



**E.S.E.
CAMU DEL PRADO**
¡UN SERVICIO SOCIAL PARA TU BIENESTAR!

SEGURIDAD DEL PACIENTE



**ESE CAMU DEL PRADO
CERETE**

2014

DEFINICION

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología basados 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.

DEFINICION

Ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida, es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales.

POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La **ESE CAMU DEL PRADO** es una entidad de orden municipal que brinda servicios de atención en salud de baja complejidad a la población del municipio de cerete.

"La E.S.E. Camu Del Prado implementa acciones y propicia un ambiente de seguridad, en aras de prevenir fallas, errores, incidentes y todo tipo de eventos no deseables en los procesos de atención a los pacientes; a través de la capacitación, auditoria y evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud. Así mismo, ésta institución diseña e implementa de manera constante las barreras de seguridad necesarias, promoviendo la cultura de la seguridad, basada en la responsabilidad individual para minimizar el riesgo en la prestación de los servicios".

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Capacitar al equipo multidisciplinario en la implementación y seguimiento del manual de la seguridad del paciente.

Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura

Prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente mediante la cultura del auto reporte de los eventos adversos detectados.

Reducir y eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras, confiables y competitivas

Promover ambientes seguros dentro de las instalaciones de la ESE.

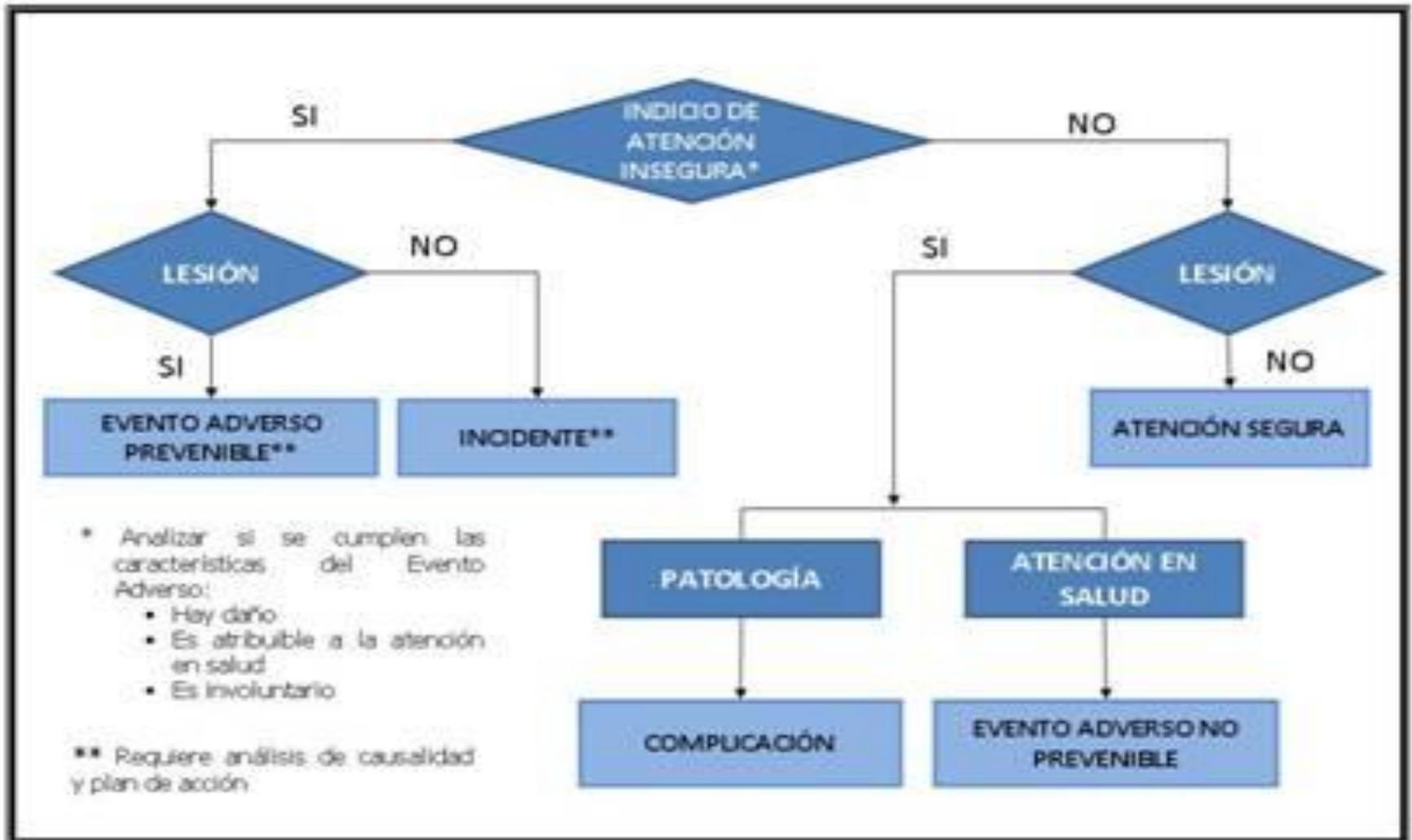
Involucrar al personal asistencial, pacientes y a su familia para que sean conscientes de los riesgos que existen en la atención, para promover atenciones seguras, prevenir incidentes y minimizar las consecuencias.

