**SUBPROGRMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**



**TABLA DE CONTENIDO**

[1. INTRODUCCION 3](#_Toc526342384)

[2. OBJETIVO 3](#_Toc526342385)

[2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS 3](#_Toc526342386)

[3. ALCANCE 4](#_Toc526342387)

[4. DEFINICIONES 4](#_Toc526342389)

[5. ACTIVIDADES 7](#_Toc526342390)

[5.1 EJES CONDUCTORES DEL SUB PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE 7](#_Toc526342391)

[5.1.1 DEFINIR SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA QUE PROMUEVA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS 7](#_Toc526342392)

[5.1.2 MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA. 10](#_Toc526342393)

[5.1.3 ACCIONES PARA DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA. 17](#_Toc526342395)

[5.1.4 ACCIONES PARA ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES. 19](#_Toc526342396)

[5.1.5 ACCIONES PARA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTE. 20](#_Toc526342397)

[6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA 20](#_Toc526342398)

[7. CONTROL DE REVISIONES Y CAMBIOS DEL DOCUMENTO 21](#_Toc526342399)

# INTRODUCCION

#

La 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 en salud o de mitigar sus consecuencias. Por ello el hospital san José del Guaviare dentro de la política de seguridad del paciente, diseña un programa de seguridad al paciente teniendo como objetivo principal gestionar el riesgo de daño al paciente y/o minimizar su efecto.

Dando cumplimiento a la resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social; la E.S.E Hospital San José del Guaviare elaboró y adoptó la Política de Seguridad del Paciente según resolución 0392 del 05 de julio de 2013, por tanto, para fortalecer esta política institucional se elabora el Programa de Seguridad del Paciente adoptada según resolución 0372 de Mayo de 2015.

“Lo peor no es cometer un error sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo” Santiago Ramón y Cajal.

El programa de seguridad del paciente del Hospital San José del Guaviare se desarrollará para ser operable la política de seguridad del paciente de la institución y llevar a la práctica las acciones que la evidencia científica actual nos ofrece, permitiendo de esta manera que todos los pacientes que soliciten el servicio de salud reciban una atención, oportuna, segura con calidad y calidez.

# OBJETIVO

Gestionar y direccionar prácticas seguras en la atención en salud en el servicio de consulta Externa que permita dar continuidad a la política de seguridad del paciente de la institución, estableciendo los mecanismos necesarios para responder de forma proactiva y reactiva, a los problemas de seguridad del paciente, identificados en el servicio de Consulta Externa, reduciendo riesgos y errores con el fin que exista un entorno seguro.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

* Establecer un entorno seguro de la atención en salud dentro del servicio de Consulta Externa.
* Incidir en la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud brindado en el servicio de Consulta Externa.
* Minimizar el riesgo en salud a través de la Identificación de las condiciones, actos Seguros e inseguros en la atención del paciente en el servicio de Consulta Externa.
* Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención en el servicio de Consulta Externa, mediante el despliegue de metodologías científicas aprobadas y la adopción de barreras de seguridad.
* Tomar medidas preventivas y correctivas (barreras) que disminuyan la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en el servicio de Consulta Externa.
* Educar a nuestros usuarios y su núcleo familiar acerca de los factores que pueden generar un riesgo en la atención en salud en el servicio de Consulta Externa.
* Sensibilizar a la alta gerencia de la institución acerca de la importancia del subprograma de seguridad del paciente del servicio de Consulta Externa, para permitir el flujo de los recursos suficientes para su ejecución.

# ALCANCE

Este subprograma de Seguridad del Paciente está dirigido al personal del área de Consulta Externa de la E.S.E Hospital San José del Guaviare.

# 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.
* **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.
* **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.).
* **FALLAS LATENTES:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo).
* **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.
* **FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londresson:
1. **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
2. **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
3. **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
4. **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
5. **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
6. **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
7. **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.
* **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.
* **AMEF:** Análisis de modo y efecto de falla.
* **RIESGO:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
* **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.
* **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, 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.

# ACTIVIDADES

## EJES CONDUCTORES DEL SUB PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

La E.S.E Hospital San José del Guaviare implemento el sub programa de seguridad del paciente del servicio de Consulta Externa basándose en los siguientes Ejes conductores:

### DEFINIR SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA QUE PROMUEVA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

1. **APOYO DE LA ALTA DIRECCIÓN**: la seguridad del paciente es una prioridad gerencial para el hospital San José del Guaviare, por lo cual se evidencia el compromiso gerencial a través de la adopción de la política de seguridad del paciente mediante **resolución 0392 del 2013**, y adopción del programa de seguridad del paciente mediante **resolución 0372 del 2015,** y acto administrativo del funcionario líder del programa de seguridad del paciente.

