MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2020

Revisado: Profesional Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

1. INTRODUCCION.

La Seguridad del Paciente actualmente es la prioridad en todos los sistemas de salud en el mundo y desde el Sistema Único de Habilitación en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en Colombia se requiere diseñar e implementar un Programa de Seguridad del Paciente (SP) que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos (EA), para garantizar la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos en cada uno de los servicios que se ofrecen.

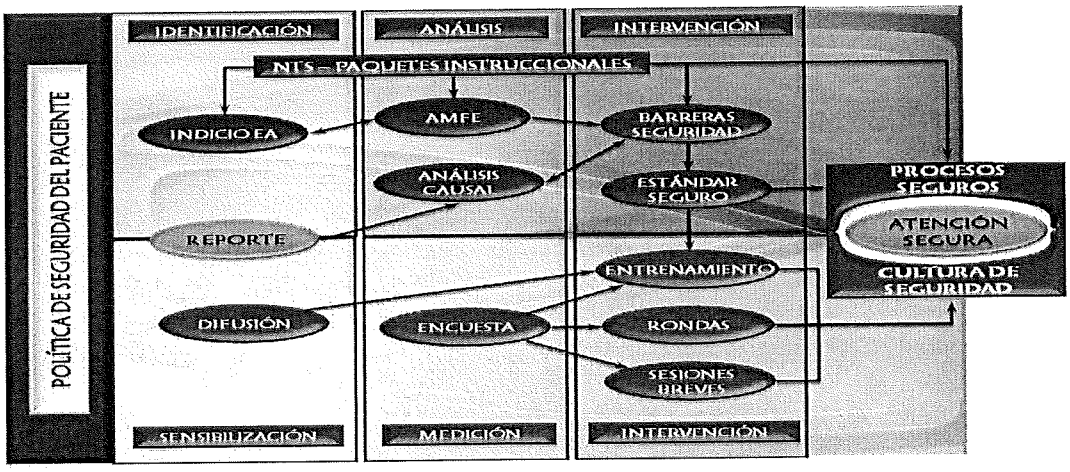
De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se estima que alrededor de uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud en el mundo, les ocurre al menos un evento adverso.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo. El ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del paciente, se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro, es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este, sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar, ni la cadena de procesos de la atención en salud, que al fallar, han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados con la atención en salud, para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal y análisis de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de Seguridad.

El modelo de gestión adoptada es el siguiente:



2. OBJETIVO GENERAL:

Promover, gestionar, e implementar prácticas seguras de la atención en salud; para apoyar la Política de Seguridad del Paciente de la ESE, estableciendo los mecanismos para responder con eficacia y de forma proactiva y reactiva, a los problemas de seguridad de los pacientes, reducir riesgos y errores con el fin de que exista mejora continua.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desarrollar las estrategias necesarias que permitan monitorear aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
- Identificar las barreras de seguridad necesarias para mitigar y evitar la ocurrencia de eventos e incidentes adversos.
- Gestionar los recursos necesarios que permitan afianzar la cultura de la seguridad del paciente en la institución.

3. ALCANCE:

El presente Manual es de aplicación para todo el equipo multidisciplinario que participa en la atención del usuario en la ESE y de conocimiento de las áreas administrativas.

4. NORMATIVIDAD APLICABLE:

- Resolución 3100 de 2019.
- Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de prestación de servicios.

5. 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.

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

EVENTO ADVERSO: Resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares.

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 CENTINELA O SEVERO: aquellos eventos de características irreversibles en los que se incluyen; la muerte del paciente, la disminución permanente de una función corporal o la pérdida permanente de una estructura corporal.

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

INICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

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

BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

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

6. POLITICAS Y NORMAS GENERALES:

6.1. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

La política de Seguridad del Paciente en la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería es el conjunto de actividades y estrategias previstos por el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad para proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud.

Nuestro objetivo es implantar una cultura de seguridad y cuidado, donde participen nuestros miembros y usuarios, mediante una comunicación efectiva entre los responsables del cuidado de los pacientes.

