





POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Sistema de Gestión de la Calidad
Bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión
Pública NTCGP 1000:2009

La presente Política de SEGURIDAD DEL PACIENTE, tiene como objetivo establecer un entorno seguro de la atención en salud dentro del hospital, al paciente y su familia y definir criterios comunes para el análisis de los incidentes y Eventos Adversos en la ESE Hospital San Blas.

Aprobado por Resolución 115 del 31 de Mayo de 2010.



EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Oficina de Planeación y Sistemas
MAYO DE 2010

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción de la Modificación
No aplica por ser la primera versión		

Elaboró: YER ORLANDO MONSALVE Gestor de Calidad	Revisó: AMADO JOSE CERMEÑO Asesor Oficina de Planeación	Aprobó: CARLOS EDUARDO PINEDA AMORTEGUI Gerente
Fecha: 31 de Mayo de 2010	Fecha: 31 de Mayo de 2010	Fecha: 31 de Mayo de 2010

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TECNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Propende por la consolidación de un entorno seguro para los pacientes, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del control del proceso de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención, reporte de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje organizacional.

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.

RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Estado del Documento: Vigente			Página 3 de 19
-------------------------------	---	--	----------------

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

EVENTO ADVERSO

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

• EVENTO ADVERSO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

• EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

INCIDENTE

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

COMPLICACIÓN

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



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

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	



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

OBJETIVOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



1. Establecer un entorno seguro de la atención en salud dentro del hospital.
2. Educar a nuestros pacientes y su núcleo familiar acerca de los factores que pueden incidir en la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud.
3. Minimizar el riesgo de la atención en salud institucional.
4. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de barreras de seguridad.

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se deben establecer unos principios que orienten todas las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente. Estos principios son:

- 1. Enfoque de atención centrado en el usuario:** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- 2. Cultura de seguridad:** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- 3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud:** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos sus componentes.
- 4. Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- 5. Validez:** Para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- 6. Alianza con el paciente y su familia:** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- 7. Alianza con el profesional de la salud:** La política de seguridad 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.

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	



Y LO HAREMOS MEDIANTE

- La capacitación sobre Eventos Adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el fin de favorecer la “CULTURA DEL REPORTE”.
- Educación continuada en: Prácticas seguras, prevención de infecciones nosocomiales, respuesta afectiva ante emergencias.
- Hacer que el Personal sea consiente en ofrecer la Paciente un ambiente SEGURO. • Estimulando y favoreciendo la RESPUESTA OPORTUNA.
- Informando al Paciente sobre sus Derechos y Deberes e involucrándolo en las soluciones, dentro de un ambiente de CONFIDENCIALIDAD Y CONFIANZA.
- Analizando uno a uno cada evento, asociándolos por causas y montando estrategias de mejoramiento autogestionadas por los servicios.
- Elaborando planes de mejoramiento en cuanto: control de condiciones peligrosas en el ambiente físico, mitigación de Eventos Adversos, guías de manejo.
- Educación al paciente y su familia a través de folletos y cartillas en el cultura del auto cuidado.

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se implementará e instaurará un comité dirigido a definir, analizar y establecer lineamientos en materia de seguridad de paciente.

Estará integrado por un equipo base decisorio: El Gerente o su delegado, quien lo preside, Subgerente Científico, Auditor Médico, Asesor de Planeación y Subgerente Administrativo y Financiero y contará con un equipo operativo: Coordinador Enfermería, Epidemiólogo, Infectólogo, Químico Farmacéutico, Referentes de los Servicios, Gestor de Calidad, Ingeniero Biomédico, Referente Salud Ocupacional, Referente Gestión Ambiental y Coordinador de Mantenimiento. Estos integrantes a su vez realizarán invitaciones periódicas a miembros tanto asistenciales como administrativas del hospital dependiendo del tema a tratar. Cada uno de los integrantes del equipo operativo deberá analizar, investigar, clasificar la gravedad del evento o incidentes reportados a través del formato “REPORTE Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS”.

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

Para el análisis se adoptará la herramienta ISHIKAWUA O ESPINA DE PESCADO, el cual se fundamenta en la exposición del caso, la revisión de la historia clínica, el análisis con base en los mejores reportes existentes con el asesoramiento de pares (Según el caso) y con el único fin de evitar la reincidencia del evento adverso. Una vez tomadas las acciones correctivas se entregaran al comité decisorio, para su evaluación y seguimiento.

Las reuniones ordinarias del comité se realizarán mensualmente, en los días jueves de 11:00 a.m. a 01:00 p.m., previa citación del secretario y extraordinariamente a solicitud del Gerente o de por lo menos la mitad más uno de los miembros del comité.