ALCANCE

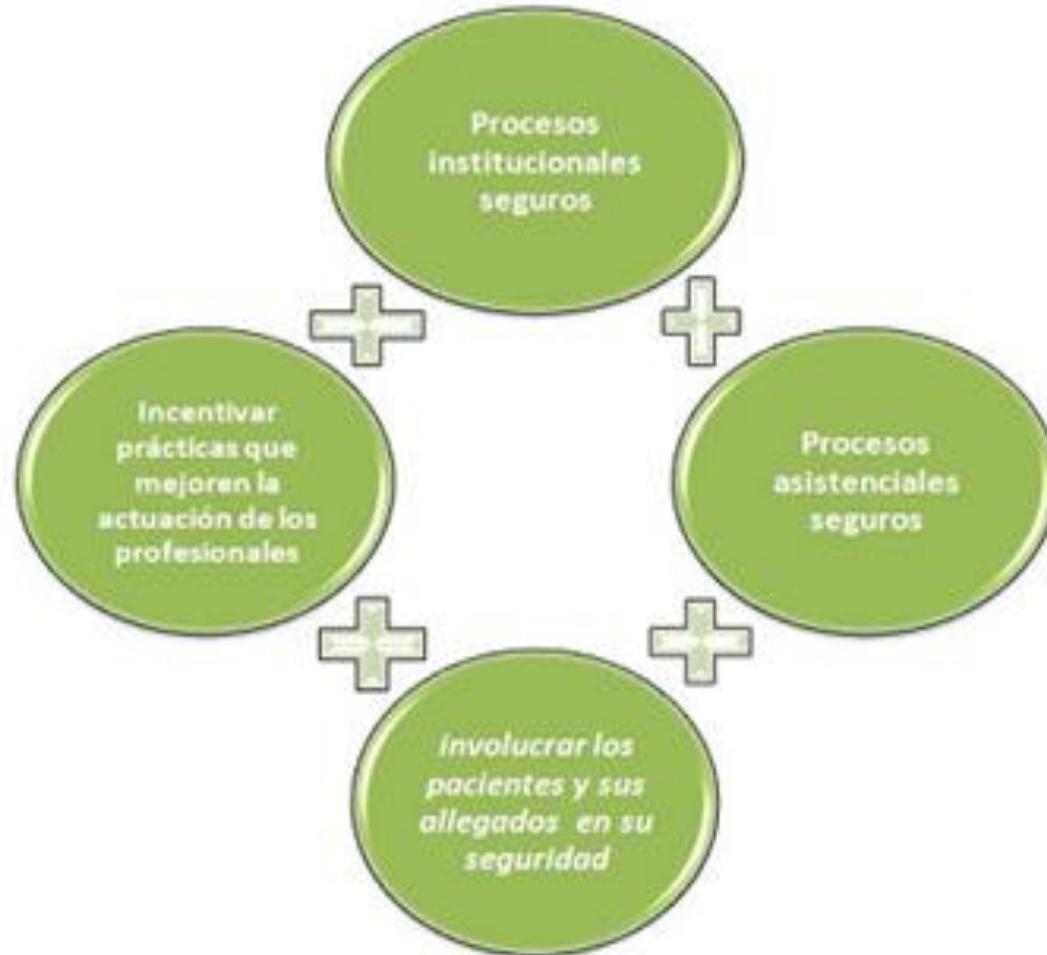


El alcance del manual de seguridad del paciente aplica para todas las unidades funcionales asistenciales y de apoyo De LA ESE CAMU DEL PRADO