Las acciones que en torno a Seguridad del Paciente se realizan en la E.S.E se encaminan hacia el control, prevención, corrección, seguimiento y disminución de todos aquellos factores que ocasionen eventos adversos, cimentados en el mejoramiento continuo de nuestros procesos, buscamos la satisfacción de nuestros usuarios y su familia porque como lo expresa el lema de nuestra Política de Seguridad al Paciente, **"Eres nuestra prioridad".**

6.2. CONDICIONES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- Promulgar la cultura justa del reporte no punitiva pero responsable.
- Incentivar el reporte voluntario de incidentes y eventos adversos que se presenten.
- Garantizar la confidencialidad de quien reporta, así como los datos del usuario afectado.
- Incentivar la búsqueda activa de incidentes y/o eventos adversos en Tecnovigilancia y Farmacovigilancia
- Los incidentes y eventos adversos que se presenten serán gestionados como oportunidades de mejora continua, siempre que no caigan en el terreno de la voluntariedad.

- Se realizará un análisis técnico de los incidentes y eventos adversos reportados, para implementar acciones de mejoramiento que lleven a su mitigación o disminución, para lo cual cuenta con el apoyo del comité de seguridad del paciente.
- Se designó a un referente de la seguridad del paciente, quien se desempeñará como coordinador del comité de Seguridad del Paciente.
- Disponer de mecanismos y procedimientos como acompañar al usuario y a la familia que han sido víctimas de un evento adverso, así como al profesional que involuntariamente cometió un evento adverso.

6.3. TIPOS DE ACOMPAÑAMIENTO O TIPOS DE RESARCIMIENTO

Sembrar en el equipo de atención de salud, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un evento adverso y acompañarlo.

Cuando ocurre un evento adverso el manejo del paciente está orientado a:

- No negar la ocurrencia del evento adverso, por el contrario dar información y apoyar al individuo y su familia
- Mitigar las consecuencias del evento adverso, resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendiendo como resarcimiento el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
- Explicar el procedimiento a seguir para prevenir futuras ocurrencias de evento adversos. Demostrar que no se elude y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de éste, si la situación lo amerita presentar excusas al paciente y a su familia por la ocurrencia del evento.

6.4. BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE OBLIGATORIAS EN LA E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO

a) Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
b) Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente
c) Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud
d) Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
e) Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales
f) Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos
g) Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
h) Prevenir las úlceras por presión
i) Garantizar la atención segura del binomio madre hijo
j) Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la trasfusión sanguínea.

6.5. LISTADO DE EVENTOS ADVERSOS

EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA INFECCIÓN

- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Bacteriemia asociada al uso de catéter central
- Neumonía asociada al uso de ventilador mecánico
- Infección urinaria asociada al uso de sonda vesical
- Infección nosocomial
- Infección de herida limpia

EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LOS CUIDADOS

- Úlceras por presión
- Daño al paciente por caídas
- Flebitis química
- Lesión de tejidos blandos por extravasación de medio de contraste
- Daño por auto-retiro de sondas/tubos/catéteres
- Daño al paciente por pérdida del espécimen de patología

EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA CIRUGÍA

- Lesión abandonada en órgano no objeto de la cirugía previa
- Daño durante una cirugía
- Evisceración post-quirúrgica
- Embolismo aéreo intravascular en el intraoperatorio
- Quemadura del paciente
- Re intervención no planeada por hemorragia / hematoma

EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL MANEJO

- Daño por error diagnóstico
- Reingreso al servicio en tiempo menor del indicado por la misma causa
- Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar post-operatorio
- Neumotórax iatrogénico
- Falla renal aguda post-operatoria que requiere diálisis
- Depresión respiratoria por sobredosis de medicamentos

EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS EN LA ATENCIÓN DE LA GESTANTE Y RECIÉN NACIDO

- Desgarro perineal grado 3-4
- Trauma del neonato en el nacimiento
- Atención instrumentada del parto