De cada sesión se levantará un acta, cuyo resumen recibirán los integrantes en forma previa a la siguiente reunión, cumplirá las funciones de Secretario Técnico, la persona delegada por la Gerencia, quien elaborará las actas y presentará el orden del día en los comités y también será delegado por la misma instancia el referente de seguridad del paciente, mediante oficio.



ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El equipo decisorio del comité de seguridad del paciente realizará las siguientes actividades:

1. Diseñar nuevas estrategias de minimización del riesgo y analizar el grado de severidad, frecuencia y tipificación del evento en sí.
2. Investigar e implementar las mejores prácticas existentes para el desarrollo de una cultura de seguridad de paciente al interior del hospital.
3. Diseñar acciones específicas que fomenten y promueven la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes reportados Esta actividad se hará en conjunto con el equipo operativo.

El equipo operativo del comité de seguridad del paciente realizará las siguientes actividades:

1. Revisar, analizar, concluir el tipo de evento presentado y las acciones de mejoramiento a desarrollar, por parte de los responsables del proceso y/o procedimiento.

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

2. Involucrar al personal de salud en el proceso de identificación y reporte voluntario, confidencial y de vigilancia activa.

3. Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos.

4. Presentar en comité de epidemiología la tendencia de la identificación de eventos debidamente clasificados por severidad, frecuencia, servicio, entre otros.

5. Establecer el perfil de riesgo institucional debidamente tipificado, clasificado y servicio involucrado, a través de las oficinas de Planeación y Epidemiología. Esta actividad se hará en conjunto con el equipo decisorio.



6. Implementar el reporte intrainstitucional y extrainstitucional de eventos adversos, incidentes y eventos centinela, a través de la oficina de Planeación.

La Resolución 1446 de 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad la vigilancia de eventos adversos. Y mediante la presente resolución se establece como obligatoriedad la detección de todo incidente que puede llegar a poner en riesgo la prestación de servicio a los pacientes. El sistema de reporte extrainstitucional funcionará a través del comité de Seguridad del paciente quienes valoran el caso del evento adverso y se notificará a la respectiva Entidad Promotora de Servicios de Salud a través del Formato "REPORTE DE EVENTOS ADVERSO". El propósito es generar acciones a través de concertación de los diferentes actores: Comité de Calidad y Seguridad o del establecimiento de normas: Unidad Sectorial de Normalización en Salud o generar alertas normativas: Ministerio del Protección Social – Organismos de Vigilancia y Control del Sistema.

7. Realizar semanalmente la visita a un servicio sin aviso previo, esto para que se mantengan preparados en todo momento, acogiendo la siguiente metodología:

-Durante la primera media hora, cada participante realiza la verificación y observación sobre el cumplimiento de los estándares de Calidad, interactuando con funcionarios y/o pacientes.



-En la segunda media hora se realiza un conversatorio entre los visitantes y el personal del servicio teniendo en cuenta los siguientes ítem:

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

- Presentación del servicio por la Enfermera Jefe
- Sugerencias y comentarios del personal.
- Presentación de hallazgos por parte de los visitantes.
- Identificación de dificultades, limitantes y propuestas de mejoramiento.
- Conclusiones.

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

COPIA CONTROLADA

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

DIEZ ACCIONES BÁSICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

En cuanto a la identificación del paciente, diremos que es una causa importante de la generación de incidentes, es la tendencia a resumir ubicaciones, nombres completos y característicos de los pacientes, v.gr. “El niño de la 21”, “la diabética que ingreso hace un rato”. Olvidemos esas costumbres. Es preciso realizar este proceso (sí, esto también es un proceso) a partir de, por lo menos, dos datos diferentes. Al iniciar la atención médica, el primer punto debe ser la Identificación correcta del paciente.

2. MANEJO DE MEDICAMENTOS.



El manejo de medicamentos conlleva riesgos que pueden dar lugar a graves fallas en la atención médica. ¿Quién no ha sabido de algún caso de equivocación en la administración de insulina? La mejor manera de resumir este punto es mediante el conocido método nemotécnico de las “10 C”. Esto quiere decir:

- | | |
|-----------------------|--|
| * Paciente correcto | *Historia completa |
| *Medicamento correcto | *Respetar las normas establecidas en el servicio. |
| * Vía correcta | *Educar al usuario y familia sobre el fármaco que se administra. |
| * Dosis correcta | *Hora correcta |
| * Registro correcto | *Averiguar si el paciente tiene alergias a medicamentos. |

3. COMUNICACIÓN CLARA.

Las fallas de comunicación son un factor más frecuente en la gestación de eventos adversos en toda actividad humana, la gama de posibilidades de error es vasta, por lo mismo, nos enfocaremos a los casos más vinculados a los procesos de atención a la salud.