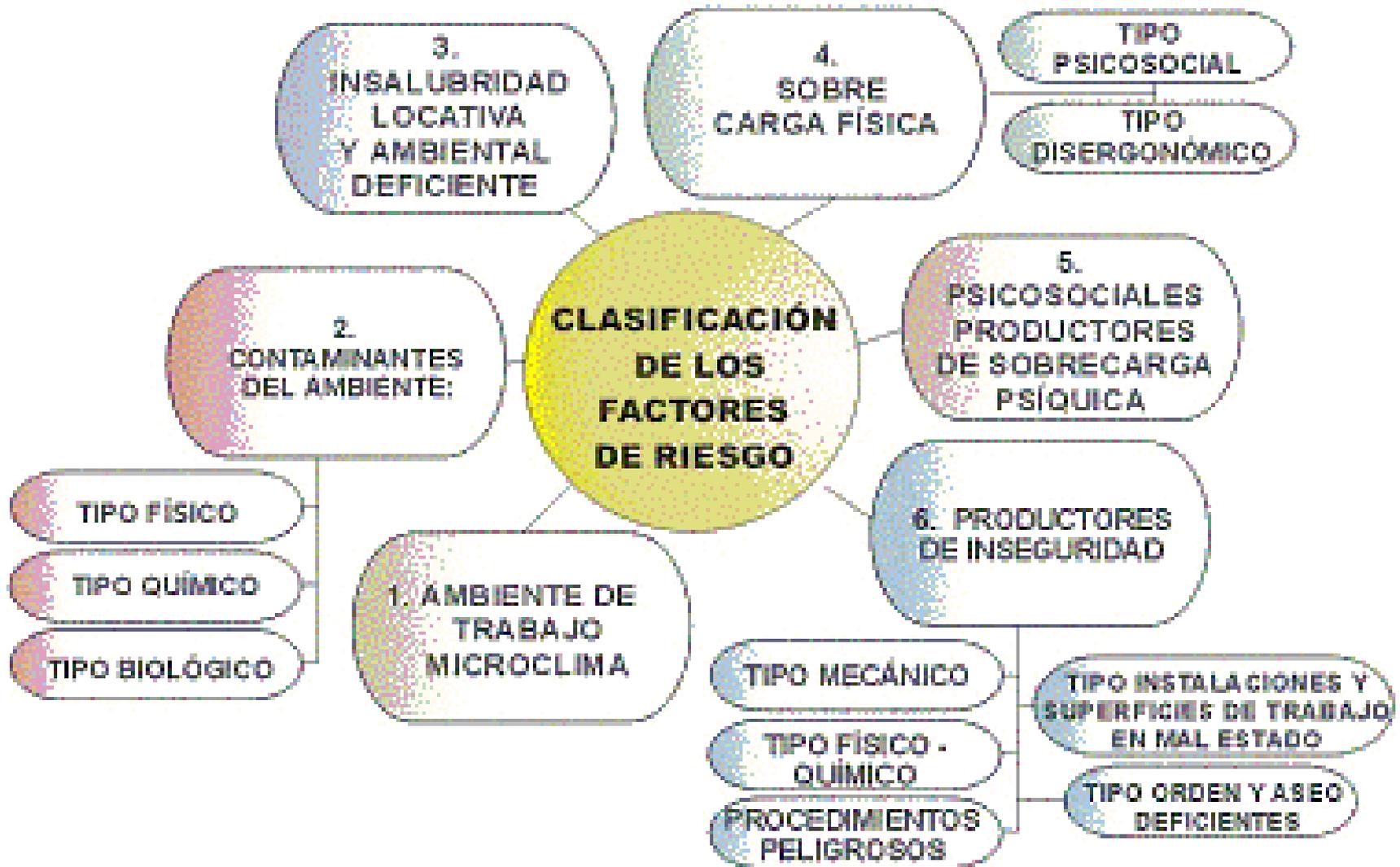
Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente.



PRACTICAS SEGURAS=



CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO



DEFINICIONES

ATENCIÓN EN SALUD:

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

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

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

RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

EVENTO ADVERSO

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

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE

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

DEFINICIONES

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE

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

Evento Centinela:

Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

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.

COMPLICACION

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.

DEFINICIONES

Seguridad del paciente:

Ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida, es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales.

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.

Falla de la Atención en Salud:

Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión.

Falla activa:

Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.

DEFINICIONES

Falla latente:

Fallas en los sistemas de soporte.

Riesgo:

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Tecno vigilancia:

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

Farmacovigilancia:

Sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños en los pacientes (OMS).
Actividad en Salud Pública que se encarga de la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos, que se dispensan con o sin fórmula (INVIMA).

DEFINICIONES

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

OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO (EA)

Cuando ocurre un evento adverso, el Manejo del Paciente debe estar orientado hacia:

1. No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.
2. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso
3. Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
4. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
5. Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
6. Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del EA.



CALIDAD Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL		MECI 1000:2005	
NIT 812002836-5	FICHA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS	Cy DO	4.0
IFA 08-09-10-11-12-13		REF.	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL
FICHA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS			
Identificación del Evento Adverso			
UNIDAD FUNCIONAL DONDE SE PRESENTA EL EVENTO:			
FECHA DE EVENTO ADVERSO: / /			
NOMBRE.	APELLIDO.	IDENT.	
EDAD	DIRECCION.	TEL.	
Afiliación.			
Datos del Evento Adverso			
NOMBRE DEL EVENTO.			
DESCRIPCION DEL EVENTO.			
CAUSA PROBABLE DEL EVENTO.			
1.	RELACIONADOS CON EL DX		
2.	INHERENTE AL PACIENTE		
3.	INHERENTE AL MEDICAMENTO		
4.	INHERENTE A LA PRESTACION DEL SERVICIO		
5.	OTRO		
DESCRIPCION DE LA CAUSA.			
PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL EVENTO.			
NOMBRE		CARGO	
FUNCIONARIO QUE NOTIFICA EN EL EVENTO.			
NOMBRE		CARGO	
FECHA DE NOTIFICACION DEL EVENTO.			
DIA	MES	AÑO	