OTROS EVENTOS ADVERSOS

- Daño del paciente por el uso incorrecto de medicamentos
- Daño del paciente por falla del equipo biomédico
- Daño al paciente por errores en el informe diagnóstico de imágenes o de laboratorio

EVENTOS CENTINELA

- Discapacidad o muerte por reacción transfusional
- Transfusión de elemento sanguíneo con grupo / Rh equivocado
- Lesión por cirugía en paciente /lado/órgano incorrecto
- Lesión por realización de procedimiento incorrecto
- Lesión por colocación de implante incorrecto
- Lesión por cuerpo extraño dejado abandonado dentro del paciente
- Muerte del paciente o daño serio asociado con el uso de drogas, equipos o biológicos contaminados provistos por la institución
- Muerte del paciente o daño serio asociado con el uso o función de un equipo que ha sido usado para un objetivo distinto para el cual fue creado

- Muerte del paciente o daño serio asociado con embolismo aéreo intra vascular que ocurre durante la atención
- Muerte del paciente o daño serio asociado al uso de medicamentos, en cualquiera de sus correctos
- Muerte materna o daño serio asociado con el trabajo de parto o el nacimiento en un embarazo de bajo riesgo
- Muerte intraoperatoria o inmediata post-cirugía o post-procedimiento de un paciente con riesgo anestésico ASA 2
- Muerte del paciente o daño serio asociado con su fuga o desaparición
- Suicidio del paciente o intento suicida o auto daño que resulta en una discapacidad mientras es atendido en la institución
- Homicidio intra-institucional
- Asalto físico o violación intra-institucional
- Robo, rapto o secuestro de un paciente de cualquier edad
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien de la institución como resultado de un asalto físico o agresión
- Inseminación artificial con esperma de donante equivocado o el huevo equivocado
- Muerte del paciente o daño serio asociado con una caída
- Úlceras de presión en cualquier estadio que aparecen después de la admisión del paciente
- Muerte del paciente o daño serio que resulta de la pérdida irrecuperable o irremplazable del tejido biológico
- Muerte del paciente o daño serio que resulta de la falla al hacer seguimiento o en la comunicación de un examen de laboratorio, patología o radiología
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien de la institución asociado con un shock eléctrico durante el proceso de atención
- Cualquier incidente en el cual una línea diseñada para entregar un gas a un paciente, no contiene gas, o el gas equivocado, o el gas está contaminado por sustancias tóxicas.
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien de la institución por quemaduras provenientes de cualquier fuente de energía
- Muerte o daño serio del paciente asociado a la limitación de los movimientos del paciente o amarres
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien de la institución asociado con la introducción de un objeto metálico.

Tomado del Paquete Instruccional de Seguridad del paciente "Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente". Ministerio de Salud - 2015

6.6 FUENTES MÁS FRECUENTES DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES

- Auto reporte
- Reportes espontáneos
- Detectado por auditoria de calidad interna
- Detectado por auditoria de calidad externa
- Reporte de fallas de tecnología
- Quejas y sugerencias de usuarios externos
- Información que sugiera un evento adverso o incidente (encuestas)

6.7 CANALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN – A QUIEN SE REPORTA

Independientemente de la fuente de información el incidente o evento adverso será canalizado con el referente de seguridad del paciente de la ESE.

Los incidentes y eventos adversos reportados se analizan y gestionan teniendo en cuenta el procedimiento identificación y gestión de eventos adversos.

7. LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN VS SOPORTE DOCUMENTAL DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
A. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA SEGURIDAD	
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales: • Propósitos, • sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, • referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, • estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, • homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, • integración con otras políticas y con la planeación estratégica, • participación del paciente y su familia	• Documento general - Política de seguridad del paciente • Manual de seguridad del paciente • Procedimiento - Notificación y gestión de EA • Registro - Listado e identificación de EA • Registro - Reporte de EA • Registro - Análisis de EA • Registro - Identificación, implementación y seguimiento Barreras de Seguridad • Documento general - Líder de seguridad del paciente • Documento General - Asignación Líder de seguridad del paciente • PROGRAMA DE CAPACITACIÓN – Seguridad del Paciente • CONCEPTOS Y DEFINICIONES – Buenas Practicas de Seguridad del Paciente • Documento General - Instructivo de seguridad • Registro - Encuesta de clima de seguridad del paciente • Manual – Tecnovigilancia • Registro externo - Reporte de EA asociado al uso de DM • Manual – Farmacovigilancia • Registro externo - Reporte de sospecha de RAM • Manual – Reactivovigilancia • Registro externo - Formato reporte reactivovigilancia
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad.	• Documento general - Líder de seguridad del paciente • Documento general - Asignación Líder de seguridad del paciente • Documento general - Asignación Responsable Farmacovigilancia

1. CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
	• Documento general - Asignación Responsable Tecnovigilancia • Documento general - Asignación Responsable de Reactivovigilancia
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes y/o articulación con los comités de infecciones, farmacia, calidad, en los cuales se realiza análisis de causa de fallas en la atención en salud, cuyas acciones y decisiones reposan en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta: • un referente de la seguridad del paciente, • un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos • en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, • un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso).	Procedimiento - Comité de seguridad del paciente
B. FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL	
Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad: • política de seguridad institucional, • definiciones de seguridad del paciente, • sistema de reporte de fallas en la atención, • metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos	PROGRAMA DE CAPACITACIÓN – Seguridad del Paciente
C. REPORTE, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS	
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	• Procedimiento - Notificación y gestión de EA • Registro - Listado e identificación de EA • Registro - Reporte de EA • Registro - Análisis de EA • Registro - Identificación, implementación y seguimiento BS • Registro - Gestión de eventos adversos – Herramienta Ofimática
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad	
D. PROCESOS SEGUROS	

1. CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados	• Documento general - Variables y asegura. gestión de riesgos – EA • Registro - Gestión de riesgos de EA - Herramienta Ofimática
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados	
Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados	
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.	• Procedimiento - Adopción de guías • Documento general - Acto administrativo adopción de guías • Documento general - Listado de GPC a adoptar en la IPS.
Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: • protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; • protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; • protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; • protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera este tipo de equipos; • protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	• Protocolos de enfermería de las UF • Manual - Manejo de Gases Medicinales • Manual – Radioprotección • Manual – Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Radiológica • Guía de atención - Reanimación recién nacido • Protocolo de atención - RCP adulto básico y avanzado • Protocolo de atención - RCP pediátrico básico y avanzado • Protocolo de atención - Revisión equipo RCP y carro paro • Procedimiento – Socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes

2. MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia	• Procedimiento - Evaluación de Adherencia a guías y protocolos • Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad • Procedimiento – Realización ronda seguridad • Registro - Lista de chequeo ronda de seguridad
La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen	• INDICADORES DEL SGC DE LA IPS • Herramientas Ofimáticas – Manejo de Indicadores de Gestión

3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	• Procedimiento- Notificación y gestión de EA • Registro - Listado e identificación de EA • Registro - Reporte de EA • Registro - Análisis de EA • Registro - Identificación, implementación y seguimiento BS • Registro - Gestión de eventos adversos – Herramienta Ofimática
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado	• Instructivo - Lavado de manos • Protocolo de atención - Lavado de manos
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	• Registro - Lista de chequeo Lavado de Manos • Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos como por ejemplo Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos.	• Registro - Lista de chequeo Lavado de Manos • Documento general - Lugares limpios
Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.	• Protocolo de atención – Venopunción • Protocolo de atención – Colocación y Manejo de Sondas Vesicales -Cateterismo Vesical • Registro - Lista de chequeo catet-tub-drena
Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado.	Manual de aislamiento de pacientes
Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	Lista de chequeo al manual de aislamiento de pacientes
Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado.	• Manual de bioseguridad • Protocolo de atención - Normas de bioseguridad – Esterilización • Protocolo de atención - Normas de bioseguridad – General • Protocolo de atención - Normas de bioseguridad – Hospitalización