- En primer término, hable correctamente.
- En lo posible, use terminología estandarizada.
- Sea conciso, claro, específico y oportuno.
- No utilice abreviaturas, acrónimos o símbolos, al menos que su organización cuente con estandarización de los mismos.
- Cerciérese de que se ha dado a entender (que quien recibe la orden la repita).

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TECNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

- Si el tiempo es un factor importante, especifique el momento en que se requiere que se efectúe la acción.
- En caso de órdenes verbales o resultados críticos de exámenes, es recomendable implementar un proceso de verificación, es decir un sistema redundante para evitar malas interpretaciones, errores y posible daño.
- Dada la importancia de la comunicación en el tema de seguridad del paciente, hemos dedicado un capítulo para él. Sin embargo, a manera de resumen, resaltamos los puntos mencionados.

4. USO DE PROTOCOLOS Y/O GUÍAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS.

El no apearse a protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas es fácilmente origen de un incidente. De la misma manera, la ausencia de un protocolo o lineamiento aprobado puede dar lugar a efectuar un procedimiento no idóneo, es preciso en tal caso que se desarrolle un protocolo específico adecuado. Siempre será más seguro seguir protocolos y/o guías diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con los signos y síntomas.



5. EN CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS, LAS “C” SON SOLO 4.

El llegar a un procedimiento quirúrgico sin contar con toda la información necesaria puede causar un incidente, por ello deberemos verificar una serie de datos. Aquí será suficiente cerciorarse de que se trata de:

- El paciente correcto
- Cirugía o procedimiento correcto
- Sitio quirúrgico correcto
- Momento correcto (oportuno)

6. CAÍDA DE PACIENTES.

El descuido, el no utilizar las medidas de protección, ya sea por olvido o por no contar con ellas, pueden dar lugar a una caída del paciente; del mismo modo, un estado alterado del paciente puede hacer necesaria la toma de medidas adicionales para contener esta posibilidad. Como primera medida, será preciso que los miembros del equipo identifiquen pacientes con alto riesgo de caerse, y luego discutan brevemente las situaciones en que hay mayor probabilidad de que esto suceda. Si el paciente está en cama, habrá que dejar los barandales de la cama arriba. También conviene informarles al enfermo y a los familiares de las medidas de seguridad tomadas y la razón de la misma, para evitar que alguno de ellos pueda interferirlas o cancelarlas.

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

7. INFECCIONES NOSOCOMIALES.

Tenemos conocimiento de lo frecuentes que son las infecciones nosocomiales, si bien son un riesgo implícito en un medio en que se concentran enfermedades y tratamientos para su cura, no tienen por qué ser inevitables muchas de ellas, es decir, bien podemos reducir su incidencia. Todo miembro del equipo de salud debe lavarse las manos antes y después de revisar a cada paciente. Igualmente, es preciso identificar a los pacientes quienes, por sus condiciones, tienen mayor riesgo de contraer este tipo de infecciones.

8. FACTORES HUMANOS.

El factor humano es un componente que, por lo general, está presente en los incidentes y eventos adversos, debemos conocer y admitir nuestros límites y carencias para no afectar el funcionamiento de los sistemas de los cuales formamos parte.



El cansancio, la prisa y otros factores humanos no son por sí mismos causa obligada de accidentes, pero el no tomarlos en cuenta si lo es, debemos contener riesgos y para ello es preciso identificar los factores humanos y tomar medidas preventivas consecuentes.

9. HAGA CORRESPONSABLE AL PACIENTE DE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.

El paciente, así como es el objetivo de nuestra atención, también juega un papel activo muchas veces en esta, él puede determinar el éxito o el fracaso de un tratamiento en principio adecuado, por lo tanto, debemos considerarlo a él y/o a su familia partes del sistema de atención a la salud.

La participación del paciente y sus familiares en el proceso de atención a la salud es fundamental. El invitarlos a tener la confianza de expresar sus dudas ante su enfermedad y tratamiento y el resolverse las ahorrará tiempo, fortalecerá el rapport, es decir, el vínculo con el paciente y favorecerá la imagen tanto del personal de la atención médica como de la institución misma.

- Sea paciente con su "paciente".
- Comuníquese con su paciente de acuerdo con su nivel sociocultural.
- Pregunte si tiene alguna duda sobre su padecimiento y su tratamiento.
- Verifique que fue comprendido.
- Invite al paciente a que sea acompañado de un familiar.