Clasificación de los tipos de atención en salud insegura que Pueden causar eventos adversos

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención e

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asiste

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso equivocado/ Tratamiento / Procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada/ cara / sitio

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

- Documentos que faltan o no disponibles
- Retraso en el acceso a documentos
- Documento para el paciente equivocado o Documento equivocado
- Información en el documento Confusa o ambigua / ilegible / incompleta

Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud

- Torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica
- Absceso
- Neumonía
- Canulas intravasculares (catéteres)
- Prótesis infectadas / sitio
- Urinaria Dren / Tubo (sondas vesicales)
- Tejidos blandos

Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales

- Paciente equivocado
- Medicamento equivocado
- Dosis / Frecuencia incorrecta
- Formulación Incorrecta o presentación
- Ruta equivocada
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrectos
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis
- Medicamento vencido
- Reacción adversa al medicamento

Tipo 6 Relacionados con los dispositivo y equipos médicos.

- Presentación y embalaje deficientes
- Falta de disponibilidad
- Inapropiado para la Tarea
- Sucio / No esteril
- Fallas / Mal funcionamiento
- Desalojado/ desconectado/ eliminado
- Error de uso

Tipo 7 relacionados con los comportamientos y las creencias del paciente.

- Incumplimiento de normas o falta de cooperación / Obstrucción
- Desconsiderado/ Rudo / hostil / Inapropiado
- Arriesgado / temerario/ Peligroso
- Problema con el uso de sustancias / Abuso
- Acoso
- Discriminación y Prejuicios
- **Errático.**
- **Fuga**
- **Suicida.**
- **Autolesionante.**

Tipo 8 caídas.

- Cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras / Escalones
- Siendo llevado / apoyado por otra persona

Tipo 9 Infraestructura y/o el ambiente físico.

- Inexistente / Inadecuado
- Dañado / defectuosos / desgastado

Tipo 10 Gestión del recurso – organizacional

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo
- Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
- Recursos Humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de Equipos / personal
- Protocolos / Políticas / Procedimientos / Disponibilidad de guías / Adecuación

Tipo 11 Laboratorio clínico (Toma de Muestra), Citología y patología.

- Recolección
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / Validación
- Resultados