3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	
	• Protocolo de atención - Manejo derrames sangre o fluidos corporales
Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	• Registro - Lista de cheque Normas bioseguridad – General • Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad
Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si aplica.	DEFINICIÓN DE INDICADORES DEL SGC DE LA IPS
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora si aplica.	• DEFINICIÓN DE INDICADORES DEL SGC DE LA IPS • Herramientas Ofimáticas – Manejo de Indicadores de Gestión
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora en UCI, si aplica.	• DEFINICIÓN DE INDICADORES DEL SGC DE LA IPS • Herramientas Ofimáticas – Manejo de Indicadores de Gestión
Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora si aplica.	DEFINICIÓN DE INDICADORES DEL SGC DE LA IPS
Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica.	• DEFINICIÓN DE INDICADORES DEL SGC DE LA IPS • Herramientas Ofimáticas – Manejo de Indicadores de Gestión
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica.	DEFINICIÓN DE INDICADORES DEL SGC DE LA IPS
Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica.	• DEFINICIÓN DE INDICADORES DEL SGC DE LA IPS • Herramientas Ofimáticas – Manejo de Indicadores de Gestión

4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	• Procedimiento - Notificación y gestión de EA • Registro - Listado e identificación de EA • Registro - Reporte de EA • Registro - Análisis de EA • Registro - Identificación, implementación y seguimiento BS • Registro - Gestión de eventos adversos – Herramienta Ofimática
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias.	No aplica
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de	Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad

4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	
medicamentos en la farmacia.	
Proceso para la administración segura de los medicamentos en los diferentes servicios, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.	• Guía de atención - Administración Segura Medicamentos • Procedimiento - Manejo derrame y ruptura de medicamentos
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.	Registro - Lista de chequeo Administración Segura Medicamentos
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los diferentes servicios, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico.	• Guía de atención - Manejo uso racional antibióticos • Instructivo - Política de uso racional de antibióticos
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica.	Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	Guía de atención - Manejo de medicamentos de alto riesgo
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución.	Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias.	Manejo en la historia clínica

5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	• Procedimiento - Notificación y gestión de EA • Registro - Listado e identificación de EA • Registro - Reporte de EA • Registro - Análisis de EA • Registro - Identificación, implementación y seguimiento BS • Registro - Gestión de eventos adversos – Herramienta Ofimática
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores	• Protocolo de atención - Identificación segura del paciente • Protocolo de atención - Identificación del Paciente ambulatorio

recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pie de cama. Nunca el número der la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación.	
Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica.	• Registro - Lista de chequeo identificación segura de pacientes • Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad
Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental.	Protocolo de atención - Identificación segura del paciente

6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	• Procedimiento - Notificación y gestión de EA • Registro - Listado e identificación de EA • Registro - Reporte de EA • Registro - Análisis de EA • Registro - Identificación, implementación y seguimiento BS • Registro - Gestión de eventos adversos – Herramienta Ofimática
Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorios, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos)	• Registro – Lista de verificación del acto quirúrgico • Manual de aplicación de la lista de seguridad quirúrgica

7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	• Procedimiento - Notificación y gestión de EA • Registro - Listado e identificación de EA • Registro - Reporte de EA • Registro - Análisis de EA • Registro - Identificación, implementación y seguimiento BS • Registro - Gestión de eventos adversos – Herramienta Ofimática
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución	• Protocolo de atención - Gestión de riesgo

y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación.	caída de pacientes • Documento general - Prevención de caídas
Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en las pasillos de internación y una adecuada iluminación.	
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.	Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad

8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	• Procedimiento - Notificación y gestión de EA • Registro - Listado e identificación de EA • Registro - Reporte de EA • Registro - Análisis de EA • Registro - Identificación, implementación y seguimiento BS • Registro - Gestión de eventos adversos – Herramienta Ofimática
Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel.	Registro – Escala de Braden valoración del riesgo de ulceras por presion
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene.	• Protocolo de atención – Prevención de úlceras por presión • Instructivo – Prevención de úlceras por presión
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.	Lista de chequeo – Prevención de úlceras por presión