Cuenta con el comité de seguridad del paciente y eventos adversos adoptado mediante **resolución 0806 del 2014**, como equipo funcional líder del programa de seguridad del paciente,

El sub programa de seguridad del paciente estará articulado con los comités de Farmacia, Infección y calidad, donde se realizarán los análisis de causas de fallas en la atención en salud, de acuerdo al cronograma de comités establecidos por la Subgerencia de Servicios de Salud para la vigencia.

* **Fortalecimiento de la cultura institucional:** El subprograma de seguridad del paciente desarrollará y mantendrá vigente un cronograma de capacitación y seguimiento a los temas básicos y referentes al programa.
* **Fortalecimiento institucional:** Con el fin de mantener y contribuir a la cultura organizacional en seguridad del paciente en el servicio de Consulta Externa se realizará Socializaciones semestrales en:

**Política de Seguridad del Paciente.** El personal debe conocer el objetivo de esta política y a través de sus actividades laborales aplicarla, con el fin de brindar un entorno seguro al paciente.

**Sistema de reporte de eventos adversos.** Conocer el medio de informar los eventos adversos que se presente durante el proceso de atención del paciente en el servicio.

**Riesgo inherente en el proceso de atención de Consulta Externa.** Conocer y participar en la disminución de la materialización de los riesgos inherentes a la atención en el servicio a través de barreras de seguridad.

**Educación continua en seguridad del paciente:** La educación continua relacionada con la seguridad del paciente como esfuerzo para la creación de la cultura de la seguridad, serán apoyados económicamente por la gerencia. El comité de seguridad del paciente será el encargado de definir los temas relacionados y cronograma de educación continuada en seguridad del paciente.

Se contará con el apoyo del líder del área de Consulta Externa para realizar sesiones breves de seguridad, aprovechando que el equipo de salud se encuentra reunido, por ejemplo, en una entrega de turno, con el fin de suministrar información relacionada con una práctica segura. Ejemplo, se recuerdan los cinco momentos del lavado de manos, la manera correcta de identificar un paciente, la manera correcta de comunicarse con otros compañeros de la salud alrededor de las órdenes médicas, las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, etc.

- Entrega de Folletos (documentos ilustrados) que se dará a conocer a los colaboradores y a los servicios de manera Semestral, que tienen como fin recordar el carácter prioritario que en la institución se le da a la seguridad de los pacientes. Recordando las prácticas de seguridad del paciente, eventos adversos, modo de reporte entre otros.

* **Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos:** Capacitación sobre eventos adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el fin de favorecer **LA CULTURA DEL REPORTE.**
* Educación continua en: Política y Programa de Seguridad del Paciente (prácticas seguras, prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud).
* Análisis de los eventos adversos, asociándolos por las causas e implementando estrategias de mejoramiento por los servicios.
* Socialización de procedimientos, protocolos de manejo clínico, protocolos transversales, formatos y demás documentos establecidos para el servicio de Consulta Externa.

**Análisis y gestión de riesgo:** Identificar y aprovechar las situaciones de mejora en la seguridad del paciente. Realizar gestión del riesgo a los procesos de atención al paciente en el servicio de Consulta Externa, para lo anterior se utilizará la metodología análisis-modo-efecto-falla (AMEF). **Ver Anexo – AMFE CONSULTA EXTERNA.**

1. **PROCESOS SEGUROS**
* **Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados:** En la institución cuenta con mapa de riesgo para el servicio Consulta Externa, definidos en la matriz AMEF. En el servicio de Consulta Externa se priorizaron Tres riesgos en el proceso de la atención.
* **Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales.** De acuerdo a los riesgos identificados para el servicio de Consulta Externa, según la matriz AMEF, se cuenta con unas acciones de mejoramiento para la minimización de los mismos.
* **Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales.** Se contará con formato de seguimiento de las acciones implementadas de los servicios semestral.
1. **Adherencia a protocolos y manuales de atención en el servicio de Consulta Externa:** con el fin de reducir la variabilidad de la práctica asistencial y la toma de decisiones individuales por parte del personal del área de la salud, este subprograma de seguridad del paciente, realizará el seguimiento a los protocolos de manejo clínico establecidos según los protocolos y manuales transversales y aquellos que se realicen con más frecuencias en el servicio de consulta externa, con el fin de disminuir la aparición de eventos adversos.