INDICADORES

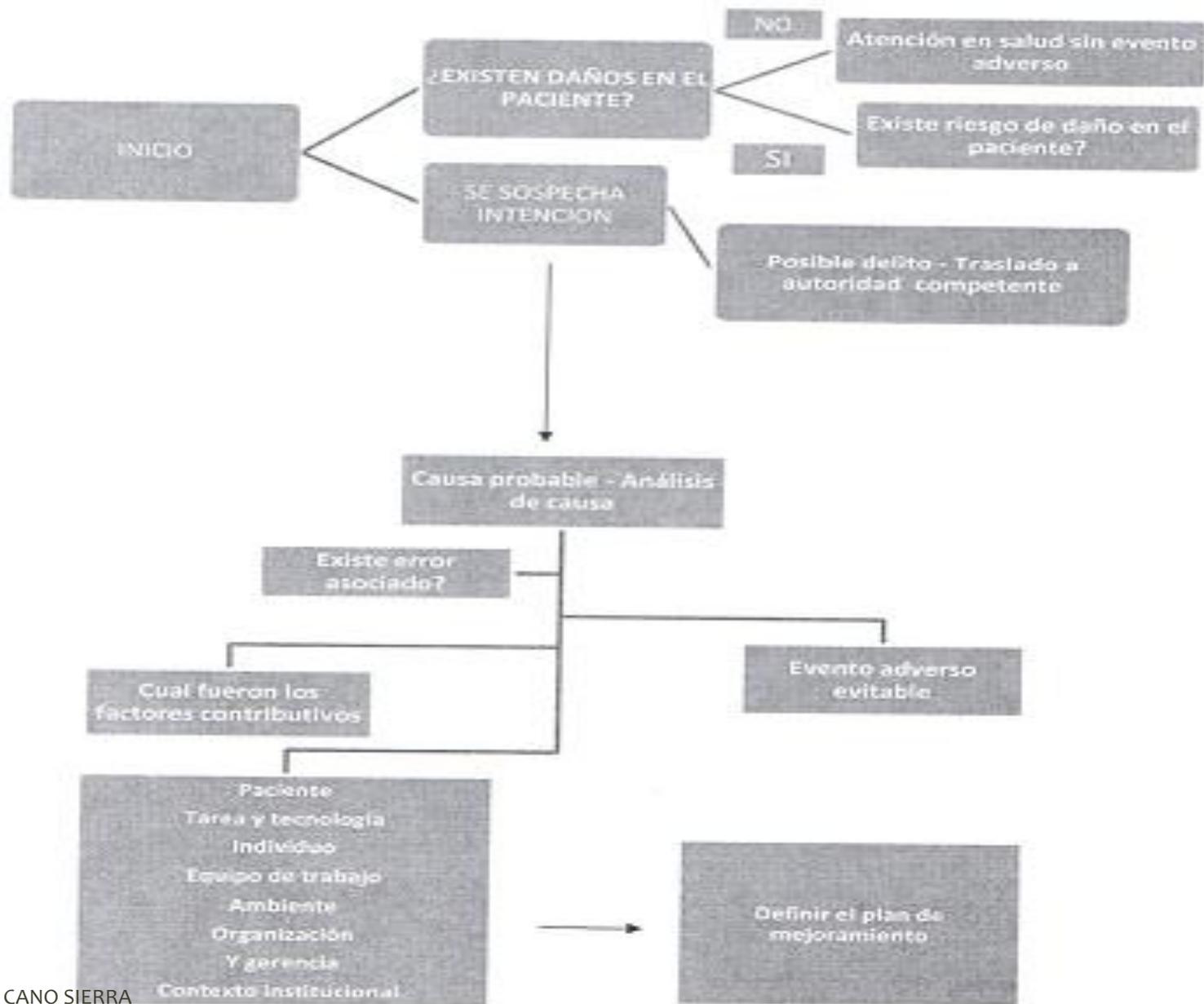
Índice de cumplimiento de protocolos de manejo	No. de pacientes en quienes se cumplió el protocolo de manejo de una patología en el periodo/ No. total de pacientes que consultaron por esa patología en el periodo x 100
% de mortalidad	No. de pacientes muertos en urgencias durante el periodo / No de pacientes atendidos durante el periodo x 100
Ordenes no atendidas en un periodo determinado	No total de exámenes que esperan más de <u>n</u> horas para el procesamiento/ No total de exámenes que se procesan en el periodo x 100
N° De Eventos Adversos Presentados durante el periodo	No total de eventos presentados en el periodo / No total de pacientes atendidos en el periodo x 100
N° De Eventos Adversos Presentados y gestionados durante el periodo	No total de eventos presentados y gestionados en el periodo / No total de eventos presentados en el periodo x 100

INDICADORES

N° De Eventos Adversos Presentados durante el periodo	No total de eventos presentados en el periodo / No total de pacientes atendidos en el periodo x 100
--	--

Índice de frecuencia de accidentes de trabajo	No. de accidentes de trabajo en el periodo/No. de horas contratadas en el periodo
Índice de frecuencia de enfermedad profesional	No. de incapacidades por enfermedad en el periodo/Nro. de horas trabajadas en el periodo

% de reingreso por la misma causa y/o diferente en urgencia antes de 72 horas	No total de reingresos antes de 72 horas el periodo por la misma causa y/o diferente / No total de pacientes atendidos en el periodo x 100
--	---



FICHA Y RESUMEN

DEFINICIÓN

Evento Adverso:

Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende.

Los eventos adversos pueden ser Prevenibles y no prevenibles.

• **Evento Adverso Prevenible:**

Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

• **Evento Adverso No Prevenible:**

Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial

OBJETIVO Y ALCANCE

Hacer funcional el sistema de reporte de eventos adversos, con el fin de mejorar algunos aspectos, como la cultura del autoreporte, definición de los tipos de errores, establecimiento de conductos regulares, garantizar el análisis y la gestión de todos los errores que se cometan en la atención de los pacientes, crear bases de datos que permitan tener indicadores relacionados con los errores y eventos adversos e informar tanto a directivos como asistenciales, sobre los resultados obtenidos con



**E.S.E.
CAMU DEL PRADO**
UN SERVICIO SOCIAL PARA SU COMUNIDAD

**NIT 812002836-5
IFA 08-09-10-11-12**

**CALIDAD Y DESARROLLO
ORGANIZACIONAL**

MECI 1000:2005



C y DO

4.0

EVENTO ADVERSO

REF.

**COMUNICACIÓN
ORGANIZACIONAL**

MEDIDAS DE CONTROL

el sistema de reporte, garantizando la confidencialidad.

- Fomentar el autoreporte de incidentes, errores y eventos adversos, teniendo en cuenta la premisa de trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento
- Aceptar los reportes de otras personas o procesos en casos en que no se genere el autoreporte.
- Rondas de Seguridad
- Rondas diarias de Supervisión de Seguridad
- Aplicar de listas de verificación, instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos hospitalarios.