9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente,	• Procedimiento - Notificación y gestión de EA • Registro - Listado e identificación de EA

9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO	
identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	• Registro - Reporte de EA • Registro - Análisis de EA • Registro - Identificación, implementación y seguimiento BS • Registro - Gestión de eventos adversos – Herramienta Ofimática
Evidencia de la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios.	• Procedimiento - Atención de partos • Protocolo de atención - Código Rojo
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica.	Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad
Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar el partograma.	• Guía de atención - Profilaxis ocular y umbilical • Instructivo - Extracción de leche materna • Procedimiento - Adaptación del recién nacido • Procedimiento - Atención de partos • Procedimiento - Complicaciones durante el parto • Procedimiento - Complicaciones post-parto • Procedimiento - Complicaciones pre-parto • Procedimiento – Episiorrafia • Procedimiento – Episiotomía • Procedimiento - Infecciones post – parto • Procedimiento - Pinzamiento del cordón umbilical • Protocolo de atención - Vacunación recién nacido • Protocolo de atención - Aplicación clínica del partograma • Protocolo de atención - Atención del parto • Protocolo de atención - Preparación formulas artificiales • Registro – Partograma • Registro - Extracción diaria leche materna
Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica.	• Registro - Lista de chequeo – Insumos y dispositivos para la atención del parto • Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad
Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica.	• Protocolo de atención - Código Rojo • Protocolo de atención - Kit emergencias obstétricas • Registro - Seguimiento código rojo
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.	• Registro - Lista de chequeo – Vigilancia en el postparto inmediato • Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad

10. PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad que involucre a los bancos de sangre proveedores de los componentes sanguíneos implicados en el caso.	• Procedimiento - Notificación y gestión de EA • Registro - Listado e identificación de EA • Registro - Reporte de EA • Registro - Análisis de EA • Registro - Identificación, implementación y seguimiento BS • Registro - Gestión de eventos adversos – Herramienta Ofimática
Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir análisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional.	• Manual de Hemovigilancia • Guía de atención – Formulación de sangre y hemocomponentes • Guía de atención – Manejo de sangre y derivados • Manual de asepsia y antisepsia en unidades transfusionales • Protocolo de atención – Transfusión sanguínea y complicaciones • Protocolo de atención – Normas de bioseguridad en transfusión sanguínea • Protocolo de atención – Cuidados de enfermería a pacientes en transfusión sanguínea • Manual de abastecimiento, manejo de sangre y componentes
Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones Transmitidas por Transfusión. Incluye indicadores de gestión y documentación de acciones de mejora. Incluye seguimiento a pacientes politransfundidos.	• Manual de Hemovigilancia • Lista de chequeo para auditoría de la transfusión • Lista de chequeo para el momento de la transfusión sanguínea • Notificación de accidente cortopunzante
Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica.	Procedimiento - Auditorías Internas de Calidad

CUADRO DE REVISIONES

Versión	Elaboró	Revisó	Aprobó
1	Seguridad del Paciente	Comité de Calidad	Gerente
2	Seguridad del Paciente	Comité de Calidad	Gerente
3	Profesional Seguridad del Paciente	Profesional Planeación Y Gestión de Calidad	Gerente

CONTROL DE COPIAS

Versión	Tipo de Copia	Área o Sección	Fecha de Elaboración	Próxima Revisión
1	Controlada	Seguridad del Paciente	Marzo de 2013	Marzo de 2014
2	Controlada	Seguridad del Paciente	Septiembre de 2017	Septiembre de 2018
3	Controlada	Seguridad del Paciente	Septiembre de 2020	Septiembre 2022

Versión	Descripción del Cambio
1	Elaboración del Manual de SP
2	Actualización del Manual de SP
3	Actualización del Manual de SP

Revisado: Profesional Planeación y Gestión de Calidad	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobado: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020