Los protocolos definidos para la atención en el servicio de Consulta Externa según los procedimientos más frecuentes son:

1. Protocolo de Toma de Electrocardiograma
2. Protocolo de Curaciones heridas
3. Protocolo de Retiro de puntos
4. Protocolo de lavado de oído
5. Protocolo de Soporte vital básico.

Y protocolos transversales, manuales y procedimientos definidos para el manejo adecuado de los procesos prioritarios del servicio de Consulta Externa se mencionan a continuación:

1. Manual de limpieza y desinfección.
2. Protocolo de prevención de caída de paciente.
3. Protocolo de identificación del paciente.
4. Manual de normas de bioseguridad.
5. Protocolo de manejo de residuos y similares.
6. Manual de lavado de manos.

Se hará seguimiento a la adherencia de los protocolos de atención y manuales establecidos cada seis meses por parte de la coordinación del área.

### MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.

* **SEGUIMIENTO SEMESTRAL A LOS INDICADORES DE CALIDAD REGLAMENTARIOS.**

Se reportará la información necesaria de manera mensual para alimentar los indicadores establecidos por la resolución 0256 de 2016 del Ministerio de Salud y la Protección Social (Sistema de Información para Calidad en la Atención en Salud). El servicio de Consulta Externa, hará llegar al área de estadísticas esta información con el fin de generar el dato del indicador por área, los cuales permitirán formular e implementar acciones para mejorar el resultado de los indicadores que se desvíen del resultado esperado.

**Identificación de los indicadores para el sistema de información para la calidad. (Monitoreo de la calidad-prestadores de servicios de salud) que aplican al servicio de Consulta Externa.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dominio** | **Nombre de indicador** | **Periodicidad** |
| Seguridad  | Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa.  | Semestral  |
| Experiencia de la atención | Proporción de satisfacción global de usuarios en la IPS | Semestral  |
| Seguridad  | Infección Asociada a la atención en salud en el servicio de Consulta Externa.  | Semestral |
| Seguridad | Proporción de Adherencia a la higiene de Manos | Semestral.  |

Fuente: Resolución 0256 de 2016 Sistema de Información para la Calidad en la Atención en Salud - Guía de buenas prácticas para la Seguridad del paciente en la atención en Salud – Ministerio de salud y protección Social.

Se seleccionaron los indicadores anteriores por que aplica según los procedimientos, morbilidad y complejidad relacionada con los pacientes del servicio de Consulta Externa.

**Ver anexo** técnico de las fichas técnicas de los indicadores.

**PROGRAMAS QUE CONTRIBUYEN AL MONITOREO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

* **TECNOVIGILANCIA**

Reglamentada en nuestro país por la Resolución 4816 de 2008, el programa de tecnovigilancia; Resolución 02183 de 2004 –adopta las buenas prácticas de esterilización, garantía y control de calidad, Resolución 4002 de 2008, adopta el manual de registro y capacidad de almacenamiento y acondicionamiento; el Decreto 4525 del 2015 artículo 04-Requsitos fundamentales de seguridad y funcionamiento de dispositivos médicos, NTC 5736 de 2009- clasificación y definición de riesgos relacionados con los insumos y dispositivos médicos;

**Objetivo fundamental:** garantizar la seguridad de los pacientes y operadores por medio de la identificación, recolección, gestión y divulgación de los incidentes o eventos adversos que presenten los dispositivos médicos durante su uso y ejecutar las políticas de vigilancia y control de calidad de los productos.

Para ello, la institución debe determinar los factores de riesgo con el uso de dispositivos médicos, educar a sus colaboradores para garantizar la seguridad de dicho uso, hacer seguimiento a la incidencia y frecuencia de los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos, EAUDM, e implementar las acciones de mejora necesarias con el fin de prevenir la recurrencia.

**CLASIFICACIÓN DE RIESGOS DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS**

La clasificación de los dispositivos médicos se fundamenta en los riesgos potenciales relacionados con su uso, y en varios criterios tales como el servicio hospitalario para el cual se van a emplear, las características de su funcionamiento, el grado de invasivo y la duración del contacto con el organismo.

