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso
- Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables
- Falta de oportunidad en el suministro de medicamentos y material médico quirúrgico
- Accidentes en sala de TECAR (caídas de camillas o desde su propia altura)
- Incidentes (regulación, autorizaciones para traslado a una institución de mayor complejidad)

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

- Complicaciones localizadas en el sitio de administración de un medicamento (extravasaciones, hematomas, edema, múltiples punciones)
- Flebitis en sitios de venopunción
- Cancelación de TECAR por factores atribuibles al desempeño de la organización o del personal médico.
- Pérdida de pertenencias del usuario
- Incidentes relacionados con dispositivos médicos
- Bronco - aspiración post – TECAR

14.5 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

- Extravasaciones, hematomas y/o equimosis luego de toma de muestra sanguínea
- Lipotimias
- Múltiples punciones
- Pérdida de muestras por caída de un tubo o ruptura del mismo
- Necesidad de repetición de una prueba de laboratorio por deficiencias en la información suministrada al paciente (orinas contaminadas, falsos positivos por falta de ayuno en glicemias o perfiles lipídicos, etc.)
- Falla en la transcripción de un reporte
- Fallar en la identificación de las muestras
- Un falso positivo o negativo
- Coagulación de muestra sanguínea por error en la selección del tubo o mala calidad del mismo
- Inoportunidad en la atención por falta de reactivos, insumos o daño de equipos
- Resultados intercambiados entre pacientes.
- Resultados de exámenes no solicitados.
- Resultados críticos no reportados oportunamente.

14.6 SERVICIO DE FARMACIA

- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso
- Problemas relacionados con los medicamentos(PRM) :reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



- Inoportunidad en la entrega de medicamentos
- Desabastecimiento de medicamentos.

14.7 SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Problemas relacionados con la disponibilidad, la calidad, el suministro y el uso de materiales de terapia ocupacional.
- Lipotimia en paciente bajo efecto de medicamento
- Trauma o Fractura durante la realización de una sesión de terapia ocupacional
- Accidente con las herramientas o materiales utilizados en la terapia ocupacional
- Caída de paciente desde su propia altura durante una sesión de terapia
- Cuerpo extraño a vías respiratorias durante la terapia
- Reacciones alérgicas por pinturas u otros materiales
- Fuga de pacientes.
- Auto o heteroagresión.

14.8 ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS ESTÉRILES

- Paquetes con fecha de esterilización vencida
- Paquetes húmedos después del ciclo de esterilización
- Equipos sin la adecuada identificación y rotulado
- Almacenamiento inadecuado

14.9 TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO O MEDICALIZADO

- Defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte
- Falta de oportunidad en la respuesta al solicitar el servicio de ambulancia

15. DIFUSIÓN

Se realizará mediante:

- Correo electrónico a todos los empleados al día de su publicación.
- Comunicado interno por SAIA al día siguiente de su publicación.
- Publicación en boletín de la institución.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



16. ANEXOS

- Reporte de eventos, riesgos e incidentes. Código: HE-FR-19.
- Consolidado mensual de eventos, riesgos e incidentes. Código: HE-FR-27.
- Consolidado anual de eventos, riesgos e incidentes. Código: HE-FR-28.
- Análisis de protocolo de Londres. Código: GC-FR-09. Versión: Primera.
- Aplicativo en EXCEL de seguridad del paciente

17. BIBLIOGRAFÍA

- Franco, A.L. Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. 1ª ed. Cali: Editorial universidad del Valle, 2006:17-172.
- Tan D., Srinivas S, Effectiveness of Self-managed teams in clinical laboratories. p.3.
- Otero, M.J. Errores de Medicación y Gestión de Riesgos, Revista Española de Salud Pública; 2003; 77: 527-540.
- Kerguelen C.A. Más allá del error médico. Revista vía salud 2002; 19:38-43.
- Sanabria, Álvaro. Errare humanum est. Repercusiones del error Médico. Revista Terapéutica al Día.
- www.medilegis.com/BancoConocimiento/T/TM103N5_Foro/Foro.htm.
- Esguerra Gutiérrez, Roberto. Calidad y Seguridad en la Atención Hospitalaria. FACP Fundación Santa Fe de Bogotá. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
- www.achc.org.co/calidadysecuridad%2025.doc.
- Cote E. Lilia, García T. Paúl; "Error Médico en Cirugía." En: FELAC, Boletín Informativo, Volumen 8, N.2
- www.felacred.org/boletin/boletin_8_2_b.html
- Cochrane. internet: <http://www.cochrane.org>

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



- Goic G. Alejandro; Fuentes de Error en Clínica, Revista Médica de Chile; v.129 n.12 Diciembre 2001.
- www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001200014&script=sci_arttext -
- Ruiz O, José. “La Gestión de Riesgos Sanitarios en los Hospitales”. Alicante 27 Nov 2003. Universidad Internacional Méndez Pelayo.
- www.dsp.umh.es/proyectos/idea/ponencias/jueves/parte1/jose_maria_ruiz_ortega.pdf -
- Aranaz, Jesús M. “Epidemiología de los acontecimientos adversos en la asistencia hospitalaria”. Gestión de Riesgos Sanitarios noviembre 2003. www.dsp.umh.es/proyectos/idea/index_alicante.html
- Aranaz, Jesús M. “Epidemiología “Experiencias Nacionales e Internacionales de la Gestión de Riesgos: Pasado, presente y futuro”. Gestión de Riesgos Sanitarios Noviembre 2003. www.dsp.umh.es/proyectos/idea/index_alicante.html
- González M. Ricardo. “Los secretos de la prevención de iatrogenias” En: Revista Cubana de Medicina. V.42. N.6 Noviembre – Diciembre de 2003.
- scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232003000600001&script=sci_arttext&tlng=es -
- Fernández, Nelida. “Los eventos adversos y la calidad en la atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos”. Arch. Argent.Pediatr 2004; 102(5) / 402.
- República de Colombia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Manual de Farmacovigilancia (Programa de Farmacovigilancia Institucional)
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. 1ª ed. Bogotá D. C., diciembre de 2007.

PROGRAMA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
—HOMO—

18. CONTROL DE CAMBIOS

Actualizó:	Vanessa Elorza	Versión:	Octava
Revisó:	Doris Hernández	Motivo de la actualización	Se especifica la realización anual de las capacitaciones en cada buena práctica de seguridad de paciente.
Aprobó:	Paula Sáenz O.	Fecha de publicación:	08/02/2021