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

- Sugiera que anote todas sus dudas, con la finalidad de que en el momento de tener contacto con usted resuelva la mayor cantidad de estas.
- Siempre pregunte y rectifique todos los medicamentos y tratamientos que su paciente esté utilizando, inclusive los que no requieren receta médica u otro tipo de tratamientos alternativos.
- Cerciórese de actualizar este listado.



10. CLIMA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE.

La causa principal de que las medidas para la mejora de la seguridad del paciente no se implementen con suficiente celeridad o no den el resultado esperado es la renuencia a efectuar cambios por algunos elementos del personal involucrado, esto produce una falta de camaradería y de la adecuada integración de un equipo de trabajo, a su vez, esta situación y la carencia de empatía impiden la existencia de un clima de seguridad para el paciente.

PLAN DE MEJORAMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS MAS FRECUENTES EN LA ESE SAN BLAS

De acuerdo a los lineamientos dados por el Ministerio de la Protección Social, se tratarán de forma prioritaria las primeras (5) causas relacionadas en el formato de reporte y análisis de eventos adversos y se efectuará el respectivo plan de mejoramiento. Las Primeras (5) causas más frecuentes a tratar, de acuerdo al histórico años 2009-2010, son:

1. CAIDAS
2. FUGAS
3. ULCERA DECUBITO
4. FLEBITIS
5. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

METODOLOGIA DE REPORTE Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS:

Como estrategia para el manejo y detección de los principales modos de falla, para establecer los correctivos y las barreras de seguridad para el cumplimiento de lo establecido en la política de seguridad del paciente, se utiliza como herramienta, el reporte de los incidentes o evento adversos presentados en las diferentes áreas de la institución.

El formato de reporte es el siguiente:

COPIA CONTROLADA



HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

GUÍA TÉCNICA
POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Proceso:
Sistema Integrado
de Gestión de la
Calidad

GT-SIGC01-V1



Formato de Reporte de Incidente (Page 1 of 2). Includes fields for patient information, incident type, and a checklist for incident details.

Formato de Reporte de Incidente (Page 2 of 2). Includes fields for medication/transfusion incident details, description, and reporting information.

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

El anterior formato deberá ser diligenciado en su totalidad y entregado en la oficina de calidad de la institución, para su posterior análisis.



ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Para el análisis se utilizara el formato **R-GFPS16-V.01**.



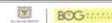
Se clasifica el reporte, teniendo en cuenta si es un modo de fallo, incidente o evento adverso.



Analizando los modos de falla y las causas de hecho se establecen las acciones correctivas diligenciando el siguiente cuadro, estableciendo la fecha de cierre del caso.

COPIA CONTROLADA

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TÉCNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

	OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL R-GFPS16-V.01 FORMATO DE ANÁLISIS DE INCIDENTE	Elaborado por: Alan Jiménez Fadiul Revisado por: Grupo Gestores de Calidad Aprobado por: Mauricio Tribin			
ANÁLISIS DEL INCIDENTE					
Nombre del profesional de turno: _____					
Analice las posibles causas del incidente:					
Equipo	Materiales e Insumos	Método-procedimiento	INCIDENTE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Personas	Medio ambiente	Medidas			
La causa fundamental del incidente fue:					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Defina un plan de acción para las causas encontradas:					
PLAN DE ACCIÓN					
Causa identificada	Qué hacer	Quien	Como	Cuando	Fecha de verificación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado del Documento: Vigente		Fecha aprobación: 10/06/2008		 Página 1 de 2	

	OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CONTROL DOCUMENTAL R-GFPS16-V.01 FORMATO DE ANÁLISIS DE INCIDENTE	Elaborado por: Alan Jiménez Fadiul Revisado por: Grupo Gestores de Calidad Aprobado por: Mauricio Tribin			
Defina un plan de acción para las causas encontradas:					
Referente	Visto bueno a servicio responsable				
Sugerente de S Salud	Departamento de mejoramiento				
Señal Dpto. Enfermería	Registro No				
Acción correctiva - Espacio exclusivo para las personas del visto bueno:					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Estado del Documento: Vigente		Fecha aprobación: 10/06/2008		 Página 2 de 2	

	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Proceso: Sistema Integrado de Gestión de la Calidad	
	GUÍA TECNICA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	GT-SIGC01-V1	

No REGIST	SERVICIO	HISTORIA CLINICA	SEXO		EDAD (Años)	Dx	TIPO DE EVENTO	FECHA DE OCURRENCIA	ACCION CORRECTIVA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES
			M	F								
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												

COPIA CC