Así las cosas, los dispositivos médicos se clasifican en:

**Clase I:** Riesgo Bajo (Por ejemplo, algodón, gasa, etc.).

**Clase IIA:** Riesgo moderado (jeringas, equipos para administración de soluciones, máscaras laríngeas etc.).

**Clase IIB:** Riesgo alto (Bombas de infusión, oxímetros, ventiladores, etc.).

**Clase III:** Riesgo muy Alto (Prótesis vasculares, válvulas cardiacas, marcapasos cardiacos, etc.).

La incorrecta utilización de dispositivos médicos puede ocasionar daños no intencionados al paciente, al operador o al medio ambiente. Estos se conocen como ***incidentes o eventos adversos.***

Los eventos e incidentes adversos pueden clasificarse así:

**Evento adverso serio:** Evento no intencionado que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador o todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente, como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.

Se considera como deterioro serio de la salud:

1. Muerte.
2. Enfermedad o daño que amenace la vida.
3. Daño de una función o estructura corporal.
4. Condición que requiera una intervención médica o quirúrgica para prevenir un daño permanente de una estructura o función corporal.
5. Evento que lleve a una incapacidad permanente parcial.
6. Evento que necesite una hospitalización o una prolongación en la hospitalización.
7. Evento que sea el origen de una malformación congénita.

**Evento adverso no serio:** Evento no intencionado, diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador o todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente, como consecuencia de la utilización de un dispositivo o aparato de uso médico.

**Incidente adverso serio:** Potencial riesgo de daño no intencionado que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que, por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso.

**Incidente adverso no serio:** Potencial riesgo de daño no intencionado diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que, por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso.

Dando cumplimiento a lo mencionado anteriormente la institución priorizará los riesgos de los dispositivos médicos y equipos biomédicos del servicio de trasporte asistencial, clasificados en riesgo clase IIA y clase IIB, para estos riesgos definirá acciones preventivas para disminuir la ocurrencia de un evento adverso y/o incidente derivado del uso de los dispositivos médicos y equipos biomédicos.

**Ver anexo 4.** Se anexa la clasificación del riesgo de los equipos biomédicos según NTC5736/2009.

* **FARMACOVIGILANCIA**

Es la actividad específica que monitorea el uso de medicamentos en los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud la define como la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos. Cualquier medicamento que se le suministre a un paciente tiene el efecto potencial de desencadenar eventos adversos, por lo tanto, es necesario que se implementen acciones para el mejoramiento de la seguridad en su utilización y se vigile el efecto de la misma.

**Objetivo principal:** Establecer los mecanismos para detectar, recolectar, evaluar y gestionar la información relacionada con la seguridad de los medicamentos tanto a nivel institucional como el reporte a las entidades nacionales y departamentales correspondientes.

**RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA**

**Pacientes y público en general:**

* Cumplir con el tratamiento prescrito y notificar los eventos adversos a los profesionales de la salud y otros trabajadores sanitarios con quienes se hallen en contacto.

**Profesionales de la salud:**

* Diagnosticar los eventos adversos
* Realizar una evaluación de causalidad básica
* Notificar toda sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos “RAM” u otros problemas relacionados con el uso de medicamentos
* Brindar orientación y educación a los pacientes
* Promover el uso racional de medicamentos
* Realizar las intervenciones necesarias para mitigar los efectos del evento

**Personal del Servicio Farmacéutico:**

* Orientar a los informantes en el correcto diligenciamiento del formato de reporte
* Recepcionar y gestionar la información proporcionada por los reportantes

**Químico farmacéutico:**

* Orientar a los informantes en el correcto diligenciamiento del formato de reporte
* Registrar y gestionar la información proporcionada por los reportantes
* Informar al INVIMA en un tiempo no mayor a 72 horas las reacciones adversas a medicamentos con un alto grado de severidad y mensualmente a la Secretaria de Salud del Guaviare los de menor severidad
* Sensibilizar al conjunto de usuarios y potenciales reportantes de la E.S.E. Hospital San José del Guaviare en el Programa de Farmacovigilancia, la seguridad y uso adecuado de medicamentos
* Notificar las novedades que afecten la continuidad o no del evento en la institución

**Comité de farmacia y terapéutica:**

* Sensibilizar al conjunto de usuarios y potenciales reportantes de la E.S.E. Hospital San José del Guaviare en el Programa de Farmacovigilancia, la seguridad y uso adecuado de medicamentos
* Analizar, divulgar y tomar las medidas necesarias frente a los incidentes y eventos adversos asociados al uso de medicamentos.