DETALLE DE ACTIVIDADES

NUMERO	ACTIVIDADES
1	Identificar el evento adverso en el paciente
2	Analizar la causa probable
3	Notificar el evento adverso
4	Definir el plan de mejoramiento

Formatos

1. Formato de Notificación de Evento Adverso
2. Formato de Análisis de Causa
3. Formato Plan de Mejora

FORMATO DE ANALISIS DE CAUSA

DIA	MES	AÑO	HORA	ANALISIS DE LA SITUACIÓN			CONSECUTIVO		
EQUIPO DE TRABAJO									
				MARQUE CUAL ES EL ORIGEN DE LA SITUACIÓN:					
				Usuario	Auditoria	Servicio no conforme		Observación	
				Funcionario	proveedor	Comité de calidad		Riesgo	
				Revisión por la Gerencia	Del sistema	Otro, cual?			
				METODOLOGIA DEL POR QUE ¿?					
				1. ¿POR QUE?		2. ¿POR QUE?		3. ¿POR QUE?	
TIPO DE ACCIÓN				METODOLOGIA DE CÓMO SOLUCIONAR					
PREVENTIVA				4. COMO		5.COMO		6.COMO	
CORRECTIVA									
MEJORA									
7 SOLUCIÓN				RECURSOS	RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR		COADJUTORES	TIEMPO	APLICA
EFICACIA DE LA ACCIÓN	ALTA	MEDIA	BAJA	FINALIZACIÓN	D	M	A	HORA	

ANALISIS PARA DETERMINAR EL TIPO DE ACCION DEL CASO

ACCIONES			
NOMBRE DEL PROCESO			
FECHA DE PRESENTACIÓN			TIPO DE ACCIÓN
DD	MM	AA	CORRECTIVA PREVENTIVA MEJORA
FUENTE DE LA ACCIÓN (ORIGEN), Marque Cual Es El Origen De La Acción A Empezar			
QUEJA DEL USUARIO	AUDITORIA	SERVICIO NO CONFORME	OBSERVACIÓN
FUNCIONARIO	PROVEEDOR	COMITÉ DE CALIDAD	RIESGO
REVISIÓN POR LA GERENCIA	DEL SISTEMA	OTRO, ¿Cuál?	
BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN			
NOMBRE DEL FUNCIONARIO		CARGO DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE	

EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS UNIDAD FUNCIONAL FARMACIA

Evento Adverso #	NOMBRE Y APELLIDO	N° DE IDENTIFICACION	FECHA			HORA		RESPONSABLE DE LA INFORMACION
			DD	MM	AA	AM	PM	

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

EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS UNIDAD FUNCIONAL FARMACIA

1. Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso
2. Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables.
3. Problemas relacionados con **LA RAM DENTRO DE LA FARMACOVIGILANCIA**

EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS T.A.B

1. Defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte
2. Falta de oportunidad en la respuesta al solicitar el servicio de ambulancia
3. Personal no calificado
4. Accidente de tránsito

EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Pérdida de pertenencias del usuario.2. Mortalidad.3. Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso.4. Problemas relacionados con los medicamentos PRM: reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables.5. Falta de oportunidad en el suministro de medicamentos y/o material médico quirúrgico.6. Incidentes (regulación, identificación, autorizaciones).7. Accidentes en el servicio.8. Suicidio de pacientes en urgencias9. Reingreso por igual causa antes de 72 horas. | <ol style="list-style-type: none">1. Complicaciones localizadas en el sitio de administración de un medicamento (extravasaciones, hematomas, edema, múltiples punciones).2. Flebitis en sitios de venopunción.3. Complicaciones relacionadas con la toma de muestras de laboratorio (insuficiente, coagulado, mal rotulado, a otro paciente).4. Complicaciones asociadas con el cateterismo vesical.5. Asalto sexual en la institución6. Incidentes relacionados con dispositivos médicos.7. Incumplimiento de Protocolo de colocación y manejo de venoclisis.8. Accidentes en el servicio (caída de cama o desde su propia altura)9. Probables infecciones intrahospitalarias. |
|--|---|

EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS UNIDAD FUNCIONAL ODONTOLOGIA

1. EVENTOS ASOCIADOS A LA TECNICA ANESTESICA

1. Daño del nervio
 1. Anestesia permanente
 2. Parestesia
 3. Disestesia
- 1.2 Dolor
- 1.3 Trismos
- 1.4 Hematomas
- 1.5 Inyección intravascular
- 1.6 Parálisis facial

1. EVENTOS ADVERSOS O INCIDENTES DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

1. hemorragia intraoperatoria por sección vascular o trauma óseo
2. comunicación oroantral, con o sin desplazamiento dental
3. fractura de instrumento: fresas, agujas, hijas de bisturí, ect.
4. Fractura dentaria
5. Fractura de tablas óseas
6. Avulsión de dientes contiguos
7. Desplazamientos de dientes contiguos a espacios aponeuróticos.
8. Laceración de tejidos blancos.
9. Enfisema