El servicio de trasporte asistencial tiene identificados los medicamentos MAR (medicamentos de alto riesgo) y LASA o PISI (parecen iguales-suenan iguales) para prevenir eventos adversos. **Ver anexo 5** de listado de medicamentos de alto riesgos, listado de medicamentos similares manejados en la E.S.E Hospital San José del Guaviare.

* **RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La institución establece las rondas de seguridad como una de las herramientas para crear la cultura de seguridad del paciente entre todos los trabajadores de la E.S.E Hospital San José del Guaviare, se describe a continuación como se realizarán en el servicio de Consulta Externa.:

Práctica recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes. Consiste en una visita planificada del personal Administrativo y asistencial relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa.

**Objetivo General**

Identificar prácticas potencialmente inseguras en el servicio de Consulta Externa, realizar charlas educativas al personal en el mismo momento en que se evidencien estas acciones y tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con su seguridad.

**Objetivos específicos**

* Generar cultura de seguridad del paciente en el servicio de Consulta Externa, a partir del ejemplo e involucramiento de la alta dirección en los procesos del día a día.
* Gestionar y mitigar posibles riesgos del servicio de Consulta Externa.
* Realizar búsqueda activa de posibles riesgos por medio de la interacción entre personal, pacientes y sus familias en el momento de la atención en el servicio de Consulta Externa.
* Verificar cumplimiento de la política de seguridad y de la aplicación de las barreras de seguridad en el servicio de Consulta Externa.

**PROCEDIMIENTO**

A continuación, se describen los pasos a seguir para la implementación de las rondas de seguridad.

**Conformación del equipo**

Las rondas de seguridad se realizarán con los siguientes participantes:

* Subgerente de Gestión de Servicios de Salud
* Profesional de calidad
* Líder PAMEC
* Epidemióloga
* Referente programa de SEGURIDAD DEL PACIENTE
* Coordinadores de Áreas
* Líder programa de FARMACOVIGILANCIA (química farmacéutica)
* Líder programa de TECNOVIGILANCIA (Ingeniero biomédico)
* Medico Auditor
* Coordinadora del servicio de Consulta Externa.

**Planificación**

Elaboración de un cronograma anual de Rondas de Seguridad, en el servicio Consulta Externa, en el que se debe detallar por mes la fecha en que se efectuara, teniendo en cuenta la disponibilidad de todos los miembros. Las Rondas de Seguridad deben realizarse inicialmente con una periodicidad mensual. Posteriormente de acuerdo a la disminución de las observaciones podrá irse a una periodicidad bimensual.

La frecuencia de realización de las Rondas de Seguridad por servicio o proceso dependerá de los criterios establecidos por el equipo responsable de las Rondas de Seguridad.

Se contará con una lista de chequeo, que deberá tener los siguientes puntos para revisar:

* Historia Clínica:
* Medicamentos y manejo de dispositivos médicos.
* Supervisión de personal del área:
* prácticas de bioseguridad:
* Funcionamiento y manejo de Equipos:
* **Entrevista con pacientes**
* Ambiente físico

**Ejecución de las rondas de seguridad**

La metodología de la visita será fundamentalmente de aplicación de lista chequeo, observación, revisión documental y entrevistas con los pacientes, sus familiares y el cliente interno del servicio de Consulta Externa

Las observaciones de la Ronda de Seguridad deben estar centradas en la evaluación de Prácticas inseguras en la atención del paciente.

Al servicio que va a ser evaluado no se le informará la fecha de la visita, la cual tendrán una duración estimada de 1 a 2 Horas.

En las primeras rondas que se realicen en el servicio no se utilizará la toma de fotografías, esto con el fin de no crear un ambiente punitivo. Se tomarán solamente notas.

### ACCIONES PARA DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.

* **Evidencia documental del análisis de causa de eventos adverso por infecciones asociadas a la atención en salud del servicio de Consulta Externa.**

Se cuenta con protocolo para el análisis de los eventos adversos por infecciones asociados a la atención en salud cuando se presente en cualquier área de la institución, donde se identifican las acciones inseguras, los factores contributivos, se debe desarrollar en el comité de infecciones y presentar el resultado de la investigación ante el comité de eventos adversos y seguridad del paciente.

* **Además, cuenta con procesos documentados para fortalecer las acciones de detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociados a la atención en el servicio.**

Los cuales se describen a continuación:

**Protocolo de Bioseguridad que incluye la higiene de manos** donde se incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS y desarrollado por cada uno de los servicios ofertados. El objetivo de este protocolo es brindar al personal asistencial de las ambulancias de la E.S.E Hospital San José del Guaviare, herramientas que permita el manejo correcto de normas de seguridad, destinadas a proteger y controlar las infecciones a pacientes y funcionarios, como también reducir los accidentes y enfermedades laborales a los trabajadores.

**Protocolo de manejo gestión integral de residuos:** El objetivo principal es establecer herramientas que permitan el manejo de gestión integral de residuos hospitalarios y similares de acuerdo a la resolución número 1064 para la E.S.E Hospital San José del Guaviare.

Además, se cuenta con listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de este protocolo que contribuyen a la prevención, disminución de las infecciones asociadas a la atención de salud.

Se realizará medición semestral de la adherencia a la higiene de manos en cada uno de los servicios asistenciales.

**Manual de aplicación precauciones de aislamiento universal de paciente** El cual tiene como objetivo disminuir el índice de enfermedades asociadas al cuidado de la salud mediante un adecuado manejo de las precauciones universales de aislamiento.

Se hará medición de adherencia semestral a los protocolos de bioseguridad incluyendo lavado de manos, protocolo de limpieza, desinfección y esterilización y según el resultado se formularán acciones de mejora.

* **Acciones posteriores**
* Cada ronda generará un informe y un acta que serán presentados al Gerente o Director Administrativo de la Institución con copia a las unidades funcionales involucradas con el fin de definir las acciones correctivas o planes de mejoramiento.
* Cada problema identificado deberá servir de insumo en la ejecución de Proyectos de Mejora continua garantizando el compromiso institucional y su sostenibilidad.
* Se realizarán reconocimiento por escritos a los servicios que se destaquen por la realización prácticas seguras.
* El monitoreo del cumplimiento de los compromisos estará a cargo del equipo de la ronda de seguridad, el cual se organizará para este fin.
* En resumen, la ronda de seguridad permite identificar oportunidades para mejorar la calidad y seguridad de la atención en el servicio. Deben tener un carácter constructivo, educativo y su implementación se ajustará a las condiciones y cultura de nuestra región.

### ACCIONES PARA ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.

* En la institución está establecido el Análisis, investigación y gestión de los eventos adversos reportados y detectados relacionado con la identificación de pacientes a través del protocolo de investigación de eventos adversos, se investigarán los eventos adversos reportados por el personal asistencial del servicio.
* Se realizará medición semestral del protocolo de identificación de pacientes.
* Se cuenta con el indicador de identificación correcta del paciente.
* Además, contamos con manillas de identificación de paciente:

Blanca: identificar a todo paciente

Azul: Pacientes con riesgo de caída.

Naranja: Riesgo de alergia de medicamentos.

Roja: Paciente con riesgo de escaras

Manillas pequeñas de color azul: Recién nacido de sexo masculino

Manillas pequeñas de color rosado: Recién nacido de sexo femenino

### ACCIONES PARA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTE.

La institución analiza, investiga y gestiona los eventos adversos por caída de pacientes reportados por el personal asistencial del servicio de Consulta Externa, a través del protocolo de investigación de eventos adversos definido para tal fin.

* Cuenta con protocolo para la prevención de caída de paciente donde clasifica el riesgo del paciente a presentar un evento de estos, barreras de seguridad como identificación de riesgo de caída, eliminación de obstáculos, uso de barandas de cama y camillas elevadas, adecuadas iluminación.
* Se cuenta con indicador la medición de pacientes identificados con riesgo de caída.
* Se hará medición semestral de adherencia al protocolo al personal asistencial del servicio de Consulta Externa para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.

# DOCUMENTOS DE REFERENCIA

* GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. VERSION 2.0, EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y MONITOREO DE ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
* GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. VERSION 2.0, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ATENCIÓN SEGURA

# CONTROL DE REVISIONES Y CAMBIOS DEL DOCUMENTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORÓ** | **REVISO** | **APROBO** |
| **Hugo Rossania**Enfermero | **Angélica Robayo P.**Subgerente de Servicios de Salud | **Dora J. Cuadrado O.**Gerente (E) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERSION** | **FECHA DE REVISION O ACTUALIZACION** | **DESCRIPCION GENERAL DEL CAMBIO REALIZADO** |
|  1.0 | 11/09/2018 | Se crea el documento por primera vez para uso del servicio |