1. EVENTOS ASOCIADOS A LOS ANESTESICOS LOCALES Y VASOCONTRICTORES

1. Reacción de hipersensibilidad inmediata
2. Reacciones sistémicas Sobredosis

1. EVENTOS ADVERSOS O INCIDENTES DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS, POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

1. Hemorragia
2. Infección
3. Inflamación
4. Dolor agudo

EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS UNIDAD FUNCIONAL ODONTOLOGIA

1. EVENTOS ADVERSOS O INCIDENTES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

1. Hemorragia
2. Infección
3. Inflamación
4. Alveolitis

1. EVENTOS ADVERSOS O INCIDENTES ENDODONTICOS

Pacientes quien presentaron algún tipo de complicación después de realizado el tratamiento endodóntico

1. Sobre obturación de conductos
2. Obturación parcial de conductos
3. Cambio de color en la corona clínica por inadecuada obturación
4. Perforación radicular con instrumento endodóntico
5. Fractura coronal o radicular del diente en tratamiento
6. Fractura intraradicular de instrumento
7. Infiltración de hipoclorito de sodio a los tejidos periapicales, luego de infiltración intraradicular.

Trauma por desalojo o mal posición de grapas y/o instrumentos odontológicos

1. EVENTOS ADVERSOS O INCIDENTES POST-ENDODONCIA:

1. periodontitis apical aguda por sobreinstrumentación
2. absceso apical agudo posterior a preparación de conductos
3. endocarditis bacteriana por falta de profilaxis antibiótica.
4. Dolor post operatorio
5. Dolor persistente

Escalones apicales

1. EVENTOS ADVERSOS O INCIDENTES TERAPEUTICAS

Eventos adversos o incidentes terapéuticos referidas al procedimiento realizado como:

1. EN OPERATORIA:
 - Fractura de la resina, amalgama
 - Fractura del diente, hipersensibilidad o laceración post blanqueamiento. Ect.
 - Laceración de la mucosa oral con el instrumental y/o piezas de baja y alta
1. EN PERIODONCIA
 - Incorrecto tratamiento en el manejo antimicrobiano de las periodontitis o por falta de remoción de depósitos de placa blanda o calcificada que hacen que recidiva la enfermedad.

1. EVENTO ADVERSO O INCIDENTES INFECCIOSOS

1. EN CIRUGIA

- Alveolitis
- Celulitis
- Absceso
- Osteomielitis
- Bronco aspiración con instrumento y/o materia odontológica durante el procedimiento
- Exodoncia de diente equivocado

INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A CAUSAS EXTERNAS EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

- Caída de paciente de la unidad odontológica
- Robo o pérdida de pertenencias del usuario dentro de las instalaciones de nuestra institución.
- Abuso sexual de un paciente dentro de la institución.
- Cancelación de consulta de urgencia y complicación de esta por negación a tratamiento de parte del usuario.
- Cancelación de consulta por falta de insumo y/o instrumental.
- Re ingreso del paciente al servicio de odontología por el mismo diagnóstico o complicación del mismo antes de 7 días.
- Retención de cuerpo extraño (lima dentro de conductos o agujas en tejidos blandos) o dientes a ser extraídos, posteriores a la realización de un procedimiento.



E.S.E.
CAMU DEL PRADO
¡UN SERVICIO SOCIAL PARA TU BIENESTAR!

FECHA DE LA AUDITORIA: 19 DE ABRIL DEL 2013

NOMBRE IPS: ESE CAMU PRADO

RÉGIMEN: SUBSIDIADO

DEPARTAMENTO: CORDOBA

MUNICIPIO: CERETE

AUDITOR RESPONSABLE : CARLOS MARIO CANO SIERRA - JANY ALEAN - ROSAURA LOMBANA

OBJETIVO : REALIZAR AUDITORIA DE CALIDAD DEL SERVICIO CONTRATADO ENFOCADO EN REQUISITOS SEGUN RES 123 DE 2012, PROCESOS Y RESULTADO CON EL FIN DE GENERAR ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE EVENTOS QUE AFECTEN LA SEGURIDAD Y SATISFACCION DE NUESTROS USUARIOS, CONTRATO ACTIVO REGIMEN SUBSIDIADO DE I NIVEL

SERVICIO	QUE (HALLAZGO DE CUMPLIMIENTO Y/O NO CONFORMIDAD)	COMO (ACCIÓN DE MEJORA)	QUIEN (RESPONSABLE)	CUANDO (PLAZO PARA LA IMPLEMENTACIÓN)	SEGUIMIENTO		
					FECHA DEL SEGUIMIENTO (DIA: MES: AÑO:)		
					CUMPLE	OPORTUNIDA D DE MEJORA	NO CUMPLE
ADMINISTRATIVO	Dispone de las diez primeras causas de morbilidad de Promoción y prevención se evidencia la socialización de las guías de promoción y prevención del presente año no se evidencia la socialización de urgencia y consulta externa de esta al recurso humano en el presente año	Realizar socialización de las diez primeras causas de morbilidad de consulta externa y urgencia	CALIDAD - COORD. UNIDADES FUNCIONALES	1Mes			
ADMINISTRATIVO	No Existe proceso y procedimientos que evidencia del plan de gestión , Identificación y análisis de eventos adversos	Realizar Proceso y reporte de eventos adversos de todos los servicios de acuerdo con la normatividad vigente.	CALIDAD - COORD. UNIDADES FUNCIONALES	1.Mes			
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	De las 5 historias clinicas del programa de promoción y prevención se evidencio un cumplimiento del 30% = 66% no se evidencia identificación completa, no se evidencia en una de las historias Clinicas La edad en meses , curva de talla y peso diligenciada parcialmente letra ilegible el cuales un riesgo para los usuarios, pudiendo generar la ocurrencia de eventos adversos.	Diligenciar historias clinicas completa de acuerdo a la resolucio 412	Medicos y Enfermeras-	1Mes			
CONTROL PRENATAL	De las historias 5 de control prenatal se evidencio un cumplimiento del 66% (3/5) no se registra identificación completa , datos de sexo , edad, estado socioeconomico, programa de educacion completa.	Diligenciar historias clinicas completa de acuerdo a la resolucio 412	CALIDAD - COORD. UNIDAD FUNCIONAL PYP	Inmediato			
PROGRAMA DE HIPERTENSION	De las historias 5 de control de hipertensión se evidencio un cumplimiento del 3/5 = 66% no se registra identificación completa, toma de tensión arterial con la técnica estándar (en las tres posiciones de pie, acostado, sentado) índice de masa corporal, de acuerdo a la resolucio 412	Diligenciar historias clinicas completa de acuerdo a la resolucio 412	Medicos y enfermeras-	Inmediato			
URGENCIA	Dispone de sala de observacion de ninos con dos camas , dispone de barrandas, la sala de observacion hombre y mujer dispone de 2 camas en cada una de ellas, sin baranda	Disponer de camas con barranda en sala de observacion hombre y mujer	Medicos y enfermeras-	1 mes			
URGENCIA	En la puerta de entrada de urgencia no dispone de rampla, exponiendo a los afiliados a riesgo de eventos adversos	Realizar rampla a en la entrada de urgencia	GERENCIA	Inmediato			

OBSERVACIONES: SE RECOMIENDA ACATAR LAS SUGERENCIAS Y LAS OPCIONES DE MEJORA PARA EVITAR LOS IGUALES Y SIMILARES HALLAZGOS EN LA AUDITORIA ANTERIOR

FECHA PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO:



FORMATO PARA EL ANÁLISIS DE FALLAS Y EFECTOS CON BASE EN EVENTOS ADVERSOS

NOMBRE DE LA UNIDAD FUNCIONAL	
FECHA DEL ANÁLISIS	

EVENTO ADVERSO	POSIBLES CAUSAS QUE LO GENERAN	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN (Describirlas Claramente)	
		PREVENTIVAS (Destinadas a Evitar o reducir la Ocurrencia de la falla)	CORRECTIVAS TEMPRANAS (Destinadas a mitigar los efectos de la falla)
DR CARLOS M CANO SIERRA		1.	
		2.	
		1.	
		2.	
		1.	
		2.	

REPORTE DE CONDICIONES PELIGROSAS, ACTOS INSEGUROS, E INCIDENTES

ESE CAMU DEL PRADO

UPS

UNIDAD FUNCIONAL

FECHA:

INFORMACIÓN DE REPORTA:

Nombre: _____ Cédula: _____

Cargo: _____

Correo electrónico para recibir respuesta al reporte: _____

ANTECEDENTES DEL REPORTE DE CONDICIONES PELIGROSAS, ACTOS INSEGUROS, E INCIDENTES.

1. Se había presentado antes: SI () NO ()

2. Se había reportado: SI () NO ()

3. En que fecha se reporto _____

4. El reporte corresponde a: Condición Peligrosa() Acto inseguro() Incidente()

CONDICIÓN PELIGROSA: abarcan instalaciones, equipo de trabajo y herramientas que se encuentran en condiciones inapropiadas las cuales al realizar el trabajo para el cual fueron diseñadas o creadas ponen en riesgo de sufrir un accidente a la o las personas que las ocupan.

ACTO INSEGURO: fallas, olvido, errores u omisiones que hacen las personas al realizar un trabajo, tare a o actividad y que pudieran ponerlas en riesgo de sufrir un accidente. Ejemplo: trabajar sin equipos de protección personal.

INCIDENTE: Todo suceso repentino que sobrevenga en la ejecución de una actividad pero en el cual no hay lesión orgánica ni daño material.

DESCRIPCIÓN.

FIRMA Y CEDULA



E.S.E.
CAMU DEL PRADO
¡UN SERVICIO SOCIAL PARA TU BIENESTAR!



GRACIAS